

# Pregled politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu: primerjalna analiza

DP8-DN: »Vpliv epidemije covid-19 na zagotavljanje pravočasne zdravstvene obravnave in zdravstvenega varstva«

Projekt »Ukrepi na področju obvladovanja širitve COVID-19 s poudarkom na ranljivih skupinah prebivalstva«  
Marjeta Kuhar, Branko Gabrovec, Tit Albreht



# Pregled politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu: primerjalna analiza

**DP8-DN: »Vpliv epidemije covid-19 na zagotavljanje pravočasne zdravstvene obravnave in zdravstvenega varstva«**

Projekt »Ukrepi na področju obvladovanja širitve COVID-19 s poudarkom na ranljivih skupinah prebivalstva«

Marjeta Kuhar

Branko Gabrovec

Tit Albreht

Nacionalni inštitut za javno zdravje  
Trubarjeva ulica 2  
1000 Ljubljana

Odgovorna oseba:  
Milan Krek, direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje

Vodja projekta:  
Branko Gabrovec

Oblikovanje in prelom:  
Marjeta Kuhar

Vsebinska ni lektorirana. Uporaba in objava podatkov, v celoti ali deloma, dovoljena le z navedbo vira:

Kuhar M, Gabrovec B, Albreht T. Pregled politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu: primerjalna analiza, projekt »Ukrepi na področju obvladovanja širitve COVID-19 s poudarkom na ranljivih skupinah prebivalstva«, 2022 Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.

Vsebinska predstavlja rezultat dela projekta Ukrepi na področju obvladovanja širitve COVID-19 s poudarkom na ranljivih skupinah prebivalstva. Naložbo sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada v okviru odziva Unije na pandemijo COVID-19.

Copyright © 2022,  
Nacionalni inštitut za javno zdravje

# Vsebina

<b>Povzetek</b> .....	<b>1</b>
<b>Uvod</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Konceptualni okvir nastajanja čakalnih dob in čakalnih vrst v zdravstvu</b> .....	<b>4</b>
<b>3. Določanje maksimalne čakalne dobe kot ukrep zdravstvene politike</b> .....	<b>6</b>
<b>4. Merjenje in zbiranje podatkov o čakalnih dobah</b> .....	<b>8</b>
<b>5. Pregled politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu</b> .....	<b>10</b>
<b>6. Značilnosti politik skrajševanja čakalnih dob</b> .....	<b>11</b>
6.1. Politika določanja maksimalne čakalne dobe: cilj izvajalca zdravstvenih storitev.....	11
..... <i>Primer 1. Maksimalna čakalna doba kot cilj izvajalca (Anglija in Finska)</i> .....	12
6.2. Politika določanja maksimalne čakalne dobe: zagotovilo pacientu.....	13
..... <i>Primer 2. Maksimalna čakalna doba kot zagotovilo pacientu (Danska in Portugalska)</i> .....	13
6.3. Politika povečevanja ponudbe zdravstvenih storitev in doseganje maksimalnih čakalnih dob .....	14
..... <i>Primer 3a. Politike povečevanja ponudbe zdravstvenih storitev (Slovenija, Nizozemska in Irska)</i> .....	14
..... <i>Primer 3b. Politike povečevanja ponudbe zdravstvenih storitev (Avstralija, Kanada, Madžarska, Estonija in Poljska)</i> .....	15
6.5. Politika povpraševanja po zdravstvenih storitvah in prednostni kriteriji za razvrščanje pacientov na čakalni seznam.....	16
..... <i>Primer 4. Politike povpraševanja po zdravstvenih storitev – prednostno razvrščanje pacientov na čakalni seznam (Norveška, Avstralija in Nova Zelandija)</i> .....	16
6.6. Politika povpraševanja po zdravstvenih storitvah in izboljševanje koordinacije med izvajalci zdravstvene dejavnosti.....	17
..... <i>Primer 5. Politike povpraševanja po zdravstvenih storitev – izboljšanje koordinacije med izvajalci (Poljska, Finska, Italija, Slovenija, Kostarika in Kanada)</i> .....	17
<b>7. Glavne značilnosti slovenske politike skrajševanja čakalnih dob</b> .....	<b>18</b>
7.1. Proces vodenja politike skrajševanja čakalnih dob .....	18
7.2. Najdaljša dopustna čakalna doba v Sloveniji sinonim za maksimalno čakalno dobo.....	20
7.3. Nadzor čakalnih dob in čakalnih seznamov v Sloveniji.....	22
<b>8. Izhodne strategije za zmanjšanje zaostankov nastalih med epidemijo</b> .....	<b>25</b>
<b>9. Priporočila in zaključki</b> .....	<b>27</b>
<b>10. Viri in literatura</b> .....	<b>29</b>

## Kazalo tabel

Tabela 1. Aktualne maksimalne čakalne dobe za specialistične preglede in/ali elektivne posege po državah .....	7
Tabela 2. Primer izračuna podatkov o čakalnih dobah in delež čakajočih od začetka do zaključka zdravljenja .....	9
Tabela 3. Pregled prioritete politik skrajševanja čakalnih dob po državah .....	10
Tabela 4. Ukrepi politike skrajševanja čakalnih dob za specialistične preglede in/ali elektivne operativne posege .....	11
Tabela 5. Najdaljša dopustna čakalna doba po stopnjah nujnosti obravnave v Sloveniji .....	20
Tabela 6. Inšpekcijski pregledi, vzorčenje in ukrepanje na podlagi inšpekcijskega nadzora 2018-20 .....	22
Tabela 7. Inšpekcijski pregledi po vrstah izvajalcev zdravstvene dejavnosti v obdobju 2018-20 .....	22
Tabela 8. Povzetek ključnih ugotovitev izvajanja določb ZPacP v obdobju 2018-20 (v %) .....	23
Tabela 9. Povzetek ključnih ugotovitev, glede kakovosti izmenjave podatkov v obdobju 2018-20 .....	24
Tabela 10. Strategije in politike za zmanjšanje zaostankov čakajočih ne-covid pacientov .....	26
Tabela 11. Potrebne aktivnosti za vodenje prožne politike upravljanja čakalnih seznamov .....	28

## Kazalo slik

Slika 1. Konceptualni okvir procesa nastajanja čakalnih dob in čakalnih seznamov v zdravstvu .....	4
Slika 2. Zdravstvene potrebe in določanje dopustne čakalne dobe – cilj/zagotovilo .....	6
Slika 3. Maksimalne čakalne dobe za specialistični pregled – elektivni poseg po državah OECD (preračun v dneve) .....	8
Slika 4. Proces obravnave pacienta – izhodišče za merjenje čakalnih dob v državah članicah OECD in Sloveniji .....	9
Slika 5. Proces vodenja politike skrajševanja čakalnih dob v Sloveniji .....	18
Slika 6. Vpliv ukrepov zdravstvene politike na število čakajočih po podatkih NIJZ; 2011-21 .....	19
Slika 7. Primerjava maksimalnih čakalnih dob za specialistični pregled in/ali oceno specialista za nadaljnjo obravnavo (preračun v dneve) .....	21
Slika 8. Neizpolnjevanje potrebe po zdravstvenih storitvah po vrsti zdravstvene obravnave, EU 27 aprila 2021 (%). .....	25

# Povzetek

Primerjalna analiza politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu predstavljena v raziskavi, povzema poglobitve značilnosti ukrepov pri vodenju politike skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu izbranih držav članic OECD (*ang. Organisation for Economic Co-operation and Development*), predstavljenih v zadnji študije politik OECD [1]. Študija obravnava ukrepe, ki so jih vlade sprejele pred epidemijo Covid-19 z namenom vplivanja na izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev v zdravstvu [1]. V raziskavi so na primerljiv način vključene tudi značilnosti slovenske zdravstvene politike, ki v študijo politik OECD, ni vključena v zadostni meri, saj večina značilnosti za Slovenijo temeljijo na vsebini, ki je bila sporočena na podlagi vprašalnika OECD v letu 2019 [1]. Namen in cilj raziskave je na podlagi konceptualnega okvirja procesa nastajanja čakalnih dob in čakalnih seznamov [1-3], v koncept vključiti in na standardiziran način primerjati izkušnje med državami ter ukrepe nacionalne politike skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu. Ker v slovenskem zdravstvenem sistemu, doslej še nismo sprejeli nacionalne strategije za uresničevanje politike skrajševanja čakalnih dob in čakalnih seznamov, po vzoru drugih držav [1, 2], je ocenjevanje uspešnosti izvajanja politik na področju skrajševanja čakalnih dob težko vnaprej omejeno. Omejeno tudi z vidika priporočil [1, 3], da je za uspešnost ukrepov politike potrebno vzpostaviti mehanizme spremljanja in nadzora na področju skrajševanja čakalnih dob, ki jih določajo jasno in nedvoumno postavljeni cilji določeni z ustrezno mešanico vrst politik za doseganje čim boljših rezultatov in končno z namenom tudi pacientom zagotoviti pravočasno zdravstveno obravnavo [1]. V raziskavi so predstavljeni ukrepi slovenske zdravstvene politike, ki bazirajo na kratkoročnem določanju ciljev na podlagi splošnih dogovorov [4]. Slednji težko odgovarjajo na nove, negotove izzive s katerimi se srečujejo tudi drugi zdravstveni sistemi [1, 5]. Poleg naraščajočega števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo v preteklih obdobjih [1] se zdravstveni sistemi, podobno kot pri nas srečujejo z zamudami pri zagotavljanju ne-nujnih zdravstvenih storitev, ki so nastale med epidemijo Covid-19 na vseh ravneh delovanja zdravstvenega varstva [6-9]. Zaradi slednjega bo potrebno v največji možni meri zaostanke odpovedanih, že načrtovanih zdravstvenih storitev, odpraviti in hkrati sprejeti ustrezne ukrepe – politike oziroma strategije, ki bodo hkrati odgovarjale na prihajajoče nove potrebe, ki med epidemijo niso bile prepoznane [5]. Da bi pri oblikovanju ustreznih politik ali sprejemanju prihodnjih strategij, je v pričujoči raziskavi izveden pregled zdravstvenih politik uporabljenih v praksi. Raziskava zajema pregled tuje in domače strokovne literature, na področju oblikovanja ter sprejemanja politik skrajševanja čakalnih dob, ki bazira na konceptu procesa nastajanja čakalnih seznamov in čakalnih dob v zdravstvu in dejavnike vpliva na čakalne dobe in čakalne vrste [3]. Obravnavane so glavne značilnosti in pomen uporabe maksimalnih čakalnih dob v zdravstvu za razvrščanje pacientov na čakalne seznane, kot orodje zdravstvene politike za uravnavanje ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah [3]. V raziskavi so podrobno analizirani ukrepi določanja maksimalne čakalne dobe, ki regulatorju oziroma plačniku zdravstvenih storitev omogoča zagotavljati pacientu pravočasno zdravstveno obravnavo v zajamčenem ali ciljno določenem strokovno dopustnem času. Poleg politik skrajševanja čakalnih dob, ki vplivajo na ponudbo oziroma povpraševanje po zdravstvenih storitvah so v raziskavi predstavljene tudi strategije, ki so jih države EU sprejele za odpravo posledic epidemije Covid-19 [5]. Na opisan konceptualno primerljiv način so v raziskavo vključene tudi posebnosti slovenskega zdravstvenega sistema, pred in med epidemijo. V zaključku raziskave so podani predlogi za izboljšave, ki se nanašajo na nastale zamude med epidemijo Covid-19 zaradi odpovedanih zdravstvenih storitev čakajočih na čakalnih seznamih. Predstavljene so značilnosti izhodnih strategij primerne za slovenski zdravstveni sistem, ki so jih nekatere države že uporabile za blažitev posledic epidemije Covid-19, kot odgovor na odpravo zaostankov, ki so nastali zaradi odsotnosti nujne zdravstvene obravnave med epidemijo. Raziskava se zaključuje z navedbo predlogov za izboljšave, ki bi jih kazalo uporabiti v praksi na slovenskem zdravstvenem sistemu v povezavi z mednarodnimi izkušnjami.

## UVOD

Skrajševanje dolgih čakalnih dob v zdravstvu so pomemben cilj vladne zdravstvene politike v večini držav članicah OECD, zato si vlade na različne načine prizadevajo sprejeti takšno zdravstveno politiko, ki bo dolge čakalne dobe skrajšala na dolgi rok [1, 2]. Epidemija Covid-19 je povsod po svetu in tudi pri nas, umaknila aktivnosti vlad na področju uresničevanja politik za skrajševanje dolgih čakalnih dob v zdravstvu, ki že več desetletij predstavljajo glavni izziv zdravstveni politiki [1]. Med epidemijo Covid-19 so bili sprejeti ukrepi, ki so prizadevanja ter uspehe preteklih politik za skrajševanje dolgih čakalnih dob v nekaterih državah postavili na raven pred epidemijo [1]. Zdravstvena politika se je morala soočiti s sprejemanjem ukrepov, ki jih doslej ni bilo na dnevnem redu politike. Zdravstveni sistemi so delovali v pogojih izrednih razmer, v katerih ni bilo mogoče uresničevati dostopnosti do zdravstvenih storitev vsem prebivalcem v zadostni meri. Po mesecu Marcu 2020, po pojavu virusa Sars-Cov-2, so odločevalci zdravstvene politike sprejemali ukrepe, ki so omejili dostop do ne-nujnih zdravstvenih storitev državljanom in državljanom, zato da so lahko z omejenimi viri v zdravstvu, najprej omogočili zdravstveno oskrbo čim večjemu številu obolelih in zbolelih za virusom Sars-Cov-2 ter nujnih primerov obravnavanih v zdravstvu [10-12]. V obdobju 2020-21 so se ukrepi, kot so: spoštovanje maksimalne čakalne dobe za nenujne zdravstvene storitve, povečevanje ponudbe zdravstvenih storitev, uravnavanje povpraševanja po zdravstvenih storitvah, ter upravljanjem čakalnih seznamov, prenehali izvajati [1]. Večina držav je v letu 2020 morala sprejeti različne strategije za zajezitev posledic epidemije, ki so omejevali dostopnost do nujnih zdravstvenih storitev [1, 5], Slovenija pri tem ni bila izjema [13, 14].

Vzporedno s sproščanjem ukrepov povezanih z epidemijo so vlade pričele z iskanjem rešitev za odpravo posledic — nastalih zamud pri zagotavljanju pravočasne zdravstvene obravnave. Večina od njih se je osredotočala na iskanje rešitev kako čim hitreje nadoknaditi odpovedane zdravstvene storitve in kako ponovno vzpostaviti ravnovesje med ponudbo in povpraševanjem ter urediti evidence čakalnih seznamov. Kako vzpostaviti ravnovesje med ukrepi za zajezitev epidemije in ukrepi za povečevanje dostopnosti do zdravstvene obravnave za nenujne zdravstvene storitve postaja vse večji izziv tudi na ravni Evropske unije (EU), saj je po zadnjih podatkih, kot petina državljanek in državljanov EU zamudila specialistični pregled, poseg ali zdravljenje med epidemijo [15]. Trenutno najučinkovitejša strategija za zmanjšanje zaostankov, še vedno ostaja sposobnost držav zmanjšanja širjenja okužb ter omogočiti zaposlenim v zdravstvenem sistemu, da čim prej odpravijo zaostanke s povečanim obsegom financiranja nujnih zdravstvenih storitev [15]. S tem namenom so nekatere države že sprejele strategije in vodijo politike za zmanjšanje zaostankov (*ang. strategies and policies to reduce backlog*), ki se nanašajo tudi na boljše upravljanje čakalnih seznamov, poleg že uvedenih politik za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu s poudarkom na iskanju rešitev zamud pri zagotavljanju zdravstvenega varstva nastalimi med dve leti trajajočo epidemijo [15]. Pred epidemijo je bila Slovenija z zagotavljanjem dodatnih finančnih sredstev za izvajanje enkratnega dodatnega programa med leti 2016-18 za izbrane vrste elektivnih posegov, po tipologiji OECD politik za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu prepoznana kot država članica OECD, poleg Nizozemske, Irske, Avstralije, Kanade, Madžarske, Estonije in Poljske, ki vodijo politiko temelječo na ukrepih značilnih za povečevanje ponudbe zdravstvenih storitev z dodatnim financiranjem programov [1].

Raziskava vsebinsko dopolnjuje strokovno raziskavo »Ukrepi na področju obvladovanja širitve Covid-19 s poudarkom na ranljivih skupinah prebivalstva« [13]. Slovenija trenutno nima sprejete strategije ali politike za upravljanje čakalnih seznamov na nacionalni ravni, zato težko vodi učinkovito upravljanje čakalnih dob v zdravstvu, saj so doslej sprejeti ukrepi le kratkoročni, v okviru vsakoletnih Splošnih dogovorov [4], ki pa problema dolgih čakalnih dob in upravljanje čakalnih seznamov ne naslavlja ustrezno. Tako je z vidika vodenja politike

skrajševanje čakalnih dob in upravljanje čakalnih seznamov z gledišča določanja prioritet ter strateških ciljev omejeno, kljub različnim ukrepom zdravstvene politike, pred epidemijo — razvrščanja pacientov na čakalne sezname po štirih stopnjah nujnosti z novelo Zakona o pacientovih pravicah (ZPacP) [16], dodatnih enkratnih oziroma vsakoletnih prospektivnih programov za skrajševanje čakalnih vrst na področju nenujnih operativnih posegov ter vzpostavitvijo informacijskega sistema eNaročanj [17-19], kar je eden od razlogov, da v preteklosti ne dosegamo željenih rezultatov [4, 20, 21].

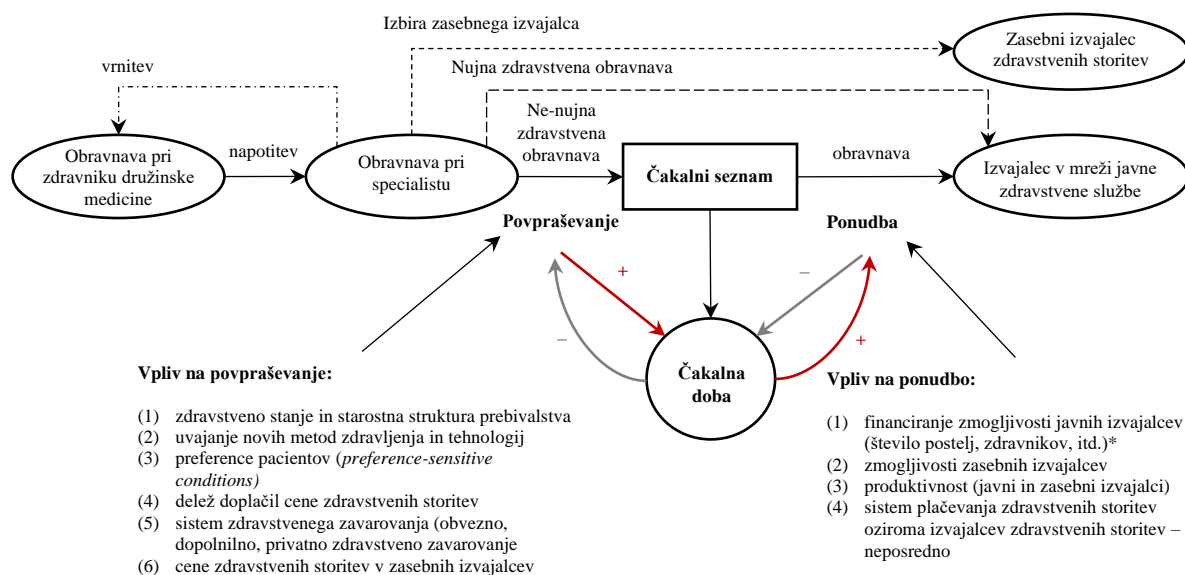
## Zasnova raziskave

V raziskavi uporabljeni podatki so sekundarni podatki in dostopni javno. S pomočjo triangulacije virov, podatkov, dokumentov, idr., bo izpeljana raziskava, katere rezultat bo pregled politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu na podlagi pristopa primerjalnih študij OECD (*ang. Organisation for Economic Co-operation and Development*), avtorja Siciliani in Hurst [3], kot metodološka osnova za razumevanje delovanja zdravstvenega sistema in ukrepov zdravstvene politike, ki vplivajo na spremembo čakalnih dob in čakalnih seznamov v praksi kot osnova [1-3] z namenom doseganja optimalne dostopnosti do zdravstvenih storitev v zdravstvu ter iskanju rešitev za težave s katerimi se srečujemo v slovenskem zdravstvenem sistemu. Izvedba raziskave je potekala v treh delih: Prvi del zajema pregled tuje in domače strokovne literature. V prvem poglavju je definiran konceptualni okvir nastajanja čakalnih seznamov in čakalnih dob v zdravstvu, ter dejavniki vpliva na čakalne dobe in čakalne vrste [3].

Drugo poglavje se nanaša na razlago koncepta določanja maksimalnih čakalnih dob z namenom razvrščanja pacientov na čakalne sezname z vidika prioritet, ki v politiki skrajševanja čakalnih dob služi kot orodje za uravnavanje ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah in tako posredno, bolj ali manj pravično zagotavlja enakosti v obravnavi med pacienti z sorodnimi zdravstvenimi težavami. V tretjem poglavju so razloženi in predstavljeni modeli za spremljanje in merjenje čakalnih dob, ki jih države uporabljajo v praksi. Peto poglavje se nanaša na pregled politik na podlagi splošnih oziroma specifičnih področij prioritet določenih za vodenje zdravstvene politike, ki jih države uporabljajo pri zagotavljanju dostopa do zdravstvenih storitev, bodisi po skupini zdravstvenih storitev ali kliničnih področjih. Drugi del obsega pregled glavnih značilnosti politik skrajševanja čakalnih dob za najbolj uveljavljene vrste politik, ki so jih posamezne države uporabile za uravnavanje ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah za elektivne operativne posege oziroma specialistične preglede v praksi. Šesto poglavje podrobneje obravnava politike določanja maksimalne čakalne dobe, ki jo regulator ali plačnih zdravstvenih storitev lahko določi kot cilj, ali kot zagotovilo da bo zdravstvena storitev opravljena v obljubljenem času. Poglavje vključuje najbolj razširjeno politiko povečevanja ponudbe zdravstvenih storitev, ter politiko uravnavanja povpraševanja po zdravstvenih storitvah vključno s politiko izboljšanja koordinacije med ravnimi zdravstvenega varstva za doseganje boljše izrabe zdravstvenih zmogljivosti v zdravstvenem sistemu. Sedmo poglavje na konceptualno primerljiv način obravnava politiko skrajševanja čakalnih dob v slovenskem zdravstvenem sistemu. Tretji del se nanaša na aktualno področje nastalih zamud in vpliv epidemije Covid-19 na delovanje zdravstvenega sistema in posreden vpliv na čakalne sezname. V osmem poglavju so predstavljene glavne značilnosti izhodnih strategij, ki so jih posamezne države sprejemale za ublažitev posledic epidemije Covid-19 z namenom odprave zaostankov, ki so nastali zaradi odsotnosti nenujne zdravstvene obravnave med epidemijo — vključno z ugotovitvami, ki veljajo za slovenski zdravstveni sistem. V zadnjem, devetem poglavju so navedeni predlogi za izboljšave, ki bi jih kazalo uporabiti v praksi na slovenskem zdravstvenem sistemu v povezavi z mednarodnimi izkušnjami, za zaježitev posledic epidemije na podlagi analiz in primerjavami politik, ki smo jih v slovenskem prostoru uporabljali pred epidemijo.

# 1. Konceptualni okvir nastajanja čakalnih dob in čakalnih vrst v zdravstvu

Konceptualni okvir nastajanja čakalnih dob (*ang. waiting times*) in čakalnih seznamov (*ang. waiting lists*) v zdravstvu, avtorja Siciliani in Hurst (Slika 1), predlagata kot osnovo za razumevanje delovanja zdravstvenega sistema in ukrepov zdravstvene politike, ki posredno ali neposredno vplivajo na spremembo čakalnih dob in čakalnih seznamov [3]. Predlagani koncept (Slika 1) je uporabljen v študiji oziroma analizi politik za skrajševanje čakalnih dob za elektivne nenujne operativne posege v trinajstih državah članicah OECD — Avstralija, Kanada, Danska, Finska, Irska, Italija, Nizozemska, Nova Zelandija, Norveška, Portugalska, Španija, Švedska in Združeno Kraljestvo [1-3], na katerih temelji tipologija razvrščanja politik držav članic OECD za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu. Tipologija politik OECD temelji na konceptu (Slika 1), ki izhaja iz ekonomske teorije. Slednja ukrepe zdravstvene politike razvršča v tri glavne skupine politike skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu v odvisnosti od vrste ukrepa, ki vpliva bodisi na ponudbo in/ali povpraševanje zdravstvenih storitev: (a) ukrepi na strani ponudbe zdravstvenih storitev (npr. povečevanje finančnih sredstev, povečanje zmogljivosti – število postelj, število zdravnikov, idr.); (b) ukrepi na strani povpraševanja po zdravstvenih storitvah (npr. upravljanje napotitev, uvajanje novih tehnologij, ipd.); (c) ali ukrepi na strani ponudbe in povpraševanja [1-3].



**Slika 1. Konceptualni okvir procesa nastajanja čakalnih dob in čakalnih seznamov v zdravstvu**

Vir: Povzeto po Siciliani in Hurst [1-3].

Koncept prikazuje (Slika 1), da so čakalne dobe in število čakajočih pacientov na čakalnih seznamih dva kazalnika, ki se v praksi in teoriji, poleg ostalih kazalnikov kakovosti, pogosto uporabljata za analizo proučevanja uspešnosti izbrane zdravstvene politike s katero posamezne države vlivajo na spremembo čakalnih dob in čakalnih vrst v zdravstvu [1, 2]. Oba kazalnika služita za primerjavo in ocenjevanje uresničevanja pravočasne dostopnosti do zdravstvenih storitev, in pomenita časovno dimenzijo dostopnosti do zdravstvenih storitev, ki skupaj s ekonomsko, geografsko, informacijsko, etično ter človekovimi pravicami po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (*ang. World Health Organization*) v idealnem smislu predstavljajo temeljne vrednote zdravstvenega varstva prebivalstva



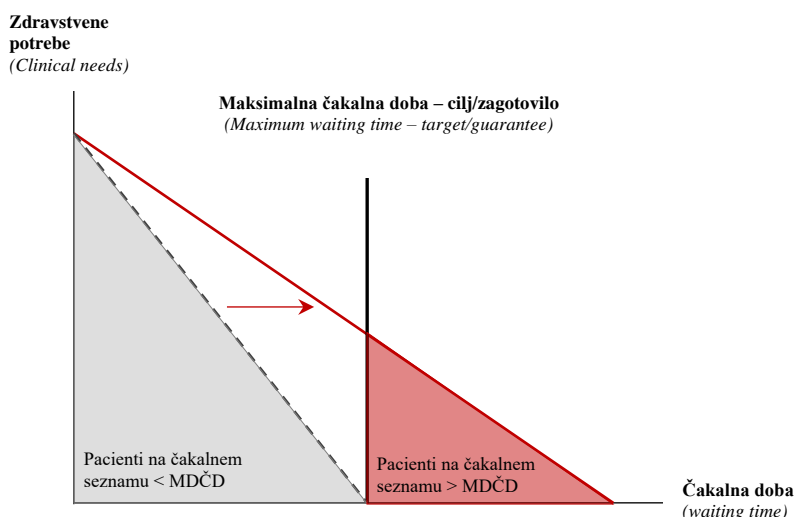
na katerih temeljijo dobro organizirani nacionalni zdravstveni sistemi [22]. Za nastanek dolgih čakalnih seznamov, ki so rezultat dolgih čakalnih dob je značilno, da postanejo problem nacionalni zdravstveni politiki šele takrat, ko pacienti vpisani na čakalni seznam do pravočasne zdravstvene obravnave z napotnico ne morejo priti, in čakajo nad maksimalno čakalno dobo (*ang. maximum waiting times*). Za dolge čakalne dobe je tudi značilno, da se lahko pojavljajo občasno ali pa so prisotne daljše časovno obdobje, za eno ali več zdravstvenih storitev, kot rezultat začasnega ali kontinuiranega preseganja povpraševanja nad ponudbo zdravstvenih storitev iz razlogov, ki vplivajo bodisi na strani ponudbe ali na strani povpraševanja po zdravstvenih storitvah (Slika 1) [1, 13, 14]. Najbolj pogost razlog za dolge čakalne dobe v zdravstvu se omenjajo omejene zmogljivosti v nacionalnih zdravstvenih sistemih, ki ne zmorejo zagotavljati zadostnega obsega zdravstvenih storitev, glede na zdravstvene potrebe prebivalstva, ki jih generira zdravstveni sistem z napotovanjem pacientov iz primarne na sekundarno raven zdravstvenega varstva [13, 23-26].

Razmerje med zagotavljanjem obsega zdravstvenih storitev (ponudba) in potrebami po zdravstvenih storitvah (povpraševanje), poleg drugih omenjenih razlogov (Slika 1) uravnava sistem zdravstvenih zavarovanj, in ne cena storitev, kot to velja v ekonomski teoriji. Torej razmerje med zavarovanjem in različnimi stopnjami doplačil zdravstvenih storitev, ki so lahko krita z različnimi oblikami zdravstvenih zavarovanj (obvezno, dopolnilno, komercialno, dodatno) ali neprednimi plačili oziroma doplačili iz žepa, odvisno od sistema zdravstvenih zavarovanj in financiranja zdravstvenega sistema posamezne države [2, 22]. Ne glede na omenjene razlike, pa na splošno velja, da so dolge čakalne dobe značilne za zdravstvene sisteme s pretežnim javnim financiranjem in centralnim določanjem obsega zdravstvenih zmogljivosti na nacionalni ravni, ki so pogosto razlog za nezadovoljstvo prebivalstva, javnosti in politike [1, 13, 27], in razlogov, da so se v praksi vzpostavili čakalni sezname, ki zdravstveni politiki služijo kot orodje za zagotavljanje enakosti pacientov v obravnavi sorodnih zdravstvenih težav, neodvisno od finančne sposobnosti ali drugih razlik, ki lahko pri tem nastanejo [22]. Različne študije kažejo, da neenakosti v pravočasni obravnavi nastajajo, predvsem med tistimi, ki si zdravstvene storitve ne morejo plačati, in tako do zdravstvene storitve pridejo počasneje, kot tisti, ki si to lahko privoščijo mimo čakajočih pacientov na čakalnih seznamih [1, 23, 24]. Slednje omenjajo tudi študije EU-SILC, ki med razloge za nezadovoljstvo z zdravstvenim sistemom prebivalstva EU navajajo finančne razloge, in dolge čakalne dobe [1, 27]. Poleg neenakosti, so dolge čakalne dobe lahko tudi razlog za poslabšanje zdravstvenega stanja posameznika, kar lahko vpliva na slabši izid zdravljenja ali bolj zahtevno zdravljenje [1, 2, 28, 29]. Vse to in še več so razlogi, da so se posamezne države, bolj ali manj ukvarjajo s problematiko dolgih čakalnih dob.

Navkljub temu, da se mehanizmi spremljanja, upravljanja in vodenja čakalnih seznamov ter z njimi povezani ukrepi politik za skrajševanje čakalnih dob med državami razlikujejo, in se jih ne da neposredno uporabiti v drugem zdravstvenem sistemu, pa so primerjave politik za skrajševanje čakalnih dob obravnavane v nadaljevanju poročila, in sicer na primeru ukrepov različnih politik skrajševanja čakalnih dob za elektivne operativne posege in/ali specialistične preglede [1, 21], z namenom iskanja dobrih praks in rešitev v širšem mednarodnem prostoru, za izboljšanje vodenja politike skrajševanja čakalnih dob v slovenskem zdravstvenem sistemu.

### 3. Določanje maksimalne čakalne dobe kot ukrep zdravstvene politike

Ukrepe zdravstvene politike na strani ponudbe in povpraševanja zdravstvenih storitev, prikazanih v shemi (Slika 2), praviloma spremlja mehanizem določanja maksimalne čakalne dobe (*ang. maximum waiting times*), ki služi za zagotavljanje enakosti obravnave med pacienti z enakimi ali podobnimi zdravstvenimi potrebami in pravilno razvrščanje pacientov na čakalni seznam za nenujne zdravstvene storitve, ki ga država v nacionalne zdravstvene sisteme implementirajo različno [1]. Splošna značilnost določanja maksimalnih čakalnih dobe je, da so lete lahko določene individualno, administrativno ali/in na podlagi strokovnih smernic na ravni zdravstvenih storitev, skupine lesteh, specialnosti, zdravstvene dejavnosti ali na ravni pacienta, izvajalcev, ustanove, občin, regij oziroma nacionalni ravni [1].



**Slika 2. Zdravstvene potrebe in določanje dopustne čakalne dobe – cilj/zagotvilo**

Po splošni definiciji je maksimalno čakalno dobo moč opredeliti kot orodje zdravstvene politike s katero opredeli, omeji in časovno določi zagotvilo oziroma obljuba pacientu, da bo na zdravstveno obravnavo v nacionalnem zdravstvenem sistemu čakal največ do meje, ki jo določa sistem maksimalnih čakalnih dob [1]. Maksimalna čakalna doba, kot je prikazano v shemi (Slika 2) je presežena ko izvajalec zdravstvene dejavnosti v zdravstvenih sistemih zaradi omenjenih razlogov, bodisi na strani ponudbe in/ali povpraševanja po zdravstvenih storitvah (Slika 1), pacientu ne more zagotoviti zdravstvene obravnave oziroma, in ga na čakalni seznam uvrsti z datumom za obravnavo, ki dejansko presega določeno – ciljno določeno ali zajamčeno maksimalno čakalno dobo [1-3].

Maksimalne čakalne dobe (Slika 2) so praviloma določene v dnevih, lahko pa tudi tednih ali mesecih ali letih, odvisno od sistema določanja maksimalnih čakalnih dob. Izhajajoč iz analiz ukrepov med državami [1], ima določanje maksimalnih čakalne dobe v nacionalnem zdravstvenem sistemu dve osnovni funkciji. Prva, služi kot orodje zdravstveni politiki s katero uravnava razmerje med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah. Druga, služi kot podlaga za razvrščanju pacientov na čakalne sezname za nenujne zdravstvene storitve, in se v praksi uporablja na dva načina, in sicer maksimalna čakalna doba: (1) kot splošni oziroma specifični cilj (*ang.*

targeted maximum waiting time), ki jo regulator in/ali plačnik zdravstvenih storitev uporabi kot ukrep za doseganje maksimalne čakalne dobe z vnaprej znanimi posledicami, če leta ni dosežena na ravni izvajalca, območja, dejavnosti ali Sistema; (2) kot zagotovilo oziroma garancija (*ang. maximum waiting time guarantee*), da bo zdravstvena storitev zagotovljena v določenem času, ki ga določi regulator ali plačnik zdravstveni storitev, pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti v javnem in/ali zasebnem, znotraj in/ali izven nacionalnega zdravstvenega sistema [1]. Vsak drugačen način uporabe maksimalne čakalne dobe, določen z zakonodajo, ki se ne zagotavlja v praksi oziroma se njeno uresničevanje ne nadzira, pomeni odklon od osnovnega namena določanja maksimalne čakalne dobe to je zagotavljanje pravočasne zdravstvene obravnave [1].

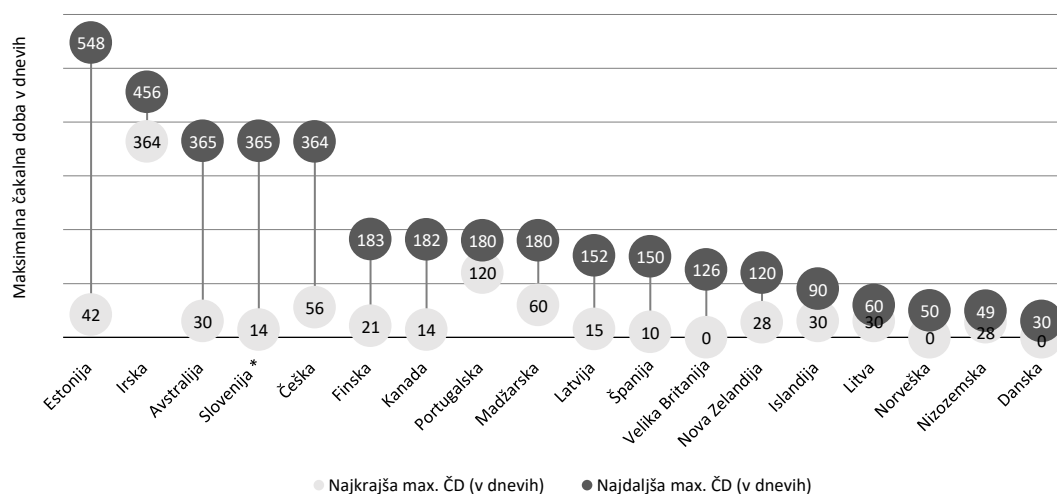
Politike skrajševanja čakalnih dob za specialistične preglede in/ali elektivne posege vključno z uporabo maksimalne čakalne dobe, ki so prikazani v tabeli (Tabela 1) je razvidno, da so v večini držav maksimalne čakalne dobe določene za bodisi posamezno zdravstveno storitev (npr. zamenjava kolka in kolena ter operacija sive mreže) ali skupino zdravstvenih storitev, lahko pa so maksimalne čakalne dobe določene bolj splošno glede na raven zdravstvene obravnave, in sicer od trenutka napotitve pacienta na specialistično obravnavo oziroma od trenutka uvrstitve pacienta na čakalni seznam za posamezno vrsto zdravstvene storitve do izvedbe zdravstvene storitve oziroma zaključka zdravljenja [1]. Na splošno, pa so maksimalne čakalne dobe določene za vse paciente enako znotraj iste vrste zdravstvene storitve ali pa so kategorizirane v podskupine glede na klinično prakso in zdravstvenim stanjem pacienta po prioritetah za isto vrsto zdravstvenih storitev, lahko pa so določene individualno [1].

**Tabela 1. Aktualne maksimalne čakalne dobe za specialistične preglede in/ali elektivne posege po državah**

Država	Maksimalne čakalne dobe
Avstralija	30 dni – kategorija 1; 90 dni – kategorija 2; 365 dni – kategorija 3; glede na zdravstveno stanje pacienta.
Češka	52 tednov – zamenjava kolka in kolena; 30 tednov – operacija sive mreže; 8 tednov – angiografija idr.
Danska	Pacient ima pravico do pregleda ali zdravljenja v zasebni bolnišnici, če mora čakati dlje, kot je določeno z maksimalno čakalno dobo.
Estonija	6 tednov – specialistični posvet/obisk; 8 mesecev – akutna in dnevna bolnišnična obravnava; 1,5 leto – operacija sive mreže, zamenjava kolka in kolena ter druge vrste operacij.
Finska	3 tedne – pregled pri specialistu (ocena specialista); 3-6 mesecev: garantirana maksimalna čakalna doba:
Irska	52 tednov za prvi specialistični pregled, pri čemer 80% pacientov ne sme čakati dlje; 15 mesecev na dnevno bolnišnično obravnavo in elektivne posege v bolnišnični obravnavi pri čemer 90% otrok ne sme čakati dlje; 90% odraslih ne sme čakati dlje na elektivni poseg in 95% odraslih na elektivni poseg v dnevni obravnavi.
Islandija	30 dni – pregled pri specialistu; 90 dni – določitev diagnoze in obseg zdravljenja, pri čemer je določen cilj, da mora biti 80% pacientov obravnavanih v roku 90 dni – ciljno določena maksimalna čakalna doba.
Kanada	3 tedne – zdravljenje raka (radioterapija); 26 tednov – zamenjava kolka in kolena; 16 tednov – operacija sive mreže; od 2 do 26 tednov, operacije na srcu.
Latvija	15 delovnih dni – specialisti posveti za predvidljivo zdravstveno stanje; 5 mesecev – kirurški posegi.
Litva	30 dni – posvet pri specialistu; 60 dni – neodložljivi nujni operativni posegi.
Madžarska	60 dni – manjša operacija; 180 dni – večja operacija.
Nizozemska	3 tedne – specialistična obravnava in diagnostika, ter ambulantna nega; 7 tednov – zdravljenje.
Norveška	Vsi pacienti s pravico do specialističnega zdravljenja imajo individualno ocenjeno maksimalno čakalno dobo, pri čemer je splošni cilj zmanjšati povprečne čakalne dobe pod 50 dni do leta 2021.
Nova Zelandija	3 mesece – prva ocena specialista; 120 dni – sprejem bolnika na zdravljenje.
Portugalska	120 dni – specialističen pregled; 180 dni – zdravljenje (normalna prednostna raven).
Španija	10-60 dni – specialističen pregled; 30 dni – operacija raka; 60 dni – srčna kirurgija oziroma do 120 ali 180 dni če čakanje ne pomeni poslabšanja zdravja ter za ne-nujne obravnave odvisno od postopka.
Velika Britanija	vsaj 92 % pacientov, ki jih vodi svetovalci morajo zdravljenje začeti v 18 tednih.
<b>Slovenija</b>	<b>24 ur – nujno; 14 dni – zelo hitro; 3 meseci – hitro; 6 mesecev – redno; 12 mesecev – hitro ali redno (slednje velja za izjeme določene s pravilnikom).</b>

Vir: Povzeto po [1, 13].

Pristopi določanja maksimalnih čakalnih dob med državami prikazanimi v tabeli (Tabela 1) so različni predvsem zaradi razlik v modelih plačevanja zdravstvenih storitev ter njihovih omejitev [1], zato je na primer v Estoniji maksimalna čakalna doba za operacijo sive mreke (18 mesecev) za 94,4 % daljša od maksimalne čakalne dobe na Danskem (1 mesec), med tem ko je na Finskem maksimalna čakalna doba za pregled pri specialistu (3 tedne) za 25,0 % krajša od maksimalne čakalne dobe na Islandiji (4 tedne) oziroma za 94,2 % krajša od maksimalne čakalne dobe na Irskem (52 tednov) pri čemer je na Irskem maksimalne čakalne dobe regulirana s ciljem, da 80% pacientov na prvi specialistični pregled ne sme čakati več kot 52 tednov [1]. Preračun podatkov o maksimalnih čakalnih dob določenih v državah članicah OECD in Slovenije (Slika 3), kaže da so maksimalne čakalne dobe določene različno za različne vrste zdravstvenih storitev (Tabela 1).



**Slika 3. Maksimalne čakalne dobe za specialistični preglede – elektivni poseg po državah OECD (preračun v dneve)**

Vir: Povzeto po [1, 13].

## 4. Merjenje in zbiranje podatkov o čakalnih dobah

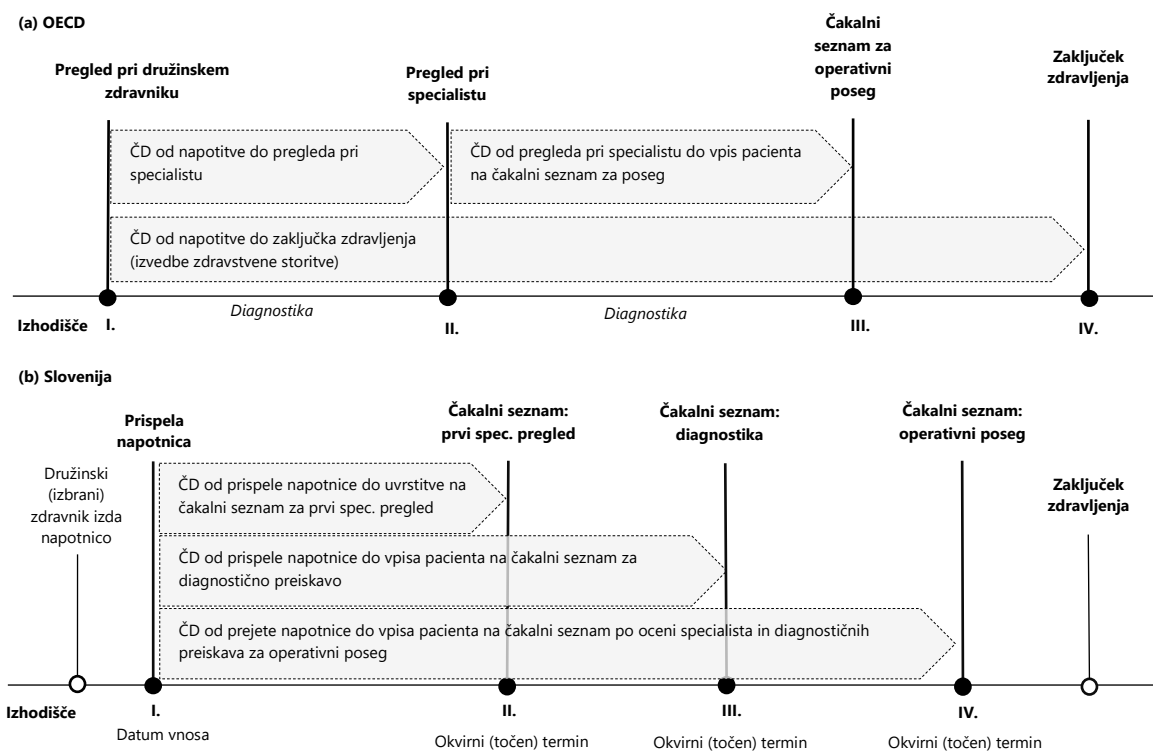
Za spremljanje uspešnosti politik skrajševanja čakalnih dob je potrebno v sistemu zdravstvenega varstva zagotoviti, da so podatki, ki jih izvajalci poročajo ustrezno implementirani v integralni informacijski sistem, ki temelji na konceptu nastanka čakalnih dob in upravljanja čakalnih seznamov (Slika 1), in sicer tako, da so podatki, ki se nanašajo na ponudbo zdravstvenih storitev (npr. število opravljenih storitev, obseg finančnih sredstev namenjenih za skrajševanje čakalnih dob, ipd.), in povpraševanje po zdravstvenih storitvah (npr. število izdanih napotnic, število kroničnih bolnikov, ipd.) med seboj primerljivi, in jih je mogoče primerjati s podatki o čakalnih dobah, kot je prikazano v primeru (Tabela 2). Primer, prikazuje statistične vrednosti izražene v mediani čakalnih dob in število pacientov, ki zdravljenje še niso oziroma so zaključili za tri vrste podatkov — mediana čakalne dobe v tednih, povprečna čakalna doba v tednih za 95% čakajočih in delež čakajočih obravnavanih znotraj 18-tih tednov – znotraj maksimalno določene čakalne dobe [2]. Prvi sklop podatkov v tabeli 2, prikazuje podatke, in sicer od napotitve družinskega (izbranega) zdravnika do časa, ko je bolnik sprejet v bolnišnico na zdravljenje.

**Tabela 2. Primer izračuna podatkov o čakalnih dobah in delež čakajočih od začetka do zaključka zdravljenja**

Čakajoči pacienti na operativni poseg	od napotitve do sprejema v bolnišnico			od napotitve do obravnave pri specialistu			Pacienti vpisani na čakalni seznam		
	Mediana v tednih (50 %)	95 %	% znotraj 18 tednov	Mediana v tednih (50 %)	95 %	% znotraj 18 tednov	Mediana v tednih (50 %)	95 %	% znotraj 18 tednov
Februar 2011	9,0	22,8	89,8	3,5	16,1	97,2	5,5	26,2	88,7
Avgust 2011	8,1	22,6	90,4	4,1	15,7	97,3	6,2	24,2	90,6
Februar 2012	8,7	21,9	91,2	3,6	16,1	97,1	5,2	21,0	92,6

Vir: povzeto po [2].

Drugi sklop podatkov v tabeli 2, prikazuje podatke od časa ko je bil pacient napoten k specialistu na specialistični pregled do časa, ko je storitev (prvi specialistični pregled) opravil in je bil odstranjen iz čakalnega seznama, saj pacient ni bil sprejet v bolnišnico na zdravljenje, v primerih ko je zdravnik odločil, da bolnik ne potrebuje zdravljenja v bolnišnici. Tretji sklop podatkov v tabeli 2, prikazuje podatke od časa, ko je bil bolnik napoten od družinskega zdravnika do datuma popisa, to je konec meseca, ko so bolniki še čakali na seznamu [2].



**Slika 4. Proces obravnave pacienta – izhodišče za merjenje čakalnih dob v državah članicah OECD in Sloveniji**

Vir: Prirejeno po [2, 16, 30-33].

V praksi se za spremljanje učinkov ukrepov politike skrajševanja čakalnih dob uporabljajo različne metode, ki se med državami razlikujejo, kar je eden izmed razlogov, da je primerjava med zdravstvenimi sistemi omejena in brez korekcij težko primerljiva [2, 30, 34-39]. Razlike v spremljanju in s tem primerjanju izračunanih čakalnih dob med državami OECD in Slovenijo so prikazane v shemi (Slika 4). Shema prikazuje razlike v izhodišču za izračun čakalnih dob in čakalnih vrst na poti pacienta – od napotitve do zaključka zdravljenja oziroma ko je storitev opravljena [2, 3, 30, 31, 40, 41]. Primerjava med modeli spremljanja čakalnih dob in Slovenskim modelom, ki ga določa veljavna zakonodaja [16, 32, 33] je v izračunu čakalnih dob za posamezno zdravstveno storitev – od

uvrstitve pacienta na čakalni seznam za vsako od zdravstvenih storitev, ki jo pacient potrebuje da pride do operativnega posega, posebej za prvi specialistični pregled, posebej za diagnostične preiskave, in posebej za operativne posege, pri čemer je izračunana čakalna doba izračunana kot povprečje vseh čakajočih pacientov uvrščenih na čakalni seznam, katerih zdravstvena storitev še ni bila zagotovljena – pričakovana čakalna doba, ki ne odraža dejanske čakalne dobe, to je ko je bila zdravstvena storitev opravljena.

## 5. Pregled politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu

Primerjava prioritet po področjih uvajanja ukrepov politik skrajševanja čakalnih dob med državami prikazanimi v tabeli (Tabela 3), kaže da so prioritete politike določene kot splošne in/ali specifične [1]. Podrobna primerjava prioritet politik kaže, da dolge čakalne dobe predstavljajo izziv v večini držav — 88% pri zagotavljanju elektivnih posegov, 83% pri specialističnih pregledih in 71% pri diagnostičnih preiskavah, 54% pri nujnem zdravstvenem varstvu, 50% pri obravnavi na primarni ravni oziroma pri družinskem zdravniku, 67% na področju bolezni raka, 63% bolezni mentalnega zdravja, in 50% bolezni srca in ožilja [1]. Iz primerjave podatkov izhaja (Tabela 3), da 25% držav (Kanada, Nova Zelandija, Litva, Latvija, Poljska in Mehika) dolge čakalne dobe predstavljajo izziv na vseh naštetih področjih [1].

**Tabela 3. Pregled prioritet politik skrajševanja čakalnih dob po državah**

Države	Splošni cilji - prioritete					Specifični cilji - prioritete		
	Elektivni operativni posegi	Specialistična obravnava	Diagnostika	Urgentna obravnava	Primarna obravnava	Bolezni raka	Mentalno zdravje	Bolezni srca in ožilja
Češka	+						+	
Danska	+					+	+	+
Estonija	+	+		+		+	+	+
Finska	+	+	+	+	+	+	+	
Grčija		+	+	+	+	+		
Irska	+	+	+					
Islandija	+	+			+			
Izrael	+	+	+	+	+		+	+
Japonska								
Kanada	+	+	+	+	+	+	+	+
Kostarika	+	+	+				+	
Latvija	+	+	+	+	+	+	+	+
Litva	+	+	+	+	+	+	+	+
Luksemburg		+	+	+	+	+		
Madžarska	+	+	+			+		
Mehika	+	+	+	+	+	+	+	+
Nizozemska	+	+				+		
Norveška	+	+				+	+	
Nova Zelandija	+	+	+	+	+	+	+	+
Poljska	+	+	+	+	+	+	+	+
Portugalska	+	+	+	+	+	+		+
Slovaška	+	+	+			+		+
Slovenija	+	+	+				+	+
Velika Britanija	+		+	+		+		
<b>Skupaj</b>	<b>21 (88%)</b>	<b>20 (83%)</b>	<b>17 (71%)</b>	<b>13 (54%)</b>	<b>12 (50%)</b>	<b>16 (67%)</b>	<b>15 (63%)</b>	<b>12 (50%)</b>

Vir: Povzeto po [1].

Politike za skrajševanje čakalnih dob za specialistične preglede in/ali elektivne operativne posege so glede na uporabo ukrepov prikazane v tabeli (Tabela 4).

**Tabela 4. Ukrepi politike skrajševanja čakalnih dob za specialistične preglede in/ali elektivne operativne posege**

Kombinacije ukrepov - strategij politik za skrajševanje čakalnih dob	Države	Vpliv na skrajšanje čakalnih dob v praksi
1 Uporaba maksimalne čakalne dobe kot cilj regulatorja ali plačnika zdravstvenih storitev pri izvajalcih ( <i>ang. targeted maximum waiting times</i> )	Finska, Anglija	Politika je uspešna pri zagotavljanju krajših čakalnih dob v kombinaciji z ukrepi na strani ponudbe in povpraševanja
2 Uporaba maksimalne čakalne dobe kot zagotovilo oziroma garancija ( <i>ang. maximum waiting times guarantee</i> )	Danska, Portugalska	Politika omogoča večjo izbiro izvajalcev pacientu, ne pa tudi nujno zagotavljanje krajših čakalnih dob
3 Uporaba ukrepov na strani ponudbe zdravstvenih storitev za doseganje maksimalne čakalne dobe	Nizozemska, Irska, Avstralija, Kanada, Madžarska, Estonija, Poljska, Slovenija in Kostarika	Politika je draga in dolgoročno neuspešna pri zagotavljanju krajših čakalnih dob
4 Uporaba ukrepov na strani povpraševanja po zdravstvenih storitvah z razvrščanjem pacientov na čakalne sezname po prioritetah	Nova Zelandija in Norveška (tudi Avstralija)	Politika prispeva k skrajšanju dolgih čakalnih dob ali zmanjšanju bremena čakanja pacientov
5 Koordinacija med primarno in sekundarno ravno – upravljanje napotitev na specialistične preglede	Nova Zelandija, Kanada in Italija (tudi Slovenija, Poljska, Kostarika)	Politika prispeva k zmanjšanju števila čakajočih na čakalnih seznamih predvsem v času omejevanja dostopa med epidemijo ter izboljša komunikacijo s pomočjo telemedicine.

Vir: povzeto po [1].

## 6. Značilnosti politik skrajševanja čakalnih dob

### 6.1. Politika določanja maksimalne čakalne dobe: cilj izvajalca zdravstvenih storitev

Maksimalna čakalna doba za specialistične preglede ali/in elektivne posege določena s strani regulatorja ali plačnika kot cilj politike za skrajševanje čakalnih dob, bodisi na ravni posameznega izvajalca, regije ali sistema je **zelo uspešna vrsta politike pri skrajševanju zelo dolgih čakalnih dob** za katero je značilen močno reguliran nadzor doseganja maksimalne čakalne dobe na ravni posameznega izvajalca oziroma občine z vnaprej znane sankcije v primeru, da maksimalna čakalna doba ni dosežena (Primer 1: Anglija in Finska) [1].

### Primer 1. Maksimalna čakalna doba kot cilj izvajalca (Anglija in Finska)

**Anglija** je maksimalne čakalne dobe za izbrane vrste elektivnih posegov zniževala postopoma. Od 2002-03 je veljala maksimalna čakalna doba 12 mesecev, nato 9 mesecev od 2003-04 in 18 tednov od 2006 dalje. Sankcioniranje nedoseganja maksimalne čakalne dobe je bilo uvedeno postopno, od 2000-05. Doseganje maksimalne čakalne dobe je visoko na prioritetni lestvici politike, in nadzor nad zagotavljanjem maksimalne čakalne dobe izvaja posebni oddelek v kabinetu premierja ter posebne komisije, kar je v letu 2008 prispevalo k pomembnemu skrajšanju povprečnih čakalnih dob za več kot 1/2 pri zamenjavi kolka in kolena ter operacijah sive mreže. Leta 2010 je bila maksimalna čakalna doba — 18 tednov od napotitve pacienta do zaključka zdravljenja (*ang. RTT – from referral to treatment*) vključena v pravila NHS. RTT standard je bil prenesen v sekundarno zakonodajno raven, odgovornost za izvajanje pa je bil prenesen na NHS (*ang. The National Health Service Commissioning Board*) in CCG (*ang. Clinical Commissioning Group*), ki morata zagotavljati, da 92% pacientov na čakalnih seznamih z zdravljenjem prične v 18. tednih. Poleg uvedbe maksimalne čakalne dobe ima Anglija sprejet dolgoročni načrt za skrajševanje čakalnih dob v okviru reforme zunaj-bolnišničnega zdravstvenega varstva, ki vključuje ukrepe na strani ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah na podlagi treh ciljev: (1) zmanjšati nepotrebne specialistične preglede; (2) povečati različne oblike zunaj-bolnišnične specialistične obravnave (npr. povečanje rabe digitalnih storitev); (3) povečati obseg zdravstvenih storitev in skrajšati čakalne dobe za elektivne posege. Rezultat ukrepov politike je, da se je delež čakajočih pacientov na čakalnih seznamih, ki so čakali manj kot 18 tednov na začetek zdravljenja v letu 2013 iz 94 % znižal v letu 2018 na 86%, pri čemer so se povprečne čakalne dobe podaljšale za 1,6 tednov v enakem obdobju (sprememba iz 5,6 tednov na 7,2 tedna), in sicer kot posledica ukrepa na strani ponudbe zdravstvenih storitev, zaradi zmanjšanja finančnih sredstev.

**Finska** nacionalna politika skrajševanja čakalnih dob temelji na določanju oziroma doseganju maksimalne čakalne dobe za specialistične preglede in elektivne posege. Za izvajanje politike maksimalne čakalne dobe na strani ponudbe in povpraševanja so na Finskem odgovorne izvajalci in občine. Maksimalne čakalne dobe za specialistični pregled in izbrane vrste operativnih posegov so bile prvič določene leta 2005, ter leta 2010 prenesene v nacionalno zakonodajo. Finska ima določeni dve vrsti maksimalnih čakalnih dob: (a) 3 tedne od napotitve izbranega zdravnika na specialistični pregled; (b) 3 mesece za pripravo oceno specialista za kirurško zdravljenje; (c) 3 mesece od ocene specialista z možnostjo podaljšanja 6. mesecev za nujne primere za izvedbo operativnega posega v primeru da je odločitev sprejeta. Nadzor nad zagotavljanjem maksimalnih čakalnih dob izvaja nadzorna agencija, ki ima pristojnost sankcioniranja z plačilom globe, če izvajalci presegajo maksimalne čakalne dobe na občinski ravni. Finska politika je poleg uvedbe in nadzora doseganja maksimalne čakalne dobe, pomembno skrajšala povprečne čakalne dobe za zamenjavo kolka in kolena ter operacije sive mreže tudi z mešanico ukrepov na strani ponudbe in boljšim upravljanjem na strani povpraševanja vse do leta 2018, ki se vse do leta 2019 niso pomembno podaljšale [1].

Vir: Povzeto po [1].



## 6.2. Politika določanja maksimalne čakalne dobe: zagotovilo pacientu

Določitev maksimalne čakalne dobe kot zagotovilo (jamstvo oziroma garancija) pacientu, da bo zdravstvena storitev opravljena je politika za skrajševanje čakalnih dob, ki pacientu omogoča prosto izbiro izvajalca v zasebnem ali javnem sektorju, znotraj ali izven nacionalnega zdravstvenega sistema, pri katerem bo obravnavan prej oziroma znotraj zajamčene maksimalne čakalne dobe, ki je z vidika skrajševanja čakalnih dob bolj ali manj uspešna (Primer 2: Danska in Portugalska) [1].

### Primer 2. Maksimalna čakalna doba kot zagotovilo pacientu (Danska in Portugalska)

**Danska** zajamčena oziroma garantirana maksimalna čakalna doba, ki velja od napotitve do zdravljenja na sekundarni ravni je bila sprva 2 meseca, ki je bila leta 2007 skrajšana na 1 mesec, ki zagotavlja, da mora izvajalec (javna bolnišnica) v regiji pacientu omogočiti zdravljenje znotraj maksimalne čakalne dobe, sicer ima pacient pravico do proste izbire drugega izvajalca (omogoča izbiro zasebne ali javne bolnišnice, doma ali v tujini). Politika za skrajševanje čakalnih dob zagotavlja spodbude za ohranitev pacientov v regiji tako, da krije stroške v višini cene storitve skupine primerljivih primerov (*ang. DRG*) iz kvote regijskih bolnišnic, kjer bi moral biti pacient obravnavan. Rezultat Danske politike je v povečanju deleža bolnikov (iz 2 % na 5 % v obdobju 2006-10), ki si izberejo izvajalca iz zasebnega sektorja, in hkratnem skrajšanju čakalnih dob za izbrane vrste posegov, ter ohranjanju čakalnih dob (mediana) na nizki ravni (v povprečju na ravnih 2. do 6. tednov odvisno od vrste posega – operacije sive mreže, zamenjave kolka in kolena). Politika proste izbire pacienta velja za bolnišnično obravnavo, pri čemer morajo regijske bolnišnice zagotoviti, da se vsem pacientom na čakalnem seznamu specialistična ocena opravi v mesecu dni od datuma napotitve. V kolikor iz zdravstvenih razlogov pacienta ni mogoče, mora pacient prejeti podrobna navodila za nadaljnjo obravnavo, vključno s informacijo nadaljnjih potrebnih pregledov v drugi bolnišnici. Če regijska bolnišnica pacienta teh zahtev zaradi omejenih zmogljivosti ne more izpolniti, velja razširjena prosta izbira pacienta druge bolnišnice (prosta izbira javne ali zasebne, znotraj ali izven regije oziroma v tujini).

**Portugalska** je leta 2004 po več različnih politikah, ki so temeljile na dodatnem financiranju zdravstvenih storitev z omejenim učinkom na skrajšanje čakalnih dob, uvedli politiko, ki temelji na obveznem informacijskem sistemu (SIGIC, kasneje SIGA) in na sistemu vavčerja (*ang. voucher system*), ki ga zavarovanec prejme in vnovči pri kateremkoli drugem izvajalcu (tudi zasebnem), ko čakalna doba od vpisa v čakalni seznam do termina za izvedbo storitve doseže 75 % maksimalne čakalne dobe. Informacijski sistem SIGA omogoča spremljanje celovite-horizontalne obravnave pacienta v središču (*ang. patient-centred*) ter njegovih čakalnih dob po fazah obravnave pacienta (*ang. patient's pathway in five phases*) od napotitve — iz bolnišnice v primarno oskrbo (faza 1); iz primarne oskrbe v bolnišnico (faza 2); med oddelki in bolnišnicami (faza 3); kontaktnega centra v bolnišnice in primarno oskrbo (faza 4); v nacionalno mrežo za dolgotrajno nego in iz nje (faza 5). Portugalska ima sprejet načrt za izboljšanje dostopa do zdravstvenega varstva, katerega cilja sta: (a) izboljšanje razvrščanja pacientov na čakalne sezname na podlagi klinične prakse; (b) izboljšanje protokolov sodelovanja med sekundarno in primarno ravno zdravstvenega sistema. Portugalska ima določene tri vrste maksimalnih čakalnih dob po stopnjah nujnosti obravnave: do 180 dni za izbrane vrste posegov, do 120 dni za specialistični pregled in 90 dni za diagnostične preiskave, kot na primer MRI in CT. Portugalska je leta 2016 za specialistične preglede uvedla prosto izbiro izvajalca, ki pacientu omogoča izbiro druge bolnišnice v nacionalnem zdravstvenem sistemu. Pacientu je tudi omogočeno, da se o izbiri bolnišnice posvetujejo s zdravnikom družinske medicine ob upoštevanju javno objavljenih čakalnih dob za specialistični pregled in operacije na portalu NHS. Rezultat ukrepov politike na Portugalskem je, da se je v letu 2005-10 število čakajočih na čakalnih seznamih zmanjšalo za 39 %, pri čemer se je skrajšala tudi mediana čakalne dobe za izbrane vrste operativnih posegov. V letih 2015-18 so se kljub 6 % povečanju števila posegov (iz 560.000 na 595.000), čakalne dobe (mediana) podaljšale za 13,8% (iz 2,9 na 3,3 mesece), med tem ko se je število čakajočih na izbrane operativne posege povečalo za 7% (iz 660.000 na 705.000 čakajočih).

Vir: Povzeto po [1].

### 6.3. Politika povečevanja ponudbe zdravstvenih storitev in doseganje maksimalnih čakalnih dob

Politika povečevanja ponudbe zdravstvenih storitev za doseganje maksimalne čakalne dobe omenjene v študiji OECD [1], katerih značilnosti so povzete v nadaljevanju (Primer 3a: Slovenija, Nizozemska in Irska; Primer 3b: Avstralija, Kanada, Madžarska, Estonija in Poljska) so države v katerih so poskušali čakalne dobe skrajšati s povečanjem obsega zdravstvenih storitev, z ukrepi, ki vplivajo na ponudbeno stran zdravstvenih storitev — dodatnim financiranjem točno določenih zdravstvenih storitev, zaposlovanjem zdravstvenega osebja, večanjem obsega zdravstvenih storitev, daljšim delovnim časom, večjo učinkovitostjo in organizacijo dela. Za politike, ki vplivajo na ponudbeno stran zdravstvenih storitev je značilno, da so drage, njihov pozitiven učinek na skrajšanje čakalnih dob, pa je možen, le če povečanje ponudbe storitev odtehta povečanje povpraševanja in če se zdravstveni sistem na večji obseg zdravstvenih storitev ne odziva s hkratnim povečanjem napotitve, ki napihuje povpraševanje, kot obliko povpraševanja, ki ga povzroča ponudba [1].

#### Primer 3a. Politike povečevanja ponudbe zdravstvenih storitev (Slovenija, Nizozemska in Irska)

**Slovenija** je sprejela ukrepe na strani ponudbe z zagotavljanjem enkratnih dodatnih finančnih sredstev v obdobju 2016–18 za izbrane vrste zdravstvenih storitev. V letu 2019 je bil vzpostavljen pilotni projekt za optimizacijo notranjih procesov na ravni izvajalca z namenom povečanja obsega storitev.

**Nizozemska** je leta 2000 z dogovorom med nacionalnim združenjem bolnišnic in zavarovalnicami dogovorila družbeno sprejemljive maksimalne čakalne dobe, in sicer: (a) 4 tedne (80 % v 3. tednih) za oceno specialista vključno z diagnostiko; (b) 6 tednov (80 % v 4 tednih) za zdravstvene storitve v dnevni bolnišnični obravnavi; (c) 7 tednov (80 % v 5. tednih) za bolnišnično obravnavo. Spodbuda za zagotavljanje družbeno sprejemljivih (maksimalnih) čakalnih dob na Nizozemskem je imela odločitev sodišča, da je pacientova pravica do pravočasne zdravstvene obravnave sodno izvršljiva. Leta 2001 je bil spremenjen model financiranja bolnišnic – iz pasivnega fiksnega proračuna v aktivno plačevanje opravljenih storitev, vključno z odpravo omejitve zaposlovanja strokovnega osebja v bolnišnicah. Ti ukrepi, vključno z ukrepi na strani ponudbe zdravstvenih storitev, predvsem s povečevanjem števila posegov v kirurgiji je prispevalo k skrajšanju povprečnih čakalnih dob (npr. iz 12. tednov na 5 tednov za operacije sive mreže, 7 tednov za zamenjavo kolka in kolena v obdobju 2000-10 in ostale na nizki ravni do leta 2014, ko so se ponovno pričele podaljševati, zaradi dodatnih proračunskih omejitev, ki so vplivale na ponudbo ob naraščajočem povpraševanju po zdravstvenih storitvah.

**Irska** vodi politiko maksimalnih čakalnih dob z ukrepi na strani ponudbe za izbrane vrste zdravstvenih storitev bolj ali manj uspešno. Ima sprejet nacionalni načrt 2018-19, ki omogoča povečevanje dodatnih finančnih sredstev za zagotavljanje zdravstvenih storitev izvajalcem vključenih v izvajanje zdravstvenih storitev (*ang. The Health Service Executive - HSE*), skladno z rastjo povpraševanja po zdravstvenih storitvah med leti 2012-17 (v povprečju 5% na leto). Povečana finančna sredstva v 2018 so prispevala k zmanjšanju deleža števila čakajočih, ki čakajo na čakalnih seznamih več kot 3 oziroma 9 mesecev – zmanjšanje iz 28.100 na 14.900 čakajočih v obdobju 2017-19. Ukrepi politike so vplivali na skrajševanje čakalnih dob vse do leta 2018, a so v povprečju čakalne dobe za izbrane vrste zdravstvenih storitev v primerjavi z letom 2012 oziroma državami OECD še vedno visoke. Ministrstvo za zdravje je nadzor nad uspešnostjo izvajanja nacionalnega načrta preneslo na nacionalni sklad nakupovanja zdravstvenih storitev (*ang. National Treatment Purchase Fund - NTPF*), ki je odgovoren za uresničevanje in doseganje nacionalnih ciljev, pripravo tedenskih analiz podatkov čakalnih seznamov ter izvedbo rednih pregledov s HSE in NTPF. Ministrstvo za zdravje je določilo delovno skupino za pripravo ocene potrebne zmogljivosti za zagotavljanje potreb po zdravstvenih storitvah za oblikovanje kratkoročnih, srednjeročnih in dolgoročnih ciljev izboljšanja dostopnosti do izbranih vrst zdravstvenih storitev na področju ortopedije, dermatologije, oftalmologije, urologije in ginekologije.

Vir: Povzeto po [1].

### Primer 3b. Politike povečevanja ponudbe zdravstvenih storitev (Avstralija, Kanada, Madžarska, Estonija in Poljska)

**Avstralija** je podpisala sporazum za leto 2011–15 o nacionalnem partnerstvu za izboljšanje dostopnosti v javnih bolnišnicah ter določila nacionalne cilje za izbrane vrste zdravstvenih storitev, predvsem za operativne posege in specialistične preglede med avstralsko vlado, državami in teritoriji na podlagi katerih so leta prejela dodatna finančna sredstva za izboljšanje zmogljivosti, postopkov, nagrajevanja ter plačil na letni ravni, če so bili cilji doseženi - nekdanji Svet avstralskih vlad je vsako leto javno poročal o napredku doseganja ciljev, ki pa v letu 2013 niso bili izpolnjeni v celoti. V poročilu za leto 2013 je Avstralska vlada ugotovila, da so dodatna finančna sredstva omejila prirast povpraševanja po zdravstvenih storitvah, niso pa vplivala na skrajševanje čakalnih dob. Ukrepi Avstralske vlade so v obdobju 2015-18 vplivali na skrajšanje čakalne dobe za operacije sive mreže, med tem ko so se čakalne dobe za zamenjavo kolka in kolena še podaljšale. Avstralska vlada trenutno nima nacionalne politike za skrajševanje čakalnih dob, pa vlada še vedno redno ocenjuje čakalne dobe v javnih bolnišnicah na podlagi nacionalno dogovorjenih kazalnikov uspešnosti. Avstralski inštitut za še vedno pripravljala poročila o doseženih čakalnih dobah na letni ravni v okviru statistične zbirke za bolnišnice.

**Kanada** je imela sprejet dolgoročni načrt za obdobje 2004-14 v katerem so se vse vlade zavezale, da bodo izboljšale kakovost poročanja o čakalnih dobah za izbrane operativne posege, predvsem operacije sive mreže ter zamenjava kolka in kolena ter skrajšale čakalne dobe, ki pa so v povprečju (mediana) ostale sorazmerno stabilne vse do leta 2014, ko so se pričele podaljševati. Glavni vzroki za daljše čakalne dobe je v staranju prebivalstva ter naraščanju bolezni, kot sta osteoartritis in debelost, kar povzroča hitrejše rast povpraševanja po izbranih zdravstvenih storitvah od števila opravljenih posegov. Leta 2018 sta Provinca Britanska Kolumbija in Kanada napovedali, da bodo do marca 2019 opravili 9.400 več operacij v javnem zdravstvenem sistemu ter izboljšali obveščanje pacientov, klinične poti in zdravstveno obravnavo.

**Madžarska** je pomemben napredek dosegla z izvajanjem »Nacionalne strategije 2014–20«, ki vključuje ukrepe tako na strani ponudbe in učinkovitejše uravnavanje povpraševanja po izbranih zdravstvenih storitvah. Cilj strategije je skrajšati čakalne dobe pod 60 dni za manjše oziroma pod 180 dni za večje operacije, predvsem pri zamenjavi kolka in kolena ter zmanjšati regionalne neenakosti. Za doseg tega cilja je bila sprejeta zakonodaja. Uveden je bil tudi elektronsko spremljanje in upravljanje čakalnih seznamov na nacionalni ravni z namenom zagotavljanja podatkov v realnem času. Poleg teh ukrepov je vlada zagotovila dodatna finančna sredstva za izbrane posege ter s tem spodbudila preusmerjanje pacientov k izvajalcem s krajšo čakalno dobo.

**Estonija** je država, kjer so strategije skrajševanja za skrajševanje čakalnih dob tradicionalne, predvsem za operacije sive mreže in ortopedske operacije. Dodatno financiranje operacij kolka in kolena je pomembno skrajšalo čakalne dobe za 66,7% (z 2,5 na 1,5 let) v obdobju 2007-13, nato pa so se leta 2014 ponovno pričele podaljševati. Pri čakalnih dobah za operacije kolka na enako, za operacije kolena na višjo raven kot pred letom 2007. Leta 2018 je sklad zdravstvenega zavarovanja namenil dodatnih 34 mio EUR za izboljšanje dostopnosti do specializiranih storitev in povečanje obsega za približno 140.000 dodatnih posegov. Cilj je bil zmanjšati čakalne dobe za izbrane posege (siva mreža, menjava kolka in kolena), kar je prispevalo h skrajšanju čakalnih dob za operacije sive mreže in kolka, ne pa tudi pri operacijah kolena.

**Poljska** je sprejela ukrepe na strani ponudbe za skrajšanje ČD za elektivne posege, ter dosegla skrajšanje pri operacijah sive mreže in zamenjavi sklepov v letu 2010-18 na račun dodatnega financiranja števila operacij. Na strani povpraševanja so vse do leta 2018 čakajoče na čakalnem seznamu korigirali, in konec proračunskega leta vse operacije prestavili na začetek proračunskega leta. Po letu 2018 so bila zagotovljena dodatna finančna sredstva za izbrane operativne posege. Poljska je sprejela tudi ukrepe za izboljšanje dostopa do informacij o čakalnih dobah za paciente preko spletne strani. Kljub sprejetim ukrepom, pa vse več Poljakov dostopa do hitrejše zdravstvene obravnave v zasebnih bolnišnicah preko zasebnega zdravstvenega zavarovanja.

Vir: Povzeto po [1].

## 6.5. Politika povpraševanja po zdravstvenih storitvah in prednostni kriteriji za razvrščanje pacientov na čakalni seznam

Politik prednostnega razvrščanja pacientov na čakalni seznam, ki vpliva na povpraševanje po zdravstvenih storitvah z namenom izboljšanja dostopa do operativnih posegov se v praksi izvajajo zelo različno. Najbolj uveljavljeni sta dve vrsti politik (Primer 4: Norveška, Avstralija in Nova Zelandija): (a) razvrščanje pacientov na čakalne sezname na podlagi strokovne ocene zdravstvenega stanja pacienta – vključevanje pacientov na čakalne sezname v primerih, kjer so pričakovane koristi izvedbe izbranega operativnega posega velike oziroma le te niso mahne ali skoraj nične (Nova Zelandija); (b) razvrščanje pacientov na čakalne sezname na podlagi strokovne ocene zdravstvenega stanja pacienta z zagotavljanjem, da pacienti z resnimi zdravstvenimi stanji ter potrebami po zdravstveni obravnavi čakajo manj (Norveška, Avstralija in Nova Zelandija) [1].

### Primer 4. Politike povpraševanja po zdravstvenih storitvah – prednostno razvrščanje pacientov na čakalni seznam (Norveška, Avstralija in Nova Zelandija)

**Nova Zelandija** je primer države, ki je sprejela ukrepe na strani povpraševanja po zdravstvenih storitvah, in sicer tako da je poskušala izboljšati prednostno obravnavo z razvrščanjem pacientov na čakalne sezname. Te ukrepe je kasneje dopolnila z ukrepi na strani ponudbe zdravstvenih storitev. Nova Zelandija ima od leta 2000 oziroma 2012 ko je bila spremenjena, sprejeto nacionalno strategijo za skrajševanje čakalnih dob za izbrane elektivne posege. Strategija ima določene štiri glavne cilje: (a) maksimalna čakalna doba za prvo oceno specialista je 6 mesecev (4 mesece od 2012 dalje); (b) maksimalna čakalna doba za izvedbo operativnih posegov po strokovni oceni v okviru razpoložljivih (finančnih) sredstev je 6 mesecev (4 mesece od 2012 dalje); (c) zagotoviti zadosten obseg javnih (finančnih) sredstev, ki omogoča pravočasen dostop do ne nujnih operativnih posegov z zmanjšanja neželenih posledic čakanja ter poslabšanje zdravstvenega stanja pacienta, ki privede do nezmožnosti za poseg; (d) enakopraven dostop do zdravstvene obravnave, tako da imajo pacienti omogočen enak dostop ne glede na oddaljenost. Pristop politike razvrščanja pacientov na čakalne sezname na podlagi dosledne in pravočasne klinične ocene za izvedbo nenujnih operativnih posegov je izviren pristop, in temelji na subjektivnih in objektivnih merilih, ki jih določajo posebej razviti klinični standardi (CPAC). Vsi ti ukrepi, vključno z ukrepi na strani ponudbe ter določitvijo maksimalne čakalne dobe (4 meseci) so prispevali k skrajšanju povprečnih čakalnih dob za elektivne posege. Ministrstvo za zdravje je za obdobje 2019-24 sprejelo dolgoročen-strateški načrt na nacionalni ravni za izboljšanje celotne obravnave pacienta – od začetka do zaključka zdravljenja, vključno z diagnostiko. Načrt temelji na načelih kakovostne in varne zdravstvene obravnave (enakost, pravočasnost, kakovost, varnost, dostopnost, izkušnje pacientov, idr.).

**Norveška** je primer države, ki od 2002 vodi politiko individualnih - specifičnih čakalnih dob, ki je določena glede na oceno zdravstvenega stanja posameznega pacienta. Vsem pacientom, ki imajo pravico do bolnišničnega zdravljenja se opravi individualna klinična ocena na podlagi katere se določi najdaljša dopustna čakalna doba. Politika je bila oblikovana na podlagi ugotovitev, da lahko splošno določanje maksimalnih čakalnih dob kot zagotovilo pacientu, povzročijo neustrezno prednostno razvrščanje pacientov na čakalne sezname – povzročijo, da pacienti z resnimi zapleti, ki bi morali biti obravnavani hitreje čakajo dlje. Norveška politika omogoča prosto izbiro izvajalcev zdravstvenih storitev, tako med javnimi, kot tudi nekaterimi zasebnimi izvajalci, na podlagi javno dostopnih informacijah o pričakovanih čakalnih doba izvajalcev. Rezultat politike je, da je večina (98 %) pacientov, ki je 2018 čakalo na čakalnih seznamih bila obravnavana skladno z individualno določeno maksimalno čakalno dobo.

**Avstralija** je primer prednostnega razvrščanja pacientov na čakalni seznam, glede na zdravstvene potrebe na podlagi enotno določene maksimalne čakalne dobe. Za razvrščanje pacientov na čakalne sezname so v Avstraliji določene tri kategorije nujnosti obravnave: kategorija 1 – sprejem v 30. dneh za paciente, katerih zdravstveno stanje potrebuje nujno zdravstveno obravnavo; kategorija 2 – sprejem v 90. dneh za paciente, katerega zdravstveno stanje lahko povzroča bolečine, disfunkcionalnost, invalidnost ne more pa se na hitro poslabšati ali spremeniti v nujno stanje; kategorija 3 – sprejem v 365. dneh za paciente, katerih zdravstvo stanje ne potrebuje nujne oziroma hitre obravnave.

Vir: Povzeto po [1].

## 6.6. Politika povpraševanja po zdravstvenih storitvah in izboljševanje koordinacije med izvajalci zdravstvene dejavnosti

Politike na strani povpraševanja zdravstvenih storitev, ki temeljijo na izboljšanju koordinacije med primarno in sekundarno ravno so v porastu. Vse več držav poudarja pomen in potrebo po boljšem usklajevanju z namenom izboljšanja pravočasnosti obravnave, kot je prikazano v primeru (Primer 5: Poljska, Finska, Italija, Slovenija, Kostarika in Kanada). Digitalna posvetovanja so poleg konvencionalnih oblik posvetovanj, bodisi s pacientom, bodisi med različnimi ravnimi zdravstvenega varstva pomembno prispevala tudi med epidemijo Covid-19, ko so veljale fizične omejitve stikov je vse več držav razširilo dostop do telekomunikacij v medicini [1].

### Primer 5. Politike povpraševanja po zdravstvenih storitev – izboljšanje koordinacije med izvajalci (Poljska, Finska, Italija, Slovenija, Kostarika in Kanada)

**Poljska** načrtuje ukrepe za krepitev vloge družinskih zdravnikov s ciljem zmanjšati potrebe prebivalstva oziroma napotitev na specialistično ambulantno obravnavo – npr. oftalmologija in dermatologije).

**Finska** načrtuje ukrepe na strani povečanja posvetov na primarni ravni z namenom zmanjšanja nepotrebnih napotitev na sekundarno raven, predvsem za paciente s kroničnimi boleznimi.

**Italija** je vzpostavila sistem klasificiranja homogenih skupin čakalnih dob (*ang. Homogenous Waiting Times Group*), ki bodo komunikacijo ter usklajevanje napotitev ter zdravstveno obravnavo med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva. Uvedba sistema predvideva standardizacijo ocenjevanja potreb ter določili nujnost obravnave na obeh ravneh na podlagi skupnih meril.

V **Sloveniji** se pripravlja pilotni projekt za boljše upravljanje čakalnih dob vključno s spodbujanjem boljšega sodelovanja med primarno in sekundarno ravno s ciljem izboljšanja napotovanja na sekundarno raven.

**Kostarika** so se oblikovale pobude za izboljšanje napotitev iz primarne v specialistično obravnavo pacienta, vključno z uvedbo protokolov in meril za prednostne napotitve na specialistično obravnavo in diagnostiko.

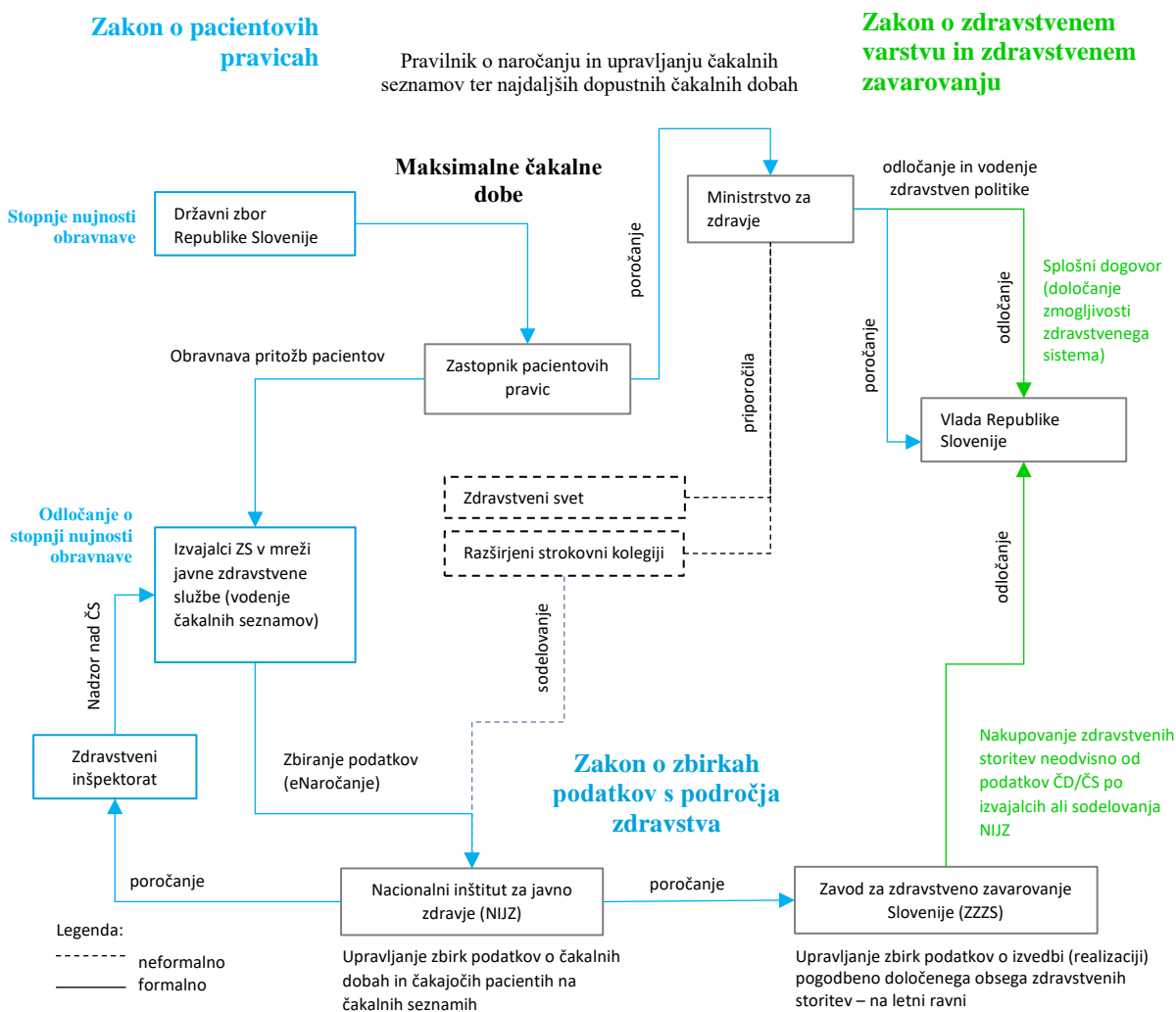
V okviru sodelovanja med **Kanadsko** fundacijo za izboljšanje zdravstvenega varstva (CFHI) ter skupino izvajalcev zdravstvenega varstva iz različnih provinc razvila inovaciji, namenjeni izboljšanju usklajevanja med izvajalci primarne in sekundarne ravni — varna spletna storitev eConsult (*ang. Champlain BASE™ eConsult Service*) in hitri dostop do posveta s specialistom (*ang. Rapid Access to Consultative Experience — RACE™*). Obe inovaciji omogočata posvet s specialistom v enem tednu. Več kot polovica (53 %) uporabnikov eConsult se je izognila neposredni obravnavi na sekundarni ravni, 40 % uporabnikov eConsult se je izognilo nujni zdravstveni obravnavi.

Vir: Povzeto po [1].

## 7. Glavne značilnosti slovenske politike skrajševanja čakalnih dob

### 7.1. Proces vodenja politike skrajševanja čakalnih dob

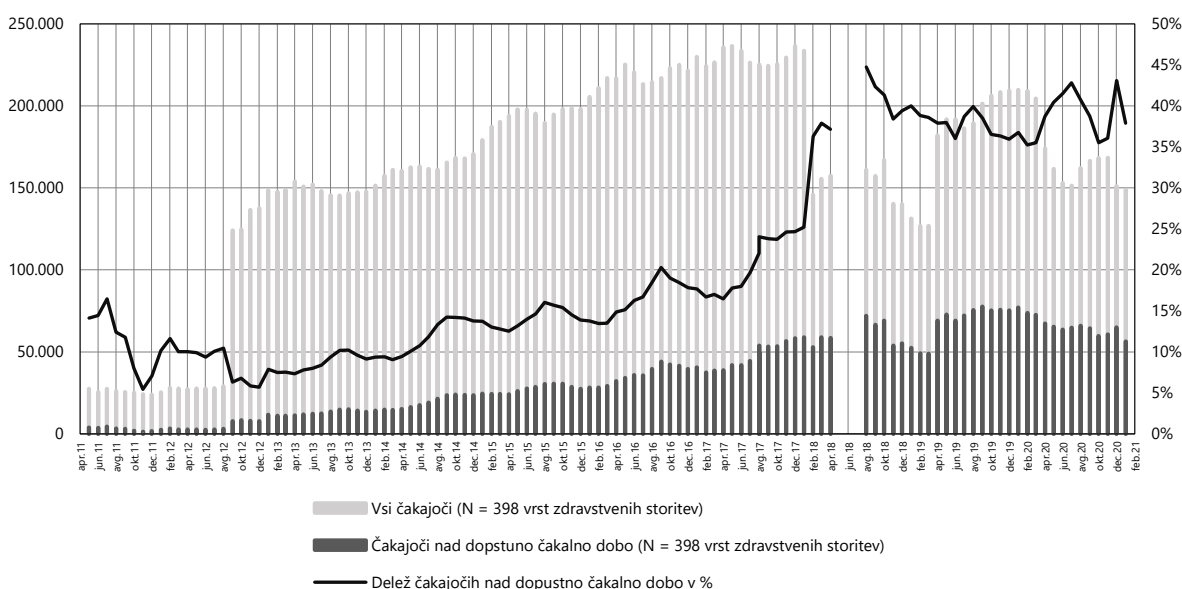
V Sloveniji je maksimalna čakalna doba določena, kot najdaljša dopustna čakalna doba, regulirana s strani Ministrstva za zdravje, na podlagi ZPacP [16] in Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah [33]. Delovanje centralnega informacijskega sistema za spremljanje čakalnih dob in čakalnih seznamov (eNaročanje) na nacionalni ravni ureja Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstva [32] v okviru nalog Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Slika 6).



Slika 5. Proces vodenja politike skrajševanja čakalnih dob v Slovenija

Opombe: ČD – čakalna doba; ČS – čakalni seznam; ZS – zdravstvena storitev.

Proces vodenja politike skrajševanja čakalnih dob prikazan v shemi (Slika 6), prikazuje procesa, v katerem Ministrstvo za zdravje ukrepe politike skrajševanja čakalnih dob dogovori v okviru vsakoletnega Splošnega dogovora s partnerji na podlagi partnerskih pogajanj skladno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju [42]. Če v procesu pogajanj predlogi partnerjev niso usklajeni se proces dogovarjanja nadaljuje na arbitraži, in če le ti tudi na arbitraži niso dogovorjeni, Ministrstvo za zdravje posreduje vsa nerešena vprašanja o katerih na koncu procesa odloči Vlada. Ko je dogovor sprejet Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije [42] preko pogodb z izvajalci financira izvajanje zdravstvenih storitev. Z vidika tipologije OECD politik skrajševanja čakalnih dob [1-3] v Sloveniji, Ministrstvo za zdravje od leta 2011 vodi politiko povečevanja dodatnih enkratnih in/ali prospektivnih programov, po modelu skupin primerljivih primerov, predvsem za izvajanje dodatnega obsega elektivnih posegov selektivno, glede na zmogljivosti izvajalcev v zdravstvenem sistemu [43, 44]. V politiko skrajševanja čakalnih dob so vključeni izvajalci zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe (javni zdravstveni zavodi in koncesionarji), ki čakalne sezname vodijo na podlagi Zakona o pacientovih pravicah [16], Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah [33] ter Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstva [32] za izbrane vrste zdravstvenih storitev —od 2018 dalje se ti podatki, preko internih informacijskih sistemov izvajalcev, zbirajo v centralnem informacijskem sistemu eNaročanje pri Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Nadzor nad izvajanjem Zakona o pacientovih pravicah [16] in Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah [33] vodi Zdravstveni inšpektorat kot prekrškov organ, med tem ko individualne pritožbe pacientov obravnavajo regijski zastopniki pacientovih pravic, ki poročajo Ministru za zdravje in Vladi o stanju na področju kršenja pacientovih pravic na letni ravni [16].



**Slika 6. Vpliv ukrepov zdravstvene politike na število čakajočih po podatkih NIJZ; 2011-21**

Vir: Podatki iz mesečnih poročil NIJZ (2011-21)<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Nacionalni inštitut za javno zdravje je od maja 2011 do januarja 2018 v mesečnih poročilih s stanjem na dan 1. 1. spremljal podatke za 60 oziroma 61 skupin zdravstvenih storitev. Od februarja 2018 do februarja 2021 se v mesečnih poročilih prikazujejo podatki za 398 vrst zdravstvenih storitev, ki so ekvivalentne 60 oziroma 61. skupinam zdravstvenih storitev.

Rezultati vodenja politike skrajševanja čakalnih dob s povečevanjem ponudbe zdravstvenih storitev (Slika 7) in maksimalno čakalno dobo v obliki določanja dopustne čakalne dobe (Slika 6), na splošno kaže na rast števila čakajočih na čakalnih seznamih od maja 2011 dalje, za 398 izbranih vrst zdravstvenih storitev<sup>2</sup>, ki se nanašajo na prve specialistične preglede, diagnostične preiskave ter elektivne operativne posege [16, 32, 33, 45]. Primerjava podatkov čakajočih na čakalnih seznamih za izbrane skupine oziroma vrste zdravstvene storitve za Slovenijo kažejo, da se je število čakajočih, ne glede na spremenjen način prikazovanja podatkov v desetih letih povečalo za skoraj 5-krat (iz 27.582 čakajočih maja 2011 na 148.888 čakajočih januarja 2021), od tega je nad dopustno čakalno dobo oziroma nad maksimalno čakalno dobo, februarja 2021 čakalo 56.410 čakajočih, kar je za 13,5-krat več kot maja 2011, ko je nad dopustno čakalno dobo na čakalnih seznamih čakalo 3.891 pacientov— delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo, pa se je v enakem obdobju povečal iz 14 % na 38% (Slika 7).

Iz analize podatkov (Slika 7) je opazen vpliv spremenjene politike vodenja skrajševanja čakalnih dob z uvedbo elektronskega naročanja in vodenja čakalnih seznamov (eNaročanje) v začetku leta 2018, ko se je število čakajočih zmanjšalo iz 233.475 na 145.744 čakajočih (jan/feb 2018), posledično se je zmanjšalo tudi število čakajočih nad najdaljšo dopustno čakalno dobo z 58.887 na 52.893 čakajočih. Ter vpliv ukrepov politike zaradi epidemije Covid-19 na podlagi katere so se predvsem v prvem valu epidemije začasno prenehale izvajati ne-nujne zdravstvene storitve (mar/apr 2020) je povzročil upad števila čakajočih z 204.579 na 174.102 na čakalnih seznamih ter upad števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo, katerih število se je zmanjšalo z 72.658 na 67.393 čakajočih.

## 7.2. Najdaljša dopustna čakalna doba v Sloveniji sinonim za maksimalno čakalno dobo

Tabela 5. Najdaljša dopustna čakalna doba po stopnjah nujnosti obravnave v Sloveniji

Stopnje nujnosti obravnave *	Nujno 24 ur	Zelo hitro 14 dni	Hitro tri mesece (91 dni)	šest mesecev (183 dni)	dvajset mesecev (365 dni)	Redno šest mesecev (183 dni)	dvajset mesecev (365 dni)
		za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene ali zobozdravstvene storitve, ki jih je treba izvesti takoj (24-tih urah)	zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v 14 dneh:	zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v treh mesecih	zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v šestih mesecih	zdravstveno stanje pacienta je tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v dvajsetih mesecih	zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v šestih mesecih
Najdaljša dopustna čakalna doba	znotraj 24 ur	znotraj 14 dni	znotraj 3. mesecev	znotraj 6 mesecev	znotraj 12 mesecev	znotraj 6 mesecev	znotraj 12 mesecev
	** sum na maligno bolezen	** sum na maligno bolezen		** za izdelavo protetičnih nadomestkov šest mesecev po zaključeni sanaciji zobovja;	** operacije krčnih žil, ortopedske operacije ter oralna in maksilofacialna kirurgija;	** za izdelavo protetičnih nadomestkov šest mesecev po zaključeni sanaciji zobovja;	** operacije krčnih žil, ortopedske operacije, oralna in maksilofacialna kirurgija ter prvi specialistični pregled pri revmatologu.

Opomba: \* najdaljša dopustna čakalna doba se šteje od predložitve napotnice – te so po posameznih stopnjah različne, kar pa ne velja za kontrolne specialistične preglede; \*\* izjeme so določene s pravilnikom – zadnja sprememba velja do 31. decembra 2022.

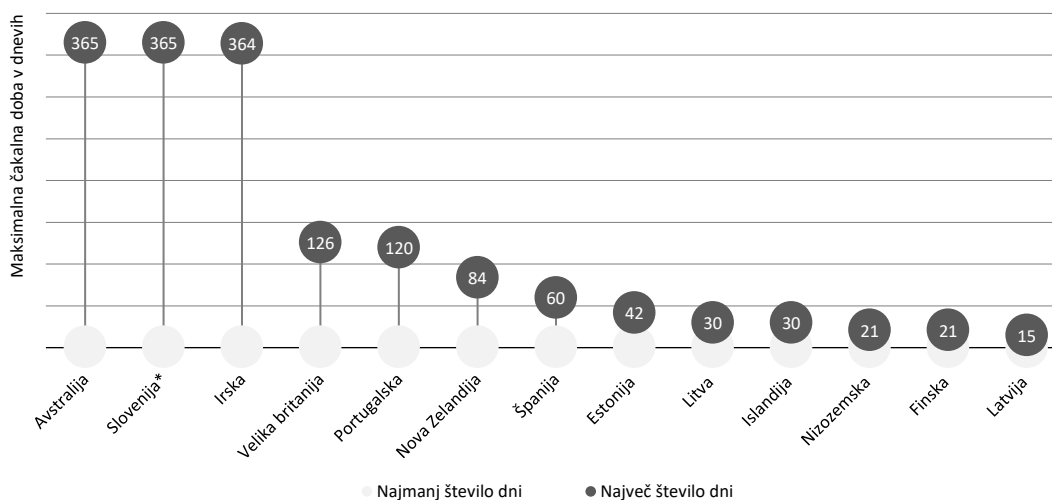
Vir: Povzeto po [13].

<sup>2</sup> Nacionalni inštitut za javno zdravje je od maja 2011 do januarja 2018 v mesečnih poročilih s stanjem na dan 1. 1. spremljal podatke za 60 oziroma 61 skupin zdravstvenih storitev. Od februarja 2018 do februarja 2021 se v mesečnih poročilih prikazujejo podatki za 398 vrst zdravstvenih storitev, ki so ekvivalentne 60 oziroma 61. skupinam zdravstvenih storitev.



Slovenija je z vidika sistema določanja maksimalne čakalne dobe prikazano v tabeli (Tabela 5) in sicer tako, da so stopnje nujnosti obravnave za večino zdravstvenih storitev ne glede na vrsto zdravstvene storitve – prvi specialistični pregled, diagnostična preiskava, operativni poseg določene enotno. Stopnja nujnosti obravnave glede na zdravstveno stanje pacienta se določi v urah, dnevih ali mesecih, in sicer za stopnjo nujno – 24 ur, zelo hitro – 14 dni; hitro – 3 meseci; redno – 6 mesecev oziroma hitro in redno – 12 mesecev za izjeme, ki jih določi minister pristojen za zdravje s pravilnikom [13].

Primerjava maksimalnih čakalnih dob za specialistični pregled [13] s preostalimi državami članicami OECD [1], preračunano v dneve (Slika 8) kaže, da je razpon maksimalne čakalne dobe največji v Sloveniji in v Avstraliji, pri čemer je maksimalna čakalna doba v obeh primerih regulirana s stopnjo nujnosti obravnave (v Sloveniji – 4 stopnje; v Avstraliji – 3 stopnje). Ne glede na stopnjo nujnosti obravnave, pa maksimalna čakalna doba po prioritetah obravnave (najdaljša dopustna čakalna doba po stopnjah nujnosti obravnave) pacientu ne zagotavlja oziroma jamči, da bo pacient obravnavan znotraj leta (Tabela 5).



**Slika 7. Primerjava maksimalnih čakalnih dob za specialistični pregled in/ali oceno specialista za nadaljnjo obravnavo (preračun v dneve)**

Vir: Povzeto po [1, 13].

Pri napotitvi na specialistični pregled ne glede na stopnjo nujnosti obravnave maksimalna čakalna doba tudi ne zagotavlja, da bo pacient oceno specialista prejel znotraj leta, pa čeprav je določena s pravilnikom ministra, saj leta med drugim določa, da je dopustna čakalna doba v Republiki Sloveniji dosežena, ko jo doseže eden od izvajalec v mreži javne zdravstvene službe, vsi ostali izvajalci, pa jo lahko jo lahko presegajo neomejeno – bodisi na ravni pacienta ali na ravni čakalnega seznama izvajalca. Slabost tako določene maksimalne čakalne dobe je glede na opravljene študije politik za skrajševanje čakalnih dob [1], da v praksi ne more učinkovati pozitivno kot ukrep zdravstvene politike in pomeni le ambicijo, ne pa tudi orodje za uravnavanje ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah, saj kot taka ne more biti nadzorovana in sankcionirana. Zato so v praksi vsi nadaljnji ukrepi, bodisi na strani ponudbe ali/in povpraševanja po zdravstvenih storitvah neučinkoviti, saj je čakalna doba za čakajoče na čakalnih seznamih že v izhodišču lahko višja od določene maksimalne čakalne dobe (dopustne čakalne dobe po stopnjah nujnosti obravnave).

### 7.3. Nadzor čakalnih dob in čakalnih seznamov v Sloveniji

Nadzor nad izvajanjem čakalnih dob in seznamov izvaja Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije (ZIRS) na podlagi Zakona o pacientovih pravicah [16] in Pravilniku o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah [33]. Inšpekcijski nadzor od leta 2018 dalje, od zadnje spremembe zakonodaje [16, 33], temeljijo na ugotavljanju spoštovanja pravic pacientov. Cilje izvedbe inšpekcijskih nadzorov se določi v letnem načrtu dela. Ugotovitve nadzora ZIRS po uveljavitvi sprememb Zakona o pacientovih so objavljene v letnem poročilu o delu ZIRS [46-48]. Po spremembi ZPacP so ti cilji spremenjeni [46-48]. Spremenjena je tudi vloga in odgovornost poslovnih organov pri spremljanju vodenja čakalnih seznamov in čakalnih dob, in sicer mora poslovodni organ za čakalne dobe, ki so daljše od najdaljših dopustnih najmanj mesečno analizirati vzroke za njihov nastanek, o izsledkih analize, pa poročati organu upravljanja — svetu zavoda, ki mora sprejeti ukrepe v skladu s svojimi pristojnostmi. Iz poročil ZIRS [46-48] izhaja, da so bile zaznane težave pri implementaciji sprememb ZPacP v obdobju 2018-20, pred epidemijo, in sicer glede: (1) spoštovanje pacientovega časa; (2) obveznem elektronskem vodenju čakalnih seznamov izvajalcev zdravstvene dejavnosti; (3) načina uvrščanja pacientov na čakalne sezname ter črtanje iz čakalnih seznamov; (4) načina informiranja pacientov; (5) vodenja naročilnih knjig za zdravstvene storitve pri izbranem osebnem zdravniku splošne oziroma družinske medicine, pediatru ter ginekologu; (6) vodenja čakalnih seznamov za izbrane osebne zobozdravnike; (7) obveznem sporočanje pacientov, da na načrtovano izvedbo zdravstvene storitve ne more priti.

**Tabela 6. Inšpekcijski pregledi, vzorčenje in ukrepanje na podlagi inšpekcijskega nadzora 2018-20**

Leto nadzora	2018	2019	2020	2021	Skupaj
Št. zavezancev po ZPacP	-	-	-	-	-
Št. opravljenih IP	1.305	1.906	322	0	3.533
<b>Upravni ukrepi</b>	<b>550</b>	<b>793</b>	<b>69</b>	-	<b>1.412</b>
Ureditvena odločba	96	103	7	-	206
Upravno opozorilo po ZIN	454	684	61	-	1.199
Sklep o denarni kazni	-	6	1	-	7
<b>Prekrškovne sankcije/ukrepi</b>	<b>529</b>	<b>698</b>	<b>78</b>	-	<b>1.305</b>
Odločba o prekršku (globa)	8	7*	2	-	17
Plačilni nalog	5	5	2	-	12
Odločba o prekršku (opomin)	31	18*	6	-	55
Opozorilo za storjen prekršek po ZP-1	485	668	68	-	1.221
<b>Skupno št. izrečenih ukrepov/sankcij</b>	<b>1.079</b>	<b>1.491</b>	<b>147</b>	-	<b>2.717</b>

Opomba: IP - inšpekcijski pregledi; ZIN - Zakon o inšpekcijskem nadzoru; ZP-1 - Zakon o upravnem postopku; \* Vrednost vsebuje seštevek prekrškov;

Vir: Povzeto po podatkih ZIRS [46-48].

Primerjava podatkov pokaže (Tabela 6), da zdravstveni inšpektorji zaradi epidemije Covid-19 v letu 2021 inšpekcijskih pregledov (IP) niso opravljali, v letu 2020, pa so jih opravili le 322, kar je za 83,1% manj kot leto poprej oziroma za 75,3% manj kot leta 2018.

**Tabela 7. Inšpekcijski pregledi po vrstah izvajalcev zdravstvene dejavnosti v obdobju 2018-20**

Leto nadzora	Bolnišnice	Zdravstveni domovi	Zdravilišča	Javni zavodi	Zasebniki s koncesijo*			Skupaj
					zdravstvena dejavnost	zobozdravstvena dejavnost	skupaj zasebniki s koncesijo	
2018	-	-	-	-	-	-	-	-
2019	26	73	7	2	287	271	558	666
2020	-	-	-	-	-	-	-	-

Vir: Povzeto po podatkih ZIRS [46-48].

Na podlagi ugotovitev nadzora je bilo v letu 2020 izrečenih 147 ukrepov (47,5% od vseh IP), v letu 2019 za 1.491 ukrepov (78,2% od vseh IP), in v letu 2018 za 1,079 ukrepov (82,7% od vseh IP). Iz podatkov inšpekcijskih nadzorov je razvidno (Tabela 6), da je bilo v obdobju 2018-20, opravljenih skupno 3.533 inšpekcijskih pregledov, vendar pa so podatki po izvajalcih zdravstvene dejavnosti vodeni le za leto 2019 (Tabela 7). Povzetek ključnih ugotovitev nadzorov za obdobje 2018-20 so prikazani v tabeli (Tabela 8).

**Tabela 8. Povzetek ključnih ugotovitev izvajanja določb ZPacP v obdobju 2018-20 (v %)**

Vsebina določb ZPacP	Delež v %		
	2018	2019	2020
Izvajalec v internem informacijskem sistemu ne zagotavlja ažurnih in resničnih podatkov o prostih oziroma o okvirnih terminih, številu pacientov uvrščenih na čakalni seznam ter druge podatke, ki jih posreduje v zbirko eNapotnica	66%	11%	25%
Pooblaščenec oseba za upravljanje čakalnega seznama pri izvajalcu ni določene	16%	-	-
Izvajalec ne zagotavlja vseh oblik naročanja na zdravstvene storitve - največkrat ne zagotavljajo elektronske oblike naročanja po e-pošti oziroma v sistemu eNaročanja	13%	-	25%
Izvajalec ne zagotavlja vodenja naročilne knjige, ki je elektronska evidenca zaporedno naročenih pacientov	36%	-	-
Izvajalec ne zagotavlja vseh potrebnih elementov pri vodenju čakalnih seznamov	45%	11%	-
Izvajalec ne upošteva določbe, glede hrambe podatkov s čakalnih seznamov <sup>A</sup>	22%	8%	-
Izvajalec ne izvaja črtanja pacienta s čakalnega seznama v 24-tih urah od termin ter seznanitve pacienta v 3. dneh od črtanja iz čakalnega seznama	18%	5%	8%
Izvajalec ne obvešča pacienta o uvrstitvi in posledicah neopravičene odsotnosti pacienta v treh dneh	30%	22%	-
Izvajalec ne obvešča pacienta o uvrstitvi in posledicah neopravičene odsotnosti pacienta pravočasno - v treh dneh	29%	-	-
Zdravstveni delavec oz. sodelavec, ki ima neposreden stik s pacientom nima na vidnem mestu oznake z navedbo osebnega imena in strokovnega ter morebitnega znanstvenega naziva	20%	17%	-
Izvajalec ne zagotavlja vseh elementov pri izpisu preverjanja določenih podatkov s čakalnega seznama za vse uvrščene podatke <sup>B</sup>	35%	35%	-
Izvajalec ne vzpostavlja stika s pacientov 10 dni pred izvedbo zdravstvene storitve <sup>C</sup>	22%	-	-
Izvajalec ne zagotavlja potrebnih z ZPacP določenih podatkov na svojih spletnih straneh, na vidnem mestu v čakalnici <sup>D</sup>	50%	40%	32%
Objava informacij na podlagi Pravilnika v JZZ <sup>E</sup>	18%	14%	17%

Opombe: <sup>A</sup> Podatki s čakalnega seznama, vključno s podatki o sledljivosti obdelave podatkov, se morajo hraniti pet let od izvedbe zdravstvene storitve oziroma črtanja s čakalnega seznama. <sup>B</sup> Pacient, ki je uvrščen na čakalni seznam, ima pravico izvedeti razloge za čakalno dobo in njeno dolžino ter pravico do vpogleda, kopije ali izpisa podatkov s čakalnega seznama za vse uvrščene paciente, pri čemer se lahko seznanijo le z določenimi podatki. <sup>C</sup> Izvajalec zdravstvene dejavnosti zaradi izvedbe zdravstvene storitve in upravljanja čakalnega seznama vzpostavi najmanj deset dni pred izvedbo storitve stik s pacientom, ki je uvrščen na čakalni seznam, če je pacient sporočil kontaktne podatke (e-naslov ali telefonsko številko) ali če jih izvajalec že ima. <sup>D</sup> Izvajalec v mreži JZS na svojih spletnih straneh, na vidnem mestu v čakalnici na primarni ravni in v specialistični ambulantni dejavnosti, v specialistični bolnišnični dejavnosti pa ob vstopu na oddelek ali na običajnem oglasnem mestu bolnišnice objavi: • oblike naročanja, morebitne časovne omejitve v sklopu posamezne oblike naročanja; • kontaktne podatke izvajalca zdravstvene dejavnosti, • najkrajše čakalne dobe po posamezni stopnji nujnosti za vse zdravstvene storitve, ki jih izvaja, • podatke o pooblaščenih osebah za čakalni seznam (osebno ime in kontaktne podatke), • podatek o evidentiranem številu zavarovanih oseb, če gre za izbranega osebnega zdravnika. <sup>E</sup> Izvajalec v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe na svojih spletnih straneh, na vidnem mestu v čakalnici na primarni ravni in v specialistični ambulantni dejavnosti, v specialistični bolnišnični dejavnosti pa ob vstopu na oddelek ali na običajnem oglasnem mestu bolnišnice objavi: • oblike naročanja, morebitne časovne omejitve v sklopu posamezne oblike naročanja; • kontaktne podatke izvajalca zdravstvene dejavnosti, • najkrajše čakalne dobe po posamezni stopnji nujnosti za vse zdravstvene storitve, ki jih izvaja, • podatke o pooblaščenih osebah za čakalni seznam (osebno ime in kontaktne podatke), • podatek o evidentiranem številu zavarovanih oseb, če gre za izbranega osebnega zdravnika.

Vir: Povzeto po podatkih ZIRS [46-48].

V okviru preverjanja kakovosti podatkov, ki se nanaša na zahtevo, da mora izvajalec zdravstvene dejavnosti v internem informacijskem sistemu (IS) zagotavljati ažurne in resnične podatke o prostih oziroma okvirnih terminih ter podatke o številu uvrščenih na čakalni seznam ter druge podatke, ki jih posreduje v podatkovno zbirko eNapotnica in eNaročila so zdravstveni inšpektorji preverjali naslednje vsebine prikazane v tabeli (Tabela 9), in sicer: ali so zdravstvene storitve, ki jih zavezanec izvaja in za katere vodi čakalni seznam, povezane med sistemi – lokalnim in centralnim informacijskim sistemom — povezljivost po vrstah zdravstvenih storitev (VZS); povezljivost po pacientih uvrščenih na čakalni seznam za posamezno vrsto zdravstvene storitve; resničnost in ažurnost podatkov o čakalnih dobah za posamezno vrsto zdravstvenih storitev; zagotavljanje termina v primeru, ko je čakalna doba krajša 120 dni in izvajalec izvaja triaže napitnih listin.

**Tabela 9. Povzetek ključnih ugotovitev, glede kakovosti izmenjave podatkov v obdobju 2018-20**

Področje nadzora kakovosti podatkov	Število VZS vključenih v nadzor			Ugotovljene nepravilnosti po številu VZS			Delež ugotovljenih nepravilnosti po številu VZS (%)		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Zagotovitve terminov in povezljivosti storitev iz lokalnega v centralni IS za posamezno VZS	-	10.896	-	-	3.000	-	-	27%	27%
Podatki o uvrščenih pacientih na čakalne sezname za posamezno VZS niso povezani (sporočeni) v centralni IS	-	10.512	-	-	4.109	-	-	39%	28%
Resničnost in ažurnost podatkov o čakalni dobi za posamezno VZS	-	10.498	-	-	4.882	-	-	46%	34 %
Zagotavljanje okvirnih namesto točnih terminov za posamezno VZS*	-	10.495	-	-	2.208	-	-	42%	28 %

Opomba: \*Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah določa, da se pacientu ob uvrstitvi na čakalni seznam določi za operativne postopke in vse druge zdravstvene storitve, kjer čakalna doba znaša več kot štiri mesece okvirni termin ali termin, za zdravstvene storitve, kjer čakalna doba znaša manj kot štiri mesece, pa termin.

Vir: Povzeto po podatkih ZIRS [46-48].

Na podlagi podatkov [47] je razvidno, da je v letu 2019 ZIRS v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije opravil osem regijskih sestankov, z namenom informiranja izvajalcev zdravstvene dejavnosti o novostih na področju pacientovih pravic in težavah, ki jih imajo izvajalci pri implementaciji zahtev predpisov. Regijski posveti so bili organizirani v okviru preventivne funkcije s področja vodenja in upravljanja čakalnih seznamov v povezavi z uvajanjem sistema eNaročanja.

Posveti so bili tematsko prilagojeni glede na predhodna vprašanja izvajalcev. Izvajalcem je bila predstavljena vsebina nadzora, ter podatki NIJZ iz centralnega sistema eNaročanja s pojasnili o pomenu podatkov, zahtev predpisov in praktična izvedba le-teh. Na posvetu so izvajalci lahko podali mnenja in informacije glede zagotavljanje skladnosti s posameznimi zahtevami predpisov ter predlagali potrebne spremembe predpisov<sup>3</sup>. Na podlagi podatkov [48] je razvidno, da je v letu 2020 ZIRS obravnaval 83 prijav občanov oziroma pacientov, od katerih se je 30 (36,1%) prijav nanašalo na netočne podatke o objavljenih čakalnih dobah za storitev v primerjavi s čakalno dobo, ki jo je pacient prejel od izvajalca kjer se je naročil, 13 (15,7%) na uvrstitev pacienta na čakalni

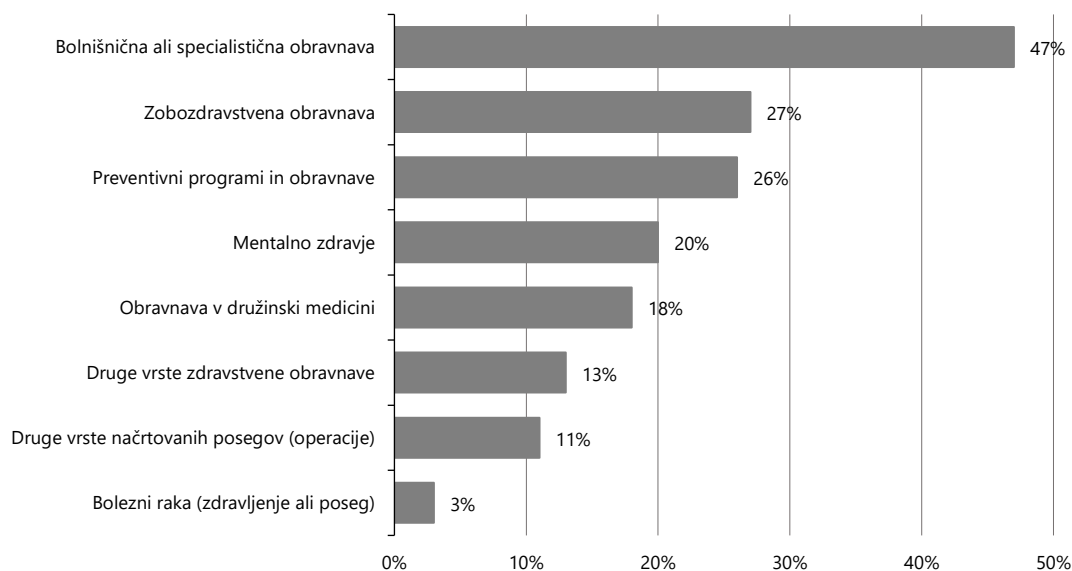
<sup>3</sup> ZIRS v poročilu za leto 2019 navaja [47], da so bile na posvetih predstavljeni izzivi in dobre prakse s strani izvajalcev zdravstvene dejavnosti ter predstavnikov informacijskih hiš, ki se tudi po zaključku regijskih srečanj redno obračajo na ZIRS z vprašanji po rešitvah glede določb področne zakonodaje. Gradivo z zbranimi rešitvami iz vseh regijskih posvetov je bilo poslano vsem udeleženiim. Smiselni predlogi, ki so jih dali izvajalci za spremembo zakonodaje, kot navaja ZIRS po presoji podani na sestanku v okviru delovnih skupin za spremembo zakonodaje. Iz poročila ni razvidno, ali je bil v posvet vključen tudi NIJZ, ki lahko razlaga oziroma interpretira podatke NIJZ. Prav tako iz poročila ni razvidno ali je bilo gradivo oziroma podatki iz podatkovnih zbirk ustrezno interpretirano izvajalcem zdravstvene dejavnosti s strani ZIRS. Iz poročila tudi ne izhaja ali je bilo Ministrstvo za zdravje seznanjeno s predlogi za izboljšave, ki jih je vodil in organiziral ZIRS v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije.

seznam, in 40 (48,2%) na neustrezen odnos oziroma obravnavo oziroma neustrezno vodena postopka prve obravnave kršitve pacientovih pravic pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

## 8. Izhodne strategije za zmanjšanje zaostankov nastalih med epidemijo

Na splošno je epidemija Covid-19 od Marca 2020 dalje vplivala na število čakajočih na nenujne zdravstvene storitve po vsem svetu, pa vendar se stopnje prizadetosti glede zaostankov v zagotavljanju pravočasne zdravstvene obravnave med nacionalnimi zdravstvenimi sistemi razlikujejo, in med seboj niso neposredno primerljive [5]. Empirični podatki kljub precej veliki stopnji negotovosti o velikosti zaostankov v obravnavi pacientov med epidemijo [5, 49], kažejo da se vlade po vsem svetu intenzivno ukvarjajo s sprejemanjem politik (strategij), ki bodo dolgoročno prispevale k zmanjšanju zaostankov, ki so nastali zaradi povečanih zmogljivosti zdravstvenega sistema namenjene obolelim z virusom SARS-CoV-2 ter preprečevanju okužb na račun zmanjšanih zmogljivosti obolelim, zbolelim, obnemoglim, poškodovanim, ki so že pred epidemijo čakali na čakalnih seznamih [5, 49] ter prihajajočimi novimi zdravstvenimi potrebami, ki med epidemijo zaradi okrnjenega delovanja zdravstvenih sistemov niso bili zaznani. Vse to bo v prihodnje prispevalo k večanju števila čakajočih na čakalnih seznamih, ter podaljševanju čakalnih dob v praktično vseh državah po svetu [5].

Po podatkih Eurofounda iz aprila 2021 je več kot petina (21 %) državljanov Evropske unije (EU) med pandemijo zamudila pregled ali zdravljenje [5], največ pri bolnišnični ali specialistični obravnavi (47 %) ter zobozdravstveni obravnavi (27 %) in (26 %) preventivni obravnave ter na področju mentalnega zdravja (Slika 7) [5, 50]. Svetovna zdravstvena organizacija ocenjuje, da je 92 % od skupno 48 držav v regiji Evrope poročala o težavah pri zagotavljanju nekaterih zdravstvenih storitev [5, 51].



**Slika 8. Neizpolnjevanje potrebe po zdravstvenih storitvah po vrsti zdravstvene obravnave, EU 27 aprila 2021 (%)**

Vir: Povzeto po [5, 50].

**Tabela 10. Strategije in politike za zmanjšanje zaostankov čakajočih ne-covid pacientov**

Strategija	Primeri politike	Države
<b>1</b> <b>Izboljšanje zmogljivosti ali produktivnosti</b>	(1) podaljšanje delovnega časa in plačilo nadur; (2) nakupovanje zmogljivosti zasebnih izvajalcev; (3) plačilo zasebnim izvajalcem neizkoriščenih zmogljivosti za povečanje zmogljivosti; (4) razbremenitve medicinskega kadra z vključevanjem drugih poklicnih skupin.	Avstralija, Danska, Finska, Hrvaška, Irsko, Kanada, Nemčija, Švedska, Združeno kraljestvo
<b>2</b> <b>Centralizirana koordinacija in optimizacija načrtovanja obravnave</b>	(1) centralizacija upravljanja čakalnih seznamov z uporabo novih informacijskih sistemov; (2) optimizacija načrtovanja naročanja operativnih posegov; (3) izboljšanje politik za določanje prednostne obravnave – maksimalnih čakalnih dob; (4) preudarno uvajanje politik za zmanjševanje nepotrebnih napotitev; (5) skupna uporaba zmogljivosti – preusmerjanje pacientov preko bolnišničnega ali regionalnega sodelovanja; (6) pošiljanje pacientov na zdravljenje v tujino.	Danska, Francija, Irsko, Kanada, Nizozemska
<b>3</b> <b>Povečevanje prostorskih in kadrovskih zmogljivosti</b>	(1) povečanje zmogljivosti – dodatnim financiranjem akutne obravnave in števila postelj za zagotavljanje akutne obravnave in kritičnih stanj (nov model financiranja); (2) vlaganje v novo diagnostično opremo; (3) dodatno zaposlovanje in zadrževanje odhodov zdravstvenega osebja z ugodnostmi in boljšimi delovnimi pogoji; (4) vlaganje v digitalno infrastrukturo.	Anglija, Belgija, Bolgarija, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Italija, Izrael, Litva, Luksemburg, Nemčija, Nizozemska, Romunija, Slovenija, Švica
<b>4</b> <b>Izboljšanje ter implementacija digitalnih rešitev</b>	(1) uvajanje digitalnih modelov; (2) vključevanje posvetov na daljavo v nabor zdravstvenih storitev.	Belgija, Danska, Finska, Francija, Irsko, Italija, Kanada, Nizozemska, Združeno kraljestvo
<b>5</b> <b>Ocenjevanje sistemov financiranja (plačevanja) in spodbud</b>	(1) skrbno uravnoteževanje spodbud za zagotavljanje zdravstvene obravnave za Covid-19 paciente s spodbudami za zagotavljanje preloženih ali ne obravnavanih pacientov zaradi epidemije; (2) uvajanje plačevanja storitev za posvetovanja na daljavo in ugodnosti za izvajalce.	Finska, Francija, Irsko, Italija, Kanada, Luksemburg, Nemčija, Portugalska, Švedska, Združeno kraljestvo
<b>6</b> <b>Prevrednotenje - vključevanje novih oblik zdravstvenih storitev</b>	(1) izboljšanje usklajevanja med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva z namenom zmanjšanja napotitev in čakajočih na čakalnih seznamih; (2) razvoj alternativ primarne in skupnostne akutne obravnave; (3) vlaganje v zdravstvene time in poti zdravstvene obravnave ter preusmerjanje več osebja v skupnostno in primarno oskrbo; (4) širitev uporabe napredne medicinske prakse; (5) širitev nabora storitev na domu.	Finska, Francija, Irsko, Italija, Portugalska, Združeno kraljestvo

Vir: Povzeto po [5, 49].

Problem zaostankov v pravočasni obravnavi med epidemijo, bo povzročil dodaten priliv pacientov, ki bodo potrebovali zdravstveno obravnavo, kar bo vodilo do povečevanja števila čakajočih na čakalnih seznamih, in posledično daljših čakalnih dobah [5]. Ker priliv pacientov na čakalni seznam v praksi pomeni dinamičen proces, bo potrebno izvajati prožne politike, ki bodo lahko sproti absorbirale nepričakovane spremembe na strani ponudbe in povpraševanja – aktivne politike, ki bodo lahko odgovarjale na povečujejo po zdravstvenih storitvah, namesto doslej v praksi največkrat uporabljena vrsta politike skrajševanja čakalnih dob, ki vpliva le na ponudbeno stran zdravstvenih storitev, t.i. enkratnim povečanjem zdravstvenih storitev oziroma enkratnih dodatnih programov [5]. Zato države različno pristopajo k reševanju zaostankov s strategijami, ki vključujejo povečevanje zmogljivosti oziroma produktivnosti, centralizirano koordinacijo in optimizacijo načrtovanih obravnave, povečevanje prostorskih in kadrovskih zmogljivosti, ocenjevanje sistemov financiranja (plačevanja) in spodbud, izboljšanje ter implementacija digitalnih rešitev ter prevrednotenje - vključevanje novih oblik zdravstvenih storitev (Tabela 10) [5].

## 9. Priporočila in zaključki

Raziskava prikazuje mešanico ukrepov, ki so bolj ali manj učinkoviti. Prava izbira ukrepov za odpravo dolgih čakalnih dob je sicer odvisna od zdravstvenega sistema v vsaki državi, in je ni mogoče prenesti v drug zdravstveni sistem. Vendar pa so se doslej, kot najbolj učinkoviti ukrepi za skrajševanje čakalnih dob izkazali pristopi, ki združujejo doseganje maksimalne čakalne dobe z intervencijami zdravstvene politike na strani ponudbe in povpraševanja ter rednim spremljanjem napredka teh intervencij. Kot ustrezni so npr. v raziskavi prikazani primeri, ki maksimalne čakalne dobe uporabljajo kot cilj ponudnika in/ali zagotovilo pacientu, da bo storitev opravljena z vnaprej znanimi sankcijami na način, če cilji na ravni izvajalca ne bodo doseženi, se omogoči pacientu izbiro drugega izvajalca (Anglija, Finska, Danska, Portugalska in Nizozemska) [1]. Dolge čakalne dobe so, že pred epidemijo, za večino držav OECD predstavljale izziv zdravstveni politiki, ki pa se bo še poglobil [5]. Zato bodo morali odločevalci zdravstvene politike v prihodnje, vložiti vse napore, da bodo potrebne spremembe za zagotavljanje zdravstvenih storitev odpravile zaostanke v zdravstveni obravnavi, ki so nastali med epidemijo Covid-19 ter se odzivale na nove spremembe, ki so še precej negotove v smeri obravnave državljan/pacienta v središču. Nujno je potrebno sprejeti izhodne strategije za izvajanje prožne politike [1, 5], predstavljene v raziskavi, od povečevanja zmogljivosti oziroma produktivnosti, urediti centralizirano koordinacijo in optimizacijo načrtovanih obravnav, zagotoviti povečevanje prostorskih in kadrovske zmogljivosti, uvesti ocenjevanje sistemov financiranja (plačevanja) in spodbud, nadgraditi izboljšanje ter implementacijo digitalnih rešitev ter prevrednotenje - vključevanje novih oblik zdravstvenih storitev. Izzivi, ki so pred zdravstveno politiko na področju skrajševanja čakalnih dob, so v danih okoliščinah zahtevni, a hkrati pomenijo tudi novo priložnost, da izkušnje drugih držav, prikazanih v tej raziskavi, uporabimo tudi v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Na podlagi raziskave ugotavljamo, da je maksimalna čakalna doba v Slovenskem zdravstvenem sistemu določena z nacionalno zakonodajo s področja pacientovih pravic [16, 33], imenovana »najdaljša dopustna čakalna doba«, in je za posamezno stopnjo nujnosti obravnave (Tabela 5) določena različno. Ne glede na razlike v stopnjah nujnosti obravnave je s pravilnikom, ki opredeljuje tudi načine naročanja in upravljanju čakalnih seznamov [33], določeno, da je maksimalna čakalna doba na ravni Republike Slovenije lahko daljša od dopustne, pri vseh izvajalcih vključenih v mrežo javne zdravstvene službe za posamezno vrsto zdravstvene storitve, razen pri enem izvajalcu<sup>4</sup>. Slednje je lahko eden od razlogov za povečevanje deleža čakajočih na čakalnih seznamih nad dopustno čakalno dobo (Slika 6). Z vidika proučevanja uporabe maksimalne čakalne dobe, kot orodje za *uravnavanje ponudbe in povpraševanja* po zdravstvenih storitvah [1], zato maksimalne čakalne dobe določene v slovenski nacionalni zakonodaji [16, 33] ni mogoče jemati kot cilj izvajalca ali zagotovilo pacientu da bo spoštovana, še manj kot učinkovito orodje zdravstvene politike za skrajševanje čakalnih dob. Slovenija je po primerjalni analizi zdravstvenih politik ena izmed držav, ki v obdobju naraščanja čakajočih nad dopustno čakalno dobo ni sprejela dolgoročne strategije za skrajševanje čakalnih dob [1], in ni vzpostavila učinkovitega mehanizma za spremljanje čakalnih dob in čakalnih seznamov ob spremembi zakonodaje v letu 2017 [16, 33]. Politike skrajševanja čakalnih dob je v obdobju 2016-18 vodila na podlagi povečevanja ponudbe zdravstvenih storitev z enkratnimi dodatnimi programi, predvsem za zdravstvene storitve, ki sodijo v skupino elektivnih operativne posegov [1]. Informacijski sistem za zagotavljanje podatkov na nacionalni ravni (eNaročanje) [16, 32, 33] v praksi, po navedbah zdravstvenega inšpektorata [46-48], povzetih v tej raziskavi ni dosegel željenega učinka, epidemija Covid-19, pa je probleme s katerimi se srečujejo tudi druge države po svetu, zaradi odpovedanih zdravstvenih storitev med epidemijo [5], tudi v Sloveniji samo še poglobila. Problem zaostankov v pravočasni obravnavi med epidemijo, bo verjetno povzročil dodaten priliv pacientov, ki bodo potrebovali zdravstveno obravnavo [5], ki v praksi ni statičen

<sup>4</sup> V Republiki Sloveniji je najdaljša dopustna čakalna doba spoštovana, če jo zagotavlja vsaj eden od izvajalcev zdravstvenih storitev.

proces, kot so podatki o čakalnih dobah. Zato bo potrebno v prihodnje pričeti izvajati navedene aktivnosti v tabeli (Tabela 11) – sprejeti prožno politiko, ki bo lahko sproti vsebovala nepričakovane spremembe in bo lahko odgovorila na povečano povpraševanje po zdravstvenih storitvah, namesto doslej največkrat uporabljene politike povečevanje ponudbe z enkratnimi dodatnimi programi [5].

**Tabela 11. Potrebne aktivnosti za vodenje prožne politike upravljanja čakalnih seznamov**

<p><b>Priprava nacionalne strategije za obdobje 5 let</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>določitev prioritete za skrajševanje čakalnih dob in čakalnih vrst za izbrane vrste zdravstvenih storitev – konkretno določiti zdravstvene storitve ali področja na katera se ukrepi sprejeti s politiko nanašajo;</li> <li>sistematično in sprotno spremljanje izvajanje politike na strani ponudbe zdravstvenih storitev, in na strani povpraševanja zdravstvenih storitev (npr. število napotitev po stopnjah nujnosti obravnave);</li> <li>sprotno spremljanje učinkov politik skrajševanja čakalnih dob na strani ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah.</li> </ul>
<p><b>Sprememba veljavne zakonodaje</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>sprejem dopolnitev in sprememb Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah;</li> <li>določitev meril in kriterijev za spremljanje čakalnih dob in čakalnih vrst v zdravstvu.</li> </ul>
<p><b>Izboljšanje uporabe digitalnih rešitev</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>vzpostavitev mehanizma za primerjanje in vrednotenje potreb po zdravstvenih storitev na podlagi napotitev na zdravstveno obravnavo, vključno s spremembo - prenovo modelov financiranja;</li> <li>vzpostavitev kontrolnih mehanizmov na vseh nivojih odločanja.</li> </ul>
<p><b>Uporaba maksimalne čakalne dobe kot mehanizem uravnavanja dostopnosti do zdravstvenih storitev</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>določitev maksimalne čakalne dobe s strani plačnika/regulatorja zdravstvenih storitev med pogoje za plačilo zdravstvenih storitev;</li> <li>zagotavljanje vseh zahtevanih točnih vhodnih podatkov v sistem eNaročanje o čakajočih na čakalnih seznamih (elektronsko vodenje čakalnih seznamov – brez ročnih evidenc, ipd.).</li> </ul>

Ne glede na ugotovitve vodenja čakalnih seznamov je za upravljanje in vodenje čakalnih seznamov potrebno vzpostaviti mehanizem spremljanja in analiziranja podatkov o čakalnih dobah in čakalnih vrstah – na ravni zdravstvene storitve, na ravni izvajalca, na ravni države. Prav tako je potrebno vzpostaviti mehanizem spremljanja napotitev – spremljanje število izdanih napotnic, ki odražajo potrebe po zdravstvenih storitvah, kakor tudi mehanizem za finančno vrednotenje zdravstvenih storitev z vidika načrtovanja zdravstvenih potreb prebivalstva, za kar pa je potrebno vzpostaviti sistem spremljanja in nadzora podatkov, ki so dodana vrednost za odloča v zdravstveni politiki, ki pa so v slovenskem nacionalnem zdravstvenem sistemu med seboj nepovezani in metodološko neprimerljivi.



## 10. Viri in literatura

- [1] OECD. Waiting Times for Health Services: Next in Line, OECD Health Policy Studies, OECD. Paris: 2020. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>.
- [2] OECD. OECD Health Policy Studies – Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works? vol. 3001. 2013.
- [3] Siciliani L, Hurst J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy (New York)* 2005;72:201–15. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.07.003>.
- [4] Ahačič J, Bagari Bizjak N, Bogataj B, Božič Povše R, Dragan Frlež O, Erjavec B, idr. HIIS Annual Report for 2020 [ZZZS Letno poročilo 2020]. Ljubljana: 2021.
- [5] Ewout van Ginneken, Luigi Siciliani, Sarah Reed, Astrid Eriksen FT and TZ. Addressing backlogs and managing waiting lists during and beyond the covid-19 pandemic. *Eurohealth (Lond)* 2022;28:35–40. <https://doi.org/10.1093/acrefore/9780190228637.013.1071>.
- [6] Uimonen M, Kuitunen I, Paloneva J, Launonen AP, Ponkilainen V, Mattila VM. The impact of the COVID-19 pandemic on waiting times for elective surgery patients: A multicenter study. *PLoS One* 2021;16:1–8. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253875>.
- [7] Bersano A, Kraemer M, Touzé E, Weber R, Alamowitch S, Sibon I, idr. Stroke care during the COVID-19 pandemic: experience from three large European countries. *Eur J Neurol* 2020;27:1794–800. <https://doi.org/10.1111/ene.14375>.
- [8] Moreno R, Díez JL, Diarte JA, Macaya F, de la Torre Hernández JM, Rodríguez-Leor O, idr. Consequences of canceling elective invasive cardiac procedures during Covid-19 outbreak. *Catheter Cardiovasc Interv* 2021;97:927–37. <https://doi.org/10.1002/ccd.29433>.
- [9] Nepogodiev D, Omar OM, Glasbey JC, Li E, Simoes JFF, Abbott TEF, idr. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *Br J Surg* 2020;107:1440–9. <https://doi.org/10.1002/bjs.11746>.
- [10] Brown NJ, Wilson B, Szabadi S, Quon C, Ong V, Himstead A, idr. Ethical considerations and patient safety concerns for cancelling non-urgent surgeries during the COVID-19 pandemic: a review. *Patient Saf Surg* 2021;15:1–9. <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00293-7>.
- [11] Loh M, Iyengar K, Loh WYC. Challenges post-COVID-19: Planning strategies to resume elective dentistry and allied surgical specialities. *Br J Heal Care Manag* 2020;26:1–4. <https://doi.org/10.12968/bjhc.2020.0057>.
- [12] Navarro RA, Reddy NC, Weiss JM, Yates AJ, Fu FH, McKee M, idr. Orthopaedic Systems Response to and Return from the COVID-19 Pandemic: Lessons for Future Crisis Management. *J Bone Jt Surg - Am Vol* 2020;102:E75. <https://doi.org/10.2106/JBJS.20.00709>.
- [13] Kuhar M, Gabrovec B, Albreht T. Access to health services in the Republic of Slovenia during the epidemic [Dostopnost do zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji med epidemijo]. 2021.
- [14] National institute of public health Slovenia. Health in Slovenia. National institute of public health Slovenia; 2021.

- [15] Ewout van Ginneken, Luigi Siciliani, Sarah Reed, Astrid Eriksen, Florian Tille TZ. DURING AND BEYOND THE COVID-19 2022;28:35–40.
- [16] Patients' Rights Act [Zakon o pacientovih pravicah, Uradni list RS, št. 15/08] b. d. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>.
- [17] Albreht T, Turk E, Toth M, Ceglar J, Marn S, Pribaković Brinovec R, Schäfer M AO and van GES. Slovenia: Health system review. *Health. Heal Syst Transition* 2009;11:1–168.
- [18] Albreht T, Polin K, Pribaković Brinovec R, Kuhar M, Poldrugovac M, Ogrin Rehberger P, Prevolnik Rupel V, Vracko P. Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition* 2021; 23(1): pp.i–188. Slovenia: Health System Review. b. d.
- [19] Dubas-Jakóbczyk K, Albreht T, Behmane D, Bryndova L, Dimova A, Džakula A, idr. Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis. *Health Policy (New York)* 2020;124:368–79. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.003>.
- [20] Rupel VP, Kuhar M. Decision-making in Slovenian outpatient care : Can financial incentives reduce patient waiting lists ? 2021;30:28–33.
- [21] OECD Publishing. *Health at a Glance 2021: OECD Indicators*. Paris: 2021. <https://doi.org/10.1787/9789264055896-ko>.
- [22] Hodge S. Book Review: 4. The Health for All policy framework for the WHO European region: 2005 update. vol. 126. World Health Organization; 2006. <https://doi.org/10.1177/1466424006068248>.
- [23] Siciliani L. Waiting Times: Evidence of Social Inequalities in Access for Care 2019:345–61. [https://doi.org/10.1007/978-1-4939-8715-3\\_17](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-8715-3_17).
- [24] Laudicella M, Siciliani L, Cookson R. Waiting times and socioeconomic status: Evidence from England. *Soc Sci Med* 2012;74:1331–41. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.049>.
- [25] Siciliani L. Inequalities in waiting times by socioeconomic status. *Isr J Health Policy Res* 2014;3:4–6. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-3-38>.
- [26] Goodwin JS. Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care By John E. Wennberg. *Am J Epidemiol* 2011;174:252–252. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr152>.
- [27] OECD. *Health for Everyone?: Social Inequalities in Health and Health Systems*, OECD Health Policy Studies. vol. 45. pARIS: OECD Publishing; 2019. <https://doi.org/10.1097/00000446-194504000-00011>.
- [28] OECD. *Geographic Variations in Health Care: What Do We Know and What Can Be Done to Improve Health System Performance?* Paris: OECD Publishing; 2014.
- [29] OECD. *Tackling Wasteful Spending on Health*. Paris: OECD Publishing; 2017.
- [30] Viberg N, Forsberg BC, Borowitz M, Molin R. International comparisons of waiting times in health care - Limitations and prospects. *Health Policy (New York)* 2013;112:53–61. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.013>.
- [31] Brick A, Connolly S. Waiting times for publicly funded hospital treatment: How does Ireland measure up? *Econ Soc Rev (Irel)* 2021;52:41–52.
- [32] Healthcare Database Act [Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ), Uradni list RS, št. 65/00]. b. d.

- [33] Rules on the referral of patients, the management of waiting lists, and the maximum permissible waiting times [Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah, Uradni list RS, št. 3/18]. b. d.
- [34] Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy (New York)* 2014;118:292–303. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.08.011>.
- [35] Baten R, Spasova S, Vanhercke B, Coster S. Inequalities in access to healthcare. A study of national policies. vol. 2018.
- [36] Wilf - Miron R, Novikov I, Ziv A, Mandelbaum A, Ritov Y, Luxemburg O. A novel methodology to measure waiting times for community-based specialist care in a public healthcare system. *Health Policy (New York)* 2020;124:805–11. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.06.006>.
- [37] Worthington D. Hospital waiting list management models. *J Oper Res Soc* 1991;42:833–43. <https://doi.org/10.1057/jors.1991.164>.
- [38] Mori NLR, Olbrich Neto J, Spagnuolo RS, Juliani CMC. Resolution, access, and waiting time for specialties in different models of care. *Rev Saude Publica* 2020;54:18. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001627>.
- [39] Shmueli A. Do rich Israelis wait less for medical care? *Isr J Health Policy Res* 2014;3:1–7. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-3-30>.
- [40] McIntyre D, Chow CK. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *Inq (United States)* 2020;57. <https://doi.org/10.1177/0046958020910305>.
- [41] Johannessen KA, Alexandersen N. Improving accessibility for outpatients in specialist clinics: Reducing long waiting times and waiting lists with a simple analytic approach. *BMC Health Serv Res* 2018;18:1–13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3635-3>.
- [42] Health Care and Health Insurance Act, Official Journal of the Republic of Slovenia, No. 72/06 Official Re-text [Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), Uradni list RS, št. 72/06 uradno prečiščeno besedilo] 2021. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>.
- [43] HIIS Business Report for 2014 [ZZZS Poslovno poročilo 2014]. Ljubljana: 2014.
- [44] HIIS Business Report for 2019 [ZZZS Poslovno poročilo 2019]. Ljubljana: 2020.
- [45] National institute of public health Slovenia. Type of healthcare services code lists – THS. Last time update in 31. July. 2021. [Šifrant vrst zdravstvenih storitev – VZS, zadnjič posodobljeno na dan 31. julij 2021]. b. d.
- [46] Health Inspectorate of the Republic of Slovenia. Report on the work of the Health Inspectorate of the Republic of Slovenia 2018 [Poročilo o delu Zdravstvenega inšpektorata republike Slovenije 2018] 2019. <https://www.gov.si/assets/organi-v-sestavi/ZIRS/Porocila-o-delu/ac0e94141d/Letno-porocilo-o-delu-ZIRS-2018-za-SPLET-.pdf> (dostopano 19. februar 2022).
- [47] Health Inspectorate of the Republic of Slovenia. Report on the work of the Health Inspectorate of the Republic of Slovenia 2019 [Poročilo o delu Zdravstvenega inšpektorata republike Slovenije 2019] 2020. <https://www.gov.si/assets/organi-v-sestavi/ZIRS/Porocila-o-delu/Letno-porocilo-o-delu-v-letu-2019-dostopnost.docx> (dostopano 19. februar 2022).
- [48] Health Inspectorate of the Republic of Slovenia. Report on the work of the Health Inspectorate of the Republic of Slovenia 2020 [Poročilo o delu Zdravstvenega inšpektorata republike Slovenije 2020].

- [49] Waitzberg R, Gerkens S, Dimova A, Bryndová L, Vrangbæk K, Jervelund SS, idr. Balancing financial incentives during COVID-19: A comparison of provider payment adjustments across 20 countries. *Health Policy (New York)* 2021. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.09.015>.
- [50] Eurofound. Living, working and COVID-19 (Update April 2021): Mental health and trust decline across EU as pandemic enters another year. *Publ Off Eur Union* 2021;19.
- [51] OMS. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Interim report 27 August 2020. *WHO* 2020:1–21.