

UNIVERZA NA PRIMORSKEM
FAKULTETA ZA MANAGEMENT KOPER
Dodiplomski visokošolski strokovni študijski program Management

Diplomska naloga
**KAKOVOST STORITEV JAVNE
ZDRAVSTVENE SLUŽBE**

Mentor: pred. mag. Igor Hribar
Obravnavana organizacija: Splošna bolnišnica Slovenj
Gradec

KOPER, 2006

BARBARA KEKEC

POVZETEK

Zdravstvene storitve dobivajo v družbi vedno večjo veljavo. Diplomaska naloga preko splošnih značilnostih storitev pripelje do razumevanja storitev in kakovosti storitev v zdravstvu. V drugem delu diplomske naloge obravnavam problematiko čakalnih vrst kot enega od problemov, ki vplivajo na kakovost storitev v zdravstvu. V nadaljevanju sem naredila primerjalno analizo čakalnih vrst med osmimi med seboj primerljivimi bolnišnicami, ter izpostavila dva najbolj izstopajoča primera ter ju primerjala s Splošno bolnišnico Slovenj Gradec. Na koncu v diplomski nalogi predstavljam svoje ugotovitve, mnenja in predloge.

Ključne besede: javna zdravstvena služba, kakovosti zdravstva, zdravstvene storitve, čakalne vrste

ABSTRACT

Medical services are more and more valuable. My thesis will take you through common habits of services to understand medical services and quality of medical services. Second part of my thesis handles problematic situation of waiting queues as one of the problems which affect the quality of medical services. You will also see table with analysis of waiting queues in eight hospitals which are comparable among each other. I have stressed out two most specific cases and have compared them to the Slovenj Gradec Hospital. At the end of thesis I represents my opinion, statements and suggestions.

Key words: public health service, quality of services, medical services, waiting queues

UDK 614.1/.2(043.2)

VSEBINA

1	Uvod	1
1.1	Namen in cilji diplomskega dela	1
1.2	Predvidene metode obravnavanja.....	2
1.3	Predpostavke in omejitve.....	2
2	Storitve in njihova kakovost	5
2.1	Opredelitev storitev	5
2.2	Značilnosti in posebnosti opravljanja zdravstvenih storitev.....	5
2.3	Kakovost storitev	7
2.4	Kakovost zdravstvenih storitev	8
3	Čakalne vrste kot glavni vzrok nezadovoljstva pacientov	13
3.1	Vzroki za nastanek čakalnih vrst.....	13
3.2	Čakalne knjige (Občastnik 1996)	16
3.3	Usmeritve in cilji Ministrstva za zdravje pri skrajševanju čakalnih dob.....	18
4	Kritična analiza upravljanja s čakalnimi vrstami v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec	23
4.1	Predstavitev Splošne bolnišnice Slovenj Gradec.....	23
4.2	Vodenje čakalnih vrst v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec.....	24
4.3	Primerjalna analiza čakalnih vrst.....	27
5	Ugotovitve in priporočila	33
6	Sklep	37



PONAZORILA

Tabela 4.1	Čakajoči na dan 1. 3. 2006	28
Tabela 4.2	Realizirana čakalna doba v letu 2005 (v mesecih)	28
Slika 3.1	Naraščanje števila nekaterih operacij z dolgimi ležalnimi dobami med leti 1996 in 2002	15
Slika 3.2	Naraščanje števila srčnih preiskav in posegov na srcu med leti 1996 in 2002	15
Slika 4.1	Čakajoči na dan 1.3.2006 Bolezen dojk	29
Slika 4.2	Realizirana čakalna doba za bolezen dojk (v mesecih).....	29
Slika 4.3	Čakajoči na dan 1.3.2006 - Operacija na ožilju.....	30
Slika 4.4	Realizirana čakalna doba za operacijo na ožilju (v mesecih).....	31



1 UVOD

1.1 Namen in cilji diplomskega dela

Vizije vseh zdravstvenih sistemov stremijo k izboljšanju sistema celovite kakovosti in doseganju visoke vrednosti storitev, kar skušajo doseči preko jasnih strategij spreminjanja kulture, izobraževanja kadrov ter nenehnega izboljševanja procesov z zmanjševanjem odklonov od strokovnih obravnav.

Zdravje, varnost, sreča, svoboda, pravičnost, red, vsi ti dejavniki vplivajo na kakovost našega življenja. Da zares postanejo del našega življenja, lahko naredimo sami s svojim delom, načinom življenja in »zdravo pametjo«, lahko nam pri tem pomagajo drugi. Ker pa vsi živimo v neki družbi, skupnosti, ki jo imenujemo država, ima tudi ta na naše življenje osebni vpliv. Naša država, kot tudi druge države po svetu, skrbi za svoje državljane in nam omogoča pravice in dobrine, ki nam jih lahko zagotovi le ona. Tako med drugimi ukrepi, ki jih izvaja, ustanavlja zavode, katerih delovanje tudi nadzira.

Javni zavodi so posredni porabniki državnega oziroma občinskega proračuna. Cilj njihovega delovanja ni ustvarjanje dobička, temveč zagotovitev dobrin v javnem interesu. Izvajanje javne zdravstvene službe je posebnega družbenega pomena. Izvrševanje je za družbo tako pomembno, da predpisuje za delovanje le-teh posebna pravila in posebne oblike organiziranosti. Področja javnih služb so urejena s posebnimi zakoni. Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo na vseh ravneh nuditi kar se da kakovostno storitev. Pri tem sodelujejo vsi udeleženci v sistemu zdravstvenega varstva. Strateške cilje vodi in usmerja najvišje vodstvo posameznih zavodov, sistem kakovosti pa mora koordinirati in kontrolirati ministrstvo za zdravje. Vzporedno z oblikovanjem ciljev se oblikujejo tudi merila uspešnosti delovanja v okviru kakovosti v zdravstvu.

Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni opravljati zdravstvene storitve-dejavnost v skladu s sprejeto zdravniško doktrino ter drugimi strokovnimi in etičnimi kodeksi. Pri upravljanju svojega dela morajo obravnavati vse ljudi pod enakimi pogoji, na enak način ter spoštovati njihove ustavne in z zakonom zagotovljene pravice. Pri tem morajo upoštevati, da je zdravstveno varstvo usmerjeno k boljšemu zdravljenju ljudi in boljši kakovosti njihovega življenja. Nenehno izboljševanje kakovosti zdravstvenega varstva in storitev je v skladu z interesi in pravicami bolnika-pacienta.

Eden od dejavnikov kakovosti predstavlja tudi časovna primernost, se pravi čas v katerem je zdravstvena oskrba dostopna prebivalstvu.

V diplomski nalogi želim predstaviti izvajanje zdravstvenih storitev ter njihovo kakovost. Podrobneje bom opisala čakalne dobe, razlog za nastanek čakalnih dob ter čakalne knjige kot enega od problemov, ki vplivajo na kakovosti storitev. Cilj moje diplomske naloge je analizirati problematiko čakalnih vrst, ki je lahko zelo pomembna

za človekovo zdravje, saj se dogaja, da je velikokrat zaradi predolgega čakanja na določene posege lahko ogroženo človekovo življenje, ter podati predloge za spremembe obstoječega stanja.

1.2 Predvidene metode obravnavanja

Pri svoji nalogi bom uporabila sekundarne podatke, saj bom večina podatkov pridobila iz že znane literature in raznih dokumentov kot so: monografska publikacija, elektronski dokumenti, zakonodaja in interni predpisi zavoda. S pozitivističnim pristopom k diplomskemu delu bo moja diplomska naloga uporabna. Na podlagi dejanskega stanja iz čakalnih knjig, bom navedla ugotovitve, ki vplivajo na pravočasnost opravljanja storitev oziroma na kakovost zdravstvenih storitev. Pri pisanju svoje diplomske naloge in zbiranju podatkov ne predvidevam večjih finančnih obremenitev.

Diplomsko delo obsega sedem poglavij. Prve tri se nanašajo na teoretični pregled storitev na splošno, zdravstvenih storitev in kakovosti storitev, četrto poglavje predstavlja empirični del diplomskega dela, peto poglavje ugotovitve, šesto zaključek ter sedmo viri in literatura.

Prvo poglavje je uvod diplomskega dela. V njem opisujem smoter in cilj diplomskega dela, uporabljene metode dela ter predpostavke in omejitve.

V drugem poglavju sem opredelila značilnosti storitev in podrobneje predstavila zdravstvene storitve, njihove značilnosti in posebnosti ter kakovost zdravstvenih storitev.

V tretjem poglavju predstavljam problematiko čakalnih vrst kot enega od glavnih vzrokov nezadovoljstva pacientov. Zakaj prihaja do njih ter usmeritve Ministrstva za zdravje za njihovo skrajševanje.

Četrto poglavje predstavlja empirični del diplomskega dela, v katerem sem naredila primerjavo št. čakajočih ter realizirano čakalno dobo med osmimi med seboj primerljivimi bolnišnicami v Sloveniji, ter navedla nekatere vzroke in posledice čakalnih vrst v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

Peto poglavje predstavlja ugotovitve, šesto pa zaključek.

1.3 Predpostavke in omejitve

Omejitev je tudi ureditev sistema zdravstvenega zavarovanja in možnost vpliva na zdravstvene organizacije na kakovost storitev. Financiranje zdravstvenega sistema temelji na solidarnosti pri zbiranju sredstev ter pravičnosti pri razporejanju sredstev. Posamezni zavodi sklepajo z ZZZS pogodbe za določen obseg zdravstvenih storitev v posamezne letu, preseganje programa pa največkrat pomeni izgubo zavoda.

Predpostavljam lahko, da predstavljajo čakalne vrste najpomembnejši dejavnik kakovosti zdravstvenih storitev z vidika odjemalcev, saj je le tem cilj čim hitrejša povrnitev njihovega zdravja.

2 STORITVE IN NJIHOVA KAKOVOST

2.1 Opredelitev storitev

V literaturi s področja storitev obstajajo precejšnja razhajanja glede opredelitve izraza storitev. Izraz storitev izhaja iz latinskega izraza »servo« (»servire« it.), ki ima v našem jeziku več pomenov. Pomeni delati za nekoga oziroma služiti komu, streči, skrbeti zanj, pomagati komu oziroma narediti nekaj zanj, ustrezati, ravnati se po nečem, odslužiti, skrbeti, izvajati, posluževati, oskrbovati, ponujati, delovati, zadovoljevati, obnašati se (Bradač v Snoj 1998, 32). Pojem storitev je pomensko vezan na dejanja, akcije, obnašanje. Osnovna značilnost storitev je ta, da so storitve aktivnosti oziroma procesi (Snoj 1998, 32).

Omeniti je potrebno tudi opredelitev storitev Diksona in Smitha, ki pa poudarjata vidik uporabnika storitev. Za njiju je storitev ponudnikovo izvajanje aktivnosti, ki odjemalcu daje korist, vezano na spremenjeno delovanje snovnega izdelka oziroma odjemalca (Snoj 1998, 32).

Kotlerjeva opredelitev storitev pravi, da je storitev vsako dejanje ali delovanje, ki ga ena stran lahko ponudi drugi, po svoji strani neotipljiva in ne pomeni imeti karkoli v lasti. Proizvodnja storitev je lahko ali pa tudi ne vezana na fizični izdelek (Kotler 1998, 464). Storitve je torej proces oziroma aktivnost, ki poteka v interakciji med ponudnikom in porabnikom in je v svojem bistvu neotipljiva.

Samo izvajanje storitev je pogojeno z značilnostmi storitev. Te so nesnovne, niso otipljive, nemogoče jih je izvajati na zalogo in večinoma tudi ne pošiljati uporabniku, odvisne so od zmožnosti in zavzetosti izvajalcev, ponavadi potekajo ob navzočnosti uporabnika, ki je lahko bolj ali manj vključen v samo izvajanje ali v njem pomaga ali pa ga celo sam prevzema (samopostrežba).

Del storitev je pogosto za uporabnika neviden na primer priprava hrane v restavracijah, popravilo avtomobila v delavnici, operacije v bolnišnici,... Zato govorimo o dramaturgiji storitev, torej del storitev poteka »na odru« - pred očmi uporabnika in ob njegovem sodelovanju, del storitev pa »za odrom« kamor uporabnik nima dostopa ali pa tja sploh ne želi (Lovelok v Trunk 1994, 14).

Izvajanje storitev torej obsega medsebojno učinkovanje številnih materialnih in nematerialnih sestavin, ki sodijo v vidni in nevidni del izvajanja, v interaktivni del storitvene firme, ki je v neposrednem stiku z uporabnikom med izvajanjem storitve in v nevidni del, ki izvajanje storitve podpira z različnimi dejavnostmi (Tavčar 2000, 137).

2.2 Značilnosti in posebnosti opravljanja zdravstvenih storitev

Zdravstvene storitve zdravstveni delavci in sodelavci opravljajo z namenom, da bi uporabniku-bolniku izboljšali zdravstveno stanje. Ker je za zdravstvene storitve

značilno, da so neotipljive velikokrat zdravstveni delavci in sodelavci niso prepričani, da jim bo uspelo, ker ne morejo natančno ugotoviti, koliko »boljše zdravje« so dosegli, saj gre pri tem za nematerialno kakovost in ne za materialno količino, ki bi jo lahko izmerili ali stehali.

Med zdravstvene storitve pa spadajo vsi ukrepi in aktivnosti (preventivno zdravstveno varstvo, diagnostične in terapevtske storitve, operativni posegi, nujna medicinska pomoč in reševalna služba, zdravstveno vzgojno svetovanje ...), ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije, opravljajo zdravstveni delavci in sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev.

Zdravstveni delavci in sodelavci imajo težave pri določanju deleža zdravstvene oskrbe pri boljšem zdravju bolnika. Tukaj je treba upoštevati, da so rezultati zdravljenja v precejšnji meri odvisni tudi od odzivanja bolnikovega organizma ter seveda od njegovega sodelovanja v samem procesu zdravljenja. Zaradi neoprijemljivosti uspešnosti zdravstvene oskrbe velja, da ni mogoče zanesljivo ugotavljati (meriti in ocenjevati) vloge izvajalcev zdravstvene dejavnosti pri dobrih ali slabih zdravstvenih izidih. Prizadevanja za trajni napredek kakovosti zdravstvene oskrbe gredo prav v to smer, da bi povečali delež zdravstvenih delavcev pri doseganju boljšega zdravja in da bi ta delež, če je le mogoče tudi merili (Česen 2003, 29).

Bolnik je vselej neposredno vključen v opravljanje zdravstvene storitve in je sestavni del storitve. Brez njega je sploh ni mogoče opraviti. Neposredna navzočnost daje bolniku izjemne možnosti, da sam ocenjuje delo zdravstvenega osebja. Zelo objektivno lahko oceni primernost časa, v katerem je bil pozvan k zdravniku, opremljenost delovnih prostorov, organiziranost dela in druge razmere v zavodu. Ne more pa objektivno oceniti svojega zdravstvenega stanja, ker za to nima medicinskega znanja, poteka zdravljenja in končnega rezultata. Sam pa lahko pripomore k boljšemu rezultatu zdravljenja s tem, da se ravna po navodilih zdravnika oziroma medicinskega osebja.

Ena od značilnosti zdravstvenih storitev je tudi njihova minljivost oziroma trenutnost zdravstvenih storitev, ki zelo pomembno vpliva na vsakdanje delo v javnih zavodih. Tudi jih ni mogoče ločiti v prostoru in času. Se takoj porabijo. Ne morejo jih pošiljati uporabnikom in ne prevažati. Tudi jih ne morejo narediti na zalogo ali jih skladiščiti. Slednje lahko povzroča izvajalcem kar nekaj preglavic pri uravnavanju tekočega povpraševanja po njihovih zdravstvenih storitvah.

Javna zdravstvena zavarovanja, ki plačujejo zdravstvene programe praviloma terjajo od izvajalcev, da porazdelijo programe zdravstvenih storitev enakomerno v vsem poslovnem obdobju. V nekaterih zdravstvenih dejavnostih, kjer izvajalci vabijo zdrave oziroma bolne uporabnike k sebi po programih dela (v dispanzerjih, pri nekaterih specialistih itd), je to načeloma izvedljivo. Večje težave pa se pojavljajo pri tistih

izvajalcih, teh je največ v osnovni zdravstveni dejavnosti, ki jih obiščejo bolniki le tedaj, ko so bolni in potrebujejo neodložljivo pomoč. V teh primerih je praktično nemogoče enakomerno uravnavanje števila bolnikov v različnih časovnih obdobjih (dnevno, tedensko, mesečno, sezonsko).

Posebnost zdravstvenih storitev se kaže tudi v tem, da imajo običajno pacienti in zdravniki formalen in dolgoročnejši odnos, vpleteno je precejšnje tveganje, hkrati pa lahko porabnik zgolj zaupa v značilnosti oziroma rezultat. Za zadovoljstvo porabnikov zdravstvenih storitev je nujno zaupanje v zdravnika, saj se uporabnik ne spozna na postopke zdravljenja in se mora ob vsaki taki priložnosti posvetovati z zdravnikom. Leta določi diagnozo in primerno zdravljenje ter oceni, koliko in katere storitve so za porabnika najbolj primerne. Zaupanje v ponudnika je še posebno pomembno pri profesionalnih storitvah, za katere je značilno, da so visoko strokovne narave ter da porabnik nima primerne znanja za ocenjevanje sprejetih odločitev s strani ponudnika (Johns 1999, 966). Ponavadi se nanaša na lastne izkušnje, izkušnje sorodnikov ali znancev. Veliko lahko k temu pripomorejo tudi mediji.

2.3 Kakovost storitev

Kakovost je koncept, ki ima različne pomene za različne udeležence v fazi izvajanja in uporabe storitev. Pri tem opredeljevanju kakovosti se srečujejo uporabniki s težavami in v zvezi s kakovostjo tudi težko oblikujejo svoje zahteve. Tako je za uporabnika kakovost storitev lahko določena raven skupne vrednosti zaznanih koristi storitev, ki jo uporabniki primerjajo s pričakovanimi koristmi le-te. V raziskavah, narejenih v preteklosti, je največ uporabnikov storitev enačilo kakovost s sposobnostjo osebj, s katerim so bili v kontaktu (Snoj 1992, 202).

Po mednarodnem standardu ISO 8402 je kakovost opredeljena kot skupek vseh lastnosti in karakteristik proizvoda, procesa ali storitve, ki se nanašajo na sposobnost, da izpolnijo postavljene ali neposredno izražene potrebe (Bilten 2006, 40).

V literaturi je moč zaslediti različno pojmovanje koncepta kakovosti in s tem tudi različno delitev kakovosti. Najpogostejša med njimi je delitev temelječa na dejstvu, da porabniki ocenjujejo kakovost drugače kot strokovnjaki. Tukaj gre ločiti kakovost na dve vrsti, in sicer (Potočnik 2000, 159):

- objektivna kakovost (racionalno, mehanično): možno jo je laboratorijsko ločiti ali kako drugače izmeriti in primerjati s standardi
- subjektivna kakovost (zaznano, humanistično): katere pa ni možno natančno izmeriti, saj gre za porabnikovo oceno, jo je pa mogoče določiti s subjektivnimi, psihološkimi zaznavami porabnikov, ki ocenjujejo kakovost pod vplivom vrednot, pričakovanj, čustev in sposobnosti zaznavanja.

Lutz opredeljuje storitve glede na vrednotenje njihovih značilnosti torej pred in/ali v času uporabe, v okviru celotne kakovosti (v Snoj 1998, 161)

- kognitivna (zaznana) kakovost: tukaj gre za ocenjevanje izidov tistih značilnosti storitev, katere je možno ovrednotiti že pred samim nakupom,
- afektiva (čustvena) kakovost: tukaj pa gre za izid ocene tistih značilnosti storitev, ki jih lahko ovrednotimo šele med oziroma po uporabi.

Tudi pri uporabnikih obstajajo pomembne razlike glede njihovega ocenjevanja kakovosti, in sicer (Potočnik 2000, 161):

- Iskana kakovost: vključuje tiste lastnosti izdelka, ki uporabnika že pred nakupom pritegnejo oziroma jih lahko ocenjuje že pred nakupom. Sem sodijo barva, oblika, teža, vonj itd.
- Izkustvena kakovost: to je kakovost, ki jo občutijo šele po nakupu ali med samo uporabo, saj je močno povezana z osebnim zaznavanjem porabnika (okus použite hrane, vtis ob zdravstveni storitvi, prijaznost osebja, itd.).
- Kakovost zaupanja: pa je tista kakovost, ki jo uporabnik zelo težko oceni tudi po nakupu in uporabi. Na primer zdravstvene storitve, kjer ima uporabnik zelo malo znanja in težko oceni ali je bila storitev učinkovito in uspešno opravljena. Kakovost zaupanja prevladuje predvsem pri profesionalnih storitvah, ki jih izvajajo strokovnjaki.

Lehtinen kakovost storitev deli tudi po času vrednotenja le-teh (Snoj 1998, 161). Na tej osnovi poznamo:

- procesno kakovost storitev, ki jo uporabniki ocenjujejo med izvajanjem storitev,
- končno kakovost, ki jo uporabniki ocenjujejo po dostavi oziroma izvajanju storitve, povezana pa je s končnim izidom storitve.

V tej zvezi je tudi delitev kakovosti storitev na:

- pričakovano kakovost, ki jo pričakuje uporabnik pred izvedbo,
- dejansko doseženo kakovost oziroma zaznano kakovost storitev, ki jo uporabnik dejansko doseže po opravljeni storitvi.

Ker pri storitvah ni direktnega stika med uporabnikom in izvajalcem je odnos izvajalca storitev do kupca zelo pomemben. Izvajalec se mora zavedati, da njegovo delo poleg umske in fizične vsebuje tudi čustveno oziroma emocionalno komponento. Sestavljajo jo tako imenovani »mehki dejavniki« kakovosti storitev, kot so prijaznost, ustrežljivost, komunikativnost, prilagodljivost, potrpežljivost itd. Zadovoljstvo storitev dojema kupec v veliki meri čustveno. Zato je zelo pomemben prvi direkten stik odjemalca z izvajalcem, saj ta zavestno ali podzavestno oceni (Marolt 2005, 142).

2.4 Kakovost zdravstvenih storitev

Značilnosti in posebnosti glede kakovosti storitev veljajo tudi za kakovost v zdravstvenem varstvu. Na tem področju so vpraševanja kakovosti vse bolj prisotna in ena od sestavin razvojnih načrtov. Z vprašanji kakovosti se ukvarjajo ministrstva in

razne vladne organizacije, zdravniška, lekarniška ter druga združenja zdravstvenih delavcev, management zdravstvenih zavodov, nosilci zdravstvenih zavarovanj ali nacionalnih služb zdravstvenega varstva, politiki, odgovorni za zdravstveno in socialno varnost, ter več ali manj celotna javnost.

Tudi v zdravstvu se v praksi vse bolj poudarja koncept celovite kakovosti. Vizije vseh zdravstvenih sistemov stremijo k izboljšanju sistema celovite kakovosti in doseganju visoke varnosti zdravstvenih storitev, kar skušajo doseči preko jasnih strategij spreminjanja kulture, izobraževanja kadrov ter nenehnega izboljševanja procesov z zmanjševanjem odklonov od strokovnih obravnav.

Kakovostno zdravstveno oskrbo tvorijo ljudje in dobro oblikovani procesi k odličnosti stremeče organizacije. Vgrajeni procesi z dokazi podprte medicine zmanjšujejo odklone in vodijo do dobrih rezultatov zdravljenja. Predpogoj odličnosti so procesi, oblikovani na dokazih podprti medicini, zbrani v kliničnih smernicah, kar ob ustrezni organizaciji vodi do zmanjšanj odklonov pri diagnostiki in zdravljenju in do dobrih rezultatov zdravljenja. Filozofija nenehnega izboljševanja kakovosti nas uči, da je najuspešnejša pot za izboljševanje odklonov v procesih. Tak proces predstavlja klinična pot, ki je najprimernejše orodje za doseganje dobrih rezultatov. Omogoča posodabljanje zdravstvene oskrbe, lajša usposabljanje novih zdravstvenih delavcev, oblikuje celoten zdravstveni tim, osredotočen na bolnika in procese, ter izboljšuje komunikacijo, sodelovanje, povezovanje in preglednost opravljenega dela. S spremljanjem odklonov in primerjavo s standardi in dobrimi praksami vzpodbuja izboljševanje dela na podlagi merjenj. Nenazadnje, klinična pot spodbuja sodelovanje bolnika pri zdravstveni obravnavi, saj mu nudi opis poteka obravnave in olajša sledenje in sodelovanje pri svojem zdravljenju. Zdravstvena obravnava je tako naravnana na potrebe bolnikov in ne na potrebe institucij (Bilten 2006, 35).

Ko govorimo o kakovosti v zdravstvenem varstvu, dokaj hitro ugotovimo, da gre za izredno zapleteno in zahtevno področje, ki se prepleta kot celoten sistem zdravstvenega varstva z vrsto drugih gospodarskih in socialnih področij oziroma z okoljem. Proučevati in ocenjevati jo je potrebno iz vidika vseh dejavnikov in interesov skupin ljudi, ki vplivajo na zdravje prebivalstva in na delovanje sistema zdravstvenega varstva nasploh. Pri tem je treba upoštevati še navade, informiranost, možnost, sposobnost ter pripravljenost posameznika, določenih skupin ljudi in države za krepitev, ohranitev in povrnitev zdravja oziroma odnos do zdravja nasploh.

Kljub dokaj jasni definiciji imajo ljudje o kakovosti zdravstvenega varstva zelo različne predstave. Te razlike izhajajo že iz predstave, kaj je zdravstveno varstvo, še bolj pa iz razumevanja zadovoljevanja potreb, zato se predstave o kakovosti gibljejo med dejanskim stanjem in pričakovanji ljudi oziroma interesih skupin glede možnosti uveljavljanja zahtev do zdravstvenih storitev, med zahtevami in željami izvajalcev

zdravstvenih storitev po boljših delovnih pogojih in opremljenosti z najsodobnejšo tehnologijo.

Koncept kakovosti zdravstvenih storitev je mogoče obravnavati s treh vidikov (Bilten 2006, 44):

a) **vidik plačnika storitev:** plačniki storitev oziroma pravic iz zdravstvenega zavarovanja tehtajo pri ugotavljanju kakovosti na podlagi:

- oskrbljenosti zavarovancev z zdravstvenimi storitvami in njihove dostopnosti v okviru njihovih finančnih zmožnosti. V osredju jim je cilj čim boljše oskrbljenosti prebivalstva na prednostnih področjih v skladu s planom ter finančnimi možnostmi, čim boljša dostopnost in razporeditev zmogljivosti, dostopnost storitev (posegov) brez ali s čim krajšimi čakalnimi dobami;
- finančne in systemske stabilnosti sistema zavarovanja, ki omogoča poslovanje zavarovanja brez resnejših motenj, ustrezno zdravstveno varnost zavarovancem in nemoteno financiranje izvajalcev storitev. Vse to naj bi bilo usklajeno z narodnogospodarskimi interesi države;
- učinkovitost delovanja zdravstvene službe, s katero naj bi dosegli čim boljši izkoristek razpoložljivih sredstev. Najboljši način za doseganje tega cilja je uvedba financiranja izvajalcev, ki jih spodbuja k doseganju ciljev, uresničevanju prednostnih nalog in obvladovanju stroškov njihovega poslovanja in zavarovanja;
- zadovoljstvo zavarovanih oseb in plačnikov storitev s sistemom zdravstvenega zavarovanja, ki se nanaša na zadovoljstvo s pravicami, ki jim jih krije zavarovanje, možnostmi njihovega uresničevanja in z administrativnimi postopki in odnosi, ki naj bi bili čim bolj enostavni in prijazni: od nosilcev zavarovanja pričakujejo tudi pomoč in ustrezno zastopanje njihovih interesov pred zdravstveno službo;
- zadovoljstvo bolnikov glede na možnost proste izbire zdravnikov, zdravstvenih zavodov, pri zagotavljanju enakosti in pravičnosti znotraj zavarovanja ter raven varstva pravic zavarovancev;
- raven pravic, ki jih zavarovancem krije nosilec zavarovanja. Merila za ocenjevanje kakovosti na tem področju so povezana s pravicami in ravnijo kritja (v celoti, deloma, za doplačilom) posameznih dobrin iz področja zdravstvenega zavarovanja kot npr. do zdravil, do zobozdravstvenih storitev, do medicinskih pripomočkov, do rehabilitacije in zdraviliškega zdravljenja, zdravljenja na domu, določenih denarnih prejemkov) in postopki njihovega uresničevanja.

b) **vidik uporabnika:** ljudje praviloma ocenjujejo kakovost zdravstvenega varstva povsem drugače kot država. Njim so v osredju možnosti uveljavljanja potreb in včasih še bolj zahtev po zdravstvenih storitvah, dostopnost do zdravstvenih storitev, čas

čakanja na določene posege in raven pravic, ki jim jih zagotavlja zdravstveno zavarovanje. Glede zdravstvenih storitev se njihova pričakovanja nanašajo tudi na odnos zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev do njih, na čim boljše in uspešno obravnavo njihovih težav in s čim manj omejitvami. Pri tem pričakujejo od zdravstvene službe učinkovito in hitro reševanje njihovih težav in stisk, odpravo bolečin, motenj v funkciji, ohranitev dobrega ali čim boljšega zdravja, preprečitev invalidnosti, podaljšanje življenja in odložitve smrt v visoko starost. Njihove želje se nanašajo tudi na pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda.

c) **vidik izvajalca zdravstvenih storitev:** zagotavljanje kakovosti pri izvajalcih storitev ima več razsežnosti in sicer;

strokovnost obravnave, ki se nanaša:

- na možnost uvajanja dosežkov medicinske znanosti in teoretičnega znanja v prakso in svoje delo,
- prisotnost in spoštovanje doktriranih usmeritev in priporočil (klinične poti in smernice),
- zmanjševanje in odprava jatrogenih okvar (okvare zaradi zdravljenja),
- natančnost izvidov ter preiskav ter pravilna diagnostika in terapija,
- možnost spremljanja razvoja medicine in farmacevtskih znanosti in rednega strokovnega izpopolnjevanja,

medosebni odnosi, pri izvajanju storitev, ki se nanašajo:

- na odnos med bolnikom in izvajalcem zdravstvenih storitev,
- prijaznost do bolnika,
- informiranost bolnika,
- pozornost in spoštovanje bolnika in varovanje njegove zasebnosti,
- odnosi in sodelovanje med različnimi dejavnostmi in službami,

prostori in oprema za izvajanje dejavnosti, ki vključuje:

- razpoložljivost prostorov in medicinske opreme,
- izgled, urejenost in čistoča prostorov,
- udobje bivalnih prostorov.

Izvajalci zdravstvenih storitev s kakovostjo zdravstvenega varstva običajno razumejo predvsem kakovost celovite obravnave bolnikov, ki se nanašajo na preventivne ukrepe, na storitve medicinske diagnostike, terapije, rehabilitacije in zdravstvene nege. Izraziti to kakovost je izredno težko, ob dejstvu, da se zdravstvene organizacija nenehno sooča s problemom velikega prepada med zahtevami in potrebami prebivalstva in vedno novo tehnologijo na eni strani ter možnostmi njihovega zadovoljevanja na drugi strani. Prav zaradi tega so pri določanju zdravstvene službe potrebni standardi, ki naj bi pomenili kompromis med strokovnimi zahtevami in materialnimi možnostmi posameznega okolja.

3 ČAKALNE VRSTE KOT GLAVNI VZROK NEZADOVOLJSTVA PACIENTOV

Čakalne vrste so po navedbah pacientov glavni vzrok za njihovo nezadovoljstvo. Pri odgovoru na vprašanje, katere so glavne slabosti slovenskega zdravstva, Keber ugotavlja da: »Slovenci na prvo mesto postavljajo čakalne dobe (59,6%), na drugo mesto slabo organizacijo dela (48,9%), na tretje slabo kakovost osebja (29,1%) in na četrto nepotrebno čakanje v čakalnicah (17,0%)« (2003, 145).

Prav čakanje je glavni ali celo edini razlog, zaradi katerega so državljani pripravljani izjaviti, da bi plačali storitev tudi neposredno iz žepa. Slovenci so nezadovoljni, ker čakajo na nekatere diagnostične preiskave (računalniška tomografija, slikanje z magnetno resonanco), ker čakajo na preglede pri specialistih in ker čakajo na nekatere operacije. Ne samo pri Slovencih, čakanje je tudi pri drugih narodih ključno razlog za nezadovoljstvo z zdravstvenim sistemom (Keber, 145).

Čakalna doba je definirana kot najhitrejši možni termin, ko izvajalec lahko zagotovi zavarovani osebi zdravstveno storitev v okviru pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Izvajalec je dolžan informirati osebo pri katerem zdravniku, ali drugem zdravstvenem delavcu je čakalna doba najkrajša.

Vendar ni enotnih pogledov na to, kaj je čakalna doba. Nekateri navajajo čakalne dobe pri najbolj iskanih zdravnikih, pa čeprav pri drugih ni čakalnih dob ali so bistveno krajše. Javno se navajajo najdaljše čakalne dobe, pa čeprav bi bolnik v drugi bolnišnici prišel prej na vrsto.

Iz teh razlogov je navajanje čakalnih dob lahko zavajajoče. Najdaljše so čakalne dobe za operacije srca in žilja (1-2 leti), operacije kolen in kolkov (2-3 leta), operacije sive mreže (1 leto).

Ob vsakem daljšem čakanju se med bolniki pojavljajo vprašanja, ali je vodenje seznamov pošteno in strokovno in ali res nihče ne prehitava vrste iz razlogov, ki niso strokovno utemeljeni. Ko se pojavijo dokazani primeri ali samo sum na korupcijo, je zaupanje bolnikov izgubljeno in obstaja nevarnost, da se bo k poskusu korupcije zatekalo vse večje število bolnikov. Čakalne dobe so glavni generator korupcije v zdravstvu, zato je temeljnega pomena, da so kriteriji, ki uvrščajo bolnika na določeno mesto v seznamu čakajočih, znani in dostopni nadzoru javnosti. Brez teh kriterijev čakalne dobe podpirajo prepričanje državljanov, da je dostopnost do zdravstvenega varstva različna za različne državljane (Keber 2003, 145).

3.1 Vzroki za nastanek čakalnih vrst

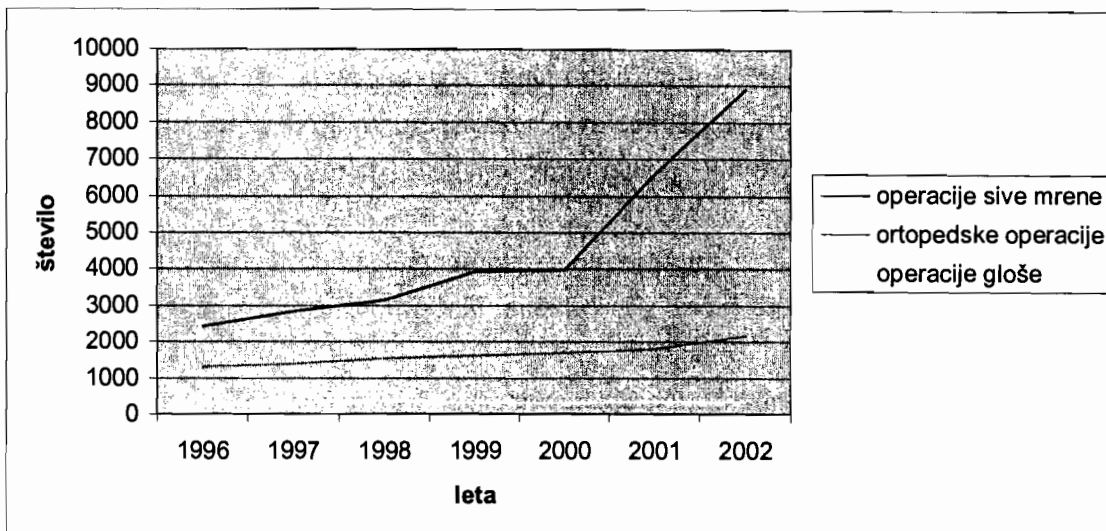
Čakalne dobe se pojavijo pri preiskavah, za katere so potrebna velika vlaganja v opremo in kadre in zato ni mogoče takoj zagotoviti zadostnega števila diagnostičnih mest, in za operacije, ki jih je možno odložiti (elektivne operacije), če ni dovolj

sredstev. Čakanje povečuje tudi naraščajoče povpraševanje prebivalcev po zdravstvenih storitvah, kar je posledica vse večjega števila starejših ljudi in kroničnih bolnikov, boljše informiranosti prebivalcev, širjenja indikacij za določene oblike zdravljenja in uvedbe novih načinov zdravljenja. Poleg omejenih sredstev in njihove premalo učinkovite uporabe kot splošnih vzrokov za vse čakalne dobe je potrebno omeniti še specifičen razlog, zakaj po čakalnih dobah izstopajo le nekatere operacije.

Donedavni način razporejanja denarja bolnišnicam ni upošteval potreb bolnikov, temveč potrebe bolnišnic, zato se ni mogel hitro prilagoditi potrebi po določeni novi obravnavi, zlasti če jo je izvajala ena sama bolnišnica. Prioritete bolnikov so se pri razporejanju denarja upoštevale le v omejenem obsegu, ker se je vselej najprej razporedil denar, ki je omogočil delovanje (in preživetje) vseh izvajalcev, in šele nato, če je kaj ostalo, so prišle na vrsto nove dejavnosti. Zato imajo tiste obravnave, ki jih opravljajo vse bolnišnice, relativno kratko čakalno dobo, pa čeprav so med njimi tudi takšne, ki bi jih bilo mogoče brez posledic za zdravje bolnika odložiti za daljši čas (ali celo opustiti), novejša obravnave pa se nikakor ne morejo prebiti do zadostnega števila, ker za ta namen vsako leto zmanjka denarja, pa čeprav so med njimi tudi take, pri katerih se med čakanjem bolnikovo zdravstveno stanje lahko bistveno poslabša, kar vključuje tudi možnost smrti. Tipičen primer so srčne in žilne operacije (Keber 2003, 146).

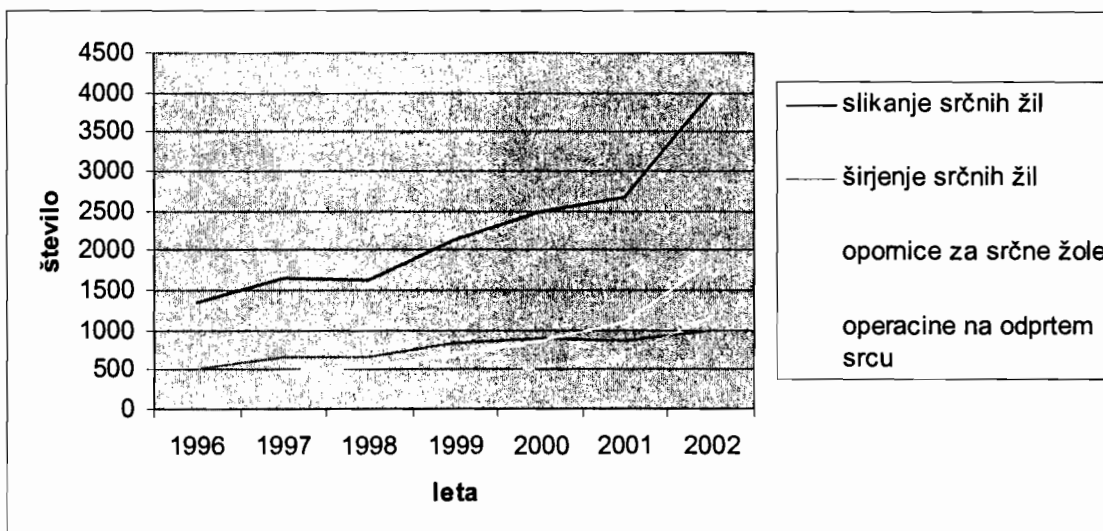
Ponudba, ki vzpodbuja povpraševanje. Število posegov, kjer so čakalne dobe najdaljše seveda ne stagnira, temveč se je v zadnjih letih povečevalo, v nekaterih primerih celo izdatno, kar prikazujeta sliki 3.1 in 3.2. Izrazito povečanje števila operacij sive mreže, na katere so ljudje še pred nekaj leti čakali do tri leta, je v znatni meri posledica novega načina plačevanja, ki je bil prav za to operacijo uveden že pred nekaj leti in je omogočil njeno pocenitev. Tudi število posegov na srcu (operacije na odprtem srcu in širjenje srčnih žil, ki vključuje tudi žilne opornice) se je v šestih letih povečalo za dva in polkrat. Ker pa se je v tem času povečal obseg diagnostike (slikanje srca in srčnih žil) za trikrat, danes čaka na posege na srcu podobno število bolnikov kot pred šestimi leti. To je značilen primer, kako se s širjenjem indikacij za preiskave najprej povečajo potrebe po novi tehnologiji in kadrih, nato se poveča število preiskav, preiskave pa narekujejo večje število posegov. To seveda ne pomeni, da bi morali zavirati utemeljeno povečevanje diagnostičnih zmogljivosti, pač pa razlaga, zakaj kljub povečanemu številu obravnav ne morejo skrajšati nekaterih čakalnih dob. Pri pravičnem ocenjevanju čakalnih dob za posege na srcu je potrebno upoštevati, da danes zdravijo z zapletenimi posegi dva in polkrat več srčnih bolnikov kot pred šestimi leti, torej se je dostopnost do teh posegov bistveno povečala. Čakalnih dob v tem primeru ne povzroča sistem, ki bi izvajal vse manj in manj diagnostičnih in terapevtskih obravnav, temveč razvoj medicine, ki omogoča, da te obravnave nudijo vse večjemu številu ljudi (Keber 2003, 146).

Slika 3.1 Naraščanje števila nekaterih operacij z dolgimi ležalnimi dobami med leti 1996 in 2002



Vir: Zdravstvena reforma

Slika 3.2 Naraščanje števila srčnih preiskav in posegov na srcu med leti 1996 in 2002



Vir: Zdravstvena reforma

Nepregledno vodenje čakalnih vrst. Čakalna doba pomeni povprečni čas čakanja vseh ljudi na čakalnem seznamu na določeno preiskavo ali zdravljenje, čakalni seznam pa je število vseh ljudi, ki čaka na to preiskavo ali zdravljenje.

Prav način vodenja čakalnih seznamov je drugi razlog za nezadovoljstvo državljanov. Obstajajo primeri, ki pričajo, da ne obstaja enoten način vodenja čakalnih list. Sezname, ki bi bili centralno vodeni in nadzorovani in na katerih bi vrstni red določal pregleden nabor kriterijev, ki bi pomiril čakajoče bolnike in jim zagotavljal, da

vsakdo pride na vrsto brez privilegijev, so največkrat (če sploh) zgolj zapisane želje v pravnih bolnišnic, resnična slika pa je od tega bolj ali manj oddaljena. Z izjemo srčnih operacij, kjer je seznam voden centralno za vso državo, takih seznamov za večino drugih operacij ni. Večino seznamov vodijo posamezni zdravniki ali bolnišnice za svoje bolnike. Koordinacija med bolnišnicami je zelo pomanjkljiva, tako da niso redki primeri, ko je bolnik poklican na operacijo, pa se izkaže, da jo je že pred časom opravil v drugi bolnišnici.

Ni jasnih pravil, kdaj in če sploh je mogoče določenega bolnika uvrstiti na listo. Še manj je jasno, kdaj se prične meriti čas čakanja. Načeloma in tudi v praksi je načinov več:

- že pri prvem sumu na bolezen ob obisku pri splošnem zdravniku;
- po obisku pri specialistu, ko ta z začetnimi preiskavami posumi na stanje, ki bo zahtevalo operacijo;
- po opravljeni diagnostiki, pa čeprav operacija ni potrebna takoj, temveč nekoč v prihodnosti;
- takrat, ko je operacija v resnici potrebna.

3.2 Čakalne knjige (Občastnik 1996)

Opredelitev

Čakalna knjiga je seznam zaporedno vpisanih zavarovanih oseb, napoteni na zdravniški specialistični pregled oziroma preiskavo z napotnico osebnega ali napotnega zdravnika ter oseb, ki v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko uveljavijo pravico do storitev specialistične ambulantne dejavnosti brez napotnice. Čakalna knjigo vodi izvajalec po dnevih, ko ambulanta sprejema zavarovane osebe Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Uporaba in vodenje čakalne knjige

Čakalna knjiga se uporablja za določitev datuma in ure specialističnega zdravniškega pregleda oziroma preiskave, po vrstnem redu čakajočih oseb, ob upoštevanju strokovno upravičenih prednosti pri tistih izvajalcih, pri katerih ni mogoče zagotoviti pregleda oziroma preiskave v istem dnevu.

V čakalno knjigo se vpisujejo zavarovane osebe za prve in ponovne preglede ter preiskave, kakor tudi zavarovane osebe, ki so bile na določeni dan pregledane v specialistični ambulanti brez predhodnega naročila (nujni primeri).

Čakalna knjiga se vodi za vsakega zdravnika posebej. V primeru da naročene zavarovane osebe sprejme drug (nadomestni) zdravnik, je potrebno navesti ime, priimek in številko nadomestnega zdravnika.

Vpis v čakalno knjigo se opravi na osnovi napotnice razen pri osebah, ki po Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko uveljavijo pravico do storitev v specialistični ambulantni dejavnosti brez napotnice. Izvajalec ne sme odkloniti zavarovani osebi vpisa v čakalno knjigo.

Izvajalec je dolžan omogočiti zavarovani osebi vpogled v čakalno knjigo.

Pri izvajalcih, kjer se v okviru ene dejavnosti storitve opravljajo v več ambulantah, zavarovana oseba pa si zdravnika ni posebej izbrala, se zavarovano osebo vpiše v čakalno knjigo za zdravnika, kjer je čakalna doba najkrajša.

V čakalno knjigo se ne vpisujejo osebe, ki se na zdravniški pregled oziroma preiskavo naročajo izven pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (begunci, zasebni zavarovalniški odškodninski primeri...). Za te osebe se opravljajo storitve izven ordinacijskega časa, ki je dogovorjen s pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Čakalno knjigo je izvajalec dolžan voditi ročno ali z računalniškim programom. Če izvajalec za vodenje čakalne knjige uporablja računalniški program, je dolžan zagotoviti enak nabor podatkov in izpis seznama naročenih zavarovanih oseb, po datumu sprejema pri zdravniku. Na izpisu mora biti naveden tudi datum izpisa. Izpis mora biti opravljen najmanj en dan pred sprejemom zavarovanih oseb na pregled oziroma preiskavo. Izvajalec je dolžan računalniške izpise kronološko hraniti v posebni mapi.

Čakalna knjiga se uporablja za zavarovane osebe, ki se bodo na zdravniške specialistične preglede oziroma preiskave ter na preglede v dispanzerjih naročale od 1.12. 1997 dalje.

Čakalna knjiga se hrani najmanj 2 leti.

Vsebina čakalne knjige

V čakalno knjigo se vpisujejo zavarovane osebe za prve in ponovne preglede, obravnave, preiskave, posege itd. v okviru bolnišničnega ali izven bolnišničnega zdravljenja. Iz čakalne knjige je razviden vrstni red čakajočih oseb. V čakalni knjigi se v rubriko čas pregleda vpiše mesec opravljanja storitve.

Osnovni nabor podatkov v čakalni knjigi

Zavod je pristojen za definiranje minimalnega nabora podatkov, ki se vpisujejo v čakalno knjigo, izvajalci pa po lastni presoji lahko ta nabor razširijo.

Iz čakalne knjige morajo biti razvidni:

- šifra in naziv izvajalca;
- šifra, ime in priimek zdravnika;
- šifra dejavnosti (šifrant 2; npr. 201 025 internistika), vrsta storitve, pregleda, posega, bolnišnične obravnave (npr. prvi pregled, računalniška tomografija, magnetna resonanca, operacija kile itd.).

V čakalno knjigo se vpisujejo naslednji podatki:

- Zaporedna številka vpisa. Za vsako osebo, ki se naroča na zdravniški pregled, poseg ali preiskavo, se vpiše zaporedna številka vpisa.
- Datum vpisa. Datum vpisa predstavlja datum, ko se zavarovana oseba vpiše v čakalno knjigo (datum, ko se zavarovana oseba osebno zgloši pri izvajalcu in se naroči, datum ko se zavarovana oseba telefonsko naroči, datum prejema napotnice po pošti itd.).
- ZZS številka zavarovane osebe.
- Ime in priimek zavarovane osebe.
- Leto rojstva zavarovane osebe.
- Naslov zavarovane osebe.
- Vrsta izven bolnišničnega pregleda ali obravnave. Če je zavarovana oseba naročena prvič, se vpiše št. 1, če ponovno, pa št. 2.
- Mesec, datum in ura opravljanja zdravstvene storitve. Vpišejo se podatki v skladu s tem navodilom.
- Opombe. Vpisujejo se podatki, ki jih izvajalec pri določitvi datuma in ure dodatno upošteva:
 - ZK – če je zavarovana oseba napotena po naročilu imenovanega zdravnika Zavoda
 - PNČ – če je zavarovana oseba prenaročena za drug termin ali k drugemu specialistu
 - BN – če zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravniškega pregleda brez napotnice
 - 0 - zavarovana oseba ni prišla na pregled
 - ČK – zavarovana oseba je bila vpisana v čakalno knjigo

3.3 Usmeritve in cilji Ministrstva za zdravje pri skrajševanju čakalnih dob

Ministrstvo je za skrajševanje čakalnih dob pripravilo usmeritve oziroma smernice, ki naj bi pripomogle k učinkovitemu skrajševanju čakalnih dob.

Skrajšanje čakalnih dob

Čakalne dobe bodo skrajšali s povečano učinkovitostjo dela, boljšim izkoriščanjem človeških in materialnih virov ter prerazporejanjem sredstev v tiste programe, kjer se pojavljajo čakalne dobe. Predlogi za povečano učinkovitost in podlage za večji obseg sredstev v prihodnosti so prikazani v prvem, drugem in petem cilju reforme ter v finančni projekciji, ki je priloga bele knjige. Povečani viri ne temeljijo na povečanem zbiranju sredstev za zdravstveno varstvo, temveč v obdobju do leta 2008 zgolj na

povečanih prilivih zaradi rasti BDP in na prihrankih, ki jih izvajalci lahko dosežejo z večjo učinkovitostjo dela.

Zdravstveni svet bo enkrat letno pred pričetkom pogajanj o razporejanju sredstev med izvajalce obravnaval čakalne dobe v državi in predlagal prerazporeditve sredstev v prid tistih obravnav, kjer so čakalne dobe nesprejemljivo dolge. Pogajalci (izvajalci, plačnik in Ministrstvo za zdravje) bodo morali v največji možni meri upoštevati te predloge. Zdravstveni svet bo podatke o čakalnih dobah vključeval v svoje redno poročilo o zdravju Slovencev za vlado, državni zbor in javnost.

Vodenje čakalnih seznamov

Določeni bodo kriteriji, ki bodo omogočali razporejanje bolnikov po nujnosti in potrebnosti določene obravnave. Potrebno bo zagotoviti, da bo vodenje teh registrov celovito, objektivno, pregledno in dostopno vpogledu samih bolnikov. Vzpostaviti bo potrebno nadzor, ki bo preverjal, ali je čakanje bolnikov, ki so vključeni na sezname, v resnici odvisno samo od resnosti njihove bolezni in drugih vnaprej znanih kriterijev. To delo lahko opravljajo samo zdravstveni delavci, ki izvajajo te storitve. Zagotoviti bo potrebno ustrezno izobraževanje ljudi, ki bodo ocenjevali potrebe bolnikov v skladu s standardiziranimi kriteriji.

Za obravnave, ki rešujejo življenja (srčni bolniki in bolniki z rakom) bodo vzpostavljeni centralni čakalni sezname na ravni države. Centralni registri bodo potrebni tudi za tiste posege, ki se izvajajo v manjšem številu ali v eni sami bolnišnici, saj bo le na tak način mogoče zagotoviti pravično dostopnost za bolnike z določeno boleznijo z ozirom na potrebo in tveganje.

Bolniki bodo morali biti natančno obveščeni o razlogih za predlagano zdravljenje, o alternativnih možnostih zdravljenja, o predvideni čakalni dobi na morebiten poseg in o spremembah njihovega zdravstvenega stanja, ki lahko vplivajo na ocene o nujnosti posega. Še posebno važna je dobra obveščenost bolnika takrat, ko gre za bolezen, ki ogroža njegovo življenje. V takem primeru mora bolnik izvedeti, koliko časa bo čakal na diagnozo, koliko časa bo čakal na za ustreznega zdravljenja in koliko časa bo čakal na ustrezno rehabilitacijo po zdravljenju.

Zagotavljanje najdaljše dopustne čakalne dobe za operacije

Dolgo čakanje na diagnostične postopke in zdravljenje raka ali srčnih bolezni je nesprejemljivo. Za operacije in druge obravnave, pri katerih čakanje lahko ogrozi življenje, bodo vzpostavili določanje najdaljše dopustne čakalne dobe, ki bo temeljilo na ustrezni zmogljivosti sistema, da zagotovi obravnavo v predvidenem času, in na nujnosti primera. Današnji standard, da mora biti operacija zaradi rakave bolezni izvedena prej kot v enem mesecu od postavljene indikacije, je sprejemljiv standard, ki so ga v Sloveniji večinoma že dosegli, potrebno pa ga bo zagotoviti za vse bolnike. Pri

srčnih operacijah bo potrebno bistveno izboljšati današnje stanje: po postavljeni indikaciji bo morala biti najdaljša dopustna čakalna doba krajša od šestih mesecev.

Pri elektivnih operacijah bo potrebna poglobljena presoja o kriterijih, po katerih bi morda tudi te posege razporedili po prioritetah. To bo narekovalo previdnost, da sistem ne bi izgubil svoje fleksibilnosti.

Čakalna doba na prvi pregled v osnovnem zdravstvu

Čakalna doba na prvi pregled pri izbranem zdravniku na primarni ravni že danes ne predstavlja problema, saj se le izjemoma v primeru manjše nujnosti in odsotnosti izbranega zdravnika ali ob nepričakovanem povečanem številu bolnikov lahko zgodi, da bolnik z akutno boleznijo oziroma poslabšanjem kronične bolezni ni pregledan še isti dan. Tak standard bo ostal tudi v prihodnje. Le v primeru izjemnih razmer (npr. sezonski porast bolezni, epidemije) bo zdravnik, potem ko bo opravil pogovor z bolnikom, lahko odložil pregled, ki bi ga zahteval bolnik. Ob tem je potrebno upoštevati, da za ustrezno obravnavo lahko šteje tudi nasvet po telefonu ali posvet pri drugem članu zdravstvenega tima (npr. pri medicinski sestri), ki ga za določen primer pooblasti zdravnik. Vsa nujna stanja so že sedaj obravnavana v službi nujne medicinske pomoči, ki je državljanom na voljo v zdravstvenih zavodih 24 ur dnevno.

Čakalna doba na prvi pregled v sekundarnem zdrav. varstvu

Za specialistične preglede v sekundarnem zdravstvenem varstvu najdaljša čakalna doba na prvi pregled ne bo smela biti daljša od enega meseca. Za napotitve k specialistu bodo uvedeni kriteriji nujnosti pregleda, ki jih bo ob vsaki napotitvi določil napoteni zdravnik, čakalna doba pa bo v odvisnosti od njih lahko dolga od enega dne do enega meseca. Pravilniki bodo predvideli negativne vzpodbude, ki bodo preprečevale, da bi napoteni zdravniki zlorabljali kriterij nujnosti. V primeru, da bo izpolnjevanje zahtev o največji dolžini čakalne dobe težko zagotoviti zaradi premajhnega števila ambulant v posameznih dejavnostih, bodo izvajalci v dogovoru s plačnikom uvedli dodatne ambulante. V skrajnem primeru bodo morali zavodi zagotoviti triažne ambulante, v katerih bodo zdravniki v roku enega tedna morali orientacijsko pregledati bolnika in določiti stopnjo nujnosti njegove nadaljnje obravnave.

Naročanje obiskov bolnikov na uro

Dolgotrajno čakanje v čakalnicah je mogoče odpraviti z doslednim naročanjem bolnikov po urnem razporedu. Zdravniki, ki poleg naročenih bolnikov sprejemajo tudi nujne obiske, bodo v svojih urnikih morali predvideti časovne intervale za take primere. Ordinacijski čas ambulant bo prilagojen potrebam državljanov, kar pomeni, da bo omogočena dostopnost tudi v popoldanskem času.

Vzpodbude za naročanje na uro in skrajševanje čakalnih dob

Predvideni ukrepi ne predstavljajo novosti, vendar jih vse doslej v javnem zdravstvenem sistemu pogosto niso spoštovali, o čemer pričajo številne javnomnenjske raziskave. Zato bo potrebno z različnimi pozitivnimi in negativnimi vzpodbudami doseči njihovo uresničitev. Ministrstvo za zdravje že pripravlja pravilnik o merilih za ugotavljanje delovne uspešnosti direktorjev in strokovnih direktorjev zdravstvenih domov in bolnišnic. Ta pravilnik bo delovno uspešnost vodstvenih delavcev vezal tudi na naročanje pacientov na uro in na čakalne dobe na prvi pregled. Od naročanja na uro bo odvisna tudi višina odmerjenih sredstev za ambulantno delo v osnovnem in sekundarnem zdravstvenem varstvu. Preverjanje izpolnjevanja teh zahtev bo poverjeno nadzornikom Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Pravilniki, ki bodo na ta način urejali odnos izvajalcev do bolnikov, so bili uveljavljeni z začetkom leta 2004 (Keber 2003, 155).

Pretežni del teh priporočil, ki jih je ministrstvo opisalo v zdravstveni reformi, se uspešno izvaja v praksi, kar nedvomno pomeni tudi večjo učinkovitost zdravstvenega sistema.



4 KRITIČNA ANALIZA UPRAVLJANJA S ČAKALNIMI VRSTAMI V SPLOŠNI BOLNIŠNICI SLOVENJ GRADEC

4.1 Predstavitev Splošne bolnišnice Slovenj Gradec

Zgodovina bolnišnice sega v leto 1419, ko je oficial slovenjegraške gosposke Janez iz Loke ustanovil v tem kraju meščanski špital za oskrbo in nega zlasti obubožanih in revnih meščanov. Domneva se, da se je že imovit priselil iz Škofje Loke in tu dodatno obogatel z dohodki službe, s prekupčevanjem posesti in posojanjem denarja. To mu je omogočilo, da je lahko z Ustanovno listino namenil za delovanje špitala kot osnovno dotacijo različne dohodke.

V letih 1424-1428 je špital zgradil kapelo posvečeno Sv. Duhu, v kateri so volili slovenjegraške sodnike. Kapela stoji še danes in v njej so stvaritve gotske, renesančne in baročne umetnosti.

Velik dogodek sega tudi v leto 1896, ko je okrajna hranilnica Slovenj Gradec v dobrodelne namene podarila zemljišče okrajnemu glavarstvu Slovenj Gradec, le-to pa ga je namenilo za bolnišnico.

Tako se je zemljišče namenjeno bolnišnici začelo razvijati, spreminjati in dograjevati. Na tem zemljišču stoji bolnišnica še danes.

Splošna bolnišnica je javni zavod, ki opravlja dejavnost posebnega družbenega pomena, zlasti bolnišnična in specialistično ambulantno zdravstveno dejavnost, dispanzersko dejavnost in medicinsko rehabilitacijo. Skrbi za izobraževanje delavcev in znanstveno raziskovalno delo, zdravstvene vzgoje in drugo.

Bolnišnica je po svojem značaju regionalna bolnišnica in deluje v skladu z zakonom kot neprofitna organizacija v okviru dogovorjenega programa z zavarovalnicami. S prostimi kapacitetami pa je tržno usmerjena.

Sredstva zavoda:

- od zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in drugih zdravstvenih zavarovalnic za opravljanje storitve,
- iz proračuna Republike Slovenije za storitve in namene za katere je z zakonom določeno, da se financira iz republiškega proračuna,
- s prodajo storitev drugim,
- z dotacijami, darili in iz drugih virov.

Ustanovitelj zavoda zagotavlja sredstva za večja vzdrževalna dela, investicije ter za druge obveznosti, določene z zakonom in drugimi akti.

4.2 Vodenje čakalnih vrst v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec

V bolnišnici Slovenj Gradec se vodijo čakalne knjige od leta 96 v posebnih knjigah, ki jih je pripravil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije skupaj z Zdravniško zbornico Slovenije.

Urologija

V urološki ambulanti so vodili čakalno knjigo ročno od leta 96 pa do sredine leta 98 ko so uvedli elektronsko vodenje čakalne knjige. Najprej so vodili elektronsko čakalno knjigo za ambulanto, kasneje še istega leta pa so uvedli elektronsko naročanje čakalne knjige za sprejeme in operacije na urološkem oddelku. To naročanje je potekalo vse do aprila leta 2004, ko je bolnišnica uvedla nov informacijski sistem. S prehodom na nov informacijski sistem je naročanje na specialistični pregled v ambulanti sicer ostalo, naročanje na operacijo in za sprejem, pa novi program za sedaj še ne omogoča. Tako se sezname za sprejeme in operacije zopet vodijo ročno. Čakalne knjige so ločene za vsakega zdravnika, ki dela v ambulanti. V čakalno knjigo vpisujejo sestre urološke ambulante, ambulantna administratorica in oddelčna administratorica, ki vpisuje kontrole po hospitalizacijah.

Pri naročanju na preiskave vodijo še svojo neformalno beležko, saj se iz računalniške knjige ne vidi vrsta preiskave na katero je pacient naročen. Bolniki se lahko naročijo telefonsko ali osebno vsak dan med sedmo in poltretjo uro, ob torkih, sredah in četrkih pa med sedmo in sedemnajsto uro.

Pedriatrija

Na pediatriji vodijo čakalne knjige za kardiološko, alergološko, gastroenterološko, pedonevrološko, neonatalno, razvojno, splošno pediatrično ambulanto in endokrinološko-diabetično ambulanto.

Na otroškem oddelku vodijo ročne čakalne knjige. Bolniki se lahko naročijo po telefonu, ali osebno, datum pregleda pa uredijo tudi na podlagi poslane napotnice. Njihova čakalna knjiga vsebuje vse predpisane nabore podatkov, ki jih zahteva ZZZS. Naročanje poteka vsak dan med sedmo in tretjo uro.

Preanesteziološka ambulanta

V preanesteziološki ambulanti je naročanje nekaj časa potekalo ročno. Nato so naročevali v ročne čakalne knjige, ki pa so jih prepisovali v računalnik. S prehodom na nov informacijski sistem pa zopet vodijo samo ročno čakalno knjigo, ker v računalniku nimajo vnesenih urnikov ambulant. Bolnike naročuje sestra, ki dela v tej ambulanti. Bolniki se lahko naročijo osebno ali po telefonu v času delovanja preanesteziološke ambulante.

Ambulanta za terapijo bolečine

Naročanje v tej ambulanti poteka na enak način kot naročanje za preanesteziološko ambulanto. Naročuje tudi ista sestra.

Dermatologija

V dermatološki ambulanti je potekalo vodenje čakalne knjige ročno tako za prve preglede, kot tudi za kontrolne preglede. Z prehodom na nov informacijski sistem v bolnišnici aprila 2004, pa vodijo prve preglede ročno v čakalnih knjigah, kontrole pa naročajo računalniško.

Bolniki se lahko naročijo osebno, ali telefonsko. Prve preglede naročuje sestra vsak dan med trinajsto in štirinajsto uro, kontrole pa naročuje administratorica dermatološke ambulante.

Nevrološka ambulanta

Nevrološka ambulanta vodi ročno čakalne knjigo. Bolniki se lahko naročijo telefonsko ali osebno. Naročuje administratorica nevrološke ambulante. Prav tako vodijo čakalno knjigo za preiskavo EMG. Naročanje na to preiskavo poteka na enak način kot naročanje za nevrološko ambulanto. Bolniki se lahko naročijo vsak dan med sedmo in poltretjo uro.

Ortopedska ambulanta

Ortopedska ambulanta vodi 2 čakalni knjigi in sicer prvo za redne preglede drugo za nujne preglede in preglede za invalidsko komisijo. Vodenje čakalne knjige je ročno. V čakalno knjigo zaradi zelo dolgih čakalnih dob vpisujejo ime in priimek, datum naročila in naslov, ne vpisujejo pa datuma pregleda. O datumu pregleda medicinske sestre obvestijo paciente 14 dni pred predvideno obravnavo. Naročuje sestra ortopedске ambulante na podlagi napotnic, ki jih bolniki prinesejo osebno, ali pa jih osebni zdravniki pošljejo po pošti v ortopedsko ambulanto.

Ambulanta za bolezni dojk

Ambulanta za bolezni dojk vodi ročno čakalno knjigo. Do lanskega leta so vodili čakalno knjigo za vsakega zdravnika posebej, sedaj pa vodijo čakalno knjigo po dnevih, ko ambulanta obratuje. Na pregled se bolnice lahko naročijo osebno ali telefonsko vsak torek ali četrtek med osmo in petnajsto uro. Naročuje pa sestra, ki dela v tej ambulanti.

Ginekološka ambulanta

Ginekološka ambulanta vodi ročno čakalno knjigo. Uporabljajo predpisano čakalno knjigo. Bolnice se lahko naročijo osebno ali po telefonu. Naročuje sestra ginekološke

ambulante in administratorka. Čakalne knjige imajo ločene po zdravnikih, ki delajo v ambulanti.

Fizioterapija

Fizioterapija vodi dve čakalni knjigi in sicer eno za nujne, drugo pa za vse ostale.

Imajo svoje (ne predpisane s strani ministrstva) čakalne knjige v katerih vodijo tiste nabore podatkov, ki jih pri delu potrebujejo. Bolniki se lahko naročijo vsak dan med sedmo in poltretjo uro.

Interni oddelek

Na internem oddelku prav za vse ambulante in za vse preiskave vodijo ročne čakalne knjige. Vodijo čakalne knjige za hematološko ambulanto, kardiološko ambulanto, endokrinološko ambulanto, angiološko ambulanto, gastroenterološko ambulanto, nefrološko ambulanto, antihipertonično ambulanto. Za te ambulante vodijo čakalne knjige posamezno po zdravnikih, ki v teh ambulantah delajo. Poleg čakalnih knjig za ambulante vodijo čakalne knjige za preiskave in sicer: ultrazvok srca, ultrazvok trebuha, ultrazvok ožilja, cikloergometrijo, meritve krvnega tlaka. Te čakalne knjige vodijo posamezno za vsako preiskavo posebej in ne po zdravnikih, ki te preiskave opravljajo. Uporabljajo predpisane čakalne knjige. Naročanje poteka osebno ali po telefonu, naročujejo pa administratorke internističnih ambulant. Bolniki se lahko naročijo vsak dan med eno in poltretjo uro.

Za preiskave endoskopije se bolniki naročijo v endoskopiji, kjer jih naroči sestra, ki jim poleg termina preiskave razloži tudi kako naj bodo pacienti za preiskavo pripravljeni.

Kirurgija

V kirurških ambulantah vodijo čakalne knjige za naslednje ambulante: proktološko ambulanto, ambulanto za bolezni ožilja, ambulanto za kirurgijo roke, kontrolno travmatološko ambulanto in ambulanto za kirurške operativne posege. Za vse ambulante vodijo ročne čakalne knjige, razen za kontrolno travmatološko ambulanto, kjer kontrole naročujejo tudi računalniško. Bolnike v čakalno knjigo vpisujejo administratorke, bolniki pa lahko dobijo datum pregleda, če se oglasijo osebno ali telefonsko. Čakalne knjige so vodene ločeno za posamezne zdravnike, ki v teh ambulantah delajo. Za planirane sprejeme na kirurške oddelke in na kirurške operacije vodijo svojo čakalno knjigo. Vodijo jo ročno. Nabori podatkov, ki jih vsebujejo: ime in priimek, datum rojstva (včasih), diagnoza, datum naročila (včasih). Datum sprejema pa je datum pod katerim je pacient vpisan.

Bolniki se na preglede v kirurških ambulantah lahko naročijo vsak dan med sedmo in drugo uro.

Rentgen

Na rentgenu vodijo dve čakalni knjigi. V prvo vpisujejo angiografijo in urografijo slikanja hrbtenice, gastro preiskave in urološke preiskave in druge preiskave, druga čakalna knjiga pa je namenjena za CT preiskave. Za naročanje imajo svoje čakalne knjige z svojimi nabori podatkov. Tako v njihove čakalne knjige ne vpisujejo datuma naročila, vpisujejo pa ambulanto in oddelek iz katerega je bil bolnik poslan na preiskavo. Naročujejo administratorke in rentgenski tehniki, bolniki pa se lahko naročijo osebno ali telefonsko. Za naročanje na ultrazvok uporabljajo predpisano zeleno čakalno knjigo, vendar vanjo le izjemoma zapišejo datum naročila. Naročanje poteka vsak dan med osmo in poltretjo uro.

Otolaringološka ambulanta

Za to ambulanto vodijo ročno čakalno knjigo. Uporabljajo predpisano zeleno čakalno knjigo. Naročuje administratorka pisarne otroškega oddelka. Bolniki se lahko naročijo telefonsko ali osebno in sicer vsak dan med sedmo in petnajsto uro.

4.3 Primerjalna analiza čakalnih vrst

Na podlagi podatkov z interneta, s strani zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, sem v prvem delu naredila primerjalno analizo čakajočih na dan 1.3.2006 ter realizirane čakalne dobe za posamezne posege v letu 2005 med po velikosti primerljivimi bolnišnicami kot so: SB Slovenj Gradec, SB Maribor, SB Celje, SB Ptuj, SB Brežice, SB Izola, SB Jesenice ter SB Mursko Soboto.

S to analizo bom poskušala ugotoviti kakšne so čakalne dobe v posameznih bolnišnicah v primerjavi s Splošno bolnišnico Slovenj Gradec in ugotoviti vzroke za takšna odstopanja.

Primerjave med bolnišnicami

Tabela 4.1 Čakajoči na dan 1. 3. 2006

SB Čakajoči 1. 3. 2006	Slovenj Gradec	Maribor	Celje	Ptuj	Brežice	Izola	Jesenice	Murska Sobota
bolezni dojk	1010	50	/	393	138	60	2866	926
siva mrena	/	907	505	322	/	708	/	644
operacija na ožilju	34	31	79	/	6	197	/	60
operacija kile	38	470	221	55	9	155	170	25
žolčni kamni	24	438	167	32	10	52	172	20
Mamografija	0	125	82	360	138	352	2390	0
Angiografija	16	27	0	/	/	8	/	/
CT	45	34	365	80	35	231	270	182

Vir: Spletna stran ZZZS

Tabela 4.2 Realizirana čakalna doba v letu 2005 (v mesecih)

SB čakalna doba	Slovenj Gradec	Maribor	Celje	Ptuj	Brežice	Izola	Jesenice	Mursk a Sobota
bolezni dojk	6	1	/	2	2,7	1	6	4,3
siva mrena	/	10,3	3	7	/	3	/	10
operacija na ožilju	3,4	1	5	/	3	1	/	4
operacija kile	3	10	4	2,2	3	2,5	3,3	1,4
žolčni kamni	3	10	4	4	3	2,5	6,3	1,4
Mamografija	0	7,1	0	2	2,7	6	6,5	0
Angiografija	0,5	1,5	0	/	/	1	/	/
CT	0,5	0,7	1,5	0,9	1,5	0,7	1,5	0,7

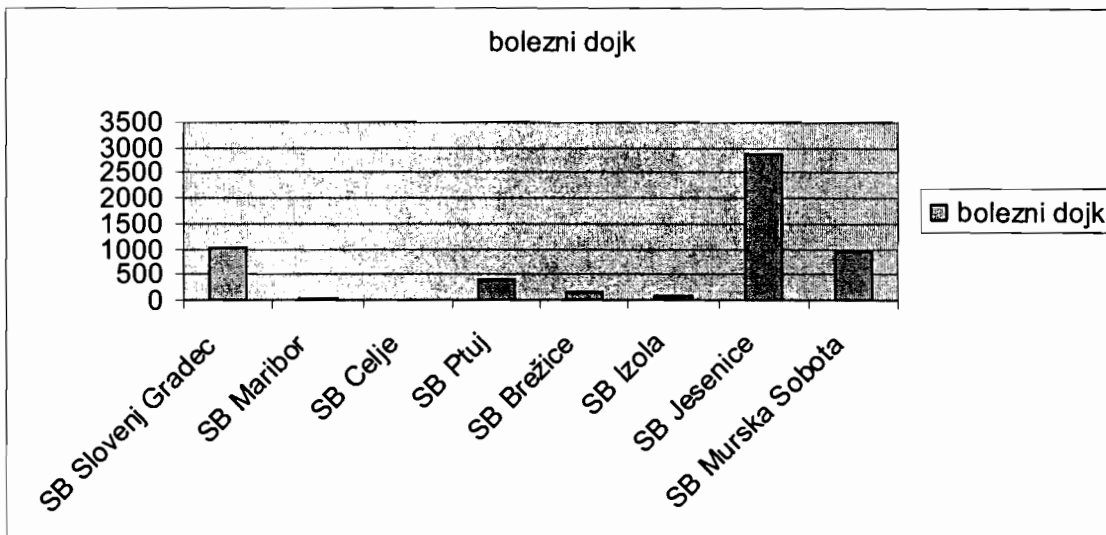
Vir: Spletna stran ZZZS

Vzela sem dva primera, ki najbolj izstopata v SB Slovenj Gradec v primerjavi z drugimi bolnišnicami. V nadaljevanju naloge bom razčlenila ta dva primera in skušala ugotoviti, razloge za takšna odstopanja in sicer ambulanta za bolezni dojk, ter operacijo na ožilju. Ta dva primera sem tudi grafično ponazorila. V nadaljevanju skušam ugotoviti vzroke za tako različno dolge čakalne dobe in število čakajočih, ter podati svoje predloge za izboljšanje.

Največje odstopanje je v ambulanti za bolezni dojk. Tu posebej izstopa SB Slovenj Gradec v primerjavi s SB Jesenice pri tem, da je v obeh bolnišnicah čakalna doba šest mesecev med tem ko je število čakajočih v SB Jesenice trikrat višje kot v SB Slovenj

Gradec. Precejšnja odstopanja pa so tudi pri čakalnih dobah na operacijo ožilja v SB Slovenj Gradec v primerjavi s SB Izola.

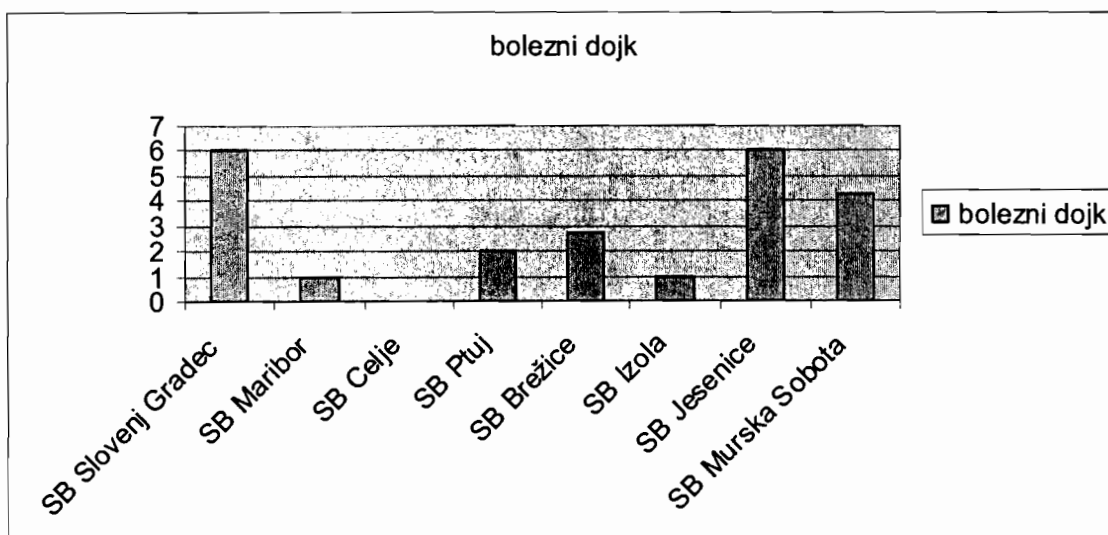
Slika 4.1 Čakajoči na dan 1.3.2006 Bolezni dojk



Vir: Podatki iz spletne strani ZZS

V sliki 4.1 prikazujem čakajoče na dan 1.3.2006 v ambulanti za bolezni dojk. Na te dan je bilo največje število čakajočih v SB Jesenice in sicer 2866, sledi ji SB Slovenj Gradec z 1010 čakajočimi, ter SB Murska Sobota z 926 čakajočimi. V SB Ptuj, Brežice in Izola pa je število čakajočih dosti manjše, kar je razvidno iz grafa.

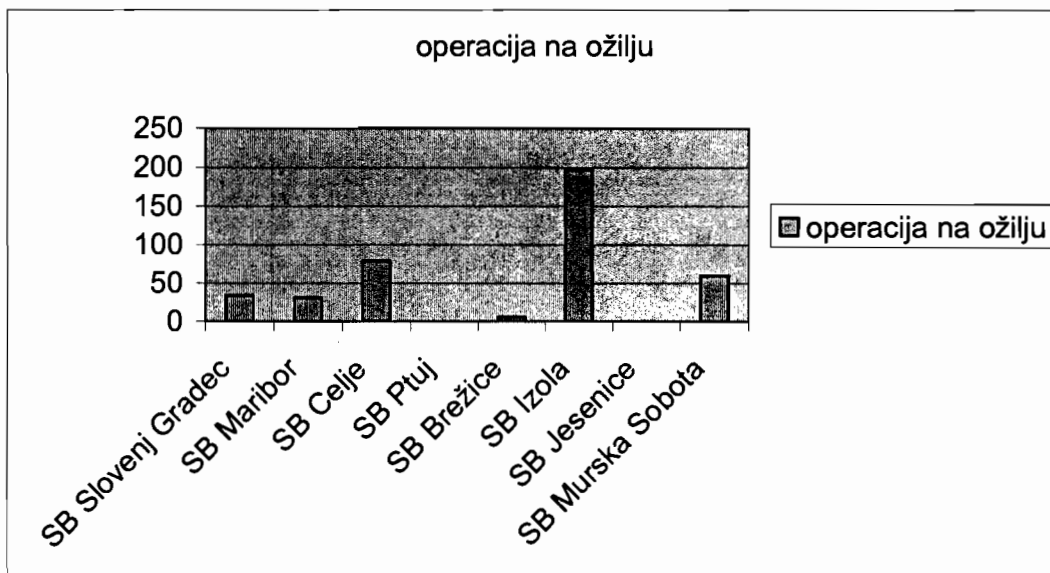
Slika 4.2 Realizirana čakalna doba za bolezni dojk (v mesecih)



Vir: Podatki iz spletne strani ZZS

Slika 4.2 prikazuje realizirano čakalno dobo v letu 2005. Najdaljša čakalna doba je bila v SB Jesenice in SB Slovenj Gradec in sicer do šest mesecev, sledi SB Murska Sobota nato SB Brežice in SB Ptuj. V SB Izola in SB Maribor do enega meseca. Z SB Celje pa ni podatka.

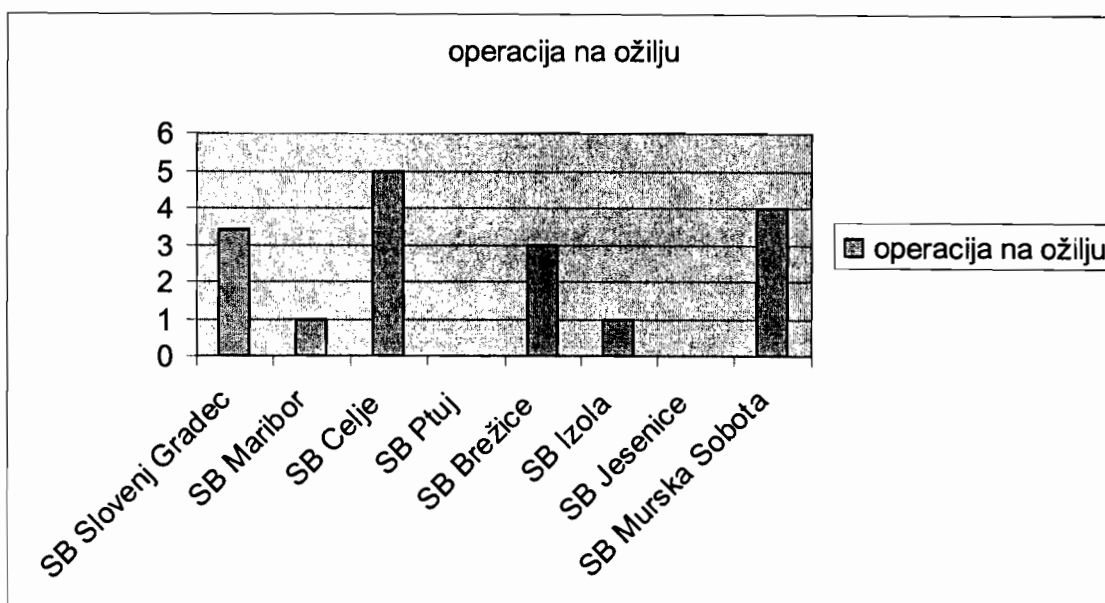
Slika 4.3 Čakajoči na dan 1.3.2006 - Operacija na ožilju



Vir: Podatki iz spletne strani ZZZS

Slika 4.3 prikazuje število čakajočih na dan 1.3.2006 za operacijo na ožilju. Največ čakajočih je bilo v SB Izola in sicer kar 200, sledita ji SB Celje in SB Murska Sobota. V SB Slovenj Gradec je bilo 34 v SB Maribor pa 31 čakajočih na operacijo ožilja. V SB Brežice pa čakajočih skoraj ni bilo le 6. Za SB Ptuj in SB Jesenice pa ni podatka.

Slika 4.4 Realizirana čakalna doba za operacijo na ožilju (v mesecih)



Vir: Podatki iz spletne strani ZZZS

Slika 4.4 prikazuje realizirano čakalno dobo v letu 2005 za operacijo na ožilju. Najdlje se je čakalo pet mesecev in sicer v SB Celje, najmanj pa v SB Maribor in SB Izola.

Iz teh slik je mogoče ugotoviti, da se čakalne dobe oziroma čas čakanja na posamezne preiskave močno razlikuje med bolnišnicami. Podatki lahko služijo le kot informativna podpora zavarovanim osebam pri uresničevanju zakonske pravice do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda. Spletna predstavitev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije predstavlja pomembno informacijo tudi zdravstvenim delavcem za lažje svetovanje bolnikom.

Analizirati vzroke za tako različno dolge čakalne dobe pa je nedvomno težka naloga. V teh primerih gre za vprašanje organizacije posameznih zavodov, izvajanja in financiranja programov in nenazadnje proste izbire zdravnika. V posameznih bolnišnicah so specializirani za določene posege in preiskave ter jih morda izvajajo po novjših metodah in jih zato lahko opravijo tudi večje število, kar pa nedvomno vpliva tudi na kvaliteto opravljenih storitev. Ob vsem tem pa imajo bolniki prosto izbiro in se ne malokrat odločajo za posege v bolnišnicah za katere je potrebno čakati dalj časa, ker določenemu zdravniku oziroma določeni bolnišnici bolj zaupajo pa čeprav bi v drugi bolnišnici prišli prej na vrsto.

Ugotovila sem, da gre za zelo zahtevno in težko primerljivo raziskavo iz naslednjih vzrokov:

- bolnišnice so med seboj težko primerljive, že zaradi svoje velikosti in zmogljivosti ter področja, ki ga zajemajo,
- prav tako vse bolnišnice ne opravljajo vseh posegov oziroma preiskav,

- omenjene bolnišnice v svojih programih nimajo enakih specialističnih programov,
- eden od dejavnikov so lahko tudi dobri uspehi zdravljenja na določenih področjih v posameznih bolnišnicah, sodobna opremljenost bolnišnic, priznani specialisti z bogatimi izkušnjami,
- oddaljenost danes ne bi smel biti več problem, vendar pa se še mnogi odločajo, da so čim bližje domu.

5 UGOTOVITVE IN PRIPOROČILA

Ambulanta za bolezni dojk v SB Slovenj Gradec

V ambulanti za bolezni dojk je ob velikem številu čakajočih zelo dolga čakalna doba v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, predvsem zaradi slabe pokritosti s specialisti ginekologi ali drugimi usposobljenimi specialisti na primarnem nivoju (zdravstveni domovi). V SB Slovenj Gradec se v ambulanto za bolezni dojk naročajo pacientke, ki bi bile lahko ambulantno pregledane že na primarnem nivoju in bi zdravnik v zdravstvenem domu oz. zasebnik napotil v bolnišnico le bolnice pri katerih bi obstajal sum o bolezenskih spremembah na dojkah s potrebo o nadaljnji obravnavi s pomočjo mamografije oz. ultrazvočne preiskave. Zdravniki ocenjujejo, da je med vsemi pacientkami kar 2/3 tistih, za katere se obravnava zaključí že z osnovnim pregledom.

Drugi problem je število razpisanih ambulant. Ta ambulanta spada pod oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo in jo izvajajo zdravniki specialisti kirurgi z dodatnimi znanji s tega področja. Zdravniki imajo delovišča še na oddelku, operacijski, urgentni ambulanti, kirurški ambulanti in drugih specialističnih ambulantah (proktološki, za ožilje itd.). Skratka bolnišnica nima zadostnega števila zdravnikov, specialistov, ki bi lahko v rednem času to ambulanto izvajali večkrat na teden.

Tretja težava pa je financiranje. SB Slovenj Gradec dobi plačilo po pogodbi, po posameznih ambulantah za določeno število pregledov oziroma točk. V letu 2005 je bilo bolnišnici po pogodbi z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) priznanih 2.125 pregledov, pregledanih pacientk pa je bilo 2.999 oziroma 874 več. Teh 41% preseganja programa bolnišnica ni dobila plačano, kar pomeni za bolnišnico čisto ustvarjanje izgube.

O vseh teh problemih je vodstvo bolnišnice seznanilo ZZZS in Ministrstvo za zdravje. S strani bolnišnice je bilo predlagano za leto 2006 (pogodba z ZZZS je še v postopku dogovarjanja), da se bolnišnici prizna večje število pregledov po pogodbi z ZZZS. Finančna sredstva, ki se namenjujejo zdravstvenim domovom in zasebnikom s koncesijo za izvajanje tega programa na primarnem nivoju se prizna bolnišnici. Gre torej za dodatni program, ki se bo opravil v rednem času s prerazporejanjem dela oz. novo organizacijo, delno pa tudi izven rednega delovnega časa. Trenutno je čakajočih 1.020 in čakalna doba 4,5 meseca.

Zakaj imajo v Jesenicah s 3x več čakajoči takšno čakalno dobo kot v SB SG? V SB Jesenice imajo večje število ambulant za bolezni dojk in tudi več zdravnikov, saj njihova ambulanta obratuje kar štirikrat na teden. Več razpisanih ambulant pa pomeni tudi več pregledanih pacientov v krajšem času.

Drug problem pa je primerjati število čakajočih 1.3.2006 z realizirano čakalno dobo v letu 2005. Pravo sliko bi pokazala analiza med čakajočimi v letu 2006 z realizirano čakalno dobo v letu 2006.

Operacije na ožilju v SB Slovenj Gradec

V letu 2005 je SB Slovenj Gradec pridobila dodatni program za operacije na ožilju. Realiziran je bil ves redni program do pogodbenega števila z ZZS in delno tudi dodatni program. Nerealiziran dodatni program iz leta 2005 pa je bil realiziran v prvih treh mesecih letošnjega leta, zato se je zmanjšalo število čakajočih na 34 na dan 31.3.2006 in realizirana čakalna doba v letu 2006 je 0,5 meseca. V SB SG je bolnik lahko operiran v 14 dneh po naročilu razen, če si izbere posameznega zdravnika, ki je v tem času odsoten.

SB Slovenj Gradec je tudi letos kandidirala za dodatni program s področja operacij na ožilju postopek izbire še ni zaključen. Lahko bi operirali tudi bolnike iz drugih regij, kjer so še vedno dolge čakalne dobe za te operacije.

Čakalne dobe so se po realizaciji dodatnih programov zmanjšale tudi za operacijo kile, žolčnih kamnov na 0,5 meseca.

Zakaj imajo v Izoli več čakajočih in krajše čakalne dobe?

Čakalne dobe v SB Izola so krajše in istočasno opravijo več posegov, ker njihova ambulanta poteka dva dni v tednu med tem ko v SB Slovenj Gradec opravijo to vrstne posege le enkrat na teden.

Glavni vzroki za čakalne dobe v SB Slovenj Gradec

Bolnišnica je v vseh preteklih letih realizirala večji program kot ga je dobila plačanega od ZZS. Strategija bolnišnice je bila, da oskrbi čimveč pacientov iz matične regije in tudi od drugod, predvsem pa vse urgentne. Preseganje na hospitalu je bilo od 5-10 %, prav tako tudi na področju ambulantne dejavnosti. To pa je seveda imelo za posledico negativno poslovanje bolnišnice, kajti preseganje realizacije programa nad pogodbo bolnišnica ne dobi plačanega. Tudi ti bolniki so bili zdravljeni z zdravili in drugimi zdravstvenimi materiali, imeli hotelsko oskrbo, nudena jim je bila zdravstvena nega in medicinska oskrba.

Strategija bolnišnice bi bila lahko tudi bolj ekonomska. V tem primeru pomeni oskrbeti samo tiste bolnike za katere dobijo plačilo, bolnike z ne nujnimi stanji pa razvrščati na čakalno listo. Posledično poslovati pozitivno, skrb zaradi dolgih čakalnih dob pa bi bila skrb države.

Čakalne dobe na oddelkih

Čakalne dobe za večino operacij so se skrajšale na 0,5 do 1 meseca, kar je sprejemljivo. Dolge čakalne dobe so še za operacije hemoroidov po metodi PPH (dražja

metoda od klasične, vendar za pacienta bistveno ugodnejša – krajši čas zdravljenja, manj bolečin), zdravljenje čezmerne debelosti (nova metoda, ki še ni vključena v seznam SPP pri ZZZS), operacije radikalne prostatektomije (skrajšanje s pomočjo priznanja dodatnega programa).

Na področju ortopedskih operacij kolka in kolena so dolge čakalne dobe (6 mesecev). Pripravlja se nacionalna čakalna lista z dodatnimi sredstvi za izvajanje dodatnega programa.

Čakalne dobe v specialističnih ambulantah

V specialističnih ambulantah je bilo v letu 2005 realiziranih v SB Slovenj Gradec 8.500 pregledov več kot jih je bilo priznано po pogodbi z ZZZS oziroma 9 % preseganje. Teh 8.500 pregledov bolnišnica ni dobila plačanih, kar pomeni izpad dohodka 100 mio SIT.

To pa tudi pomeni, če ne bi pregledali teh 8.500 bolnikov bi bile čakalne dobe v ambulantah še toliko daljše.

Tudi v letu 2006 je po prvih šestih mesecih preseganje programa glede na pogodbo 10%.

In tu trčimo v to stalno dilemo izvajati poslanstvo bolnišnice s čim boljše, hitrejšo oskrbo bolnikov ali stremeti k poslovanju brez izgube?

Kako skrajšati čakalne dobe in hkrati poslovati pozitivno?

- a) Z ZZZS sprejeti dogovor o prestrukturiranju programa, kar pomeni zmanjšati program na tistih področjih kjer ni toliko zahtev in povečati program na drugih področjih, kjer je več čakajočih.
- b) Povečati program v pogodbi in pridobiti dodatna sredstva.
- c) Racionalizirati poslovanje in z obstoječimi sredstvi izvesti več programa.
- d) Prijaviti se na dodatni program.
- e) Ponuditi možnost pacientom za oskrbo v samoplačniških ambulantah.

Kadri, oprema, sredstva

Na posameznih področjih je kadrov premalo, vendar bi se to lahko rešilo delno z začasno spremembo organizacije dela. Na nekaterih področjih (proktologija) se usposablajo specializanti za to področje, ki bodo v prihodnjih dveh – treh letih prevzeli samostojno posamezne ambulante in operativne posege.

Knjigovodska odpisanost medicinske opreme je tako kot v celotni Sloveniji zelo visoka preko 80 %, vendar se nadomešča z novo in bolnikom so še vedno izvedene tiste preiskave, ki so potrebne za dober izid zdravljenja.

Zatika pa se pri sredstvih. SB Slovenj Gradec je regionalna bolnišnica, ki z vsemi osnovnimi bolnišničnimi oddelki nudi skoraj celotno oskrbo za bolnike iz matične

regije. Glavni plačnik bolnišničnih storitev je ZZZS s katerim se vsakoletno sklepa pogodba, ki pa je limitirana s številom primerov na oddelkih in številom obiskov oz. pregledov v ambulantah.

Vodenje čakalnih knjig v SB Slovenj Gradec

Do julija 2006 so le na posameznih oddelkih vodili čakalne knjige elektronsko preko bolnišničnega informacijskega sistema. V juniju je SB Slovenj Gradec kupila posebni modul za vodenje čakalnih knjig. Oddelki in ambulante postopno prehajajo na vodenje čakalnih knjig elektronsko. Z nekaterimi dopolnitvami modula za tiste ambulante, ki imajo določene posebnosti bi naj bilo vodenje čakalnih knjig elektronsko v celotni bolnišnici po 1.1.2007.

Reševanje problema čakalnih dob

Čakalne dobe so problem tudi v drugih državah in jih zelo različno rešujejo. Menim, da način reševanja samo preko dodatnih programov ni zadovoljujoč. Tisti, ki imajo na eni strani dolge čakalne dobe, na drugi strani pa nič presejanja pogodbenega programa ali celo nedoseganje pogodbenega programa, dobijo priznanih več sredstev za več dodatnih programov. Kako jih bodo lahko pa sedaj izvedli?

Tisti, ki pa so v prejšnjih letih stalno presegali število realiziranih primerov in imajo zaradi tega krajše čakalne dobe, dobijo manj dodatnega programa in manj sredstev.

Menim, da bi bilo bolj pravično in dolgoročno bolj spodbudno najprej dodeliti dodatna sredstva za presežen program glede na pogodbo in tistim bolnišnicam s stalnim preseganjem programa povečati pogodbeni program in najprej od njih izvedeti ali so zmožni in pripravljeni izvesti še več programa in tako še skrajšati čakalne dobe.

6 SKLEP

K dvigu kakovosti zdravstvenih storitev bo nedvomno prineslo skrajševanje čakalnih dob na vseh področjih, kar pa bi ob boljši organizaciji, informiranosti, usmerjenosti uporabnikov in verjetno na določenih področjih tudi ob dodatnih finančnih sredstvih bilo možno doseči. Skrajševanje čakalnih dob je le eden od segmentov kakovosti zdravstvenih storitev kot celovite kakovosti zdravstvenih storitev katerih uporabniki smo nenazadnje vsi državljani od rojstva do smrti.

Čakalne dobe v zdravstvu so nedvomno pereč problem. Z iskanjem vzrokov je verjetno potrebno globlje poseči v problematiko organizacije in financiranja zdravstva. Nikoli ne bo na razpolago toliko denarja kot bi ga morala država nameniti za zdravstvo in napredek tehnologije v medicini. Nenehno prihaja do mnogih sprememb in izboljšav, tako v medicini kot v tehnologiji medicinske opreme, vse to pa zahteva dodatna sredstva. Država pa s predpisi ureja financiranje tovrstnih storitev na podlagi solidarnosti.

S krepitvijo konkurence, tudi na področju zdravstvenih storitev, so se nekatere bolnišnice specializirale za izvajanje določenih storitev, ki jih izvajajo, zato so morda tudi daljše čakalne dobe na določene posege v teh bolnišnicah. V tem primeru gre nedvomno iskati subjektivni element kakovosti zdravstvene storitve pri uporabniku. Gre za visoko interakcijo pacienta, kateri ima možnost izbire. Zaupanje v ponudnika je še posebej pomembno pri profesionalnih storitvah. Bolniki bolj zaupajo »izkušnim« strokovnjakom in so morda zato tudi pripravljeni počakati dalj časa na medicinske posege. Na uporabnikovo zaznavanje kakovosti storitev torej močno vpliva tudi »sloves« storitveno - zdravstvene organizacije, ki je odvisen tako od tehnične kot funkcionalne kakovosti.

Analiza oziroma primerjava podatkov čakalnih dob daje pomembno informacijo za uporabnike zdravstvenih storitev. Iz primerjav med bolnišnicami, ki sem jih navedla v razpredelnici oziroma v grafih, izhaja da so v nekaterih bolnišnicah nesprejemljivo dolge čakalne dobe, medtem ko jih v drugih bolnišnicah ni. Naj navedem kot primer preiskavo mamografijo v bolnišnicah: v nekateri bolnišnici je potrebno čakati tudi do šest mesecev medtem ko v drugih bolnišnicah na preiskavo ni potrebno čakati. Ob tem bi se morali vprašati, kaj je v našem zdravstvenem sistemu narobe. Bolniku ali bolnici, ki ima zdravstvene težave ali posumi na hudo bolezen, bi morali v najkrajšem času zagotoviti možnost, da pride do diagnoze in posledično do zdravljenja ne pa, da mora šest mesecev čakati na diagnostiko. Nihče se ne vpraša kakšno travmo doživlja ves ta čas, in nenazadnje je tudi uspeh zdravljenja večji v kolikor se zdravljenje začne čim prej.

Naloga zdravstvenega osebja pri čakalnih dobah je nedvomno seznaniti uporabnika storitev s podatki oziroma ga usmeriti na poseg oziroma preiskavo, kjer bo najhitreje

prišel na vrsto. Drug problem, ki se pojavlja je zdravstveno-informacijski sistem oziroma sistem obveščanja.

Težave bi rešile nacionalne čakalne liste za posamezne posege. Nacionalna čakalna lista obstaja sedaj le za operacije na srcu. Tako bi bolnike lahko operirali v bolnišnicah po vrstnem redu in bi lahko tudi bolnišnice, ki nimajo čakajočih dobile paciente in pripomogle k skrajševanju čakalnih dob. S tem bi bilo doseženih več dimenzij. Sedaj se dogaja, da se nekateri bolniki »za vsak slučaj« prijavijo na čakalno listo v različnih zavodih. Potem gredo tja, kjer prej pridejo na vrsto, v druge zavode pa ne obvestijo in tako neupravičeno zasedajo vrstni red drugim bolnikom. S tem povzročajo daljše in morda nerealne čakalne vrste pa tudi stroške zavoda.

Zavodi bi morali medsebojno več komunicirati in si izmenjati tovrstne podatke. Poslovodni delavci bi morali proučiti vzroke čakalnih vrst in jih skušati zmanjšati na minimum. Kateri je ta optimalni čas pa je težko oceniti in je odvisen od tega kdo ga ocenjuje ali izvajalec storitev, uporabnik storitve ali pa Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije vidi vzrok za počasnejše skrajševanje čakalnih dob tudi v težavah z neizkoriščenostjo medicinske opreme, zaradi okvar ali iztrošenosti, slabe organizacije dela pri izvajalcih, eden od problemov pa je tudi razdeljevanje za to namenjenega denarja.

Zadovoljstvo uporabnikov pa je zelo pomembno tudi za pridobivanje zvestobe strank in s tem pridobivanja konkurenčnosti na trgu. Zdravstveni zavodi in ministrstvo se trudijo vzpostaviti kontrolne mehanizme kakovosti z uvajanjem merjenja kakovosti v bolnišnicah z samoocenjevanjem - notranja presoja in akreditacijo - nenehnim izboljševanjem kakovosti. V ta namen je tudi ministrstvo za zdravje izdalo priročnik za samoocenjevanje bolnišnic, kot pomoč zdravstvenim delavcem za izboljšanje kakovosti storitev. V ta namen pa tudi zagotavlja dodatna sredstva za skrajševanje čakalnih dob za določene operativne posege.

LITERATURA IN VIRI

- Bohinc, Franc, Uršula Cetinski in drugi. Januar 2005. *Planiranje v neprofitnem javnem sektorju (priročnik za managerje)*. Nova Gorica. Educa, Melior d.o.o.
- Česen, Marjan. 1996. *Osnove upravljanaja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Česen, Marjan. 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko usposabljanje.
- Devetak, Gabrijel. 2000. *Evropski marketing storitev*. Kranj: Založba Moderna organizacija.
- Kapš, Peter. 2001. *Zgodovina zdravstva*. Novo Mesto: ERRO.
- Keber, Dušan, Albreht Tit in drugi. Julij 2003. *Zdravstvena reforma (osnutek)*. Ljubljana: Vlada republike Slovenije, ministrstvo za zdravje.
- Kralj, Janko. 1999. *Temelji managementa in naloge managerjev*. Koper: Visoka šola za Management.
- Management, kakovost, razvoj*. 2001. Zbornik drugega poslovnega posveta. Koper: Visoka šola za management.
- Marolt, Janez in Boštjan Gomišček. 2005. *Management kakovosti*. Kranj: Moderna organizacija v okviru FOV.
- Morgan, Colin in Stephen Murgatroyd. 1999. *Total quality management in the public sector*. Buckingham-Philadelphia: Open University Press.
- Ministrstvo za zdravstvo. 1993. *Plan zdravstvenega varstva RS do leta 2000*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravstvo.
- Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu*. 2006. Ljubljana: Vlada republike Slovenije, ministrstvo za zdravje.
- Občastnik zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije*. Letnik IV, številka 4/1996. Interno gradivo. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Občastnik zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije*. Letnik XIII, številka 3/2005. Interno gradivo. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Občastnik zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije*. Letnik XIII, številka 4/2005. Interno gradivo. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
- Potočnik, Vekoslav. 2000. *Trženje Storitev*. Ljubljana: Gospodarski vestnik.

Pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost zdravstvena reforma (odgovori na javno razpravo). November 2004. Ljubljana: Vlada Republike Slovenije, ministrstvo za zdravje

Pred 100 leti tu in danes splošna bolnišnica Slovenj Gradec. 1996. Splošna Bolnišnica Slovenj Gradec.

Snoj, Boris. 1998. *Management storitev.* Koper: Visoka šola za management.

Splošna bolnišnica Slovenj Gradec. *Statut.* Interno gradivo.

Strojin, Tone. 1998. *Uvod v zdravstveno pravo.* Ljubljana: ČŽ uradni list Republike Slovenije.

Strokovno poročilo. Junij 2005. Interno gradivo. Splošna bolnišnica Slovenj Gradec.

Šoštar, Adolf. 2000. *Management kakovosti.* Maribor: Fakulteta za strojništvo.

Špital. Jan.-dec. 2005. Interno glasilo Splošne bolnišnice Slovenj Gradec.

Tavčar, Mitja. 2005. *Strateški management nepridobitnih organizacij.* Koper: Univerza na primorskem Fakulteta za management.

Trunk, Nada in Mitja I. Tavčar. 2000. *Management nepridobitnih organizacij.* Koper: Visoka šola za management.

Vujoševič, Niko. 1996. *Vodilo za standarde kakovosti ISO 9000.* Ljubljana: Gospodarski vestnik.

Zakon o zdravstveni dejavnosti. 1992. *Uradni list Republike Slovenije.*

<http://www.zzzs.si>