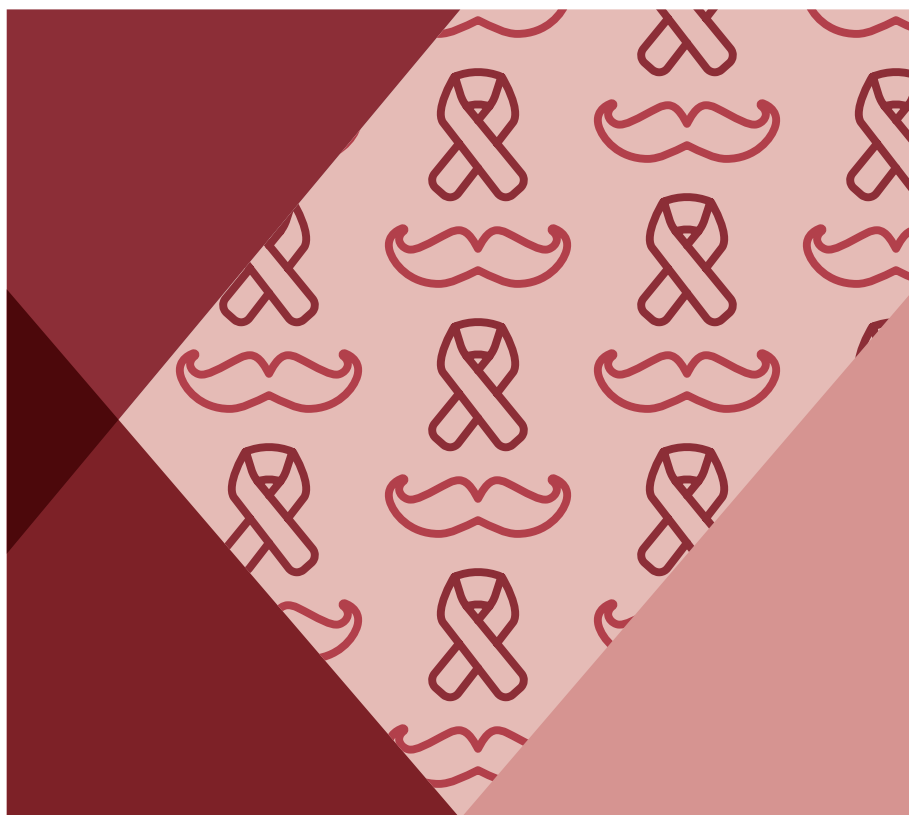




REPUBLIKA SLOVENIJA  
RAČUNSKO SODIŠČE

# Revizijsko poročilo

## Obravnava problematike raka prostate



## **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**

## **Obravnava problematike raka prostate**

Številka: 320-1/2017/53

Ljubljana, 27. novembra 2017

## Povzetek

Računsko sodišče je izvedlo revizijo uspešnosti *Ministrstva za zdravje* (v nadaljevanju: ministrstvo) pri obravnavi problematike raka prostate v obdobju od leta 2014 do 15. 9. 2017. Računsko sodišče je ocenilo, da ministrstvo v obdobju, na katero se nanaša revizija, *ni bilo uspešno*.

Podatki o incidenci raka prostate kažejo, da je to v Sloveniji najpogostejši rak pri moških in drugi najpogostejši rak skupno. Njegova incidenca je do leta 2011 strmo naraščala, po tem letu pa se je ustalila pri nekaj več kot 1.400 novoodkritih rakov letno. Prav tako se je ustalilo število umrlih zaradi raka prostate pri nekaj več kot 350 oseb letno. Podatki so na voljo zgolj do leta 2014, saj način zbiranja in obdelave podatkov ni omogočal objavljanja ažurnejših podatkov o obsegu raka prostate.

Ministrstvo v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni razpolagalo s pravilnimi, točnimi in ažurnimi podatki o čakalnih dobah na področju urologije, saj vzpostavljena informacijska infrastruktura tega ni omogočala. Podatki, s katerimi pa ministrstvo je razpolagalo, pa kažejo, da je v obdobju, na katero se nanaša revizija, na prvi pregled pri urologu vsak mesec prek dopustne čakalne dobe v povprečju čakalo 434 oseb, povprečna čakalna doba pa je znašala 140 dni. V letu 2017 je bil vzpostavljen sistem eNaročanje, ki omogoča vpogled v čakalne dobe večine zdravstvenih storitev, vendar podatki v sistemu še niso bili pravilni, točni in ažurni. Ministrstvo ni analiziralo vzrokov za nastanek predolgh čakalnih dob, zato ob sprejemanju odločitev in izboru ukrepov za skrajševanje čakalnih dob ni razpolagalo s točnimi in ažurnimi informacijami, ki bi omogočile izbor pravih ukrepov ter preverjanje njihovih učinkov. Kljub temu je ministrstvo v letih 2016 in 2017 sprejelo več ukrepov za skrajšanje čakalnih dob, vendar vsi niso bili takšne narave, da bi problem predolgh čakalnih dob odpravljali tudi dolgoročno.

Ministrstvo ni imelo neposrednega in stalnega vpogleda v podatke o številu urologov v javni zdravstveni mreži. Po zadnjih dosegljivih podatkih (za leto 2014) število urologov v Sloveniji znaša le 46 odstotkov povprečja števila urologov držav Evropske unije. Predvsem v letih 2016 in 2017 se je število urologov občutno povečalo zaradi večjega števila razpisanih specializacij. Ministrstvo še ni izvedlo analize potreb prebivalstva oziroma ni vzpostavilo sistema spremljanja potreb prebivalstva, na podlagi katerega bi bilo mogoče oceniti potrebno število urologov v prihodnje. Dobro poznavanje trenutnega stanja oziroma kadrovske zmožnosti in napoved prihodnjih kadrovske potreb, ki temelji na analizi potreb prebivalstva in demografskih trendov, sta pomembna za ustrezno ukrepanje za zagotovitev primerne kadrovske strukture.

Odločanje o razvoju kadrovske strukture je vezano tudi na določitev mreže javne zdravstvene službe. Ministrstvo še ni določilo javne mreže zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni, kjer bi opredelilo vrsto in obseg dejavnosti, ki jo zagotavljajo posamezni izvajalci zdravstvenih storitev, s človeškimi in drugimi viri, potrebnimi za opravljanje določene dejavnosti. Prav tako ni pripravilo analiz, vezanih na organizacijo urološke dejavnosti, ki bi lahko bile podlaga za morebitne spremembe v

organizaciji urološke dejavnosti, predvsem v zasledovanju cilja večje specializiranosti bolnišnic. V obdobju, na katero se nanaša revizija, je operacije raka prostate izvajalo devet izvajalcev, pri čemer sta večino – od približno 900 operacij letno – izvedla dva izvajalca.

Ministrstvo v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni razpolagalo s podatki o razpoložljivosti operacijskih dvoran in relevantne opreme za izvedbo operacij na področju urologije ter ni pripravilo analiz, kakšne operativne kapacitete bi bilo treba zagotoviti za zagotovitev ustrezne in pravočasne obravnave uroloških bolnikov. Podatki, ki jih je računsko sodišče pridobilo od bolnišnic, kažejo, da pomanjkanje razpoložljivosti operacijskih dvoran in pomanjkanje zdravstvenega kadra (predvsem urologov, anesteziologov in medicinskih sester v operacijskih dvoranah) predstavljata oviro in onemogočata izvedbo večjega števila operacij, kar podaljšuje čakalne dobe za urološke operacije. Te so v posameznih bolnišnicah za nekatere posege (pri nemalignih obolenjih) znašale tudi do dve leti.

Bolj učinkovito obravnavo bolnikov bi omogočila tudi informatizacija medicinske dokumentacije (standardizacija ključnih tipov medicinskega zapisa, informatizacija popisa bolezni in enoten spletni popis bolezni za vsakega bolnika z maligno boleznijo), vendar je ministrstvo v obdobju, na katero se nanaša revizija, še ni zagotovilo. Informatizacija tovrstnih zapisov bi omogočila tudi lažjo primerjavo kakovosti zdravljenja bolnikov z rakom prostate oziroma onkoloških bolnikov na splošno. K večji kakovosti obravnave bolnikov in enaki obravnavi bolnikov bi prispeval tudi sprejem kliničnih smernic in kliničnih poti za obravnavo bolnikov z rakom prostate, ki pa v Sloveniji na sekundarni in terciarni ravni še niso bile sprejete.

# KAZALO

<b>1. UVOD</b>	<b>7</b>
1.1 OPREDELITEV REVIZIJE .....	7
1.2 REVIZIJSKI PRISTOP .....	8
1.3 PREDSTAVITEV REVIDIRANCA.....	8
1.4 RAK PROSTATE .....	11
1.4.1 Statistični podatki o raku prostate v Republiki Sloveniji.....	11
1.4.2 Diagnostika in zdravljenje raka prostate .....	17
<b>2. OBRAVNAVA PROBLEMATIKE RAKA PROSTATE</b>	<b>20</b>
2.1 INFORMACIJSKA PODPORA.....	20
2.1.1 Podatki o delovanju zdravstvene mreže.....	21
2.1.1.1 Pridobivanje podatkov o obsegu raka prostate.....	21
2.1.1.2 Zbiranje in preverjanje podatkov o čakalnih dobah.....	23
2.1.2 Vodenje medicinske dokumentacije in primerljivost kakovosti zdravljenja.....	29
2.1.2.1 Medicinska dokumentacija .....	29
2.1.2.2 Primerljivost kakovosti zdravljenja .....	32
2.2 KADROVSKA STRUKTURA NA PODROČJU UROLOGIJE .....	34
2.2.1 Število urologov .....	35
2.2.2 Izvajanje analiz za določitev potrebnega števila urologov .....	39
2.2.3 Specializacije .....	45
2.2.4 Zaposlovanje urologov .....	49
2.3 ORGANIZIRANOST UROLOGIJE .....	50
2.3.1 Organiziranost mreže izvajalcev operacij raka prostate.....	50
2.3.2 Operativne kapacitete .....	57
2.4 KAKOVOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKOV.....	61
2.4.1 Čakalne dobe .....	61
2.4.2 Ustanovitev in delovanje razširjenih strokovnih kolegijev.....	66
2.4.3 Klinične smernice in klinične poti.....	69
<b>3. MNENJE</b>	<b>74</b>
<b>4. ZAHTEVA ZA PREDLOŽITEV ODZIVNEGA POROČILA</b>	<b>77</b>
<b>5. PRIPOROČILA</b>	<b>79</b>

# 1. UVOD

Revizijo uspešnosti Ministrstva za zdravje pri obravnavi problematike raka prostate v obdobju od leta 2014 do izdaje osnutka poročila dne 15. 9. 2017 smo izvedli na podlagi Zakona o računskem sodišču<sup>1</sup> (v nadaljevanju: ZRacS-1) in Poslovnika Računskega sodišča Republike Slovenije<sup>2</sup>. Sklep o izvedbi revizije<sup>3</sup> je bil izdan 23. 3. 2017.

Naša pristojnost je na podlagi izvedene revizije podati mnenje o uspešnosti ministrstva v zvezi z obravnavo problematike raka prostate.

Revizijo smo izvedli v skladu z mednarodnimi revizijskimi standardi, ki jih določa Napotilo za izvajanje revizij<sup>4</sup>.

## 1.1 Opredelitev revizije

Cilj revizije je bil izrek mnenja o uspešnosti ministrstva pri obravnavi problematike raka prostate v obdobju od leta 2014 do izdaje osnutka revizijskega poročila.

Da bi lahko izrekli mnenje, smo preverili, ali je bilo ministrstvo uspešno pri zagotavljanju pogojev za vzpostavitev učinkovitega sistema za obravnavo bolnikov z rakom prostate. Področje revizije je vključevalo aktivnosti, ki jih je ministrstvo izvajalo za učinkovito obravnavo pacientov s sumom na raka prostate in pacientov z rakom prostate, ki potrebujejo operacijo prostate. Problematika raka prostate je neizogibno povezana s problematiko na širšem področju urologije, zato smo v reviziji pri posameznih revizijskih vprašanih problematiko raka prostate obravnavali kot eno od področij v okviru delovanja urologije kot celote.

V reviziji smo si zastavili naslednje glavno revizijsko vprašanje, *ali je bilo ministrstvo uspešno pri zagotavljanju pogojev za vzpostavitev učinkovitega sistema obravnave bolnikov z rakom prostate.*

Odgovor na glavno vprašanje smo dobili tako, da smo odgovorili na naslednja podvprašanja:

- ali je ministrstvo zagotovilo pogoje za vzpostavitev informacijske infrastrukture, ki omogoča učinkovito obravnavo bolnikov z rakom prostate;
- ali je ministrstvo zagotovilo pogoje za ustrezno kadrovske strukturo na področju urologije;

---

<sup>1</sup> Uradni list RS, št. 11/01, 109/12.

<sup>2</sup> Uradni list RS, št. 91/01.

<sup>3</sup> Št. 320-1/2017/12.

<sup>4</sup> Uradni list RS, št. 43/13.

- ali je ministrstvo vzpostavilo pogoje za ustrezno organiziranje urološke dejavnosti v Sloveniji;
- ali je ministrstvo vzpostavilo pogoje, ki omogočajo kakovostno obravnavo bolnikov z rakom prostate.

## 1.2 Revizijski pristop

Revizijo smo načrtovali in izvedli tako, da smo pridobili zadostna in ustrezna zagotovila za izrek mnenja. Na posamezna vprašanja v reviziji smo odgovorili z uporabo kvalitativnih in kvantitativnih metod in tehnik revidiranja, pri čemer smo uporabili predvsem:

- proučevanje pravnih in strokovnih podlag, ki opredeljujejo področje revizije;
- pregled in analizo pridobljene dokumentacije ministrstva in drugih organov, kot so Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljevanju: NIJZ), Zdravniška zbornica Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) ter bolnišnice, ki izvajajo operacije raka prostate;
- pregled in analizo statističnih podatkov;
- preveritve podatkov (tudi z metodo skritega nakupovanja);
- primerjavo s podatki drugih držav;
- intervjuje in pisna pojasnila ministrstva;
- razgovore s predstavniki drugih organov ali oseb, kot so Združenje urologov Slovenije, Društvo uroloških bolnikov, Onkološki inštitut Ljubljana, Register raka Republike Slovenije (v nadaljevanju: register raka);
- pregled revizijskih poročil s področja zdravstva, ki jih je računsko sodišče že izdalo.

Poleg metod, ki smo jih uporabili pri izvajanju revizije pri revidirancu in ki predstavljajo podlago za izrek mnenja o uspešnosti ministrstva pri obravnavi problematike raka prostate, smo informacije pridobivali od izvajalcev operacij raka prostate. Rezultate analize pridobljenih informacij predstavljamo v poročilu, pri tem pa izvajalcem zdravstvenih storitev ne izrekamo mnenja, ker ti niso bili opredeljeni kot revidiranci.

V reviziji smo neposredno ali od ministrstva pridobili tudi podatke nekaterih drugih deležnikov na področju zdravstva, predvsem ZZZS, NIJZ ter Zdravniške zbornice Slovenije. Navedeni organi niso bili revidiranci in jim ne izrekamo mnenja, pridobljeni podatki so služili zgolj za lažjo ponazoritev dejanskega stanja, povezanega s problematiko raka prostate.

Obravnava problematike raka prostate je povezana s problematiko urologije, pa tudi širšo problematiko organizacije zdravstvene dejavnosti. Zato posamezne preveritve niso vključevale zgolj problematike obravnave raka prostate, temveč so se nanašale na tveganja, ki izhajajo iz organizacije javne zdravstvene mreže kot celote in njene informacijske podprtosti ter tveganj, ki izhajajo iz organiziranosti urologije.

## 1.3 Predstavitev revidiranja

V skladu s 40. členom Zakona o državni upravi<sup>5</sup> ministrstvo opravlja naloge na področju javnega zdravja, zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene dejavnosti, kemijske varnosti, varstva pred sevanji, zdravil in medicinskih pripomočkov, prehranskih dopolnil, živil za posebne prehranske oziroma zdravstvene namene, proizvodnje in prometa materialov, ki prihajajo v stik z živili, njihove uporabe v postopkih proizvodnje in distribucije prehranskih dopolnil ter živil za posebne prehranske oziroma

---

<sup>5</sup> Uradni list RS, št. 113/05-UPB4, 48/09, 21/12, 47/13, 12/14, 90/14, 51/16.

zdravstvene namene, pitne vode, živil oziroma hrane v gostinski dejavnosti, institucionalnih obratih prehrane in obratih za prehrano na delu z vidika preprečevanja in obvladovanja nalezljivih bolezni.

Ministrstvo pripravlja in predlaga ključne zakone s področja zdravstva, kot so Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju<sup>6</sup> (v nadaljevanju: ZZVZZ), ki med drugim ureja tudi sistem financiranja zdravstvenega varstva, Zakon o zdravstveni dejavnosti<sup>7</sup> (v nadaljevanju: ZZDej), ki ureja delovanje in upravljanje izvajalcev zdravstvenih storitev ter Zakon o zdravniški službi<sup>8</sup> (v nadaljevanju: ZZdrS), ki določa pogoje za opravljanje zdravniške službe ter določa pristojnosti in naloge upravnih organov in nosilcev javnih pooblastil.

V skladu z ZZVZZ ministrstvo sodeluje pri opredelitvi programa izvajanja storitev v prihodnjem letu. ZZS, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter ministrstvo se za vsako leto dogovorijo o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določijo obseg sredstev. Navedeno se opredeli z vsakoletnim splošnim dogovorom<sup>9</sup>. Na tej podlagi se določijo izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov oziroma storitev ter druge podlage za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, drugimi zavodi in organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter zasebnimi zdravstvenimi delavci. Ministrstvo sodeluje tudi pri določanju obsega storitev, ki se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. ZZVZZ namreč v 26. členu določa, da natančnejši obseg zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v breme obveznega zavarovanja, natančnejši postopek uveljavljanja pravic, standarde in normative določi ZZS v splošnih aktih v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje.

V skladu s četrtem odstavkom 5. člena ZZDej mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni zagotavlja Republika Slovenija, ki je tudi ustanoviteljica javnih zavodov na sekundarni in terciarni ravni. Ustanoviteljske pravice in obveznosti sicer izvršuje Vlada Republike Slovenije (v nadaljevanju: vlada) na predlog ministrstva, ki izvaja tudi neposreden nadzor nad poslovanjem javnih zavodov in ki mu javni zavodi letno poročajo.

Ministrstvo tudi določi zdravstvene storitve oziroma programe, ki se opravljajo na terciarni ravni. Ministrstvo sodeluje pri oblikovanju razširjenih strokovnih kolegijev (v nadaljevanju: RSK), ki so najvišji strokovni organ na posameznem področju, ki usklajuje predloge klinik, strokovnih združenj in zbornic,

<sup>6</sup> Uradni list RS, št. 72/06-UPB3, 91/07, 76/08, 87/11, 91/13.

<sup>7</sup> Uradni list RS, št. 23/05-UPB2, 23/08, 14/13.

<sup>8</sup> Uradni list RS, št. 72/06-UPB3, 58/08, 40/17.

<sup>9</sup> Bolj podrobno splošni dogovor določa:

- program, ki opredeljuje vrsto in obseg programov zdravstvenih dejavnosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- zmogljivosti, potrebne za izvedbo dogovorjenega programa;
- obseg sredstev za dogovorjene programe;
- globalno delitev finančnih sredstev po zdravstvenih dejavnostih, opredeljenih v dogovoru;
- izhodišča za oblikovanje vrednosti programa oziroma cen zdravstvenih storitev;
- druge podlage za sklepanje pogodb med ZZS in javnimi zdravstvenimi zavodi ter drugimi pravnimi in fizičnimi osebami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije.

visokošolskih zavodov, zdravstvenih zavodov ter posameznih strokovnjakov. RSK se oblikujejo pri klinikah, inštitutih in drugih zdravstvenih zavodih, ki jih določi minister, pristojen za zdravje, na predlog klinik, strokovnih združenj in visokošolskih zavodov, ki izvajajo programe za zdravstvene delavce.

Kot posvetovalno telo ministra deluje *zdravstveni svet*. To je najvišji usklajevalni organ in najvišji posvetovalni organ ministra na področju zdravstvene dejavnosti, zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja. Oblikuje predloge vsebin zdravstvenih programov s stališča njihove izvedljivosti, dostopnosti, enakomernega razvoja vseh strok in finančnega učinka zdravstvenih tehnologij v skladu s potrebami prebivalstva na nacionalni ravni. Sestavo, način imenovanja in način dela zdravstvenega sveta določi minister, pristojen za zdravje. K imenovanju članov zdravstvenega sveta daje soglasje vlada.

Na podlagi prvega odstavka 18. člena ZZdrS minister za zdravje daje soglasje k javnemu razpisu specializacij zdravnikov in zobozdravnikov za potrebe javne zdravstvene mreže, ki ga izvede Zdravniška zbornica Slovenije. V skladu z drugim odstavkom 183. člena ter deseto alinejo prvega odstavka 186. člena Zakona za uravnoteženje javnih financ<sup>10</sup> (v nadaljevanju: ZUJF) je minister dajal soglasje<sup>11</sup> tudi k zaposlitvi zdravnikov specializantov za potrebe javne zdravstvene mreže, ki so bili na specializacijo sprejeti v skladu z razpisom, na katerega ministrstvo predhodno poda soglasje.

V okviru nalog na področju javnega zdravja ministrstvo med drugimi izvaja tudi aktivnosti za obvladovanje kroničnih nenalezljivih bolezni in stanj. Pri tem izvaja tudi aktivnosti za boljše obvladovanje raka. V letu 2010 je ministrstvo pripravilo, vlada pa sprejela Državni program obvladovanja raka v Sloveniji 2010–2015 (v nadaljevanju: DPOR 2010–2015), trenutno je v veljavi Državni program obvladovanja raka v Sloveniji 2017–2021 (v nadaljevanju: DPOR 2017–2021). Za spremljanje in izvajanje DPOR 2010–2015 je bil v okviru ministrstva imenovan Svet za spremljanje DPOR, ki so ga poleg zaposlenih na ministrstvu sestavljali tudi strokovnjaki iz drugih organov oziroma javnih zavodov. DPOR 2017–2021 predvideva ustanovitev Sveta za nadzor DPOR in Strokovnega sveta DPOR ter imenovanje koordinatorjev na različnih ravneh.

Pomembnost vloge ministrstva v zdravstvenem sistemu je razvidna tudi iz navedb Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 "Skupaj za družbo zdravja"<sup>12</sup> (v nadaljevanju: ReNPZV16–25). Iz nje jasno izhaja, da je pravica upravljanja z mrežo javne zdravstvene službe pravica nosilca zdravstvene politike, torej ministrstva, pristojnega za zdravje. Ministrstvo svoje poslanstvo razume kot vodenje zdravstvene politike, ki je v korist vseh prebivalcev Slovenije, tako da zagotavlja dostopnost, učinkovitost, kakovost in varnost zdravstvenih storitev ter najvišjo stopnjo varovanja in krepitev zdravja<sup>13</sup>.

<sup>10</sup> Uradni list RS, št. 40/12, 105/12, 85/14, 95/14, 90/15, 102/15.

<sup>11</sup> V skladu s Sklepom o ugotovitvi, da je gospodarska rast preseгла 2,5 odstotka bruto domačega proizvoda (Uradni list RS, št. 69/15) so določbe 183. do 188. člena ZUJF 1. januarja 2016 prenehale veljati.

<sup>12</sup> Uradni list RS, št. 25/16.

<sup>13</sup> Obrazložitev posebnega dela proračuna za leto 2016,

[URL: [http://www.mf.gov.si/fileadmin/mf.gov.si/pageuploads/Prora%C4%8Dun/Sprejeti\\_prora%C4%8Dun/2016/OBRo2711oMZ.pdf](http://www.mf.gov.si/fileadmin/mf.gov.si/pageuploads/Prora%C4%8Dun/Sprejeti_prora%C4%8Dun/2016/OBRo2711oMZ.pdf)].

V obdobju, na katero se nanaša revizija, in med izvajanjem revizije so bile odgovorne osebe za poslovanje ministrstva:

- Karl Viktor Erjavec, minister za zunanje zadeve in začasno odgovoren za vodenje ministrstva, do 24. 2. 2014,
- dr. Alenka Trop Skaza, ministrica za zdravje, od 24. 2. do 3. 4. 2014, ki je tekoče posle opravljala do 15. 4. 2014,
- mag. Alenka Bratušek, predsednica vlade in začasno odgovorna za vodenje ministrstva, od 15. 4. do 18. 9. 2014,
- Marija Milojka Kolar Celarc, ministrica za zdravje, od 18. 9. 2014.

## 1.4 Rak prostate

Prostata je moška spolna žleza, ki leži v spodnjem urinarnem traktu tik pod mehurjem in obdaja sečnico. Izločki prostate tvorijo večji del semenske tekočine, v kateri semenčice potujejo po sečnici. Prostato sestavlja žlezno tkivo, ki ga obdaja ovojnica (kapsula prostate). Vsebuje gladko mišičnino, ki iztisne seme med ejakulacijo. Zdrava prostata je velikosti večjega oreha, njena prostornina je 15–25 mililitrov. S starostjo se žleza počasi povečuje.

Pri pojavu raka prostate se celice v prostati nenadzorovano delijo, rastejo in povzročajo nastanek tumorja. V nasprotju z normalnimi rast rakavih celic ni nadzorovana. Rakaste celice preživijo normalne in se delijo v nove nenormalne celice. Rak prostate je večinoma sestavljen iz več manjših tumorjev, ki ležijo v prostati. V tem stadiju je bolezen pogosto ozdravljiva s kirurškim posegom ali obsevanjem. V začetnem stadiju rak prostate ne povzroča težav ali zelo malo in ga je zaradi tega težje odkriti. Večinoma raste relativno počasi, kar pomeni, da traja več let, preden se razširi iz prostate ali v druge organe. Če rak prostate ni zdravjen, se celice razširijo v druge organe, kar imenujemo metastaze.<sup>14</sup> Najpomembnejša dejavnika tveganja za obolenje za rakom prostate sta družinska obremenjenost in starost. Ker nanju ne moremo vplivati oziroma omejiti njunega vpliva, možnosti primarnega preprečevanja raka prostate skoraj ni.<sup>15</sup>

### 1.4.1 Statistični podatki o raku prostate v Republiki Sloveniji

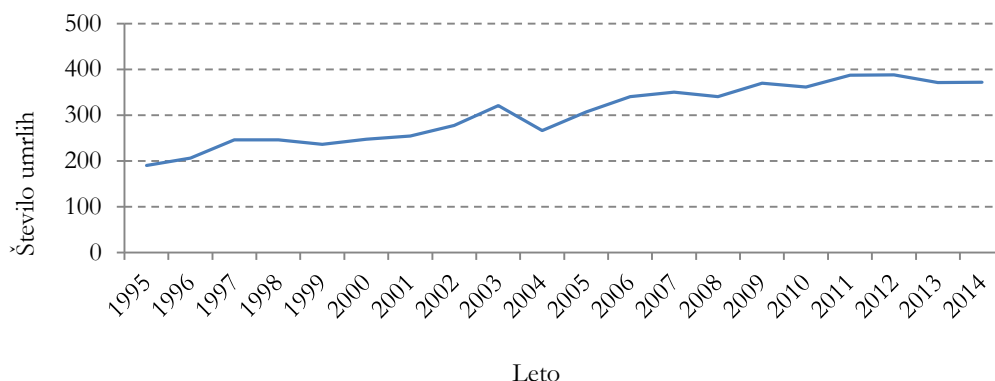
Po podatkih registra raka in NIJZ je v letu 2014<sup>16</sup> za rakom prostate umrlo 372 moških, kar predstavlja 6,3 odstotka vseh smrti zaradi raka v Sloveniji oziroma 11,2 odstotka vseh smrti zaradi raka pri moških. Za rakom pljuč je v letu 2014 rak prostate predstavljal drugi najpogostejši vzrok smrti zaradi raka pri moških oziroma peti najpogostejši skupno. Število umrlih zaradi raka prostate je v obdobju od leta 1995 do leta 2007 vseskozi naraščalo (večja izjema je zgolj leto 2004), po tem pa je ostajalo bolj ali manj na isti ravni.

<sup>14</sup> [URL: [http://robotika.kirurgija.sb-celje.si/index.php?option=com\\_content&view=article&id=63%2](http://robotika.kirurgija.sb-celje.si/index.php?option=com_content&view=article&id=63%2)], 28. 6. 2017.

<sup>15</sup> [URL: [http://www.onkologija.org/sl/domov/o\\_raku/rak\\_prostate/](http://www.onkologija.org/sl/domov/o_raku/rak_prostate/)], 28. 6. 2017.

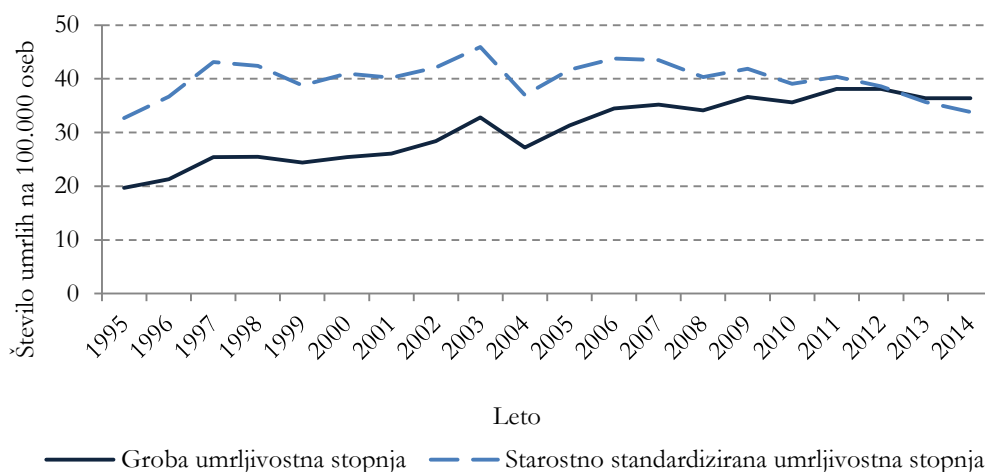
<sup>16</sup> Zadnji dosegljivi podatki so za leto 2014.

Slika 1: Število umrlih za rakom prostate v obdobju od leta 1995 do leta 2014



Vir: podatki registra raka in NIJZ.

Za dolgoročneje primerjave služi starostno standardizirana stopnja umrljivosti<sup>17</sup>, ki uravnateži vpliv demografskih sprememb oziroma staranja prebivalstva. Ta od leta 2007 beleži rahel padec, kar teoretično pomeni, da bi število umrlih za rakom prostate na 100.000 prebivalcev ob predpostavki, da se demografska struktura ne bi spreminjala, padalo.

Slika 2: Groba umrljivostna stopnja<sup>18</sup> in starostno standardizirana umrljivostna stopnja v obdobju od leta 1995 do leta 2014

Vir: podatki registra raka in NIJZ.

<sup>17</sup> Starostno standardizirana stopnja je teoretična stopnja, pri kateri predpostavimo, da je starostna struktura opazovane populacije taka kot v standardni populaciji – prikazuje, kakšna bi bila groba stopnja v opazovani populaciji, če bi bila starostna struktura te populacije enaka, kot je v standardni populaciji. Uporabljamo jo, če analiziramo incidenco/umrljivost v daljšem časovnem obdobju (če se starostna struktura prebivalstva v času spreminja) ali če incidenco/umrljivost primerjamo med populacijami z različno starostno strukturo. Slovenski standard predstavljajo podatki o populaciji iz popisa v letu 2002.

<sup>18</sup> Groba stopnja je podatek o številu novo odkritih primerov bolezni ali številu umrlih, preračunana na 100.000 oseb opazovane populacije.

Po podatkih Mednarodne agencije za raziskovanje raka se je Slovenija po oceni starostno standardizirane umrljivostne stopnje v letu 2012 uvrstila na četrto mesto<sup>19</sup> med 40. evropskimi državami, ki so bile zajete v raziskavo<sup>20</sup>.

Za rakom prostate je v letu 2014 v Republiki Sloveniji zbolelo 1.415 moških. Incidenca<sup>21</sup> raka prostate je v obdobju od leta 1995 do leta 2011 vseskozi enakomerno naraščala, od takrat naprej pa je ostajala na enaki ravni oziroma je rahlo padla. Velika večina novih primerov je bila odkrita pri moških, starejših od 60 let<sup>22</sup>, skoraj polovica primerov je bila odkrita pri moških, starejših od 70 let, kar je skladno z dejstvom, da je starost eden ključnih dejavnikov tveganja za nastanek raka prostate. Mlajših od 50 let, ki zbolijo za rakom prostate, je bilo vseskozi od leta 1995 naprej približno 1 odstotek ali manj vseh na novo odkritih primerov raka. Glede na incidenco je bil rak prostate drugi najpogostejši rak<sup>23</sup> v Sloveniji in je predstavljal 10,3 odstotka vseh na novo odkritih primerov raka v Sloveniji. Pri moških je bil rak prostate najpogostejši rak in je predstavljal 19 odstotkov vseh odkritih primerov raka. Tveganje, da novorojeni do 75 leta starosti zbolijo za rakom prostate, je 10,4-odstotno. Iz letnega poročila Rak v Sloveniji 2013 izhaja, da izjemno povečanje incidence raka prostate v zadnjem desetletju ni posledica novega nevarnostnega dejavnika, temveč predvsem vse bolj razširjene rabe testa za določanje serumskega prostatičnega specifičnega antigena<sup>24</sup> (v nadaljevanju: PSA) pri zdravih moških in odkrivanja velikega števila primerov, ki bi drugače vse življenje ostali prikriti.<sup>25</sup>

<sup>19</sup> [URL: <http://eu-cancer.iarc.fr/EUCAN/CancerOne.aspx?Cancer=29&Gender=1>], 29. 6. 2017. Zaradi raka prostate je torej na 100.000 prebivalcev umrlo več ljudi zgolj v treh državah. Iz tega podatka pa ne moremo razbrati veliko informacij o kakovosti zdravljenja, saj je v veliki meri pogojen s kakovostjo podatkov o vzrokih smrti.

<sup>20</sup> Starostno standardizirana umrljivostna stopnja za Slovenijo je bila ocenjena na nekaj več kot 32 smrti na 100.000 prebivalcev zaradi raka prostate, povprečje Evropske unije pa je bilo ocenjeno na nekaj manj kot 19 smrti na 100.000 prebivalcev zaradi raka prostate.

<sup>21</sup> Incidenca je absolutno število vseh na novo odkritih primerov določene bolezni v točno določeni populaciji v enem koledarskem letu. Ker incidenca ne šteje bolnikov, temveč primere bolezni, lahko posamezna oseba, če v istem letu zbolijo za različnimi rakavimi boleznimi, prispeva v incidenco več primerov bolezni.

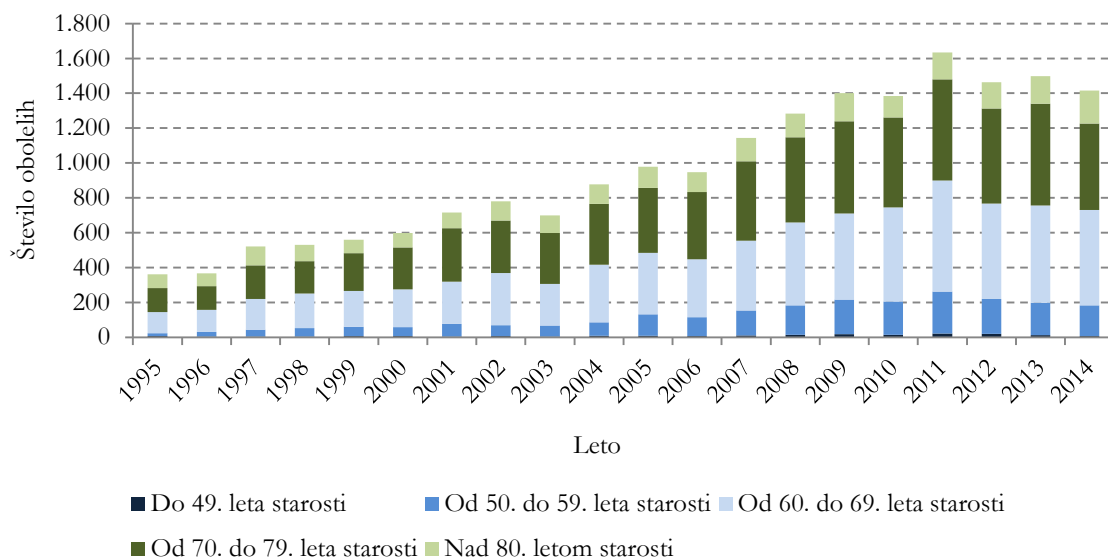
<sup>22</sup> V letu 2014 so predstavljali več kot 87 odstotkov vseh novo odkritih primerov raka prostate.

<sup>23</sup> Največ novo odkritih primerov so predstavljali kožni raki (2.425 primerov v letu 2014 – brez upoštevanja melanoma).

<sup>24</sup> Krvna preiskava za odkrivanje povišane vrednosti PSA, ki lahko kaže na sum raka prostate.

<sup>25</sup> Rak v Sloveniji 2013, Onkološki inštitut Ljubljana, 2016.

Slika 3: Incidenca raka prostate v obdobju od leta 1995 do leta 2014 po starostnih obdobjih

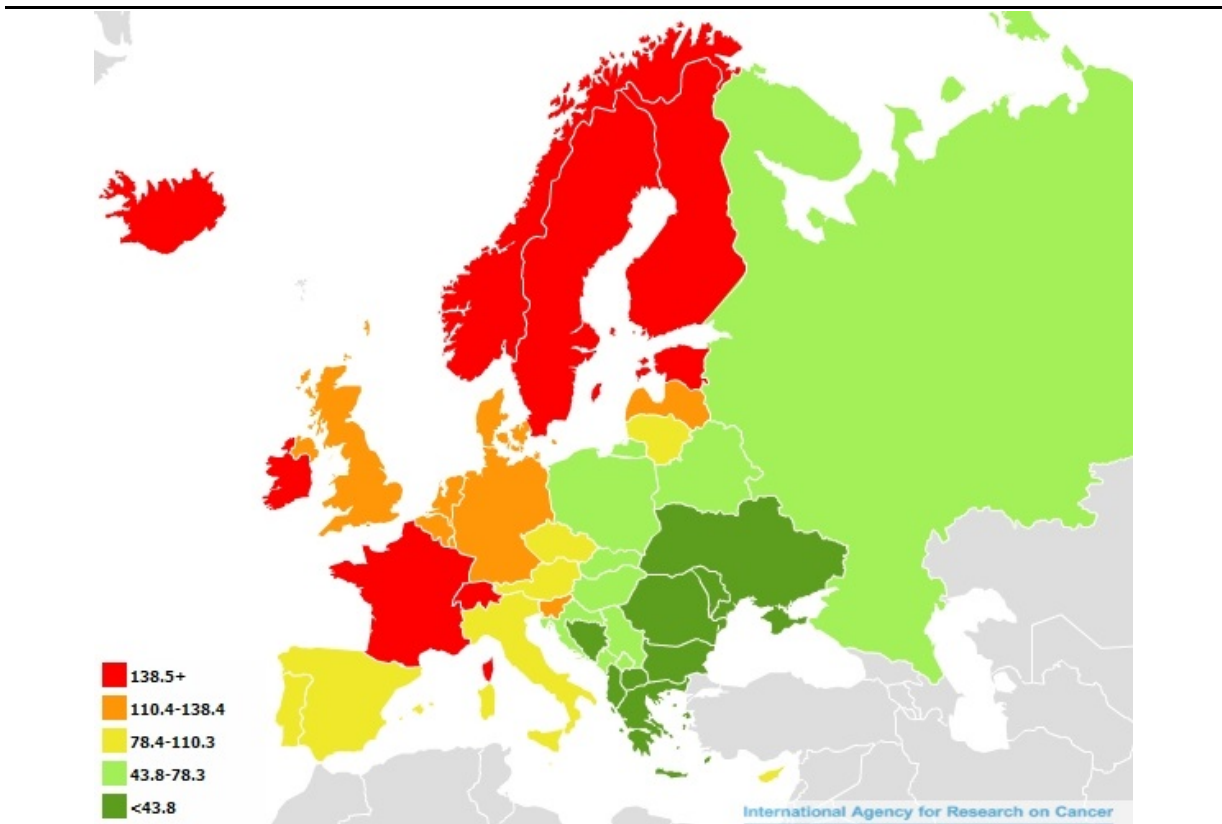


Vir: register raka.

Po incidenci raka prostate se Slovenija uvršča na 12. mesto med 40 evropskimi državami, ki jih je v raziskavo zajela Mednarodna agencija za raziskovanje raka<sup>26</sup>.

<sup>26</sup> Po zadnjih podatkih Mednarodne agencije za raziskovanje raka za leto 2012 je bila takrat ocena starostno standardizirane incidenčne stopnje za Slovenijo nekaj manj kot 125 na novo odkritih primerov raka prostate na 100.000 prebivalcev, povprečje Evropske unije pa je bilo nekaj manj kot 105 na novo odkritih primerov raka prostate na 100.000 prebivalcev; [URL: <http://eu-cancer.iarc.fr/EUCAN/CancerOne.aspx?Cancer=29&Gender=1>], 29. 6. 2017.

Slika 4: Ocena starostno standardizirane incidenčne stopnje raka prostate na 100.000 prebivalcev v letu 2012 v Evropi<sup>27</sup>



Vir: podatki Mednarodne agencije za raziskave raka in Svetovne zdravstvene organizacije<sup>28</sup>.

Na pogostost uroloških obolenj, še posebej na incidenco raka prostate, ima staranje prebivalstva velik vpliv. Starost moškega je namreč eden izmed bolj pomembnih dejavnikov tveganja za pojav raka prostate<sup>29</sup>. Prebivalstvo Slovenije se stara. Tako je delež starejših od 50 let med vsemi prebivalci v obdobju od leta 2008 do leta 2017 narasel z 21 odstotkov na 26 odstotkov. Projekcije gibanja prebivalstva kažejo, da se bo trend staranja prebivalstva nadaljeval tudi v prihodnje. Tako naj bi do leta 2050 delež starejših od 50 let znašal 37 odstotkov vsega prebivalstva Slovenije, starejših od 50 let naj bi bilo nekaj več kot 751 tisoč prebivalcev Slovenije<sup>30</sup>. To bo po pričakovanjih vplivalo tudi na povečevanje incidence raka prostate.

<sup>27</sup> Glede na geografsko razporeditev incidence raka prostate lahko sklepamo, da je nizka incidenca raka prostate lahko povezana tudi s slabše razvito diagnostiko v državah Vzhodne Evrope, prav tako je v teh državah nižja pričakovana življenjska doba, kar tudi vpliva na manjšo pojavnost raka prostate.

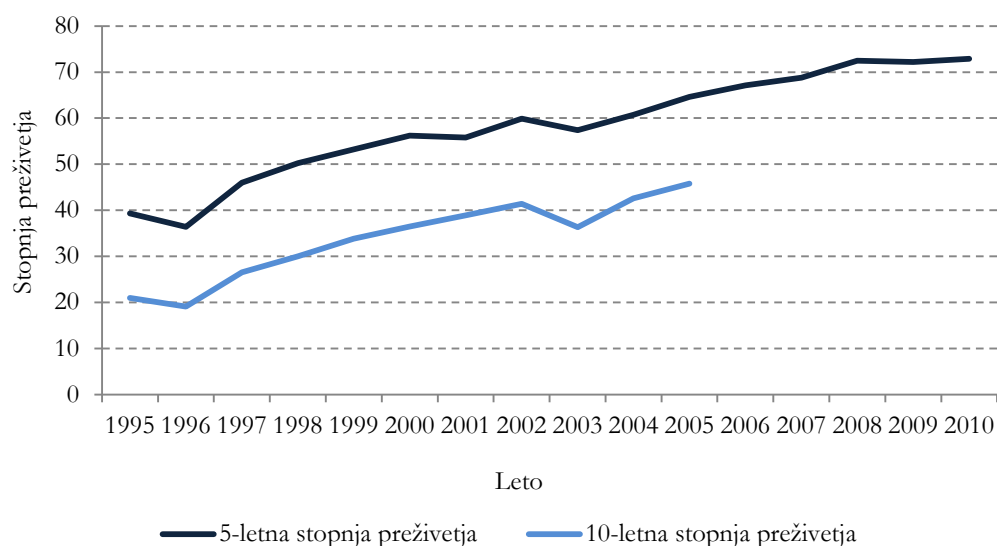
<sup>28</sup> [URL: <http://eu-cancer.iarc.fr/EUCAN/CancerOne.aspx?Cancer=29&Gender=1>], 29. 6. 2017.

<sup>29</sup> Smernice Evropskega združenja urologov o raku prostate 2017 (angl.: The European Association of Urology Prostate Cancer Guidelines 2017), [URL: <http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>], 5. 6. 2017.

<sup>30</sup> Podatki Statističnega urada Republike Slovenije, [URL: [http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem\\_soc/05\\_prebivalstvo/45\\_projekcije/10\\_05U30\\_europop/10\\_05U30\\_europop.asp](http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/05_prebivalstvo/45_projekcije/10_05U30_europop/10_05U30_europop.asp)], 5. 6. 2017.

Oboleli za rakom prostate imajo relativno visoko stopnjo preživetja<sup>31</sup>. Po zadnjih podatkih je petletna stopnja preživetja v Sloveniji znašala skoraj 73 odstotkov<sup>32</sup>, desetletna pa skoraj 46 odstotkov<sup>33</sup>. Obe stopnji preživetja sta vse od leta 1995 enakomerno naraščali, kar kaže na napredek na področju zdravljenja raka prostate, verjetno pa je večjo stopnjo preživetja mogoče pripisati tudi boljši oziroma hitrejši diagnostiki, ki omogoča odkrivanje raka v zgodnejši fazi.

Slika 5: Petletna in desetletna stopnja preživetja v obdobju od leta 1995 do leta 2010<sup>34</sup>



Vir: podatki registra raka.

Po podatkih zadnje raziskave zbirke Eurocare<sup>35</sup> je povprečna petletna stopnja preživetja v 26 evropskih državah v obdobju od leta 2000 do leta 2007 znašala nekaj manj kot 68 odstotkov, kar presega petletno stopnjo preživetja v Republiki Sloveniji, kjer je bila v istem obdobju stopnja preživetja 61 odstotkov. Nižja stopnja preživetja v Sloveniji bi lahko bila tudi odraz slabše učinkovitosti zdravljenja ali pa prepoznega odkrivanja raka. Tudi dejstvo, da je bila Slovenija po stopnji umrljivosti bližje vrhu evropskih držav kot po incidenčni stopnji, lahko kaže na manj učinkovito zdravljenje kot v nekaterih drugih evropskih državah.

<sup>31</sup> Preživetje predstavlja delež bolnikov, ki so po izbranem obdobju od postavitve diagnoze še živi.

<sup>32</sup> To je sedma najvišja stopnja preživetja med vsemi rakavimi obolenji.

<sup>33</sup> To je deseta najvišja stopnja preživetja med vsemi rakavimi obolenji.

<sup>34</sup> Slika 5 prikazuje, kakšna je bila stopnja preživetja oseb, ki so zbolele v letih, prikazanih na vodoravni osi. Zato so podatki o preživetju na voljo zgolj do leta 2010 (petletna stopnja) in leta 2005 (desetletna stopnja).

<sup>35</sup> [URL: <http://www.eurocare.it/Eurocare5/tabid/64/Default.aspx>], 29. 6. 2017.

## 1.4.2 Diagnostika in zdravljenje raka prostate

Rak prostate je v večini primerov počasi napredujoča bolezen. Od nastanka bolezni do kliničnih znakov lahko mine od 9 do 17 let, do pojava oddaljenih zasevkov pa nadaljnjih 5 do 7 let. Bolniki so pri začetni obliki raka običajno brez težav. Rak prostate je ozdravljiv v začetnem stadiju, zato je zgodnje odkrivanje zelo pomembno. Rak sprva ostaja znotraj ovojnice prostate, vendar sčasoma ovojnico preraste in vdre v okoliško tkivo, kot so bezgavke, ali pa prek krvi v oddaljena tkiva in organe, kot sta na primer hrbtenica in medenica.

Preiskave, ki pomagajo pri odkrivanju bolezni:

- določitev PSA, ki vključuje določitev gostote PSA<sup>36</sup>, določitev hitrosti spremembe PSA<sup>37</sup>, določitev razmerja med prostim in celotnim PSA<sup>38</sup>;
- otip prostate skozi debelo črevo oziroma digitorektalni pregled<sup>39</sup> (v nadaljevanju: DRP);
- transrektalni ultrazvok in biopsija prostate<sup>40</sup>.

Vse glavne diagnostične postopke in zdravljenje raka prostate opravi urolog, če pa je potrebno citostatsko ali radioterapijsko zdravljenje, pa tudi onkolog. Diagnostika raka prostate se je močno spremenila z uvedbo PSA testiranj iz odvzete krvi pacienta. Z uporabo tega testa se odkrije vedno več raka prostate v zgodnjem stadiju, ko je bolezen še omejena na prostato. PSA tvorijo žlezne celice prostate, njihova količina v plazmi pa se lahko poveča tudi pri nekaterih benignih obolenjih oziroma na povišanje PSA vplivajo tudi drugi dejavniki. Zgolj povišana raven PSA še ne predstavlja zanesljivega znaka raka prostate, zato presejalni test<sup>41</sup> ni priporočljiv. Ne glede na to, ali bodo rezultati PSA testov pozitivni ali negativni, pa po izkušnjah strokovnjakov niso povsem zanesljiv indikator o obstoju raka. Za potrditev, ali gre tudi dejansko za rakave tvorbe, so potrebne dodatne preiskave, ki pa imajo lahko stranske učinke. Evropska smernica o raku prostate iz leta 2017<sup>42</sup> navaja več dolgoletnih raziskav, katerih rezultati so pokazali, da se s presejalnimi testi sicer odkrije več raka prostate in v zgodnejši fazi, vendar pa ni opazna nižja stopnja umrljivosti kakor v populaciji, kjer se presejalni program ni izvajal. To lahko pripišemo dejstvu, da se manj

<sup>36</sup> Vrednost PSA v serumu se deli z ocenjenim volumnom prostate.

<sup>37</sup> Sprememba koncentracije PSA v serumu v zaporednih časovnih obdobjih.

<sup>38</sup> Delež proste oblike PSA je pri bolnikih z rakom prostate manjši kot pri bolnikih z benigno hiperplazijo prostate.

<sup>39</sup> Kot izhaja iz podatkov na spletnih straneh Onkološkega inštituta Ljubljana, je ta diagnostični pregled najpreprostejši in najcenejši način odkrivanja raka prostate, [URL: [https://www.onko-i.si/za\\_javnost\\_in\\_bolnike/vrste\\_raka/urogenitalni\\_raki/#c2302](https://www.onko-i.si/za_javnost_in_bolnike/vrste_raka/urogenitalni_raki/#c2302)], 29. 6. 2017.

<sup>40</sup> Diagnostični poseg, ki se uporablja za potrditev suma na maligno obolenje prostate. Pri biopsiji vzorca se po Gleasonovem indeksu (od dva do deset) ocenjuje stopnja malignosti prostate, na podlagi katere se odloča o oblikah zdravljenja. Pri vrednosti pod sedem je poseg velikokrat manj obsežen.

<sup>41</sup> Za posamezne vrste raka se z organiziranim presejanjem, to je z uporabo preprostejših preiskav med ljudmi brez kliničnih težav, odkrijejo bolniki, pri katerih je velika verjetnost, da imajo predinvasijsko ali zgodnjo invazijsko obliko raka, ki sama po sebi še ne povzroča kliničnih težav. V okviru presejanja se k preiskavi povabijo vsi prebivalci znotraj vnaprej postavljenih (običajno starostnih) kriterijev. V Sloveniji so se v obdobju, na katero se nanaša revizija, izvajali trije presejalni programi za zgodnje odkrivanje raka – DORA (populacijsko presejanje za raka dojke), ZORA (populacijsko presejanje za raka materničnega vratu) in SVIT (populacijsko presejanje za raka debelega črevesa in danke).

<sup>42</sup> *EAU-ESTRO-SIOG Guidelines on Prostate Cancer*, The European Association on Urology, 2017, [URL: <http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/>].

agresivne oblike raka prostate razvijajo zelo počasi in ni nujno, da pacientom povzročijo kakršnekoli opazne težave, kakor tudi ni nujno, da ti pacienti umrejo za rakom. Rezultati raziskav so še pokazali, da presejalni program za raka prostate prinaša tudi tveganje prediagnosticiranja ter nepotrebno zdravljenje<sup>43</sup> z resnimi neželenimi učinki in posledicami, kar pomembno zmanjša kakovost življenja moških in po nepotrebem obremenjuje zdravstveni sistem. Evropska smernica o raku prostate iz leta 2017 zato presejalnega programa ne priporoča, podaja pa kriterije, na podlagi katerih se zdravniki lahko odločijo, v katerih primerih predlagati izvedbo testa določanja vrednosti PSA v krvi pacienta.

Število opravljenih testov PSA v Sloveniji narašča. Tako je število testov z nekaj več kot 50 tisoč v letu 2013 naraslo na več kot 80 tisoč v letu 2016. V prvi polovici leta 2017 je število izvedenih testov že preseгло 45 tisoč<sup>44</sup>.

PSA omogoča postavitev diagnoze raka prostate, ko prostata še ni tako povečana, da bi bilo spremembo mogoče zaznati pri DRP. DRP je del osnovnega preventivnega pregleda moškega po 50. letu. S tem pregledom se preverijo velikost in konsistenca prostate ter morebitne sumljive spremembe. Transrektalni ultrazvok je diagnostični postopek, pri katerem urolog z ultrazvočno sondo pregleda prostato. Ultrazvočne sumljive spremembe so vidne samo pri polovici bolnikov z rakom prostate. Dokončno se rak prostate potrdi z odvzemom vzorcev in histopatološkim pregledom odvzetega tkiva. Vzorec se odvzame s transrektalno ultrazvočno vodeno biopsijo prostate. Med slikovno diagnostiko, s katero se opredeli razširjenost bolezni, sodijo scintigrafija skeleta<sup>45</sup>, magnetnoresonančna preiskava prostate<sup>46</sup>, PET-CT<sup>47</sup> ter druge preiskave.

Najbolj pogoste oblike zdravljenja raka prostate, ko je ta še omejen na prostato, so:

- aktivno opazovanje in spremljanje PSA<sup>48</sup>,
- čakanje in opazovanje<sup>49</sup>,

---

<sup>43</sup> Določitev PSA v krvi lahko vodi do odkritja raka prostate v času, ko pacient še nima opaznih težav. Glede na agresivnost raka, pričakovan razvoj bolezni ter starost in fizično stanje bolnika lahko zdravnik predlaga, da se rak prostate ne zdravi, temveč se ga samo opazuje. Bolniki se pa kljub mnenju zdravnika, da zdravljenje še ni potrebno, zanj vseeno lahko odločijo. Tako lahko pride do situacij, ko se zdravijo tudi tisti bolniki, ki še nimajo opaznih težav zaradi raka prostate in se morda niti ne bi pokazale. S trenutnim znanjem in diagnostičnimi metodami še ni mogoče z gotovostjo vnaprej predvideti, kako hitro se bo rak razvijal.

<sup>44</sup> Podatki ZZZS.

<sup>45</sup> Gre za nuklearno medicinsko diagnostično metodo, ki prikaže reakcijo kosti na bolezen, ne glede na to, ali gre za novotvorbo, mehansko preobremenitev, poškodbo, vnetje.

<sup>46</sup> Aparate, ki omogočajo multiparametrično slikanje prostate, imajo v Sloveniji samo Univerzitetni klinični center Ljubljana (v nadaljevanju: UKC Ljubljana), Univerzitetni klinični center Maribor (v nadaljevanju: UKC Maribor) ter Splošna bolnišnica Slovenj Gradec (v nadaljevanju: SB Slovenj Gradec). Po smernicah Evropskega združenja za urologijo so na slikanje z magnetno resonanco napoteni bolniki, pri katerih se opravi biopsija, vendar histološki izvid ne pokaže rakavih celic. Kljub temu pa zaradi visoke vrednosti PSA zdravniki ocenjujejo, da so pri biopsiji prostate morebiti spregledali rakave celice.

<sup>47</sup> Pozitronska emisijska tomografija in računalniška tomografija.

<sup>48</sup> Pri vsakem obisku urološke ambulante se določi vrednost PSA. Če so prisotni znaki napredovanja obolenja, se aktivno opazovanje nadomesti z aktivnim zdravljenjem. Aktivno opazovanje je eden od načinov zdravljenja lokaliziranega raka prostate pri določenih bolnikih z nizko rizičnim rakom prostate.

<sup>49</sup> Je del paliativnega pristopa zdravljenja raka prostate. Izbere se pri bolnikih brez simptomov, ki niso kandidati za radikalno zdravljenje.

- obsevanje, radioterapija,
- kemoterapija,
- operacija (klasična, laparoskopska, robotska<sup>50</sup>) odstranitve prostate<sup>51</sup>,
- hormonska in eksperimentalna zdravljenja.

Zdravljenje raka prostate je odvisno od stadija oziroma razširjenosti raka, od ugotovljene histološke oblike raka pri biopsiji ter od starosti in splošnega stanja bolnika. Zdravniki stadij bolezni določajo po klasifikaciji TNM<sup>52</sup>. Rak prostate delijo na lokalno omejeno bolezen<sup>53</sup> in napredovano bolezen. Po podatkih registra raka je bilo v letu 2014 ob odkritju 69 odstotkov rakov prostate omejenih na prostato, 23 odstotkov je bilo lokalno napredovanih, 7 odstotkov pa je bilo že metastatskih. V letu 2013 je bila več kot polovica bolnikov operirana (52 odstotkov), 29 odstotkov bolnikov je bilo sistemsko zdravljenih in 8 odstotkov obsevanih<sup>54</sup>.

Bolniki z lokalno omejenim rakom prostate se zdravijo kirurško (odstranitev prostate ali radikalna prostatektomija), z obsevanjem, hormonsko ali s kombinacijo naštetih metod. Zdravnik se lahko odloči tudi samo za spremljanje bolnika in ukrepanje ob spremembah. Možnost ozdravitve nudita le radikalna prostatektomija in obsevanje. Zdravljenje bolnikov z razširjeno boleznijo je lahko hormonsko<sup>55</sup>, s kemoterapijo ali bisfosfonati<sup>56</sup>. Po zaključenem zdravljenju je treba bolnike prva tri leta spremljati z rednim določanjem vrednosti PSA in z DRP pregledom v šestmesečnih presledkih, kasneje pa enkrat letno.

<sup>50</sup> V Sloveniji ima robotski sistem da Vinci od leta 2010 Splošna bolnišnica Celje (v nadaljevanju: SB Celje).

<sup>51</sup> Radikalna prostatektomija – odstranitev prostate vključno z okoliškim tkivom.

<sup>52</sup> Bolezen je ob diagnozi lahko samo majhna, komaj vidna sprememba ali pa se rak že vrašča v sosednja tkiva, se širi v bezgavke ali v oddaljene organe. Glede na razširjenost se rakave bolezni razvrščajo v več stadijev po različnih sistemih, največkrat po klasifikaciji TNM (T – tumor, N – nodus, kar pomeni bezgavka, in M – metastaza, kar pomeni zasevek). T je glede na velikost razdeljen v štiri skupine, N ima vrednost 0, če bezgavke niso prizadete, in vrednost 1, če so. M ima vrednost 0, kar pomeni, da oddaljenih metastaz ni, in vrednost 1, da so.

<sup>53</sup> Ta se nadalje deli glede na koncentracijo PSA in stopnjo vrednosti po Gleasonovem sistemu (na nizko, srednje in visoko tvegaje ponovitve bolezni).

<sup>54</sup> Rak v Sloveniji 2013, Onkološki inštitut Ljubljana, 2016. 23 odstotkov bolnikov ni prejelo nikakršnega zdravljenja, nekateri bolniki pa so prejeli več vrst zdravljenja.

<sup>55</sup> Pri zdravljenju z blokatorji hormonskih učinkov se rast tumorja ustavi, vendar se ga ne uniči. V 50 odstotkih se pojavi odpornost na terapijo v dveh do treh letih. Pri neuspešnem hormonskem zdravljenju tudi operativno zdravljenje ne daje rezultatov.

<sup>56</sup> Skupina zdravil, ki zavirajo razgradnjo kostnine.

## 2. OBRAVNAVA PROBLEMATIKE RAKA PROSTATE

### 2.1 Informacijska podpora

V reviziji nas je zanimalo, ali je ministrstvo zagotovilo pogoje za vzpostavitev informacijske infrastrukture, ki je omogočala učinkovito obravnavo bolnikov z rakom prostate. Enega izmed pomembnih temeljev za učinkovito delovanje zdravstvene mreže predstavlja informacijska podpora. Pomen informatizacije zdravstva in pozitivne učinke, ki jih slednja lahko prinese za zdravstveni sistem, poudarja tudi ReNPZV16–25, ki jo je sprejel Državni zbor Republike Slovenije (v nadaljevanju: državni zbor). Informatizacija sistema zdravstvenega varstva vključuje informacijske sisteme in storitve, ki skupaj z organizacijskimi spremembami in razvojem novih veščin pripomorejo k napredku zdravstva, njegovim izboljšavam glede dostopnosti do zdravstvene oskrbe, kakovosti storitev ter njegovi učinkovitosti in produktivnosti. Rešitve podpirajo napredek v zdravstveni dejavnosti, omogočajo boljše upravljanje in širjenje zdravstvenega znanja ter pomagajo zdravstveni dejavnosti, temelječi na dokazih<sup>57</sup>. Ključno vlogo pri tem ima projekt eZdravje<sup>58</sup>, ki predstavlja prehod na elektronsko poslovanje in omogoča povezovanje posameznih zbirk podatkov. Poleg učinkovitejšega delovanja javne zdravstvene mreže informatizacija omogoča tudi kakovostnejše spremljanje delovanja javne zdravstvene mreže. Ob ustreznem delovanju informacijskih sistemov je deležnikom v sistemu zdravstvenega varstva na razpolago večji obseg različnih podatkov, ti pa so bolj zanesljivi in bolj ažurni. To je zelo pomembno za sprejemanje odločitev o ukrepih za razvoj javne zdravstvene mreže – brez zanesljivih in ažurnih podatkov, ki realno odražajo trenutno stanje javne zdravstvene mreže, je sprejemanje odločitev težje, sprejeti ukrepi nujno ne odpravljajo težav, s katerimi se sooča javna zdravstvena mreža, prav tako je onemogočeno spremljanje uspešnosti izvedenih ukrepov.

V reviziji smo zato preverili, ali je ministrstvo vzpostavilo pogoje za pridobitev točnih in ažurnih podatkov o delovanju javne zdravstvene mreže, povezane z zdravljenjem raka prostate, ali je pripravilo ustrezne ukrepe za vzpostavitev informacijskega sistema, ki omogoča elektronsko obliko vodenja in spremljanja bolnikov z rakom, in ali je vzpostavilo tak informacijski sistem, ki je bolnikom z rakom prostate omogočil, da so imeli informacije o primerljivosti kakovosti zdravljenja v različnih zdravstvenih ustanovah. Področje urologije podpirajo informacijske rešitve, ki so skupne celotnemu zdravstvenemu sistemu.

---

<sup>57</sup> ReNPZV16–25, točka 6.3.8.

<sup>58</sup> Revizijo tega projekta smo že izvedli, in sicer v okviru revizijskega poročila *Uspešnost izvajanja projekta eZdravje*, št. 320-3/2012/116 z dne 19. 12. 2013 (v nadaljevanju: revizijsko poročilo *Uspešnost izvajanja projekta eZdravje* 2013). Ob pripravi tega poročila je v teku ponovna revizija tega projekta.

## 2.1.1 Podatki o delovanju zdravstvene mreže

V okviru preveritev, povezanih s pridobivanjem podatkov o delovanju zdravstvene mreže, smo preverili predvsem, ali so vzpostavljeni pogoji zagotavljanje pridobivanje popolnih<sup>59</sup> in ažurnih podatkov o obsegu raka prostate ter pravih, točnih in ažurnih<sup>60</sup> podatkov o čakalnih dobah in ali so vzpostavljeni mehanizmi, ki so omogočali preverjanje podatkov o čakalnih dobah, ki so jih sporočali izvajalci zdravstvenih storitev.

### 2.1.1.1 Pridobivanje podatkov o obsegu raka prostate

Podatke o raku v Sloveniji na podlagi Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva<sup>61</sup> (v nadaljevanju: ZZPPZ) zbira register raka kot notranja organizacijska enota Onkološkega inštituta Ljubljana. Osnovni kazalci, ki opisujejo breme raka v populaciji, so incidenca, umrljivost, prevalenca<sup>62</sup> in preživetje. Vse podatke, ki omogočajo prikaz kazalnikov, zbira register raka, razen podatkov o umrljivosti za rakom, ki jih zbira NIJZ. Ti podatki so izhodišče za ocenjevanje uspešnosti onkološke preventive, diagnostike, zdravljenja, rehabilitacije in paliativne oskrbe ter za načrtovanje zmogljivosti in sredstev (osebja, medicinske opreme, posteljnih zmogljivosti in tako dalje), ki so potrebni za obvladovanje rakavih bolezni na vseh omenjenih področjih<sup>63</sup>. Objavljeni podatki<sup>64</sup> in analize, ki jih je pripravljala register raka, so tudi ministrstvu služili za načrtovanje aktivnosti, povezanih z obvladovanjem bremena raka.

2.1.1.1.a Zbiranje podatkov o raku je v obdobju, na katero se nanaša revizija, potekalo na podlagi evidentiranja prijavnice rakavih bolezni. Te so morale registru raka posredovati vse bolnišnice, drugi javni zavodi ter druge pravne in fizične osebe, ki so opravljale zdravstveno dejavnost. Prijavnice so bile izpolnjene in posredovane v pisni obliki, zato je bilo treba podatke na registru raka ročno vnesti v evidence. Vsaka rakava bolezen se je registru raka običajno prijavila iz več različnih virov, saj je morala prijavnico izpolniti in odposlati vsaka zdravstvena ustanova, ki je obravnavala<sup>65</sup> bolnika z rakom<sup>66</sup>. To je omogočilo triangulacijo podatkov<sup>67</sup>, kar daje visoko stopnjo zagotovila, da so zbrani podatki popolni<sup>68</sup>, vendar hkrati zaradi načina zbiranja podatkov (pisne prijavnice) predstavlja veliko administrativno breme tako za ustanove, ki morajo sporočati podatke, kakor tudi za register raka, ki te podatke obdeluje.

<sup>59</sup> To so podatki, ki zajemajo vse primere raka.

<sup>60</sup> Pravilni podatki so tisti, ki so skladni z zahtevami veljavnih predpisov. Točni podatki so tisti, ki resnično odražajo dejansko stanje. Ažurnost podatkov pa se nanaša na pravočasnost oziroma na morebitni časovni zamik pri poročanju in se presoja glede na namen uporabe.

<sup>61</sup> Uradni list RS, št. 65/00, 47/15.

<sup>62</sup> Prevalenčne mere so vrednosti, s katerimi opisujemo število vseh bolnikov z določeno boleznijo v opazovani populaciji, ki so bili živi na izbrani datum (običajno zadnji dan v letu).

<sup>63</sup> [URL: <http://www.slora.si>], 27. 7. 2017.

<sup>64</sup> Večina podatkov je javno objavljena na spletni strani [<http://www.slora.si>] in v letnih poročilih registra raka o raku v Sloveniji.

<sup>65</sup> Na primer postavitev diagnoze, napotitev v drugo ustanovo, vsako specifično zdravljenje.

<sup>66</sup> Tudi če je šlo za bolnika, bolezen katerega je registru raka že prijavila druga zdravstvena ustanova.

<sup>67</sup> O triangulaciji podatkov govorimo takrat, ko se pri proučevanju določenega problema ali pri izvedbi raziskave uporabi čim več različnih virov podatkov. Na registru raka so na primer informacijo o bolezni lahko prejeli od napotne ustanove, ustanove, ki je izvajala diagnostiko, ustanove, ki je izvajala zdravljenje, ustanove, ki je izvajala rehabilitacijo, in NIJZ, ki zbira podatke o smrti bolnikov z rakom.

<sup>68</sup> Ker o istem bolniku oziroma o isti bolezni poroča več različnih virov, register raka lahko preverja podatke in izvede dodatna povpraševanje v primerih, ko se podatki ne skladajo.

Ročni način zbiranja podatkov ter obdelava podatkov iz več različnih virov in njihovo preverjanje pa podaljšuje čas, ki je potreben za objavo podatkov. Tako so bili na primer v letu 2016 na voljo podatki za leto 2013, v letu 2017 pa podatki za leto 2014. Register raka v letnih poročilih objavlja tudi ocene o pričakovani incidenci raka v letu izdaje poročila<sup>69</sup>. Pogoji za takšno zbiranje podatkov, ki bi omogočilo bolj ažurne objave podatkov in s tem načrtovanje prihodnjih ukrepov na podlagi aktualnih podatkov, niso bili vzpostavljeni. Menimo, da bi bilo večjo ažurnost objave podatkov mogoče doseči predvsem z večjo stopnjo digitalizacije in standardizacije dokumentacije oziroma podatkov o onkoloških bolnikih pri izvajalcih zdravstvenih storitev, česar pa ministrstvo v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni zagotovilo. Že DPOR 2010–2015 je na več mestih opozoril, da obstaja potreba po večji informatizaciji dokumentacije o onkoloških bolnikih, kar bi omogočilo tudi elektronsko posredovanje podatkov registru raka ter njihovo lažjo in hitrejšo obdelavo.

#### *Pojasnilo ministrstva*

*Pri zbiranju podatkov večjo omejitev predstavlja tehnologija zbiranja podatkov. Zato je za dokončanje letne zbirke podatkov, njihovo analizo in objavo rezultatov potreben čas, ki je v Republiki Sloveniji in v drugih državah podoben, običajno dve do tri leta. Sedanji način pridobivanja podatkov se v praksi kaže kot manj učinkovit, saj poročevalci (na primer bolnišnice) pogosto podatkov ne posredujejo, jih posredujejo prepozno ali pa so podatki nepopolni.*

*Dodatna omejitev pri zbiranju podatkov je resno pomanjkanje kadra, saj je število novo odkritih primerov raka iz leta v leto večje, zaradi staranja slovenskega prebivalstva pa se bo še naprej večalo. Dela je tako čedalje več, viri podatkov pa raznoliki, poleg tega poročevalci poročajo z različno časovno zakasnitvijo.*

V DPOR 2017–2021 je kot cilj predvidena aktivna registracija raka, kar naj bi omogočilo bolj ažurno spremljanje bremena raka v Sloveniji<sup>70</sup>. Aktivna registracija raka je aktivno ročno zbiranje podatkov o bolnikih z rakom pri zdravstvenih ustanovah, ki ga bodo izvajali uslužbenci registra raka. To pomeni, da zdravstvene ustanove ne bodo več same posredovale podatkov o bolnikih z rakom, temveč bodo te podatke zbrali uslužbenci registra raka s pregledom dokumentacije pri zdravstveni ustanovi. V skladu s ciljem iz DPOR 2017–2021 naj bi bila aktivna registracija uvedena do leta 2019. Kakovost podatkov naj bi bila z aktivno registracijo boljša, kar naj bi omogočilo tudi hitrejšo obdelavo podatkov. Menimo, da bi z vidika učinkovitosti zbiranja podatkov primernejšo rešitev predstavljala digitalizacija podatkov ob njihovem nastanku in njihov elektronski zajem iz informacijskih rešitev, ki se vzpostavljajo v okviru projekta eZdravje. Predpogoj za to pa je, da so podatki v informacijskih rešitvah pri izvajalcih zdravstvenih storitev točni, popolni in pravilno kodirani ter da ti zbirajo vse podatke, ki jih za vodenje registra potrebuje register raka.

#### *Pojasnilo ministrstva*

*Aktivna registracija v register raka je predvidena kot vmesna rešitev za kakovostno zbiranje podatkov v registru raka. Rešitev se bo dolgoročno poiskala v okviru rešitev, ki jih bo omogočalo eZdravje.*

*Register raka dobiva sredstva od ZZZS in ne iz proračuna ministrstva. Zagotavljanje dodatnih finančnih virov za register raka bo potekalo v okviru Splošnega dogovora, ki se sklepa letno.*

<sup>69</sup> Ocena incidence raka prostate za leto 2013 je znašala med 1.476 in 1.680 primerov, dejansko je bilo ugotovljenih 1.499 novih primerov. Ocena incidence raka prostate za leto 2014 je znašala med 1.715 in 1.933 primerov, dejansko je bilo ugotovljenih 1.415 novih primerov; Rak v Sloveniji 2010, Onkološki inštitut Ljubljana, 2013 in Rak v Sloveniji 2011, Onkološki inštitut Ljubljana, 2014.

<sup>70</sup> Z zamikom enega leta – v tekočem letu bi bili torej na voljo podatki za preteklo leto.

## Priporočilo

Ministrstvu priporočamo, naj ob prehodu na aktivno registracijo pripravi tudi ustrezne podlage in informacijske rešitve za elektronski zajem podatkov v register raka.

### 2.1.1.2 Zbiranje in preverjanje podatkov o čakalnih dobah

Zbiranje podatkov o čakalnih dobah določa Zakon o pacientovih pravicah<sup>71</sup> (v nadaljevanju: ZPacP), ki v 15. členu določa, da morajo vsi izvajalci zdravstvenih storitev<sup>72</sup> voditi čakalne sezname za vsako zdravstveno storitev posebej. Čakalni sezname morajo vsebovati naslednje podatke:

- zaporedna številka vpisa,
- datum in ura vpisa,
- osebno ime pacienta,
- naslov in kontaktni podatki pacienta,
- EMŠO pacienta,
- ZZZS številka zavarovane osebe,
- predvideni datum izvedbe zdravstvene storitve,
- datum izvedene zdravstvene storitve,
- šifra programa oziroma zdravstvene storitve,
- stopnja nujnosti,
- izvajalec, ki je pacienta uvrstil na čakalni seznam, in
- izvajalec, ki je zdravstveno storitev opravil<sup>73</sup>.

ZPacP v 16. členu določa tudi obveznost izvajalcev zdravstvenih storitev v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, da si zgoraj navedene podatke (razen naslova in kontaktnih podatkov pacienta) stalno izmenjujejo z NIJZ<sup>74</sup>, ter obveznost NIJZ, da ažurira podatke o pacientih in usklajuje podatke o pacientih, ki so vpisani na več čakalnih seznamov pri različnih izvajalcih zdravstvenih storitev, ter pacientih, pri katerih je bila zdravstvena storitev že opravljena<sup>75</sup>. NIJZ mora statistične podatke o čakalnih dobah javno objavljati.

Ministrstvo je navedlo, da spremlja čakalne dobe za nekatere zdravstvene storitve z aplikacijo NAČAS<sup>76</sup>, ki jo je vzpostavil NIJZ po sprejetju ZPacP v letu 2008. Zato smo v reviziji podrobneje preverili kakovost podatkov o čakalnih dobah, ki so bili dostopni z aplikacijo NAČAS.

2.1.1.2.a Ugotovili smo, da so bili z aplikacijo NAČAS dostopni podatki o čakalnih dobah zgolj za nekaj zdravstvenih storitev: za prvi pregled pri 13 specialističnih ambulantah, za 25 diagnostičnih posegov

<sup>71</sup> Uradni list RS, št. 15/08.

<sup>72</sup> Izjema so le pregledi pri izbranem osebnem zdravniku splošne medicine in pediatru.

<sup>73</sup> V oktobru 2017 je začel veljati Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah (v nadaljevanju: ZPacP-A), ki je določil še dodatne podatke, ki jih morajo vsebovati čakalni sezname.

<sup>74</sup> ZPacP določa obveznost izmenjave podatkov z Inštitutom za varovanje zdravja Republike Slovenije, katerega naloge od 1. 1. 2014 skladno s Sklepom o ustanovitvi Nacionalnega inštituta za javno zdravje opravlja NIJZ.

<sup>75</sup> ZPacP-A je določil, da morajo izvajalci zdravstvene dejavnosti zagotoviti samodejno izmenjavo podatkov preko svojega informacijskega sistema.

<sup>76</sup> Podatki so javno dosegljivi na spletni strani [URL: <http://nacas.nijz.si/>], 27. 7. 2017.

in za 23 terapevtskih posegov<sup>77</sup>. Za potrebe aplikacije NAČAS izvajalci zdravstvenih storitev posredujejo NIJZ zgolj podatke za tiste zdravstvene storitve, ki so skladno s 13. členom Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov<sup>78</sup> (v nadaljevanju: pravilnik o čakalnih dobah) za posamezno leto določene v splošnem dogovoru o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Kljub temu da so izvajalci morali voditi čakalne sezname za vse vrste zdravstvenih storitev, so zaradi določb pravilnika o čakalnih dobah in vsakoletnega splošnega dogovora podatke NIJZ pošiljali zgolj za omejen nabor zdravstvenih storitev. V povezavi z rakom prostate je edina storitev, za katero je bilo mogoče pridobiti podatek o čakalni dobi iz aplikacije NAČAS, prvi urološki pregled. Na področju urologije je bilo mogoče podatek preveriti še za rentgen ledvic in sečnega mehurja.

Ministrstvo je v letu 2010 sprejelo pravilnik o čakalnih dobah, ki zaradi določila, da se seznam zdravstvenih storitev, za katere izvajalci sporočajo podatke o čakalnih dobah, vsako leto določi v splošnem dogovoru, po našem mnenju omogoča drugačen obseg poročanja, kot izhaja iz določb 15. in 16. člena ZPacP. Splošni dogovori<sup>79</sup> so v obdobju od leta 2014 do leta 2017 določali manjši obseg zdravstvenih storitev, o katerih morajo poročati izvajalci, kot ga je določal veljavni ZPacP. Zaradi tega ministrstvo ni razpolagalo s podatki, na katere bi se lahko oprlo pri izvajanju analiz in sprejemanju odločitev o prihodnjih aktivnostih. Tudi ostali zainteresirani (na primer bolniki) niso mogli preveriti čakalnih dob za vse zdravstvene storitve, tudi ne za storitve povezane, z rakom prostate. Kljub temu da iz 16. člena ZPacP izhaja, da bi si morali izvajalci in NIJZ stalno izmenjevati podatke, se to v aplikaciji NAČAS ni odrazilo, saj so bili na voljo zgolj podatki na en presečni dan v mesecu.

2.1.1.2.b Poleg okrnjenega nabora zdravstvenih storitev, o katerih so morali poročati izvajalci zdravstvenih storitev, je na uporabnost podatkov aplikacije NAČAS vplival tudi obseg podatkov s posameznega čakalnega seznama, o katerih so poročali izvajalci zdravstvenih storitev. Izvajalci namreč niso sporočali vseh podatkov o posameznih čakajočih pacientih v skladu s 15. členom ZPacP, temveč so zgolj mesečno poročali o številu čakajočih za posamezno stopnjo nujnosti ter o predvideni in realizirani čakalni dobi.

Menimo, da takšen način zbiranja in objavljanja podatkov o čakalnih dobah ni dosegel namena, ki ga zasleduje ZPacP. Iz tako zmanjšane obsega podatkov, ki se sproti ne posodablajo, ni mogoče ažurirati podatkov o pacientih in usklajevati podatkov o pacientih, ki so vpisani v več čakalnih seznamov pri različnih izvajalcih zdravstvenih storitev, ter pacientih, pri katerih je bila zdravstvena storitev že opravljena, kot to zahteva drugi odstavek 16. člena ZPacP. Podatki aplikacije NAČAS tako ne omogočajo

---

<sup>77</sup> Za primerjavo lahko služi število različnih posegov ali ambulantnih pregledov pri zdravnikih specialistih, ki so od maja 2017 na voljo za eNaročanje – teh je več kot tisoč.

<sup>78</sup> Uradni list RS, št. 63/10. 13. člen tega pravilnika določa, da se seznam zdravstvenih storitev, za katere izvajalci poročajo podatke o čakalnih dobah, vsako leto določi v dogovoru o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, določenem v predpisih o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Z dnem uveljavitve ZPacP-A je prenehal veljati pravilnik o čakalnih dobah, ki pa se na podlagi 26. člena ZPacP-A uporablja do uveljavitve predpisa iz drugega odstavka 15.č člena ZPacP.

<sup>79</sup> Splošni dogovori za posamezno pogodbeno leto so dosegljivi na spletnem naslovu, [URL: [https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene\\_storitve/splosni\\_dogovori\\_in\\_aneksi/splosni\\_dogovori\\_in\\_aneksi](https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/splosni_dogovori_in_aneksi/splosni_dogovori_in_aneksi)], 13. 6. 2017. Seznam zdravstvenih storitev, za katere izvajalci sporočajo podatke o čakalnih dobah, je za obdobje od leta 2014 do leta 2016 v prilogi X, za leto 2017 pa v prilogi VII.

natančnega sprotnega vpogleda v podatke o čakajočih pacientih za posamezno zdravstveno storitev. Zgolj točni in ažurni javno objavljeni podatki o predvideni čakalni dobi pri konkretnem izvajalcu zdravstvenih storitev so lahko v pomoč tudi pacientom pri izboru izvajalca, pri katerem bi do zdravstvene storitve prišli v najkrajšem času<sup>80</sup>. Menimo, da zbiranje podatkov v skladu s 16. členom ZPacP do uveljavitve eNaročanja (povezava s točko 2.1.1.2.d tega poročila) realno ni bilo mogoče, saj ministrstvo ni zagotovilo ustrezne informacijske podpore. Prav tako menimo, da je z vzpostavitvijo eNaročanja<sup>81</sup> zagotovljena takšna informacijska podpora, ki omogoča tudi izmenjavo podatkov v skladu s 16. členom ZPacP.

*Pojasnilo ministrstva*

*Sistem NACAS je bil vzpostavljen kot začasna rešitev za spremljanje čakalnih vrst in čakalnih dob na nacionalni ravni in nikoli ni bil predviden kot sistem za izpolnitev zahtev prvega odstavka 16. člena ZPacP. Ta člen sedaj izpolnjuje sistem eNaročanje.*

2.1.1.2.c Dodatno oviro pri ugotavljanju dejanskega števila čakajočih pacientov in njihovih čakalnih dob je predstavljala tudi kakovost podatkov, ki so jih izvajalci zdravstvenih storitev mesečno sporočali NIJZ. Že analitiki NIJZ so ugotavljali nelogičnosti in večja odstopanja v podatkih o čakalnih dobah in številu čakajočih, ki so jih izvajalci zdravstvenih storitev pošiljali NIJZ. Da nekateri izvajalci pošiljajo napačne podatke o številu čakajočih in dolžini čakalnih dob je v obdobju, na katero se nanaša revizija, ugotavljalo tudi ministrstvo<sup>82</sup>. Obstoječe pravne podlage sicer ne določajo obveznosti NIJZ ali drugega subjekta, da preverja podatke, ki jih posredujejo izvajalci zdravstvenih storitev, prav tako tudi ne predvideva sankcij za izvajalce, ki ne sporočajo pravih podatkov. Menimo, da bi ministrstvo z zagotovitvijo takšnih pravnih podlag, ki bi to omogočale, omogočilo tudi več nadzora nad izvajalci zdravstvenih storitev v zvezi s sporočanjem podatkov in večjo kakovost podatkov. Dodatno oviro pri zagotavljanju kakovosti podatkov je predstavljal način zbiranja podatkov, saj so se ti do uveljavitve eNaročanja zbirali s sporočanjem in ne neposredno iz informacijskih sistemov. Način zbiranja podatkov o čakalnih dobah v večjem delu obdobja, na katero se nanaša revizija, tako ni omogočal vzpostavitve samodejnih mehanizmov, ki bi omogočali centralno in neposredno preveritev podatkov o točnosti sporočenih čakalnih dob. Z analizo podatkov je bilo sicer mogoče ugotoviti nelogičnosti v podatkih, dejansko točnost podatkov pa bi bilo mogoče preveriti zgolj s pregledom čakalnih seznamov pri izvajalcih zdravstvenih storitev.

*Pojasnilo ministrstva*

*Podatke, ki so bili pripravljani za vnos na spletni portal, so izvajalci dobili prek že pripravljenih poizvedb s pomočjo informacijskih rešitev, s katerimi so bili pripravljani ustrezni izvizi podatkov o pričakovani čakalni dobi in številu čakajočih za storitev iz šifranta NACAS. V spletni aplikaciji so bile narejene nekatere logične kontrole, ki so se nanašale na posamezno vrsto podatka. NIJZ je pred vsakim mesečnim poročilom pripravil tako imenovano preliminarno poročilo, katero so bili narejeni izračuni, ki so primerjali določene podatke v obdobju zadnjih dveh mesecev, na primer deleže različnih seznamov (seznamov z enako čakalno dobo, seznamov, katero je bila čakalna doba hitro daljša od čakalne dobe redno, seznamov, katero se v zadnjih dveh mesecih število čakajočih ni spremenilo, in podobnih). Izvajalci so bili o tem tudi obveščeni, s čimer se je delež nekaterih napak zmanjšal tudi za trikrat.*

<sup>80</sup> Pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev je določena v 9. členu ZPacP.

<sup>81</sup> eNaročanje je bilo dokončno vzpostavljeno 10. 4. 2017, ko sta bili izenačeni elektronska in papirnata napotnica.

<sup>82</sup> Vmesno poročilo o izvedbi pilotnega projekta Za boljše upravljanje s čakalnimi dobami, ministrstvo za zdravje, julij 2016.

Med izvajanjem revizije je vlada na predlog ministrstva potrdila besedilo predloga Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah<sup>83</sup> in ga 18. 5. 2017 posredovala v sprejem državnemu zboru<sup>84</sup>. V oceni stanja in pri navedbi razlogov za sprejem predloga sprememb in dopolnitev zakona je zapisano, da ugotovitve prekrškovnih postopkov, ki jih vodi Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije<sup>85</sup>, kažejo, da:

- ni enotnega računalniškega programa za vodenje čakalnega seznama, vsak izvajalec zdravstvene dejavnosti ima svoj program;
- pri uvrščanju na čakalni seznam izvajalci zdravstvene dejavnosti ne upoštevajo določb ZPacP in pravilnika o čakalnih dobah (tudi zato, ker niso dovolj usposobljeni);
- vpis pacientov za izvajalce zdravstvene dejavnosti pomeni administrativno oviro;
- ni vzpostavljenega nacionalnega čakalnega seznama in zato ni mogoče najti pacientov, ki so vpisani na več čakalnih seznamih za isto zdravstveno storitev;
- sporočanje podatkov ne poteka niti po ZPacP niti po pravilniku o čakalnih dobah, ampak po navodilih NIJZ enkrat na mesec;
- ni enotnega in pravilnega načina, kako ugotoviti realne čakalne dobe, ki jih mora izvajalec zdravstvene dejavnosti javljati in objavljati, pridobljeni podatki so nerealni in pogosto povzročajo zgolj nezadovoljstvo pacientov;
- izvajalci zdravstvene dejavnosti ne objavljajo vseh čakalnih dob za vse zdravstvene storitve, ki jih izvajajo, ampak le za tiste, o katerih morajo poročati NIJZ, kar pa je v nasprotju s pravilnikom o čakalnih dobah.

Iz predloga zakona še izhaja, da so razlogi za ugotovljene nepravilnosti v večini primerov posledica neupoštevanja predpisov, ki so namenjeni vodenju čakalnih seznamov, ter neupoštevanja definicij, ki so ključne za pravilno uvrščanje pacientov na čakalni seznam (na primer kaj je prvi in kontrolni pregled). Menimo, da so imele navedene nepravilnosti pri vodenju čakalnih seznamov neposreden vpliv na kakovost podatkov, ki so bili objavljeni v aplikaciji NAČAS, ki jo za načrtovanje svojih aktivnosti uporablja tudi ministrstvo. Ocenjujemo, da so podatki sicer omogočili okviren vpogled v čakalne dobe, vendar so bili dosegljivi za omejen nabor zdravstvenih storitev in tudi za ta nabor nezanesljivi. Na podlagi navedenega ocenjujemo, da ministrstvo ni imelo na razpolago točnih in ažurnih podatkov, da bi lahko spremljalo razmere, povezane s čakalnimi dobami, ugotovljalo vzroke za morebitna podaljšanja čakalnih dob in pripravljalo ustrezne ukrepe za odpravo vzrokov. Menimo, da do uvedbe storitve eNaročanje tehnični pogoji, ki bi omogočili zbiranje pravih, točnih in ažurnih podatkov o čakalnih dobah, niso bili zagotovljeni.

2.1.1.2.d V obdobju, na katero se nanaša revizija, je ministrstvo s partnerji, predvsem z NIJZ, postopoma uvajalo storitev eNaročanje, ki je del projekta eZdravje<sup>86</sup>. Čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve pri izvajalcih zdravstvenih storitev so objavljene tudi na spletnih straneh<sup>87</sup>. Za 15 izvajalcev zdravstvenih storitev, pri katerih je mogoče opraviti preglede pri specialistu urologu, smo preverili, ali se podatki

<sup>83</sup> EVA: 2016-2711-0007, EPA: 1984 – VII.

<sup>84</sup> [URL: [https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/deloDZ/zakonodaja/izbranZakonAkt?uid=B2B76928FB3A9369C12581250045B194&db=pre\\_zak&mandat=VII&tip=doc](https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/deloDZ/zakonodaja/izbranZakonAkt?uid=B2B76928FB3A9369C12581250045B194&db=pre_zak&mandat=VII&tip=doc)], 13. 6. 2017. ZPacP-A je bil sprejet 26. 9. 2017.

<sup>85</sup> Organ v sestavi ministrstva.

<sup>86</sup> Celovita ocena projekta eZdravje je predmet ločene revizije, zato v tej reviziji predstavljamo zgolj uporabnost podatkov o predvideni čakalni dobi (prvi možni termin) za paciente, ki bi se želeli naročiti na konkretno zdravstveno storitev.

<sup>87</sup> Podatki so javno dosegljivi na spletni strani [URL: <http://cakalnedobe.ezdrav.si/>], 27. 7. 2017.

aplikacije NAČAS in podatki eNaročanja o čakalnih dobah za stopnjo nujnosti redno ujemajo ter ali se lahko pacienti naročijo na pregled v roku, ki je objavljen na spletnih straneh<sup>88</sup>.

Tabela 1: Primerjava in preveritev objavljenih podatkov o čakalni dobi za prvi pregled pri urologu za stopnjo nujnosti redno

Izvajalec zdravstvene storitve	Predvidena čakalna doba za stopnjo nujnosti redno		Ugotovitve po telefonskem preverjanju podatkov o dolžini čakalne dobe oziroma prvem prostem terminu za prvi pregled pri specialistu urologu
	Podatki iz NAČAS	Podatki iz eNaročanja	
Izvajalec 1	30 dni	31 dni	ni bilo mogoče potrditi termina (odzivnik)
Izvajalec 2	43 dni	ni podatka	ni bilo mogoče potrditi termina (na klice ni bilo odziva)
Izvajalec 3	81 dni	48 dni	ni bilo mogoče potrditi termina (informacije dajejo le ob torkih)
Izvajalec 4	120 dni	99 dni	ni bilo mogoče potrditi termina (po telefonu so dosegljivi le ob četrkih med 15. in 16. uro)
Izvajalec 5	127 dni	155 dni	termin bi lahko dobili približno v roku, kot je naveden na spletni strani eNaročanje
Izvajalec 6	129 dni	174 dni	ni bilo mogoče potrditi termina (številka je zasedena ali pa ni bilo odziva)
Izvajalec 7	130 dni	124 dni	ni bilo mogoče potrditi termina (odzivnik)
Izvajalec 8	138 dni	4 dnevi	termin bi lahko dobili čez približno 100 dni
Izvajalec 9	144 dni	144 dni	termin bi lahko dobili približno v roku, kot je naveden na spletnih straneh
Izvajalec 10	155 dni	ni podatka	termin bi lahko dobili čez približno 190 dni
Izvajalec 11	159 dni	60 dni	ni bilo mogoče potrditi termina (številka je zasedena ali pa ni bilo odziva)
Izvajalec 12	176 dni	180 dni	termin bi lahko dobili približno v roku, kot je naveden na spletnih straneh
Izvajalec 13	198 dni	89 dni	termin bi lahko dobili približno v roku, kot je naveden v aplikaciji NAČAS
Izvajalec 14	229 dni	371 dni	izvajalec je okvirni datum izračunal glede na podatek, ki je objavljen na spletni strani eNaročanje
Izvajalec 15	307 dni	299 dni	termin bi lahko dobili čez več kot leto dni

Vir: podatki, pridobljeni s spletnih strani<sup>89</sup> in s telefonskimi razgovori.

<sup>88</sup> Preverili smo čakalne dobe za prvi pregled pri specialistu urologu za stopnjo nujnosti redno. Preveritev smo opravili v obdobju od 15. 6. do 16. 6. 2017 na podlagi podatkov, ki so bili na spletnih straneh objavljeni 15. 6. 2017. Podatke smo pri izvajalcih (z metodo skrivnega nakupovanja) preverjali 15. 6. in 16. 6. 2017 v času med 9. in 13. uro na telefonskih številkah, objavljenih na eni izmed navedenih spletnih strani. V primerih, ko nismo uspeli priklicati odgovorne osebe za dodelitev termina, smo klic večkrat ponovili.

<sup>89</sup> [URL: <http://nacas.nijz.si/>] in [URL: <http://cakalnedobe.ezdrav.si/>], 15. in 16. 6. 2017.

Ugotovili smo, da se je bilo mogoče za pregled zgolj v 2 od skupaj 15 primerov oziroma v 2 od 9 primerov, ko smo uspeli termin potrditi tudi pri izvajalcu zdravstvene storitve, pri izvajalcu naročiti približno v roku, ki je naveden na obeh spletnih straneh. Ugotovili smo še:

- za dva izvajalca na spletni strani eNaročanje ni bilo objavljenega podatka o čakalni dobi oziroma prvem prostem terminu;
- objavljeni podatki so se pri osmih izvajalcih razlikovali za več kot deset dni;
- v enem primeru je pravilen podatek objavljen zgolj v aplikaciji NAČAS in v enem zgolj na spletni strani eNaročanje;
- v treh primerih bi pri izvajalcih lahko prejeli termin za pregled v roku, ki pomembno odstopa od obeh objavljenih podatkov.

#### *Pojasnilo ministrstva*

*Za točnost posredovanih in kasneje objavljenih podatkov so odgovorni izvajalci zdravstvene dejavnosti, saj lahko le oni z doslednim in točnim vnosom zagotovijo pravilnost podatkov. Glede okvirnega termina je bilo izvajalcem (javnim zavodom) posredovano navodilo (zahteva za podpis izjave o točnosti podatkov), da se okvirni in dejansko dodeljeni termin lahko razlikujeta zgolj za pet dni. V okviru vladnega projekta za skrajševanje čakalnih dob in izboljševanje kakovosti bo izpolnjevanje kriterija skrajševanje čakalnih dob vezano na podatke iz eNaročanja, kar pomeni, da izvajalci, ki ne bodo sporočali popolnih podatkov (podatkov o vseh čakajočih), ne bodo mogli sodelovati s svojimi zaposlenimi pri tem projektu, kejer bi sicer lahko pridobili del plače iz naslova delovne uspešnosti.*

*Ministrstvo je pripravilo primerjavo podatkov aplikacije NAČAS in podatkov eNaročanja o čakalnih dobah za prvi pregled pri urologu za stopnjo nujnosti bitro v začetku oktobra 2017. Pri enem izvajalcu podatek o čakalni dobi v okviru eNaročanja ni bil na voljo, pri 9 izvajalcih izmed preostalih 14 pa je bilo odstopanje med podatki manjše ali enako 10 dni. Pri 5 izvajalcih se je podatek o čakalni dobi v primerjanih aplikacijah pomembno razlikoval.*

2.1.1.2.e Na spletni strani eNaročanje so objavljeni tudi podatki za biopsijo prostate in za prostatektomijo zaradi malignoma. Za biopsijo prostate je bila na dan 16. 6. 2017 navedena čakalna doba le za dva izvajalca<sup>90</sup>, čeprav naj bi po podatkih ZZZS to storitev izvajalo vsaj sedem izvajalcev<sup>91</sup>. Za prostatektomijo zaradi malignoma pa so bili na spletni strani navedeni podatki zgolj treh izvajalcev<sup>92</sup>, čeprav naj bi poseg izvajalo devet izvajalcev. Ugotovili smo, da v obdobju, na katero se nanaša revizija, na spletni strani eNaročanje niso bili objavljeni podatki vseh izvajalcev zdravstvenih storitev. Ocenjujemo, da podatki na spletni strani eNaročanje niso dovolj kakovostni, da bi se pacienti nanje lahko zanašali pri izbiri izvajalca zdravstvene storitve, pri katerem bi najhitreje prišli do potrebne storitve. Menimo, da bi ministrstvo večjo kakovost podatkov lahko zagotovilo s spremembo pravnih podlag, na podlagi katerih bi bilo mogoče sankcioniranje izvajalcev, ki niso sporočali pravih podatkov. Eno vrsto sankcije za izvajalce je ministrstvo predlagalo v letu 2017 v okviru projekta skrajševanja čakalnih dob. Predlagalo je, vlada pa potrdila, da je predpogoj za izplačilo dela plače iz naslova delovne uspešnosti zaposlenih, ki pri izvajalcih zdravstvenih storitev sodelujejo pri projektu skrajševanja čakalnih dob, tudi dosledna uporaba storitev eZdravje (med njimi tudi eNaročanje). Navedeno je vključeno tudi v splošni dogovor za leto 2017, ki določa, da je javljanje točnih in ažurnih podatkov pogoj za sodelovanje izvajalcev pri razporejanju dodatnih sredstev. V splošnem dogovoru za leto 2017 je določena tudi možnost ZZZS, da ustavi

<sup>90</sup> Bolnišnica Sežana in SB Celje.

<sup>91</sup> Podatek nujno ne zajema vseh izvajalcev, saj je lahko poseg plačan in evidentiran tudi v okviru izvedbe drugih posegov.

<sup>92</sup> Splošne bolnišnice Izola, Celje in Novo mesto.

izplačilo avansa, plačilo računa ali zahtevka za plačilo, če izvajalec zdravstvenih storitev ne pošlje vseh zahtevanih podatkov o čakalnih dobah NIJZ in če v skladu s pravnimi podlagami ne posreduje redno (dnevno) podatkov o čakalnih dobah in čakajočih pacientih za programe zdravstvenih storitev, ki jih izvaja po pogodbi z ZZZS, neposredno iz svojega informacijskega sistema za vse vrste zdravstvenih storitev, kot je to določeno v posebnem šifrantu NIJZ.

### **Povzetek**

Ugotovili smo, da način zbiranja in obdelave podatkov ni omogočal objavljanja ažurnih podatkov o obsegu raka prostate. Menimo, da bi bilo večjo ažurnost objave podatkov mogoče doseči predvsem z večjo stopnjo digitalizacije in standardizacije dokumentacije oziroma podatkov o onkoloških bolnikih pri izvajalcih zdravstvenih storitev, česar pa ministrstvo v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni zagotovilo. Prav tako smo ugotovili, da ministrstvo ni razpolagalo s pravnimi, točnimi in ažurnimi podatki o čakalnih dobah na področju urologije, saj vzpostavljena informacijska infrastruktura tega ni omogočala. Zaradi tega bolniki teh podatkov niso imeli na voljo. Kljub temu da so izvajalci morali voditi čakalne sezname za vse vrste zdravstvenih storitev, so zaradi določb pravilnika o čakalnih dobah in vsakoletnega splošnega dogovora podatke NIJZ pošiljali zgolj za omejen nabor zdravstvenih storitev. V večjem delu obdobja, na katero se nanaša revizija, so bili v povezavi z rakom prostate javno dostopni zgolj podatki o čakalni dobi na prvi pregled pri urologu, tudi ti pa niso bili zanesljivi. Z aprilom 2017 je bil vzpostavljen sistem eNaročanje, ki omogoča vpogled v čakalne dobe večine zdravstvenih storitev, vendar v obdobju, na katero se nanaša revizija, vsi podatki tudi v novem sistemu še niso bili pravilni, točni in ažurni. V letu 2017 je bila v splošni dogovor vključena sankcija za izvajalce, ki ne bodo redno sporočali točnih podatkov o čakalnih dobah in čakajočih pacientih.

## **2.1.2 Vodenje medicinske dokumentacije in primerljivost kakovosti zdravljenja**

### **2.1.2.1 Medicinska dokumentacija**

Iz DPOR 2010–2015 izhaja, da je eden izmed temeljnih ciljev vsakega zdravstvenega sistema kar se da izboljšati kakovost zdravljenja ob čim razumnejši in čim gospodarnejši izrabi razpoložljivih materialnih, prostorskih in kadrovskih zmogljivosti. Za dosego teh ciljev pa posameznik in zdravstveni sistem potrebujeta standardizirane podatke. Z uporabo slednjih je mogoče primerjati izsledke dela posameznikov, inštitucij oziroma zdravstvenih sistemov in ugotavljati uspešnost na strokovni in poslovni ravni. Uporaba standardiziranih podatkov je pomembna tudi za načrtovanje prihodnjih ukrepov. Iz DPOR 2010–2015 še izhaja, da stanje zbiranja podatkov v Republiki Sloveniji ni ustrezno glede na pričakovano raven kakovosti podatkov. Ne obstajajo natančna navodila in predpisi, katere podatke mora vsak medicinski zapis<sup>93</sup> vsebovati (anamneza, izvid patologa, operacijski zapisnik in podobno). Ta je skoraj vedno v opisni oziroma narativni obliki in je za nadaljnjo obdelavo skoraj neuporaben.

DPOR 2010–2015 je v zvezi z informatizacijo načrtoval naslednje ukrepe:

- uvajanje enotnega, osrednjega spletnega elektronskega popisa bolezni za vsakega bolnika z maligno boleznijo ne glede na to, kje se zdravi;
- standardizacija za vsak tip medicinskega zapisa (anamneza, status, operacijski zapisnik, potek, odpust, izvid patologa, izvid rentgenologa, mnenje konzilija in podobno);
- informatizacija popisa bolezni.

<sup>93</sup> Vsak zapis, ki nastane v povezavi z obravnavo bolnika v okviru zdravstvene mreže.

Preverili smo, ali so bili ti ukrepi izvedeni.

2.1.2.1.a Ugotovili smo, da v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni bila uvedena standardizacija za vsak tip medicinskega zapisa, ni bila uvedena informatizacija popisa bolezni in ni bil vzpostavljen enoten spletni elektronski popis bolezni za vsakega bolnika z maligno boleznijo.

*Pojasnilo ministrstva*

*Za doseganje ciljev DPOR je nujno zagotoviti celovite informacijske rešitve, ki pa jih je mogoče uvajati postopno na podlagi dosedanjih rešitev eZdravja. Aktivnosti so se začele s skupnim sestankom vseh deležnikov 24. 5. 2017 in sklepom, da NIJZ prevzame koordinativno vlogo pri nadgradnji informacijske podpore.*

*Ukrep ministrstva*

*V avgustu 2017 je bil pripravljen načrt dela delovne skupine DPOR 2017–2021 za sklop informacijske tehnologije, ki določa aktivnosti, s katerimi se bodo dosegli cilji DPOR 2017–2021 in roki za njihovo izvedbo. Med drugimi aktivnostmi je predvidena tudi priprava standardizirane odpustnice in standardiziranih izvidov.*

2.1.2.1.b Ker ukrepi DPOR 2010–2015 glede informatizacije niso bili izvedeni v obliki, kot so bili načrtovani, smo preverili, ali je izvedba teh ukrepov še načrtovana tudi v DPOR 2017–2021. V slednjem ukrepi v zvezi z informatizacijo niso opredeljeni tako natančno, kot so bili v DPOR 2010–2015. Tako naj bi se informacijska tehnologija snovala v okviru projekta eZdravje z namenom združevanja podatkov o onkoloških bolnikih, poleg tega naj bi se izogibali grajenju ločenih, med seboj nekompatibilnih informacijskih sistemov. Cilj DPOR 2017–2021 je, da se do leta 2021 uskladi in vključi v platformo eZdravje informacijska tehnologija zdravstvenih sistemov primarne, sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti s področja onkologije. Menimo, da je usmeritev DPOR 2017–2021 in s tem ministrstva, da se funkcionalnosti, ki jih je za področje onkologije določal že DPOR 2010–2015<sup>94</sup>, razvijajo v okviru projekta eZdravje, smiselna, saj je na ta način lažje zagotoviti medsebojno povezljivost evidenc<sup>95</sup>. Opozorjamo pa, da je izvedba projekta eZdravje preseгла v začetku predviden rok za izvedbo<sup>96</sup>, s tem pa tudi funkcionalnosti, ki jih je predvidel DPOR 2010–2015, niso bile razvite do njegovega izteka.

<sup>94</sup> Standardizacija medicinskih zapisov, informatizacija popisa bolezni in enoten elektronski popis bolezni za vsakega bolnika.

<sup>95</sup> V maju 2017 je potekal prvi koordinacijski sestanek (zapisnik z dne 24. 5. 2017) deležnikov, ki imajo vlogo pri zagotavljanju informacijske podpore za izvajanje in spremljanje DPOR 2017–2021. Na sestanku je bilo med drugim ugotovljeno, da je podpora informacijske tehnologije izrednega pomena, ker bo omogočala kakovostno in varno obravnavo bolnikov ter spremljanje izvajanja zdravstvene obravnave, kar pa trenutno ni omogočeno. Ključen poudarek je bil na projektu eZdravje, v okviru katerega naj bi se povezale trenutne zbirke podatkov in zagotovila nadaljnja digitalizacija zajema in obdelave podatkov. Trenutno namreč obstaja več zbirk podatkov o bolnikih, ki jih zbirajo različni deležniki (NIJZ, ZZS, register raka), vendar ti informacijski sistemi niso medsebojno kompatibilni.

<sup>96</sup> Iz strateškega načrta e-Zdravje2010, Strategija informatizacije slovenskega zdravstvenega sistema 2005–2010 izhaja, da naj bi bil projekt zaključen v letu 2010. Investicijska dokumentacija je bila pripravljena v letu 2009 (Študija izvedljivosti projekta eZdravje – predinvesticijska zasnova in investicijski program s študijo izvedbe – investicijski program, ministrstvo, 6. 4. 2009), sledile so še tri novelacije dokumentacije, zadnja v letu 2015. Projekt se še izvaja; [URL: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz\\_dokumenti/delovna\\_podrocja/zdravstveno\\_v\\_arstvo/kodele/eZdravje116slo.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mz_dokumenti/delovna_podrocja/zdravstveno_v_arstvo/kodele/eZdravje116slo.doc)].

Investicijska dokumentacija projekta eZdravje, ki je opredelila vsebino projekta, je bila pripravljena že v letu 2009, torej še preden je bil sprejet DPOR 2010–2015. Že takrat so bile načrtovane tudi nekatere informacijske rešitve, ki bi v primeru realizacije lahko omogočile tudi funkcionalnosti, ki so bile nato za področje obvladovanje raka predvidene še posebej v DPOR 2010–2015<sup>97</sup>.

Računsko sodišče je izvedlo revizijo uspešnosti izvajanja projekta eZdravje v obdobju od 1. 1. 2004 do 26. 9. 2013<sup>98</sup>, v kateri je ugotovilo, da so se izvedene aktivnosti projekta eZdravje in njihov obseg do izdaje novelacije investicijske dokumentacije v juniju 2013 pomembno razlikovale od načrtovanih aktivnosti v prvotni investicijski dokumentaciji. Več informacijskih rešitev, ki bi prispevale tudi k funkcionalnostim, ki jih je predvidel DPOR 2010–2015, v obdobju, na katero se nanaša revizija, še ni bilo dokončanih, izvajale so se z zaostankom<sup>99</sup> ali pa so bile opuščene<sup>100</sup>. Računsko sodišče je podalo mnenje, da ministrstvo ni bilo uspešno pri doseganju vsebinskih in terminskih ciljev projekta eZdravje.

Del funkcionalnosti, ki jih je predvidel DPOR 2010–2015, bi se lahko vzpostavil prek Centralnega registra podatkov o pacientih<sup>101</sup> (v nadaljevanju: CRPP), ki predstavlja zbirko ključnih podatkov o bolnikih ter omogoča vpogled v vse njihove podatke na enem mestu. V CRPP, ki ga vodi NIJZ, se zbirajo:

- nestrukturirani podatki<sup>102</sup> oziroma medicinski dokumenti, kot sta ambulantni zapisnik<sup>103</sup> in odpustno pismo<sup>104</sup>, in
- strukturirani podatki<sup>105</sup>.

<sup>97</sup> Takšna načrtovana rešitev je bila na primer standardizacija elementov enotnega zdravstvenega zapisa, ki bi naj omogočila vzpostavitev standardnega elektronskega zapisa za elektronsko poslovanje na ključnih vsebinskih področjih v zdravstvenem sistemu.

<sup>98</sup> Revizijsko poročilo *Uspešnost izvajanja projekta eZdravje*, številka 320-3/2012/16 z dne 19. 12. 2013.

<sup>99</sup> Na primer rešitvi interoperabilna hrbtnica in standardizacija elementov elektronskega zdravstvenega zapisa.

<sup>100</sup> Na primer rešitev spremljanje kakovost zdravstvenih storitev.

<sup>101</sup> Elektronski zdravstveni zapis, ki je podlaga za celostno in kontinuirano obravnavo pacienta v zdravstvenem sistemu. Zbirka vsebuje povzetek osnovnih podatkov o pacientu in z zakonodajo določeno pacientovo zdravstveno dokumentacijo. CRPP omogoča zdravstvenemu osebju, ki sodeluje pri zdravstveni oskrbi pacienta, vpogled v ključne podatke, s katerimi lahko zagotavlja primerno, varno in kakovostno oskrbo. Zdravstvenim delavcem omogoči nemoteno komunikacijo, varno in sledljivo izmenjavo podatkov ter zanesljivo ažuriranje podatkov; [URL: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/eZdravje/e\\_zdravje\\_slepi\\_in\\_slabovidni/zapis\\_zl\\_ozenka\\_CRPP.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/eZdravje/e_zdravje_slepi_in_slabovidni/zapis_zl_ozenka_CRPP.pdf)], 14. 7. 2017.

<sup>102</sup> Podatki, ki niso urejeni na predhodno opredeljen način oziroma v predhodno opredeljen podatkovni model, na primer dokumenti v formatu pdf, nekatere oblike slikovnih gradiv in podobno. Možnosti urejanja, združevanja v skupine, razvrščanja in analize tako organiziranih podatkov so omejene.

<sup>103</sup> Dokument, s katerim zdravnik zaključi obravnavo v specialistični ambulanti.

<sup>104</sup> Dokument, s katerim zdravnik zaključi bolnišnično zdravljenje.

<sup>105</sup> Podatki, ki so urejeni v visoko organizirano obliko in jih je med drugim mogoče prikazovati v tabelah, urejati v relacijske zbirke podatkov in na različne načine analizirati.

O vsaki zavarovani osebi v Republiki Sloveniji naj bi sčasoma nastali posamični zapisi o alergijah, neželenih učinkih zdravil, različnih izvedenih diagnostičnih postopkih, cepljenjih, invalidnosti, izvedenih zdravstvenih posegih, boleznih, socialni zgodovini, priporočilih zdravljenja in drugi zapisi.

Podatki se zbirajo z informacijsko rešitvijo interoperabilna hrbtenica, ki omogoča povezavo različnih informacijskih sistemov izvajalcev zdravstvenih storitev<sup>106</sup> v CRPP. V CRPP se podatki že zbirajo, vendar ti v obdobju, na katero se nanaša revizija, še niso bili popolni. Tako je ob koncu maja 2017 v CRPP imelo vsaj en nestrukturiran dokument 779.866 bolnikov, podatki v strukturirani obliki pa so bili vneseni za 351.835 bolnikov. Za doseg funkcionalnosti, ki jih je predvidel DPOR 2010–2015, so pomembni predvsem podatki v strukturirani obliki, ki omogočajo lažjo nadaljnjo statistično obdelavo in primerjavo. V obdobju, na katero se nanaša revizija, se v CRPP v strukturirani obliki niso zbirali podatki, ki bi omogočali izvajanje analiz in primerjave, povezane z zdravljenjem onkoloških bolnikov, ocenjujemo pa, da bi informacijska rešitev ob nadgradnji in ob redni uporabi lahko omogočila tudi del funkcionalnosti, ki jih je predvidel DPOR 2010–2015.

### 2.1.2.2 Primerljivost kakovosti zdravljenja

Ministrstvo je v letu 2010 sprejelo Nacionalno strategijo kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010–2015)<sup>107</sup> (v nadaljevanju: strategija kakovosti). Strategija kakovosti je v okviru prvega strateškega cilja (razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti) predvidevala tudi razvoj takšne informacijske tehnologije v zdravstvu, ki bo omogočila izboljševanje beleženja, spremljanja, analiziranja in odločanja izvajalcev ter uporabnikov zdravstvenih storitev. Takšne rešitve naj bi do leta 2015 vzpostavili v okviru projekta eZdravje. Na podlagi strategije kakovosti je ministrstvo pripravilo Priročnik o kazalnikih kakovosti<sup>108</sup>, ki je določil 73 kazalnikov za merjenje kakovosti zdravstvene oskrbe v bolnišnicah. Dva kazalnika se nanašata tudi na področje urologije, in sicer število zapletov s transfuzijo pri operaciji benigne hipertrofije prostate in število pacientov, ki jim uhaja seč po operaciji benigne hipertrofije prostate. Noben od kazalnikov pa se ne nanaša na bolnike z rakom prostate. Podatke za posamezne kazalnike morajo bolnišnice sporočiti ministrstvu, ki pripravi letno poročilo o kazalnikih kakovosti v zdravstvu. Zadnje objavljeno letno poročilo je bilo pripravljeno v letu 2015 za leti 2012 in 2013. Po navedbah poročila ta iz različnih razlogov<sup>109</sup> ne vsebuje vseh kazalnikov, ki so bili določeni v Priročniku o kazalnikih kakovosti, kot tudi ne kazalnikov s področja urologije.

Iz DPOR 2010–2015 izhaja, da je treba vsem bolnikom z rakom v Republiki Sloveniji omogočiti strokovno in kakovostno enako dostopno in primerljivo kirurško obravnavo oziroma zdravljenje. Ker standardiziranih podatkov ni, primerjava kakovosti zdravljenja v različnih bolnišnicah ni mogoča.

---

<sup>106</sup> Izvajalci zdravstvenih storitev uporabljajo različne informacijske sisteme različnih dobaviteljev (na sekundarni ravni je po podatkih ministrstva v uporabi vsaj šest večjih informacijskih sistemov), ki pa med seboj niso kompatibilni. Zato je bilo treba razviti informacijsko rešitev, ki omogoča povezljivost oziroma pošiljanje podatkov različnih informacijskih sistemov v centralno evidenco podatkov.

<sup>107</sup> [URL: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna\\_strategija\\_kakov\\_in\\_varn\\_2010-2015/Nacionalna\\_strategija\\_kakovosti\\_in\\_varnosti\\_v\\_zdravstvu\\_2010-2015.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/nacionalna_strategija_kakov_in_varn_2010-2015/Nacionalna_strategija_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu_2010-2015.pdf)], 27. 6. 2017.

<sup>108</sup> [URL: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/kazalniki\\_kakovosti\\_dec\\_2010/Prirocnik\\_kazalniki\\_kakovosti.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/kakovost/kazalniki_kakovosti_dec_2010/Prirocnik_kazalniki_kakovosti.pdf)], 27. 6. 2017.

<sup>109</sup> Publikacija ne vključuje vseh kazalnikov kakovosti, katerih spremljanje je obvezno. Razlogi zato so različni: v nekaterih primerih so bile ugotovljene omejitve podatkov, zaradi katerih bi lahko njihov prikaz vodil do napačnih sklepov, ali podatkov ni bilo mogoče pridobiti; v drugih primerih so bile posredovane vrednosti s strani izvajalcev neprimerljive, bodisi zaradi nejasnih navodil na nacionalni ravni ali zaradi napačnega razumevanja teh navodil; v nekaterih primerih podatki niso bili objavljeni, ker redkost nekaterih dogodkov onemogoča kakršnokoli sklepanje na podlagi vrednosti kazalnika.

Dejavniki, ki v onkologiji določajo kakovost zdravljenja, so preživetje, ponovitev bolezni in kakovost življenja po zdravljenju. Ob ustrezni informacijski podpori bi lahko prek spleta ažurno pregledovali podatke o kakovosti zdravljenja za vsako bolnišnico. Ti podatki bi bili lahko uporabni za plačnika storitev, saj nadpovprečno število zapletov povzroči bistveno višje stroške zdravljenja. Uporabni pa bi bili tudi za potencialne uporabnike storitev, saj bi si ti na njihovi podlagi lažje izbrali ustanovo z boljšimi izidi zdravljenja. Odraz ocene kakovosti ter kadrovske in tehnološke usposobljenosti pa bi morala biti tudi razporeditev onkološke dejavnosti po bolnišnicah.

Preverili smo, ali je bil vzpostavljen sistem, ki omogoča analizo kakovosti zdravljenja raka prostate v bolnišnicah in ali so bili ti podatki dostopni bolnikom.

2.1.2.2.a Spremljanje kakovosti zdravljenja, kot je bilo predvideno z DPOR 2010–2015, oziroma analiza podatkov o zdravljenju, katere rezultat je tudi ocena kakovosti zdravljenja, ki bi bila dostopna tudi bolnikom, je povezana z zbiranjem podatkov o zdravljenju vsakega posameznega bolnika z rakom. Brez informacijskih rešitev, ki bi vzpostavile funkcionalnosti, ki so opisane v točki 2.1.2.1 tega poročila, tudi uvedba informacijske rešitve za primerjavo kakovosti zdravljenja na način, kot jo je predvideval DPOR 2010–2015, ni mogoča. Zato ni bila mogoča niti primerjava kakovosti zdravljenja bolnikov z rakom prostate oziroma onkoloških bolnikov na splošno. Ministrstvo je sicer sprva načrtovalo vzpostavitev podpore za spremljanje kakovosti zdravstvenih storitev tudi kot podprojekt projekta eZdravje, vendar je kasneje podprojekt opustilo z obrazložitvijo, da je realizacija ciljev podprojekta predvidena v okviru več drugih ločenih aktivnosti in projektov, ki pa jih ni navedlo<sup>110</sup>.

Korak naprej k zagotavljanju primerljivosti podatkov o kakovosti obravnave bolnikov z rakom lahko predstavlja vzpostavitev kliničnih registrov raka za najpogostejše oblike raka, ki jih bo vodil register raka. V okviru kliničnih registrov naj bi se zbiral večji nabor podatkov o zdravljenju posameznih bolnikov oziroma podatki o vseh predpisanih postopkih v klinični poti za posamezno vrsto raka. Obseg zbranih podatkov o posameznem bolniku bo bistveno večji, register pa tako omogoča analizo učinkovitosti in varnosti posameznih diagnostičnih in terapevtskih postopkov oziroma primerjavo uspešnosti posameznih načinov zdravljenja. Iz DPOR 2017–2021 izhaja, da naj bi bili klinični registri za najpogostejše oblike raka vzpostavljeni do leta 2020 in naj bi bili usklajeni s sistemom eZdravje.

2.1.2.2.b Ministrstvo je vsebinsko vzpostavilo nekatere sisteme merjenja kakovosti zdravstvene oskrbe. Kljub temu pa vsebinsko merjenje kakovosti zdravstvene oskrbe večinoma ni zaživelo. Tako je tudi v ReNPZV16–25 ugotovljeno, da upravljanje kakovosti in varnosti v zdravstvu kljub številnim pobudam in strategiji še vedno ni ustrezno regulirano in vzpostavljeno. Resolucija navaja tudi, da so obstoječi kadrovske viri in druge zmogljivosti za upravljanje, spremljanje in analizo kakovosti in varnosti nezadostni tako na nacionalni ravni kot tudi na ravni bolnišnic in drugih zdravstvenih organizacij. Prav tako tudi postopki spremljanja in vrednotenja procesov v zdravstvu z vidika kakovosti in varnosti v zdravstvenih organizacijah še niso ustrezno dokumentirani in razširjeni. Ocenjujemo, da merjenje kakovosti tudi ni ustrezno informacijsko podprto. V obdobju, na katero se nanaša revizija, je spremljanje kakovosti temeljilo na sporočanju agregatnih podatkov, ki so jih posredovali izvajalci zdravstvenih storitev. Ministrstvo ni zagotovilo kakovostne informacijske podpore, ki bi na podlagi baze podatkov o obravnavi bolnikov oziroma drugih podatkov omogočila sprotno preverjanje posameznih kazalnikov kakovosti s področja onkologije in bi bile te informacije ažurno na voljo bolnikom, ki se odločajo o izbiri izvajalca zdravstvene storitve.

<sup>110</sup> Revizijsko poročilo *Uspešnost izvajanja projekta eZdravje*.

Kazalniki kakovosti, ki so v uporabi, so omogočili primerjavo na ravni bolnišnic kot celote, ni pa bilo mogoče podati ocene kakovosti storitev na drugih ravneh, na primer na ravni posameznega zdravnika, bolnišničnega oddelka ali na primer po skupinah zavarovancev.

### **Povzetek**

Informatizacija medicinskih zapisov (standardizacija ključnih tipov medicinskega zapisa, informatizacija popisa bolezni in enoten spletni popis bolezni za vsakega bolnika z maligno boleznijo) ni bila vzpostavljena do takšne mere, kot je bila predvidena z DPOR 2010–2015. Navedene funkcionalnosti se bodo predvidoma razvijale v okviru projekta eZdravje. Del projekta je tudi vzpostavitev CRPP, ki bi ob primerni nadgradnji te funkcionalnosti lahko zagotovil.

Informatizacija medicinskih zapisov bi predvidoma omogočila tudi neposredno primerjavo kakovosti zdravstvenih storitev. Ta ni bila zagotovljena, je pa ministrstvo kljub temu vzpostavilo nekatere sisteme merjenja kakovosti zdravstvene oskrbe. Merjenje kakovosti ni v celoti zaživel, po naši oceni tudi zato, ker ni bilo ustrezno informacijsko podprto. Korak naprej k zagotavljanju primerljivosti podatkov o kakovosti obravnave bolnikov z rakom lahko predstavlja vzpostavitev kliničnih registrov raka za najpogostejše oblike raka, ki jih bo vodil register raka.

## **2.2 Kadrovska struktura na področju urologije**

Eden izmed pomembnejših elementov, ki vplivajo tako na učinkovitost kot tudi na kakovost obravnave bolnikov, je število zdravnikov, ki so aktivno vključeni v zdravstveni sistem. Pomembno vlogo pri tem ima ustrezno načrtovanje kadrov v zdravstvu. Zanimalo nas je, ali je ministrstvo zagotovilo pogoje za ustrezno kadrovsko strukturo na področju urologije.

Iz prvega odstavka 6. člena ZZVZZ izhaja, da Republika Slovenija načrtuje razvojne možnosti in potrebe z zdravstvenimi programi in zdravstvenimi zmogljivostmi. Plan zdravstvenega varstva mora temeljiti na analizi zdravstvenega stanja prebivalstva, izhajati iz zdravstvenih potreb po celovitem zdravstvenem varstvu, upoštevati kadrovske in druge zmogljivosti ter zagotoviti smotrno delitev dela. Izpolnjevanje tega zakonskega določila zahteva zbiranje množice podatkov in njihovo analiziranje, saj je le na takšni podlagi mogoče sprejemati ustrezne odločitve glede razvoja zdravstvenega sistema. Na podlagi ZZVZZ je bila sprejeta resolucija 2016–2025, ki vsebuje tudi kritiko dotedanjega načina oblikovanja zdravstvene mreže oziroma predhodne Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2008–2013 "Zadovoljni uporabniki in izvajalci zdravstvenih storitev"<sup>111</sup> (v nadaljevanju: ReNPZV). Iz ReNPZV16–25 namreč izhaja, da ReNPZV ni vsebovala konkretnih nosilcev in rokov za določitev mreže ter drugih jasnih planskih opredelitev glede razvoja potrebnih zmogljivosti (ob kadrih še prostori, oprema in drugo) za izvajanje zdravstvene dejavnosti na primarni, sekundarni in terciarni ravni, ki bi sledile zdravstvenim potrebam prebivalstva in finančno-ekonomskim možnostim. Zato v državi tudi v preteklem razvojnem obdobju ni prišlo do dogovorjene mreže javne zdravstvene službe.

Preverili smo, ali je ministrstvo spremljalo trend gibanja števila urologov v Sloveniji, ali je izvajalo analize, na podlagi katerih bi lahko ocenilo, kakšno je primerno število urologov v Sloveniji glede na potrebe prebivalstva, ter ali je prek soglasij k razpisom za specializacije in zaposlitve prispevalo k zagotovitvi ustreznih kadrovske strukture na področju urologije.

---

<sup>111</sup> Uradni list RS, št. 72/08 (74/08-popr.).

## 2.2.1 Število urologov

V Republiki Sloveniji obstajata dva vira podatkov o številu zdravnikov posameznih specialnosti. Zdravniška zbornica Slovenije v skladu z 71. členom ZZdrS na podlagi javnega pooblastila vodi register zdravnikov, NIJZ pa na podlagi ZZPPZ vodi evidenco gibanja zdravstvenih delavcev in mrežo zdravstvenih zavodov oziroma register izvajalcev dejavnosti in delavcev v zdravstvu (v nadaljevanju: register delavcev). Podatki obeh evidenc glede števila urologov, ki delujejo v javni zdravstveni mreži, se razlikujejo zaradi različnih metodologij zajema podatkov in različnih načinov zbiranja podatkov. Vir podatkov za register delavcev so podatki izvajalcev zdravstvenih storitev o zaposlenih zdravstvenih delavcih<sup>112</sup>, medtem ko podatki registra Zdravniške zbornice Slovenije izhajajo iz števila podeljenih licenc, ki so pogoj za samostojno opravljanje zdravniške službe<sup>113</sup>, in odobrenih specializacij. Podatki Zdravniške zbornice Slovenije torej lahko vključujejo tudi urologe, ki so sicer opravili specializacijo s področja urologije, vendar ni nujno, da zdravniško službo tudi dejansko opravljajo kot urologi<sup>114</sup>.

### Pojasnilo ministrstva

*V fazi podaje soglasja na razpis specializacij ministrstvo sledi podatkom Zdravniške zbornice Slovenije, ki ima verodostojnejše podatke, kot so navedeni v bazi NIJZ. Podatki iz baze NIJZ so vezani na pravočasno in sprotno sporočanje podatkov s strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki pa, kot se je že večkrat izkazalo, tega ne opravljajo redno.*

V revizijskem poročilu predstavljamo podatke iz obeh virov, ker pa ministrstvo odločitve sprejema na podlagi podatkov Zdravniške zbornice Slovenije, se razkritja opirajo na slednje.

2.2.1.a Ministrstvo nima neposrednega in stalnega vpogleda v zbirki podatkov o številu zdravnikov, lahko pa dostopa do javno objavljenih podatkov o številu zdravnikov ali pa te podatke pridobi od NIJZ oziroma Zdravniške zbornice Slovenije. Ministrstvo tudi samo zbira določene podatke o kadrih, ki so zaposleni v javni zdravstveni mreži. Bolnišnice so mu namreč sporočale podatke o zaposlenih po delovnih skupinah, ministrstvo pa je na podlagi teh (in drugih) podatkov pripravilo analizo poslovanja javnih zdravstvenih zavodov in jo objavilo kot Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP<sup>115</sup>. Iz teh podatkov ni mogoče razbrati števila zdravnikov po posameznih specialnostih, saj gre za agregatne podatke po delovnih skupinah<sup>116</sup>.

Ocenjujemo, da ministrstvo kot pristojen organ za področje zdravstvenega varstva in zdravstvene dejavnosti za uspešno opravljanje svojih nalog potrebuje neposreden dostop do evidenc, ki omogočajo analiziranje in sprejemanje odločitev v zvezi z organiziranjem zdravstvene mreže. Iz 8. člena ZZdrS

<sup>112</sup> Na podlagi sporočenih podatkov se zaposlenim dodelijo pravice za izvedbo določenih aktivnosti v okviru projekta eZdravje (na primer izdaja eRecepta, eNapotnice).

<sup>113</sup> Iz 35. člena ZZdrS izhaja, da sme zdravnik samostojno opravljati zdravniško službo na področju, za katerega ima licenco.

<sup>114</sup> Lahko so na primer opravili specializacijo in prejeli licenco tudi za katero drugo področje (kot je na primer splošna kirurgija) in delujejo na tistem področju.

<sup>115</sup> Vsakoletno Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP. Trenutno aktualno je poročilo za leto 2016, [URL: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/jzz/12042017\\_Porocilo\\_o\\_poslovanju\\_JZZ\\_v\\_letu\\_2016.pdf](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/jzz/12042017_Porocilo_o_poslovanju_JZZ_v_letu_2016.pdf)], 6. 6. 2017.

<sup>116</sup> Objavljeni so podatki po naslednjih skupinah: zdravniki in zobozdravniki, zdravstvena nega, farmacevtski delavci, ostali delavci iz drugih plačnih skupin in nezdravstveni delavci po področjih dela.

namreč izhaja, da razpored zdravniških delovnih mest v mreži javne zdravstvene službe določi minister, pristojen za zdravje. Ta se v skladu s prvim odstavkom 7. člena ZZdrS razporedijo po območjih in po specialističnih področjih tako, da se zagotovi prebivalcem čim bolj enaka dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev. Za sprejem tovrstnih odločitev so zato zelo pomembni ažurni in popolni podatki o trenutnem stanju kadrov v zdravstvu, saj ob ugotovljenih potrebah predstavljajo podlago za sprejem odločitev.

2.2.1.b Ministrstvo je v obdobju, na katero se nanaša revizija, NIJZ za podatke o številu urologov zaprosilo enkrat, in sicer kot odziv na zaprosilo računskega sodišča po predložitvi teh podatkov<sup>117</sup>. Ministrstvo podatke pridobiva tudi od Zdravniške zbornice Slovenije, in sicer vsako leto ob podajanju soglasja za razpis specializacij. Ob sprejemu odločitve glede števila razpisanih specializacij ministrstvo torej razpolaga s podatkom o trenutnem številu zdravnikov posameznih specialnosti. V letu 2015 in 2016 je Zdravniška zbornica Slovenije ministrstvu predložila tudi projekcijo števila specialistov urologije ob koncu specializacij, ki se bodo pričele v letu razpisa. Te projekcije je pripravljala Zdravniška zbornica Slovenije, ministrstvo drugih analiz ni izvajalo.

2.2.1.c Tudi če bi ministrstvo imelo neposreden vpogled v zbirki podatkov, pa bi bila njuna uporabna vrednost za ministrstvo okrnjena, saj ministrstvo z izvajanjem nadzora ni zagotovilo, da bi zbirki vsebovali vse vrste podatkov, ki so bile predvidene z zakonodajo. Tako na primer register zdravnikov<sup>118</sup>, ki ga na podlagi javnega pooblastila vodi Zdravniška zbornica Slovenije, ne vsebuje podatkov o nazivu in naslovu delovnega mesta, na podlagi česar bi bilo mogoče ugotoviti, ali specialisti urologije (ali katere druge specialnosti) tudi dejansko zasedajo delovna mesta s področja urologije (oziroma katere druge specialnosti). Mogoče je sicer navzkrižno preverjanje podatkov s podatki iz registra delavcev, ki ga vodi NIJZ, vendar ti podatki niso ažurni<sup>119</sup>, obenem pa temeljijo na podatkih, ki jih sporočajo izvajalci zdravstvenih storitev, zaradi česar je verjetnost napak večja. Tudi register delavcev ne vsebuje več vrst podatkov, ki naj bi se vodili<sup>120</sup> v skladu z ZZPPZ. Nepopolnost podatkov oziroma neuskkljenost podatkov z zakonskimi podlagami je bila ugotovljena tudi v drugih revizijah, ki smo jih izvajali na področju zdravstvenega varstva<sup>121</sup>. Menimo, da bi ministrstvo moralo razpolagati s točnimi, popolnimi in ažurnimi podatki o gibanju zdravstvenega kadra, saj se le na podlagi takšnih podatkov lahko sprejemajo odločitve, ki dolgoročno zagotavljajo ustrezno kadrovsko strukturo.

Ministrstvo načrtuje, da bo konec leta 2017 zaživel prenovljen register izvajalcev zdravstvene dejavnosti, v katerega bodo tudi pristojni organi vpisovali del podatkov, ki se nanašajo nanje, oziroma se bodo iz njihovih evidenc/registrov prenašali podatki, za katere so pristojni. Nadgradnje sistema, če se bodo

<sup>117</sup> Podatki so sicer tudi javno objavljeni na podatkovnem portalu NIJZ, [URL: <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/>], 23. 5. 2017.

<sup>118</sup> Vsebina registra zdravnikov je določena s Pravilnikom o zdravniškem registru (Uradni list RS, št. 35/00 (57/00-popr.), 43/04, 31/10).

<sup>119</sup> V juniju 2017 so na primer dostopni podatki za leto 2015.

<sup>120</sup> Na primer podatki o vrsti zaposlitve, datumu pričetka/prenehanja zaposlitve, številu ur na mesec, službi in lokaciji izvajalca, kjer je oseba zaposlena, in drugi podatke.

<sup>121</sup> Na primer revizijsko poročilo *Učinkovitost in pravilnost delovanja informacijskega sistema Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije*, št. 1210 4/2009-20 z dne 2. 12. 2009, in revizijsko poročilo *Organizacijski in kadrovske izživi zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji*, št. 320-9/2015/55 z dne 3. 10. 2017.

izkazale za potrebne, ministrstvo načrtujejo za leto 2018. S tem bi naj bil podan temeljni vsebinski in podatkovni okvir za celovito opredelitev dolgoročnih potreb po zdravstvenih delavcih ter tako za pripravo izhodišč za merila kot tudi za strukturirano in dolgoročno demografsko projekcijo. Skupni novi register bi naj služil kot temeljna nacionalna referenčna baza za vse podatke o kadrih v zdravstvu kot tudi o fizičnih zmogljivostih oziroma o izvajalcih.

2.2.1.d V letu 2017 je bilo v register zdravnikov<sup>122</sup> Zdravniške zbornice Slovenije vpisanih 49 urologov in 28 specializantov urologije, ki so delovali v javni zdravstveni mreži. Od teh sta imela dva urologa koncesijo za izvajanje uroloških storitev. Izven javne zdravstvene mreže sta kot zasebnika brez koncesije delovala dva urologa. V register je bilo vpisanih tudi pet urologov, ki v Sloveniji niso izvajali uroloških zdravstvenih storitev<sup>123</sup>, ter 14 upokojenih urologov. Skupno število urologov v zadnjih nekaj letih postopoma narašča. Povečanje skupnega števila urologov je predvsem posledica večjega števila specializantov<sup>124</sup> (povezava s točko 2.2.3 tega poročila).

Tabela 2: Podatki o številu specialistov urologije in specializantov s področja urologije v javni zdravstveni mreži

Leto	Podatki NIJZ (register delavcev)			Podatki Zdravniške zbornice Slovenije		
	Specialisti urologije	Specializanti	Skupaj	Specialisti urologije	Specializanti	Skupaj
2010	43	11	54	41	16	57
2011	41	13	54	45	12	57
2012	43	12	55	47	18	65
2013	46	13	59	48	21	69
2014	49	14	63	51	16	67
2015	47	17	64	51	18	69
2016		ni podatka		48	25	73
2017		ni podatka		49	28	77

Vira: register delavcev, register Zdravniške zbornice Slovenije.

Število urologov v Sloveniji precej zaostaja za povprečnim številom urologov v državah Evropske unije. Po podatkih Eurostata<sup>125</sup> je bilo v Evropski uniji v letu 2014 v povprečju 6,6 urologa na 100.000 prebivalcev, medtem ko so bili v Sloveniji zgolj trije, kar je 46 odstotkov povprečja Evropske unije. Manj urologov od Slovenije na 100.000 prebivalcev, in sicer 2,6 urologa, je imela zgolj Irska, največ pa jih je imela Grčija, in sicer 18,3 urologa, ki je krepko odstopala tudi od najbližje nasledovalke Italije, ki je imela 13,3 urologa

<sup>122</sup> Članstvo zdravniške zbornice na dan 1. 8. 2017, [URL: <https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/clanstvo/%C4%8Dlanstvo-2016.pdf?sfvrsn=2>], 4. 9. 2017.

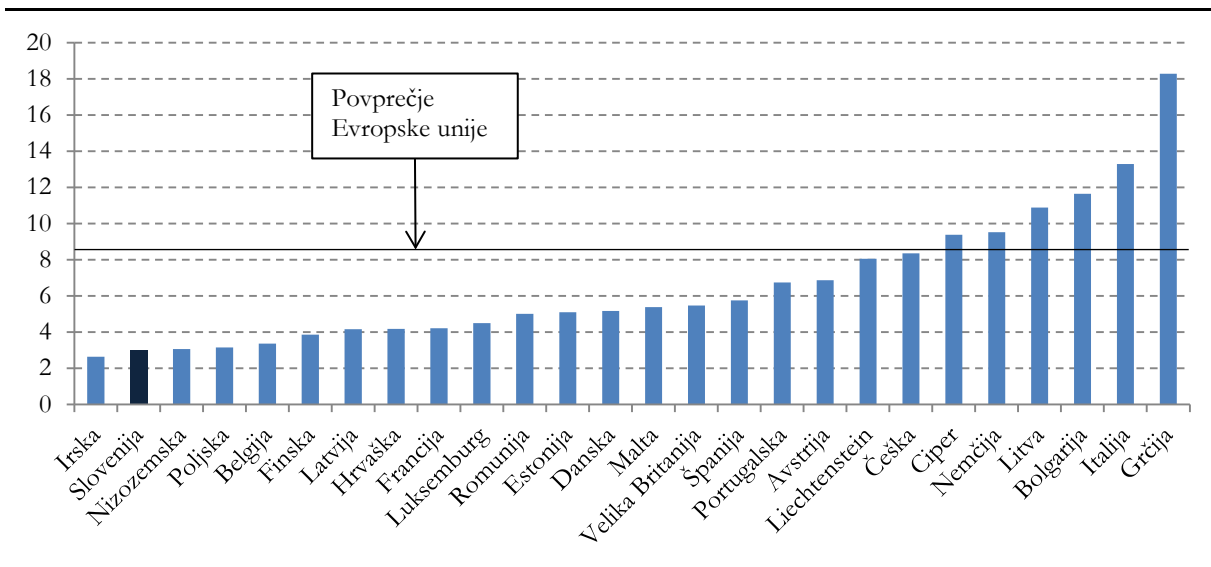
<sup>123</sup> En je bil zaposlen v državni upravi, dva v podjetju, dva sta delovala v tujini, za enega pa ni natančnega podatka.

<sup>124</sup> Število specialistov urologije v javni zdravstveni mreži se je v letu 2016 glede na leto 2015 celo zmanjšalo.

<sup>125</sup> [URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>], 24. 4. 2017.

na 100.000 prebivalcev<sup>126</sup>. Tudi če ne upoštevamo podatka o številu urologov v Grčiji, pa povprečje preostalih držav še vedno znaša 6,1 urologa na 100.000 prebivalcev.

Slika 6: Število urologov na 100.000 prebivalcev v letu 2014 v državah Evropske unije<sup>127</sup>



Vir: podatki Eurostata.

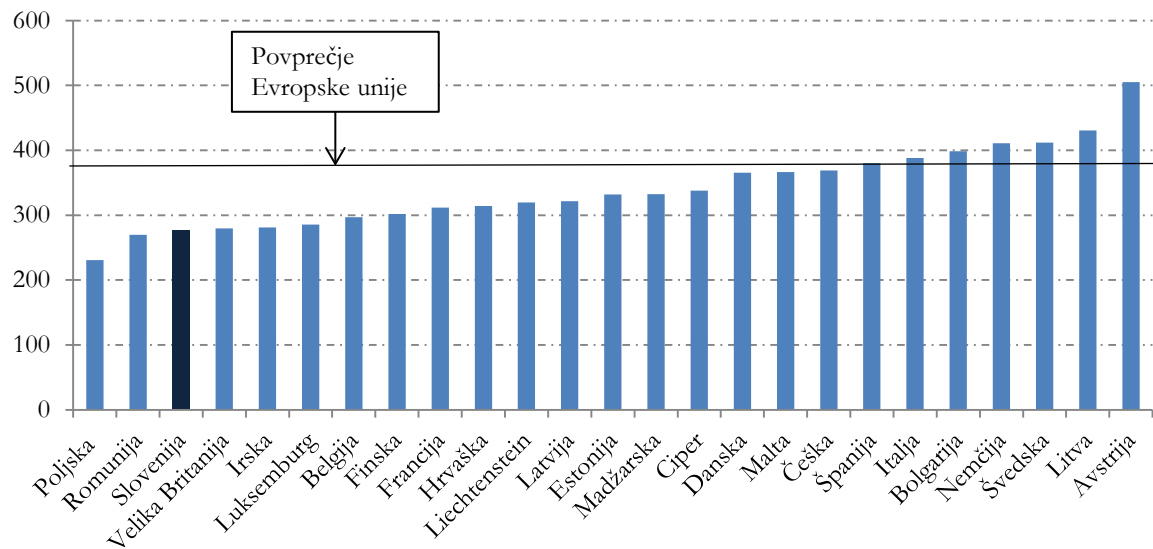
#### Pojasnilo ministrstva

Glede na podatke Eurostata na 1.000 prebivalcev je v državah Evropske unije v povprečju bistveno več urologov kot v Republiki Sloveniji. Da bi Republika Slovenija do leta 2021 dosegla evropsko povprečje, bi ob predpostavki o nespremenjenem številu prebivalcev Republike Slovenije, predvidenem upokojevanju specialistov urologije in predvidenih zaključkih specializacij morala do leta 2021 zaposliti še dodatnih 67 urologov. Če bi želeli doseči evropsko povprečje do leta 2035, bi morali, ob predpostavki, da bi bil trend upokojevanja enak, kot se predvideva v obdobju od leta 2015 do 2021, v naslednjih 14 letih vsako leto razpisati 6 ali 7 specializacij. Zato je v letu 2015 prišlo do povečanja števila razpisanih specializacij, in sicer je bilo razpisanih 10 specializacij, v letu 2016 pa 8. Glede na podatke Zdravniške zbornice Slovenije je število razpisanih specializacij v letih 2015 in 2016 presegalo število javljenih potreb po novih specialistih urologije s strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Število urologov je treba umestiti v kontekst skupnega števila vseh zdravnikov. Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije je bilo v letu 2017 aktivnih skupaj 6.312 zdravnikov (v javni zdravstveni mreži in pa zasebnikov). Po podatkih Eurostata je tudi po skupnem številu zdravnikov Slovenija pod povprečjem držav Evropske unije. V letu 2014 je to povprečje znašalo približno 340 zdravnikov na 100.000 prebivalcev, Slovenija jih je imela 277. Od Slovenije sta imeli manj zdravnikov zgolj Poljska in Romunija. Slovenija pri skupnem številu zdravnikov dosega približno 81 odstotkov povprečnega števila zdravnikov v Evropski uniji, kar je bistveno boljše razmerje kot pri številu urologov na prebivalca, kjer je Slovenija dosegla zgolj 46 odstotkov povprečja v Evropski uniji.

<sup>126</sup> Do razlik lahko prihaja tudi zaradi različnega vodenja evidenc o specialnostih zdravnikov po državah. Povprečje števila urologov v državah Evropske unije zvišuje predvsem visoko število urologov v državah z največ urologi.

<sup>127</sup> Podatki za Dansko in Češko so za leto 2013. Podatki za Madžarsko, Slovaško in Švedsko niso na voljo.

Slika 7: Število zdravnikov na 100.000 prebivalcev v letu 2014 v državah Evropske unije<sup>128</sup>

Vir: podatki Eurostata.

Primerjava števila urologov v Sloveniji s številom urologov v državah Evropske unije lahko služi kot pokazatelj, da k nastanku predolghih čakalnih dob na področju urologije (povezava s točko 2.4.1 tega poročila) prispeva tudi kadrovski primanjkljaj. Seveda pa je treba število urologov ugotoviti tudi na podlagi analize potreb prebivalstva.

### Povzetek

Ugotovili smo, da ministrstvo ni imelo neposrednega in stalnega vpogleda v zbirki podatkov o številu zdravnikov, lahko pa dostopa do javno objavljenih podatkov o številu zdravnikov ali pa te podatke pridobi od NIJZ oziroma Zdravniške zbornice Slovenije. Tudi če bi ministrstvo imelo neposreden vpogled v zbirko podatkov, pa bi bila uporabna vrednost teh podatkov za ministrstvo okrnjena, saj ministrstvo z izvajanjem nadzora ni zagotovilo, da bi bile vključene vse vrste podatkov, ki so bile predvidene z zakonodajo. Po podatkih Zdravniške zbornice Slovenije je število urologov v javni zdravstveni mreži v obdobju, na katero se nanaša revizija, počasi naraščalo predvsem zaradi povečanega števila specializantov. Tako je bilo v javni zdravstveni mreži v letu 2017 skupaj 77 urologov, od tega 28 specializantov. Po zadnjih podatkih Eurostata (za leto 2014) število urologov v Sloveniji znaša le 46 odstotkov povprečja števila urologov držav Evropske unije.

## 2.2.2 Izvajanje analiz za določitev potrebnega števila urologov

2.2.2.a ReNPZV16–25 ugotavlja, da načrtovanje kadrovskih virov ne poteka kot usklajen proces med vsemi ključnimi deležniki in ne temelji na ocenah potreb prebivalstva. Področje urologije se pri tem ne razlikuje od drugih področij. Ministrstvo analiz v zvezi s spremljanjem potreb prebivalstva, na podlagi katerih bi bilo mogoče oceniti potrebno število urologov, ni izvajalo. ReNPZV16–25 za rešitev težave

<sup>128</sup> Podatki za Finsko, Dansko, Češko in Švedsko so za leto 2013. Podatki za Grčijo, Nizozemsko, Portugalsko in Slovaško niso na voljo.

predlaga več ukrepov, med njimi tudi izvedbo analize potreb prebivalstva in zmogljivosti sistema zdravstvenega varstva, ki naj bi bila izvedena do konca leta 2018. Takšna analiza bi omogočala tudi sprejem Nacionalnega načrta razvoja in upravljanja kadrovskih virov v zdravstvu in ustrezne zakonodaje. Navedeni načrt naj bi bil sprejet do leta 2021.

Določen vpogled v trenutne potrebe ministrstvo pridobi v okviru procesa dajanja soglasja na razpis za specializacije. V skladu z metodologijo za razpis specializacij se odločitev o številu razpisanih mest za posamezne specialnosti določi tudi ob upoštevanju potreb, ki jih javljajo izvajalci v javni zdravstveni mreži. Javljene potrebe so lahko tudi posredni pokazatelj potreb prebivalstva, ki jih zaznajo izvajalci zdravstvenih storitev, vendar zaradi odsotnosti analiz tega ni mogoče potrditi. Primarno gre predvsem za kadrovske potrebe javnih zavodov, ki jih z drugimi metodami zaposlovanja ne morejo zapolniti.

#### *Ukrep ministrstva*

*Ministrstvo je s podporo Službe Evropske komisije za podporo strukturnim reformam začelo z izvajanjem projekta, katerega cilj je izdelava orodja in vzpostavitev mehanizmov za upravljanje mreže javne zdravstvene službe z vidika pravične dostopnosti, spreminjajočih se potreb prebivalstva, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe ter racionalne rabe virov. V okviru projekta se bodo izvedle vse nujne analize, ki so podlaga za načrtovanje kadrov in sprejem mreže javne zdravstvene službe (kot so analiza potreb prebivalcev po zdravstvenem varstvu, analiza razpoložljivosti virov, določitev normativov dela zdravstvenih delavcev, določitev meril in kriterijev za kakovostno in varno zdravstveno obravnavo).*

Menimo, da je poznavanje potreb prebivalstva, poleg normativov za delo zdravnikov, eden izmed ključnih podatkov za ustrezno načrtovanje kadrovskih virov<sup>129</sup>. Menimo tudi, da bi ob dobrem poznavanju trenutnega stanja ministrstvo (samo oziroma skupaj z drugimi deležniki, ki sooblikujejo zdravstveno mrežo) moralo oceniti tudi prihodnje potrebe prebivalstva. Proces izobraževanja zdravnikov specialistov je dolgotrajen, zato so hitri odzivi na probleme, ki izhajajo iz pomanjkanja kadra v okviru posameznih specialnosti, pogosto neizvedljivi. Menimo, da je načrtovana analiza potreb prebivalstva primerna pot za učinkovitejše načrtovanje kadrov v zdravstvu, obenem pa menimo, da izvedba analize potreb predstavlja šele izhodišče, ki bi ga bilo smotno razviti v kontinuiran proces spremljanja potreb. Ker analiza potreb prebivalstva še ni bila pripravljena, ministrstvo v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni imelo neposrednega vpogleda v dejanske potrebe prebivalstva in ocene potreb po kadrih v prihodnje na področju urologije.

2.2.2.b Za določitev potrebnega števila zdravnikov posameznih specialnosti (in drugega kadra), torej tudi urologov, so potrebni tudi normativi glede njihove obremenitve. Šele na podlagi ugotovljenih potreb in normativov je mogoče opredeliti, kakšno naj bi bilo ustrezno število zdravnikov, in s primerjavo z dejanskim številom presoditi, ali je zdravnikov dovolj. Takšna primerjava bi omogočala oceno, ali obstaja tveganje, da se bo morebitno pomanjkanje zdravnikov odrazilo tudi v daljšanju čakalnih dob ali slabši kakovosti obravnave bolnikov.

<sup>129</sup> Analiza potreb prebivalstva bi morala predstavljati izhodišče tudi za načrtovanje drugih elementov, ki vplivajo na delovanje zdravstvene mreže, kot so posteljne zmogljivosti, operacijske dvorane, oprema in podobno. Tudi ti viri imajo namreč neposreden vpliv na obseg izvedenih storitev. Več o kapacitetah, povezanih z operacijskimi dvoranami, v točki 2.3.2 tega poročila.

V decembru 2016 sta ministrstvo in Glavni stavkovni odbor reprezentativnega Sindikata FIDES sklenila Sporazum o začasni prekinitvi stavkovnih aktivnosti (v nadaljevanju: sporazum), v katerem sta potrdila standarde in normative iz Modre knjige standardov in normativov za zdravnike in zobozdravnike (v nadaljevanju: modra knjiga) s ciljem kadrovskega načrtovanja in doseganja povprečja števila zdravnikov v državah Evropske unije. Na podlagi dogovora v sporazumu je bil sklenjen tudi Aneks h Kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji<sup>130</sup>, ki v 2. členu med drugim določa, da delodajalec z namenom določitve obremenitev zdravnikov, kadrovskega načrtovanja in nagrajevanja sprejme normative dela zdravnikov, pri čemer skladno z nacionalnimi usmeritvami delovanja in razvoja zdravstvenega sistema upošteva normative dela zdravnikov in zobozdravnikov iz modre knjige ter novonastale normative, in temu prilagodi lastno organizacijo dela. Nove standarde in normative ter posodobitve obstoječih standardov in normativov dela zdravnikov predlagajo pristojni RSK, strokovni svet s področja, na katerega se nanaša predlagani normativ, ali katerakoli terciarna ustanova ali zdravniško društvo. Pred sklenitvijo navedenega aneksa h kolektivni pogodbi tovrstna obveznost za uveljavitev in spoštovanje standardov in normativov za zdravnike pravno ni obstajala.

Modro knjigo so že v letu 2011 oblikovali Zdravniška zbornica Slovenije, Sindikat FIDES in Zveza društev – Slovensko zdravniško društvo. Gre torej za dokument, ki so ga v celoti oblikovale stanovske organizacije, medtem ko niti ministrstvo kot nosilec zdravstvene mreže niti ZZZS kot plačnik storitev javne zdravstvene mreže pri oblikovanju normativov nista sodelovala. Normativi za delo v modri knjigi niso določeni po posameznih specialističnih področjih, temveč je za sekundarno raven normativ določen posebej za vse kirurške stroke (kamor se uvršča tudi urologija) in za nekirurške stroke. Za kirurško stroko normativ določa, kako naj bi bil praviloma razdeljen tedenski delovnik zdravnika. Ta je razviden iz tabele 3.

---

<sup>130</sup> Uradni list RS, št. 16/17.

Tabela 3: Normativi in standardi za sekundarno in terciarno raven za kirurško stroko

Št.	Vrsta dejavnosti	Število delovnih enot	Število delovnih ur
1.	Delo v operacijski dvorani		6,5–13
2.	Ambulantno delo <sup>131</sup>		
3.	Ambulantni in drugi posegi ali funkcionalna diagnostika <sup>132</sup>	do 3,5	do 14
4.	Konziliarna služba <sup>133</sup>		
5.	Delo na oddelku, vključno z administracijo <sup>134</sup>	1 do 2	4 do 8
6.	Vzdrževanje in izboljšanje kakovosti: analiza dela, priprava in analiza kazalnikov kakovosti, notranji nadzor, izobraževanje, strokovni in organizacijski sestanki <sup>135</sup>	2,5	10
7.	Skupaj	10	40

Vir: modra knjiga.

Tedenski model dela je fleksibilen, zdravnik ali stroka, ki določenih storitev ne opravlja, opravlja več drugih storitev. Normativi določajo tudi, koliko časa naj bi trajali posamezni ambulantni pregledi, medtem ko za operacije in druge posege normativi niso določeni in naj bi bili predmet specialnih normativov. Brez sprejema dodatnih, specialnih normativov, ki bodo bolj natančno opredelili potreben čas za izvedbo posegov (mogoče tudi bolj konkretno za posamezna področja specialnosti), ni mogoče v celoti podati ocene o potrebnem številu zdravnikov specialistov na posameznem področju.

Ministrstvo med revizijo ni predložilo analize z oceno posledic implementacije normativov in standardov iz modre knjige, ki se nanašajo na izvajanje zdravstvenih storitev in obremenitev zdravnikov. Brez izvedene analize ni mogoče oceniti vpliva, ki jih bo implementacija normativov in standardov za sekundarno in terciarno raven kirurške stroke imela na obseg dela in razvoj kadrov na področju urologije.

<sup>131</sup> Ambulantno delo se deli na prve obiske in ponovne obiske. Prvi obiski trajajo 20 minut, ponovni pregledi pa od 10 do 15 minut, posebej se beležijo ambulantni kirurški posegi. Število ambulantnih obiskov je različno, odvisno od časa, ki je tedensko na razpolago za ambulantno delo.

<sup>132</sup> Zaradi raznolikosti ambulantnih posegov in funkcionalne diagnostike ni mogoče preprosto določiti časovnih normativov in s tem povezanega števila storitev. Ta segment se bo normiral s specialnimi standardi.

<sup>133</sup> Konziliarni pregled traja 30 minut.

<sup>134</sup> Za sprejem in odpust se predlaga po 20 minut, za vizito pa 5 minut na dan za bolnika.

<sup>135</sup> Vsak zdravnik specialist mora imeti dovolj časa za administracijo, strokovne sestanke in analizo svojih rezultatov, ki je del spremljanja kakovosti. Sem sodi še zbiranje podatkov za kazalnike kakovosti, analizo kazalnikov, spremljanje smernic, sodelovanje pri notranjih nadzorih in varnostne vizite. Dovolj časa je treba zagotoviti tudi za vodenje oziroma organizacijo dela, strokovne sestanke in sprotno učenje ter poučevanje. V ta čas spada tako imenovana ena ura priprave na delo na dan in pol ure za malico, ki je po zakonodaji vključena v 8-urni delovni čas.

Sporazum sicer vsebuje dogovorjen način prilagoditve organizacije dela in kadrov, ki bi omogočili delo v skladu z normativi, vendar je v primerih, ko je obseg usposobljenega kadra omejen in že v trenutnih okoliščinah ne dosega potreb prebivalstva, te prilagoditve težje opraviti. Sporazum dopušča tudi fleksibilno nagrajevanje kadrov v primerih, ko normativov ni mogoče uveljaviti in delovna obremenitev zdravnikov presega določen normativ. Menimo, da bi ministrstvo moralo analizirati, kakšen učinek bodo na področju urologije imeli sprejeti normativi, kot na primer, ali bo uveljavitev normativov in takšna organizacija dela pri izvajalcih zdravstvenih storitev, ki bi omogočila spoštovanje teh normativov, zahtevala še dodatno povečanje števila urologov, poleg tega bi moralo rezultate analize upoštevati pri prihodnjem načrtovanju kadrov.

#### *Pojasnilo ministrstva*

*Delodajalec je tisti subjekt, ki mora za določitev obremenitve zdravnikov, kadrovske načrtovanje in nagrajevanje sprejeti normative dela zdravnikov, pri čemer se ob upoštevanju nacionalnih usmeritev in razvoja zdravstvenega sistema (ki lahko povzročijo tudi odstopanja od modre knjige) upošteva normative dela iz modre knjige. To pomeni, da standardi in normativi iz modre knjige niso neposredno implementirani, veljavni ter zavezujoči na ravni posameznega javnega zavoda. Normativi zdravnikovega dela, ki so sprejeti na ravni zavoda, so zavezujoči za delavce in v skladu z njimi morajo delavci opravljati svoje delo. Glede na vire javnih zavodov, lahko odstopajo od normativov iz modre knjige – za te primere je določen način prilagoditve. Če javni zavod ne more implementirati normativov, kot so določeni v modri knjigi, mora sprejeti časovnico ter nabor ukrepov za doseganje normativov iz modre knjige. Normativi iz modre knjige so torej ciljno stanje, ki se bo doseglo v določenem časovnem obdobju.*

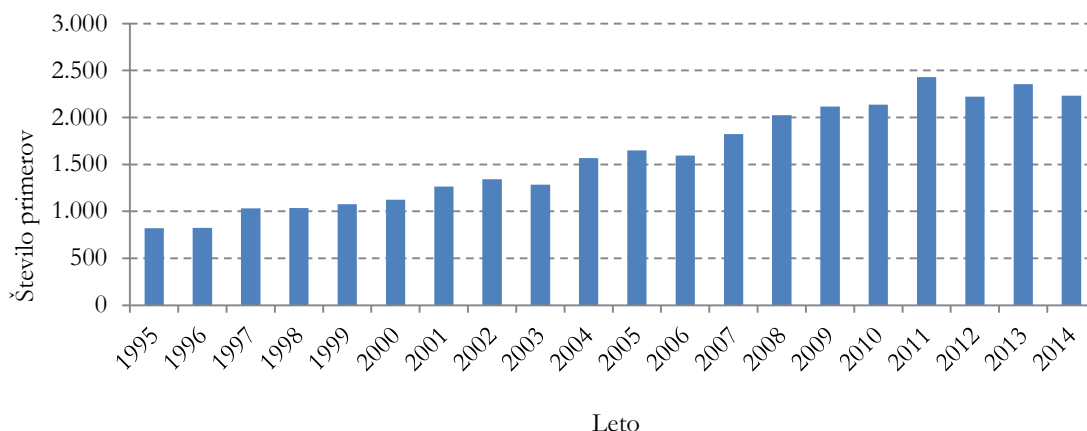
2.2.2.c Oceno posledic uvedbe normativov oziroma oceno ukrepov, ki jih bo treba izvesti za prilagoditev dela zdravnikov normativom iz modre knjige, bi bilo mogoče podati šele po analizi trenutne obremenitve zdravnikov<sup>136</sup>. Ministrstvo s tovrstno analizo ni razpolagalo. Za izvedbo analize in spremljanje izvajanja normativov so ključni točni in ažurni vhodni podatki o opravljenem delu posameznih zdravnikov.

Informacijski sistemi, ki podpirajo delovanje zdravstvenega sistema na centralni ravni<sup>137</sup>, ne omogočajo pridobivanja natančnih podatkov o opravljenem delu na ravni posameznega urologa. Deloma je mogoče o obremenjenosti urologov posredno sklepati na podlagi drugih, zbirnih podatkov, ki kažejo trend rasti izvedenih storitev v daljšem časovnem obdobju, oziroma na podlagi trenda obolenj. O tem je mogoče sklepati tudi na podlagi podatkov o incidenci uroloških primerov raka, ki je do leta 2011 vseskozi naraščala, od takrat naprej pa ostaja približno na isti ravni.

<sup>136</sup> Ali torej trenutni obseg izvedenih storitev – posegov – v danem časovnem obdobju presega obseg storitev, ki se ga v skladu z normativi pričakuje od zdravnika.

<sup>137</sup> Na primer informacijski sistem ZZZS in eZdravje oziroma podatkovne zbirke NIJZ.

Slika 8: Incidenca uroloških rakov v obdobju od leta 1995 do leta 2014



Vir: register raka.

Po podatkih ZZZS, ki s tovrstnimi podatki razpolaga od leta 2014, se je v obdobju od začetka zbiranja podatkov do začetka izvajanja revizije vsako leto povečevalo število izvedenih prvih pregledov pri urologih (povezava s točko 2.4.1.a tega poročila). Po podatkih NIJZ hospitalizacije zaradi bolezni sečil in spolovil od leta 2010 ostajajo na isti ravni, se je pa po letu 2013 povečalo število hospitalizacij zaradi raka prostate<sup>138</sup>, kar potrjujejo tudi podatki ZZZS (povezava s točko 2.3.1.f tega poročila).

ZZZS spremlja podatke o zdravljenjih po diagnozah na zbirni ravni od aprila 2014. Po podatkih ZZZS je bilo v obdobju od aprila 2014 do aprila 2017 izvedenih skoraj 9 tisoč posegov, povezanih z urološkimi raki<sup>139</sup>, pri čemer veliko večino posegov predstavljajo posegi, povezani z rakom mehurja (44 odstotkov), in posegi, povezani z rakom prostate (37 odstotkov)<sup>140</sup>. Število posegov, povezanih z obema vrstama raka, se je v letu 2016 glede na leto 2015 povečalo za več kot 10 odstotkov. Tudi število posegov, ki so bili izvedeni do 31. 3. 2017<sup>141</sup>, kaže na nadaljevanje povečanja števila posegov tudi v letu 2017<sup>142</sup>.

Iz predstavljenih podatkov je razvidno, da se potrebe po uroloških storitvah povečujejo. Zato smo bolnišnicam, v katerih izvedejo večino operacij raka prostate, poslali vprašalnik, v katerem smo jih povprašali o njihovi zmožnosti za povečanje števila operacij prostate. Večina bolnišnic je navedla, da povečanje števila operacij prostate (tako maligne kot tudi benigne) brez povečanja števila urologov in tudi drugega zdravstvenega osebja, ki je nujno potrebno za izvedbo operacij, predvsem anesteziologov in medicinskih sester, ni mogoče. Povečanje števila operacij raka prostate bi zato zelo verjetno pomenilo zmanjšanje obsega drugih uroloških posegov, predvsem tistih, ki niso rakave narave, saj so rakava obolenja obravnavana prednostno. Bolnišnice so navajale tudi, da večino operacij raka prostate uspejo izvesti v

<sup>138</sup> NIJZ, podatkovni portal,

[URL: <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal/>], 19. 7. 2017.

<sup>139</sup> Kot take smo šteli raka ledvic, raka mehurja, raka sečevoda, raka prostate, raka penisa in raka testisov.

<sup>140</sup> Predstavljeni so podatki glede na izvedene posege po glavni diagnozi.

<sup>141</sup> 824 posegov.

<sup>142</sup> Za približno 10 odstotkov se je povečalo tudi število posegov, povezanih z vsemi urološkimi raki.

strokovno sprejemljivem roku<sup>143</sup>, da pa se zaradi tega podaljšujejo čakalne dobe za posege drugih, nerakavih bolezni urološkega trakta. Ob nespremenjenih kapacitetah bolnišnic in povečanju števila operacij raka prostate bi se čakalne dobe za posege pri nerakavih boleznih še podaljšale, kar bi vplivalo tudi na kakovost življenja teh bolnikov.

Iz navedenih podatkov ni mogoče neposredno sklepati o preveliki ali premajhni obremenjenosti urologov. Na preobremenjenost urologov oziroma premajhno število urologov pa vsaj posredno nakazujejo dolge čakalne dobe za posamezne storitve (povezava s točko 2.4.1 tega poročila), odzivi bolnišnic glede možnosti izvajanja dodatnih operacij in mednarodna primerjava glede števila urologov v zdravstveni mreži glede na število prebivalcev. Ob nespremenjenem številu urologov in pričakovani povečani incidenci uroloških rakov pa glede na prednostno obravnavo rakavih obolenj obstaja tveganje, da se bo večja obremenjenost urologov odrazila predvsem na daljših čakalnih dobah za posege, ki niso povezani z rakavimi obolenji.

### **Povzetek**

Ministrstvo ni izvedlo analize potreb prebivalstva oziroma ni vzpostavilo sistema spremljanja potreb prebivalstva, na podlagi katerega bi bilo mogoče oceniti potrebno število urologov. Menimo, da je poznavanje potreb prebivalstva, ob normativih za delo zdravnikov, eden izmed ključnih podatkov za ustrezno načrtovanje kadrovskega virov. Ker analiza potreb prebivalstva še ni bila pripravljena, ministrstvo v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni poznalo potreb prebivalstva in je pri oceni potreb po kadrih v prihodnje na področju urologije ni moglo upoštevati. Za določitev potrebnega števila zdravnikov posameznih specialnosti (torej tudi urologov) so potrebni tudi normativi glede njihove obremenitve. Ministrstvo je v decembru 2016 s Sindikatom FIDES potrdilo standarde in normative iz modre knjige, ni pa analiziralo, kakšen učinek bodo na področju urologije imeli sprejeti normativi. Analiza bi lahko podala tudi odgovor na vprašanje glede obremenjenosti urologov (tudi morebitne preobremenjenosti), o kateri je sedaj mogoče sklepati zgolj posredno na podlagi podatkov o čakalnih dobah za posamezne storitve, odzivov bolnišnic glede možnosti izvajanja dodatnih operacij in mednarodnih primerjav števila urologov v zdravstveni mreži glede na število prebivalcev.

### **2.2.3 Specializacije**

Eden izmed načinov, s katerim ministrstvo lahko vpliva na število urologov v javni zdravstveni mreži, je dajanje soglasij k razpisom za specializacije. Odločitev o razpisanih specializacijah za več let vnaprej usmeri razvoj posameznih specialnosti, saj so končni učinki teh odločitev vidni šele po šestih ali več letih od sprejema odločitve. Specializacija na področju urologije traja šest let, kar pomeni, da se povečano število razpisanih specializacij lahko odrazi v večjem številu specialistov najprej po šestih letih od razpisa. Razpise za specializacije objavlja Zdravniška zbornica Slovenije, ki ima za določitev števila razpisanih specializacij določeno metodologijo<sup>144</sup>, ministrstvo pa na razpis poda soglasje. Zdravniška zbornica Slovenije

<sup>143</sup> Po pojasnilih urologov je ta za radikalno prostatektomijo daljši, kot je v primeru drugih rakavih obolenj, saj se zaradi počasi razvijajoče bolezni z operativnim posegom običajno ne mudi, prav tako pa je koristno, če od biopsije prostate, s katero se postavi diagnoza, preteče določen čas, saj to zmanjša tveganje za pojav komplikacij pri izvedbi operacije.

<sup>144</sup> Po pojasnilih ministrstva in Zdravniške zbornice Slovenije so v skladu z metodologijo pri določanju števila razpisanih specializacij ključni vhodni podatki: trenutno stanje specialistov, predvidene upokojitve, načrtovane zaključene specializacije in potrebe po novih specialistih, ki jih sporočajo izvajalci javne zdravstvene mreže.

na podlagi Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov<sup>145</sup> ugotavlja kratkoročne in dolgoročne potrebe po novih specialistih za posamezna področja za potrebe mreže javne službe na podlagi predvidene strategije o specialistični dejavnosti, dejanskih podatkov iz zdravniškega registra in obvestil izvajalcev javne zdravstvene službe. Pooblaščenim izvajalcem naj bi o potrebah po novih specialistih enkrat letno obveščali ministrstvo in Zdravniško zbornico Slovenije. Dejansko ministrstvo prejme zgolj posamezne dopise izvajalcev zdravstvene dejavnosti oziroma prejema posamezne dopise izvajalcev zdravstvene dejavnosti, naslovljene na Zdravniško zbornico Slovenije.

2.2.3.a V letu 2017 specializacije iz urologije končujejo specializanti, ki so s specializacijami večinoma začeli v letu 2010 ali letu 2011. V letu 2017 je bilo v program specializacij vključenih 28 specializantov<sup>146</sup> – podatek še ne zajema odobrenih specializacij na podlagi razpisa iz leta 2017. Ti bodo predvidoma končali specializacijo v obdobju do leta 2023. V letu 2017 je Zdravniška zbornica Slovenije razpisala 11 novih specializacij na področju urologije<sup>147</sup>.

Tabela 4: Razpisana mesta za specializacije na področju urologije

Leto	Število razpisanih mest	Število prijavljenih	Nezasedena mesta	Ustavitev postopka	Vloga ni odobrena
2007	7	6	2	-	1
2008	4	2	2	-	-
2009	3	2	1	-	-
2010	6	4	2	-	-
2011	3	5	0	-	2
2012	7	13	0	-	6
2013	1	2	0	-	1
2014	3	4	0	-	1
2015	10	11	0	1	1
2016	8	8	1	1	-
2017 <sup>148</sup>	11	-	-	-	-
<b>Skupaj</b>	<b>63</b>	<b>57</b>	<b>8</b>	<b>2</b>	<b>12</b>

Vir: Zdravniška zbornica Slovenije.

<sup>145</sup> Uradni list RS, št. 22/09 (42/09-popr.), 22/10, 76/11, 48/15, 1/17.

<sup>146</sup> Podatek na dan 1. 8. 2017, Zdravniška zbornica Slovenije.

<sup>147</sup> Javni razpis specializacij zdravnikov 2017 za posamezna specialistična področja za potrebe javne zdravstvene mreže, [URL: [https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/specialiacije/aktualni-razpisi/aktualni-razpisi/microsoft-word--jrs\\_zdr\\_01-2017-za-objavo-pdf.pdf?sfvrsn=10](https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/specialiacije/aktualni-razpisi/aktualni-razpisi/microsoft-word--jrs_zdr_01-2017-za-objavo-pdf.pdf?sfvrsn=10)], 24. 4. 2017.

<sup>148</sup> Ob pripravi osnutka revizijskega poročila razpis še ni bil zaključen.

Od Zdravniške zbornice Slovenije smo pridobili tudi podatek o predvidenih upokojitvah urologov do leta 2024. V tem obdobju je predvidenih 13 upokojitvev. Na podlagi navedenih podatkov in v primeru, da vsi urologi ostanejo v javni zdravstveni mreži, bi lahko bilo vanjo v letu 2024 vključenih 64 specialistov urologov oziroma 15 specialistov ali 31 odstotkov več, kot jih je bilo v letu 2017. Ob predpostavki, da bodo zasedena tudi vsa razpisana mesta za specializacijo v letu 2017 in ne bi prišlo do novih odhodov iz javne zdravstvene mreže ali dodatnih upokojitvev, bi lahko bilo v letu 2025 v javno zdravstveno mrežo vključeno 75 specialistov oziroma kar 53 odstotkov več kot v letu 2017. Občutno pa bi se spremenila tudi starostna struktura urologov.

2.2.3.b V obdobju, na katero se nanaša revizija, je ministrstvo Zdravniški zbornici Slovenije trikrat predlagalo povečanje števila razpisanih mest za področje urologije. V letih 2015 in 2016 se je število razpisanih mest povečalo za eno specializacijo, v letu 2017 pa za tri. V vseh treh letih je bilo razpisanih več specializacij, kot bi jih bilo potrebno ob upoštevanju pravil metodologije glede načina obravnave javljenih potreb, števila specializantov in predvidenih upokojitvev<sup>149</sup>. Največje število specializacij s področja urologije je bilo razpisano v letu 2017.

Utemeljitev povečanja razpisanih mest za specializacije iz urologije za leto 2015 iz posredovanih dokumentov ni razvidna, v letu 2016 je bilo dodatno mesto predlagano zaradi odhoda dveh urologov iz ene izmed bolnišnic. V letu 2017 je Zdravniška zbornica Slovenije predlagala razpis osmih specialističnih mest s področja urologije, ministrstvo pa je zbornico pozvalo, naj ponovno prouči potrebe, ter predlagalo več razpisanih mest. Ministrstvo je predlog za povečanje kvote utemeljilo z navedbo, da s predlaganim številom specializantov ne bo doseženo povprečje držav Evropske unije glede števila urologov, in dejstvom, da so na področju urologije dolge čakalne dobe. Ministrstvo je v zapisniku, ki ga je pripravilo v postopku izdaje soglasja k javnemu razpisu specializacij, ugotovilo, da bi v Sloveniji za dosego povprečja Evropske unije rabili 84 zdravnikov specialistov urologije in da s trenutnim obsegom specializantov ne bomo dosegli povprečja Evropske unije<sup>150</sup>. Ministrstvo se je s primerjavo specialističnih mest s povprečjem Evropske unije seznanilo iz gradiv, ki jih je ministrstvu v februarju 2017 posredovala Zdravniška zbornica Slovenije. Končno število razpisanih specializacij s področja urologije v letu 2017 je znašalo 11 mest.

Ministrstvo je v letih 2016 in 2017 v postopku dajanja soglasja na razpis pripravilo zapisnik z utemeljitvami predloga sprememb razpisanih mest specializacij. To kaže na bolj aktivno vlogo ministrstva, priprava utemeljitve za predlog spremembe razpisanih mest pa omogoča vpogled v okoliščine sprejema odločitve in test ustreznosti odločitve. Ministrstvo je s svojimi predlogi doseglo bistveno povečanje števila razpisanih specializacij, kar se lahko dolgoročno odrazi tudi v pomembni razbremenitvi urologov in skrajšanju čakalnih dob. Kljub temu pa opozarjamo, da bi bilo smotno utemeljitev sprememb razpisa oziroma načrtovanje kadrov bolj kot na podatke o evropskem povprečju opreti predvsem na dolgoročne analize potreb prebivalstva in podatke o (pričakovani) dostopnosti do zdravstvenih storitev. Načrtovanje prihodnjega števila zdravnikov specialistov mora torej v prvi vrsti temeljiti na analizi trenutnega stanja glede potreb prebivalstva in na dolgoročnih ocenah o potrebah prebivalstva. Primerjava z drugimi državami članicami Evropske unije lahko služi predvsem kot indikator, na katerih področjih je mogoče pričakovati težave v delovanju sistema, ki pa jih je treba potrditi z analizami, ki upoštevajo slovenske razmere.

<sup>149</sup> To pomeni, da specializacije niso bile razpisane zgolj v obsegu, ki ohranja število urologov v enakem obsegu tudi po pričakovanih upokojitvah, temveč se bo število urologov povečevalo.

<sup>150</sup> Iz zapisnika ni razvidno obdobje, ki je bilo upoštevano.

*Pojasnilo ministrstva*

*Število zdravnikov v Republiki Sloveniji je glede na podatke Eurostata pod povprečjem Evropske unije. Zato je eden izmed ciljev ministrstva tudi doseganje povprečja Evropske unije. Vendar pa ni to edini cilj, temveč je cilj zagotoviti enako dostopnost do zdravstvenih storitev vsem prebivalcem Republike Slovenije.*

2.2.3.c Ministrstvo je imelo v obdobju, na katero se nanaša revizija, pri razpisu specializacij kot soglasodajalec omejene pristojnosti v zvezi z določitvijo števila razpisanih mest, čeprav ima kot določevalec mreže javne zdravstvene službe dolžnost, da prebivalcem zagotavlja čim bolj enako dostopnost do kakovostnih zdravstvenih storitev in naj bi v skladu z ReNPZV16–25 imelo vlogo načrtovalca kadrov v zdravstvu. Ugotovili smo, da je ministrstvu kljub omejenim pristojnostim uspelo doseči povečanje števila razpisanih mest na področju urologije. Pri tem pa opozarjamo, da se je v zadnjih treh letih precej povečalo število specializantov s področja urologije, kar je bistveno spremenilo razmerje med specialisti in specializanti v javni zdravstveni mreži<sup>151</sup>. V obdobju od leta 2015 do leta 2017 je bilo razpisanih kar 29 specializacij s področja urologije, kar je skoraj toliko kot v predhodnih osmih letih, ko je bilo v obdobju od leta 2007 do 2014 razpisanih 34 specializacij s področja urologije. Nadaljevanje takšnega trenda verjetno ne bo mogoče tudi zaradi pomanjkanja mentorjev, pod nadzorom katerih specializanti opravljajo specializacijo.

*Pojasnilo ministrstva*

*Ministrstvo ocenjuje, da je število glavnih mentorjev zadostno, saj v preteklosti ni prihajalo do večjega števila razpisovanj teh specializacij. Skladno s Pravilnikom o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov lahko glavni mentor hkrati skrbi za največ tri specializante. Zdravniška zbornica Slovenije je imenovala 14 glavnih mentorjev. Prav tako ministrstvo ocenjuje, da je število neposrednih mentorjev zadostno.*

Ministrstvo je v letu 2017 pripravilo predlog Zakona o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravniški službi<sup>152</sup> (v nadaljevanju: ZZdrS-F), ki ga je julija 2017 sprejel tudi državni zbor. S spremembo je ministrstvo dobilo večjo vlogo pri načrtovanju števila zdravnikov, saj je določeno kot organ, ki načrtuje specializacije in določa število specializacij, postopek izbora specializantov pa bo še vedno izpeljala Zdravniška zbornica Slovenije.

*Pojasnilo ministrstva*

*Model načrtovanja kadrov oziroma specializacij bo pripravil poseben petčlanski odbor, sestavljen iz predstavnikov ministrstva, predstavnika zbornice, predstavnika NIJZ in predstavnika Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, kot del tega modela se predvideva tudi metodologija ocenjevanja potreb prebivalstva in povpraševanja po zdravstvenih delavcih.*

**Povzetek**

Število urologov v javni zdravstveni mreži se je v obdobju, na katero se nanaša revizija, povečevalo predvsem zaradi povečanega števila specializantov. V tem obdobju je ministrstvo Zdravniški zbornici Slovenije trikrat predlagalo povečanje števila razpisanih mest za specializacije na področju urologije glede na predlog Zdravniške zbornice Slovenije. Največje število specializacij s področja urologije (to je 11) je bilo razpisanih v letu 2017. Ministrstvo je s svojimi predlogi doseglo bistveno povečanje števila razpisanih specializacij, kar se lahko dolgoročno odrazi tudi v pomembni razbremenitvi urologov in skrajšanju čakalnih dob. Kljub temu pa opozarjamo, da bi bilo treba utemeljitev sprememb razpisa oziroma

<sup>151</sup> V letu 2014 je bilo razmerje 1 (specialist): 0,31 (specializant), v letu 2016 pa že 1 : 0,52.

<sup>152</sup> Uradni list RS, št. 40/17.

načrtovanje kadrov ob podatkih o evropskem povprečju in čakalnih dobah utemeljiti tudi z dolgoročno analizo potreb prebivalstva in s podatki o (pričakovani) dostopnosti do zdravstvenih storitev.

## 2.2.4 Zaposlovanje urologov

Povečanje števila specializacij pa samo po sebi ne bo prispevalo k povečanju števila opravljenih pregledov oziroma posegov in skrajševanju čakalnih dob na področju urologije, če specializanti po končani specializaciji ne bodo zaposleni v javni zdravstveni mreži.

2.2.4.a V obdobju od leta 2012 do konca leta 2015 je na področje zaposlovanja zdravstvenega osebja v bolnišnicah posegel ZUJF. Ta je v 183. členu določil omejitve glede zaposlovanja v javnem sektorju – zaposlitev je bila mogoča le v taksativno naštetih primerih. Zaposlovanje je bilo dovoljeno le na podlagi soglasja, ki ga je moral uporabnik proračuna pridobiti pred začetkom postopka zaposlitve. Soglasje za zaposlitve v bolnišnicah je moral podati svet javnega zavoda s predhodnim soglasjem ministra za zdravje.

Ministrstvo je v obdobju, na katero se nanaša revizija, izdalo sedem soglasij za zaposlitev specialistov urologije. V tem obdobju je dajalo tudi skupna soglasja k zaposlitvam v okviru izdaje soglasij k programom dela in finančnim načrtom<sup>153</sup>, pri čemer pa ne razpolaga s podatkom, ali so bili na tej podlagi zaposleni tudi specialisti urologije.

### *Pojasnilo ministrstva*

*V obdobju 2012–2015 je ministrstvo v skladu z ZUJF izdalo skupaj 4.655 soglasij za zaposlitev v bolnišnicah, od tega 755 v letu 2012, 869 v letu 2013, 1.143 v letu 2014 (od tega 618 v okviru izdaje soglasij k programom dela in finančnim načrtom, vključno s kadrovske načrti bolnišnic) ter 1.888 soglasij v letu 2015 (od tega 709 v okviru izdaje soglasij k programom dela in finančnim načrtom, vključno s kadrovske načrti bolnišnic), vendar točnih podatkov po specialnostih zdravnikov ni mogoče podati, saj v vlogah niso bili zahtevani.*

Javne zavode na sekundarni in terciarni ravni zdravstva je ustanovila Republika Slovenija, ustanoviteljske pravice pa izvršuje vlada. Ta v svet zavoda imenuje tudi svoje predstavnike in na tak način usmerja poslovanje javnih zavodov. Po navedbah ministrstva v obdobju, na katero se nanaša revizija, predstavnikom ustanovitelja, prek vlade ni podajalo navodil, usmeritev ali stališč, ki se nanašajo na zaposlovanje urologov oziroma na spremembe sistemizacije, povezane z delovnimi mesti specialistov urologije. Glede na večje število specializantov urologije, ki trenutno opravljajo specializacijo, menimo, da bo treba v prihodnje nameniti posebno pozornost tudi povečanju števila delovnih mest na področju urologije, sicer obstaja tveganje, da se učinek povečanega obsega specializacij ne bo odrazil tudi v povečanju obsega izvedenih uroloških storitev. Ministrstvo ne razpolaga s podatki o prostih sistemiziranih zdravniških delovnih mestih s področja urologije, na podlagi katerih bi bilo mogoče sklepati o možnostih zaposlovanja trenutnih specializantov po koncu specializacije. Ker trenutno število specializantov presega število pričakovanih upokojitev urologov, ne bo mogoče zgolj zapolniti prostih delovnih mest, pač pa bo za njihovo zaposlitev potrebno zagotoviti nova delovna mesta. K zaposlovanju specializantov lahko

<sup>153</sup> V skladu s sedmim odstavkom 49. člena Zakona o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2014 in 2015 (101/13, 38/14, 84/14, 95/14, 14/15, 46/15, 55/15) in sedmim odstavkom 60. člena Zakona o izvrševanju proračunov Republike Slovenije za leti 2016 in 2017 (Uradni list RS, št. 96/15, 46/16), so morali posredni uporabniki proračuna, ki se financirajo iz ZZZS (javni zavodi, kot so bolnišnice in oba univerzitetna klinična centra), posredovati sprejete finančne načrte in programe dela v soglasje pristojnemu ministrstvu, če je ustanovitelj posrednega uporabnika država.

pripomore obveza iz ZZdrS-F, ki je v 13. členu določil, da mora izvajalec zdravstvene dejavnosti, za potrebe katerega je zdravnik specializacijo opravljal, v enem mesecu po zaključku specializacije zdravnika specialista tudi zaposliti in sicer za najmanj enkratno časovno obdobje trajanja specializacije.

### **Povzetek**

Ministrstvo je v obdobju, na katero se nanaša revizija, izdajalo soglasja za zaposlitev specialistov urologije, pri čemer pa ne razpolaga z natančnimi podatki, koliko urologov je bilo na podlagi danih soglasij tudi dejansko zaposlenih. Ministrstvo ne razpolaga s podatki o prostih sistemiziranih zdravniških delovnih mestih s področja urologije, na podlagi katerih bi bilo mogoče sklepati o možnostih zaposlovanja trenutnih specializantov po zaključku specializacije. Ker trenutno število specializantov presega število pričakovanih upokojitev urologov, bo za njihovo zaposlitev potrebno zagotoviti nova delovna mesta.

## **2.3 Organiziranost urologije**

Da bi preverili, ali je ministrstvo vzpostavilo pogoje za učinkovito organiziranje urološke dejavnosti v Sloveniji, smo proučili, ali je ministrstvo izvedlo analize glede trenutne primernosti organizacije mreže specialistov urologije ter ali je izvedlo analizo potrebnih operativnih kapacitet na področju urologije ter ustrezno ukrepalo.

### **2.3.1 Organiziranost mreže izvajalcev operacij raka prostate**

V skladu s 5. členom ZZDej je ministrstvo odgovorno za vzpostavitev javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni, v okviru katere določi, katere dejavnosti bo posamezna bolnišnica izvajala. Mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni določajo in zagotavljajo občine. ReNPZV navaja, da je javna mreža prostorska in časovna porazdelitev zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov in koncesionarjev, vključujoč človeške, materialne, prostorske in druge vire, s katerimi država in občine zagotavljajo prebivalcem optimalno dostopnost zdravstvenih storitev in oskrbo z njimi na primarni<sup>154</sup>, sekundarni<sup>155</sup> in terciarni<sup>156</sup> ravni zdravstvene dejavnosti.

---

<sup>154</sup> Prva organizacijska raven zdravstvene dejavnosti je zdravstvena dejavnost na primarni (osnovni) ravni, ki omogoča prvi stik z zdravnikom za diagnosticiranje in zdravljenje akutnih in kroničnih bolezni, promocijo zdravja in zdravega načina življenja, preprečevanje bolezni, svetovanje in vzgojo pacientov. Zdravniki, ki delujejo na primarni ravni, so zdravniki splošne in družinske medicine, pediatri, specialisti šolske medicine, specialisti medicine dela, ginekologi in zobozdravniki. Mrežo zdravstvene dejavnosti na primarni ravni oblikuje in uresničuje občina.

<sup>155</sup> Druga (sekundarna) organizacijska raven zdravstvene dejavnosti je specialistična ali konziliarna. Mrežo javne zdravstvene službe na sekundarni ravni določa država po predhodnem mnenju zainteresiranih občin. Na sekundarni ravni zdravstveno dejavnost izvajajo bolnišnice, zdravilišča, zdravniki specialisti posameznih strok v zdravstvenih domovih, koncesionarji in zdravniki zasebniki, specialisti posameznih strok brez koncesije. Bolnik je iz primarne ravni napoten na nadaljnjo obravnavo k ustreznemu specialistu in za to obravnavo je potrebna napotnica.

<sup>156</sup> Tretja (terciarna) organizacijska raven zdravstvene dejavnosti pa obravnava najhujše bolezni, poškodbe in druga stanja. Zajema specialistično ambulantno in bolnišnično dejavnost klinik, kliničnih inštitutov in kliničnih oddelkov. Opravlja najzahtevnejše zdravstvene storitve na ambulantni ali bolnišnični način, oblikuje doktrino stopenjske diagnostike in zdravljenja na svojem področju ter jo posreduje drugim bolnišnicam, zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem. Tudi za te obravnave bolniki potrebujejo napotnico.

V več dokumentih, ki so bili sprejeti v obdobju, na katero se nanaša revizija, ali pa pred tem obdobjem in naj bi se v tem obdobju izvajali, je bila poudarjena potreba po večji specializaciji posameznih izvajalcev zdravstvenih storitev na sekundarni ravni. Tako je ministrstvo v letu 2011 pripravilo dokument Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020, ki ga je s sklepom potrdila vlada in v katerem je podalo teze za spremembe v zdravstvenem sistemu. Izhodiščno načelo sekundarne ravni zdravstvene dejavnosti naj bi bila večja specializiranost posameznih ustanov in koncentracija dejavnosti na enem mestu, s čimer bi se izboljšala kakovost, znanje in varnost storitev. V ta namen naj bi ministrstvo že v letu 2011 pripravilo koncept strateških izhodišč organizacije zdravstvene mreže na sekundarni ravni. Koncept bi bil osnova za izvedbo projektov potrebnega števila tipskih regionalnih splošnih bolnišnic – predvidoma do sedem, ki naj bi bile v celoti standardizirane, po velikosti in kapacitetah pa prilagojene potrebam posamezne regije. Pri tem konceptu naj bi upoštevali različne vidike: od prostorskih, števila prebivalstva, števila predvidenih pacientov ter vpetost v okolje in okoljsko infrastrukturo.

Že pred tem je DPOR 2010–2015 kot cilj oziroma ukrep opredelil koncentracijo diagnostike in onkološkega zdravljenja ter zagotovitev enake dostopnosti do enako kakovostnih zdravstvenih storitev. Iz DPOR 2010–2015 izhaja še, da je obravnava pogostih oblik raka, med njimi tudi uroloških, preveč razdrobljena, kar ne omogoča državljanom enake dostopnosti do strokovno enakovredne obravnave na posameznih ravneh zdravstvene dejavnosti. Poleg tega je zaradi razlik v kirurškem znanju in izkušnjah ter razlik v razvitosti drugih dejavnosti (diagnostika, pred- in pooperativna obravnava ter zdravstvena nega) uspeh zdravljenja po posameznih bolnišnicah različen.

Iz DPOR 2017–2021 izhaja, da se bo mreža izvajanja onkoloških zdravstvenih storitev oblikovala na podlagi strokovnih meril za kakovost storitev v skladu s strokovnimi zahtevami, ki naj bi jih glede na minimalno število potrebnih obravnav opredelili RSK. Ker se v praksi v Sloveniji diagnostika in zdravljenje izvajata v večini slovenskih zdravstvenih ustanov, bo treba z novim načinom delovanja registra raka na podlagi obravnav opredeliti, katere zdravstvene ustanove ta merila izpolnjujejo in za katere vrste raka.

Tudi iz ReNPZV16–25 izhaja, da se bo mreža sekundarne ravni zdravstvene dejavnosti – ob upoštevanju enake dostopnosti – oblikovala tudi po načelu zagotavljanja visoke kakovosti bolnišnične in ambulantne specialistične dejavnosti. Resolucija še določa, da bo dostopnost do kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev za vse ključno izhodišče za specializacijo javnih zdravstvenih zavodov na posameznih področjih, kjer se soočamo z manj pogostimi boleznimi in stanji. Sprejeli naj bi tudi kriterije za specializacijo in združevanje javnih zdravstvenih zavodov.

V reviziji smo se osredotočili zgolj na organizacijo operativnega zdravljenja raka prostate, ki je tudi najbolj razširjena oblika zdravljenja. Preverili smo, ali je ministrstvo analiziralo ustreznost organizacije mreže izvajalcev operacij na področju urologije ter ali je sprejemalo kakršnekoli ukrepe, ki bi zagotovili najustreznejšo obliko organiziranja mreže izvajalcev uroloških operacij.

2.3.1.a Ministrstvo je v letu 2013 pripravilo analizo z naslovom Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji<sup>157</sup>. Analiza je bila pripravljena kot podlaga za reformo, katere namen je bil omogočiti kakovostno obravnavo vseh bolnikov do stopnje, ko je nujna napotitev na sekundarno raven, povečati kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave bolnikov ter povečati zadovoljstvo bolnikov in

<sup>157</sup> Za področje ambulantne splošne oziroma družinske medicine in pediatrije na primarni ravni.

zaposlenih na primarni ravni. Podobne analize za sekundarno in terciarno raven zdravstvene dejavnosti ministrstvo ni pripravilo, prav tako ni določilo mreže javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni. Menimo, da bi ministrstvo moralo analizirati podatke o obsegu in kakovosti zdravstvenih storitev ter potrebe prebivalstva in ekonomske zmožnosti zdravstvenega sistema, na podlagi analize pa določiti mrežo javne zdravstvene dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni, s katero bi opredelilo vrsto in obseg dejavnosti s človeškimi in drugimi viri, potrebnimi za opravljanje določene dejavnosti. Menimo, da se brez opravljene analize in priprave koncepta strateških izhodišč, ki bi se realiziral z jasno določitvijo zdravstvenih storitev, ki bi jih izvajale posamezne zdravstvene ustanove znotraj mreže javne zdravstvene službe, mreža razvija nenačrtno, izbor in obseg storitev, ki jih izvajajo posamezni izvajalci zdravstvenih storitev, pa je odvisen predvsem od uspešnosti pogajanj in dogovarjanj ob vsakoletnem sklepanju splošnega dogovora z ZZZS, ki opredeljuje tudi obseg storitev posameznega izvajalca<sup>158</sup>. Ocenjujemo, da nedoločitev mreže javne zdravstvene službe povečuje tveganje neracionalne razporeditve virov – na eni strani lahko pri posameznih izvajalcih zdravstvenih storitev prihaja do predimenzioniranosti virov, kar vodi v njihovo slabšo izkoriščenost, na drugi strani pa lahko pri drugih izvajalcih prihaja do podhranjenosti virov, kar vodi v podaljševanje čakalnih dob. Menimo, da bi ministrstvo lahko na podlagi analize z ustreznimi ukrepi racionalizacije in združevanja dejavnosti pri posameznih izvajalcih zdravstvenih storitev na sekundarni ravni pripomoglo k izboljševanju javnega zdravja tako, da bi pacientom omogočilo enako dostopnost do strokovno enakoredne obravnave, izboljšalo kakovost in varnost zdravstvenih storitev, optimiziralo uporabo medicinske opreme in izvajalo večji nadzor.

Korak naprej pri določitvi mreže zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni bi lahko predstavljala resolucija 2016–2025. Ta je določila tudi ukrepe, s katerimi bi se dosegla določitev mreže javne zdravstvene službe:

- analiza potreb prebivalstva in zmogljivosti sistema zdravstvenega varstva,
- vzpostavitev modela izračuna, izvajanja in spremljanja meril za mrežo izvajalcev zdravstvene dejavnosti, zdravstvene programe in storitve, ki se financirajo iz javnih sredstev,
- določitev kriterijev za specializacijo zdravstvenih storitev in
- določitev kriterijev za združevanje javnih zdravstvenih zavodov.

Načrtovani ukrepi bi naj bili izvedeni do leta 2021.

---

<sup>158</sup> Iz resolucije 2016–2025 izhaja: "Zato v državi tudi v preteklem razvojnem obdobju nismo prišli do dogovorjene mreže javne zdravstvene službe. Sprejem ali opuščanje zdravstvenih programov kot tudi modifikacije zdravstvenih nosilcev so se izvajali na neargumentiran način, prepuščeni presoji posameznih izvajalcev in plačnika, brez sistemskega nadzora, predvsem pa brez predhodne analize dejanskih potreb po posameznih zdravstvenih programih in storitvah. Utemeljenost fizične oziroma geografske razporeditve izvajalcev zdravstvene dejavnosti pravzaprav ni bila nikdar resno preverjena, temveč prepuščena posameznim predlagateljem. Glavni motiv in gonilo razprav o "mreži" je bilo tekmovanje različno močnih izvajalcev za posamezne programe, ki pa največkrat niso imeli zagotovljenih ustreznih kadrovske in prostorske opreme. Pri sprejemanju vsakoletnega splošnega dogovora so pogajalci, v odsotnosti celovitega načrtovanja, nase vzeli pravico upravljanja z mrežo, ki jo zakonodaja nalaga le nosilcu zdravstvene politike – ministrstvu za zdravje."

*Ukrep ministrstva*

*Ministrstvo je s podporo Službe Evropske komisije za podporo strukturnim reformam začelo z izvajanjem projekta, katerega cilj je izdelava orodja in vzpostavitev mehanizmov za upravljanje mreže javne zdravstvene službe z vidika pravične dostopnosti, spreminjajočih se potreb prebivalstva, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe ter racionalne rabe virov. V okviru projekta se bodo določila tudi merila in kriteriji za prostorsko in časovno razporejanje virov v javni zdravstveni mreži. Pripravila se bosta tudi modela za upravljanje javne zdravstvene mreže in za spremljanje učinkovitosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti.*

2.3.1.b Ministrstvo ni pridobivalo podatkov o potrebah, obsegu in kakovosti izvedenih posegov na področju urologije in ni pripravilo analiz, ki se nanašajo na organizacijo urološke dejavnosti<sup>159</sup> in ki bi lahko bile podlaga za izvajanje ukrepov na področju organizacije urologije. Ker ni bila pripravljena analiza organizacije urološke dejavnosti, ministrstvo tudi ni moglo predlagati ali izvesti posebnih ukrepov, ki bi prispevali k drugačni organizaciji urološke dejavnosti v Republiki Sloveniji. Glede na to, da ReNPZV16–25 že predvideva ukrepe, s katerimi naj bi določili mrežo javne zdravstvene službe, menimo, da je smotno, da se v okviru teh aktivnosti preveri in ustrezno določi tudi organizacija urološke dejavnosti.

2.3.1.c Medtem ko analize potreb in kriteriji za večjo specializiranost na področju urologije niso bili pripravljene, pa so bili pripravljene v okviru spremljanja izvajanja DPOR 2010–2015, tudi za raka prostate. Analizo stanja na področju onkologije je vsaj deloma podal že DPOR 2010–2015<sup>160</sup>, ki vsebuje tudi usmeritve za razvoj onkološke dejavnosti. Postavil je tudi kriterije, pod katerimi je smotno izvajanje onkološke dejavnosti na sekundarni ravni. Eden izmed kriterijev je letno število diagnostičnih in kirurških obravnav, ki mora presegati 150 bolnikov pri vsaki od pogostejših vrst raka<sup>161</sup>. Ob upoštevanju podanih kriterijev bi bila na sekundarni ravni smotrna le obravnava najpogostejših rakov, in sicer kože (nemelanomski), debelega črevesa in danke, dojke, pljuč ter ginekoloških in uroloških rakov, ostale pa bi obravnavali le na terciarni ravni.

*Pojasnilo ministrstva*

*V okviru DPOR 2010–2015 je bil dosežen dogovor na strokovni ravni in na podlagi kriterijev stroke o tem, kateri izvajalci zdravstvenega varstva imajo pogoje za varno in kakovostno zdravljenje rakavih bolnikov. Kriterije in seznam izvajalcev so potrdili ustrezni RSK. Seznam po različnih lokalizacijah rakavih obolenj in izvajalcih za področje zdravljenja je objavljen na spletni strani ministrstva.*

Na podlagi usmeritev DPOR 2010–2015 je v letu 2012 Svet za spremljanje DPOR potrdil kriterije oziroma ustanove za izvajanje diagnostike in zdravljenje raka (mreža onkološke dejavnosti). Za več

<sup>159</sup> V okviru analize bi ministrstvo lahko preverilo, kakšne so potrebe po zdravstvenih storitvah na področju urologije, kakšen je bil obseg izvedenih storitev posameznih izvajalcev, kdo jih je izvajal, kakšne so bile čakalne dobe in s kakšnimi viri razpolagajo posamezni izvajalci, kakšna je bila kakovost izvedenih storitev in podobno. Cilj pregleda bi morala biti ocena, ali problematika na področju urologije izhaja tudi iz pomanjkljivosti v organizaciji urologije, in predlog rešitve.

<sup>160</sup> DPOR 2010–2015 v manjšem delu opiše stanje in probleme na področju onkologije, več pozornosti pa namenja ukrepom za odpravo teh problemov.

<sup>161</sup> Iz DPOR 2010–2015 izhaja, da bi bilo na podlagi kriterijev za izvajanje onkološke dejavnosti v prihodnje to dejavnost na sekundarni ravni smotno razvijati zgolj še v Celju in Novi Gorici, za urološkega raka pa tudi v Slovenj Gradcu.

lokalizacij raka<sup>162</sup> so bili določeni izvajalci zdravstvenih storitev na področju diagnostike in zdravljenja. Za področje uroloških rakov pa je bil določen zgolj predlog minimalnega števila letnih obravnav bolnikov na kirurško ekipo (kot nekakšen kriterij). Tako naj bi radikalne prostatektomije izvajale zgolj kirurške ekipe, ki bi izvedle vsaj 30 tovrstnih operacij na leto, niso pa opredeljene ustanove, ki naj bi te operacije izvajale. Na spletni strani DPOR<sup>163</sup> so objavljeni tudi podatki o obsegu izvedenih operacij posameznih ustanov v letih 2011–2014, vendar podatki niso popolni. Ob tem je treba dodati, da objavljeni podatki o številu izvedenih operacij posameznih ustanov ter kriteriji in sprejeta mreža (za druge lokalizacije raka razen za urološke rake) predstavljajo zgolj pripomoček, priporočilo bolnikom za izbiro izvajalca, saj s tem izvajalci niso prejeli ekskluzivne pravice, da smejo edini izvajati tovrstno zdravljenje<sup>164</sup>. Zato je bila razpršenost izvajalcev storitev večja, kot je bila predvidena z mrežo onkološke dejavnosti (povezava s točko 2.3.1.e tega poročila). Tovrstna določitev mreže onkološke dejavnosti ne predstavlja ukrepa, s katerim bi se tudi formalno vzpostavila mreža onkološke dejavnosti, v okviru katere bi bil tudi za pogoste oblike raka (kot je tudi rak prostate) določen zgolj omejen nabor izvajalcev zdravstvenih storitev, ki bi izpolnjevali postavljene kriterije in bi tudi edini smeli izvajati zdravljenje teh rakov. Ocenjujemo, da formalna določitev mreže onkološke dejavnosti – vsaj dokler ne bodo na razpolago zanesljivi in popolni podatki, ki bodo omogočali pripravo analize o obsegu in kakovosti zdravljenja v posameznih zdravstvenih ustanovah ter analize potreb prebivalstva (povezava s točko 2.2.2 tega poročila) – tudi ne bi bila smotrna, saj bi se ob zmanjšanju števila izvajalcev posamezne zdravstvene storitve čakalne dobe najverjetneje podaljšale. Ustanovam, ki bi bile specializirane za posamezne vrste zdravljenj, pa bi bilo treba v primeru omejevanja števila izvajalcev storitev zagotoviti tudi zadostne vire za ustrezno obravnavo vseh bolnikov.

#### *Pojasnilo ministrstva*

*Mreža onkološke dejavnosti je bila izdelana na podlagi pobude, ki je bila v okviru izvajanja DPOR naslovljena na RSK za onkologijo. Ta jo je oblikoval prek strokovnih skupin za posamezna področja in jo tudi potrdil kot strokovno priporočeno mrežo zdravljenja za posamezne vrste rakov, torej kot strokovna priporočila. Predlog je bil obravnavan tudi na rednih sejah Sveta za nadzor DPOR. Ker v slovenskem zdravstvenem sistemu te entitete (mreže onkološke dejavnosti) po trenutni zakonodaji ni, so ostala le priporočila.*

Iz DPOR 2017–2021 izhaja cilj, da bo do konca leta 2018 vzpostavljena mreža polno delujočih onkoloških centrov za kirurško zdravljenje raka po posameznih lokalizacijah raka, ki bo vključevala samo tiste centre, ki ustrezajo smernicam in predlaganim merilom v DPOR 2010–2015.

2.3.1.d Na spletni strani DPOR so objavljeni podatki o številu operacij, sistemskih zdravljenj in obsevanj po različnih javnih zdravstvenih zavodih in glede na različne lokalizacije rakavih obolenj. Ti podatki so bili zbrani na podlagi letnih poročil bolnišnic o prvem zdravljenju pogostih rakov od leta 2011 do leta 2014. Podatke so pripravljale in pošiljale bolnišnice<sup>165</sup>, posebne kontrole, ki bi zagotavljale, da so

<sup>162</sup> Melanom, možganski tumorji, ORL raki, otroški tumorji, rak debelega črevesa in danke, rak dojke, rak jeter, žolčevodov in trebušne slinavke, ginekološki raki, rak mod, rak pljuč, rak želodca, sarkomi pri odraslih.

<sup>163</sup> [URL: [http://www.dpor.si/?page\\_id=28](http://www.dpor.si/?page_id=28)], 2. 6. 2017.

<sup>164</sup> Iz Zapisnika 5. seje Sveta za spremljanje DPOR izhaja, da se bodo lahko jasne usmeritve in seznam bolnišnic, ki smejo izvajati določene posege, oblikovale šele, ko bodo dosegljivi tudi natančni podatki o kakovosti zdravljenj, kar bo mogoče šele z vzpostavitvijo kliničnih registrov. Do takrat se na spletnih straneh objavljajo podatki o obsegu posegov, ki jih letno izvedejo posamezne bolnišnice, in priporočila.

<sup>165</sup> Podatki se niso zbirali iz centralnih baz na ravni države, temveč so jih bolnišnice pripravile na podlagi izpisov iz lastnih informacijskih sistemov.

podatki točni, niso bile vzpostavljene<sup>166</sup>. Podatki niso popolni, saj vse bolnišnice niso posredovale podatkov vsako leto. Tako za izvedbo operacij raka prostate podatkov za leto 2013 nista posredovali dve bolnišnici, podatkov za leto 2014 pa štiri bolnišnice. Od leta 2015 naprej podatki na spletni strani niso več na voljo. Menimo, da postavljeni kriterij 30 operacij na kirurško ekipo in podatki o obsegu storitev, ki jih je izvedla posamezna ustanova, bolnikom do določene mere pomenijo pomoč pri izbiri izvajalca operacije, niso pa dovolj zanesljivi in popolni, da bi bolnikom nudili popolno informacijo za lažjo odločitev o izbiri izvajalca. Obseg izvedenih zdravljenj tudi ne podaja informacij o kakovosti zdravljenja. Mreža onkološke dejavnosti formalno ni bila določena. Pri posameznih pogostejših lokalizacijah raka, tudi pri raku prostate, je obstajala možnost izbire izvajalca operacije, ki ni dosegal kriterijev glede obsega izvedenih letnih operacij. Menimo, da bi bilo treba za boljše informiranje bolnikov zagotoviti tudi zbiranje in objavljane podatkov o kakovosti zdravljenja, kar pa zaradi pomanjkanja ustrezne informacijske podpore ni bilo zagotovljeno<sup>167</sup>. Navedeni podatki bi služili tudi kot izhodišče za določitev formalne mreže izvajalcev storitev.

2.3.1.e Ob upoštevanju kriterija minimalnega števila obravnav na kirurško ekipo na leto lahko na podlagi objavljenih podatkov na spletni strani DPOR ugotovimo, da sta najmanj<sup>168</sup> dve splošni bolnišnici, ki sta izvajali radikalne prostatektomije v obdobju med letoma 2012 in 2014, izvedli manj kot 30 tovrstnih operacij na leto, kar pomeni, da nista dosegali kriterija obsega operacij.

2.3.1.f Po podatkih ZZZS so bili bolniki z maligno prostato v letih 2015 in 2016<sup>169</sup> zdravljeni pri 15 različnih izvajalcih na sekundarni in terciarni ravni<sup>170</sup>. V letu 2015 je bilo 1.648 bolnišničnih zdravljenj maligne prostate, v letu 2016 pa 1.706, kar predstavlja 4-odstotno povečanje. Vrednost obračunanih storitev bolnišničnega zdravljenja maligne prostate je bila 5.419.499 evrov v letu 2015 in 5.662.192 evrov v letu 2016, kar predstavlja 5-odstotno povečanje. Podatek o obsegu izvedenih operacij maligne prostate smo pridobili tudi od devetih ustanov, pri katerih smo razpolagali s podatkom, da izvajajo radikalne prostatektomije.

Po podatkih, ki smo jih prejeli od izvajalcev operacij, je bilo v obdobju med letoma 2014 in 2016 izvedenih 2.753 operacij maligne prostate, kar je v povprečju 918 na leto. Število operacij se je vsako leto postopno povečevalo – v 2016 je bilo tako za 21 odstotkov več operacij kakor v letu 2013. Povečano število operacij sovпада s pričakovano povečano incidenco raka prostate, vendar ni mogoče sklepati o soodvisnosti obeh spremenljivk, saj podatki o incidenci po letu 2014 še niso na voljo. Skoraj 60 odstotkov

<sup>166</sup> Ne gre torej za podatke, ki bi bili zbrani iz preverjenih evidenc izvedenih storitev, temveč so podatke sporočale bolnišnice, zato obstaja večja verjetnost napak. Da je do napak prihajalo, je razvidno tudi iz Zapisnika 5. seje Sveta za spremljanje DPOR, št. 013/4/2010 z dne 8. 6. 2013 – ugotovljeno je bilo, da podatki o številu operacij prostate niso logični glede na incidenco raka prostate.

<sup>167</sup> Dodaten dejavnik, ki vpliva na izbiro izvajalca je tudi dolžina čakalne dobe. Tudi pri tem dejavniku podatki, ki so bili javno dostopni, niso omogočili primerjave in izbire izvajalca (povezava s točkama 2.1.2.2.a in 2.1.2.2.b tega poročila).

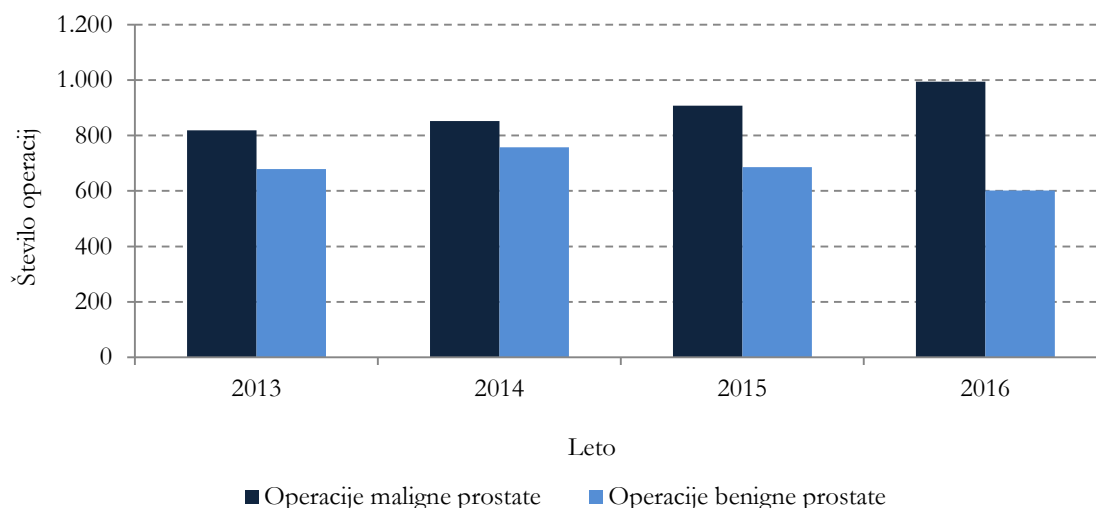
<sup>168</sup> Podatki niso popolni, saj vse bolnišnice podatkov za vsa leta niso posredovale.

<sup>169</sup> ZZZS je začel podatke glede na diagnozo zbirati leta 2014, zato podatek o celotnem obsegu bolnišničnih zdravljenj maligne prostate v letu 2014 ni na voljo.

<sup>170</sup> Od tega je pet izvajalcev beležilo deset ali manj zdravljenj v obeh letih skupaj, na podlagi česar lahko sklepamo, da so bila ta zdravljenja opravljena v okviru drugih zdravljenj oziroma posegov in verjetno ni šlo primarno za zdravljenje raka prostate.

vseh operacij maligne prostate v letu 2016 sta izvedla dva izvajalca, SB Slovenj Gradec in SB Celje<sup>171</sup>. Eden izmed izvajalcev v celotnem obdobju, na katero se nanaša revizija, ni izvedel 30 operacij maligne prostate na leto, en izvajalec pa tega števila operacij ni dosegel v letu 2014. Le trije izvajalci so izvedli več kot 100 operacij na leto.

Slika 9: Število operacij maligne in benigne prostate v obdobju 2013–2016



Viri: podatki izvajalcev operacij.

Usmeritev, ki jo je podal DPOR 2010–2015 glede zmanjšanja razpršenosti izvajalcev zdravljenja malignih obolenj oziroma večje specializacije vsaj na področju zdravljenja raka prostate, ni bila izpolnjena.

V obdobju od leta 2014 do leta 2016 je bilo izvedenih še 2.044 operacij benigne prostate<sup>172</sup>. Od leta 2014 je število operacij benigne prostate padalo skoraj obratno sorazmerno z naraščanjem števila operacij maligne prostate. Po navedbah posameznih specialistov urologije je zmanjšanje števila operacij benigne prostate lahko pokazatelj tako omejenosti virov na področju urologije, kakor tudi vedno bolj učinkovitega zdravljenja težav z uriniranjem pri benigno povečani prostati z zdravlili.

### Povzetek

Ministrstvo še ni določilo javne mreže zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni, kjer bi opredelilo vrsto in obseg dejavnosti posameznih izvajalcev zdravstvenih storitev skupaj z viri, potrebnimi za opravljanje določene vsebine. Prav tako ni pripravilo analiz organizacije urološke dejavnosti, ki bi lahko bile podlaga za morebitne spremembe, predvsem v zasledovanju cilja večje specializiranosti bolnišnic, kar izhaja iz več strateških dokumentov. Menimo, da je večja specializiranost bolnišnic pomemben dejavnik za izboljšanje znanja, varnosti in kakovosti storitev ter lahko pomembno prispeva k zagotavljanju enakopravne dostopnosti do strokovno enakovrednih obravnav za vse paciente.

<sup>171</sup> Medtem ko rakasto spremenjeno prostato v SB Slovenj Gradec odstranijo laparoskopsko ali klasično, v SB Celje take operacije večinoma izvajajo z robotskim sistemom da Vinci, ki je tudi edini v Sloveniji in ki ga je SB Celje leta 2010 financirala iz lastnih sredstev.

<sup>172</sup> Kirurško zdravljenje benigne hiperplazije prostate.

Na podlagi usmeritev DPOR 2010–2015 je v letu 2012 Svet za spremljanje DPOR potrdil kriterije oziroma ustanove za izvajanje diagnostike in zdravljenje raka. Tako so bili določeni kriteriji za določitev mreže izvajalcev onkološke dejavnosti, vendar mreža na njihovi podlagi formalno ni bila oblikovana. Radikalne prostatektomije naj bi izvajale zgolj kirurške ekipe, ki bi izvedle vsaj 30 tovrstnih operacij na leto. Sprejeti kriteriji so predstavljali zgolj priporočilo, zato so operacije izvajali tudi izvajalci, ki tega kriterija niso izpolnjevali. V obdobju, na katero se nanaša revizija, je radikalne prostatektomije izvajalo devet izvajalcev. Menimo, da usmeritev, ki jo je podal DPOR 2010–2015 glede zmanjšanja razpršenosti izvajalcev zdravljenja malignih obolenj oziroma večje specializacije vsaj na področju zdravljenja raka prostate, ni bila izpolnjena. Obenem pa ocenjujemo, da takšna določitev mreže onkološke dejavnosti, ki bi omejila izvajanje operacij zgolj na nekaj izvajalcev – vsaj dokler ne bodo na razpolago zanesljivi in popolni podatki, ki bodo omogočali pripravo analize o obsegu in kakovosti zdravljenja v posameznih zdravstvenih ustanovah ter analize potreb prebivalstva – tudi ne bi bila smotrna, saj bi se ob zmanjšanju števila izvajalcev posamezne zdravstvene storitve čakalne dobe najverjetneje podaljšale.

### 2.3.2 Operativne kapacitete

Eden izmed pogojev za učinkovito obravnavo bolnikov z rakom prostate in tudi preostalih uroloških bolnikov so tudi zadostne operativne kapacitete. Pod tem pojmom smo v reviziji obravnavali predvsem razpoložljivost operacijskih dvoran za izvedbo operacij na področju urologije. Zanimalo nas je, ali je ministrstvo izvedlo analizo potrebnih operativnih kapacitet na področju urologije in ustrezno ukrepalo.

Sistem upravljanja z medicinsko opremo je del sistema zdravstvenega varstva, za katerega je pristojno ministrstvo. Ministrstvo je v okviru izvajanja projektov, vključenih v načrte razvojnih programov Zakona o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija, za obdobje 1994–2015<sup>173</sup> ter Zakona o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je Republika Slovenija<sup>174</sup>, kupovalo medicinsko opremo in jo prenašalo v upravljanje javnim zavodom.

O problematiki medicinske opreme smo že podali ugotovitve v dveh revizijah smotrnosti poslovanja, in sicer v letu 2007 v izdanem revizijskem poročilu *Ali se z javnimi sredstvi za medicinsko opremo dobro upravlja*<sup>175</sup> ter v letu 2015 v izdanem revizijskem poročilu *Učinkovitost upravljanja z medicinsko opremo s poudarkom na dragi medicinski opremi*<sup>176</sup>. V obeh revizijah smo ministrstvo opozorili na neustreznost zbiranja ustreznih podatkov o upravljanju bolnišnic z medicinsko opremo ter na problematiko neučinkovitega upravljanja javnih zavodov z medicinsko opremo. Tudi v revizijskem poročilu *Zbirna bilanca stanja proračuna Republike Slovenije na dan 31. 12. 2015*<sup>177</sup> smo ugotovili, da ministrstvo nima usklajenih podatkov o sredstvih, danih v upravljanje<sup>178</sup>, oziroma so ti podatki pomanjkljivi ter da nadzor ministrstva nad posrednimi proračunskimi uporabniki, ki imajo sredstva v upravljanju, ni ustrezen. Ministrstvo ima vzpostavljen register osnovnih sredstev za javne zdravstvene zavode, ki pa ne vsebuje podatkov o njihovi izkoriščenosti<sup>179</sup>.

<sup>173</sup> Uradni list RS, št 19/94, 28/00, 111/01, 76/08, 59/11.

<sup>174</sup> Uradni list RS, št. 90/15.

<sup>175</sup> Št. 1213-7/2006-23 z dne 28. 11. 2007.

<sup>176</sup> Št. 320-6/2012/160 z dne 10. 11. 2015.

<sup>177</sup> Št. 320-13/2015/62 z dne 30. 9. 2016.

<sup>178</sup> Stanje obveznosti za sredstva, prejeta v upravljanje, ki jih posredni proračunski uporabniki izkazujejo v svojih poslovnih knjigah, ni usklajeno s stanjem terjatev sredstev, danih v upravljanje, ki jih izkazuje ministrstvo.

<sup>179</sup> Register osnovnih sredstev vsebuje različne podatke od datuma nabave osnovnega sredstva do lokacije, nabavne vrednosti, sedanje vrednosti in amortizacijske stopnje.

Preverili smo, ali je ministrstvo razpolagalo s podatkom o razpoložljivosti operacijskih dvoran za izvedbo posegov na področju urologije, ali je analiziralo potrebe po operativnih kapacitetah za potrebe urologije in izvajalo ukrepe za zagotovitev takšnih operativnih kapacitet, ki bi omogočile izvedbo vseh operacij v strokovno sprejemljivem roku, ter ali je načrtovalo ukrepe za zagotovitev primernega števila operacij v primeru prenehanja operiranja z uporabo robotskega sistema da Vinci.

2.3.2.a Vpogled v aktualno stanje operativnih kapacitet bi lahko omogočale informacije izvajalcev zdravstvenih storitev. Ministrstvo od izvajalcev operacij ni pridobivalo podatkov o razpoložljivosti operacijskih dvoran za izvedbo operacij na področju urologije, prav tako ni pripravilo analize, kakšne operativne kapacitete bi bilo treba zagotoviti za zagotovitev ustrezne in pravočasne obravnave uroloških bolnikov. Menimo, da bi bila informacija o razpoložljivih kapacitetah koristna za bolj natančno in usmerjeno načrtovanje ukrepov, povezanih s skrajševanjem čakalnih dob na operacije na področju urologije<sup>180</sup>. Če bi se pomanjkanje operativnih kapacitet izkazalo kot ovira, ki onemogoča večje število izvedenih operacij, bi ministrstvo moralo ukrepe usmeriti v povečanje operativnih kapacitet oziroma pripraviti dolgoročneje ukrepe za zagotovitev ustreznega števila operacijskih dvoran. Menimo pa, da je za tovrstne odločitve treba predhodno pridobiti podatke, ki omogočajo analizo potreb, in nato v skladu s finančnimi zmožnostmi sprejeti ustrezne načrte investicij.

Podatke o razpoložljivosti operacijskih dvoran smo pridobili od osmih javnih zavodov, ki so izvajali operacije raka prostate oziroma operacije s področja urologije. Večina izvajalcev operacij jih izvaja v operacijskih dvoranh, ki se uporabljajo tudi za druge operacije, ki niso urološke. Trije izvajalci imajo na razpolago operacijske dvorane, ki so primarno namenjene urologiji. Vsi skupaj imajo za celotno področje urologije na voljo 47 operativnih dni na teden. Štirje izvajalci so pojasnili, da pomanjkanje razpoložljivega časa v operacijskih dvoranh predstavlja večjo oviro za izvedbo večjega števila uroloških operacij. Za ustrezno izvedbo operativnega programa bi skupaj potrebovali vsaj še približno 10 operativnih dni razpoložljivega časa v operacijskih dvoranh na teden. Dodatni problem največkrat predstavlja pomanjkanje ustreznih kadrov, to je anesteziologov in medicinskih sester, ter možnosti namestitve in obravnave bolnikov pred in po operaciji. Tako tudi pri izvajalcih, ki sicer z razpoložljivostjo operacijskih dvoran nimajo težav, bistveno povečanje števila operacij z obstoječimi viri ni mogoče.

Kljub temu da se razpoložljivost operacijskih dvoran vsaj pri nekaterih izvajalcih kaže kot problematična, le pri dveh izvajalcih operacije izvajajo tudi v popoldanskem času in ne zgolj dopoldan. ZZdrS daje pravno podlago za razporejanje zdravstvenega osebja v izmensko delo, kar bi omogočilo izvedbo večjega števila operacij tudi v popoldanskem času, vendar izvajalci kot ključno oviro navajajo pomanjkanje kadra za takšno organizacijo dela. Brez kadrovskega povečanja bi bilo mogoče zagotoviti izvedbo operacij tudi v popoldanskem času z nadurnim delom, ki pa po mnenju izvajalcev trenutno ni dovolj stimulatивно nagrajeno.

Vir: podatki bolnišnic.

Po podatkih ministrstva je v Republiki Sloveniji trenutno na razpolago skupaj 184 operacijskih dvoran, katerih večina ni namenjena za operativne posege točno določene kirurške specialnosti, ampak se v njih

<sup>180</sup> Kot ukrep za zmanjšanje čakalnih dob je bil v letih 2016 in 2017 odobren dodaten program operacij raka prostate, ledvic in mehurja (povezava s točko 2.4.1.d tega poročila).

izvajajo operacije različnih specialnosti. V obdobju, na katero se nanaša revizija, je ministrstvo dokončalo več investicij, ki so povečale število razpoložljivih operacijskih dvoran oziroma so se operacijske dvorane zamenjale z novimi. Gre za 18 operacijskih dvoran, ki so bile zagotovljene v okviru izgradnje urgentnih centrov, in operacijske dvorane, ki so bile zgrajene ali obnovljene v okviru investicije v SB Slovenj Gradec<sup>181</sup>, od katerih sta dve namenjeni urološkim operacijam. Dodatne štiri nove operacijske dvorane so načrtovane v okviru projekta Hospitalni blok – Diagnostično terapevtski servis v UKC Ljubljana, ki vključuje tudi prenovo in dograditev urgentnega centra in je bil v obdobju, na katero se nanaša revizija, še v fazi izvajanja. Ob upoštevanju dejstva, da je bila večina novih operacijskih dvoran zagotovljena za urgentne posege v okviru urgentnih centrov, ni mogoče ugotoviti, ali in v kakšni meri bodo te dodatne dvorane na razpolago za operacije na področju urologije, kar bi lahko potencialno vplivalo na skrajšanje čakalnih dob.

#### *Pojasnilo ministrstva*

*Ministrstvo ni preverjalo učinka novih operacijskih dvoran v urgentnih centrih na operativno dejavnost v bolnišnicah, ocenjuje pa, da imajo vsekakor pozitiven učinek na krajšanje čakalnih dob. Po informacijah vodstev bolnišnic in vodij urgentne dejavnosti so namreč zaradi zasedenosti operacijskih dvoran z urgencami v bolnišnicah pred izgradnjo urgentnih centrov odpadali redni, nenujni programi. To se je po ustanovah dogajalo v različnem obsegu, vendar povsod.*

#### *Ukrep ministrstva*

*Ministrstvo je v septembru 2017 potrdilo dokument Novelacija investicijskega programa za investicijo Nadomestna novogradnja Splošne bolnišnice Celje. V okviru te investicije se bo zagotovila rešitev prostorske problematike tudi za urološki oddelek.*

2.3.2.b Ministrstvo ni razpolagalo s podatki o izkoriščenosti operacijskih dvoran in opreme, ki se je uporabljala za izvedbo operacij na področju urologije. V septembru 2016 je skupaj z ZZS objavilo poročilo Kazalniki poslovanja in poslovne učinkovitosti v bolnišnicah za leto 2015. V poročilu so zbrani in statistično obdelani podatki o poslovanju slovenskih bolnišnic in prikazane primerjave med bolnišnicami glede izkoriščenosti opreme ter prostorskih in kadrovskih virov. Poročilo temelji na podatkih, ki so jih ministrstvu posredovale bolnišnice. V njem so prikazani podatki o številu vseh operacij na operacijsko dvorano na dan, ki se za javne zdravstvene zavode, ki izvajajo tudi operacije raka prostate, gibljejo od 5 do 13 operacij dnevno na operacijsko dvorano. Prikazani so tudi podatki o urah zasedenosti na operacijsko dvorano na dan, ki se gibljejo na od 5,46 ure do 17,43 ure na dan. Podatki kažejo, da so razlike v izkoriščenosti operacijskih dvoran zelo velike, poročilo pa ne analizira razlogov zanje. Brez tovrstne analize ni mogoče podati ocene, ali bolnišnice optimalno izkoriščajo svoje operacijske dvorane in opremo ali ne, ministrstvo pa tudi težje načrtuje ukrepe, povezane z zagotavljanjem ustreznih operativnih kapacitet. Iz centralnih informacijskih sistemov, ki podpirajo delovanje zdravstvenega sistema na ravni države, bolj natančnih informacij o stopnji izkoriščenosti operacijskih dvoran in druge opreme ni mogoče pridobiti. Pri tovrstni opremi je spremljanje izkoriščenosti tovrstne opreme pomembno zlasti v povezavi z določitvijo mreže splošnih bolnišnic in pri odločanju o potrebah po nabavi enake ali funkcionalno podobne opreme, ki jo nekatere bolnišnice že imajo, vendar ni zagotovil, da je ta polno izkoriščena in da se uporablja optimalno.

<sup>181</sup> Ob dveh operacijskih dvoranah v okviru urgentnega centra še dve operacijski dvorani, ki sta v obratovanju od leta 2012, in štiri, ki so v obratovanju od aprila 2017. Od teh sta dve namenjeni za urološke operacije.

---

**Priporočilo**

Ministrstvu priporočamo, naj zbiranje podatkov o izkoriščenosti operacijskih dvoran in druge opreme v večji meri informacijsko podpre, tako da bodo podatki bolj točni in ažurni ter bodo ministrstvu omogočili bolj neposreden vpogled v izkoriščenost operacijskih dvoran in druge opreme. Ministrstvu prav tako priporočamo, naj analizira razloge za velika odstopanja v izkoriščenosti operacijskih dvoran in rezultate analize uporabi pri načrtovanju prihodnjih ukrepov, povezanih z zagotavljanjem ustreznih operativnih kapacitet.

---

2.3.2.c Načrtovanje operativnih kapacitet oziroma ustrezne opreme in prostorov za izvajanje operacij je v veliki meri povezano z analizami potreb prebivalstva (povezava s točko 2.2.2 tega poročila) in sprejetimi odločitvami o organizaciji mreže izvajalcev operacij (povezava s točko 2.3.2 tega poročila). Ministrstvo posebne analize potreb prebivalstva ni pripravilo, prav tako ni bila določena mreža javne zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni, zato odločitve glede vlaganj v operativne kapacitete niso mogle biti sprejete na podlagi tovrstnih vhodnih podatkov.

2.3.2.d V Republiki Sloveniji so robotsko podprte operacije raka prostate v obdobju, na katero se nanaša revizija, izvajali le v SB Celje, kjer so razpolagali z robotskim sistemom za operacije prostate da Vinci. Sistem se primarno uporablja za operacije maligne prostate, pa tudi za nekatere druge urološke operacije ter operacije danke in debelega črevesa. V obdobju od leta 2013 do leta 2016 je bilo opravljenih v povprečju več kot 230 robotsko podprtih operacij raka prostate na leto. Po informacijah, pridobljenih od SB Celje, obstaja tveganje, da tega robotskega sistema po koncu leta 2017 ne bodo več mogli uporabljati, saj zanj ne bodo več dostopni rezervni deli in vzdrževanje sistema ne bo mogoče. V tem primeru bi prišlo do večjega izpada opravljenih operacij, za katere pa – ob opisani problematiki kadrovske in prostorske kapacitete – ni pričakovati, da bi jih bilo mogoče nadomestiti z dodatnimi operacijami pri drugih izvajalcih oziroma bi to verjetno pomenilo podaljšanje čakalnih dob za bolnike. Če bolnišnica ne bi mogla nadaljevati z robotsko asistiranimi operacijami, ampak bi lahko opravljala le klasične operacije odstranitve rakave prostate, bi po ocenah bolnišnice prišlo do velikega zmanjšanja števila operacij rakave prostate, in sicer bi opravili največ 50 klasičnih operacij rakave prostate na leto.

Ministrstvo posebnih ukrepov, s katerimi bi se pokrili morebiten izpad večjega števila operacij v SB Celje in bi se zagotovilo, da bi letno število izvedenih operacij raka prostate tudi v prihodnje ostalo na isti ravni kot na primer v letih 2016 in 2017, v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni načrtovalo. SB Celje je v avgustu 2017 objavila novo javno naročilo<sup>182</sup> za dobavo in montažo sistema za robotsko kirurgijo.

*Ukrep ministrstva*

*Ministrstvo je v septembru 2017 potrdilo Dokument identifikacije investicijskega projekta za investicijo Nakup sistema za robotsko asistiranje operativne posege, UKC LJ. Predmet investicije je nabava robotskega kirurškega sistema in servis opreme za obdobje 5 let po izteku garancije.*

**Povzetek**

Ministrstvo od izvajalcev operacij ni pridobivalo podatkov o razpoložljivosti operacijskih dvoran za izvedbo operacij na področju urologije, prav tako ni pripravilo analize, kakšne operativne kapacitete bi bilo treba zagotoviti za zagotovitev ustrezne in pravočasne obravnave uroloških bolnikov. Menimo, da bi bila

---

<sup>182</sup> Št. JN007415/2017-B01.

informacija o razpoložljivih kapacitetah koristna za bolj natančno in usmerjeno načrtovanje ukrepov, povezanih s skrajševanjem čakalnih dob na operacije na področju urologije. Omejene operativne kapacitete pri več izvajalcih onemogočajo izvedbo večjega števila operacij, kar podaljšuje čakalne dobe za urološke operacije. V Republiki Slovenije je bilo v letu 2017 skupno 184 operacijskih dvoran, v večini so se izvajale operacije različnih specialnosti. Ministrstvo ni razpolagalo s podatki o izkoriščenosti operacijskih dvoran in opreme, ki se je uporabljala za izvedbo operacij na področju urologije. V septembru 2016 je objavilo poročilo Kazalniki poslovanja in poslovne učinkovitosti v bolnišnicah za leto 2015, v katerem so zbrani in statistično obdelani podatki o poslovanju slovenskih bolnišnic in prikazane primerjave med bolnišnicami glede izkoriščenosti opreme ter prostorskih in kadrovskih virov. Podatki prikazujejo veliko razliko v izkoriščenosti operacijskih dvoran v posameznih bolnišnicah, poročilo pa ne analizira razlogov zanje.

## 2.4 Kakovostna obravnava bolnikov

Pod pojmom kakovostna obravnava bolnikov v reviziji obravnavamo skupek dejavnikov, ki ustvarjajo bolnikovo izkušnjo v procesu zdravljenja<sup>183</sup>, pri čemer smo se osredotočili predvsem na dve komponenti: hitrost obravnave in kakovost zdravljenja<sup>184</sup>. Ker v zvezi s slednjim informacijska tehnologija še ne omogoča neposredne primerjave in pregleda nad kakovostjo zdravljenja (povezava s točko 2.1.2.2 tega poročila), smo se pri kakovosti zdravljenja osredotočili predvsem na zagotavljanje nekaterih pogojev, ki lahko prispevajo h kakovostnejšemu zdravljenju.

V reviziji smo preverili, ali je ministrstvo pripravilo analizo vzrokov za nastanek čakalnih dob, ki presegajo dopustno čakalno dobo, ali je sprejelo ukrepe za hitrejšo obravnavo bolnikov, ali je ustanovilo RSK za urologijo ter ali je zagotovilo sprejem kliničnih smernic in kliničnih poti za bolnike z rakom prostate.

### 2.4.1 Čakalne dobe

Kljub temu da se podatki o čakalnih dobah niso izkazali za zanesljive in da niso bili na voljo za vse storitve (povezava s točko 2.1.1.2 tega poročila), smo v reviziji preverili, ali je ministrstvo pripravilo analizo vzrokov za nastanek čakalnih dob, ki presegajo dopustno, na podlagi katere bi lahko načrtovalo ustrezne ukrepe ter zagotovilo boljše učinke izvedenih ukrepov za skrajševanje čakalnih dob za prvi pregled pri urologu oziroma za čimprejšnji pričetek zdravljenja ob ugotovljenem raku prostate.

2.4.1.a Ne glede na kakovost podatkov o čakalnih dobah, ki so jih NIJZ posredovali izvajalci zdravstvenih storitev in so bili objavljeni v aplikaciji NAČAS, pa so to edini podatki o čakalnih dobah, s katerimi je v obdobju, na katero se nanaša revizija, razpolagalo ministrstvo pri načrtovanju ukrepov za njihovo odpravo. V povezavi z obravnavo bolnikov z rakom prostate je edina storitev, za katero je bilo mogoče iz aplikacije NAČAS pridobiti podatek o čakalni dobi, podatek o številu čakajočih in predvideni čakalni dobi za prvi urološki pregled<sup>185</sup>. NIJZ je s 1. 1. 2014 na podlagi podatkov iz aplikacije NAČAS

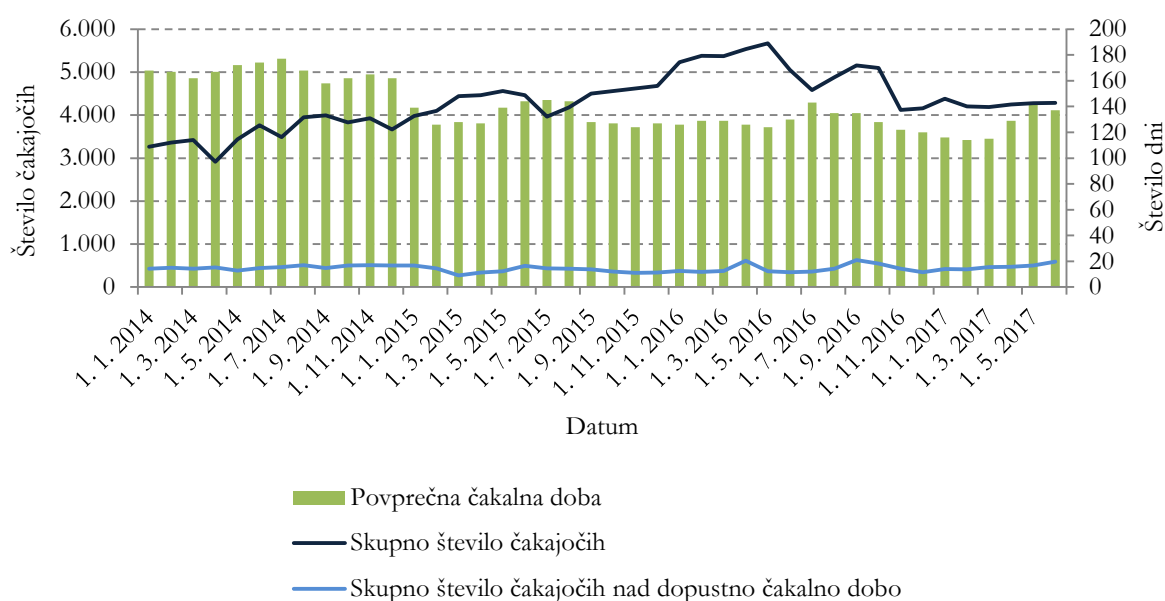
<sup>183</sup> Na primer hitra obravnava, kakovostno (uspešno) zdravljenje, spoštljiv odnos do bolnika, primerna oskrba in nastanitev. V skladu z 11. členom ZPacP je kakovostna zdravstvena oskrba tista, ki dosledno dosega izide zdravljenja, ki so primerljivi s standardi ali najboljšimi praksami, ob upoštevanju temeljnih načel kakovosti, kot so uspešnost, varnost, pravočasnost, kontinuiteta, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenje na pacienta.

<sup>184</sup> V terminologiji ZPacP bi lahko to dvoje opredelili kot pravočasnost in varnost ter uspešnost oskrbe.

<sup>185</sup> Na področju urologije je bilo mogoče preveriti še podatek o čakalni dobi za rentgen ledvic in sečnega mehurja.

začel pripravljati tudi mesečna poročila o spremljanju nacionalnih čakalnih dob, kjer so podane tudi nekatere analize. Po podatkih mesečnih poročil je povprečna čakalna doba za prvi pregled pri urologu v obdobju od začetka leta 2014 do junija 2017 znašala 140 dni<sup>186</sup>. Po teh podatkih povprečna čakalna doba po letu 2014 pada in je bila bolj ali manj konstantna do leta 2017, ko je zopet začela naraščati.

Slika 10: Povprečna čakalna doba na prvi pregled pri urologu in število čakajočih



Vir: mesečna poročila NIJZ o čakalnih dobah.

Navedeni podatki predstavljajo povprečno čakalno dobo, razlike med izvajalci pa so velike. Medtem ko so bile realizirane čakalne dobe za prvi pregled pri nekaterih izvajalcih na primer krajše od enega meseca, so bile v SB Slovenj Gradec, ki izvede največ operacij raka prostate v Sloveniji, večinoma več kot 300 dni, najdaljša čakalna doba pa je bila 365 dni.

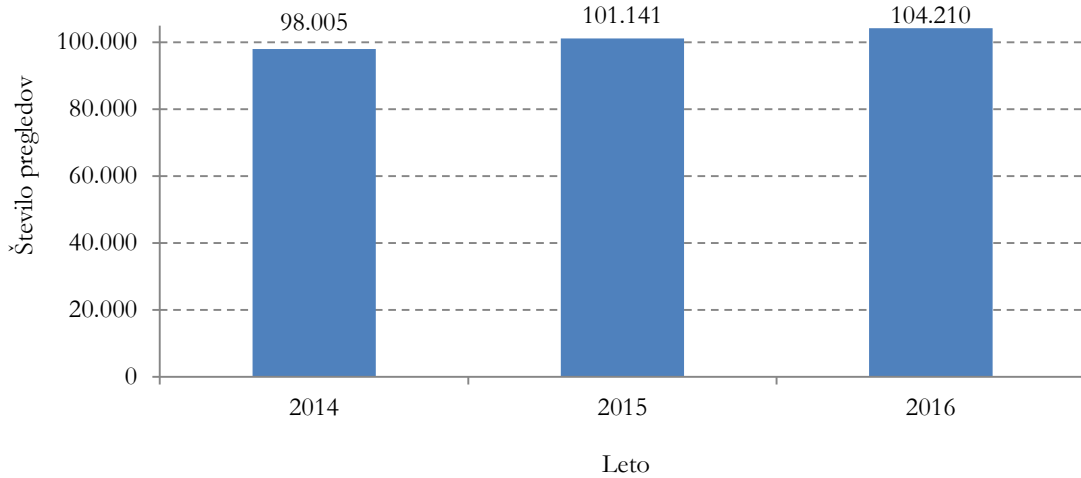
V letu 2017 narašča tudi število oseb, ki čakajo prek dopustne čakalne dobe<sup>187</sup>. Tako je to število od 344 oseb ob koncu leta 2016 naraslo na 588 oseb v juniju 2017. V povprečju je v obdobju, na katero se nanaša revizija, vsak mesec prek dopustne čakalne dobe čakalo 434 oseb. Ob tem je treba dodati, da lahko, glede na sporočene podatke, število čakajočih nad dopustno dobo iz meseca v mesec zelo niha oziroma se lahko hitro spremeni.

Iz podatkov o številu izvedenih pregledov, ki smo jih prejeli od ZZS, izhaja, da je skupno število pregledov pri urologih v obdobju, na katero se nanaša revizija, vseskozi naraščalo za približno 3 odstotke oziroma za nekaj več kot 3 tisoč pregledov na leto.

<sup>186</sup> Povprečna čakalna doba je bila izračunana kot uteženi del čakalnih dob po obeh stopnjah nujnosti.

<sup>187</sup> Ta je za stopnjo nujnosti hitro 3 mesece, za stopnjo nujnosti redno pa 6 mesecev (3. člen pravilnika o čakalnih dobah).

Slika 11: Število opravljenih pregledov pri urologih med letoma 2014 in 2016



Vir: podatki ZZS.

Kljub rahlemu povečanju števila opravljenih pregledov pri urologih<sup>188</sup>, ki je razvidno s slike 11, to ni zadostovalo za zmanjšanje števila čakajočih kar pomeni, da se v zadnjih letih potrebe prebivalstva postopno povečujejo (povezava s točko 2.2.1.d tega poročila). Brez dodatnih ukrepov je zato občutnejše skrajšanje čakalnih dob pričakovati šele po letu 2021, ko bo specializacijo predvidoma končalo večje število specializantov. Zaradi nepoznavanja trenutnih potreb in prihodnjega trenda pa je tovrstne napovedi težko podati.

2.4.1.b Centralne evidence podatkov o čakalnih dobah in številu čakajočih za morebitne dodatne diagnostične posege (na primer biopsija prostate) ali pričetek zdravljenja pacientov z diagnozo raka prostate v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni bilo. Zato smo podatke o čakalnih dobah za operacije raka prostate pridobili neposredno od izvajalcev operacij. Iz posredovanih podatkov izhaja, da je večina izvajalcev operacij te operacije uspela izvesti v strokovno sprejemljivem roku<sup>189</sup>, najbolj pa od tega odstopajo v UKC Ljubljana, kjer pojasnjujejo, da čakalna doba na operacijo raka prostate znaša približno leto dni. Pri nekaterih manjših izvajalcih je bila v tem obdobju čakalna doba tudi zgolj en mesec.

#### Pojasnilo UKC Ljubljana

*Povprečna čakalna doba za operacijo raka prostate se je  $\approx$  8 mesecev v letu 2013 povečala že na več kot 12 mesecev v letu 2016. S preusmeritvijo bolnikov v druge centre se skuša ublažiti dotok novoodkritih rakavih bolnikov. Zelo veliko bolnikov išče pomoč v SB Slovenj Gradec in SB Celje in tam operirajo velike deleže v UKC Ljubljana diagnosticiranih rakov prostate. Na letni ravni je samo v Ljubljani od približno 1.200 izvedenih biopsij novo odkritih približno 700 primerov raka prostate. Od teh jih je vsaj polovica primernih za operativno zdravljenje. Število rakavih bolnikov (prostata, ledvica, mehur), ki potrebujejo operativno terapijo, stalno narašča in je vseskozi večje od prostorskih in kadrovskih kapacitet ter zmogljivosti urološkega oddelka, da izvede operacije v sprejemljivem času. Predvsem pa je treba poudariti, da se urološko*

<sup>188</sup> V predstavljenih podatkih so zajeti vsi pregledi pri specialistih urologih (prvi in kontrolni pregledi).

<sup>189</sup> Iz Letnega poročila DPOR za leto 2012 izhaja, da je delovna skupina za diagnostiko in zdravljenje, ki je bila ustanovljena v okviru spremljanja DPOR, predlagala dopustno čakalno dobo za zdravljenje lokaliziranega raka prostate 3–4 mesece. To je tudi po mnenju urologov strokovno dopustna in utemeljena čakalna doba.

*zdravljenje benignih procesov, ki zahtevajo operativno zdravljenje, praktično ne izvajajo več. Zato bolniki z benigno prostato in nezmožnostjo uriniranja, ki imajo vstavljen kateter, čakajo tudi več kot dve leti.*

#### *Ukrep ministrstva*

*Predstavniki ministrstva so se v septembru 2017 sestali z vodstvom UKC Ljubljana in se dogovorili o ukrepih, ki jih bosta UKC Ljubljana in ministrstvo izvedla za skrajšanje čakalnih dob na operacije. Tako je bilo dogovorjeno, da naj bi se uvedel dodatni operativni dan za urologijo, skrajšala naj bi se ležalna doba, urologija naj bi pridobila dodatne postelje. Potrjena je bila investicijska dokumentacija za nakup robotskega kirurškega sistema. Prav tako je bilo dogovorjeno preusmerjanje bolnikov, ki čakajo na lažje posege, v druge regionalne ustanove.*

2.4.1.c Ministrstvo ni analiziralo vzrokov za nastanek čakalnih dob na področju urologije (tako za prvi pregled pri specialistu urologu, kot tudi za morebiten pričetek zdravljenja), ki presega dopustno čakalno dobo. Zato ob sprejemanju odločitev za izvedbo ukrepov za skrajšanje čakalnih dob ni razpolagalo z ustreznimi, zadostnimi in ažurnimi informacijami o dolžini in vzrokih za čakalno dobo za obravnavo pacientov z rakom prostate in ni moglo pripraviti na analizah temelječih ukrepov za odpravo vzrokov za nastanek predolgih čakalnih dob.

#### *Pojasnilo ministrstva*

*Ministrstvo je v letih 2015 in 2016 izvedlo pilotni projekt Za boljše upravljanje čakalnih dob, iz katerega so razvidni tudi vzroki čakalnih dob, ki pa niso za vse izvajalce enoznačni po dejavnostih, ampak je stanje odvisno od več dejavnikov. Posebne analize za področje urologije ministrstvo ni pripravilo. V avgustu je 2017 pripravilo tudi pregled čakajočih nad dopustno dobo za vse zdravstvene storitve, za katere se podatki o čakalnih dobah zbirajo v okviru aplikacije NACAS, in od nekaterih izvajalcev zdravstvenih storitev pridobilo informacije o tem, ali so razlogi za daljše čakanje morebiti tudi na strani bolnikov. Analiza je pokazala, da so med predolgo čakajočimi tudi bolniki, ki so sami izrazili željo po prestavitvi termina, nekateri pa so imeli medicinsko indikacijo za čakanje ali pa zaradi njihovega zdravstvenega stanja storitve ni bilo mogoče opraviti. Nekateri bolniki so se kljub seznanitvi z možnostjo prenaročila k zdravniku ali izvajalcu, ki storitev izvede v okviru dopustne čakalne dobe, odločili za uvrstitev na čakalni seznam pri želenem zdravniku ali izvajalcu zdravstvenih storitev, čeprav so bili seznanjeni, da bodo s tem čakali prek dopustne čakalne dobe.*

2.4.1.d Med izvedenimi ukrepi za skrajševanje čakalnih dob na področju urologije v obdobju, na katero se nanaša revizija, je ministrstvo navedlo, da je v okviru Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2016 predlagalo enkratno povečanje programa nekaterih zdravstvenih storitev, med katerimi so bile tudi operacije raka prostate, ledvic in mehurja. V okviru programa je bilo odobreno do 199 operacij raka prostate, ledvic in mehurja, od tega 50 operacij robotsko podprte radikalne prostatektomije. Tudi v letu 2017 je bil odobren enkratni dodatni program, iz katerega izhaja, da so operacije raka plačane glede na realizacijo<sup>190</sup>.

Skladno s splošnimi dogovori so bili že pred letom 2016 vsi operativni posegi rakavih obolenj plačani v celoti<sup>191</sup> (ne glede na pogodbeno dogovorjen obseg med izvajalcem in ZZZS) in ukrep za leti 2016 in 2017 ne predstavlja dodatne spodbude za izvajalce zdravstvenih storitev, da bi z izvedbo več operacij raka prostate skrajšali čakalno dobo za paciente. Ministrstvo tudi ne razpolaga s podatki o učinku teh ukrepov na skrajševanje čakalne dobe.

<sup>190</sup> Torej vse operacije, ki so bile izvedene (brez omejitev). To izhaja že iz splošnih določb dogovora.

<sup>191</sup> Splošni dogovor za leto 2015 v sedmem odstavku 40. člena določa, da bo ZZZS izvajalcem za določene zdravstvene storitve (med njimi tudi kirurško zdravljenje rakavih bolezni v akutni bolnišnični obravnavi) plačal vse realizirane storitve.

Tovrstni ukrepi so enkratne narave in tudi ne zagotavljajo dolgotrajnih učinkov na skrajševanje čakalnih dob. Menimo, da bi bilo pred odločitvijo o uvedbi ukrepov treba izvesti analizo vzrokov za nastanek predolgih čakalnih dob in nato ukrepe ciljno usmeriti v odpravo vzrokov za njihov nastanek. Brez tovrstnih informacij ni zagotovila, da bodo sprejeti ukrepi imeli tudi dolgoročne pozitivne učinke na skrajšanje čakalnih dob.

#### *Ukrep ministrstva*

*Ministrstvo se je v avgustu 2017 sestalo z vsemi izvajalci urološke dejavnosti in se dogovorilo o aktivnostih za skrajšanje čakalnih dob. Tako sta bila sprejeta sklepa o preusmerjanju pacientov glede na področja operativnih posegov med bolnišnicami in zaveza izvajalcev, da bodo do konca leta opravili vse aktivnosti, da ne bo čakajočih nad dopustno čakalno dobo, s poudarkom na pacientih z napotnico hitro.*

*Ministrstvo se je v septembru sestalo tudi z vodstvom Kliničnega oddelka za urologijo UKC Ljubljana in vodstvom UKC Ljubljana ter se dogovorilo o več ukrepih za skrajšanje čakalnih dob na operacije.*

2.4.1.e V aprilu 2017 je vlada na predlog ministrstva uvedla posebni vladni projekt za skrajševanje čakalnih dob, katerega cilji so:

- spodbujanje in nagrajevanje dela zdravnikov nad normativi, dokler se javni zdravstveni sistem kadrovske ne okrepi;
- spodbujanje in nagrajevanje načina dela in storitev zdravnikov in drugih zaposlenih v javnih zdravstvenih zavodih, ki pomenijo prijaznejšo obravnavo pacientov;
- manj napotovanj med različnimi ravnmi zdravstvene dejavnosti;
- skrajševanje čakalnih dob in zmanjšanje števila čakajočih;
- boljša kakovost zdravstvene obravnave ter boljše sodelovanje med zdravniki različnih ravni zdravstvene dejavnosti.

Glavna spodbuda za doseg ciljev naj bi bilo stimulatívno nagrajevanje javnih uslužbencev v zdravstvu, ki bodo vključeni v aktivnosti za skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu, ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave. Med izvajanjem revizije od uvedbe ukrepa po naši oceni še ni preteklo dovolj časa, da bi lahko podali oceno učinka ukrepa na skrajšanje čakalnih dob na področju urologije.

#### **Povzetek**

Iz aplikacije NAČAS je v povezavi z obravnavo bolnikov z rakom prostate mogoče pridobiti le podatek o številu čakajočih in predvideni čakalni dobi za prvi urološki pregled. Po podatkih mesečnih poročil je povprečna čakalna doba za prvi pregled pri urologu v obdobju od začetka leta 2014 do junija 2017 znašala 140 dni. Kljub rahlemu vsakoletnemu povečanju števila opravljenih pregledov, to ni zadostovalo, da bi se število čakajočih zmanjšalo. V povprečju je v obdobju, na katero se nanaša revizija, vsak mesec prek dopustne čakalne dobe čakalo 434 oseb. Ministrstvo ni analiziralo vzrokov za predolge čakalne dobe na področju urologije in tudi ni izvedlo analize potreb prebivalstva po zdravstvenih storitvah na tem področju v prihodnje. Zato ministrstvo ob sprejemanju odločitev glede skrajševanja čakalnih dob ni razpolagalo z ustreznimi, zadostnimi in ažurnimi informacijami, ki bi omogočile izbor primernih ukrepov ter preverjanje njihovih učinkov. Ministrstvo je v letih 2016 in 2017 predlagalo ukrepe za skrajševanje predolgih čakalnih dob na operacijo raka prostate (v obliki odobritve dodatnih operacij), s podatki o učinkih teh ukrepov na skrajšanje čakalnih dob pa ne razpolaga. Tovrstni ukrepi sicer ne predstavljajo dodatne (nove) spodbude izvajalcem za skrajševanje čakalne dobe na operacijo raka prostate, saj že iz vsakoletnih splošnih dogovorov v obdobju, na katero se nanaša revizija, izhaja, da ZZS plača vse

opravljene operacije rakavih obolenj. Menimo, da tovrstni enkratni ukrepi ne zagotavljajo tudi dolgoročnih učinkov, saj ne odpravljajo vzrokov za nastanek predolghih čakalnih dob. Dolgoročni učinek pa bi, ob primernem nadaljnjem razvoju virov s področja urologije in z ustrežno organizacijo urologije, lahko imelo povečanje števila specializantov.

## 2.4.2 Ustanovitev in delovanje razširjenih strokovnih kolegijev

ZZDej v 74. in 75. členu določa, da so RSK strokovni organi, ki oblikujejo strokovno doktrino o krepitvi zdravja, preprečevanju, ugotavljanju, zdravljenju, zdravstveni negi in rehabilitaciji zbolelih, poškodovanih in oseb z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. RSK na podlagi skupnega predloga klinik, strokovnih združenj in visokošolskih zavodov, ki izvajajo programe za zdravstvene delavce, ustanovi ministrstvo.

Sestava in delovanje RSK je bila v večjem delu obdobja, na katero se nanaša revizija, določena v Pravilniku o sestavi in delovanju Razširjenih strokovnih kolegijev<sup>192</sup> (v nadaljevanju: pravilnik o RSK). V skladu z 2. členom pravilnika o RSK je RSK najvišji in avtonomni strokovni organ določene stroke, ki je pri svojih odločitvah zavezan dosežkom znanosti, strokovno preverjenim metodam in razvoju stroke, upošteva javni zdravstveni interes.

Naloge RSK so bile določene v 11. členu pravilnika o RSK:

- usklajevanje in dokončno oblikovanje strokovnih smernic za njihovo strokovno področje,
- spremljanje razvoja stroke ter zdravstvene politike in njenih ukrepov, ki se nanašajo na ožje strokovno področje RSK,
- spremljanje kazalcev kakovosti s področja njihove dejavnosti in predlaganje sodobnih metod diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije,
- spremljanje normativov in standardov kadrovskih in materialnih virov,
- predlaganje novih metod diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije s področja njihove dejavnosti, ki temeljijo na z dokazi podprti medicini,
- pripravljanje strokovnih stališč, analiz in ocen stanj za upravne organe, ministrstvo, ZZZS in druge naročnike in
- spremljanje stališč in ukrepov v primerih, ko prihaja do očitnega odstopanja od sodobnih strokovnih priporočil.

RSK se oblikujejo pri klinikah, inštitutih in drugih zdravstvenih zavodih, ki jih določi minister, pristojen za zdravje. Sestavljajo jih svetniki, višji svetniki<sup>193</sup>, fakultetni učitelji in drugi priznani strokovnjaki na področju zdravstvenega varstva.

RSK s svojimi strokovnimi predlogi vplivajo na vsebino in obseg zdravstvenega varstva in s tem na zdravstveno politiko in financiranje zdravstvenega varstva. Predloge potrjuje zdravstveni svet kot najvišji strokovno usklajevalni organ na področju zdravstvenega varstva. Ta lahko od RSK zahteva, da strokovno

---

<sup>192</sup> Uradni list RS, št. 30/02 (34/02-popr., 94/02-popr.), 82/04, 38/06 (51/06-popr.), 52/11. Pravilnik je nehal veljati 19. 8. 2017, ko je stopil v veljavo Pravilnik o razširjenih strokovnih kolegijih (Uradni list RS, št. 44/17).

<sup>193</sup> Naziva svetnik ali višji svetnik je stopnja strokovnega napredovanja, ki se pridobi z izobraževanjem in delom za aktivni prispevek na strokovnem, pedagoškem in raziskovalnem področju zdravstvene dejavnosti. Naziv svetnik ali višji svetnik podeli minister za zdravje na predlog zdravstvenega sveta. To izhaja iz Pravilnika o pogojih in postopku za pridobitev naziva svetnik ali višji svetnik (Uradni list RS, št. 72/06).

doktrino prilagodijo ekonomskim možnostim države in da predlagajo izvajanje programov po prioritetah v omejenem obsegu.

Preverili smo aktivnosti ministrstva v zvezi z oblikovanjem RSK za urologijo, predvsem glede pravočasne obravnave pobud za ustanovitev RSK, ugotavljanja potreb po njegovi ustanovitvi in spodbujanja deležnikov k aktivni razpravi o potrebi za ustanovitev RSK za urologijo.

2.4.2.a 3. člen pravilnika o RSK je določal 35 področij, za katera se ustanovijo RSK, vendar med njimi ni bilo področja urologije. Po pojasnilih ministrstva je o zadevah s področja urologije mnenja podajal RSK za kirurgijo, kjer so urologi imeli svojega predstavnika.

Ministrstvo smo zaprosili za letna poročila RSK za kirurgijo od leta 2014 do leta 2017, kamor naj bi sodila urološka stroka. Ministrstvo nam je posredovalo zgolj letno poročilo RSK za leto 2016<sup>194</sup> s pojasnilom, da RSK za kirurgijo v letu 2014 in večino leta 2015 ni imel mandata, zato se ni sestajal. Novi RSK za kirurgijo je bil imenovan 8. 9. 2015, na prvem sestanku se je sestel 1. 2. 2016. Ministrstvo je tudi pojasnilo, da v sedanji sestavi RSK za kirurgijo ni predstavnika urologov.

---

### Priporočilo

Ministrstvu priporočamo, naj analizira delovanje RSK in v primeru ugotovljene neaktivnosti RSK oziroma neizvajanja s predpisi določenih nalog pripravi in izvede ukrepe, ki bodo zagotovili takšno delovanje RSK, da bo dosežen namen ustanovitve RSK, kot je opredeljen v ZZDej.

---

#### *Ukrep ministrstva*

*Ministrstvo je v septembru 2017 pozvalo vse RSK, da pripravijo poročila o delu v obdobju januar–september 2017, ki bodo podlaga za pregled dela RSK in preverjanje, ali RSK izvajajo svoje naloge.*

Iz letnega poročila RSK za kirurgijo za leto 2016 ne izhaja, da bi ta v tem letu obravnaval problematiko, povezano z urološko stroko. Glede na dejstvo, da RSK za urologijo ni bil ustanovljen in da problematika tega področja tudi ni bila obravnavana v okviru RSK za kirurgijo, ocenjujemo, da urološka stroka v obdobju, na katero se nanaša revizija, na ravni RSK ni bila primerno zastopana.

2.4.2.b Združenje urologov Slovenije je na ministrstvo 15. 6. 2014 posredovalo pobudo za ustanovitev strokovnega telesa za urologijo. Ministrstvo je Združenju urologov Slovenije v dopisu pojasnilo, da je za ustanovitev RSK v skladu s 3. členom pravilnika o RSK potreben skupni predlog univerzitetnih kliničnih centrov Ljubljane in Maribora, Zdravniške zbornice Slovenije in Slovenskega zdravniškega društva. Združenje urologov Slovenije je nato čez dve leti, to je 4. 7. 2016, ministrstvu ponovno posredovalo pobudo za ustanovitev RSK za urologijo, priložilo dopis generalnega sekretarja evropskega združenja urologov<sup>195</sup>, ni pa priložilo predloga pristojnih institucij. Ministrstvo je 27. 7. 2016 združenje z dopisom ponovno opozorilo glede potrebnih soglasjih za ustanovitev RSK. Tokrat se je sklicevalo na drugo pravno podlago, in sicer 74. člen ZZDej, in Združenje urologov Slovenije obvestilo, da je potreben skupni predlog UKC Ljubljana in UKC Maribor, Združenja urologov Slovenije ter medicinskih fakultet Univerze v Ljubljani in Univerze v Mariboru.

---

<sup>194</sup> Letno poročilo za leto 2016 z dne 8. 2. 2017.

<sup>195</sup> Dopis z dne 28. 6. 2016, v katerem je navedeno, da imajo urologi v evropskih državah samostojna svetovalna strokovna telesa v okviru posameznih vlad.

Združenje urologov Slovenije je nato pridobilo predloge navedenih inštitucij in jih 12. 9. 2016 posredovalo ministrstvu. Ministrstvo je pripravilo nov Pravilnik o razširjenih strokovnih kolegijih (v nadaljevanju: nov pravilnik o RSK) in ga v avgustu 2017 tudi sprejelo. V novem pravilniku o RSK je predviden tudi RSK za urologijo, ki mora biti imenovan v roku treh mesecev od uveljavitve pravilnika<sup>196</sup>. Ministrstvo ni izkazalo, da bi v času od prve pobude za ustanovitev RSK za urologijo v letu 2014 do predložitve soglasij v letu 2016 izvajalo kakršnekoli aktivnosti, na podlagi katerih bi pridobivalo dodatne informacije o potrebi po ustanovitvi RSK za urologijo oziroma bi med deležniki, ki dajejo soglasja k ustanovitvi RSK, spodbujalo aktivno razpravo o potrebi po njegovi ustanovitvi, kar bi lahko pospešilo ustanovitev RSK za urologijo.

Ugotovili smo, da zadnji odstavek 3. člena pravilnika o RSK ni bil skladen s 74. členom ZZDej, kar je oviralo tudi prizadevanja Združenja urologov Slovenije pri ustanavljanju RSK. ZZDej določa, da je podlaga za ustanovitev RSK predlog klinik, strokovnih združenj in visokošolskih zavodov, ki izvajajo programe za zdravstvene delavce, medtem ko je pravilnik o RSK določal, da je za ustanovitev novega RSK potreben skupni predlog klinik oziroma kliničnih inštitutov, Zdravniške zbornice Slovenije in Slovenskega zdravniškega društva. V novem pravilniku o RSK je navedena neskladnost odpravljena.

Ocenjujemo, da so naloge, ki so bile določene v 11. členu pravilnika o RSK oziroma jih določa 9. člen novega pravilnika o RSK, pomembne in lahko vplivajo na vsebino in obseg zdravstvenega varstva, zato menimo, da bi moralo biti ministrstvo aktivnejše pri ugotavljanju potreb po ustanovitvi RSK za posamezno strokovno področje. RSK lahko vplivajo na razvoj stroke v okviru posamezne specialnosti in s tem tudi na kakovost zdravljenja, za kar si pa mora prizadevati tudi ministrstvo. Na pomen ustanovitve RSK za urologijo so ministrstvo še dodatno opozorili posamezni urologi, ki so neobstoje RSK za urologijo šteli kot enega izmed večjih vzrokov za nastale težave na področju urologije. Hkrati opozarjamo, da zgolj ustanovitev RSK še ni dovolj za uspešen in učinkovit razvoj določene stroke oziroma zdravstvene politike. Tudi po ustanovitvi RSK za urologijo bo moralo ministrstvo s pomočjo zapisnikov sej in letnih poročil RSK<sup>197</sup> spremljati delo RSK za urologijo in zagotavljati, da bo ta opravljal naloge, ki jih predvideva zakonodaja. Nov pravilnik o RSK v 18. členu daje ministru za zdravje tudi pristojnost, da RSK razpusti in imenuje nove člane, če RSK v šestih mesecih od imenovanja ne skliče nobene seje, če se ne odziva na dopise ministrstva ali če ne izvaja nalog, določenih s tem pravilnikom.

### **Povzetek**

Urologija je bila do avgusta 2017 na ravni RSK zastopana v okviru RSK za kirurgijo, vendar ta v letih 2014 in 2015 večinoma ni imel mandata, v letu 2016 pa tematike s področja urologije ni obravnaval. Združenje urologov Slovenije je na ministrstvo v letu 2014 posredovalo pobudo za ustanovitev RSK za urologijo, v juniju 2016 pa je predložilo tudi vsa potrebna soglasja za njegovo ustanovitev. Ministrstvo je RSK za urologijo ustanovilo v avgustu 2017. Ministrstvo ni izkazalo, da bi v času od prve pobude za ustanovitev RSK za urologijo v letu 2014 do predložitve soglasij v letu 2016 izvajalo kakršnekoli aktivnosti, na podlagi katerih bi pridobivalo dodatne informacije o potrebi po ustanovitvi RSK za urologijo oziroma bi spodbujalo aktivno razpravo o potrebi po njegovi ustanovitvi, kar bi lahko pospešilo ustanovitev RSK za urologijo.

---

<sup>196</sup> Do 19. 11. 2017.

<sup>197</sup> 15. člen novega pravilnika o RSK določa, da se o sejah RSK vodi zapisnik, ki ga je treba v 15 dneh poslati ministrstvu, v skladu s 16. členom pa mora vsak RSK ministrstvu posredovati tudi letno poročilo o svojem delu.

### 2.4.3 Klinične smernice in klinične poti

V sistemu zdravstvenega zavarovanja imajo bolniki na podlagi 11. člena ZPacP pravico do primerne<sup>198</sup>, kakovostne in varne<sup>199</sup> zdravstvene oskrbe v skladu z medicinsko doktrino. Bolniki imajo pravico do enake obravnave na podlagi izpolnjevanja vsaj minimalnih strokovnih standardov storitev. To se lahko zagotavlja tudi s sprejetjem kliničnih smernic in kliničnih poti.

*Klinična smernica* je skupek sistematično oblikovanih stališč, ki zdravniku oziroma drugemu zdravstvenemu osebju in bolnikom pomaga pri odločanju za primerno zdravstveno oskrbo v posebnih kliničnih okoliščinah<sup>200</sup>. Klinične smernice so priporočila o najboljši oskrbi določenih zdravstvenih stanj ob upoštevanju razpoložljivih dokazov o najuspešnejših pristopih. Klinične smernice ne nadomestijo znanj in izkušenj zdravnika, temveč so pripomoček za sprejemanje odločitev o najprimernejših ukrepih v specifičnih okoliščinah posameznega bolnika. Smernice lahko pomembno prispevajo k oblikovanju kliničnih poti, izobraževanju in usposabljanju zdravstvenih delavcev ter informiranju pacientov o predvidenem poteku zdravstvene oskrbe.<sup>201</sup>

*Klinična pot* pa je pripomoček<sup>202</sup>, ki zdravstvenemu timu omogoča racionalno in na znanstvenih dokazih utemeljeno obravnavo pacienta, spremljanje opravljenega dela, spremljanje kazalnikov kakovosti, natančnejše dokumentiranje in lažjo notranjo presojo zdravstvene prakse. Za posamezno bolezensko stanje jo izdelata posamezni zdravstveni zavod ali celo oddelek in v njej opredeljuje lokalno sprejeto, multidisciplinarno prakso oskrbe določene skupine bolnikov, ki temelji na smernicah in dokazih. Pacientu klinična pot pomaga pri seznanjanju s predvidenim potekom zdravstvene obravnave, poleg tega je tudi dober pripomoček za izračun stroškov. V praksi naj bi se klinične poti izkazale kot najprimernejše orodje za doseganje dobrih izidov zdravljenja in zdravstvene oskrbe. Z uporabo kliničnih poti je tudi omogočena boljša sledljivost oskrbe pacienta, kar omogoča boljše načrtovanje, upravljanje in vodenje kliničnih in strokovnih elementov ter tudi administrativnih elementov zdravstvene organizacije. Klinične poti predstavljajo velik potencial za izboljšanje kakovosti in učinkovitosti dela ter zagotavljajo, da imajo bolniki od zdravstvene obravnave največje koristi.<sup>203</sup>

Glavni cilj tako kliničnih smernic kot kliničnih poti je zmanjšati nezaželene odklone v klinični praksi pri podobnih stanjih in najbolje izkoristiti razpoložljiva sredstva. Poudarek je na multidisciplinarnem sodelovanju, zato je z njimi treba seznaniti izvajalce in bolnike. Klinična pot obsega celotno obravnavo

<sup>198</sup> Primerna zdravstvena oskrba je tista, ki je skladna s pacientovimi potrebami in zmožnostmi zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in temelji na enostavnih, preglednih in prijaznih administrativnih postopkih ter vzpostavlja s pacientom odnos sodelovanja in zaupanja.

<sup>199</sup> Varna zdravstvena oskrba je tista, ki preprečuje škodo za pacienta v zvezi s samim zdravljenjem in v zvezi z okoliščinami fizične varnosti bivanja in zadrževanja pri izvajalcu zdravstvenih storitev.

<sup>200</sup> Klinična smernica opredeljuje epidemiološke podatke, ki vključujejo klinične izide, splošne predloge za diagnostiko in zdravljenje, podrobnejše in posebne predloge za zdravstveno oskrbo različnih zdravstvenih težav ter dodatno gradivo za diagnostiko in zdravljenje.

<sup>201</sup> Odstavek, povzet po Metodoloških priporočilih za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti, Ministrstvo za zdravje, avgust 2006 (v nadaljevanju: metodološka priporočila).

<sup>202</sup> Dobra klinična pot se nenehno izpopolnjuje na podlagi izkušenj o njeni uporabi, ugotovljenih odklonov od predpisane poti in novih spoznanj v strokovni literaturi.

<sup>203</sup> Odstavek, povzet po metodoloških priporočilih.

bolnika od vstopa v zdravstveni sistem do izstopa iz njega, in sicer pod vodstvom celotnega multidisciplinarnega zdravstvenega tima.<sup>204</sup>

Klinične smernice in klinične poti ocenjujemo kot pomemben dejavnik, ki lahko prispeva k izboljševanju kakovosti zdravljenja, zato smo preverili aktivnosti ministrstva na področju sprejemanja kliničnih smernic in kliničnih poti, povezanih z rakom prostate, predvsem ali je spodbujalo k aktivni razpravi o oblikovanju kliničnih smernic in kliničnih poti, ali je sprejelo kakšne ukrepe, ki bi izvajalce zavezovali k njihovem sprejemu, in ali je pomagalo s pripravo in objavo vzorčnih kliničnih poti.

2.4.3.a Ministrstvo je od leta 2003 do leta 2010 pripravilo več dokumentov, s katerimi je želelo spodbuditi izvajalce zdravstvenega varstva k sprejemu in uvedbi kliničnih smernic in poti. Leta 2003 je ministrstvo izdelalo Slovenski priročnik za smernice<sup>205</sup> (v nadaljevanju: priročnik za smernice), namenjen skupinam, ki naj bi oblikovale in udeleževale klinične prakse v okviru sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji. Priročnik za smernice vsebuje splošne napotke in podrobnosti v zvezi z metodologijo za sistematično oblikovanje kliničnih smernic oziroma prilagajanje uveljavljenih smernic slovenskemu prostoru, uvajanje smernic v prakso ter spremljanje njihove uporabe. Cilj je bil izboljšati klinično prakso in spodbujati multidisciplinarno timsko delo in zdravstveno varstvo v Sloveniji, in sicer z uveljavljanjem metodologije in infrastrukture, ki sta potrebni za oblikovanje in uvajanje smernic klinične prakse. Ministrstvo je v priročniku za smernice navedlo, da ga bo nenehno dograjevalo ter pripomoglo k udeležanju smernic v prakso, vendar nam med izvajanjem revizije ni posredovalo dokumentacije, na podlagi katere bi lahko ugotovili, da je izvajalo aktivnosti v zvezi z dograjevanjem priročnika oziroma udeležanjem smernic.

2.4.3.b V priročniku o smernicah je ministrstvo navedlo, da so klinične poti eden izmed najuspešnejših modelov uvajanja smernic v vsakodnevno klinično prakso, zato je v letu 2006 izdalo metodološka priporočila kot usmeritve in priporočila za oblikovanje in uvajanje kliničnih poti v zdravstvu v Republiki Sloveniji. V njih je opredelilo klinične smernice in klinične poti kot orodje za spodbujanje dobre klinične prakse in kakovosti v zdravstvu v Republiki Sloveniji.

Ministrstvo je leta 2009 kot eno izmed aktivnosti, s katero je želelo pospešiti proces priprave kliničnih poti in njihovega uvajanja v redno delo, izdalo tudi priročnik za klinične poti. V njem je poudarilo, da bo spodbujalo razvoj nacionalnih kliničnih poti, ki bodo služile kot vzorec in jih bodo prav tako pripravili zdravstveni timi, ki neposredno delajo z bolniki. Predloge po vzpostavljanju enotnih kliničnih poti, ki naj bi bile integrirane na vseh treh ravneh zdravstvenega sistema, so podali izvajalci zdravstvenih storitev, in sicer kot enega izmed ukrepov, ki bo pripomogel k odpravi predolghih čakalnih dob<sup>206</sup>. Ministrstvo med izvajanjem revizije ni posredovalo dokumentacije, na podlagi katere bi lahko sklenili, da je v obdobju, na katero se nanaša revizija, spodbujalo razvoj oziroma pripravo nacionalnih kliničnih poti.

<sup>204</sup> Povzeto po metodoloških priporočilih in Priročniku za oblikovanje kliničnih poti, Ministrstvo za zdravje, november 2009 (v nadaljevanju: priročnik za klinične poti).

<sup>205</sup> Priročnik za smernice upošteva nekatere uveljavljene modele programov za pripravo smernic, kot na primer SIGN (*Scottish Intercollegiate Guidelines Network*), nemške agencije za kakovost v medicini (*Die Ärztliche Zentralstelle Qualitätssicherung, ÄZQ*) in Mednarodne mreže za smernice (*International Guidelines Network, GIN*).

<sup>206</sup> Vmesno poročilo o izvedbi pilotnega projekta Za boljše upravljanje s čakalnimi dobami, julij 2016.

2.4.3.c Pomena kliničnih poti na ravni posameznih izvajalcev so se zavedali tudi podpisniki Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2016, s katerim so določili program zdravstvenih storitev in izhodišča za njegovo izvajanje ter oblikovanje cen, saj so v 17. členu priloge BOL II/b<sup>207</sup> določili, da morajo izvajalci v javnem in zasebnem sektorju klinične poti objaviti in ob spremembi ažurirati na svojih spletnih straneh ter da morajo imeti v letu 2016 vpeljanih najmanj 14 kliničnih poti, izvajalci ozko specializirane dejavnosti pa tri ter da dokumentacijo o vpeljavi z opisom klinične poti izvajalci posredujejo ZZZS. Enaka določba je vključena tudi v splošni dogovor za leto 2017.

Na spletnih straneh smo pri vseh izvajalcih, ki so v letu 2016 prejeli sredstva od ZZZS za opravljene operacije raka prostate, preverili, ali imajo objavljene klinične poti in še posebej, če imajo sprejete in objavljene klinične poti za obravnavo nekaterih najpogostejših rakavih obolenj, zlasti za bolnike z rakom prostate. Ugotovili smo, da imajo izvajalci na spletnih straneh objavljenih od 14 do 66 različnih kliničnih poti, vendar med njimi ni kliničnih poti za bolnike z rakom prostate.

Edino klinično pot v zvezi z obravnavo bolezni prostate je sprejel in objavil UKC Maribor: Klinična pot za benigno hiperplazijo prostate.

2.4.3.d Ministrstvo je v letu 2013 pripravilo poročilo o vodenju kakovosti v slovenskih bolnišnicah v letu 2011, v katerem so bila podana priporočila različnim deležnikom. Ministrstvo naj bi s pomočjo partnerskih organizacij pripravilo izobraževanje za zdravstvene delavce o načinu proučevanja in izdelave kliničnih poti. Ministrstvo je pojasnilo, da takšno izobraževanje ni bilo izvedeno.

---

### **Priporočilo**

Ministrstvu priporočamo, naj pripravi usposabljanja oziroma izobraževanja za ozaveščanje in pospeševanje oblikovanja in izvajanja kliničnih poti.

---

2.4.3.e DPOR 2010–2015 je kot eno izmed nalog opredelil, da je treba vsem bolnikom z rakom v Republiki Sloveniji omogočiti strokovno in kakovostno enako, dostopno in primerljivo kirurško obravnavo. Iz DPOR 2010–2015 izhaja ugotovitev, da za večino vrst raka v Sloveniji še ni izdelanih smernic zdravljenja in kliničnih poti oziroma da ni zagotovljenega nadzora nad njihovim izvajanjem. Na podlagi DPOR 2010–2015 bi morala terciarna raven zdravstvene dejavnosti v obdobju do leta 2015 pripraviti manjkajoče smernice za obravnavo nekaterih najpogostejših rakavih obolenj, med katere sodi tudi rak prostate, ter osnovna navodila za izdelavo kliničnih poti za kirurško obravnavo najpogostejših oblik raka.

Ugotovili smo, da v Sloveniji na sekundarni in terciarni ravni še ni sprejetih smernic ter kliničnih poti za obravnavo bolnikov z rakom prostate. Edina smernica, ki je bila pripravljena v zvezi z zdravljenjem prostate, je smernica za diagnostiko, spremljanje in zdravljenje moških z benigno hiperplazijo prostate<sup>208</sup>, ki je bila izdelana za referenčne ambulante na primarni ravni. Omenjena smernica je pomembna tudi za zgodnje odkrivanje raka prostate, saj daje usmeritve glede načina spremljanja bolnikov s težavami s prostato in za ravnanje v primeru takšnih izvidov diagnostičnih postopkov, ki kažejo na sum raka prostate. Med izvajanjem revizije ministrstvo ni predložilo dokumentov, iz katerih bi lahko ugotovili, da je z

---

<sup>207</sup> Oblikovanje in financiranje programov na sekundarni in terciarni ravni.

<sup>208</sup> Pripravila jo je skupina urologov.

različnimi aktivnostmi spodbujalo ali celo zavezalo terciarno raven oziroma pristojne RSK, da pripravijo manjkajoče smernice za pogoste vrste raka, med njimi tudi raka prostate. V DPOR 2017–2021 je določen cilj, da se smernice pripravijo in objavijo do leta 2018, pripravili naj bi jih posamezni pristojni strokovni timi, potrdili naj bi jih pristojni RSK. Smernice naj bi bile letno revidirane.

#### *Pojasnilo ministrstva*

*Leta 2011 so bile glede diagnostike in zdravljenja uroloških bolnikov z rakom v okviru DPOR 2010–2015 oblikovane nekatere smernice, definirana dopustna čakalna doba in usmeritev za predstavitev na multidisciplinarni konzilij pred prvim zdravljenjem. Tako na spletni strani Združenja urologov Slovenije<sup>209</sup> kot tudi na spletni strani DPOR<sup>210</sup> so navedene povezave na uporabo smernic evropskega združenja za urologijo in evropskega združenja za internistično onkologijo<sup>211</sup>, ki naj bi veljale tudi za slovenske bolnike.*

*Oblikovanje strokovnih smernic, standardov kakovosti, kliničnih poti oziroma doktrine zdravljenja na posameznem področju oziroma specialnosti predstavlja poseben razvojni problem. Priprava strokovnih smernic ne poteka enotno in usklajeno z vidika racionalne (učinkovite in kakovostne) izvedbe programov zdravstvenih storitev, optimalne delitve dela med primarno ravno in ostalimi ravnmi zdravstvene dejavnosti, kategorizacije bolnišnic oziroma zmogljivosti na sekundarni ter terciarni ravni.*

*V državah Evropske unije so za primerljive naloge ustanovljene agencije oziroma druge primerljive institucije, ki se ukvarjajo z uvajanjem in nadgrajevanjem sistema kakovosti v zdravstvu na sistematičen, trajnosten in razvojni način. Rešitev bo urejena v Zakonu o kakovosti in varnosti v zdravstvu, ki je v fazi priprave izhodišč.*

Menimo, da samo priporočila glede uporabe tujih smernic niso dovolj, kar potrjujejo tudi navedbe v priločniku za smernice, iz katerega izhaja, da se morajo uveljavljene smernice prilagoditi slovenskemu prostoru, da je potrebno uvajanje smernic v prakso in tudi spremljanje njihove uporabe. Ministrstvo je pripravilo izhodišča predloga Zakona o kakovosti in varnosti v zdravstvu<sup>212</sup>, ki predvideva ustanovitev organa, pristojnega za kakovost in varnost v zdravstvu. Ta naj bi med drugimi nalogami tudi oblikoval in posodabljal klinične smernice.

2.4.3.f Ker je namen kliničnih smernic zagotavljati dobro klinično prakso in omogočiti podporo izboljšanju kakovosti zdravljenja, ocenjujemo, da bi moralo ministrstvo z ustreznimi ukrepi zavezati ustrezne deležnike v sistemu zdravstvenega varstva za sprejem kliničnih smernic in kliničnih poti ter izvajati nadzor v zvezi z izpolnjevanjem teh zavez. Klinične smernice omogočajo med drugim tudi uspešno spremljanje postopkov in izboljšanje izidov zdravstvene oskrbe ter primerjavo med različnimi izvajalci zdravstvenih storitev. Zato bi ministrstvo z zagotovitvijo priprave nacionalnih kliničnih smernic pridobilo pomembno orodje za izboljševanje kakovosti zdravstvene oskrbe, kar je ena izmed njegovih nalog. Klinične smernice najlažje in najpopolneje zaživijo v praksi z uveljavitvijo kliničnih poti, ki jih praviloma glede na svoje potrebe in organizacijo pripravljajo izvajalci zdravstvenih storitev. Menimo pa, da bi ministrstvo z zagotovitvijo priprave vzorčnih nacionalnih kliničnih poti olajšalo razvoj kliničnih poti pri

<sup>209</sup> [URL: <http://zus.si/ipss.pdf>], 27. 7. 2017.

<sup>210</sup> [URL: [http://www.dpor.si/?page\\_id=28](http://www.dpor.si/?page_id=28)], 27. 7. 2017

<sup>211</sup> Smernice EUA, [URL: <http://www.uroweb.org/guidelines/online-guidelines/>], 27. 7. 2017 in ESMO, [URL: <http://www.esmo.org/education-research/esmo-clinical-practice-guidelines.html>], 27. 7. 2017.

<sup>212</sup> [URL: [http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/NOVICE/22122016\\_Okvirna\\_izhodišca\\_za\\_Zakon\\_o\\_kakovosti\\_in\\_varnosti\\_v\\_zdravstvu.doc](http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/NOVICE/22122016_Okvirna_izhodišca_za_Zakon_o_kakovosti_in_varnosti_v_zdravstvu.doc)], 28. 9. 2017.

izvajalcih zdravstvenih storitev in bi s tem izvajalcem zdravstvenih dejavnosti dalo dodatno spodbudo in zavezo za izvedbo aktivnosti na tem področju. Ministrstvo je v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu iz leta 2006 zapisalo, da so nacionalne smernice in oblikovanje kliničnih poti ena izmed aktivnosti za sistemsko kakovost v zdravstvu ter da se z vpeljavo kliničnih smernic in kliničnih poti skuša zagotoviti standardizacija oziroma poenotenje zdravstvenih storitev, s tem pa se zagotovi enakost postopkov ter izvedba analiz in boljša primerljivost rezultatov. Menimo, da bi ministrstvo na podlagi rezultatov analize uporabe in odstopanj od kliničnih smernic in kliničnih poti lahko sprejelo ukrepe za izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene politike v državi. Ministrstvo bi lahko s primerjanjem učinkov posameznih kliničnih poti na rezultate zdravljenja in priporočanjem najboljše prakse pripomoglo k večji uspešnosti zdravljenja ter zmanjševanju nenačrtovanih, nenamernih in neupravičenih odklonov.

---

**Priporočilo**

Ministrstvu priporočamo, naj vzpostavi pravno zavezo za sprejem in uveljavitev kliničnih poti pri izvajalcih zdravstvenih storitev ter določi sankcijo v primeru kršitve te zaveze.

---

**Povzetek**

Ugotovili smo, da v Sloveniji na sekundarni in terciarni ravni še ni sprejetih smernic ter kliničnih poti za obravnavo bolnikov z rakom prostate niti za druge najpogostejše oblike raka. Ministrstvo ni izkazalo, da je z različnimi aktivnostmi spodbujalo ali celo zavezalo terciarno raven oziroma pristojne RSK ter posamezne izvajalce zdravstvenih storitev, da pripravijo manjkajoče smernice in klinične poti za najpogostejše oblike raka, med njimi tudi raka prostate. Menimo, da bi moralo ministrstvo z ustreznimi ukrepi zavezati ustrezne deležnike v sistemu zdravstvenega varstva za sprejem kliničnih smernic in kliničnih poti ter izvajati nadzor nad izpolnjevanjem teh zavez. K razvoju kliničnih poti bi prispevale tudi nacionalne klinične poti, katerih priprave pa ministrstvo ni zagotovilo.

### 3. MNENJE

Revidirali smo uspešnost *Ministrstva za zdravje* pri obravnavi problematike raka prostate v obdobju od začetka leta 2014 do izdaje osnutka dne 15. 9. 2017.

Na Ministrstvu za zdravje smo za obdobje, na katero se nanaša revizija, preverili, ali je bilo uspešno pri zagotavljanju pogojev za vzpostavitev učinkovitega sistema za obravnavo bolnikov z rakom prostate. Preverili smo zagotavljanje pogojev za vzpostavitev informacijske infrastrukture za učinkovito obravnavo bolnikov, in za ustrezno kadrovske strukturo in organiziranost urološke dejavnosti ter vzpostavitev ostalih pogojev za kakovostno obravnavo bolnikov z rakom prostate. Ugotovili smo, da Ministrstvo za zdravje pri obravnavi problematike raka prostate v obdobju, na katero se nanaša revizija, *ni bilo uspešno*. Predvsem v letu 2017 pa je ministrstvo okrepilo svoje aktivnosti in izvedlo več ukrepov, ki delno že izboljšujejo sistem, lahko pa bodo tudi dolgoročno prispevali k vzpostavitvi učinkovitega sistema za obravnavo bolnikov z rakom prostate.

Menimo, da Ministrstvo za zdravje v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni zagotovilo pogojev za vzpostavitev informacijske infrastrukture, ki bi omogočala učinkovito obravnavo bolnikov z rakom prostate. Informacijska infrastruktura ni omogočala pridobivanja ažurnih podatkov o obsegu raka prostate ter pravih, točnih in ažurnih podatkov o čakalnih dobah, zato Ministrstvo za zdravje ni razpolagalo z njimi, prav tako podatki niso bili na voljo bolnikom. V večjem delu obdobja, na katero se nanaša revizija, so bili javno dostopni zgolj podatki o čakalni dobi na prvi pregled pri urologu, ki pa niso bili zanesljivi. Z aprilom 2017 je bil vzpostavljen sistem eNaročanje, ki omogoča vpogled v čakalne dobe večine zdravstvenih storitev, vendar podatki v sistemu še niso bili pravilni, točni in ažurni. Sankcije, ki so bile za izvajalce, ki ne posredujejo točnih podatkov o čakalnih dobah, določene v Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2017, bi lahko prispevale k izboljšanju stanja.

Tudi informatizacija medicinskih zapisov – standardizacija ključnih tipov medicinskega zapisa, informatizacija popisa bolezni in enoten spletni popis bolezni za vsakega bolnika z maligno boleznijo – ni bila vzpostavljena do takšne mere, kot je bila predvidena z Državnim programom za obvladovanje raka 2010–2015, kar bi omogočilo tudi neposredno primerjavo kakovosti zdravljenja. V letu 2017 je ministrstvo pričelo z izvajanjem aktivnosti, katerih cilj je zagotoviti tudi informatizacijo posameznih medicinskih zapisov.

Menimo, da je za učinkovito ukrepanje pri zagotavljanju ustrezne kadrovske strukture nujno dobro poznavanje trenutnega stanja oziroma kadrovske zmožnosti in oblikovanje napovedi potreb po kadrih, ki temelji na spremljanju potreb prebivalstva in demografskih trendih. Ministrstvo za zdravje tovrstnih analiz, ki bi omogočale oceno o potrebnem številu urologov v Republiki Sloveniji, ni pripravljalo. Ministrstvo za zdravje tudi ni imelo neposrednega in stalnega vpogleda v podatke o številu urologov v zdravstveni mreži. Te informacije so ključne pri zagotavljanju ustrezne kadrovske strukture na področju urologije, kjer se je vloga Ministrstva za zdravje odrazila predvsem pri dajanju soglasij k številu specializacij in soglasij

k zaposlitvam urologov oziroma specializantov. V obdobju od leta 2015 do leta 2017 je Ministrstvo za zdravje okrepilo svoje aktivnosti za povečanje števila specializantov urologije, svoja prizadevanja pa je utemeljilo s podatki o čakalnih dobah in podpovprečnim številom urologov glede na države Evropske unije. Menimo, da bi odločitve o številu specializacij morale upoštevati tudi sprejete normative za delo urologov. Predvsem pa bi morale upoštevati potrebe prebivalstva in ocene potreb v prihodnje, za spremljanje katerih pa Ministrstvo za zdravje nima vzpostavljenega sistema.

Ministrstvo za zdravje je v obdobju, na katero se nanaša revizija, razpolagalo s podatkom o skupnem številu operacijskih dvoran v Republiki Sloveniji, ni pa razpolagalo s podatki o razpoložljivosti operacijskih dvoran za izvedbo operacij na področju urologije in relevantne opreme, ter ni pripravilo analiz, kakšne operativne kapacitete bi bilo treba zagotoviti za ustrezno in pravočasno obravnavo uroloških bolnikov. Menimo, da bi bila informacija o razpoložljivih in potrebnih kapacitetah koristna za bolj natančno in usmerjeno načrtovanje ukrepov, povezanih s skrajševanjem čakalnih dob na operacije na področju urologije. Omejene operativne kapacitete pri več izvajalcih onemogočajo izvedbo večjega števila operacij, kar podaljšuje čakalne dobe za urološke operacije. V letu 2017 je ministrstvo potrdilo več investicijskih dokumentov za izvedbo investicij, ki bodo lahko prispevale k povečanju operativnih kapacitet.

V obdobju, na katero se nanaša revizija, je operacije raka prostate izvajalo devet izvajalcev. Ministrstvo za zdravje še ni določilo javne mreže zdravstvene službe na sekundarni in terciarni ravni, kjer bi opredelilo vrsto in obseg dejavnosti, ki jih zagotavljajo posamezni izvajalci zdravstvenih storitev. Prav tako ni pripravilo analize organizacije urološke dejavnosti, ki bi lahko bila podlaga za morebitne spremembe v organizaciji urološke dejavnosti, predvsem v zasledovanju cilja večje specializiranosti bolnišnic, ki je predvidena v več strateških dokumentih. Večja specializiranost bolnišnic je lahko pomemben dejavnik za izboljšanje znanja, varnosti in kakovosti storitev ter lahko prispeva k zagotavljanju enakopravne dostopnosti do strokovno enakovrednih obravnav za vse paciente. V okviru spremljanja izvajanja Državnega programa za obvladovanje raka 2010–2015 so bili določeni kriteriji za mrežo izvajalcev onkološke dejavnosti, vendar mreža na njihovi podlagi formalno ni bila oblikovana.

Ministrstvo za zdravje ni analiziralo vzrokov za nastanek predolgh čakalnih dob na področju urologije in tudi ni izvedlo analize, ki bi pokazala, kakšne bodo predvidene potrebe prebivalstva po zdravstvenih storitvah na področju urologije v prihodnje. Zato Ministrstvo za zdravje ob sprejemanju odločitev in izboru ukrepov za skrajševanje čakalnih dob ni razpolagalo z ustreznimi, zadostnimi in ažurnimi informacijami, ki bi omogočile izbor primernih ukrepov ter preverjanje njihovih učinkov. Ministrstvo za zdravje je kljub temu v letih 2016 in 2017 predlagalo ukrep odobritve dodatnih operacij za skrajševanje predolgh čakalnih dob na operacijo raka prostate, s podatki o učinkih ukrepov na skrajšanje čakalnih dob pa ni razpolagalo. Menimo, da sprejeti enkratni ukrepi ne zagotavljajo dolgoročnih učinkov, saj v celoti ne odpravljajo vzrokov za nastanek predolgh čakalnih dob. Ob primernem nadaljnjem razvoju virov s področja urologije in z ustrežno organizacijo urologije pa bi povečanje števila specializantov ter realizacija predvidenih investicij lahko imela dolgoročno pozitivni učinek na skrajševanje čakalnih dob.

Ministrstvo za zdravje je v letu 2016 prejelo vsa zahtevana soglasja za ustanovitev razširjenega strokovnega kolegija za urologijo, v avgustu 2017 je sprejelo Pravilnik o razširjenih strokovnih kolegijih, ki to ustanovitev tudi omogoča. Do ustanovitve razširjenega strokovnega kolegija za urologijo naj bi bila urološka problematika obravnavana v okviru razširjenega strokovnega kolegija za kirurgijo, vendar smo ugotovili, da v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni obravnaval problematike s področja urologije. Ministrstvo za zdravje v obdobju, na katero se nanaša revizija, ni zagotovilo sprejema kliničnih smernic in

kliničnih poti za zdravljenje raka prostate, ki lahko v pomembni meri prispevajo h kakovostnejšemu zdravljenju in enaki obravnavi bolnikov. Ministrstvo za zdravje ni izkazalo, da je aktivno pozivalo izvajalce zdravstvenih storitev oziroma druge deležnike k pripravi kliničnih smernic in kliničnih poti, ter ni izvajalo ukrepov za njihov sprejem.

## 4. ZAHTEVA ZA PREDLOŽITEV ODZIVNEGA POROČILA

*Ministrstvo za zdravje* 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 nesmotnosti 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 nesmotnosti.

Načrti aktivnosti, ki jih zahtevamo, morajo vsebovati navedbo aktivnosti, odgovorno osebo in rok za izvedbo posamezne aktivnosti.

*Ministrstvo za zdravje* mora:

- pripraviti ukrepe, ki bodo zagotavljali pravilnost, točnost in ažurnost objavljenih podatkov o čakalnih dobah, in začeti z njihovim izvajanjem – točke 2.1.1.2.a, 2.1.1.2.b, 2.1.1.2.c, 2.1.1.2.d in 2.1.1.2.e;
- pripraviti načrt aktivnosti za vzpostavitev tehničnih in pravnih možnosti za zagotovitev neposrednega in stalnega vpogleda v agregatne podatke o kadrih v zdravstveni mreži – točka 2.2.1.a;
- pripraviti načrt aktivnosti za pridobitev natančnih podatkov o izkoriščenosti medicinske opreme (predvsem zasedenosti operativnih dvoran) in analizo operativnih kapacitet na področju urologije – točki 2.3.2.a in 2.3.2.b;
- analizirati, kako posamezni dejavniki (pomanjkanje kadrov, operativnih kapacitet in drugi dejavniki) vplivajo na nastanek predolghih čakalnih dob na področju urologije, in pripraviti načrt aktivnosti za odpravo vzrokov za nastanek predolghih čakalnih dob – točke 2.4.1.a, 2.4.1.c in 2.4.1.d;
- pripraviti načrt aktivnosti za pripravo nacionalne klinične smernice za obravnavo bolnikov z rakom prostate, ki naj temelji na najnovejših mednarodnih standardih, dokazih in je prilagojena zmožnostim slovenskega sistema zdravstvenega varstva – točki 2.4.3.e in 2.4.3.f;
- pripraviti načrt aktivnosti za pripravo nacionalne klinične poti za obravnavo bolnikov z rakom prostate in izvajalce zdravstvenih storitev zavezati k pripravi lastnih kliničnih poti za obravnavo bolnikov z rakom prostate – točka 2.4.3.f.

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. člena 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 poslovanja<sup>213</sup>. Prav tako opozarjamo, da se neresnične navedbe v odzivnem poročilu obravnava kot neresnične navedbe v uradni listini (drugi odstavek 29. člena ZRacS-1).

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

---

<sup>213</sup> 3. točka prvega odstavka 37. člena Poslovnika Računskega sodišča Republike Slovenije.

## 5. PRIPOROČILA

Ministrstvu za zdravje priporočamo, naj:

- ob prehodu na nov sistem evidentiranja v Register raka Republike Slovenije (aktivna registracija) pripravi tudi ustrezne podlage in informacijske rešitve za elektronski zajem podatkov;
- zbiranje podatkov o izkoriščenosti operacijskih dvoran in druge opreme v večji meri informacijsko podpre, tako da bodo podatki bolj točni in ažurni ter bodo ministrstvu omogočili pregled nad izkoriščenostjo operacijskih dvoran in druge opreme; prav tako naj analizira razloge za velika odstopanja v izkoriščenosti operacijskih dvoran in rezultate analize uporabi pri načrtovanju prihodnjih ukrepov, povezanih z zagotavljanjem ustreznih operativnih kapacitet;
- analizira delovanje razširjenih strokovnih kolegijev in v primeru ugotovljene neaktivnosti razširjenih strokovnih kolegijev oziroma neizvajanja s predpisi določenih nalog pripravi in izvede ukrepe, ki bodo zagotovili takšno delovanje razširjenih strokovnih kolegijev, da bo dosežen namen njihove ustanovitve, kot je opredeljen v Zakonu o zdravstveni dejavnosti;
- pripravi usposabljanje oziroma izobraževanja za ozaveščanje in pospeševanje oblikovanja in izvajanja kliničnih poti;
- vzpostavi pravno zavezo za sprejem in uveljavitev kliničnih poti ter določi sankcije v primeru kršitve te zaveze.

### Pravni pouk

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

Tomaž Vesel,  
generalni državni revizor

Poslano:

1. Ministrstvu za zdravje, priporočeno s povratnico;
2. Karlu Viktorju Erjavcu, priporočeno;
3. dr. Alenki Trop Skaza, priporočeno;
4. mag. Alenki Bratušek, priporočeno;
5. Državnemu zboru Republike Slovenije, priporočeno;
6. arhivu.

*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