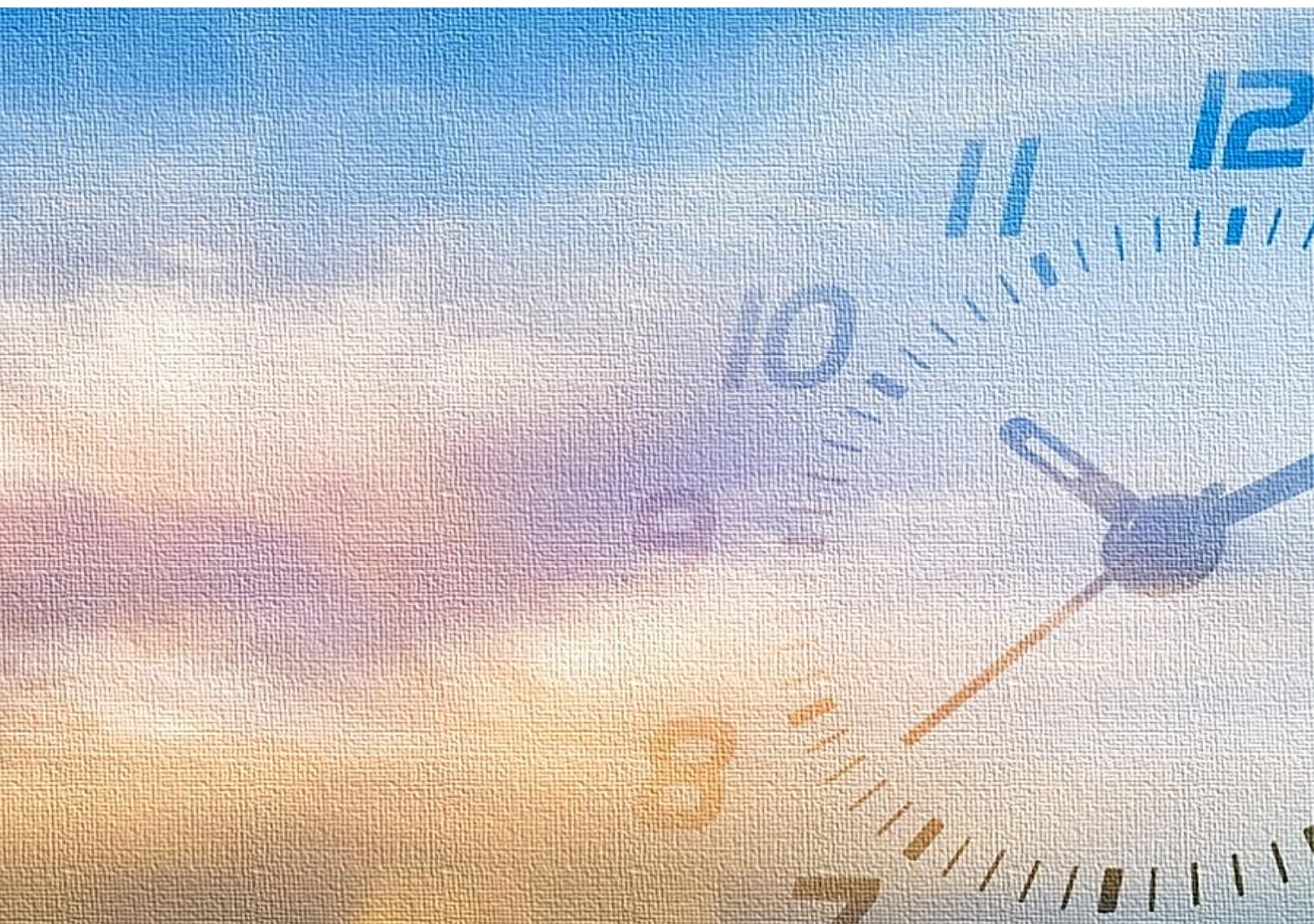


# **Analiza vzrokov za daljšanje čakalnih dob na primarni in sekundarni ter terciarni ravni zdravstvenega varstva v obdobju zadnjih 10 let**

Končno vsebinsko poročilo ciljnega raziskovalnega projekta  
V5-2291

Marjeta Kuhar, Tit Albreht



# **Analiza vzrokov za daljšanje čakalnih dob na primarni in sekundarni ter terciarni ravni zdravstvenega varstva v obdobju zadnjih 10 let**

Končno vsebinsko poročilo ciljnega raziskovalnega projekta V5-2291

Marjeta Kuhar, Tit Albreht

Nacionalni inštitut za javno zdravje  
Ljubljana, 2023

Odgovorna oseba:  
Branko Gabrovec, direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje

Elektronska izdaja

Spletni naslov: <https://nijz.si/>

Vsebina raziskave ni lektorirano. Raziskava predstavlja rezultate dela na ciljnem raziskovalnem projektu V5-2291, financiran s strani Javne agencije za znanstvenoraziskovalno in inovacijsko dejavnost Republike Slovenije in Ministrstva za zdravje Republike Slovenije.

Uporaba in objava podatkov ter vsebine raziskave, v celoti ali delno, dovoljena le z navedbo avtorja oziroma vira:

Kuhar M, Albreht T. Analiza vzrokov za daljšanje čakalnih dob na primarni in sekundarni ter terciarni ravni zdravstvenega varstva v obdobju zadnjih 10 let (2009-2019), končno vsebinsko poročilo ciljnega raziskovalnega projekta V5-2291. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2024. Dostopno na: <https://nijz.si/projekti/analiza-vzrokov-za-daljsanje-cakalnih-dob-na-primarni-in-sekundarni-ter-terciarni-ravni-zdravstvenega-varstva-v-obdobju-zadnjih-10-let-v5-2291/>

Copyright © November 2023,  
Nacionalni inštitut za javno zdravje

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani  
COBISS.SI-ID 191831811  
ISBN 978-961-7211-32-0 (PDF)

# Kazalo

Povzetek .....	4
Summary .....	5
Uvod .....	6
<b>1 Metodološki pristopi in raziskovalne metode projekta .....</b>	<b>7</b>
1.1 Strategija raziskovanja.....	7
1.2 Pregled literature.....	9
1.3 Empirični del raziskave .....	12
1.4 Zbiranje podatkov.....	12
1.4.1 Analiza podatkov .....	13
<b>I. Faza.....</b>	<b>14</b>
<b>1 Opredelitev »pravočasnega« dostopa do zdravstvenih storitev.....</b>	<b>15</b>
<b>2 Opredelitev »policy« problema v procesu oblikovanja in izvajanja javne zdravstvene politike .....</b>	<b>16</b>
<b>3 Identifikacija policy problema »okrnjen« dostop do zdravstvenih storitev.....</b>	<b>18</b>
3.1 Opredelitev procesa napotovanja na sekundarno-sekundarno zdravstveno obravnavo .....	18
3.2 Opredelitev policy problema: dostop do zdravstvenih storitev 2009-2019.....	19
3.3 Konceptualni okvir za analizo vzrokov za okrnjen dostop do zdravstvenih storitev .....	21
<b>II. Faza.....</b>	<b>24</b>
<b>1 Identifikacija ukrepov zdravstvenih politik za optimizacijo dostopa do zdravstvenih storitev .....</b>	<b>25</b>
<b>2 Strateško načrtovanje zdravstvenih storitev .....</b>	<b>27</b>
<b>3 Glavne značilnosti politik za skrajševanje čakalnih dob v državah članicah OECD .....</b>	<b>28</b>
<b>III. Faza.....</b>	<b>31</b>
<b>1 Proces določanja in izvajanja javne zdravstvene politike in »pravočasen« dostop do zdravstvene obravnave .....</b>	<b>32</b>
<b>2 Proces izvajanja ukrepov zdravstvene politike na področju čakalnih dob in čakalnih vrst v slovenskem zdravstvenem sistemu .....</b>	<b>32</b>
<b>3 Analiza procesa dogovarjanja in vzroki za »okrnjen« dostop do zdravstvenih storitev v obdobju 2009-2019.....</b>	<b>34</b>
<b>4 Začetki upravljanja čakalnih seznamov ter vstop »najdaljše« dopustne čakalne dobe v proces obravnave pacienta 2000-2020.....</b>	<b>44</b>
<b>5 Podrobna analiza dostopa do zdravstvenih storitev z vidika čakajočih na čakalnih seznamih v Sloveniji od 2009 do 2023.....</b>	<b>49</b>
5.1 Število čakajočih in čakajočih nad dopustno čakalno dobo v slovenskem zdravstvenem sistemu v obdobju 2011-2018 (NaČas).....	49
5.1.1 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2011.....	49
5.1.2 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2012.....	51
5.1.3 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2013.....	53
5.1.4 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2014.....	56
5.1.5 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2015.....	59
5.1.6 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2016.....	62
5.1.7 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2017.....	65
5.1.8 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2018.....	68
5.2 Število čakajočih in čakajočih nad dopustno čakalno dobo v slovenskem zdravstvenem sistemu v obdobju 2019-2023 (eNaročanje).....	71

5.2.1 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2019.....	71
5.2.2 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2020.....	72
5.2.3 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2021.....	73
5.2.4 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2022.....	75
5.2.5 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2023.....	76
<b>6 Število izvajalcev in čakalnih seznamov ter vrst zdravstvenih storitev v obdobju 2011-2023 .....</b>	<b>78</b>
<b>IV.-VI. Faza .....</b>	<b>81</b>
<b>1 Predlog aktivnosti akcijskega načrta in institucionalno izvajanja projekta .....</b>	<b>82</b>
<b>Literatura in viri .....</b>	<b>84</b>
<b>Priloga .....</b>	<b>92</b>
Število čakajočih pacientov strukturirano po primerljivih skupinah zdravstvenih storitev NaČas* na dan 1. januar 2019.....	92

## Kazalo slik

Slika 1. Hermenevtičen pristop analize in interpretacije.....	10
Slika 2. <i>Policy</i> proces in <i>policy</i> cikel.....	16
Slika 3. Poenostavljen model uvrstitve pacienta na čakalni seznam po stopnjah nujnosti obravnave v Sloveniji	19
Slika 4. Identifikacija <i>policy</i> problema »okrnjen« dostop do zdravstvenih storitev v Sloveniji 2011-2020 .....	20
Slika 5. Teoretičen konceptualni okvir za analizo vzrokov za okrnjen dostop do zdravstvenih storitev .....	22
Slika 6. Proces politike zdravstvene politike na področju čakalnih dob in čakalnih vrst v Slovenija .....	33
Slika 7. Čakajoči na izbrane operacije ter število opravljenih operacij sive mreže v Slovenija (1996-2004).....	45
Slika 8. Število vseh čakajočih »hitro« in »redno« na dan 1. maj 2011 .....	50
Slika 9. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. maj 2011 .....	50
Slika 10. Število vseh čakajočih »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2012 .....	52
Slika 11. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2012 .....	52
Slika 12. Število vseh čakajočih »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2013 .....	54
Slika 13. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2013 .....	55
Slika 14. Število vseh čakajočih »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2014 .....	57
Slika 15. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2014 .....	58
Slika 16. Število vseh čakajočih »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2015 .....	60
Slika 17. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2015 .....	61
Slika 18. Število vseh čakajočih »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2016 .....	63
Slika 19. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2016.....	64
Slika 20. Struktura čakajočih po stopnjah nujnosti obravnave na dan 1. januar 2017 .....	66
Slika 21. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2017 .....	67
Slika 22. Struktura čakajočih po stopnjah nujnosti obravnave na dan 1. januar 2018 .....	69
Slika 23. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2018 .....	70
Slika 24. Rast števila vrst zdravstvenih storitev v obdobju 2011-2023.....	78
Slika 25. Primerjava čakalnih seznamov, izvajalcev ter čakajočih pacientov ter vrst zdravstvenih storitev po letih .....	79

## Kazalo tabel

Tabela 1. Kazalniki in kriteriji za izvedbo analize – triangulacije virov podatkov »okrnjenega« dostopa do zdravstvenih storitev .....	12
Tabela 2. Seznam zbranih podatkov vključenih v raziskavo.....	13
Tabela 3. Glavne aktivnosti za vzpostavitev sistema strateškega nakupovanja zdravstvenih storitev .....	27
Tabela 4. Primeri ukrepov politike skrajševanja čakalnih dob za elektivne posege - tipologija OECD .....	28
Tabela 5. Proces dogovarjanja – sporna vprašanja in odločitev Vlade RS (2009-2019).....	34
Tabela 6. Obravnava pacienta za prvi specialistični pregled v obdobju 2000-2008 .....	44
Tabela 7. Spremembe navodil izvajalcem za pravočasno obravnavo pacientov (2000-2022).....	46
Tabela 8. Najdaljše dopustne čakalne dobe in prednostni kriteriji 2008-2010.....	46
Tabela 9. Najdaljše dopustne čakalne dobe in prednostni kriteriji 2010-2018.....	47
Tabela 10. Najdaljše dopustne čakalne dobe in prednostni kriteriji 2018 dalje .....	47
Tabela 11. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. maja 2011.....	49
Tabela 12. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2012 .....	51
Tabela 13. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2013 .....	53
Tabela 14. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2014 .....	56
Tabela 15. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2015 .....	59
Tabela 16. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2016 .....	62
Tabela 17. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2017 .....	65
Tabela 18. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2018 .....	68
Tabela 19. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2019 .....	71
Tabela 20. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2020 .....	72
Tabela 21. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2021 .....	74
Tabela 22. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2022 .....	75
Tabela 23. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2023 .....	77
Tabela 24. Število zdravstvenih storitev, izvajalcev, čakalnih seznamov in čakajočih ter čakajočih nad DČD po letih 2011-2023 .....	79
Tabela 25. Primerjava števila storitev in čakajočih nad DČD po stopnjah nujnosti obravnave in letih 2011-2023.....	80
Tabela 26. Komunikacijski načrt in institucionalizacija projekta - akcijskega načrta.....	82

## Povzetek

Študija primera obravnava ukrepe slovenske zdravstvene politike v obdobju 2000-2019, pred epidemijo Covid-19, katerih namen je bil izboljšanje »okrnjenega« dostopa do zdravstvenih storitev. V raziskavi so obravnavane glavne značilnosti ukrepov. Namen raziskave temelji na konceptualnem okviru procesa nastajanja čakalnih dob in čakalnih vrst in modela uvrščanja pacienta na čakalne sezname po stopnjah nujnosti obravnave, ki pomenijo »dopustne čakalne dobe« (maksimalne čakalne dobe) v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Raziskava obravnava ukrepe zdravstvene politike od leta 2000 dalje, pred letom 2008, ko je bil prvič uveden pravni okvir za sistematično spremljanje čakalnih dob v Sloveniji. Raziskava potrjuje, da se je dostop do zdravstvenih storitev v obdobju 2011-2023 opazno poslabšal. Analiza kaže, da večina dosedanjih ukrepov ni dosegla želenih rezultatov, ki smo jih v analizi podatkov vrednotili na podlagi števila čakajočih pacientov nad dopustno čakalno dobo, in ne na podlagi »skrajševanja čakalnih dob«.

Cilj raziskovalnega projekta je bil odgovoriti na tri raziskovalna vprašanja: (1) identifikacija vzrokov za okrnjen dostop do zdravstvenih storitev (teoretičen vidik konceptualizacije dostopa do zdravstvenih storitev); (2) pregled oziroma obstoj ukrepov za izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev v razvitih sistemih zdravstvenega varstva (operacionalizacija koncepta zagotavljanja »pravočasnega« dostopa do zdravstvenih storitev v sistemu zdravstvenega varstva) ter (3) analiza razlogov za neuspeh ukrepov zdravstvene politike v Sloveniji za obdobje zadnjih 10 let (2009-2019) pri skrajševanju »dolgih čakalnih dob«. Raziskovalni projekt je vključeval kvalitativne kot kvantitativne metode. Podatki, zbrani na nacionalni ravni, so služili kot osnova za analizo.

Program dela na projektu je potekal skozi šest faz. Vsi cilji raziskovalnega projekta, ki so se nanašali na tri ključna raziskovalna vprašanja so bili doseženi. Ključne ugotovitve raziskave oziroma projekt so pokazale štiri razloge za neuspešnost ukrepov zdravstvene politike pri skrajševanju čakalnih vrst čakajočih nad dopustno čakalno dobo, ki se nanašajo na: (1) spreminjanje stopnja nujnosti obravnave; (2) način financiranja programov za skrajševanje čakalnih dob; (3) spreminjanje struktura zdravstvenih storitev; (4) postopno vključevanje izvajalcev v sistem sporočanja podatkov.

Analiza podatkov števila čakajočih pacientov nad dopustno čakalno dobo je pokazala spreminjanje deleža čakajočih nad dopustno čakalno dobo ter s tem na oblikovanje ciljev za izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev, ki v procesu določanja prioritet niso bili vnaprej določeni. Vsled tega je raziskava pokazala, da od uvedbe »nove stopnje nujnosti – zelo hitro« ter centralnega naročanja v sistemu eNaročanje, da se je spremenila struktura čakajočih nad dopustno čakalno dobo za izbrano vrsto zdravstvenih storitev, in sicer v proučevanem obdobju 2018-2023 iz 0% na 11% v stopnji »zelo hitro«, iz 38 % na 39 % v stopnji »hitro« ter iz 62 % na 50 %. V projektu načrtovan program dela je nastal predlog načrta potrebnih nalog za institucionalno izvajanje projekta vključno s komunikacijskim načrtom, vključujoč 10 relevantnih področij, ki zahtevajo multidisciplinaren pristop in sodelovanje odločevalcev v zdravstveni politiki na različnih ravneh upravljanja in vodenja.

## Summary

The case study deals with the measures of Slovenian health policy in the period 2000-2019, i.e. before the Covid-19 epidemic, the aim of which was to improve "limited" access to health services. The main items of the measures are discussed in the study. The purpose of the study is based on the conceptual framework of the process of waiting time and queue formation and the model of placing patients on waiting lists according to the degree of urgency of treatment, i.e. the "allowable waiting times" (maximum waiting times) in the Slovenian healthcare system.

The study analyses the health policy measures since the summer of 2000, i.e. before the summer of 2008, when the legal framework for the systematic monitoring of waiting times was introduced in Slovenia. The study confirms that access to healthcare services weakened significantly in the period 2011-2023. The analysis notes that most of the measures have not yet achieved the desired results, which we assessed in the data analysis based on the number of patients waiting beyond the allowed waiting time, and not on the "reduction of waiting times".

The aim of the research project was to answer three research questions: (1) Identification of the causes of limited access to healthcare services (theoretical aspect of the conceptualisation of access to healthcare services); (2) Existence of measures to improve access to healthcare services in developed health systems (operationalisation of the concept of ensuring "timely" access to healthcare services in the health system) and (3) analysis of the reasons for the disappointment of health policy measures in Slovenia in the last 10-year period (2009-2019) to reduce "long waiting times". The research project included both qualitative and quantitative methods. The data collected at the national level served as the basis for the analysis.

The project's work programme went through six phases. All objectives of the research project, which related to three central research questions, were achieved. The main findings of the research project revealed four reasons for the failure of health policy to reduce the queues of those waiting beyond the allowable waiting times. These reasons relate to (1) changing the priority level of treatment; (2) the nature of funding for waiting time reduction programmes; (3) changing the structure of health services; (4) the gradual inclusion of contractors in the data reporting system.

Analysing the data on the number of patients waiting above the allowable waiting time showed a change in the proportion of those patients who waiting above the allowable waiting time, and thus the formation of targets to improve access to healthcare services that were not predetermined when the priorities were set. As a result, the study showed that since the introduction of the new priority level of treatment "zelo hitro" and centralised ordering in the eNaročanje system, the structure of those waiting above the allowable waiting time (maximum waiting time) for the selected type of healthcare services has changed, from 0% to 11% in the "zelo hitro" level, from 38% to 39% in the "hitro" level and from 62% to 50% in the "redno" level during the 2018-2023.

As part of the planned work programme, the project prepared a draft of the necessary arrangements for the institutional implementation of the project, including a communication plan covering 10 relevant areas that require a multidisciplinary approach and the involvement of health policy makers at different management and leadership levels.

## Uvod

V raziskavi obravnavamo problem »pravočasnega« dostopa do zdravstvenih storitev za obdobje zadnjih deset let od leta 2009 do 2019 v slovenskem zdravstvenem sistemu, v kateri predpostavljamo, da so čakajočim pacientom na čakalnih seznamih, ki čakajo nad *dopustno* čakalno dobo po stopnjah nujnosti obravnave — kriterij, ki v Sloveniji določa prednostno obravnavo na podlagi katerega spremljamo dopustne čakalne dobe (*Zakon o pacientovih pravicah*, 2008), okrnjene temeljne, z zakonom določene ustavne pravice. Na podlagi slednjega, in pregleda strokovno-znanstvene ter sive literature v raziskavi argumentiramo tezo, da:

*»Ukrepi sprejeti v slovenski zdravstveni politiki v obdobju 2009-2019 na nacionalni ravni niso vzpostavili mehanizma za celovito izboljšanje in spremljanje dostopnosti do zdravstvenih storitev.«*

Za raziskovanje teze uporabljamo pristop *interpretativne policy analize*, ki omogoča analizo vsebine ter interpretacijo različnih virov podatkov, strokovno-znanstvene ter sive literature za oblikovanje oziroma razvoj argumentacije o razsežnostih *policy* problema (Browne idr., 2019; Petković, 2008; Reed idr., 2021; Walt idr., 2008) v slovenskem zdravstvenem sistemu.

Cilj raziskovalnega projekta temelji na predpostavki, da je za dolgoročno vzdržnost po nizu sprejetih odločitev *v zadnjih desetih letih — od 2009 do 2019 in po epidemiji covid-19*, potrebno oblikovati *prožno zdravstveno politiko* z ukrepi na podlagi katerih bo mogoče dosegati optimalen dostop do zdravstvenih storitev, njeno izvajanje pa oblikovati na temeljih *mehanizma strateškega spremljanja celovite obravnave pacienta*, in ne zgolj na parcialnih ter kratkoročnih ukrepih posameznih faz obravnave pacienta v zdravstvenem sistemu.

V raziskavi obravnavano področje »časovnega« dostopa do zdravstvenih storitev (Fortney idr., 2011; Siciliani, 2008) skozi *raziskovalna vprašanja* z vidika upravljanja zdravstvenega sistema:

- 1 Kateri so vzroki za okrnjeno dostopnost do zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva?*
- 2 Kateri so najprodornejši ukrepi iz izkušenj drugih zdravstvenih sistemov v EU za optimizirajo dostopnost do zdravstvenih storitev?*
- 3 Zakaj politike upravljanja čakalnih dob v obdobju 2009-19 ne rešujejo problema pravočasne dostopnosti do zdravstvenih storitev v Sloveniji?*

Prvo raziskovalno vprašanje zadeva raziskovanje vzrokov za omejen dostopnost do pravočasne zdravstvene obravnave, ki je značilen za komplekse zdravstvene sisteme. Analiza vzrokov, značilnih za omejen dostop do zdravstvenih storitev temeljili na konceptu vzpostavitve »procesa celovite obravnave pacienta« ter mehanizmu spremljanja kazalnikov »čakalnih



seznamov« in/ali »čakalnih dob« na nacionalni ravni (OECD, 2013, 2020; Siciliani idr., 2014), ki temelji na različnih strategijah iz prakse. Vprašanje omogoča identifikacijo ter razsežnost *policy* problema, na podlagi katerega bodo oblikovani predlogi rešitev — ukrepi zdravstvene politike, ki bodo vsebovali rešitve za obravnavani *policy* problem (Fink-Hafner, 2007).

Drugo raziskovalno vprašanje omogoča identifikacijo ukrepov politik iz prakse za zagotavljanje optimalne dostopnosti do zdravstvenih storitev, ter kakšen vpliv imajo te politike v proces določanja mehanizma za celovito obravnavo pacienta v nacionalnih zdravstvenih sistemih. Vprašanje omogoča razvijanje argumentacije o obstoju ukrepov potrebnih za reševanje *policy* problema v okviru zdravstvene politike, ki bo problem optimalne dostopnosti reševala uspešno in zakaj je potrebno v nacionalnem zdravstvenem sistemu vzpostaviti dolgoročno vzdržnost sprejetih odločitev za optimizacijo dostopnosti prebivalstva do zdravstvenih storitev.

Tretje raziskovalno vprašanje raziskuje politike upravljanja čakalnih dob v slovenskem zdravstvenem sistemu v obdobju 2009-2019, ki doslej niso rešile problema »pravočasnega« zagotavljanja optimalne dostopnosti do zdravstvenih storitev državljanom in državljanom.

## **1 Metodološki pristopi in raziskovalne metode projekta**

### **1.1 Strategija raziskovanja**

V raziskavi smo v I. in II. fazi na podlagi v okviru predvidenih aktivnosti projekta (Priloga A) – »Analize vzrokov za daljšanje čakalnih dob na primarni, sekundarni ter terciarni ravni zdravstvenega varstva«, *izvedli sumativno* vrednotenje ukrepov javne zdravstvene politike (Dunn, 2018; Fink-Hafner, 2007; Kustec, 2009; Lipicer, 2003) za obdobje 2009-2019, primerno za identifikacijo javnih problemov s katerimi razpolagajo institucije na nacionalni ravni, in ki jih obravnavajo javne zdravstvene politike v različnih sistemih zdravstvenih varstev po državah članicah OECD (Kuhar idr., 2022; OECD, 2020). Za razumevanje koncepta teorije dostopa do zdravstvenih storitev (Donabedian, 1972; Fortney idr., 2011; Penchansky & Thomas, 1981; Saurman, 2016) in identifikacije *policy* problema »okrnjenega dostopa do zdravstvenih storitev« (Fink-Hafner, 2007; Kustec, 2009) smo pri pregledu literature, sledili hermenevitičnemu pristopu – teoriji interpretacije (Boell & Cecez-Kecmanovic, 2014; Greenhalgh, 2016), kot podlago za izvedbo interpretativne *policy* analize, ki se ukvarja z vzroki za okrnjen dostop do zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu v obdobju 2009-2019. V temi smo v empiričnem delu raziskave razširili na področje analize razpoložljivih

podatkov, ki se nanašajo na dostop »pravočasen« dostopa do zdravstvenih (Siciliani idr., 2014), vključujoč kazalnike in raziskave, ki se za razliko od dosedanjih raziskav (Albreht idr., 2021; Kuhar, 2022; Kuhar idr., 2021, 2022; Rupel idr., 2021) še bolj poglobljeno ukvarja z vprašanjem vzrokov za naraščajoče število čakajočih na čakalnih seznamih, ki so v raziskavi izpostavljen *policy* problem – eden izmed razlogov za okrnjen dostop do zdravstvenih storitev, poleg procesa uvajanja uvedbe »dopustnih čakalnih dob« v slovenskem zdravstvenem sistemu.

V raziskavi so nas v III. fazi zanimali vplivi na okrnjeno dostopnost do zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu 2009-2019, ki se odražajo v številu čakajočih pacientov ter čakajočih nad dopustno čakalno dobo. Na podlagi analize *razpoložljivih podatkov ter pregleda strokovno-znanstvene ter sive literature*, v I. in II. fazi raziskave, smo ugotovili, da se kriteriji uporabljeni v praksi med sistemi in politikami razlikujejo. Zato smo za izvedbo analize *policy* problema »okrnjenega dostopa do zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu za obdobje 2009-2019« sicer sledili teoretičnemu konceptualnemu okviru za analizo vzrokov za okrnjen dostop do zdravstvenih storitev (Kuhar idr., 2022; OECD, 2013, 2020) ter v empiričnem delu raziskave proučili nabor sekundarnih in administrativnih virov Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ), ki se nanašajo na napotovanje pacientov na sekundarno-terciarno zdravstveno obravnavo ter število čakajočih na čakalnih seznamih po stopnjah nujnosti, ki doslej za Slovenijo (Kuhar, 2023b, 2023a; Kuhar idr., 2021; Rupel idr., 2021), še niso bili podrobno za obdobje 2009-2019 raziskani.

Za obdobje analize »okrnjenega dostopa do zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu« smo določili začetno fazo — stanje na dan 1. januar 2009 oziroma uvedbe čakalnih seznamov in dopustnih čakalnih dob (1. maj 2011) in stanje na dan za obdobje 10 let (1. januar 2019). Pri opredelitvi obdobja smo predpostavljali, da bi z vmesnimi analizami na nacionalni ravni v raziskavi uporabljen pristop, omogočil spremembo smer vodenja zdravstvene politike že med samim procesom izvajanja v kolikor bi se rezultati vodenja ter upravljanja čakalnih seznamov izkazali za neuspešnega, pri čemer smo uporabili koncept vrednotenja javnih zdravstvenih politik (Kustec, 2009).

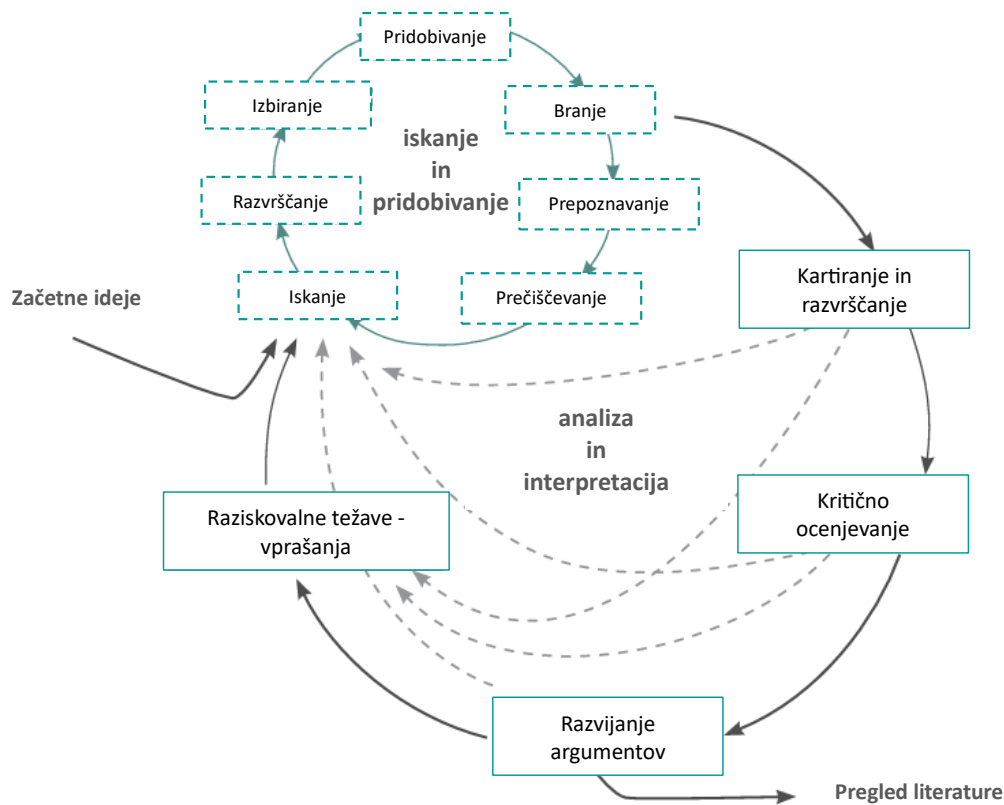
Pregled znanstvene in strokovne literature, dokumentov, medijskih objav in drugih relevantnih vsebin ter poročil je pokazal, da leti ne vsebujejo relevantnih informacij na podlagi katerih bi lahko izvedli vrednotenje interventnih ukrepov, glede na zastavljen cilj v raziskavi – okrnjen dostop do zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu. Zato smo v nadaljnjih fazah raziskave sledili in se osredotočili na narativni pregled ukrepov v obdobju 2009-2019 ter

procesu ter posameznih fazah sprejemanja zakonodaje ter dogovarjanja, ki so posredno – neposredno vplivali na naraščajoče število čakajočih – nad dopustno čakalno dobo ter izkušnjam drugih držav, kot poudarjata Siciliani in Hurst (2005) in drugi (Kuhar, 2023b; Kuhar idr., 2022; OECD, 2013), da je potrebno zagotavljanja pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu vezan na »dopustne« čakalne dobe, ki jih je potrebno obravnavati celostno in pred uvedbo sprememb, ki posredno ali neposredno vplivajo na dostop do zdravstvenih storitev, pripraviti akcijski načrt, ki bo vseboval aktivnosti za določitev ustreznega nabora zdravstvenih storitev in opredeliti kriterije na podlagi katerih bodo leti delovali v smeri reševanja, in ne poglobljanja obravnavanega *policy* problema v tej raziskavi (Kuhar idr., 2022; OECD, 2020; van Ginneken idr., 2022).

## 1.2 Pregled literature

Za izpeljavo raziskovalnih vprašanj ter ciljev raziskovalnega projekta smo v raziskavi uporabili kvalitativne in kvantitativne raziskovalne metode. Podatki uporabljeni v tej raziskavi so sekundarni, in se zbirajo na nacionalni ravni na podlagi veljavne zakonodaje v okviru zbirk podatkov NIJZ) in ZZZS. S pomočjo triangulacije virov podatkov ter dokumentov, je bila izpeljana interdisciplinarnost znanstvenih (pod)disciplin, katere rezultat je študija ukrepov zdravstvene politike, ki je temeljila na narativnem pregledu besedil (tekstov) relevantnih za obdobje 2000-2019 ter primerjalni analizi podatkov relevantnih za obdobje 2009–2019 z uporabo interpretativne *policy* analize (Browne idr., 2019; Petković, 2008; Reed idr., 2021; Walt idr., 2008), ki je služila kot metodološka osnova za profesionalno izvedbo analize *policy* procesa ter podlago za njeno implementacijo v praksi, na osnovi katerih smo pripravili terminsko-komunikacijski plan akcijskega načrta, vključno z institucionalizacijo izvajanja akcijskega načrta, zamišljenega kot nadaljevanje institucionalnega projekta v fazi IV., V. in VI. raziskave (Priloga A). Pri pregledu strokovno-znanstvene literature ter sive literature (*ang. grey literature*), smo v raziskavo vključili relevantne raziskave, statistična poročila, zakonodajo pomembne za obravnavo dostopa do zdravstvenih storitev (Paez, 2017), pri čemer smo sledili hermenevtičnemu pristopu, ki temelji na teoriji interpretacije (Boell & Cecez-Kecmanovic, 2014; Greenhalgh, 2016). Ta v nasprotju z pozitivističnim pristopom, značilnim za klinične raziskave v medicini, kjer je cilj raziskovanja napovedovanje rezultatov, je cilj interpretativne osredotočenosti usmerjen v razumevanje subjekta, ki odpira razmislek, kako je pomen *policy problema* v konkretnem primeru »okrnjenega dostopa do zdravstvenih storitev« *ustvarjen* (Bacchi, 2016). Argumentacijo »okrnjen« dostop do zdravstvenih storitev v povezavi z raziskovalnimi vprašanji, smo na podlagi analize podatkov ter analize definicij kazalnikov

definirali v empiričnem delu raziskave, kot kriterije in kazalnike za analizo. Izračunane razlike vrednosti kazalnikov na podlagi administrativnih podatkov NIJZ, relevantnih za zunaj bolnišnično specialistično dejavnost smo vrednotili na podlagi števila čakajočih ter čakajočih nad dopustno čakalno dobo, pri čemer smo poseben poudarek namenili, spreminjajočim se konceptom določanja »dopustne čakalne dobe« ter spreminjanju procesa vodenju čakalnih seznamov, ki ima posledice na celovito zdravstveno obravnavo, ki rezultira v razdrobljenem napotovanju, kar v raziskavi pojmujemo kot glavni vzrok za »okrnjen dostop do zdravstvenih storitev« na podlagi podatkov. Tako dobljene rezultate smo v empiričnem delu raziskave analizirali retrospektivno (*ang. ex-post*) z metodo opazovanja in uporabo narativnega pristopa (Greenhalgh, 2016) ter primerjalno analizo podatkov med opazovanimi obdobji od 2009 dalje (Dunn, 2018; Fink-Hafner, 2007; Kustec, 2009; Lipicer, 2003). V analizi *policy* problema smo sledili konceptu izboljšanja »pravočasnega« dostopa do zdravstvenih storitev.



**Slika 1. Hermenevtičen pristop analize in interpretacije**

Vir: Povzeto po Greenhalgh (Greenhalgh, 2016) ter Boell in Cecez-Kecmanović (Boell & Cecez-Kecmanovic, 2014).

Pri pregledu literature, njeni interpretaciji ter razvoju argumentacije smo sledili hermenevtičnemu pristopu — teoriji interpretacije (Boell & Cecez-Kecmanovic, 2014; Greenhalgh, 2016), ki se ukvarja s pomeni in vprašanji besedil, katere cilj je doseči boljše

razumevanje slabo definiranih, interdisciplinarnih ter aplikativnih tematskih področij (Boell & Cecez-Kecmanovic, 2014; Greenhalgh, 2016). Uporabljen hermenevitičen pristop (Slika 3), povzet po Greenhalgh (Greenhalgh, 2016) ter Boell in Cecez-Kecmanović (Boell & Cecez-Kecmanovic, 2014), je interpretativni postopek, kjer se raziskovanje prične s problemom ali vprašanjem iz prakse, medijev, raziskav, strokovne literature ali drugih virov. Raziskovalec v procesu raziskovanja najprej razišče relevantne, splošnejše in pregledne članke. Nato bere, osmišlja in interpretira besedila. Sledi faza nadaljevanja iskanja novih besedil, dokler ne prepozna oziroma razume glavne ideje, koncepta ali teorije med katerimi vzpostavi interakcijo. Med raziskovanjem literature, razvoj razumevanja postopoma napreduje, od začetne ideje do novih spoznanj ter razumevanja področja (Greenhalgh, 2016).

Narativni pristop za proučitev dokumentov in podatkov v nastajajočem toku raziskavanja je v raziskavi uporabljen pri raziskovanju vsebine ukrepov zdravstvene politike, ki je značilna za sivo (*ang. grey*) literaturo (Greenhalgh, 2016). Ko smo opravili analizo besedil, ki se nanašajo na okrnjen dostop do zdravstvenih storitev v I. in II. ter III. fazi raziskave oziroma projekta. Pri tem smo izhajali iz predpostavke, da je ukrepe zdravstvene politike na področju skrajševanja čakalnih dob, moč razumeti kot poseben način oblikovanja in prednostnega razvrščanja težav, ki daje prednost perspektivi tistih, ki imajo formalno moč in uporabljajo kvalitativne in kvantitativne dokaze kot orodje za krepitev zelene zgodbe (Greenhalgh, 2016; Shaw, 2010; Stevens, 2011), kar smo v empiričnem delu ponazorili s proučevanjem deleža čakajočih nad dopustno čakalno dobo, ki ni enak za vse vrste zdravstvenih storitev. Izvedba raziskave temelji na konceptu interpretativne analize politike, ki izhaja iz spoznanj, da je vsaka politike edinstvena in drugačna, kar potrjujejo ugotovitve iz II. faze raziskave, in je ni moč razložiti s sklicevanjem na univerzalne vzročne zakone (Bevir & Rhodes, 2005; Colebatch, 2014; Eisenkraft Klein idr., 2022). Slednje je razlog, da raziskava ni imela vnaprej določene pozitivistične strukture obravnave *policy problema*, značilnega za raziskave v zdravstvu (Bacchi, 2016). Vloga analitika uporabljena v raziskavi je v fazi raziskovanja usmerjena v ustvarjanje pomena, pri čemer se osredotoča na razumevanje, kaj prinaša pomembnost, na primer v kontekstu okrnjenega dostopa do zdravstvenih storitev. To vključuje preučevanje elementov politike, kot so na primer ukrepi za skrajševanje čakalnih dob, in njihovega pomena, raziskovanje načinov komunikacije pomenov ter uporaba metod analize (Eisenkraft Klein idr., 2022).

### 1.3 Empirični del raziskave

Empirični del raziskave temelji na časovni študiji, primerni za analizo javnih politik (Kustec, 2009, str. 145), ker so nas zanimali vzroki za okrnjen dostop do zdravstvenih storitev v zadnjih desetih letih v slovenskem zdravstvenem sistemu. Pri analizi podatkov smo sledili pristopu *sumativnega vrednotenja javne politike* (Dunn, 2018; Fink-Hafner, 2007; Kustec, 2009; Lipicer, 2003), uporabnem za ugotavljanje dobrih in slabih učinkov ukrepov (Fink-Hafner, 2007). Na podlagi hermenevitičnega pristopa – teorije interpretacije (Bacchi, 2016; Bevir & Rhodes, 2005; Boell & Cecez-Kecmanovic, 2014; Colebatch, 2014; Eisenkraft Klein idr., 2022; Greenhalgh, 2016; Shaw, 2010; Stevens, 2011) in narativnega pregleda (Greenhalgh, 2016; Shaw, 2010; Stevens, 2011) virov ter literature iz I. in II. faze raziskave, smo definirali kazalnike in kriterije na podlagi katerih smo izvedli empiričen del raziskave – dostop do zdravstvenih storitev po letih. *Nabor kazalnikov in kriterije* smo uporabili metodo triangulacijo virov podatkov NIJZ na podlagi metodologije, ki se uporablja na nacionalni ravni, in na tej podlagi opredelili kazalnike uporabljene v tej raziskavi za izvedbo analize podatkov (Kustec, 2009, str. 145), prikazane v spodnji tabeli (Tabela 1).

**Tabela 1. Kazalniki in kriteriji za izvedbo analize – triangulacije virov podatkov »okrnjenega« dostopa do zdravstvenih storitev**

Kazalniki po virih podatkov	Kazalniki
Število izvajalcev in čakalnih seznamov ter VZS (vir podatkov – NIJZ)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Število čakalnih seznamov;</li><li>• Število vrst zdravstvenih storitev;</li><li>• Število izvajalcev vključenih v sistem poročanja (sporočanja) podatkov čakalnih seznamov;</li></ul>
Število vseh čakajočih pacientov na nacionalni ravni »določene« vrste oziroma skupine zdravstvenih storitev	<ul style="list-style-type: none"><li>• Število čakajočih »zelo hitro«;</li><li>• Število čakajočih »hitro«;</li><li>• Število čakajočih »redno«;</li><li>• Skupno število čakajočih vpisanih na čakalni seznam;</li></ul>
Število čakajočih pacientov nad dopustno čakalno dobo (DČD)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Število čakajočih nad DČD »zelo hitro«;</li><li>• Število čakajočih nad DČD »hitro«;</li><li>• Število čakajočih nad DČD »redno«;</li><li>• Število čakajočih nad DČD »skupaj«;</li></ul>

*Kriteriji vrednotenja smo določili, po pregledu dokumentov, zakonodaje in poročil, relevantnih za raziskavo, ki sodi v sivo (ang. grey) literaturo, in velja v slovenskem zdravstvenem sistemu v fazi III, ter jih opredelili po stopnjah nujnosti obravnave – za obdobje 1. maj 2011 do vključno 1. januar 2018 po stopnjah »hitro« in »redno« in 1. januar 2019 po stopnjah »zelo hitro«, »hitro« in »redno« za spreminjajoče vrste zdravstvene storitve, ki se v praksi uporablja za spremljanje na nacionalni ravni, in predstavljajo temeljni vir podatkov (Tabela 1).*

### 1.4 Zbiranje podatkov

Zbiranje podatkov je potekalo od 1. septembra 2016 dalje, po posameznih vsebinah smo podatke razvrstili v tri sklope, in so prikazani v nadaljevanju, in sicer za število čakajočih in

čakajočih nad dopustno čakalno dobo po stopnjah nujnosti obravnave ter vrstah zdravstvenih storitev (Tabela 2). Triangulacija podatkov ter virov vključenih v raziskavo temelji na podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje prikazanih v nadaljevanju (Tabela 2).

**Tabela 2. Seznam zbranih podatkov vključenih v raziskavo**

Zap. št.	Stanje na dan	Nacionalni podatki	Dostop do virov podatkov
1	1. maj 2011	Čakalne dobe po izvajalcih za storitve – 1. maj 2011	Poročilo NaČas NIJZ (1.september 2016)
2	1. januar 2012	Čakalne dobe po izvajalcih za storitve – 1. januar 2012	Poročilo NaČas NIJZ (1.september 2016)
3	1. januar 2013	Čakalne dobe po izvajalcih za storitve – 1. januar 2013	Poročilo NaČas NIJZ (1.september 2016)
4	1. januar 2014	Čakalne dobe po izvajalcih za storitve – 1. januar 2014	Poročilo NaČas NIJZ (22. marec 2017)
5	1. januar 2015	Čakalne dobe po izvajalcih za storitve – 1. januar 2015	Poročilo NaČas NIJZ (8. julij 2018)
6	1. januar 2016	Čakalne dobe po izvajalcih za storitve – 1. januar 2016	Poročilo NaČas NIJZ (22. marec 2017)
7	1. januar 2017	Čakalne dobe po izvajalcih za storitve – 1. januar 2017	Poročilo NaČas NIJZ (8. julij 2018)
8	1. januar 2018	Čakalne dobe po izvajalcih za storitve – 1. januar 2018	Poročilo NaČas NIJZ (8. julij 2018)
9	1. Januar 2019	Mesečno poročilo o čakalnih dobah – 1. januar 2019	Mesečno poročilo o čakalnih dobah - 1. januar 2019   Nijz
10	1. Januar 2020	Mesečno poročilo o čakalnih dobah – 1. januar 2020	Mesečno poročilo o čakalnih dobah - 1. januar 2020   Nijz
11	1. Januar 2021	Mesečno poročilo o čakalnih dobah – 1. januar 2021	Mesečno poročilo o čakalnih dobah - 1. januar 2021   Nijz
12	1. Januar 2022	Čakajoči po VZS in stopnjah nujnosti obravnave – 1. januar 2022	Zdravstveno podatkovni center NIJZ (24. januar 2023)*
13	1. Januar 2023	Čakajoči po VZS in stopnjah nujnosti obravnave – 1. januar 2023	Zdravstveno podatkovni center NIJZ (24. januar 2023)*
14	1. Januar 2019-2023	Čakajoči po VZS in stopnjah nujnosti obravnave –	Zdravstveno podatkovni center NIJZ (8. november 2023)*

Opomba: \*Podatki za vrste zdravstvenih storitev, ki so bili do sedaj uporabljeni v mesečnih poročilih. Podatki pridobljeni na dan 24. 1. 2023 iz Zdravstveno podatkovni center NIJZ, iz sistema eNaročanja za potrebe te raziskave (vir: BI kocke na naslovu <http://172.29.5.145/olap/msmdpump.dll>).

Vir: povzeto po (2019, 2020, 2021).

### 1.4.1 Analiza podatkov

Empirični del raziskave je bil izveden, kot časovna študija (Kustec, 2009), ki temelji na opazovanju gibanja vrednosti kazalnikov po kategorijah in časovnih točkah obravnave: (1) *gibanje števila čakajočih po letih in stopnjah nujnosti obravnave ter skupinah oziroma vrstah zdravstvenih storitev*; (2) *gibanje števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo po letih in stopnjah nujnosti obravnave ter skupinah oziroma vrstah zdravstvenih storitev*; (3) *gibanje števila zdravstvenih storitev v slovenskem nacionalnem zdravstvenem sistemu (šifrantu VZS)*.

# **I. Faza**

**Teoretična izhodišča za izvedbo poglobljene analize vzrokov za okrnjen dostop do zdravstvenih storitev**



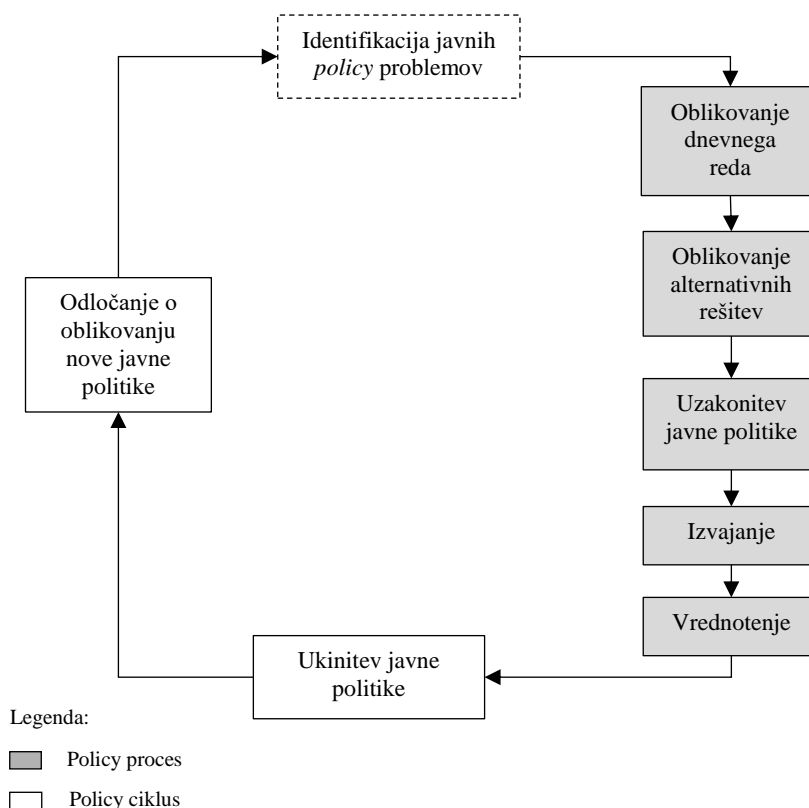
## 1 Opredelitev »pravočasnega« dostopa do zdravstvenih storitev

Dostop do zdravstvenih storitev v zdravstvenem sistemu je z vidika zagotavljanja več-dimenzionalna *kategorija*. Definicije dimenzij dostopa do zdravstvenih storitev se spreminjajo skozi čas (Hodge, 2006; Jean-Frederic Levesque, 2013; Saurman, 2016). Uveljavljena definicija dostopa do zdravstvenih storitev 20. stoletja dostop do zdravstvenih storitev opredeljuje z vidika štirih *dimenzij* — ekonomska, geografska, informacijska ter etična in človekove pravice (WHO, 2005). Novejša definicija dostopa do zdravstvenih storitev, dostop do zdravstvenih storitev definira z vidika *petih dimenzij* — geografska, finančna, kulturna, digitalna in *časovna* (Fortney idr., 2011). Slednja je po mnenju Fortney in drugi (2011) za pacienta najpomembnejša. Zato za vrednotenje oziroma ocenjevanje dostopa do zdravstvenih storitev Fortney in drugi (2011), predlagajo različne kazalnike (*ang. indicators*), ki so neposredno in objektivno merljivi. Za ocenjevanje (vrednotenje) časovne dimenzije dostopa do zdravstvenih storitev z vidika pacienta predlagajo spremljanje in merjenje »čakalne dobe« (*ang. waiting times*), med tem ko za ocenjevanje (vrednotenje) upravljanja in vodenja zdravstvenega sistema, poleg »čakalnih dob«, predlagajo merjenje in spremljanje »čakalnih seznamov« (*ang. waiting lists*), ki ga sestavljajo čakajoči pacienti vpisani na čakalne sezname s poudarkom na čakajočih, ki na čakalnih seznamih čakajo »nad dopustno čakalno dobo« (*ang. above maximum waiting time*) (Fortney idr., 2011; Siciliani, 2008).

Slovenija ni edina država, ki se spopada z zagotavljanjem pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev in posledično z dolgimi čakalnimi dobami. V mnogih državah — Švedski, Norveški, Danski, Veliki Britaniji, Španiji, Nizozemski, Kanadi, Avstraliji in Novi Zelandiji, so težave z zagotavljanjem pravočasne zdravstvene obravnave spodbudile množico raziskav o čakalnih dobah in dostopu do zdravstvenih storitev (Hanning, 2005; Kuhar idr., 2022; OECD, 2020). *Glavne smeri raziskovanja so usmerjene v teorije, ki pojasnjujejo vzroke čakalnih dob, analize obsega in posledic čakalnih dob ter ocene različnih pobud za odpravo problema dolgih čakalnih dob* (Hanning, 2005, str. 9). Slednje za slovenski zdravstveni sistem z izjemo raziskav Nacionalnega inštituta za javno zdravje, ki se nanašajo na vrednotenje dostopa do zdravstvenih storitev v obdobju 2019-2022 ter s tem posledic epidemijo Covid-19 na pravočasen dostop do zdravstvenih storitev (Albreht, Kuhar, idr., 2021; Kuhar, 2022, 2023a, 2023b; Kuhar idr., 2021) ne velja.

## 2 Opredelitev »policy« problema v procesu oblikovanja in izvajanja javne zdravstvene politike

Pri opredelitvi oziroma identifikaciji **javnega policy problema** (ang. *public policy problem*) izhajamo iz teorije analize politik, ki javni problem obravnava kot začetno in najbolj pomembno fazo v procesu oblikovanja in izvajanja javnih politik in pogosto najmanj raziskano, na kar opozarjajo politologi (Fink-Hafner, 2007; Kustec, 2009; Novak, 2015), in raziskovalci, ki se ukvarjajo z modeli analiz **javnih zdravstvenih politik**, ki pomen javne zdravstvene politike gradijo na različnih konceptih raziskovanj — pozitivizmu, interpretovemu, kritičnem realizmu, post-strukturalizmu (Bacchi, 2016). V raziskavi izhajamo iz teorije analize javnih politik, ki temelji na zaporedju časovno ločenih, a vsebinsko različnih fazah procesa oblikovanja in izvajanja politik (Slika 2): faza identifikacije družbenih oziroma javnih *policy* problemov; faza oblikovanja (določanja) dnevnega reda (ang. *agenda-setting*); faza oblikovanja (določanja) alternativnih rešitev (ang. *policy alternatives*); faza uzakonitve (legalizacije) izbrane javne politike – praviloma sprejem zakona - ukrepa; faza izvajanja (implementacije) javne politike oziroma zakona - ukrepa; faza vrednotenja (evalvacije) učinkov ukrepov javne politike (Fink-Hafner, 2007, str. 19).



**Slika 2. Policy proces in policy ciklus**

Vir: prirejeno po Fink-Hafner (2007, str. 21).

Navedene faze (Slika 2) se med seboj pogosto prepletajo v empiričnem procesu odločanja, kjer na primer *opredelitev policy problema* pogosto določa tudi način reševanja, pri čemer prekinitve procesa v fazi oblikovanja ali izvajanja javne politike v praksi niso izjema. Vse sodobne družbe se v praksi srečujejo s problemom implementacije in neizvajanjem že sprejetih odločitev, kar privede do prekinitev v procesu odločanja, kot posledica dejstva, da se odločevalci strinjajo z uvrstitvijo tematike na uradni dnevni red javne politike, ne strinjajo pa se glede izbire alternativnih rešitev (Fink-Hafner, 2007, str. 20). Ne glede na navedeno je faza javnega prepoznavanja družbenega problema in njenega uvrščanja na uradni dnevni red v mnogih pogledih odločilna.

Po mnenju Fink-Hafner (2007, str. 20) se proces oblikovanja in izvajanja javne politike sploh ne začne, če ni zaznave problema, ni opozarjanj odločevalcev nanj in ni uvrstitve problema na uradni dnevni red (vlade, parlamenta). V teoretičnem modelu prikazana faza oblikovanja alternativnih rešitev se v praksi lahko razhajajo, glede načina, kako rešiti *policy* problem, saj imajo udeleženci v procesu odločanja ter izvajanja javnih politik nasprotujoča si stališča o tem, kaj predstavlja *policy* problem in kako bi ga bilo najbolje rešiti. Pri sprejemanju odločitev, kot je priprava zakona ali vladnega ukrepa, se lahko alternativne rešitve celo zapišejo v predlogu pravnega akta ali se pojavijo v več zakonskih oblikah več različnih akterjev. Izključna in monopolna pravica odločanja o tem, katera alternativna rešitev bo uzakonjena, predstavlja privilegij parlamenta ali vlade. Po sprejetju odločitev v fazi uzakonitve (legalizacije) javne politike, država poskrbi za njeno izvajanje (implementacijo) v idealnem modelu (Slika 1), ki jo praviloma izvaja izvršna veja oblasti (vlada, javna uprava), lahko pa izvajanje prenese na nevladne izvajalce (npr. s podeljevanjem koncesij) (Fink-Hafner, 2007, str. 20 in 21). Izvajanje javne politike, ima lahko pričakovane zaželene ali nepričakovane zaželene in nezaželene učinke, kar imenujemo vrednotenje (evalvacija) javnih politik v zadnji fazi *policy* procesa (Fink-Hafner, 2007; Kustec, 2009).

Če odločevalci javne politike sklenejo, da je politika dosegla cilja ali pa je njeno izvajanje škodljivo, napačno ali predrago se lahko odločijo, da jo opustijo — terminacija v primeru ko družbeni problem ni bil ustrezno reševan s »staro javno politiko« in novim premislekom o tem, kako razumeti, opredeliti bistvo družbenega problema in njegove vzroke ter katere nove rešitve redefiniranega problema bi bile primerne se klene krog odločanja. Na nezaželene ali celo škodljive javne politike lahko prizadeti državljani ali družbene skupine oziroma njihovi organizirani predstavniki opozorijo odločevalce. Konec stare politike se izteče v proces odločanja o novi politiki (redefinicija problema, iskanje alternativnih rešitev, uzakonitev nove

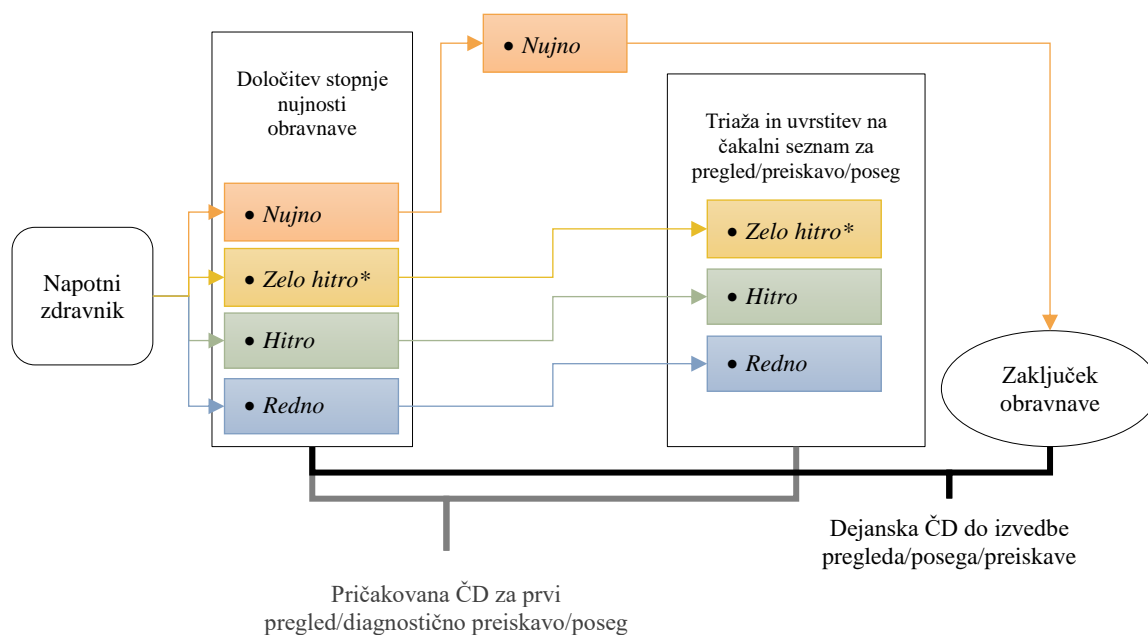
politike, njeno izvajanje in evalvacija, ki ga imenujemo *policy ciklus* (ang. *policy cycle*). Prav tako je mogoče, da rezultat vrednotenja javne politike deloma ali v celoti pozitiven, kar omogoča sprejem odločitve o nadaljnjem izvajanju dela ali celote politike (Fink-Hafner, 2007, str. 21–22).

### **3 Identifikacija *policy* problema »okrnjen« dostop do zdravstvenih storitev**

Leta 2006 so države članice Evropske unije (EU) okrepile zavezo za ohranitev temeljnih vrednot delovanja zdravstvenih sistemov ob hkratnem učinkovitem in kakovostnem upravljanju. Ministri pristojni za področje zdravstva, članic EU so podpisali dogovor o vzpostavitvi zdravstvenih sistemov, ki temeljijo na univerzalnih vrednotah: »*univerzalnost, dostopnost, solidarnost in enakost*« („Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems“, 2006). Zagotavljanje *pravic pacientov* je bila zapisana kot skupna vrednota evropskih zdravstvenih sistemov (Azzopardi-Muscat idr., 2018). To naj bi omogočilo, da bo vsakemu državljanu v okviru razpoložljivih sredstev zagotovljen kar najhitrejši in najširši dostop do zdravstvenih storitev (Busse idr., 2019, str. 66 in 67). S tem je bila sprejeta jasna in nedvoumna zaveza, da so državljanke in državljani postavljeni v središče zdravstvenega sistema, za katere je najpomembnejša vrednota prav dostop do zdravstvenih storitev.

#### **3.1 Opredelitev procesa napotovanja na sekundarno-sekundarno zdravstveno obravnavo**

Izhodišče za specialistično zdravstveno obravnavo je medicinski proces zdravljenja na primarni ravni zdravstvenega varstva, kjer je v idealnem smislu najprej zaznana potreba po napotitvi na sekundarno-terciarno raven zdravstvene obravnave, bodisi na specialistični pregled, preiskavo ali poseg, na podlagi napotna diagnoza, ki jo določi izbrani (družinski) zdravnik, glede na stopnjo nujnosti obravnave (Vajd & Cerovečki, 2017). To je proces, prikazan v spodnji sliki (Slika 3), na podlagi katerega so bili zgrajeni sistemi zdravstvenega varstva za vodenje celovite in neprekinjene zdravstvene obravnave pacienta (Hanning, 2005). V procesu obravnave pacienta v sistemu zdravstvenega varstva (Slika 3), je odločitev o nadaljnji obravnavi na sekundarno-terciarni ravni zdravstvenega varstva, odvisno od organizacije zdravstvenega varstva ter zdravstvene potrebe pacienta - od prvega stika do zaključka obravnave oziroma zdravljenja (Hanning, 2005).



**Slika 3. Poenostavljen model uvrstitve pacienta na čakalni seznam po stopnjah nujnosti obravnave v Sloveniji**

Opomba: \*stopnja nujnosti obravnave »zelo hitro« v veljavi od 1. 2. 2018 dalje.

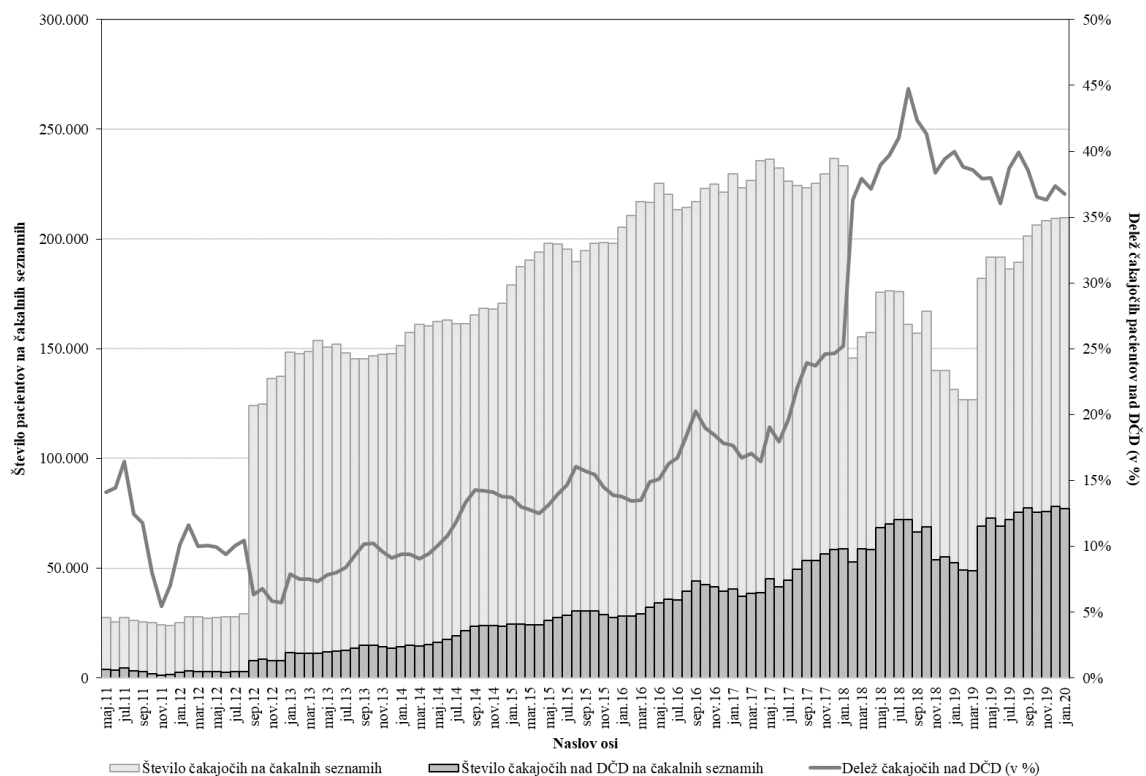
Vir: prirejano po (Hanning, 2005).

### 3.2 Opredelitev *policy* problema: dostop do zdravstvenih storitev 2009-2019

Primer identifikacije *policy* problema »okrnjen« dostopa do zdravstvenih storitev v Slovenij od septembra 2012, in vse januarja 2020 z vidika naraščajočega števila čakajočih pacientov nad dopustno čakalno dobo (Slika 4). *Policy* problem obravnavamo, kot raziskovalni problem, ki se nanaša na »pravočasen« dostop pacienta do zdravstvene obravnave v slovenskem zdravstvenem sistemu, ki je povezan z normativno opredelitvijo javne zdravstven politike ter iskanju vzrokov za »okrnjeno« dostopnost do zdravstvenih storitev različnih ravni zdravstvenega varstva, kjer se proces obravnave pacienta prične na ravni primarne ravni zdravstvenega varstva in nadaljuje na sekundarni oziroma terciarni ravni (Slika 3), kjer se vodijo čakalni seznamami ter s tem generirajo čakalne vrste, čakajočih nad dopustno čakalno dobo (DČD) zaradi dolgih čakalnih dob od maja 2011 do januarja 2020 (Slika 4).

Opredelitev *policy* problema, ki ga v raziskavi imenujemo »okrnjen dostop do zdravstvenih storitev«, lahko na podlagi teorije analize javnih politik opredelimo, kot družbeni problem — »nezaželeno« stanje v družbi, ki je z vstopom na dnevni red (vlade, parlamenta) postal javni *policy* problem, ker se zanj prične iskati rešitve (Fink-Hafner, 2007; Novak, 2015). Javni *policy* problem — »okrnjen dostop do zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni ter terciarni ravni«, v raziskavi definiramo kot nezmožnost posameznika, da problem nepravočasnega

dostopa do zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu, razreši sam (Novak, 2015). Primer dostopa do zdravstvenih storitev obravnavamo z vidika napotitev na specialistično obravnavo, kot kriterij za vrednotenje policy problema na primerni ravni zdravstvenega varstva, in z vidika števila čakajočih na čakalnih seznamih na zdravstveno obravnavo, s poudarkom na čakajočih nad dopustno čakalno dobo v slovenskem zdravstvenem sistemu, kot kriterij za vrednotenje policy problema na sekundarno-terciarne ravni zdravstvenega varstva v obdobju 2009-2019.



**Slika 4. Identifikacija policy problema »okrnjen« dostop do zdravstvenih storitev v Sloveniji 2011-2020**

Vir: povzeto po Kuhar idr. (2022).

V raziskavi izhajamo iz predpostavke, da so strokovno nedopustno dolge čakalne dobe in naraščajoče število čakajočih v slovenskem nacionalnem zdravstvenem sistemu tudi s stališča vseh etičnih in deontoloških kodeksov v vseh zdravstvenih poklicih, neetične (Kuhar idr., 2018, 2022; Marušič idr., 2017; Simčič idr., 2018) zato morajo odločevalci v zdravstveni politiki sprejeti ustrezne ukrepe (OECD, 2013, 2020; Viberg idr., 2013), ki so praviloma določeni normativno — zakoni, pravilniki strategijami, akcijskimi načrti, sporazumi, dogovori, ki posredno ali neposredno določajo pravico do pravočasne zdravstvene obravnave (OECD/WHO/World Bank Group, 2018).

Ker zagotavljanje »pravočasnega« dostopa do zdravstvenih storitev pomembno vpliva na kakovost obravnave pacienta so strategije za skrajševanje čakalnih dob postale glavna skrb zdravstvene politike v večini držav EU in OECD (Dixit & Sambasivan, 2018; Kowalska idr., 2015; Willcox idr., 2007), in pogosto razlog za nezadovoljstvo med pacienti, stroko, splošno javnostjo in oblikovalci politik (Cooper idr., 2009), zato tudi pogosto osrednja tema političnih razprav in medijskih objav (Bradfield, 2008). V povezavi z kakovostno in pravočasno zdravstveno obravnavo so že več let raziskovalci ukvarjajo s problemom dolgih čakalnih dob v skoraj vseh zdravstvenih sistemih (Kreindler, 2010; Viberg idr., 2013) proučuje vladne intervencije, med tem ko Naiker in drugi (2018) proučujejo učinke strategij skrajševanja čakalnih dob na obravnavo pacienta. Večina teh študij, vključno s strategij med državami (Willcox idr., 2007), večina avtorjev ugotavlja, da ukrepi, samo s dodatnimi finančnimi sredstvi dostopnosti ne morejo izboljšati.

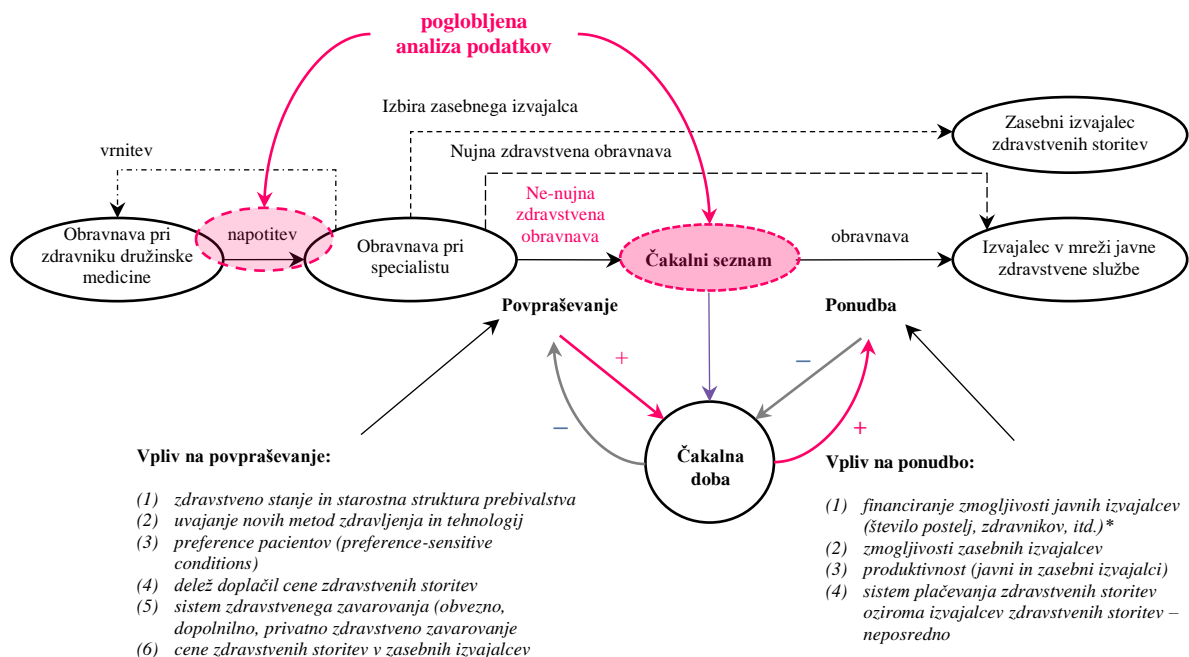
Čeprav so čakalne dobe v teoriji o dostopu do zdravstvenih storitev obravnavajo z vidika »pravočasnega« dostopa do zdravstvenih storitev, ki jih merimo, bodisi na podlagi dveh kazalnikov – izračunane čakalne dobe – povprečje dejanskih ali pričakovanih čakalnih dob, je za načrtovanje ustreznega obsega potrebnih zdravstvenih storitev vse bolj v ospredju spremljanje števila čakajočih na zdravstvene storitve, in kdaj so ti pacienti dejansko obravnavani, kar nam omogoča spremljanje kazalnikov »dejanskih čakalnih dob« in čakajočih nad dopustno čakalno dobo (Fortney idr., 2011; OECD, 2013).

### **3.3 Konceptualni okvir za analizo vzrokov za okrnjen dostop do zdravstvenih storitev**

Konceptualni okvir nastajanja čakalnih dob in čakalnih seznamov v zdravstvu uporabljen v raziskavi (Slika 5) je osnova za razumevanje delovanje zdravstvenega sistema in ukrepov zdravstvene politike, ki posredno ali neposredno vplivajo na spremembo čakalnih dob in čakalnih seznamov (Siciliani & Hurst, 2005). Predstavljen koncept (Slika 1) se uporablja za analizo ukrepov zdravstvene politike med državami članicami OECD (*Organisation for Economic Co-operation and Development*) — Avstralija, Kanada, Danska, Finska, Irska, Italija, Nizozemska, Nova Zelandija, Norveška, Portugalska, Španija, Švedska in Združeno Kraljestvo (OECD, 2013, 2020; Siciliani & Hurst, 2005), predvsem za ne-nujne, elektivne in operativne posege, pomembno manj za prve specialistične preglede ali diagnostične preiskave (Kuhar, 2023b; Kuhar idr., 2022; OECD, 2013).

Prikazan konceptualni je okvir (Slika 5) temelji teoriji ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah, ki ukrepe politike razvršča v tri skupine: (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) ukrepi na strani ponudbe in povpraševanja (OECD, 2013, 2020; Siciliani & Hurst, 2005). Čakalne dobe in število čakajočih pacientov na čakalnih seznamih (Slika 5) sta dva kazalnika, ki se v teoriji in praksi uporabljata za analizo uspešnosti izbrane zdravstvene politike (OECD, 2013, 2020) s katero posamezne države vplivajo na spremembe čakalnih vrst v zdravstvu. Oba kazalnika služita za primerjavo uresničevanja »pravočasnega« dostopa do zdravstvenih storitev, in pomenita časovno dimenzijo, ki skupaj z ekonomsko, geografsko, informacijsko, etično ter človekovimi pravicami v idealnem smislu predstavljajo temeljne vrednote zdravstvenega varstva prebivalstva na katerih temeljijo dobro organizirani nacionalni zdravstveni sistemi (Hodge, 2006). 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 zdravstvene obravnave z napotnico ne morejo priti pravočasno, in čakajo nad maksimalno čakalno dobo (*ang. maximum waiting times*).



**Slika 5. Teoretičen konceptualni okvir za analizo vzrokov za okrnjen dostop do zdravstvenih storitev**

Vir: Povzeto po Kuhar (2022), OECD (2013, 2020), Siciliani in Hurst (2005).

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 5) (Kuhar idr., 2021; National institute of public health Slovenia, 2021; OECD, 2020). Najbolj pogost razlog za dolge čakalne dobe v zdravstvu se omenjajo zmogljivosti v nacionalnih zdravstvenih sistemih, ki so omejene in ne zmorejo zagotavljati zadostnega obsega zdravstvenih storitev, glede na zdravstvene potrebe prebivalstva, ki jih generira zdravstveni sistem z napotovanjem pacientov iz primarne na sekundarno-terciarno raven zdravstvenega varstva (Goodwin, 2011; Kuhar idr., 2021; Laudicella idr., 2012; Siciliani, 2014, 2019).

## **II. Faza**

### **Analiza in prikaz najprodornejših ukrepov iz zdravstvenih sistemov v EU pri optimizaciji dostopnosti**

## **1 Identifikacija ukrepov zdravstvenih politik za optimizacijo dostopa do zdravstvenih storitev**

Pregled znanstveno-strokovne in sive literature, kjer smo sledili hermenevtičnemu pristopu (Boell & Cecez-Kecmanovic, 2014; Greenhalgh, 2016; Paez, 2017) pokaže, da so dolge čakalne dobe v zdravstveni politiki izziv zdravstvene politike (OECD, 2013, 2020), ki jih različni zdravstveni sistemi obravnavajo različno, in so med seboj neprimerljivi.

Slednje potrjuje ugotavljata McIntyre in Chow (2020) v narativnem pregledu člankov, ko obravnavata koncept čakanja, načine merjenja čakalnih dob ter razpoložljivost podatkov o trendih in njihovo primerljivost med razvitimi nacionalnimi zdravstvenimi sistemi (McIntyre & Chow, 2020) razkriva težave pri zagotavljanju dostopa do zdravstvenih storitev vse daljših čakalnih dob. McIntyre in Chow (2020) ugotavljata, da naraščajoč pritisk na javne zdravstvene sisteme vpliva na podaljšanje čakalnih dob, kar direktno vpliva na paciente. Izpostavljata, da so čakalne dobe najbolj izrazite, vendar neprimerljive med nacionalnimi zdravstvenimi sistemi, vključno z Avstralijo, Kanado, Francijo, Nemčijo, Novo Zelandijo, Norveško, Švedsko, Švico, Združenim Kraljestvom in Združenimi državami Amerike, tako za elektivne posege kot nujne obravnave.

Kljub mednarodne neprimerljivosti čakalnih dob, zaradi različnih definicij, McIntyre in Chow (2020) poudarjata, da čakanje na zdravstveno obravnavo predstavlja oviro in vodi do neenakomerne porazdelitve čakalnih dob med posamezniki z nižjim socialno-ekonomskim statusom. Zato predlagata natančnejše analize ter pozivata k nadaljnemu, bolj poglobljenemu raziskovanju definicij čakalnih dob in dejavnikov, ki vplivajo nanje, ter odpravljanju "skritih" čakalnih dob, ki nastanejo v procesu zdravljenja pacienta med ravnimi zdravstvene obravnave, s ciljem izboljšanja rezultatov zdravljenja.

Politike, ki se ukvarjajo z reševanjem problema dolgih čakalnih dob je toliko kot je interesov, ki jih proizvajajo akterji v zdravstveni politični areni (Kreindler, 2010). Različne prakse v nacionalnih zdravstvenih sistemih kažejo, da so nekatere bolj ali manj učinkovite, ki pa jih ni možno enostavno implementirati iz sistema v sistem (Hanberger, 2001; OECD, 2020). Ne glede na izbiro ukrepov ali strategij za reševanje težav, ki jih povzročajo dolge čakalne dobe v zdravstvu, pa podatki kažejo, da javni diskurz povezan z izzivi na področju čakalnih dob, na dnevni red nacionalnih zdravstvenih politik vstopajo posamično in v različnih intervalih (OECD, 2013, 2020).

Konec 20. stoletja čakalne dobe v zdravstvu vstopijo na dnevni red evropske zdravstvene politike. Sledijo usmeritve, da naj države sprejmejo ustrezno nacionalno politiko za skrajševanje dolgih čakalnih dob, zagotovijo javnost podatkov o uresničevanju te politike, pacientom omogočijo prosto izbiro izvajalca in onemogočijo preskakovanje čakalnih vrst v zdravstvu (Council of Europe, 1997). Sledijo študije primerov (Siciliani & Hurst, 2005), ki ugotavljajo, da dolge čakalne dobe povzročajo splošno nezadovoljstvo, pacientov, širše javnosti ter s tem politike. Avtorja, kot na primer Siciliani in Hurst (2005) ter drugi (OECD, 2013, 2020) v raziskavah vladnih politik na primeru 12 nacionalnih zdravstvenih sistemov, držav članic OECD (Siciliani & Hurst, 2005, OECD, 2013, 2020) ukrepe za skrajševanje čakalnih dob klasificirajo v tri skupine ukrepov, ki vplivajo na ponudbo zdravstvenih storitev, povpraševanje po zdravstvenih storitvah ali oboje hkrati (Siciliani & Hurst, 2005). Primerjalne študije, ki se nanašajo na primerjavo čakalnih dob med nacionalnimi zdravstvenimi sistemi se v večini primerov nanašajo na za elektivne posege – operacije kolka, kolena ter sive mreke katarakte (Siciliani & Hurst, 2005, OECD, 2013, 2020).

Čakalne dobe so se v znanstveno-strokovni literaturi opredeljujejo različno. Kot kazalnik kakovosti, s katerim v bolnišnicah spremljajo, ali je bila zdravstvena storitev pacientu zagotovljena pravočasno (Beaussier idr., 2020; Donabedian, 1988) Da je zagotavljanje optimalne dostopnosti do zdravstvene obravnave problem, ugotavlja tudi Andersen (2001), ko dostopnost pojmuje kot izvajanje zdravstvenih storitev z vsem, kar ovira ali dopušča njeno izvajanje ter dodaja, da mora v procesu oblikovanja zdravstvene politike upoštevan koncept merjenja dostopnosti s stališča pacienta (Andersen & Davidson, 2001, str. 3). Dolge čakalne dobe so, po mnenju Bradfield (2008), pogosto zlorabljeni vsebina s strani politike, pacientov, izvajalcev ali odločevalcev politike, ker so interpretirane brez analiz v kombinaciji s kazalniki kakovosti (Anell, 2005; Bradfield, 2008, str. 589–592), ki vzroke zanje lahko pojasnijo (Dubas-Jakóbczyk idr., 2020; Klasa idr., 2018; Toth, 2010).

Če se v splošnem večina akterjev v zdravstveni politični areni strinja, da so čakalne dobe *policy* problem, pa ima vsaka interesna skupina svojo interpretacijo problema ter rešitev zanje. Raziskave, ki se nanašajo na analizo posledic čakanja na zdravstveno obravnavo z vidika klinične prakse kažejo, da ima čakanje nad strokovno dopustno mejo *na pregled, terapijo ali poseg*, lahko posledice – spremembo ne-nujnih v nujna stanja, kar lahko resno škoduje zdravju posameznika, zmanjša kakovost življenja ali celo povzroči smrt (Canadian Medical Protective Association, 2007; Gliberman, 2013; Paterson idr., 2006). Z vidika financiranja pa različni avtorji opozarjajo, da dolge čakalne dobe *povzročajo dodatne nepotrebne stroške*, saj imajo lete

multiplikativen učinek, kar pomeni, da generirajo dodatne preglede, preiskave, posege zaradi predolgega čakanja, ki jih ne bi bilo potrebno izvesti, če bi pacient prišel pravočasno do ustrezne zdravstvene obravnave, kar pa z vidika družbe povečuje »nepotrebne« finančne obremenitve zdravstvenega sistema (Hanning, 2005; The Centre for Spatial Economics, 2006).

## 2 Strateško načrtovanje zdravstvenih storitev

Strateško kupovanje zdravstvenih storitev oziroma načrtovanje potrebnih zdravstvenih storitev (*ang. strategic purchasing*) je temeljna funkcija financiranja, ki se nanaša na razporejanja sredstev izvajalcem (javnim in zasebnim) zdravstvenih storitev v zdravstvenem sistemu. Koncept strateškega načrtovanja potrebnih zdravstvenih storitev se nanaša na zagotavljanje univerzalne pokritosti in pravočasen dostop do zdravstvenih storitev (World Health Organization, 2019). Je koncept, ki omogoča da postane nakupovanje zdravstvenih storitev bolj strateško – aktivno, glede na zdravstvene potrebe prebivalstva (Mathauer idr., 2019).

**Tabela 3. Glavne aktivnosti za vzpostavitev sistema strateškega nakupovanja zdravstvenih storitev**

<b>Določitev dnevnega reda (smer razvoja)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>analiza politike in strategije za oblikovanje pravnih okvirov, ki omogočijo strateško nakupovanje zdravstvenih storitev;</li> <li>določitev dinamike in zaporedja uvajanja sprememb;</li> <li>zagotovilo, da je vzpostavljen pregleden, integriran ali interoperabilen ter delujoč sistem za upravljanje informacij;</li> </ul>
<b>Koordinacija in koordinacije</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>usklajevanje med deležniki, vključno s civilno družbo in predstavniki prebivalstva;</li> <li>posvetovanje in zagotavljanje sodelovanja prebivalstva in civilne družbe k usmeritvam strateškega nakupovanja zdravstvenih storitev;</li> <li>opredelitev vodenja ter učinkovitega odločanja o strateškem nakupovanju med izvajalci in akterji upravljanja ter vodenja zdravstvenega sistema;</li> <li>uskladitev z drugimi funkcijami financiranja zdravstva ter drugimi vidiki zdravstvenega sistema (npr. zagotavljanje storitev, regulacija izvajalcev, akreditacija, določanje cen zdravil, ocena zdravstvene tehnologije);</li> </ul>
<b>Zakonske določbe in navodila (uzakonitev)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>formalizacija izvajanja strateškega nakupovanja zdravstvenih storitev;</li> <li>uskladitev ali poenotenje sistemov za upravljanje informacij (npr. kartoteke bolnikov, zbirke podatkov) za izboljšanje analize izvajanja politike;</li> <li>uskladitev zasnove mehanizmov – modelov plačevanja zdravstvenih storitev, vključno z mehanizmi delitve stroškov med različnimi izvajalci;</li> <li>uskladitev (»oblikovanje«) pravil upravljanja javnih financ za zagotavljanje izvajanja strateškega nakupovanja, vključno z odgovori na vprašanja o avtonomiji javnega sektorja;</li> <li>opredelitev vloge in trga prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (PZZ) vključno z mehanizmi za nadzor cen;</li> <li>ustanovitev funkcionalne regulativne agencije za nadzor izvajanja strateškega načrtovanja.</li> </ul>

Vir: povzeto po WHO (2019).

Kupovanje zdravstvenih storitev se šteje strateško (dolgoročno), če je »dogovorjen« obseg zdravstvenih storitev vsaj delno, če ne v celoti, povezan s informacijami o uspešnosti izvajalca zdravstvenih storitev ter informacijami o zdravstvenih potrebah prebivalstva. Odločevalcem zdravstvene politike te informacije služijo za uresničevanje dolgoročnega cilja – povečanje učinkovitosti in uspešnosti, ki rezultira v pravičnejši porazdelitvi virov in obvladovanju

izdatkov zdravstvenimi potrebami prebivalstva (Mathauer idr., 2019). Z drugimi besedami, strateško nakupovanje je proces aktivnosti (Tabela 3), katerega namen je maksimirati cilje zdravstvenega sistema z aktivnim, na dokazih temelječih postopkih, ki opredeljujejo in dokazujejo: Katere zdravstvene storitve potrebujejo državljanke in državljani? Komu in kako je zdravstvene storitve potrebno plačati? Po kakšni ceni je te storitve potrebno plačati? Gre za jasno in nedvoumno opredelitev, *kaj kupiti, od koga kupiti in kako kupiti s ciljem motiviranja izvajalcev, da zagotavljajo visoko kakovostne zdravstveno obravnavo in so pri izvajanju zdravstvenih storitev učinkoviti* (Feldhaus & Mathauer, 2018; Mathauer idr., 2019; Thomas idr., 2020).

### 3 Glavne značilnosti politik za skrajševanje čakalnih dob v državah članicah OECD

Na podlagi pregled strokovno-znanstvene in sive literature izhaja, da se države članice OECD v *praksi* uporabljajo različne ukrepe pri izvajanju javne politike pri čemer uporabljajo različna izhodišča (Tabela 4) — kriterije in kazalnike za merjenje uspešnosti izvajanja javnih politik skrajševanja čakalnih dob ali/in čakalnih vrst na podlagi prioritet, ki se osredotočajo na specifično vrsto ali skupino zdravstvenih storitev, bodisi zgolj ali smo na spremljanje dostopa do specialističnih pregledov (npr. dostop do prvega specialističnega pregleda pri okulistu) in/ali dostopa do elektivnih posegov (npr. operacija sive mreže – katarakte), glede na dopustno čakalno dobo, ki jih na kratko povzemamo v nadaljevanju (Kuhar idr., 2022; OECD, 2020).

**Tabela 4. Primeri ukrepov politike skrajševanja čakalnih dob za elektivne posege - tipologija OECD**

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 zmanjševanju števila čakajočih na čakalnih seznamih predvsem v času omejevanja dostopa med epidemijo ter izboljša komunikacijo s pomočjo telemedicine.

Vir: povzeto po Kuhar idr. (2022) in OECD (2020).

- **Politika dopustne (ciljne) čakalne dobe:** Dopustna čakalna doba za specialistične preglede ali/in elektivne posege je določena s strani regulatorja ali plačnika in opredeljena kot cilj politike za skrajševanje čakalnih dob, bodisi na ravni izvajalca, regije ali sistema. Tovrstna politika je ocenjena kot *zelo uspešna pri skrajševanju »zelo« dolгих čakalnih dob*, za katero je značilen močno reguliran nadzor doseganja dopustne čakalne dobe na ravni posameznega izvajalca ali regije (občine) z vnaprej določenimi in poznanimi sankcijami v primeru, da dopustna čakalna doba ni dosežena (Kuhar idr., 2022; OECD, 2020).
- **Politika dopustne (garantirane) čakalne dobe:** Dopustna čakalna doba v nacionalnem zdravstvenem sistemu pomeni zagotovilo (jamstvo oziroma garancija) pacientu, da bo zdravstvena storitev opravljena. Ukrepi politike skrajševanje čakalnih dob pacientu omogočajo prosto izbiro izvajalca v zasebnem ali javnem sektorju, v ali izven nacionalnega zdravstvenega sistema, pri katerem bo prišel hitreje do obravnave oziroma bo zdravstvena storitev opravljena v času pod dopustno čakalno dobo, ki pa je z vidika uspešnosti skrajševanja čakalnih dob bolj ali manj uspešna (Kuhar idr., 2022; OECD, 2020).
- **Politika povečevanja ponudbe zdravstvenih storitev in ne-preseganje dopustnih čakalnih dob:** Ukrepi tovrstne politike skušajo obravnave znotraj dopustne čakalne dobe doseči s povečanjem obsega zdravstvenih storitev, z dodatnim financiranjem točno določenih zdravstvenih storitev na podlagi prioritete, zaposlovanjem zdravstvenega osebja, večanjem planiranega obsega zdravstvenih storitev, daljšim delovnim časom, večjo učinkovitostjo in organizacijo dela. Za tovrstne ukrepe politik je značilno, da so drage, njihov pozitiven učinek na skrajšanje dolgih čakalnih dob, pa je možen le, če povečanje *ponudbe zdravstvenih storitev odtehta* povečanje povpraševanja in če se zdravstveni sistem na večji obseg zdravstvenih storitev ne odziva s hkratnim povečanjem napotitev, ki napihuje povpraševanje, kot obliko povpraševanja, ki ga povzroča ponudba (Kuhar idr., 2022; OECD, 2020).
- **Politika povpraševanja po zdravstvenih storitvah in prednostni kriteriji za razvrščanje pacientov na čakalni seznam:** Ukrepi politik temeljijo na prednostnem razvrščanju pacientov na čakalni seznam, kar vpliva na število čakajočih na čakalnih seznamih, ki določa povpraševanje po zdravstvenih storitvah z namenom izboljšanja dostopa do operativnih posegov, ki pa se v praksi izvajajo različno. Najbolj uveljavljeni sta

dve različici ukrepov tovrstnih politik: z razvrščanjem pacientov na čakalne sezname na podlagi strokovne ocene zdravstvenega stanja pacienta – vpis pacienta na čakalni seznam v primeru, da so pričakovane koristi izvedbe operativnega posega velike oziroma le te niso majhne oziroma skoraj nične; z razvrščanjem pacienta na čakalni seznam na podlagi strokovne ocene zdravstvenega stanja, pri čemer se prednostno zagotavlja zdravstvena obravnava pacientom z resnimi zdravstvenimi stanji ter potrebami (Kuhar idr., 2022; OECD, 2020).

- **Politika povpraševanja po zdravstvenih storitvah in izboljševanja koordinacije med izvajalci zdravstvenih dejavnosti:** Ukrepi tovrstnih politik na strani povpraševanja po zdravstvenih storitvah temeljijo na izboljšanju koordinacije med primarno, sekundarno in terciarno ravno so v porastu. Vse več držav poudarja pomen in potrebo po boljšem usklajevanju med različnimi ravnimi obravnave pacienta z namenom izboljšanja pravočasnosti obravnave. Digitalna posvetovanja so poleg konvencionalnih oblik posvetovanj, bodisi s pacientom, bodisi izvajalci različnih ravni, pomembno prispevala tudi med epidemijo Covid-19, ko so veljale omejitve stikov in so države uporabljale telekomunikacijske povezave (Kuhar idr., 2022; OECD, 2020).



### **III. Faza**

## **Pregled ukrepov, ki so vplivali na okrnjeno dostopnost do zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu 2009-2019**

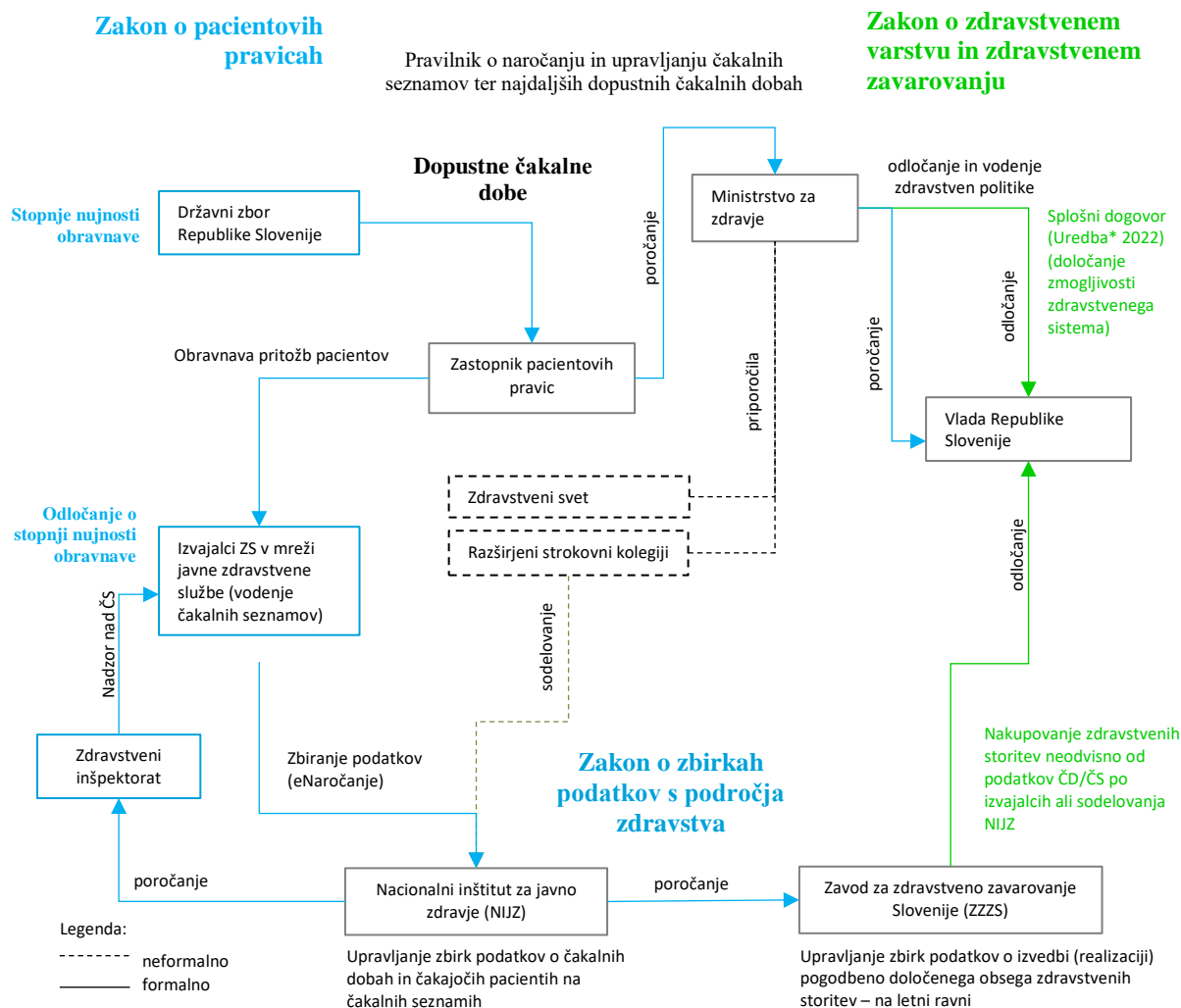
## **1 Proces določanja in izvajanja javne zdravstvene politike in »pravočasen« dostop do zdravstvene obravnave**

Ena od prednostnih nalog javne zdravstvene politike v Sloveniji je dostopnost do zdravstvene obravnave, opredeljena kot univerzalna pravica, ki temelji na načelu solidarnosti, na obveznem zdravstvenem zavarovanju ter geografski dimenziji dostopa do zdravstvenih storitev, ki jo zagotavljajo izvajalci v mreži javne zdravstvene dejavnosti (OECD, 2019). Zdravstvene storitve izvajajo javni in zasebni izvajalci zdravstvene dejavnosti v javni zdravstveni mreži na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvenega varstva (Albreht, Polin, Pribaković Brinovec, idr., 2021). Izvajalci se financirajo iz programa obveznega zavarovanja na podlagi pogodb z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in prispevkov dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (Albreht idr., 2022; Prevolnik Rupel & Marušič, 2021).

V proučevanem obdobju je dostopnost do zdravstvenih storitev v Sloveniji vzbujala pozornost v različnih razpravah in procesih odločanja, tako na javni kot vladni ravni (Polin idr., 2021). Problem dostopnosti do zdravstvenih storitev in posledično dolgih čakalnih dob je bil po sprejemu zakonodaje v letu 2008 (*Zakon o pacientovih pravicah*, 2008), drugič postavljen na uradni dnevni red zdravstvene politike, kar je rezultiralo v spremembo in dopolnitve Zakona o pacientovih pravicah v letu 2017 (*Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah*, 2017), ki se je pričel uporabljati s 21. januarjem 2018. Poleg tega se je v letu 2017 pričel izvajati projekt e-Zdravje (Rant & Rant, 2018), ki je prispeval k informatizaciji procesov povezanih s dostopom do zdravstvenih storitev – čakalnimi seznamami (eNaročanje) in napotovanjem na zdravstveno obravnavo (eNapotnice) (Albreht, Polin, Brinovec, idr., 2021; Rant & Rant, 2018).

## **2 Proces izvajanja ukrepov zdravstvene politike na področju čakalnih dob in čakalnih vrst v slovenskem zdravstvenem sistemu**

V Sloveniji je proces vodenja politike na področju čakalnih dob in čakalnih seznamov, reguliran s strani Ministrstva za zdravje, na podlagi Zakona o pacientovih pravicah (*Zakon o pacientovih pravicah*, 2008). Delovanje centralnega informacijskega sistema za spremljanje čakalnih dob in čakalnih seznamov (eNaročanje) na nacionalni ravni v okviru zbirk podatkov s področja zdravstva (*Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva*, 2000) v okviru nalog Nacionalnega inštituta za javno zdravje (Slika 6).



**Slika 6. Proces politike zdravstvene politike na področju čakalnih dob in čakalnih vrst v Slovenija**

Opombe: ČD – čakalna doba; ČS – čakalni seznam; ZS – zdravstvena storitev; \*po letu 2022 vsakoletne Splošne dogovore, nadomešča Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje in obsegu sredstev za pogodbeno leto, ki ga sprejme Vlada Republike Slovenije v skladu s 63. členom ZZVZZ.

Vir: povzeto po Kuhar idr. (2022).

Proces vodenja politike na področju skrajševanja čakalnih dob prikazan v shemi (Slika 6), prikazuje procesa, v katerem je Ministrstvo za zdravje ukrepe politike skrajševanja čakalnih dob dogovarjalo v okviru vsakoletnega Splošnega dogovora na podlagi partnerskih pogajanj, skladno z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (*Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - UPB, 2006*), ki so kot izhaja iz procesa ter rezultatov dogovorjenih širitev ter programov za skrajševanje čakalnih dob komplicirana in dolgotrajna (Tabela 5).

**Tabela 5. Proces dogovarjanja – sporna vprašanja in odločitev Vlade RS (2009-2019)**

Splošni dogovor	Začetek usklajevanj	Zaključek usklajevanja	Arbitraža (dosežen dogovor za št. spornih vprašanj)	Arbitraža (umik spornih vprašanj)	Vlada (obravnavana sporna vprašanja)	Vlada (sprejem spornih vprašanj)	Vlada (zavržena sporna vprašanja)	Sprejem na vladi
2009	oktobra 2008	20. 1. 2009	13	50	71	N/A	N/A	19. 2. 2009
2010	avgusta 2009	4. 11. 2009	21	18	124	N/A	N/A	25. 3. 2010
2011	oktober 2010	29.11.2010	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	9. 12. 2010
2012	septembra 2011	8. 11. 2011	4	4	188	N/A	N/A	29. 12. 2011
2013	septembra 2012	26. 11. 2012	24	10	216	N/A	N/A	24. 1. 2013
2014	septembra 2013	26. 11. 2013	24	13	207	N/A	N/A	23. 1. 2014
2015	oktobra 2014	1. 12. 2014	19	9	211	35	176	24. 6. 2015
2016	september 2015	1. 12. 2015	21	7	172	26	146	19. 5. 2016
2017	septembra 2016	20. 12. 2016	12	9	182	N/A	N/A	21. 6. 2017
2018	septembra 2017	21. 12. 2017	29	5	207	N/A	N/A	31. 1. 2018
2019	septembra 2018	12. 12. 2018	42	2	217	N/A	N/A	21. 2. 2019

Opomba: podatki so pozveti iz poslovnih oziroma letnih poročil za obdobje 2009-2019 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2010, 2011, 2020, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019).

Vir: povzeto iz Letnih oziroma Poslovnih poročil ZZZS (2010-2019).

Do leta 2022 je veljalo, da če v procesu pogajanj predlogi partnerjev niso uskladili 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 (*Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - UPB, 2006*) preko pogodb z izvajalci financira izvajanje zdravstvenih storitev (po letu 2022 vsakoletne Splošne dogovore, nadomešča Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje in obsegu sredstev za pogodbeno leto, ki ga sprejme Vlada Republike Slovenije v skladu s 63. členom ZZZVZZ).

### **3 Analiza procesa dogovarjanja in vzroki za »okrnjen« dostop do zdravstvenih storitev v obdobju 2009-2019**

Z vidika tipologije politik skrajševanja čakalnih dob (OECD, 2013, 2020; Siciliani & Hurst, 2005) se v Sloveniji od leta 2011 dalje izvajajo ukrepi, ki temeljijo na povečevanju dodatnega obsega zdravstvenih storitev in finančnih sredstev — dodatnih enkratnih in/ali prospektivnih programih za zdravstvene storitve, ki se financirajo po modelu skupin primerljivih primerov, predvsem za izvajanje dodatnega obsega elektivnih posegov selektivno, glede na zmogljivosti izvajalcev v zdravstvenem sistemu (Kuhar idr., 2022). V obdobju 2009-2019 je bilo za zdravstveno varnost zavarovanih oseb ključnega pomena *ustrezna* dostopnost do storitev in *primerna* raven kakovosti zdravstvene oskrbe, ki sta povezana s *preglednim* in *učinkovitim*

razporejanjem sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, ter enakomerna preskrbljenost prebivalstva z zdravniki in drugimi zdravstvenimi zmogljivostmi (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2010).

Posebna pozornost ZZZS je bila namenjena enakomerni dostopnosti programov zdravstvenih storitev, predvsem na primarni ravni. Z namenom boljše dostopnosti do določenih programov in *obvladovanje čakalnih dob* se je ZZZS v Strateškem razvojnem programu *zavzel za naslednje strategije*: (1) uvajanje finančnih vzpodbud; (2) širitev oziroma povečevanje izbranih programov; (3) uveljavljanje določenih prioriternih programov (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2010, str. 38). Glede na način vodenja in usklajevanja dogovarjanja iz poročil ZZZS 2009-2019 izhaja, da se v slovenskem zdravstvenem sistemu po podatkih ZZZS (2010, 2020) se s čakalnimi dobami na primarni ravni zdravstvene dejavnosti v obdobju 2009-2019 nismo srečevali, z izjemo v zobozdravstvu in čakalnih dobah za katere so se spremljale čakalne dobe za izbrane vrste zdravstvenih storitev, katerih primerjave na letni ravni je objavljala ZZZS v letnih poročilih za proučevano obdobje objavljala v letih poročilih v obdobju od 2009-2019 na podlagi podatkov NIJZ ZZZS (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2010, 2011, 2020, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019).

**Iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2009 izhaja, da so se priprave za sprejem Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2009** (v nadaljevanju: Dogovor 2009) začele oktobra 2008 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2010). Na 5. usklajevalnih sejah, se partnerji do sredine decembra 2008, zato je o njih odločala arbitražna. Na arbitraži so dne 20. 1. 2009 so se partnerji dogovorili o 13. spornih vprašanjih, 50 vprašanj so umaknili, o preostalih 71. vprašanj, pa je odločila Vlada RS. Vlada je 19. 2. 2009 o spornih vprašanjih sprejela sklep. V letu 2009 sta bila sprejeta še Aneks št. 1 in 2 k Dogovoru 2009 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2010). ***Večina programov zdravstvenih storitev v letu 2009 je ostala enaka kot v letu 2008.*** Pri vrednotenju programov in oblikovanju cen zdravstvenih storitev so leto 2009 zaznamovali varčevalni ukrepi, ki sta jih sprejela Upravni odbor in Skupščina ZZZS, in so jih predstavniki ZZZS uveljavljali v procesu partnerskega dogovarjanja, ki so se nanašali na 5 % znižanje vseh cen zdravstvenih storitev, ki pa ni bil v celoti uveljavljen. Vlada RS, ki odločila o spornih vprašanjih je potrdila le 2,5 % znižanje cen, znižanje vrednosti stroškov dela v cenah zdravstvenih storitev za 4 % , znižanje za 20 % amortizacije ter znižanje sredstev za terciarno dejavnosti ter drugi ukrepi, ki so omogočili poslovanje ZZZS v letu 2009 v okviru načrtovanih odhodkov.

**Iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2010 izhaja, da se je sprejem Splošnega dogovora za leto 2010 (Dogovor 2010) začel avgusta 2009.** Partnerji so se na arbitraži (na dveh narokih, in sicer 2. 11. 2009 in 4. 11. 2009) uspeli dogovoriti o 21 spornih vprašanjih, 18 vprašanj so partnerji umaknili, o preostalih 124 vprašanjih pa je 25. 3. 2010 odločila Vlada RS. V letu 2010 sta bila sprejeta še Aneks št. 1 in 2 k Dogovoru 2010 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2011). **Obseg večine programov zdravstvenih storitev je v letu 2010 ostal enak kot v letu 2009.** Pomembnejše usmeritve glede spremembe obsega programa so bile dogovorjene za področje akutne bolnišnične obravnave (ABO), ki naj bi se znižala za 2 %, in sicer v delu, ki se ne uvršča v *t.i. prospektivnih program*. V okviru istih sredstev pa naj bi se povečali programi specialistično ambulantne dejavnosti (SAD) z dolgimi čakalnimi dobami. V letu 2010 naj bi se tudi v celoti odpravila precenjenost oziroma podcenjenost izvajalcev pri vrednotenju programa ABO. Na podlagi sklepov arbitraže za sklenitev pogodbe med ZZZS in posameznim izvajalcem se je omenjeno prestrukturiranje sredstev izvedlo le deloma oziroma se ni izvedlo, saj imata od 26 izvajalcev 2 izvajalca še vedno podcenjeni program, 4 izvajalci pa precenjeni program ABO (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2011).

2011

**Iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2011 izhaja, da se je sprejem Splošnega dogovora za leto 2011 (Dogovor 2011) začel oktobra 2010.** Ministrstvo za zdravje (MZ) je na prvi seji partnerjem predlagalo, da bi besedilo dogovora ostalo enako kot v letu 2010, ter da bi pogodbe sklenjene med ZZZS in izvajalci v letu 2010 veljale tudi v letu 2011 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2012). S predlogom MZ so se strinjali vsi partnerji, razen Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, zato je o predlogu 29. 11. 2010 odločala arbitraža, ki pa ni bil sprejet, zato je o njem 9. 12. 2010 odločala Vlada in sprejela odločitev, da besedilo Dogovora 2011 ostane enako besedilu Dogovora 2010 ter da ZZZS z izvajalci, s katerimi že ima sklenjeno pogodbo, za leto 2011 ne sklepa novih pogodb. V letu 2011 so bili sprejeti še Aneks št. 1, 2 in 3 k Dogovoru 2011 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2012). ZZZS je zaradi težke finančne situacije v pogajanjih vztrajal predvsem na sprejemu varčevalnih ukrepov, ki bi zagotovili uravnoteženo poslovanje ZZZS brez zadolževanja, ki pa so bili sprejeti šele v okviru Aneksa št. 3. Za leto 2011 so se znižala vračunana sredstva za vrednotenje dežurstva, delež administrativno tehničnega kadra ter sredstev za terciar. Znižale so se cene primera v specialistično bolnišnični dejavnosti psihiatrije, preiskav PET CT in dializ (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2012). Za draga bolnišnična zdravila je bil sprejet sklep, da se le-ta plačujejo kot ločeno zaračunljiv material. Skupni učinek uveljavljenih ukrepov se je

odrazil v znižanju odhodkov ZZZS v letu 2011 za 12,5 mio EUR (in ocena za leto 2012 znižanje odhodkov za 11,1 mio EUR). Vlada je odločila, da se dodatni prihranki v letu 2012 v višini 10,2 mio EUR porabijo za širitve oziroma boljše vrednotenje programov v letu 2012, in sicer za zagotovitev dodatnih sredstev za referenčne ambulante, za širitev programov specialistično ambulantne dejavnosti, programa skupnostne psihiatrije, nadaljnje uvajanje referenčnih ambulant, uvajanje ruralnih ambulant ter uvajanje novih zdravstvenih tehnologij. Vlada RS je takšno odločitev sprejela kljub temu, da je ZZZS opozarjal, da varčevalni ukrepi v višini 12,5 mio EUR za leto 2011 ne bodo zadoščali in da projekcije za leto 2012 ne kažejo na boljše pogoje finančnega poslovanja ZZZS v letu 2012 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2012).

**Iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2012 izhaja, da se je sprejem Splošnega dogovora za leto 2012 (Dogovor 2012) začela septembra 2011.** Partnerji so se na arbitraži 8. 11. 2011 uspeli dogovoriti o 4 spornih vprašanjih, 4 vprašanja so bila umaknjena, o preostalih 188 vprašanjih pa je 29. 12. 2011 odločala Vlada RS. V letu 2011 je bil sprejet še Aneks št. 1k Dogovoru 2012 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2013). Zaradi poglobljanja vsesplošne krize je ZZZS predlagal uveljavitev dodatnih varčevalnih ukrepov, kljub dejstvu, da so bili z Aneksom št. 3 k Dogovoru 2011, ki je bil sprejet ob koncu leta 2011, ki je zagotovil dodatna finančna sredstva v višini 11,1 mio EUR za dodatne programe, že sprejeti nekateri varčevalni ukrepi. Projekcije ZZZS po sprejemu aneksa so za leto 2012 kazale, da ZZZS brez dodatnih varčevalnih ukrepov ne bo mogel poslovati z izravnanimi prihodki in odhodki, ki pa niso bili sprejeti (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2013). Na sekundarni ravni je bil na novo uveden program forenzične psihiatrije, med tem ko so se znižala sredstva za program zdravstvenih storitev za obsojence in pripornike na primarni ravni. V zvezi z metadonsko terapijo je bila sprejeta določba, da solucijo metadona zmešanega s sokom lahko pripravljajo le lekarne, centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog pa morajo ZZZS poročati o porabi metadona in številu zdravljenih vzdrževancev. Pri kalkulacijah za posege oziroma operacije, ki se lahko izvajajo v *specialistično ambulantni dejavnosti* (npr. operacije kile, operacije karpalnega kanala, medikamentozni splav, amniocinteza itd.) je bila dodana določba, da je *hospitalna obravnava možna le, če izvajalec ZZZS predloži indikacije za obravnavo v ABO* (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2013). ZZZS po novem lahko sklene 5-letne pogodbe tudi z ZZV. Izvajalci morajo vsak delovni dan v okviru ordinacijskega časa vsaj štiri ure zagotavljati zavarovanim osebam *naročanje na pregled, poseg oziroma drugo zdravstveno storitev*. Lekarne pa morajo poleg doslej posredovanih podatkov z receptnih obrazcev ZZZS posredovati tudi številko recepta, natisnjene s črtno kodo. Ker predlagani

varčevalni ukrepi niso bili sprejeti je ZZZS v okviru pogajanj za Aneks št. 1 k Dogovoru 2012 v začetku meseca aprila 2012 partnerjem ponovno predlagal sprejem varčevalnih ukrepov. Tudi takrat predlagani varčevalni ukrepi ZZZS v pogajanjih niso bili sprejeti, zato je o njih odločala Vlada RS, ki je odločila, da se cene zdravstvenih storitev od 1. 5. 2012 znižajo za 3 % (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2013).

**Iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2013 izhaja, da se je sprejem Splošnega dogovora za leto 2013 (Dogovor 2013)** začela septembra 2012. Partnerji so se na arbitraži 26. 11. 2012 uspeli dogovoriti o 24 spornih vprašanjih, 10 vprašanj je bilo umaknjenih, o preostalih 216 vprašanjih pa je 24. 1. 2013 odločila Vlada RS. V letu 2013 sta bila sprejeta Aneks št. 1 in 2 k Dogovoru 2013 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2014). ZZZS je zaradi gospodarske krize partnerjem predlagal uveljavitev dodatnih varčevalnih ukrepov, glede na projekcije, ki so kazale, da ZZZS ne bo model poslovati z izravnanimi prihodki in odhodki. Na podlagi sklepa Vlade RS so se v letu 2013 uveljavili dodatni varčevalni ukrepi. Cene zdravstvenih storitev so se od 1. 1. 2013 znižale za dodatne 3 %, vračunana amortizacija se je znižala za 20 %, delež vračunanega administrativno tehničnega kadra se je znižal za 1,5 odstotne točke, cene v bolnišnični dejavnosti psihiatrije pa so se poenotile in znižale za 7,5 %. Učinek sprejetih varčevalnih ukrepov je ZZZS na letni ravni ocenil na okoli 66,6 mio EUR. Zaradi sodbe Višjega delovnega in socialnega sodišča, ki je presodilo, da javnim uslužbencem za leto 2012 pripada razlika za regres do višine 692 evrov skupaj z zamudnimi obrestmi, pa se je učinek že sprejetih varčevalnih ukrepov znižal za okoli 12,9 mio EUR (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2014).

**Iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2014 izhaja, da se je sprejem Splošnega dogovora za leto 2014 (Dogovor 2014)** začel septembra 2013 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2015). O nerešenih vprašanjih je dne 26. 11. 2013 odločala arbitraža, kjer so partnerji uspeli dogovoriti o 24 spornih vprašanjih, 13 vprašanj je bilo umaknjenih, o preostalih 207 vprašanjih pa je 23. 1. 2014 odločala Vlada Republike Slovenije. V letu 2014 sta bila sprejeta Aneks št. 1 in 2 k Dogovoru 2014. ***Za zagotavljanje uravnoteženega poslovanja ZZZS je bila s sklepom Vlade RS sprejeta določba, da se revalorizacija materialnih stroškov in drugih vračunanih elementov v kalkulaciji cene zdravstvenih storitev, v letu 2014 ne izvaja.*** Poleg tega so se cene radioterapevtskih storitev znižale od 2 % do 8 %, cene neakutne bolnišnične obravnave pa povečale za 2,5 % (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2015). ***Obseg večine programov zdravstvenih storitev je v letu 2014 ostal na ravni leta 2013.*** Ob tem so bila v Dogovoru, predvsem pa v Aneksih št. 1 in 2 zagotovljena tudi dodatna sredstva za skrajševanje



čakalnih dob, za uvajanje novih terapij ter za boljše vrednotenje obstoječih programov v skupni višini 52,3 mio EUR na letni ravni v deležu za OZZ. Večina dodatnih sredstev je bila namenjena bolnišnični dejavnosti, in sicer predvsem za povišanje povprečne planirane uteži na primer nekaterih izvajalcev ABO, za plačilo kirurškega zdravljenja raka po realizirani uteži, za boljše vrednotenje kirurških in perkutanih posegov na srcu, srčnih zaklopkah in arterijah, za plačilo do 10 % preseganja dogovorjenega programa nekaterih prospektivnih programov (npr. endoproteze kolka in kolena, koronografije, ortopedske operacije rame, operacije hrbtenice, kile itd.), za zdravljenje možganske kapi, za psihiatrično bolnišnično zdravljenje ter za povečanje programa forenzične psihiatrije in robotsko asistiranje radikalne prostatektomije. V specialistični zunaj-bolnišnični zdravstveni dejavnosti so bila dodatna sredstva namenjena predvsem skrajševanju čakalnih dob. Znatno del sredstev je bil v okviru osnovne zdravstvene dejavnosti namenjen nadaljnji širitvi referenčnih ambulant, boljšemu vrednotenju splošnih ambulant, dodatku za okrepljene ambulante, za patronažno službo in nego na domu ter za širitev nekaterih programov (npr. otroški in šolski dispanzer, fizioterapija, dispanzer za ženske, zobozdravstvo) (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2015).

**Iz Letnega poročila ZZZS za leto izhaja, da se je sprejem Splošnega dogovora za leto 2015 (Dogovor 2015) začelo septembra 2014. O nerešenih vprašanjih je 1. 12. 2014 odločala arbitražna, kjer so se partnerji uspeli dogovoriti o 19. spornih vprašanjih, 9 vprašanj je bilo umaknjenih, o preostalih 211 vprašanjih pa je 24. 6. 2015 odločala Vlada RS, ki je sprejela 35 predlogov, 176 pa je zavrnila. V letu 2015 je bil sprejet še Aneks št. 1 k Dogovoru 2015 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2016). *Obseg programov zdravstvenih storitev je v letu 2015 ostala na enaki ravni kot leta 2014.* Ob tem so bila z aneksom k Dogovoru 2015 zagotovljena dodatna sredstva za boljše vrednotenje programov, za skrajševanje čakalnih dob ter za uvajanje novih terapij v skupni višini 49,3 mio EUR na letni ravni v deležu za OZZ. Od tega je bilo največ dodatnih sredstev namenjeno za povišanje cen zdravstvenih storitev za 2,12 % v obdobju 1. 7. – 31. 12. 2015 (16 mio EUR) ter za delno odpravo varčevalnih ukrepov, in sicer za povišanje vračunanih sredstev za amortizacijo za 25 % (14,2 mio EUR). Poleg navedenega so bila v osnovni zdravstveni dejavnosti dodatna sredstva namenjena za 150 novih referenčnih ambulant v letu 2015 ter za nadaljnjih 150 v letu 2016, za širitev programa SVIT na populacijo od 69. do 74. leta starosti, za upravljanje preventivnega programa za odkrivanje predrakavih in zgodnjih rakavih sprememb na materničnem vratu (program ZORA) (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2016).**

**Iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2016 izhaja, da se je sprejem Splošnega dogovora za leto 2016 (Dogovor 2016)** začelo septembra 2015. O nerešenih vprašanjih je 1. 12. 2015 odločala arbitraža, kjer so partnerji dogovorili 21. spornih vprašanj, 7 vprašanj je bilo umaknjenih, o preostalih 172 vprašanjih pa je 19. 5. 2016 odločala Vlada Republike Slovenije, ki je sprejela 26 predlogov, 146 pa jih je zavrnila. V letu 2016 je bil naknadno sprejet še Aneks št. 1 k Dogovoru 2016 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2017). Pri dogovarjanju je ZZZS v okviru razpoložljivih sredstev sledil cilju, da se na primarni ravni med OE ZZZS izenači dostop do programov zdravstvenih storitev, na sekundarni ravni pak povečanju programov, kjer so zaznane »nedopustno« **dolge čakalne dobe (op. čakalne dobe nad dopustno čakalno dobo)**. Ob tem je ZZZS vztrajal, da morajo izvajalci za povečan obseg programov zagotoviti tudi dejansko zaposlitev kadra, pri ambulantnih programih pa tudi podaljšati ordinacijski čas (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2017). Predstavniki izvajalcev so zahtevali predvsem odpravo varčevalnih ukrepov preteklih let, vračunanje višjih stroškov dela zaradi sprememb pri kolektivnih pogodbah in s tem posledično dvig cen zdravstvenih storitev in programov. Številni so bili tudi predlogi za povečanje in uvedbo novih programov, predlogi za dodatne ločeno zaračunljive materiale in storitve in drugi predlogi, ki so v finančnem smislu močno presejali razpoložljiva sredstva ZZZS. Zahteve izvajalcev so se nanašale tudi na vključitev obračunskih modelov v proces partnerskega dogovarjanja, odpravi pogodbenih kazni, delno odpravo dogovarjanja z ZZZS glede prestrukturiranja programov, plačilo dodatnih uteži pri akutni bolnišnični obravnavi, in še mnogi drugi (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2017).

**Iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2017 izhaja, da se je sprejem Splošnega dogovora za leto 2017 (Dogovor 2017)** začela septembra 2016. O nerešenih vprašanjih je dne 20. 12. 2016 odločala arbitraža, na kateri so partnerji uskladili 12 spornih vprašanjih, 9 jih je bilo umaknjenih, o preostalih 182, pa je 21. 6. 2017 odločila Vlada RS. V letu 2017 je bil sprejet še Aneks št. 1 k Dogovoru 2017 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2018). ***Obseg zdravstvenih storitev oziroma programov je tudi v letu 2017 ostal enak kot leta 2016***, razen programov na primarni ravni, programov z dolgimi čakalnimi dobami in programov v socialnovarstvenih zavodih. V okviru EDP specialistične izven bolnišnične dejavnosti je ZZZS prevzel obvezo, da bo plačal do 20 % preseganja pogodbeno dogovorjenega programa v dejavnostih dermatologije, rehabilitacije, fizioterapije, gastroenterologije, ginekologije, obravnave bolezni dojk, zdravljenja neplodnosti, infektologije, internistike, alergologije, kardiologije, klinične genetike, maksilofacialne kirurgije, nevrologije, okulistike, ortopedije,

otorinolaringologije, pedopsihiatrije, pediatrije, pulmologije, psihiatrije, splošne kirurgije, urologije, diabetologije ter tireologije (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2018). Navedeno je v letu 2017 veljalo tudi za slikovno diagnostiko mamografije in ultrazvok, medtem ko je ZZZS rentgensko diagnostiko, diagnostiko z računalniško tomografijo in magnetno resonanco plačeval brez omejitev količine. Zaradi dolgih čakalnih dob so se brez omejitev plačevale tudi storitve revmatologije, pri čemer so izvajalci za vsak dodatni prvi pregled ***nad pogodbeno dogovorjenim številom prvih pregledov prejeli še dodatek v višini 100,69 evra.*** Poleg navedenega je še naprej ostala v veljavi obveznost ZZZS, da izvajalcem plača vse opravljene prve preglede v specialistični izven bolnišnični dejavnosti. V okviru EDP specialistične bolnišnične dejavnosti je bilo izvajalcem zagotovljeno plačilo do 30 % preseganja programa za endoproteze kolka in kolena, ortopedske operacije rame, operacije hrbtenice, operacije žolčnih kamnov, operacije na ožilju, operacije ušes, nosu, ust in grla ter operacije kile. Za te programe se je povečal tudi redni program v višini realiziranega EDP v letu 2017 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2018). Glede na potrebe zavarovanih oseb so se partnerji za leto 2017 dogovorili tudi za povečanje števila timov (13,6 timov – otroško-šolskegi dispanzer) v specialistični izven bolnišnični dejavnosti za programe urologije, pedopsihiatrije, radioterapije, PET CT preiskav, scintigrafije dopaminskega prenašalca ter dihalnih testov. Z namenom vključevanja bolnikov v vodenje in spremljanje paliativne oskrbe v domačem ali institucionalnem okolju je bila načrtovana tudi uvedba programa mobilnega paliativnega tima. V okviru specialistične bolnišnične dejavnosti je zagotovljeno povečanje programa za dejavnost urologije, pedopsihiatrije, koronografij, operacij Halux Valgusa, perkutane posege na srcu, srčnih zaklopkah in koronarnih arterijah ter vstavitve srčnega spodbujevalca (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2018).

**Iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2018 izhaja, da se je sprejem Splošnega dogovora za leto 2018 (Dogovor 2018) začela septembra 2017 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2019).** V procesu dogovarjanja je bilo podanih 241 predlogov, od tega so se partnerji uskladili pri 29 predlogih, 5 predlogov je bilo umaknjenih, za 207 predlogov se partnerji niso uspeli dogovoriti. O neusklajenih predlogih je 21. 12. 2017 odločala arbitraža. Ker arbitraža ni podprla predloga Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije za 5 % dvig cen vseh zdravstvenih storitev, so člani arbitraže, ki so zastopali ZZZS nasprotovali vsem ostalim predlogom. Zato je o vseh spornih vprašanjih 31. 1. 2018 odločila Vlada RS. V letu 2018 sta bila sprejeta še Aneks št. 1 in 2 k Dogovoru 2018 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2019). ***Obseg programov zdravstvenih storitev je v letu 2018 ostala na enaki ravni kot leta 2017, razen***

nekaterih programov na primarni ravni ter programi z dolgimi čakalnimi dobami. Na primarni ravni je bilo dogovorjeno dodatno število timov (12 timov - družinske medicine; 2,2 tima otroški in šolski dispanzer), k že dogovorjenemu številu timov v letu 2018 z Aneksom št. 1 k Dogovoru 2017 (42 timov – družinske medicine; 10 timov – otroški in šolski dispanzer). Dogovorjen je bil dodatni obseg timov: 37 referenčnih ambulant; 7,8 tima – dispanzer za ženske; 30,4 tima – fizioterapije, 6 timov – centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov; 7 timov – centri za duševno zdravje odraslih; 7 timov – skupnostna psihiatrična obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih; 24 timov – patronaža, 5,5 tima – klinična psihologija; 16,1 tima – zobozdravstva za odrasle; 6,5 tima – zobozdravstvo za mladino. Na področju specialistične zunajbolnišnične dejavnosti so se partnerji dogovorili za dodatnih 7,5 tima – ultrazvočne ambulante; 5,4 tima – dermatologija, 4 time – pediatrija, 2,5 tima – pedopsihiatrija, 1,8 tima – okulistika, 2 tima – skupnostne psihiatrične obravnave na domu; 600 primerov diabetične retinopatije (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2019). V letu 2019 je bilo namenjenih 14 mio EUR (12,3 milijona v deležu za OZZ) v obsegu 4.877 primerov povečal tudi prospektivni bolnišnični program endoprotez kolen in kolkov, operacij hrbtenice, operacij kile, operacij na ožilju in krčnih žil, operacij rame, operacij ušes, nosu, ust in grla, operacij žolčnih kamnov, operacij na stopalu t. i. hallux valgus ter zunajbolnišnična programa operacij na ožilju (krčne žile) in operacij kile (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2019). V okviru specialistične bolnišnične dejavnosti se je program povečal še za po 75 operacij benignega povečanja prostate in perkutanih posegov na srcu, 90 primerov urgentne bolnišnične obravnave otrok ter 85 primerov zdravljenja s perkutano vstavitvijo aortne zaklopke (TAVI) (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2019). Z namenom skrajševanja dolgih čakalnih dob je bil v letu 2018 dogovorjen enkratni dodatni program (EDP) za 4.705 primerov prospektivnega bolnišničnega in zunajbolnišničnega programa, kakor tudi plačilo vseh opravljenih storitve v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti revmatologije in urologije ter preiskave slikovne diagnostike (MR, CT, RTG in UZ). Skupna vrednost dogovorjenega EDP je znašala 20,8 milijona evrov (17,9 mio EUR v deležu za OZZ). Z Aneksom št. 2 je bilo naknadno dogovorjeno, da se tudi prospektivni bolnišnični in zunajbolnišnični programi, ki so bili že vključeni v EDP, plačajo po realizaciji, to je brez količinskih omejitev, poleg teh pa še endoproteze gležnja, angiografije, operacije karpalnega kanala, odstranitve osteosintesekega materiala ter operacije ženske stresne inkontinence. Za te programe je bilo dogovorjeno, da se preseganje programa nad pogodbeno opredeljeno količino plača po 90 % cene uteži. Prav tako je bilo dogovorjeno, da bo ZZZZS plačal do 20 % preseganja programov v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti in dejavnosti zobozdravstva ob pogoju, da izvajalec v koledarskem

letu obravnava vsaj 250 različnih zavarovanih oseb na tim, pa tudi do 20 % preseganja programa fizioterapije (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2019).

**Iz Poslovnega poročila ZZZS za leto 2019 izhaja, da se je sprejem Splošnega dogovora za leto 2019 (Dogovor 2019) začel v začetku septembra 2018, ki je bil s strani partnerjev obravnavan novembra 2018, ki so dosegli dogovor glede 33 spornih vprašanjih, med tem ko je o 12. spornih vprašanjih, 12. 12. 2018 odločala arbitraža. Na arbitraži so partnerji uskladili 9 spornih vprašanj, 2. sta bili umaknjeni, pri preostalih 217. vprašanjih pa je 21. 2. 2019 odločila Vlada RS. V letu 2019 so bili sprejeti še Aneks št. 1, 2 in 3 k Dogovoru 2019 (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2020). Zaradi staranja populacije in razvoja medicinske stroke je ZZZS ocenil, da povpraševanje po zdravstvenih storitvah iz leta v leto naraščata, pri čemer naraščajo tudi cene zdravstvenih storitev, zaradi dviga stroškov dela ter uvajanja novih, dražjih tehnologij (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2020). Ob omejenih finančnih sredstvih se partnerji soočajo z velikim izzivom, kako optimizirati razpoložljive vire s ciljem zagotavljanja večje dostopnosti do zdravstvenih storitev, pri katerih so čakalne dobe nedopustno dolge (op. čakalne dobe nad dopustno čakalno dobo). V letu 2019 je bilo izpostavljeno vprašanje pomanjkanje in preobremenjenost zdravnikov na primerni ravni — pomanjkanje zdravnikov družinske medicine in pediatrov. Zato je bilo v letu 2019, pomemben delež sredstev namenjene dodatnim timom (32 timov – ambulantni družinske medicine; 21 timov – otroški in šolski dispanzer), ki pa niso bili razporejeni v celoti (19,2 tima – ambulantni družinske medicine; 15,2 tima – otroški in šolski dispanzer). Kot razlog za pomanjkanje zdravnikov v mreži javne zdravstvene službe je ZZZS navedel nespremenjenega vpisa – število vpisnih mest na Medicinski fakulteti v zadnjih letih ter pomanjkanje zanimanja za vpis specializacij družinske medicine. Z namenom razbremenitve družinskih zdravnikov, zgodnjega odkrivanja ter boljšega obvladovanja kroničnih nenalezljivih bolezni je bilo v letu 2019 dodatno financiranih 95 referenčnih ambulant, v katerih program izvajajo DMS, pri čemer je bil spremenjen tudi model financiranja (iz pavšala v model plačilo po opravljenih storitvah). Po podatkih ZZZS je imelo v Sloveniji ob koncu leta 799 zdravnikov (85 %) splošne oziroma družinske medicine referenčno ambulanto (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2020).**

#### 4 Začetki upravljanja čakalnih seznamov ter vstop »najdaljše« dopustne čakalne dobe v proces obravnave pacienta 2000-2020

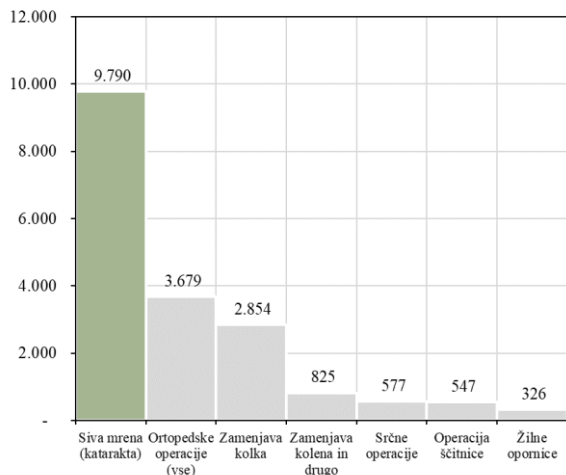
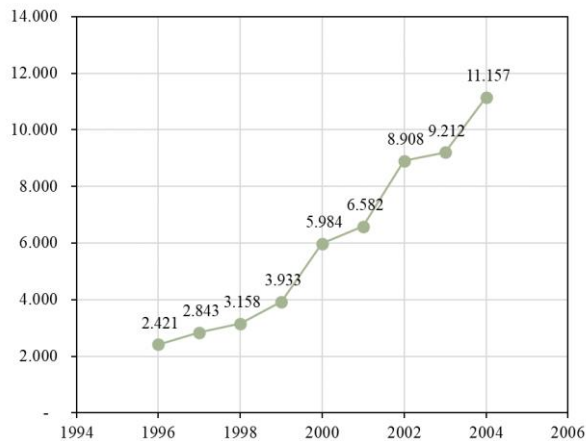
Začetek urejanja področja »pravočasnega« dostopa do zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu segajo v leto 2000. Ukrepi zdravstvene politike so izvajalcem v mreži javne zdravstvene službe (*javni zdravstveni zavodi in koncesionarji*) normativno določili s pravilnikom, kdaj mora biti izvedena pravočasna zdravstvena obravnava, ki pa ni temeljila na nadzoru vodenju evidenc in dokazovanju ustreznega umeščanja pacientov na čakalne sezname, temveč zgolj na zagotavljanju pravočasne zdravstvene obravnave pacienta oziroma zavarovanca sprva le za **prve specialistične preglede** (*Pravilnik o naročanju na specialistični pregled*, 2000). Čakalne sezname so vodili in uporabljali izvajalci, in niso bili predmet obravnave na nacionalni ravni. S sprejemom pravilnika (*Pravilnik o naročanju na specialistični pregled*, 2000), so bila določena pravila za naročanje zavarovanih oseb na *specialistični pregled* v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, zdraviliščih in zasebnih zdravnikih specialistih posameznih strok — izvajalcih. Ukrep se je izvajal 10. let, do 26. februarja 2008 do uveljavitve Zakona o pacientovih pravicah (*Zakon o pacientovih pravicah*, 2008, op. 26. februarja 2008). Ukrep se je nanašal na zahtevo, da izvajalec na podlagi napotnice izbranega osebnega zdravnika zavarovanim osebam omogočiti *prvi specialistični pregled* v roku **enega tedna** od dne, ko se je zavarovana oseba naročila pregled, ali vsaj kratek orientacijski specialistični pregled (*op. triažni pregled*), če **popolnega specialističnega** pregleda izvajalec ni bilo mogoče opraviti. V primeru, da je bil na podlagi rezultatov orientacijskega pregleda potreben ponoven oziroma obsežnejši pregled je izvajalec lahko določil rok pregleda, ki ustreza nujnosti primera (Tabela 6).

**Tabela 6. Obravnava pacienta za prvi specialistični pregled v obdobju 2000-2008**

<b>Obravnava pacienta</b>	<b>Izvedba prvega specialističnega pregleda*</b>
Prvi specialistični pregled - popolni	Izvede se v roku 7 dni od naročila zavarovane osebe na pregled
Prvi specialistični pregled – orientacijski	Izvede se v roku 7 dni od naročila zavarovane osebe na pregled, če popolnega specialističnega pregleda ni mogoče opraviti (v primeru, da je bil na podlagi rezultatov orientacijskega pregleda potreben ponoven oziroma obsežnejši pregled je izvajalec lahko določil rok pregleda, ki ustreza nujnosti primera.

Opomba: \*od 26. julija 2000 do 26. februarja 2008 (*Pravilnik o naročanju na specialistični pregled*, 2000).

Stanje na področju števila čakajočih in števila opravljenih zdravstvenih storitev najdemo v Nacionalnih usmeritvah za razvoj kakovosti v zdravstvu iz leta 2005 (Ministrstvo za zdravstvo, 2005) za operativne posege v obdobju 1996-2004 in število čakajočih na operacije v začetku leta 2002 (Slika 7). Iz primerjave podatkov je mogoče groba ocena, da je po opravljenih 8.908 operacij sive mreže, na čakalnem seznamu ostalo še 9.790 čakajočih na čakalnih seznamih pri izvajalcih operacij sive mreže.

**Število čakajočih na operacije v Sloveniji (1. januar 2002)****Operacije sive mreže v Sloveniji (1996-2004)****Slika 7. Čakajoči na izbrane operacije ter število opravljenih operacij sive mreže v Sloveniji (1996-2004)**

Vir: povzeto po Ministrstvo za zdravje (2005).

Z uveljavitvijo Zakona o pacientovih pravicah v letu 2008 (*Zakon o pacientovih pravicah*, 2008), so sledile spremembe ter dopolnitve še v letu 2017 ter 2020 (*Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah*, 2017; *Zakona o spremembah Zakona o pacientovih pravicah*, 2020) so se vrstili tudi pravilniki, ki so na novo opredelili »najdaljše« dopustne čakalne dobe, način vodenja čakalnih seznamov (Tabela 7). Z sprejemom Zakona o pacientovih pravicah, in podzakonskimi akti je bil vzpostavljen pravni okvir za formalizacijo oziroma legalizacijo spremljanja čakalnih dob ter števila čakajočih po stopnjah nujnosti obravnave. V istem obdobju je bil spremenjen ter dopolnjen zakon s področja zbirk podatkov v zdravstvu (*Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva*, 2000), ki je na novo opredelil vsebino zbirk podatkov eZdravja, kot so eRecept, eNapotnice, eNaročanje za izbrane vrste zdravstvenih storitev (*Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva*, 2015). Od leta 2018 po spremembi in dopolnitvah zakonodaje (*Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah*, 2017; *Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva*, 2018) se podatki eNapotnic in eNaročanja zbirajo in sporočajo v centralnem informacijskem sistemu pri Nacionalnem inštitutu za javno zdravje. Nadzor nad izvajanjem Zakona o pacientovih pravicah (2008) in Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (2018), do 1 septembra 2022 (Ministrstvo za zdravje, 2022; *Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema*, 2022) vodil Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije kot prekrškov organ, med tem ko individualne pritožbe pacientov obravnavajo še nadalje obravnavajo regijski zastopniki pacientovih pravic,

ki poročajo Ministru za zdravje ter Vladi o stanju na področju kršenja pacientovih pravic na letni ravni.

**Tabela 7. Spremembe navodil izvajalcem za pravočasno obravnavo pacientov (2000-2022)**

Obdobje veljavnosti/uporabe*	Predpisi
od 26. julija 2000 do 26. februarja 2008	Pravilnik o naročanju na specialistični pregled (Uradni list RS, 72/2000)
od 27. septembra 2008 do 4. septembra 2010	Pravilnik o čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o vodenju čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 91/2008)
od 4. septembra 2010 do 21. januarja 2018	Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/2010)
od 21. januarja 2018 dalje	Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 3/2018)
od 30. decembra 2020 dalje	Pravilnik o spremembi Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 201/2020)
od 1. julij 2021 dalje	Pravilnik o spremembah Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 103/2021)
od 1. novembra 2022 dalje	Pravilnik o dopolnitvi in spremembi Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 132/2022)

Opomba: pregled sprememb pravilnikov v obdobju 2000-2022 (Pravilnik o čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o vodenju čakalnih seznamov, 2008; Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, 2010; Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah, 2018, op. spremembami in dopolnitvami 2020, 2021 in 2022; Pravilnik o naročanju na specialistični pregled, 2000).

Leta 2008 je bil objavljen pravilnik (*Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov*, 2010), ki je prvič opredelil »najdaljšo« dopustno čakalno dobo ter določil stopnje nujnosti obravnave ter način vodenja čakalnih seznamov (Tabela 8).

**Tabela 8. Najdaljše dopustne čakalne dobe in prednostni kriteriji 2008-2010**

Najdaljše dopustne ČD za ZS po stopnjah nujnosti obravnave	Izvedba zdravstvene storitve*
<b>Nujno</b>	izvede se takoj in ni predmet čakalne dobe;
<b>Hitro</b>	specialistični pregled najpozneje v sedmih dneh; diagnostični pregled in terapevtski postopek najpozneje v tridesetih dneh;
<b>Redno</b>	specialistični in diagnostični pregled najpozneje v šestih mesecih, terapevtski postopek najpozneje v dvanajstih mesecih.
<b>Najdaljša dopustna čakalna doba</b>	Najdaljše dopustne čakalne dobe, določene s tem pravilnikom, so spoštovane, če je čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri najmanj enem izvajalcu znotraj najdaljših dopustnih čakalnih dob.

Opomba: \*od 27. septembra 2008 do 4. septembra 2010 (Pravilnik o čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o vodenju čakalnih seznamov, 2008).

Sledile so spremembe v letu 2010, ki so veljale vse do januarja 2018 (*Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov*, 2010), ki je prenovil oziroma spremenil način uvrščanja pacientov na čakalne sezname, glede na stopnjo nujnosti obravnave po zdravstvenih storitev, ter najdaljšo dopustno čakalno dobo opredelil za Republiko Slovenijo (Tabela 9). V letu 2010 so bila prvič določena merila, ki naj bi jih izvajalci upoštevali pri vodenju internih čakalnih seznamov, kakor tudi sporočanju podatkov o čakalnih dobah in številu čakajočih na čakalnih seznamih. V Sloveniji se s določile tudi odgovorno osebo za vodenje čakalnih seznamov pri vsakem izvajalcu. Vsebina Pravilnika je bila prenesena v proces dogovarjanj ter preko partnerskega dogovora o



financiranju obsega zdravstvenih storitev v splošni dogovor, ki predstavlja osnovo za sklepanje pogodb med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) in izvajalci zdravstvenih storitev (Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 2010).

**Tabela 9. Najdaljše dopustne čakalne dobe in prednostni kriteriji 2010-2018**

Najdaljše dopustne ČD za ZS po stopnjah nujnosti obravnave	Izvedba zdravstvene storitve*
<b>Nujno</b>	izvede se takoj (najpozneje v 24 urah) in ni predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama;
<b>Hitro</b>	Izvede se najpozneje v 3. mesecih Izvede se najpozneje v 12. mesecih - ortodontsko zdravljenje
<b>Redno</b>	Izvede se najpozneje v 6. mesecih Izvede se najpozneje v 18. mesecih - ortodontsko zdravljenje
<b>Najdaljša dopustna čakalna doba v Republiki Sloveniji</b>	je spoštovana, če je čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri najmanj enem izvajalcu znotraj najdaljših dopustnih čakalnih dob.
<b>Poseben režim obravnave</b>	Izvede se najpozneje v 1. mesecu - maligna obolenja
	Najpozneje v 12. mesecih ortopedskih operativnih posegih, izdelavo protetičnih nadomestkov po končni sanaciji zobovja

Opomba: \*od 4. septembra 2010 do 21. januarja 2018 (Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov, 2010).

V letu 2018 je na podlagi sprememb in dopolnitev Zakona o pacientovih pravicah (*Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah*, 2017) pričela veljati določilo, ki je na novo določila stopnjo nujnosti obravnave »**zelo hitro**« (Tabela 10). Sprejet je bil tudi novi pravilnik (*Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah*, 2018), ki je ne glede na dopolnitve in spremembe v obdobju 2020-2022 še v veljavi.

**Tabela 10. Najdaljše dopustne čakalne dobe in prednostni kriteriji 2018 dalje**

Najdaljše dopustne ČD za ZS po stopnjah nujnosti obravnave	Izvedba zdravstvene storitve*
<b>Nujno</b>	se določi, kadar gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene ali zobozdravstvene storitve, ki jih je treba izvesti takoj: 24 ur od predložitve napotne listine,
<b>Zelo hitro</b>	se določi, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v 14 dneh (14 dni od predložitve napotne listine)
<b>Hitro</b>	se določi, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v 3. mesecih (3. meseci od predložitve napotne listine) Izvede se najpozneje v 12. mesecih - ortodontsko zdravljenje
<b>Redno</b>	se določi, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v šestih mesecih (6. mesecev od predložitve napotne listine) Izvede se najpozneje v 18. mesecih - ortodontsko zdravljenje
<b>Najdaljša dopustna čakalna doba v Republiki Sloveniji</b>	Najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve za izvajalce zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe ter postopek vpisa, določitev prednostnih kriterijev za uvrščanje pacientov na čakalni seznam in način vodenja čakalnih seznamov določi minister, pristojen za zdravje. Če pooblaščen oseba za čakalni seznam ob uvrščanju pacienta na čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri tem izvajalcu presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pacientu predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo, pri čemer pacienta seznanji z možnostmi in načini pridobivanja informacij o terminih pri drugem izvajalcu. Kadar drugega izvajalca z dopustno čakalno dobo v Republiki Sloveniji ni, izvajalec pacientu posreduje informacijo o nacionalni kontaktni točki za čezmejno zdravstveno varstvo pri ZZZS. (Najdaljše dopustne čakalne dobe ne veljajo za kontrolne preglede.
<b>Poseben režim obravnave do 31. decembra 2020</b>	ob sumu na maligno bolezen se določi stopnja nujnosti zelo hitro ali nujno; se določi »hitro« ali »redno« 6. mesecev za začetek ortodontskega zdravljenja; za izdelavo protetičnih nadomestkov: šest mesecev po zaključni sanaciji zobovja; se določi »hitro« ali »redno« 12. mesecev za ortopedske operacije; za operacije krčnih žil; za oralno in maksilofacialno kirurgijo; se določi »redno« 12. mesecev za prvi pregled na področju revmatologije;

Opomba: \* od 21. januarja 2018 dalje (Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah, 2018).

Pravilnik je podrobneje določil način elektronskega naročanja na zdravstvene storitve, odpovedovanje terminov, postopek prenašanja, načine uvrščanja pacientov na čakalne sezname in način njegovega upravljanja, »najdaljše« dopustne čakalne dobe za posamezne vrste zdravstvenih storitev glede na stopnje nujnosti obravnave, vključno z stopnjo »zelo hitro« ter vsebino in način poročanja izvajalcev zdravstvene dejavnosti o podatkih iz čakalnih seznamov. Opremljen je bil tudi pravni okvir za spremljanje »najdaljše« dopustne čakalne dobe ter število čakajočih po posameznih stopnjah nujnosti in vrstah zdravstvenih storitev, ni pa bila spremenjena oziroma določena statistična metoda za analizo čakalnih dob in čakalnih vrst, saj se čakalne dobe (povprečne) v mesečnih poročilih še vedno sporočajo na podlagi izračunov izvajalcev, in ne na podlagi izračuna čakajočih na čakalnih seznamih (*Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah*, 2018).

## 5 Podrobna analiza dostopa do zdravstvenih storitev z vidika čakajočih na čakalnih seznamih v Sloveniji od 2009 do 2023

### 5.1 Število čakajočih in čakajočih nad dopustno čakalno dobo v slovenskem zdravstvenem sistemu v obdobju 2011-2018 (NaČas)

#### 5.1.1 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2011

Prvi podatki o čakajočih na zdravstvene storitve so bili javno objavljeni 1. maja 2011. Rezultat analize čakajočih za leto 2011 na izbrane zdravstvene storitve kaže (Slika 8), da je na dan 1. maj 2011, na 26 vrst zdravstvenih storitev čakalo 27.582 vseh čakajočih (11% pri stopnji »hitro« in 89 % pri stopnji »redno«), od tega 14 % nad dopustno čakalno dobo. Primerjalna analiza podatkov kaže, da je maja 2011 za izbranih 26 vrst zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 3.891 (14 %) pacientov od 27.582 vseh čakajočih pacientov (Tabela 11).

**Tabela 11. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. maja 2011**

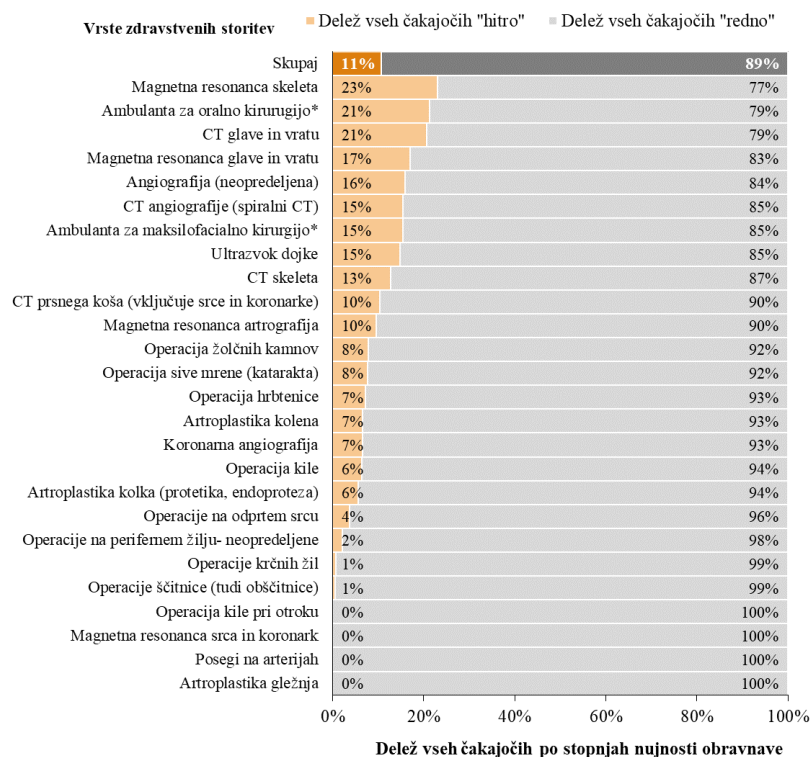
Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih			Število čakajočih nad DČD			Delež čakajočih nad DČD (v %)		
		Hitro	Redno	Skupaj	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Hitro	Redno
1	Artroplastika gležnja	-	6	6	-	-	-	0%	0%	100%
2	Posegi na arterijah	-	18	18	-	-	-	0%	0%	100%
3	Magnetna resonanca srca in koronark	-	28	28	-	-	-	0%	0%	100%
4	Operacija kile pri otroku	-	28	28	-	-	-	0%	0%	100%
5	CT angiografije (spiralni CT)	26	142	168	-	-	-	0%	15%	85%
6	Magnetna resonanca artrografija	28	264	292	-	-	-	0%	10%	90%
7	CT skeleta	50	340	390	-	-	-	0%	13%	87%
8	CT prsnega koša (vključuje srce in koronarke)	54	466	520	-	-	-	0%	10%	90%
9	CT glave in vratu	147	562	709	-	-	-	0%	21%	79%
10	Ambulanta za maksilofacialno kirurgijo*	230	1.264	1.494	-	-	-	0%	15%	85%
11	Ambulanta za oralno kirurgijo*	712	2.631	3.343	3	-	3	0%	21%	79%
12	Angiografija (neopredeljena)	28	148	176	-	7	7	4%	16%	84%
13	Operacije ščitnice (tudi obščitnice)	1	154	155	-	18	18	12%	1%	99%
14	Ultrazvok dojke	297	1.709	2.006	3	17	20	1%	15%	85%
15	Operacije na odprtem srcu	8	207	215	8	31	39	18%	4%	96%
16	Operacija sive mreže (katarakta)	151	1.822	1.973	-	40	40	2%	8%	92%
17	Magnetna resonanca glave in vratu	101	492	593	12	88	100	17%	17%	83%
18	Magnetna resonanca skeleta	374	1.246	1.620	17	107	124	8%	23%	77%
19	Operacija hrbtenice	67	855	922	12	125	137	15%	7%	93%
20	Operacija žolčnih kamnov	83	962	1.045	8	217	225	22%	8%	92%
21	Koronarna angiografija	65	928	993	-	230	230	23%	7%	93%
22	Operacija kile	94	1.359	1.453	9	226	235	16%	6%	94%
23	Operacije na perifernem žilju-neopredeljene	12	545	557	6	338	344	62%	2%	98%
24	Operacije krčnih žil	20	2.463	2.483	1	455	456	18%	1%	99%
25	Artroplastika kolka (protetika, endoproteza)	158	2.621	2.779	28	506	534	19%	6%	94%
26	Artroplastika kolena	241	3.375	3.616	146	1.233	1.379	38%	7%	93%
	<b>Skupaj</b>	<b>2.947</b>	<b>24.635</b>	<b>27.582</b>	<b>253</b>	<b>3.638</b>	<b>3.891</b>	<b>14%</b>	<b>11%</b>	<b>89%</b>

Opomba: po podatkih NaČas na dan 1. september 2016.

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).

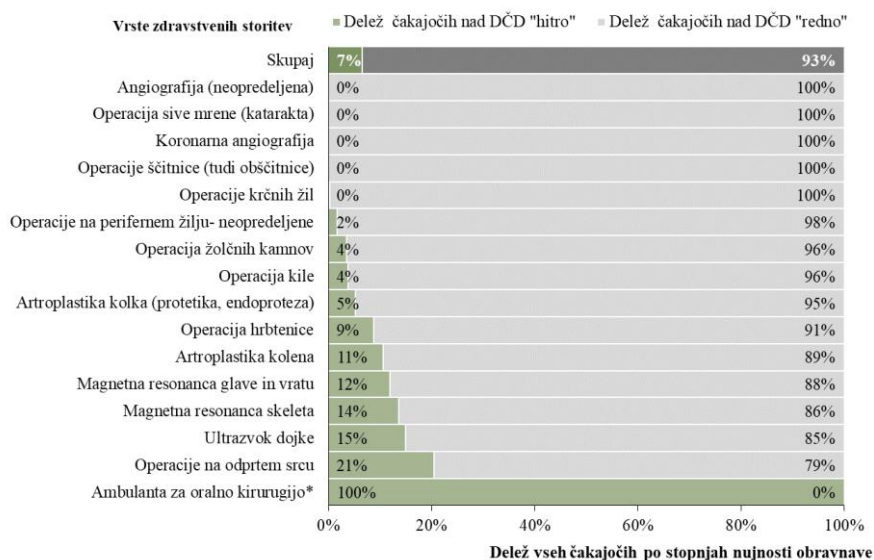
Slika 9, kaže da so bile čakalne vrste nad dopustno čakajočih pacientov maja 2011, pri 16 od 26 zdravstvenih storitev. Okrnjen dostop je bil maja 2011 od 3.891 čakajočih nad dopustno

čakalno dobo največji za paciente, ki so čakali na artropalstiko kolena (35 %), kolka (14 %) ter operacije krčnih žil (12 %).



Slika 8. Število vseh čakajočih »hitro« in »redno« na dan 1. maj 2011

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).



Slika 9. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. maj 2011

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).

### 5.1.2 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2012

Rezultat analize čakajočih za leto 2012 na *izbrane* zdravstvene storitve kaže (Slika 10), da je na dan 1. januarja 2012, na 28 vrst zdravstvenih storitev čakalo 25.291 vseh čakajočih (16 % pri stopnji »hitro« in 84 % pri stopnji »redno«), *od tega 10 % nad dopustno čakalno dobo*. Primerjalna analiza podatkov kaže, da je januarja 2012 za izbranih 28 vrst zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 2.563 (10 %) pacientov od 25.291 vseh čakajočih pacientov (Tabela 12).

**Tabela 12. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2012**

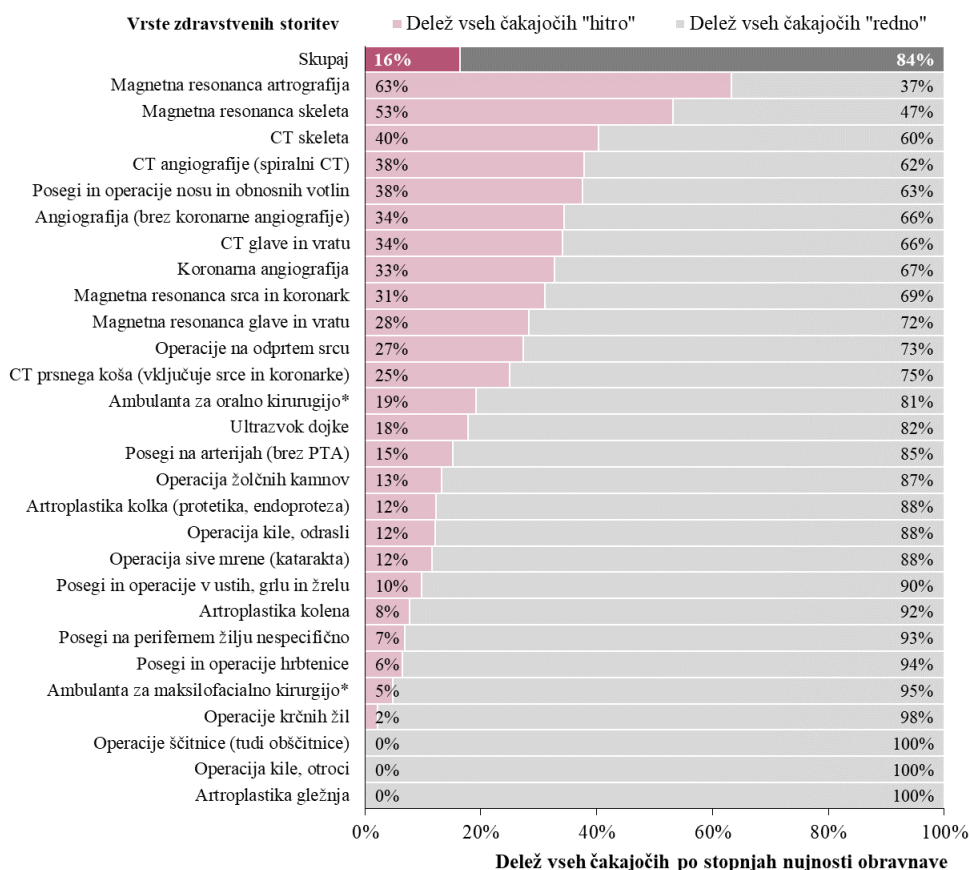
Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih			Število čakajočih nad DČD			Delež čakajočih nad DČD (v %)		
		Hitro	Redno	Skupaj	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Hitro	Redno
1	Artroplastika gležnja	-	4	4	-	-	-	0%	0%	100%
2	Operacija kile, otroci	-	26	26	-	-	-	0%	0%	100%
3	Magnetna resonanca srca in koronark	9	20	29	-	-	-	0%	31%	69%
4	Posegi na arterijah (brez PTA)	5	28	33	-	-	-	0%	15%	85%
5	Magnetna resonanca artrografija	50	29	79	-	-	-	0%	63%	37%
6	Angiografija (brez koronarne angiografije)	33	63	96	-	-	-	0%	34%	66%
7	CT angiografije (spiralni CT)	79	130	209	-	-	-	0%	38%	62%
8	CT skeleta	113	167	280	-	-	-	0%	40%	60%
9	CT glave in vratu	114	220	334	-	-	-	0%	34%	66%
10	Magnetna resonanca glave in vratu	150	379	529	-	-	-	0%	28%	72%
11	CT prsnega koša (vključuje srce in koronarke)	137	410	547	-	-	-	0%	25%	75%
12	Ultrazvok dojke	173	800	973	-	-	-	0%	18%	82%
13	Ambulanta za maksilofacialno kirurgijo*	55	1.101	1.156	-	-	-	0%	5%	95%
14	Magnetna resonanca skeleta	693	610	1.303	-	-	-	0%	53%	47%
15	Posegi in operacije hrbtenice	41	596	637	-	2	2	0%	6%	94%
16	Ambulanta za oralno kirurgijo*	582	2.447	3.029	-	2	2	0%	19%	81%
17	Operacija sive mrene (katarakta)	245	1.869	2.114	-	3	3	0%	12%	88%
18	Operacije ščitnice (tudi obščitnice)	-	115	115	-	4	4	3%	0%	100%
19	Operacije na odprtem srcu	75	200	275	1	9	10	4%	27%	73%
20	Operacija žolčnih kamnov	107	699	806	10	20	30	4%	13%	87%
21	Operacija kile, odrasli	164	1.190	1.354	17	70	87	6%	12%	88%
22	Koronarna angiografija	256	528	784	49	59	108	14%	33%	67%
23	Artroplastika kolka (protetika, endoproteza)	285	2.029	2.314	49	78	127	5%	12%	88%
24	Posegi in operacije nosu in obnosnih votlin	327	545	872	31	120	151	17%	38%	63%
25	Posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu	139	1.286	1.425	10	195	205	14%	10%	90%
26	Posegi na perifernem žilju nespecifično	30	409	439	-	282	282	64%	7%	93%
27	Artroplastika kolena	215	2.582	2.797	46	655	701	25%	8%	92%
28	Operacije krčnih žil	59	2.673	2.732	20	831	851	31%	2%	98%
	<b>Skupaj</b>	<b>4.136</b>	<b>21.155</b>	<b>25.291</b>	<b>233</b>	<b>2.330</b>	<b>2.563</b>	<b>10%</b>	<b>16%</b>	<b>84%</b>

Opomba: po podatkih NaČas na dan 1. september 2016.

Vir: Lastni izračun po podatkih na dan 1. september 2016 NaČas (2023).

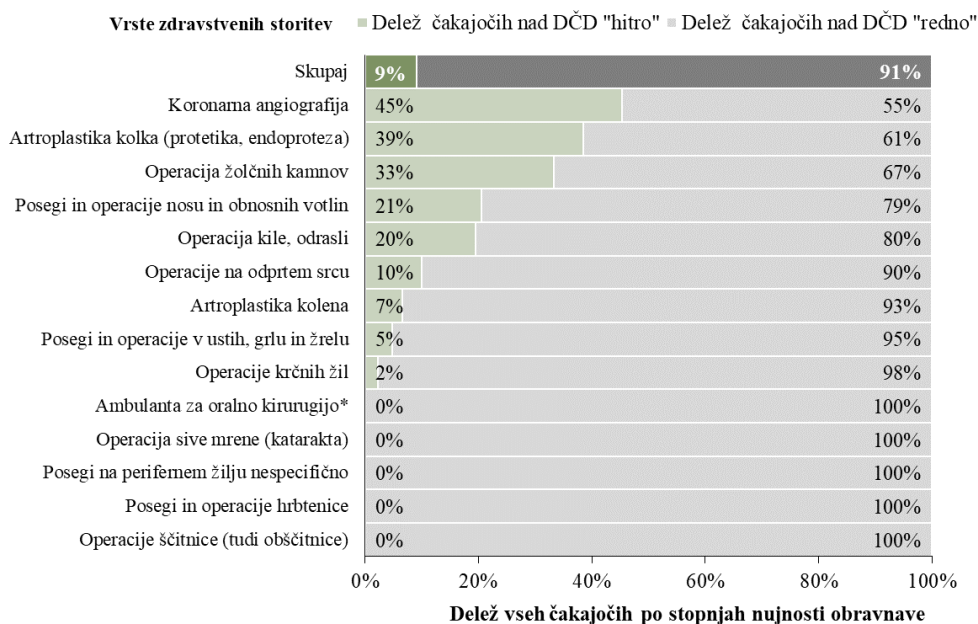
Slika 11, kaže da so bile čakalne vrste nad dopustno čakajočih pacientov januarja 2012, pri 12 od 28 zdravstvenih storitev. Okrnjen dostop je bil januarja 2012 od 2.563 čakajočih nad dopustno čakalno dobo (9 % pri stopnji »hitro« in 91 % pri stopnji »redno«) največji za

paciente, ki so čakali na posege na perifernem žilju nespecifično (64 %), kolka (14 %), operacije krčnih žil (31 %) ter artroplastiko kolena (25 %).



Slika 10. Število vseh čakajočih »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2012

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).



Slika 11. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2012

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).

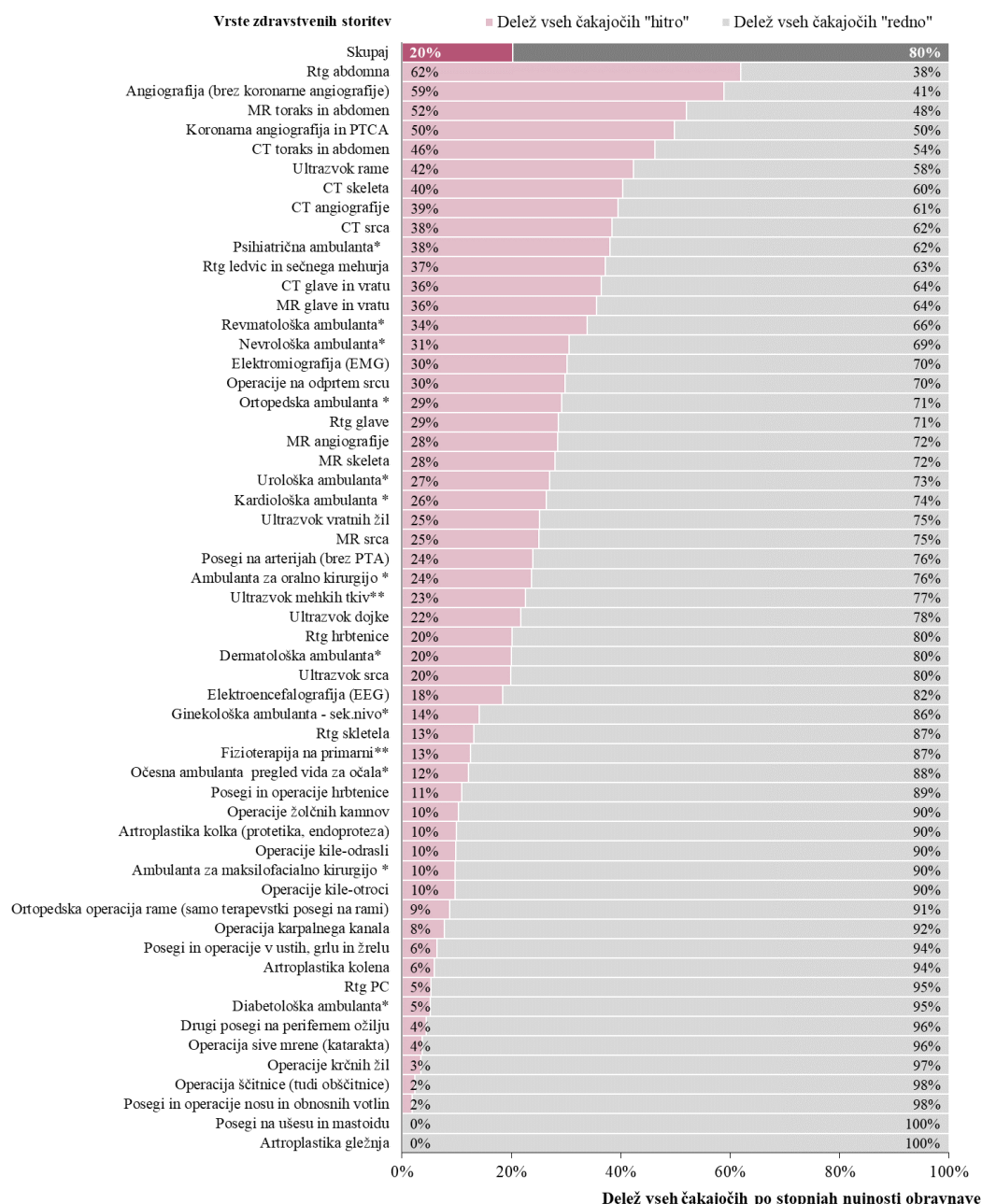
### 5.1.3 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2013

Tabela 13. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2013

Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih			Število čakajočih nad DČD			Delež čakajočih nad DČD (v %)		
		Hitro	Redno	Skupaj	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Hitro	Redno
1	Artroplastika gležnja	-	1	1	-	-	-	0%	0%	100%
2	Posegi na ušesu in mastoidu	-	102	102	-	-	-	0%	0%	100%
3	Operacija ščitnice (tudi obščitnice)	2	83	85	-	-	-	0%	2%	98%
4	RTG PC	11	196	207	-	-	-	0%	5%	95%
5	Operacije kile-otroci	3	28	31	-	-	-	0%	10%	90%
6	RTG skeleta	272	1.807	2.079	-	-	-	0%	13%	87%
7	Ginekološka amb.- sek.nivo*	55	334	389	-	-	-	0%	14%	86%
8	Elektroencefalografija (EEG)	56	248	304	-	-	-	0%	18%	82%
9	MR srca	7	21	28	-	-	-	0%	25%	75%
10	RTG glave	10	25	35	-	-	-	0%	29%	71%
11	RTG ledvic in sečnega mehurja	23	39	62	-	-	-	0%	37%	63%
12	CT srca	28	45	73	-	-	-	0%	38%	62%
13	UZ rame	248	339	587	-	-	-	0%	42%	58%
14	MR toraks in abdomen	174	161	335	-	-	-	0%	52%	48%
15	Angiografija (brez koron. angiografije)	53	37	90	-	-	-	0%	59%	41%
16	MR angiografije	379	956	1.335	1	-	1	0%	28%	72%
17	CT skeleta	190	281	471	1	-	1	0%	40%	60%
18	CT toraks in abdomen	1.023	1.189	2.212	1	-	1	0%	46%	54%
19	RTG abdomna	13	8	21	-	1	1	5%	62%	38%
20	Ambulanta za maksilofacialno kir.*	170	1.583	1.753	-	2	2	0%	10%	90%
21	Posegi na arterijah (brez PTA)	11	35	46	-	3	3	7%	24%	76%
22	Operacija karpalnega kanala	83	986	1.069	-	13	13	1%	8%	92%
23	CT glave in vratu	490	856	1.346	7	6	13	1%	36%	64%
24	RTG hrbtenice	232	920	1.152	11	5	16	1%	20%	80%
25	UZ dojke	234	844	1.078	-	17	17	2%	22%	78%
26	Psihiatrična ambulanta*	610	996	1.606	-	21	21	1%	38%	62%
27	CT angiografije	455	697	1.152	13	8	21	2%	39%	61%
28	UZ mehkih tkiv**	791	2.720	3.511	22	-	22	1%	23%	77%
29	MR skeleta	1.553	3.997	5.550	22	3	25	0%	28%	72%
30	Operacije na odprtem srcu	79	186	265	8	26	34	13%	30%	70%
31	Ambulanta za oralno kirurgijo *	888	2.866	3.754	39	1	40	1%	24%	76%
32	MR glave in vratu	763	1.382	2.145	22	19	41	2%	36%	64%
33	Očesna ambulanta (preg. za očala)*	1.958	14.197	16.155	1	45	46	0%	12%	88%
34	Operacije žolčnih kamnov	67	583	650	-	48	48	7%	10%	90%
35	Koronarna angiografija in PTCA	444	449	893	42	15	57	6%	50%	50%
36	Posegi in operacije nosu in obnosnih votlin	18	928	946	3	73	76	8%	2%	98%
37	UZ vratnih žil	604	1.798	2.402	67	76	143	6%	25%	75%
38	Operacije kile-odrasli	131	1.202	1.333	23	126	149	11%	10%	90%
39	Artroplastika kolka (protetika, endoproteza)	249	2.261	2.510	38	121	159	6%	10%	90%
40	Nevrološka ambulanta*	1.089	2.471	3.560	113	47	160	4%	31%	69%
41	Diabetološka ambulanta*	87	1.617	1.704	5	164	169	10%	5%	95%
42	Posegi in operacije hrbtenice	123	1.009	1.132	60	148	208	18%	11%	89%
43	Operacija sive mrežnice (katarakta)	108	2.842	2.950	6	204	210	7%	4%	96%
44	Ortopedska operacija rame	61	639	700	3	212	215	31%	9%	91%
45	Drugi posegi na perifernem ožilju	18	395	413	-	259	259	63%	4%	96%
46	Posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu	86	1.250	1.336	3	323	326	24%	6%	94%
47	Artroplastika kolena	173	2.745	2.918	22	323	345	12%	6%	94%
48	Ortopedska ambulanta *	3.542	8.612	12.154	86	287	373	3%	29%	71%
49	Dermatološka ambulanta*	2.056	8.233	10.289	19	568	587	6%	20%	80%
50	Urološka ambulanta*	1.180	3.186	4.366	112	657	769	18%	27%	73%
51	Kardiološka ambulanta *	2.375	6.643	9.018	156	708	864	10%	26%	74%
52	Elektromiografija (EMG)	1.494	3.452	4.946	271	660	931	19%	30%	70%
53	Fizioterapija na primarni**	2.715	18.949	21.664	19	1.062	1.081	5%	13%	87%
54	UZ srca	1.306	5.288	6.594	250	917	1.167	18%	20%	80%
55	Revmatološka ambulanta*	1.035	2.025	3.060	594	927	1.521	50%	34%	66%
56	Operacije krčnih žil	133	3.754	3.887	7	1.558	1.565	40%	3%	97%
	<b>Skupaj</b>	<b>29.958</b>	<b>118.496</b>	<b>148.454</b>	<b>2.047</b>	<b>9.653</b>	<b>11.700</b>	<b>8%</b>	<b>20%</b>	<b>80%</b>

Vir: Lastni izračun po podatkih na dan 1. september 2016 NaČas (2023).

Rezultat analize čakajočih za leto 2013 na *izbrane* zdravstvene storitve kaže (Slika 12), da je na dan 1. januarja 2013, na 56 vrst zdravstvenih storitev čakalo 148.454 vseh čakajočih (20 % pri stopnji »hitro« in 80 % pri stopnji »redno«), od tega 8 % čakajočih nad dopustno čakalno dobo. Primerjalna analiza podatkov kaže, da je januarja 2013 za izbranih 41 vrst zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 11.700 (8 %) pacientov od 148.454 vseh čakajočih pacientov (Tabela 13).

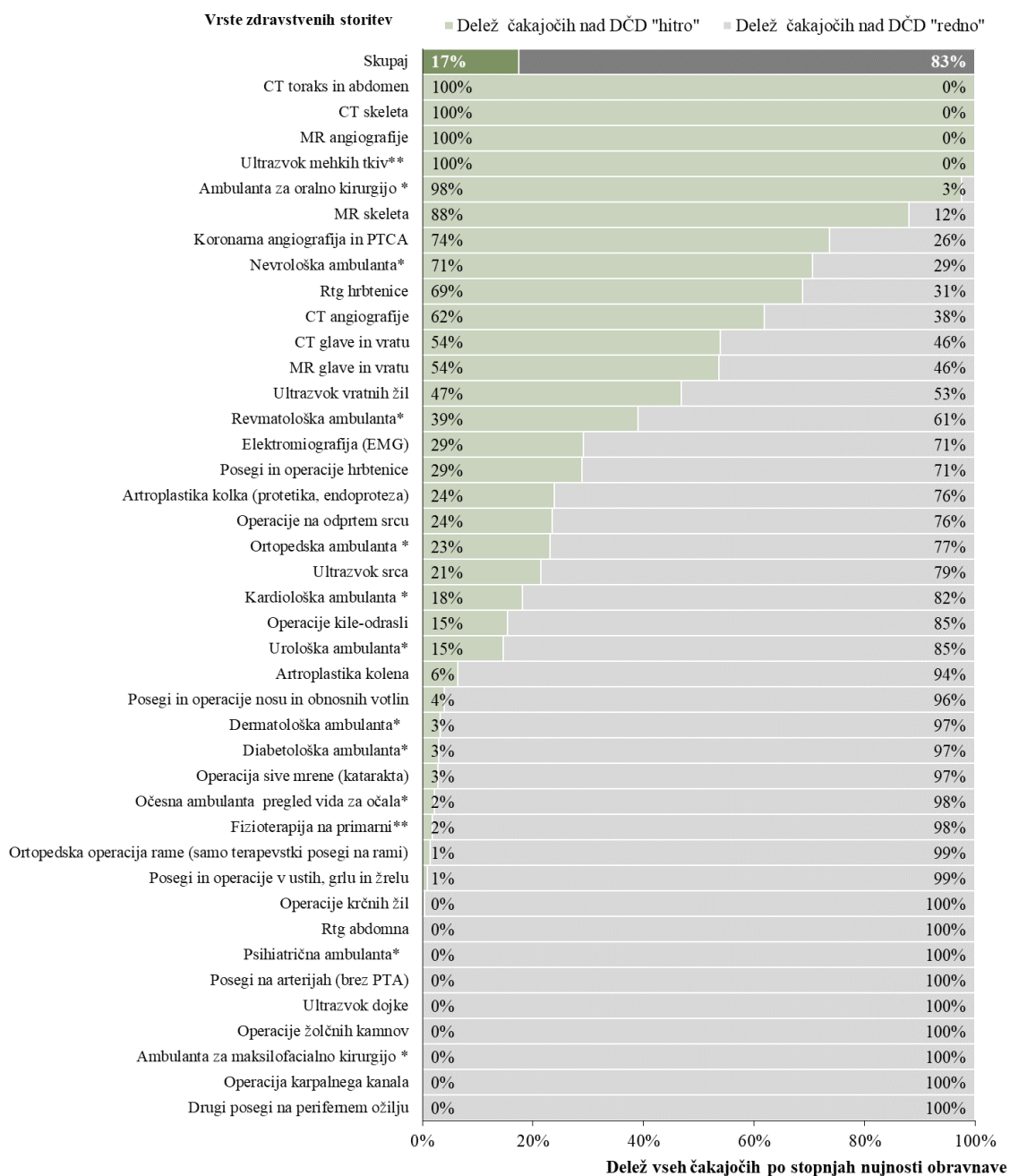


Slika 12. Število vseh čakajočih »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2013

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).



Slika 13, kaže da so bile čakalne vrste nad dopustno čakajočih pacientov januarja 2013, pri 41 od 56 zdravstvenih storitev. Okrnjen dostop je bil januarja 2013 od 11.700 čakajočih nad dopustno čakalno dobo (17 % pri stopnji »hitro« in 83 % pri stopnji »redno«) največji za paciente, ki so čakali na drugi poseg na perifernem ožilju (63 %), prvi pregled v revmatološki ambulanti (50 %), operacije krčnih žil (40 %) ter ortopedska operacija rame – samo terapevtski posegi na rami (31 %).



**Slika 13. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2013**

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).

## 5.1.4 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2014

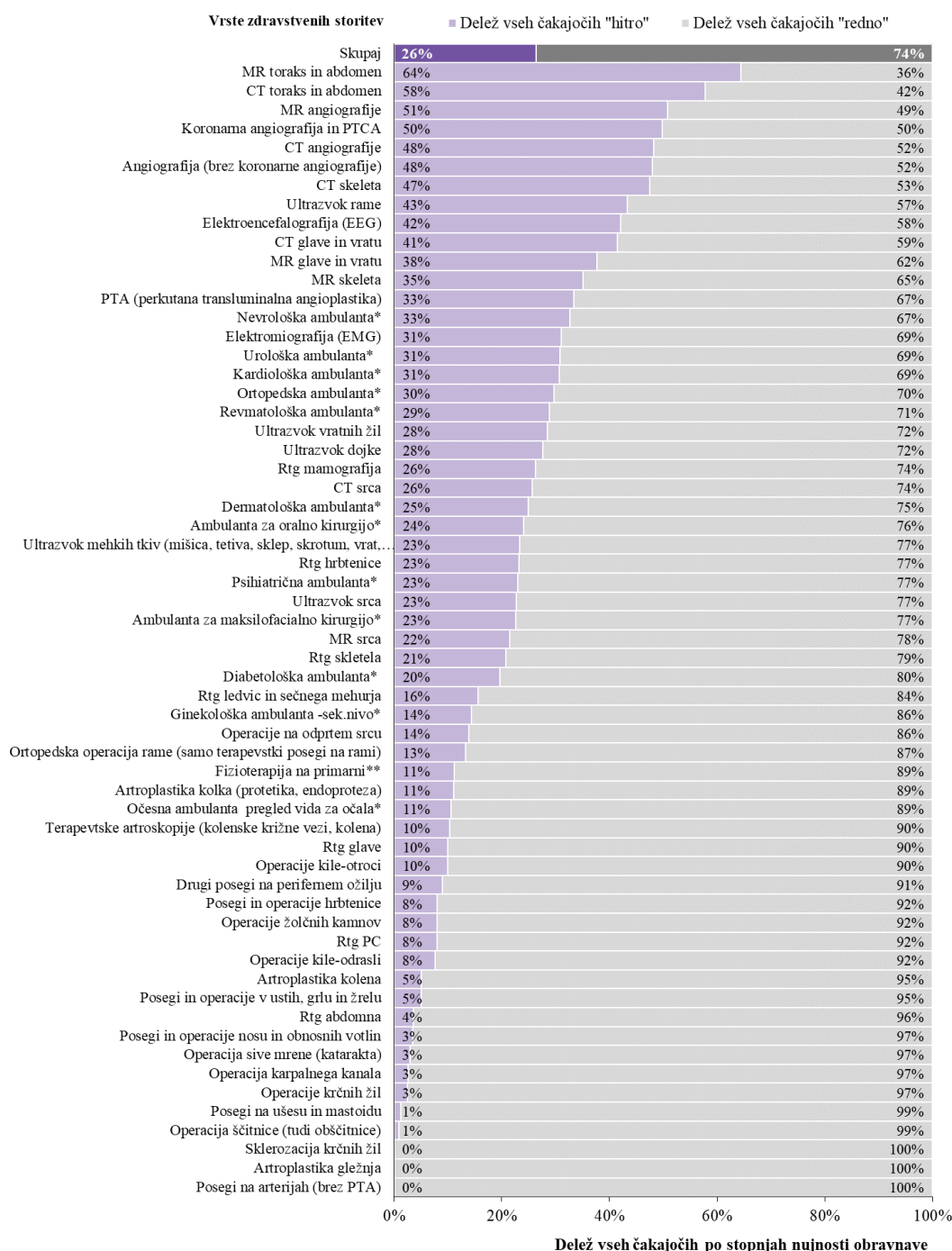
Tabela 14. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2014

Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih			Število čakajočih nad DČD			Delež čakajočih nad DČD (v %)		
		Hitro	Redno	Skupaj	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Hitro	Redno
1	Artroplastika gležnja	-	6	6	-	-	-	0%	0%	100%
2	CT skeleta	500	553	1.053	-	-	-	0%	47%	53%
3	CT srca	39	113	152	-	-	-	0%	26%	74%
4	CT toraks in abdomen	688	503	1.191	-	-	-	0%	58%	42%
5	Elektroencefalografija (EEG)	141	194	335	-	-	-	0%	42%	58%
6	MR srca	14	51	65	-	-	-	0%	22%	78%
7	Operacije kile-otroci	4	36	40	-	-	-	0%	10%	90%
8	Posegi na ušesu in mastoidu	2	157	159	-	-	-	0%	1%	99%
9	PTA (perkutana transluminalna angioplastika)	31	62	93	-	-	-	0%	33%	67%
10	RTG abdomna	3	80	83	-	-	-	0%	4%	96%
11	RTG glave	14	126	140	-	-	-	0%	10%	90%
12	RTG hrbtenice	255	843	1.098	-	-	-	0%	23%	77%
13	RTG ledvic in sečnega mehurja	20	108	128	-	-	-	0%	16%	84%
14	RTG mamografija	255	714	969	-	-	-	0%	26%	74%
15	RTG PC	41	472	513	-	-	-	0%	8%	92%
16	RTG skeleta	592	2.253	2.845	-	-	-	0%	21%	79%
17	Sklerozacija krčnih žil	-	22	22	-	-	-	0%	0%	100%
18	CT angiografije	317	340	657	-	1	1	0%	48%	52%
19	CT glave in vratu	720	1.015	1.735	1	-	1	0%	41%	59%
20	Posegi na arterijah (brez PTA)	-	42	42	-	1	1	2%	0%	100%
21	Angiografija (brez koronarne angiografije)	71	77	148	3	-	3	2%	48%	52%
22	Diabetološka ambulanta*	82	334	416	1	4	5	1%	20%	80%
23	Operacija ščitnice (tudi občitnice)	1	111	112	-	5	5	4%	1%	99%
24	UZ rame	236	309	545	9	-	9	2%	43%	57%
25	MR toraks in abdomen	186	103	289	10	-	10	3%	64%	36%
26	Ultrazvok mehkih tkiv**	1.001	3.281	4.282	9	4	13	0%	23%	77%
27	MR angiografije	68	66	134	15	2	17	13%	51%	49%
28	Operacija karpalnega kanala	27	1.014	1.041	5	17	22	2%	3%	97%
29	Ginekološka ambulanta -sek.nivo*	68	404	472	-	28	28	6%	14%	86%
30	Psihiatrična ambulanta*	397	1.330	1.727	-	46	46	3%	23%	77%
31	Operacije na odprtem srcu	36	222	258	5	44	49	19%	14%	86%
32	Ultrazvok dojke	229	600	829	4	56	60	7%	28%	72%
33	MR skeleta	2.425	4.487	6.912	101	13	114	2%	35%	65%
34	Operacije žolčnih kamnov	75	856	931	14	117	131	14%	8%	92%
35	Terapevtske artroskopije (kolenske križne vezi, kolena)	195	1.680	1.875	27	116	143	8%	10%	90%
36	Posegi in operacije nosu in obnosnih votlin	37	1.039	1.076	1	153	154	14%	3%	97%
37	Koronarna angiografija in PTCA	507	511	1.018	137	33	170	17%	50%	50%
38	Ortopedska operacija rame ***	92	599	691	18	172	190	27%	13%	87%
39	Ambulanta za maksilofa. kirurgijo*	494	1.693	2.187	1	211	212	10%	23%	77%
40	Operacija sive mrene (katarakta)	107	3.541	3.648	5	221	226	6%	3%	97%
41	MR glave in vratu	1.318	2.182	3.500	224	14	238	7%	38%	62%
42	UZ vratnih žil	875	2.197	3.072	100	151	251	8%	28%	72%
43	Posegi in operacije hrbtenice	105	1.197	1.302	48	237	285	22%	8%	92%
44	Drugi posegi na perifernem ožilju	38	384	422	10	300	310	73%	9%	91%
45	Ortopedska ambulanta*	3.759	8.867	12.626	123	187	310	2%	30%	70%
46	Dermatološka ambulanta*	2.602	7.853	10.455	254	80	334	3%	25%	75%
47	Nevrološka ambulanta*	1.141	2.347	3.488	344	30	374	11%	33%	67%
48	Artroplastika kolka (protetika, endoproteza)	306	2.446	2.752	106	284	390	14%	11%	89%
49	Fizioterapija na primarni	2.116	16.723	18.839	19	383	402	2%	11%	89%
50	Operacije kile-odrasli	137	1.657	1.794	43	361	404	23%	8%	92%
51	Artroplastika kolena	157	2.910	3.067	41	400	441	14%	5%	95%
52	Očesna ambulanta pregled vida za očala*	1.594	13.481	15.075	5	455	460	3%	11%	89%
53	Kardiološka ambulanta*	2.542	5.736	8.278	258	205	463	6%	31%	69%
54	Urološka ambulanta*	988	2.220	3.208	117	352	469	15%	31%	69%
55	Ambulanta za oralno kirurgijo*	1.131	3.577	4.708	235	318	553	12%	24%	76%
56	Posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu	89	1.670	1.759	13	543	556	32%	5%	95%
57	Elektromiografija (EMG)	1.291	2.870	4.161	372	822	1.194	29%	31%	69%
58	Revmatološka ambulanta*	806	1.987	2.793	435	909	1.344	48%	29%	71%
59	UZ srca	1.402	4.775	6.177	315	1.032	1.347	22%	23%	77%
60	Operacije krčnih žil	114	4.390	4.504	52	2.429	2.481	55%	3%	97%
	<b>Skupaj</b>	<b>32.481</b>	<b>119.416</b>	<b>151.897</b>	<b>3.480</b>	<b>10.736</b>	<b>14.216</b>	<b>9%</b>	<b>21%</b>	<b>79%</b>

Opomba: \*\* mišica, tetiva, sklep, skrotum, vrat, kolki novorojenčki; \*\*\*samo terapevtski posegi na rami;

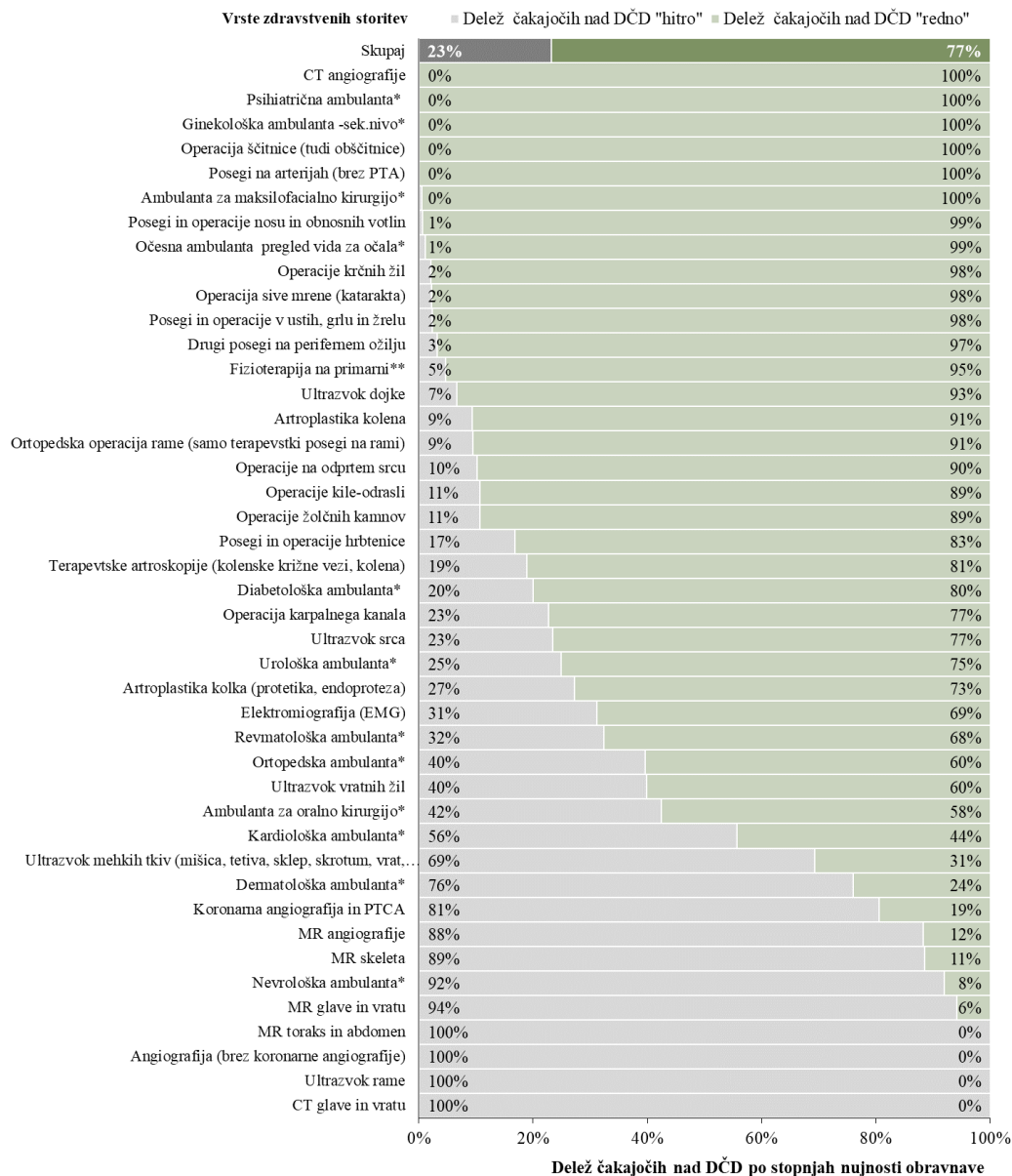
Vir: Lastni izračun po podatkih na dan 22. marec 2017 NaČas (2023).

Rezultat analize čakajočih za leto 2014 na *izbrane* zdravstvene storitve kaže (Slika 14), da je na dan 1. januarja 2014, na 60 vrst zdravstvenih storitev čakalo 151.897 vseh čakajočih (26 % pri stopnji »hitro« in 74 % pri stopnji »redno«), od tega 9 % čakajočih nad dopustno čakalno dobo. Primerjalna analiza podatkov kaže, da je januarja 2014 za izbranih 43 vrst zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 14.216 (9 %) pacientov od 151.897 vseh čakajočih pacientov (Tabela 14).



Slika 14. Število vseh čakajočih »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2014

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).



**Slika 15. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2014**

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).

Slika 15, kaže da so bile čakalne vrste nad dopustno čakajočih pacientov januarja 2014, pri 43 od 60 zdravstvenih storitev. Okrnjen dostop je bil januarja 2014 od 14.216 čakajočih nad dopustno čakalno dobo (23 % pri stopnji »hitro« in 77 % pri stopnji »redno«) največji za paciente, ki so čakali na drugi poseg na perifernem ožilju (73 %), prvi pregled v revmatološki ambulanti (48 %), operacije krčnih žil (55 %), posege in operacije v ustih, grlu in žrelu (32 %) ter elektromiografijo (EMG) (29 %).

## 5.1.5 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2015

Tabela 15. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2015

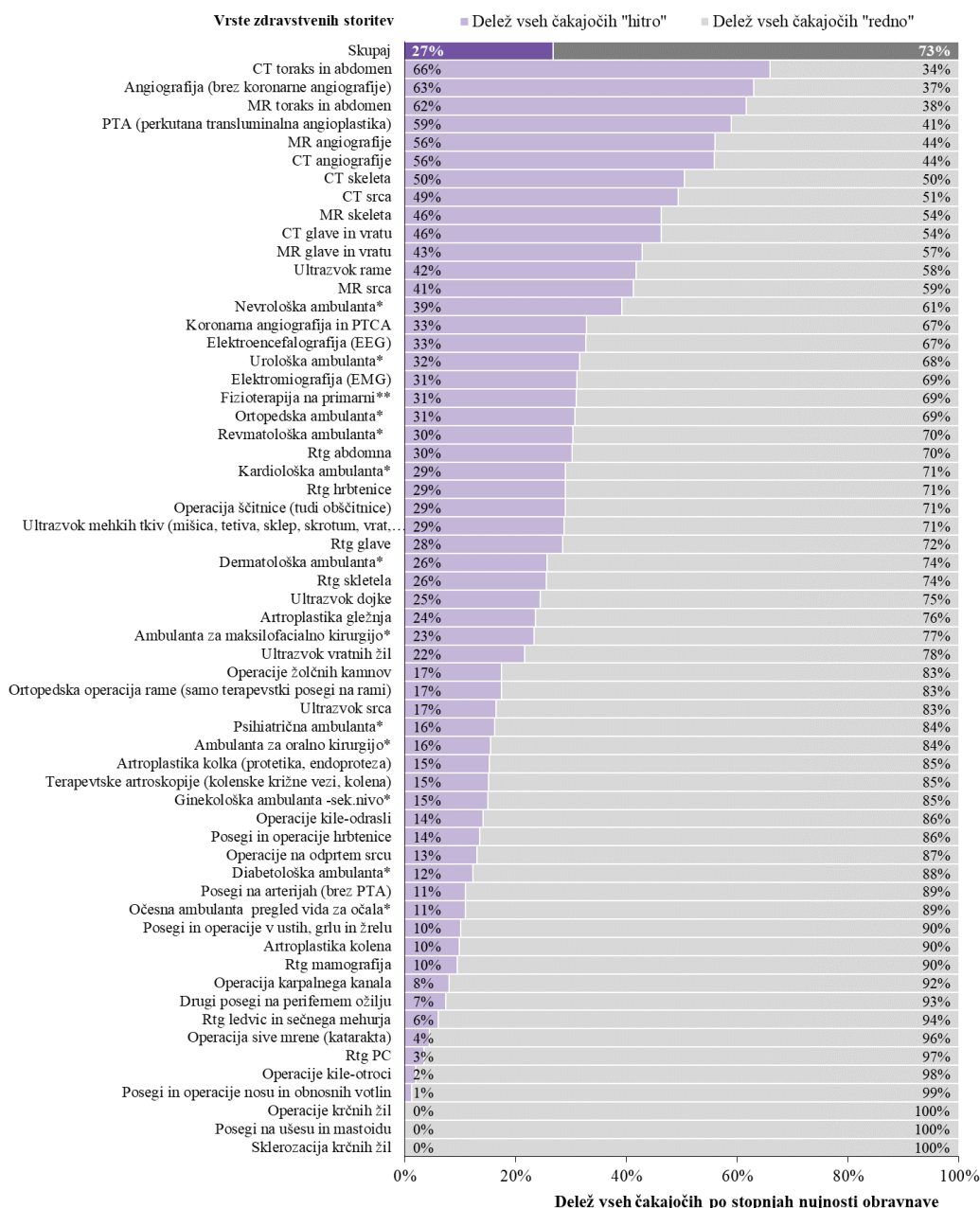
Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih			Število čakajočih nad DČD			Delež čakajočih nad DČD (v %)		
		Hitro	Redno	Skupaj	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Hitro	Redno
1	Artroplastika gležnja	-	2	2	-	-	-	0%	0%	100%
2	PTA (perkutana transluminalna angioplastika)	29	71	100	-	-	-	0%	29%	71%
3	RTG abdomna	19	96	115	-	-	-	0%	17%	83%
4	RTG glave	45	103	148	-	-	-	0%	30%	70%
5	RTG ledvic in sečnega mehurja	18	98	116	-	-	-	0%	16%	84%
6	RTG PC	47	725	772	-	-	-	0%	6%	94%
7	Sklerozacija krčnih žil	-	24	24	-	-	-	0%	0%	100%
8	Posegi na arterijah (brez PTA)	1	75	76	-	1	1	1%	1%	99%
9	Angiografija (brez koronarne angiografije)	82	51	133	2	-	2	2%	62%	38%
10	Operacije kile-otroci	6	34	40	-	4	4	10%	15%	85%
11	CT srca	33	46	79	4	1	5	6%	42%	58%
12	Diabetološka ambulanta*	57	378	435	3	2	5	1%	13%	87%
13	Elektroencefalografija (EEG)	139	286	425	7	-	7	2%	33%	67%
14	MR srca	38	44	82	6	2	8	10%	46%	54%
15	RTG skeleta	890	2.579	3.469	8	-	8	0%	26%	74%
16	Operacije na odprtem srcu	23	147	170	1	8	9	5%	14%	86%
17	RTG hrbtenice	462	1.044	1.506	7	3	10	1%	31%	69%
18	CT glave in vratu	1.069	1.049	2.118	12	2	14	1%	50%	50%
19	Ginekološka ambulanta -sek.nivo*	129	665	794	3	11	14	2%	16%	84%
20	CT skeleta	425	250	675	18	-	18	3%	63%	37%
21	Posegi na ušesu in mastoidu	-	147	147	-	18	18	12%	0%	100%
22	Psihiatrična ambulanta*	509	1.648	2.157	1	17	18	1%	24%	76%
23	UZ rame	400	316	716	22	-	22	3%	56%	44%
24	MR angiografije	66	94	160	16	8	24	15%	41%	59%
25	Operacija ščitnice (tudi obščitnice)	15	106	121	10	22	32	26%	12%	88%
26	MR toraks in abdomen	192	134	326	52	7	59	18%	59%	41%
27	CT toraks in abdomen	1.077	556	1.633	66	9	75	5%	66%	34%
28	UZ mehkih tkiv**	1.149	2.837	3.986	85	5	90	2%	29%	71%
29	Terapevtske artroskopije (kolenske križne vezi, kolena)	325	1.534	1.859	65	28	93	5%	17%	83%
30	RTG mamografija	44	939	983	5	118	123	13%	4%	96%
31	Ortopedska operacija rame***	98	548	646	19	168	187	29%	15%	85%
32	Posegi in operacije nosu in obnosnih votlin	32	890	922	3	186	189	20%	3%	97%
33	CT angiografije	482	378	860	164	61	225	26%	56%	44%
34	Operacija karpalnega kanala	330	729	1.059	258	7	265	25%	31%	69%
35	Drugi posegi na perifernem ožilju	37	337	374	18	251	269	72%	10%	90%
36	Operacije žolčnih kamnov	177	835	1.012	54	229	283	28%	17%	83%
37	Urološka ambulanta*	1.060	2.362	3.422	132	185	317	9%	31%	69%
38	Nevrološka ambulanta*	1.659	2.574	4.233	282	44	326	8%	39%	61%
39	Operacija sive mrežnice (katarakta)	389	4.453	4.842	59	332	391	8%	8%	92%
40	UZ dojke	185	1.504	1.689	18	374	392	23%	11%	89%
41	Fizioterapija na primarni	6.610	13.545	20.155	173	273	446	2%	33%	67%
42	Ortopedska ambulanta*	3.561	8.727	12.288	163	294	457	4%	29%	71%
43	Artroplastika kolka (protetika, endoproteza)	395	2.396	2.791	100	373	473	17%	14%	86%
44	Artroplastika kolena	214	2.667	2.881	36	450	486	17%	7%	93%
45	Očesna ambulanta - pregled vida za očala*	1.925	15.584	17.509	8	516	524	3%	11%	89%
46	Operacije kile-odrasli	194	1.726	1.920	86	454	540	28%	10%	90%
47	Posegi in operacije hrbtenice	224	1.238	1.462	102	447	549	38%	15%	85%
48	Dermatološka ambulanta*	3.522	8.107	11.629	455	194	649	6%	30%	70%
49	Posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu	152	1.437	1.589	39	610	649	41%	10%	90%
50	Elektromiografija (EMG)	1.927	2.565	4.492	281	401	682	15%	43%	57%
51	Kardiološka ambulanta*	3.036	7.621	10.657	339	426	765	7%	28%	72%
52	Koronarna angiografija in PTCA	517	1.122	1.639	271	633	904	55%	32%	68%
53	UZ vratnih žil	835	2.729	3.564	209	697	906	25%	23%	77%
54	UZ srca	1.299	4.693	5.992	190	767	957	16%	22%	78%
55	Ambulanta za oralno kirurgijo*	1.414	4.354	5.768	357	711	1.068	19%	25%	75%
56	MR glave in vratu	2.345	2.719	5.064	730	427	1.157	23%	46%	54%
57	Ambulanta za maksilofacialno kirurgijo*	727	2.114	2.841	291	908	1.199	42%	26%	74%
58	MR skeleta	4.324	4.444	8.768	1.337	593	1.930	22%	49%	51%
59	Revmatološka ambulanta*	1.016	2.482	3.498	565	1.965	2.530	72%	29%	71%
60	Operacije krčnih žil	107	5.113	5.220	27	2.967	2.994	57%	2%	98%
	<b>Skupaj</b>	<b>46.082</b>	<b>126.071</b>	<b>172.153</b>	<b>7.159</b>	<b>16.209</b>	<b>23.368</b>	<b>14%</b>	<b>27%</b>	<b>73%</b>

Opomba: \*\* mišica, tetiva, sklep, skrotum, vrat, kolki novorojenčki; \*\*\*samo terapevtski posegi na rami;

Vir: Lastni izračun po podatkih na dan 8. julij 2018 NaČas (2023).

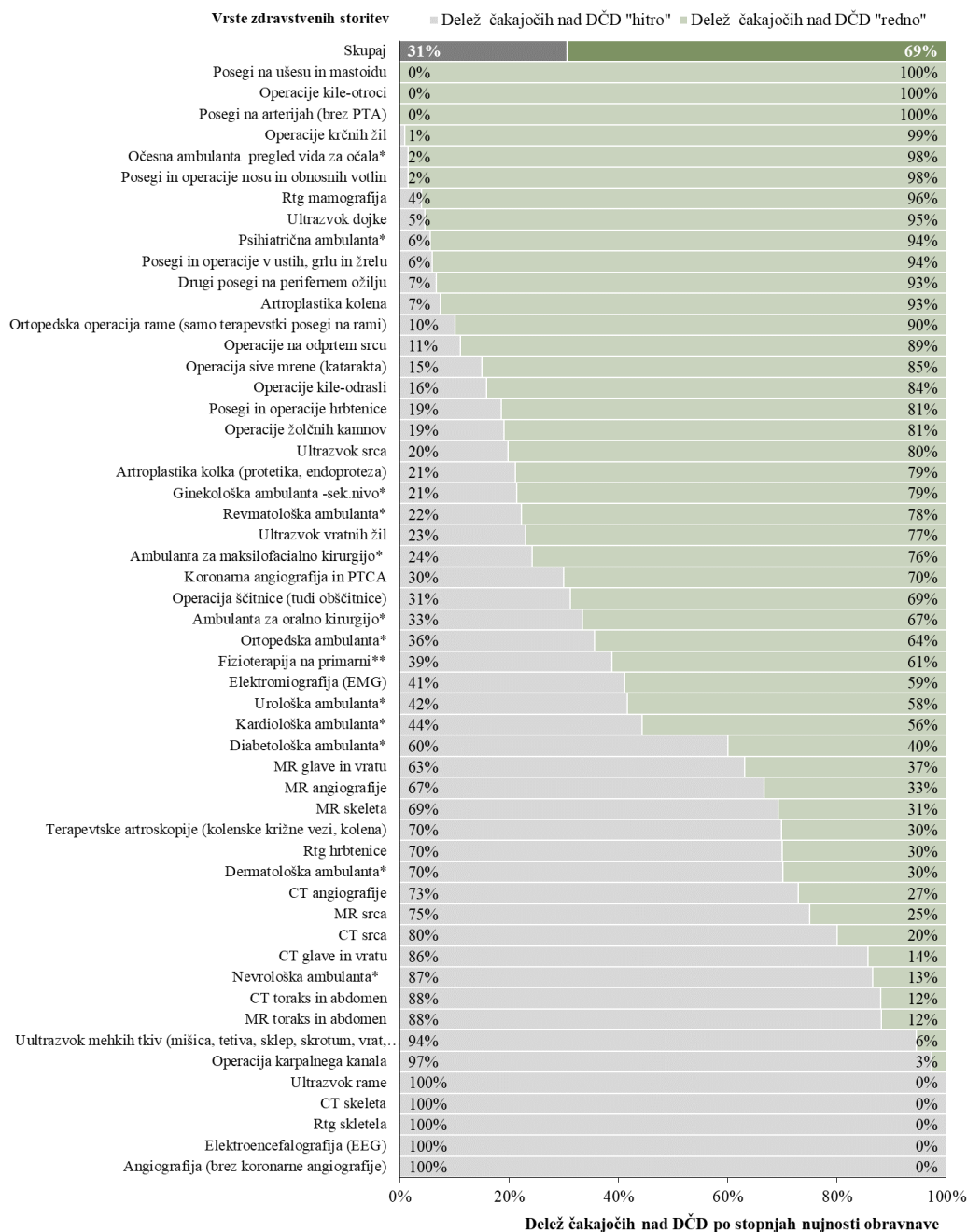
Rezultat analize čakajočih za leto 2015 na *izbrane* zdravstvene storitve kaže (Slika 16), da je na dan 1. januarja 2015, na **60** vrst zdravstvenih storitev čakalo **172.153** vseh čakajočih (27 %

pri stopnji »hitro« in 73 % pri stopnji »redno«), od tega 14 % čakajočih nad dopustno čakalno dobo. Primerjalna analiza podatkov kaže, da je januarja 2015 za izbranih 53 vrst zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 23.368 (14 %) pacientov od 172.153 vseh čakajočih pacientov (Tabela 15).



Slika 16. Število vseh čakajočih »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2015

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).



**Slika 17. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2015**

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).

Slika 17, kaže da so bile čakalne vrste nad dopustno čakajočih pacientov januarja 2015, pri 53 od 60 zdravstvenih storitev. Okrnjen dostop je bil januarja 2015 od 23.368 čakajočih nad dopustno čakalno dobo (31 % pri stopnji »hitro« in 69 % pri stopnji »redno«) največji za paciente, ki so čakali na prvi pregled v revmatološki ambulanti (72 %), drugi poseg na perifernem ožilju (72 %), operacije krčnih žil (57 %), koronarno angiografijo in PTCA (55 %), prvi pregled v ambulanti za maksilofacialno kirurgijo (42 %), posege in operacije v ustih, grlu in žrelu (41 %) ter posege in operacije hrbtenice (38 %).

## 5.1.6 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2016

Tabela 16. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2016

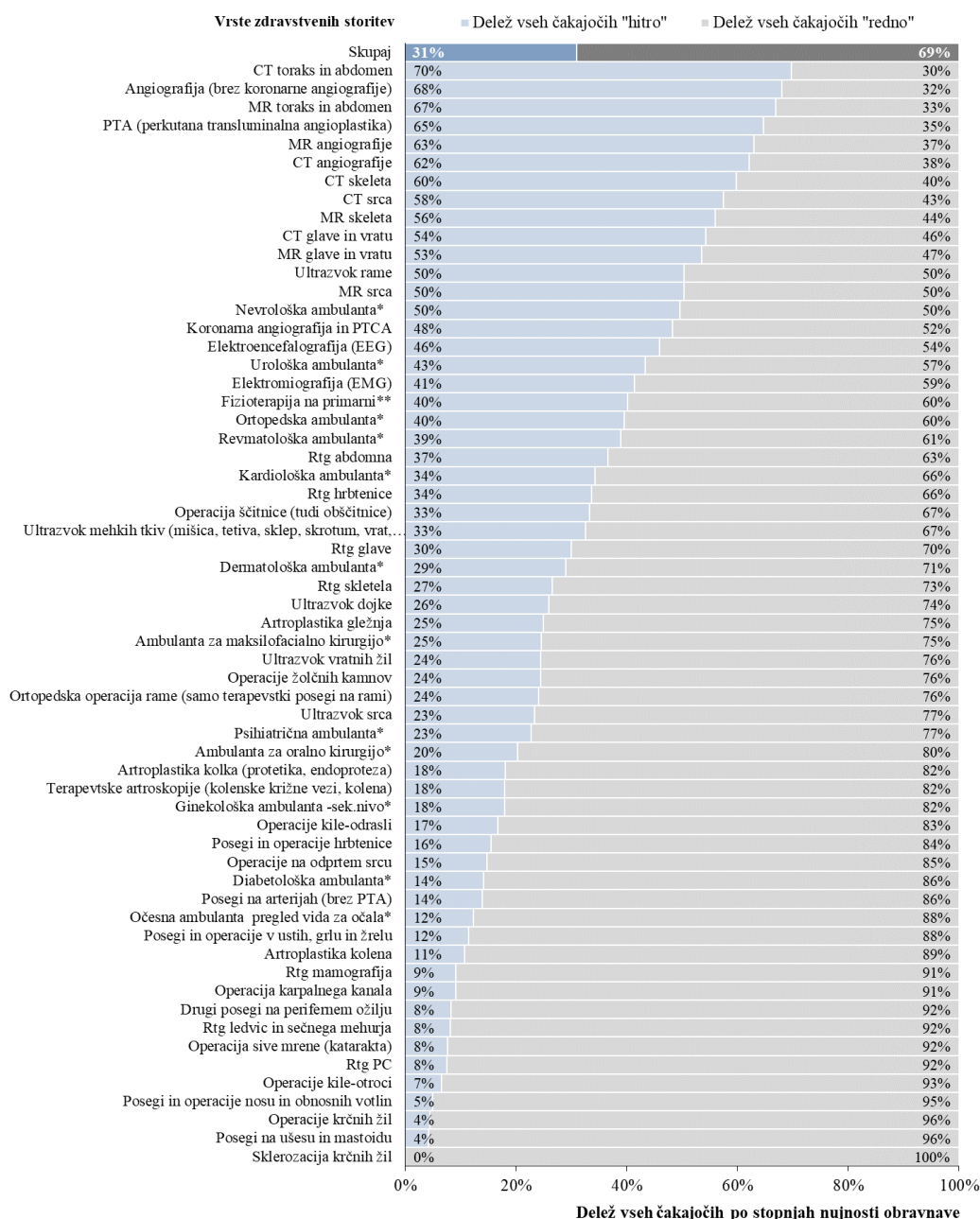
Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih			Število čakajočih nad DČD			Delež čakajočih nad DČD (v %)		
		Hitro	Redno	Skupaj	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Hitro	Redno
1	Operacije kile-otroci	4	57	61	-	-	-	0%	7%	93%
2	RTG PC	48	586	634	-	-	-	0%	8%	92%
3	Artroplastika gležnja	1	3	4	-	-	-	0%	25%	75%
4	RTG glave	52	121	173	-	-	-	0%	30%	70%
5	RTG ledvic in sečnega mehurja	10	113	123	-	1	1	1%	8%	92%
6	PTA (perkutana transluminalna angioplastika)	75	41	116	-	1	1	1%	65%	35%
7	Angiografija (brez koronarne angiografije)	81	38	119	1	-	1	1%	68%	32%
8	Sklerozacija krčnih žil	-	22	22	-	4	4	18%	0%	100%
9	Posegi na arterijah (brez PTA)	7	43	50	-	4	4	8%	14%	86%
10	Diabetološka ambulanta*	104	627	731	2	2	4	1%	14%	86%
11	RTG abdomna	225	389	614	5	-	5	1%	37%	63%
12	RTG hrbtenice	645	1.269	1.914	3	3	6	0%	34%	66%
13	CT srca	69	51	120	9	1	10	8%	58%	43%
14	RTG skeleta	993	2.749	3.742	10	1	11	0%	27%	73%
15	Operacije na odprtem srcu	20	115	135	7	6	13	10%	15%	85%
16	MR angiografije	126	74	200	12	3	15	8%	63%	37%
17	Operacija karpalnega kanala	87	865	952	8	10	18	2%	9%	91%
18	Operacija ščitnice (tudi obščitnice)	49	98	147	10	13	23	16%	33%	67%
19	RTG mamografija	256	2.532	2.788	3	28	31	1%	9%	91%
20	Psihiatrična ambulanta*	488	1.658	2.146	-	31	31	1%	23%	77%
21	Elektroencefalografija (EEG)	250	294	544	26	5	31	6%	46%	54%
22	MR toraks in abdomen	298	147	445	20	11	31	7%	67%	33%
23	CT skeleta	465	313	778	35	1	36	5%	60%	40%
24	UZ rame	554	545	1.099	45	1	46	4%	50%	50%
25	Ginekološka ambulanta -sek.nivo*	247	1.127	1.374	17	30	47	3%	18%	82%
26	MR srca	83	82	165	72	8	80	48%	50%	50%
27	Terapevtske artroskopije (kolenske križne vezi, kolena)	398	1.811	2.209	58	45	103	5%	18%	82%
28	CT glave in vratu	1.386	1.167	2.553	153	5	158	6%	54%	46%
29	UZ dojke	476	1.362	1.838	32	132	164	9%	26%	74%
30	CT angiografije	648	395	1.043	132	39	171	16%	62%	38%
31	Drugi posegi na perifernem ožilju	21	231	252	6	171	177	70%	8%	92%
32	Posegi na ušesu in mastoidu	15	333	348	6	188	194	56%	4%	96%
33	UZ mehkih tkiv**	1.636	3.379	5.015	167	34	201	4%	33%	67%
34	Ortopedska operacija rame***	223	702	925	18	191	209	23%	24%	76%
35	CT toraks in abdomen	1.668	724	2.392	286	20	306	13%	70%	30%
36	Urološka ambulanta*	2.245	2.939	5.184	129	240	369	7%	43%	57%
37	Operacija sive mreine (katarakta)	475	5.659	6.134	50	362	412	7%	8%	92%
38	Posegi in operacije nosu in obnosnih votlin	50	958	1.008	20	409	429	43%	5%	95%
39	Nevrološka ambulanta*	2.210	2.249	4.459	302	128	430	10%	50%	50%
40	Operacije žolčnih kamnov	334	1.032	1.366	91	364	455	33%	24%	76%
41	Artroplastika kolka (protetika, endoproteza)	566	2.562	3.128	143	317	460	15%	18%	82%
42	Elektromiografija (EMG)	2.708	3.838	6.546	293	236	529	8%	41%	59%
43	Artroplastika kolena	405	3.344	3.749	95	463	558	15%	11%	89%
44	Kardiološka ambulanta*	3.354	6.436	9.790	215	359	574	6%	34%	66%
45	Posegi in operacije hrbtenice	281	1.522	1.803	136	531	667	37%	16%	84%
46	UZ vratnih žil	961	2.963	3.924	97	588	685	17%	24%	76%
47	Ambulanta za oralno kirurgijo*	1.004	3.943	4.947	214	564	778	16%	20%	80%
48	Očesna ambulanta pregled vida za očala*	2.477	17.677	20.154	47	748	795	4%	12%	88%
49	Dermatološka ambulanta*	3.266	7.967	11.233	138	684	822	7%	29%	71%
50	Operacije kile-odrasli	419	2.075	2.494	101	733	834	33%	17%	83%
51	Posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu	200	1.538	1.738	79	767	846	49%	12%	88%
52	MR glave in vratu	2.290	1.991	4.281	603	380	983	23%	53%	47%
53	Ortopedska ambulanta*	6.153	9.407	15.560	891	128	1.019	7%	40%	60%
54	UZ srca	1.459	4.769	6.228	331	734	1.065	17%	23%	77%
55	Koronarna angiografija in PTCA	906	970	1.876	530	569	1.099	59%	48%	52%
56	Ambulanta za maksilofacialno kirurgijo*	799	2.442	3.241	323	928	1.251	39%	25%	75%
57	MR skeleta	6.087	4.791	10.878	921	440	1.361	13%	56%	44%
58	Fizioterapija na primarni**	11.267	16.808	28.075	999	826	1.825	7%	40%	60%
59	Revmatološka ambulanta*	1.757	2.748	4.505	920	1.967	2.887	64%	39%	61%
60	Operacije krčnih žil	330	7.006	7.336	157	4.747	4.904	67%	4%	96%
	<b>Skupaj</b>	<b>63.711</b>	<b>141.697</b>	<b>205.408</b>	<b>8.968</b>	<b>19.201</b>	<b>28.169</b>	<b>14%</b>	<b>31%</b>	<b>69%</b>

Opomba: \*\* mišica, tetiva, sklep, skrotum, vrat, kolki novorojenčki; \*\*\*samo terapevtski posegi na rami;

Vir: Lastni izračun po podatkih na dan 22. marec 2017 NaČas (2023).



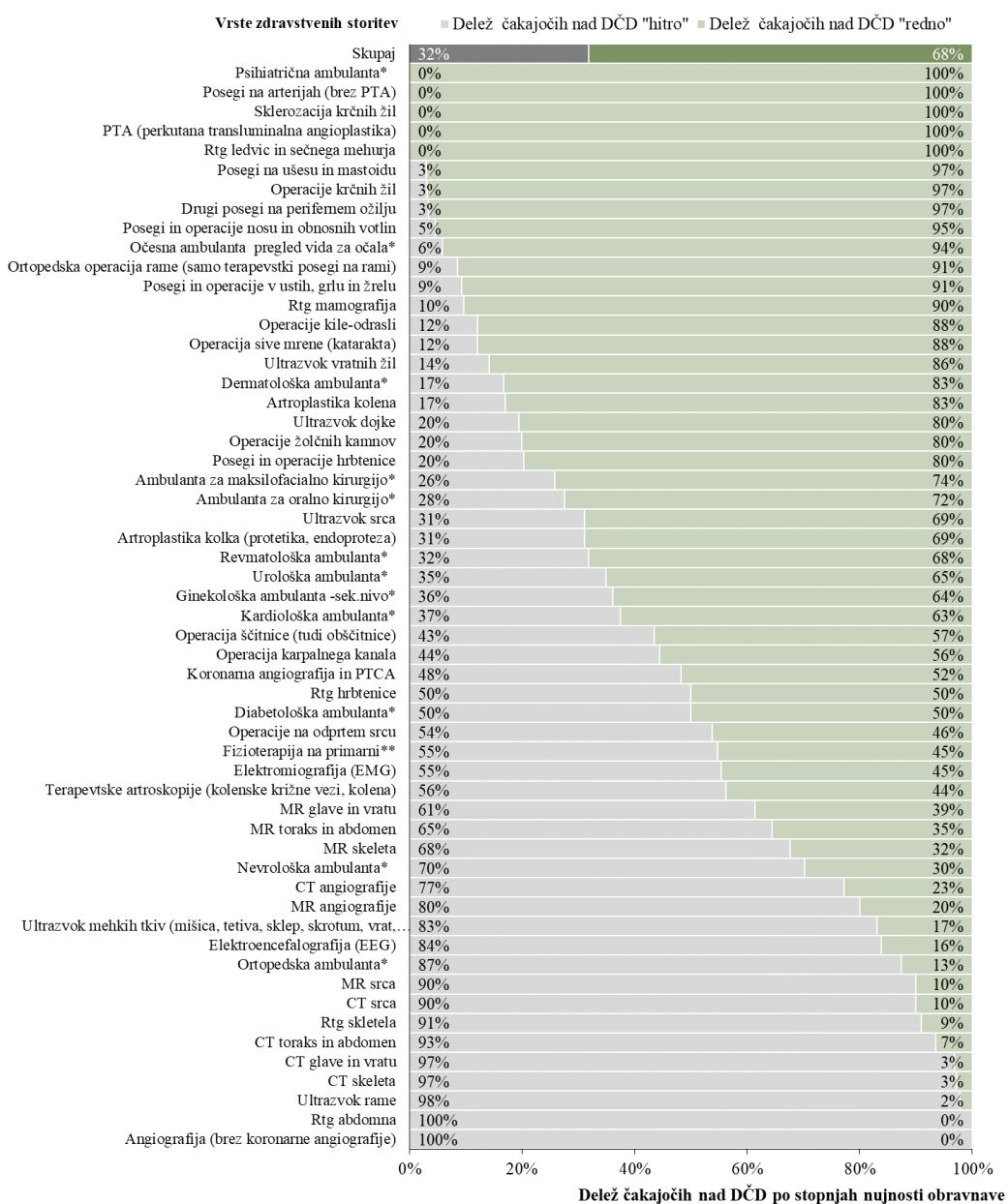
Rezultat analize čakajočih za leto 2016 na *izbrane* zdravstvene storitve kaže (Slika 18), da je na dan 1. januarja 2016, na **60** vrst zdravstvenih storitev čakalo **205.408** vseh čakajočih (31 % pri stopnji »hitro« in 69 % pri stopnji »redno«), od tega 14 % čakajočih nad dopustno čakalno dobo. Primerjalna analiza podatkov kaže, da je januarja 2016 za izbranih 56 vrst zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 28.169 (14 %) pacientov od **205.408** vseh čakajočih pacientov (Tabela 16).



**Slika 18. Število vseh čakajočih »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2016**

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).

Slika 19, kaže da so bile čakalne vrste nad dopustno čakajočih pacientov januarja 2016, pri 56 od 60 zdravstvenih storitev. Okrnjen dostop je bil januarja 2016 od 28.169 čakajočih nad dopustno čakalno dobo (32 % pri stopnji »hitro« in 68 % pri stopnji »redno«) največji za paciente, ki so čakali na drugi poseg na perifernem ožilju (70 %), operacije krčnih žil (67 %), prvi pregled v revmatološki ambulanti (64 %), koronarno angiografijo in PTCA (59 %), posege na ušesu in mastoidu (56 %), posege in operacije v ustih, grlu in žrelu (49 %), MR srca (48 %), posege in operacije nosu in obnosnih votlin (43 %), prvi pregled v ambulanti za maksilofacialno kirurgijo (39 %), posege in operacije hrbtenice (37 %), operacije kile – odrasli (33 %) ter operacije žolčnih kamnov (33 %).



**Slika 19. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2016**

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).

## 5.1.7 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2017

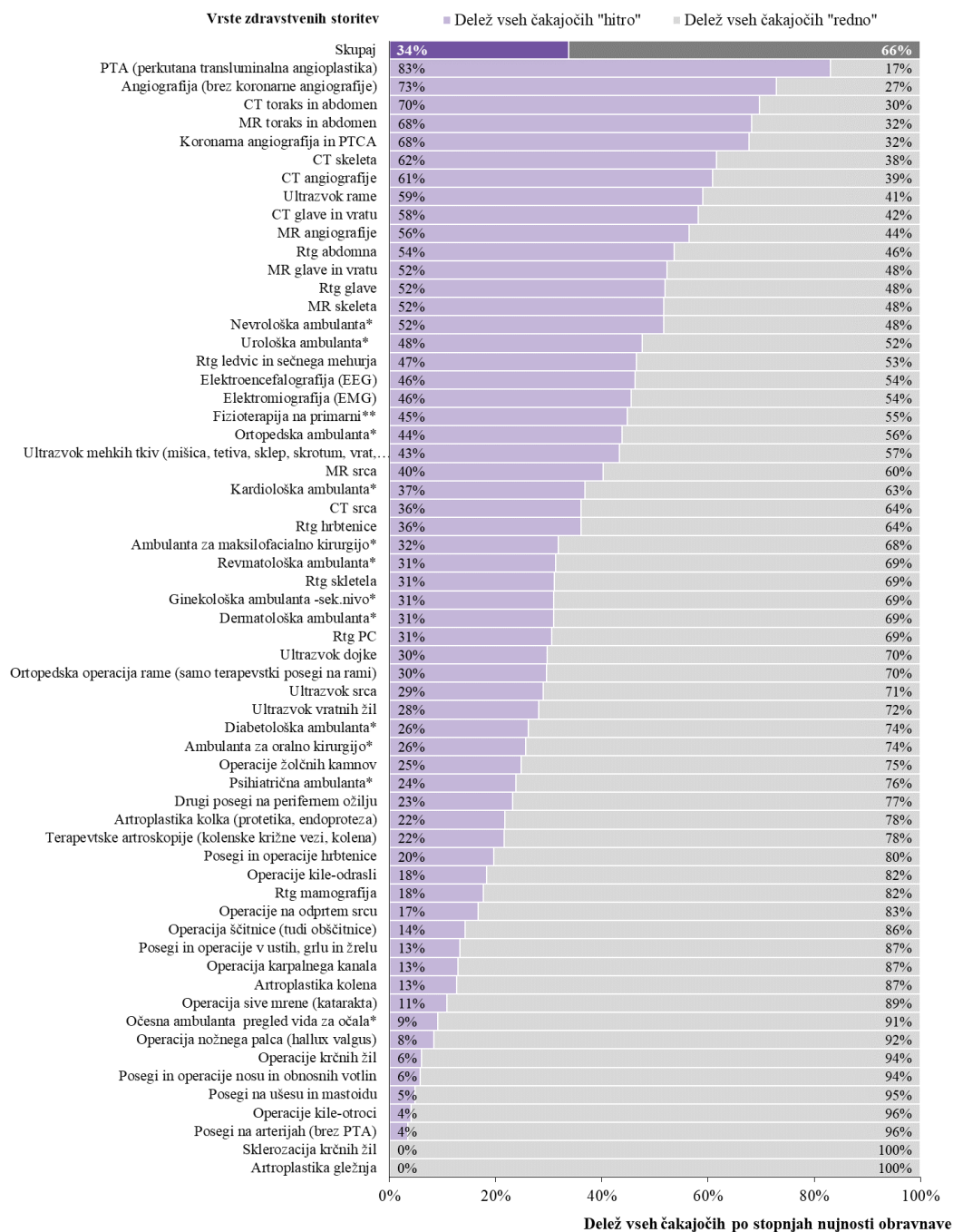
Tabela 17. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2017

Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih			Število čakajočih nad DČD			Delež čakajočih nad DČD (v %)		
		Hitro	Redno	Skupaj	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Hitro	Redno
1	Artroplastika gležnja	-	5	5	-	-	-	0%	0%	100%
2	Angiografija (brez koron. angiografije)	51	19	70	-	-	-	0%	0%	27%
3	RTG ledvic in sečnega mehurja	108	124	232	1	-	1	0%	47%	53%
4	RTG abdominalna	127	110	237	1	-	1	0%	54%	46%
5	Sklerozacija krčnih žil	-	18	18	-	2	2	11%	0%	100%
6	Operacije kile-otroci	3	70	73	-	2	2	3%	4%	96%
7	Posegi na arterijah (brez PTA)	3	82	85	1	2	3	4%	4%	96%
8	RTG glave	132	122	254	2	1	3	1%	52%	48%
9	Diabetološka ambulanta*	151	425	576	-	5	5	1%	26%	74%
10	PTA	93	19	112	14	3	17	15%	83%	17%
11	Operacija karpalnega kanala	120	812	932	12	11	23	2%	13%	87%
12	RTG mamografija	252	1.176	1.428	7	18	25	2%	18%	82%
13	Operacije na odprtem srcu	32	159	191	1	25	26	14%	17%	83%
14	Psihiatrična ambulanta*	544	1.743	2.287	6	29	35	2%	24%	76%
15	Operacija ščitnice (tudi obščitnice)	39	235	274	11	40	51	19%	14%	86%
16	RTG PC	260	590	850	18	33	51	6%	31%	69%
17	MR srca	75	111	186	50	6	56	30%	40%	60%
18	MR angiografije	161	124	285	29	30	59	21%	56%	44%
19	CT skeleta	733	457	1.190	45	32	77	6%	62%	38%
20	Drugi posegi na perifernem ožilju	42	139	181	20	74	94	52%	23%	77%
21	Ginekološka ambulanta -sek.nivo*	375	835	1.210	42	68	110	9%	31%	69%
22	RTG hrbtenice	895	1.586	2.481	96	27	123	5%	36%	64%
23	Elektroencefalografija (EEG)	472	548	1.020	89	89	178	17%	46%	54%
24	MR toraks in abdomen	461	215	676	163	23	186	28%	68%	32%
25	RTG skletela	1.659	3.680	5.339	122	103	225	4%	31%	69%
26	Urološka ambulanta*	1.844	2.025	3.869	181	53	234	6%	48%	52%
27	Ultrazvok dojke	562	1.331	1.893	56	223	279	15%	30%	70%
28	Ortopedska operacija rame***	288	684	972	139	147	286	29%	30%	70%
29	Posegi na ušesu in mastoidu	24	478	502	9	299	308	61%	5%	95%
30	CT angiografije	981	631	1.612	269	164	433	27%	61%	39%
31	Koronarna angiografija in PTCA	899	428	1.327	338	103	441	33%	68%	32%
32	CT glave in vratu	1.711	1.233	2.944	313	135	448	15%	58%	42%
33	Terapevtske artroskopije	559	2.020	2.579	206	260	466	18%	22%	78%
34	CT srca	463	820	1.283	119	403	522	41%	36%	64%
35	Ultrazvok vratnih žil	1.253	3.211	4.464	70	467	537	12%	28%	72%
36	Posegi in operacije hrbtenice	340	1.391	1.731	171	368	539	31%	20%	80%
37	Ultrazvok rame	791	550	1.341	450	130	580	43%	59%	41%
38	Posegi in op. nosu in obnosnih votlin	83	1.342	1.425	25	650	675	47%	6%	94%
39	Operacije žolčnih kamnov	397	1.206	1.603	162	577	739	46%	25%	75%
40	Ambulanta za maksilofac. kirurgijo*	1.304	2.799	4.103	203	537	740	18%	32%	68%
41	Ultrazvok mehkih tkiv**	2.554	3.339	5.893	609	136	745	13%	43%	57%
42	Ambulanta za oralno kirurgijo*	1.480	4.281	5.761	249	575	824	14%	26%	74%
43	MR glave in vratu	1.948	1.777	3.725	437	392	829	22%	52%	48%
44	CT toraks in abdomen	1.949	846	2.795	680	162	842	30%	70%	30%
45	Nevrološka ambulanta*	2.144	2.010	4.154	683	167	850	20%	52%	48%
46	Artroplastika kolka (protetika, endoproteza)	771	2.774	3.545	332	530	862	24%	22%	78%
47	Kardiološka ambulanta*	4.116	7.045	11.161	519	402	921	8%	37%	63%
48	Očesna ambulanta pregled vida za očala*	1.412	14.045	15.457	67	856	923	6%	9%	91%
49	Operacija sive mrežnice (katarakta)	845	6.987	7.832	205	723	928	12%	11%	89%
50	MR skeleta	3.525	3.301	6.826	481	453	934	14%	52%	48%
51	Artroplastika kolena	489	3.354	3.843	219	741	960	25%	13%	87%
52	Posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu	226	1.469	1.695	72	915	987	58%	13%	87%
53	Operacije kile-odrasli	427	1.902	2.329	121	911	1.032	44%	18%	82%
54	Dermatološka ambulanta*	4.436	9.903	14.339	493	920	1.413	10%	31%	69%
55	Elektromiografija (EMG)	3.632	4.339	7.971	560	900	1.460	18%	46%	54%
56	Operacija nožnega palca	236	2.570	2.806	135	1.573	1.708	61%	8%	92%
57	Ultrazvok srca	2.375	5.829	8.204	464	1.564	2.028	25%	29%	71%
58	Revmatološka ambulanta*	1.114	2.440	3.554	447	1.814	2.261	64%	31%	69%
59	Ortopedska ambulanta*	7.277	9.324	16.601	2.117	345	2.462	15%	44%	56%
60	Fizioterapija na primarni**	14.890	18.334	33.224	1.595	1.155	2.750	8%	45%	55%
61	Operacije krčnih žil	433	6.675	7.108	202	4.790	4.992	70%	6%	94%
	<b>Skupaj</b>	<b>74.566</b>	<b>146.097</b>	<b>220.663</b>	<b>14.128</b>	<b>25.163</b>	<b>39.291</b>	<b>18%</b>	<b>34%</b>	<b>66%</b>

Opomba: \*\* mišica, tetiva, sklep, skrotum, vrat, kolki novorojenčki; \*\*\*samo terapevtski posegi na rami; PTA - perkutana transluminalna angioplastika.

Vir: Lastni izračun po podatkih na dan 8. julij 2018 NaČas (2023).

Rezultat analize čakajočih za leto 2017 na *izbrane* zdravstvene storitve kaže (Slika 20), da je na dan 1. januarja 2017, na **61** vrst zdravstvenih storitev čakalo **220.663 vseh čakajočih** (34 % pri stopnji »hitro« in 66 % pri stopnji »redno«), *od tega 18 % čakajočih nad dopustno čakalno dobo*. Primerjalna analiza podatkov kaže, da je januarja 2017 za izbranih 59 vrst zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 39.291 (18 %) pacientov od **220.663 vseh čakajočih** pacientov (Tabela 19).

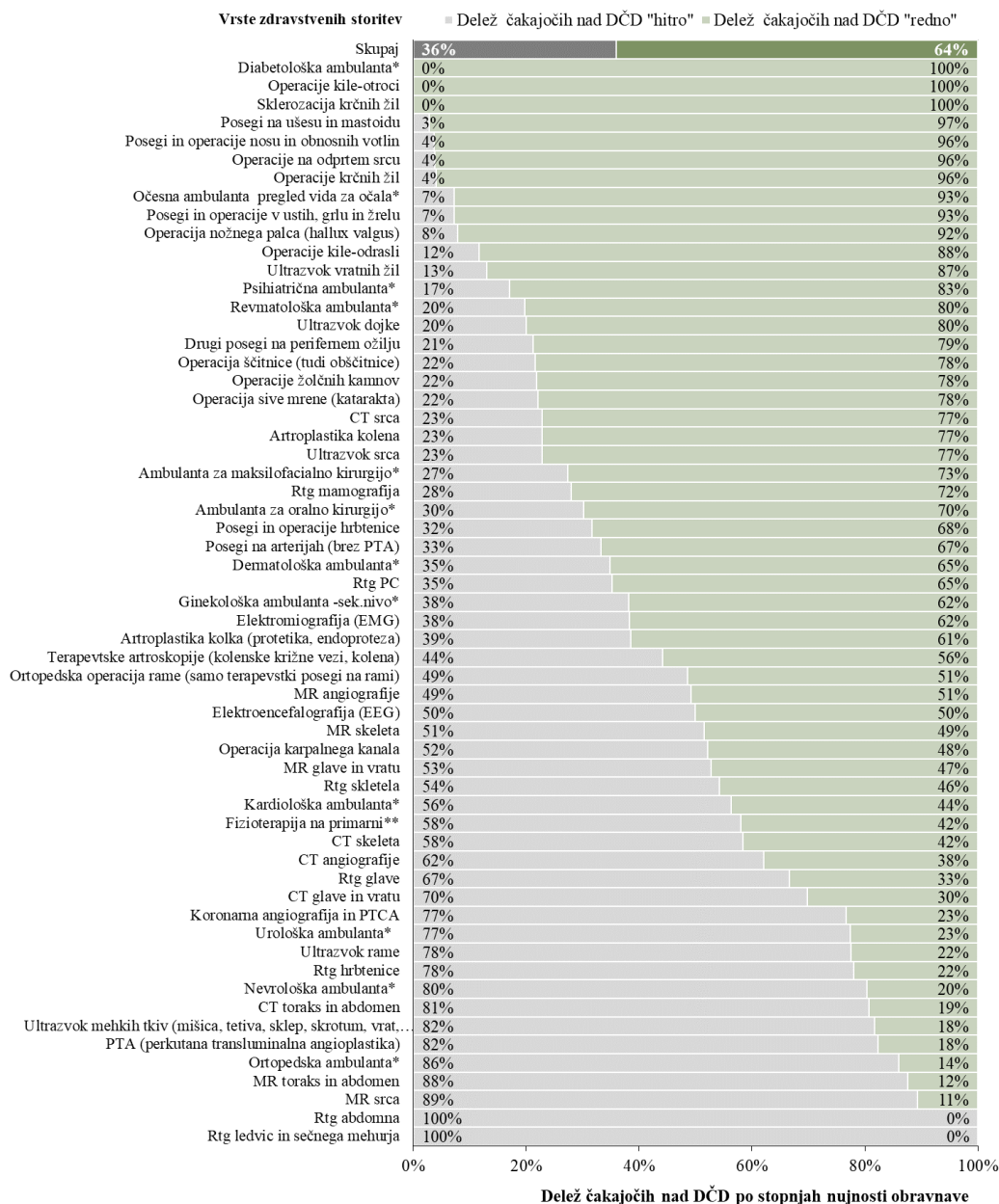


**Slika 20. Struktura čakajočih po stopnjah nujnosti obravnave na dan 1. januar 2017**

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).

Slika 21, kaže da so bile čakalne vrste nad dopustno čakajočih pacientov januarja 2017, pri 59 od 61 zdravstvenih storitev. Okrnjen dostop je bil januarja 2017 od 39.291 čakajočih nad dopustno čakalno dobo (36 % pri stopnji »hitro« in 64 % pri stopnji »redno«) največji za paciente, ki so čakali na operacije krčnih žil (70 %), prvi pregled v revmatološki ambulanti (64 %), posege na ušesu in mastoidu (61 %), operacije nožnega palca (hallux valgus) (61 %), posege in operacije v ustih, grlu in žrelu (58 %), drugi poseg na perifernem ožilju (52 %), posege in

operacije nosu in obnosnih votlin (47 %), operacije žolčnih kamnov (46 %), operacije kile – odrasli (44 %), UZ rame (43 %) ter CT srca (41 %).



Slika 21. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2017

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023)

## 5.1.8 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2018

Tabela 18. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2018

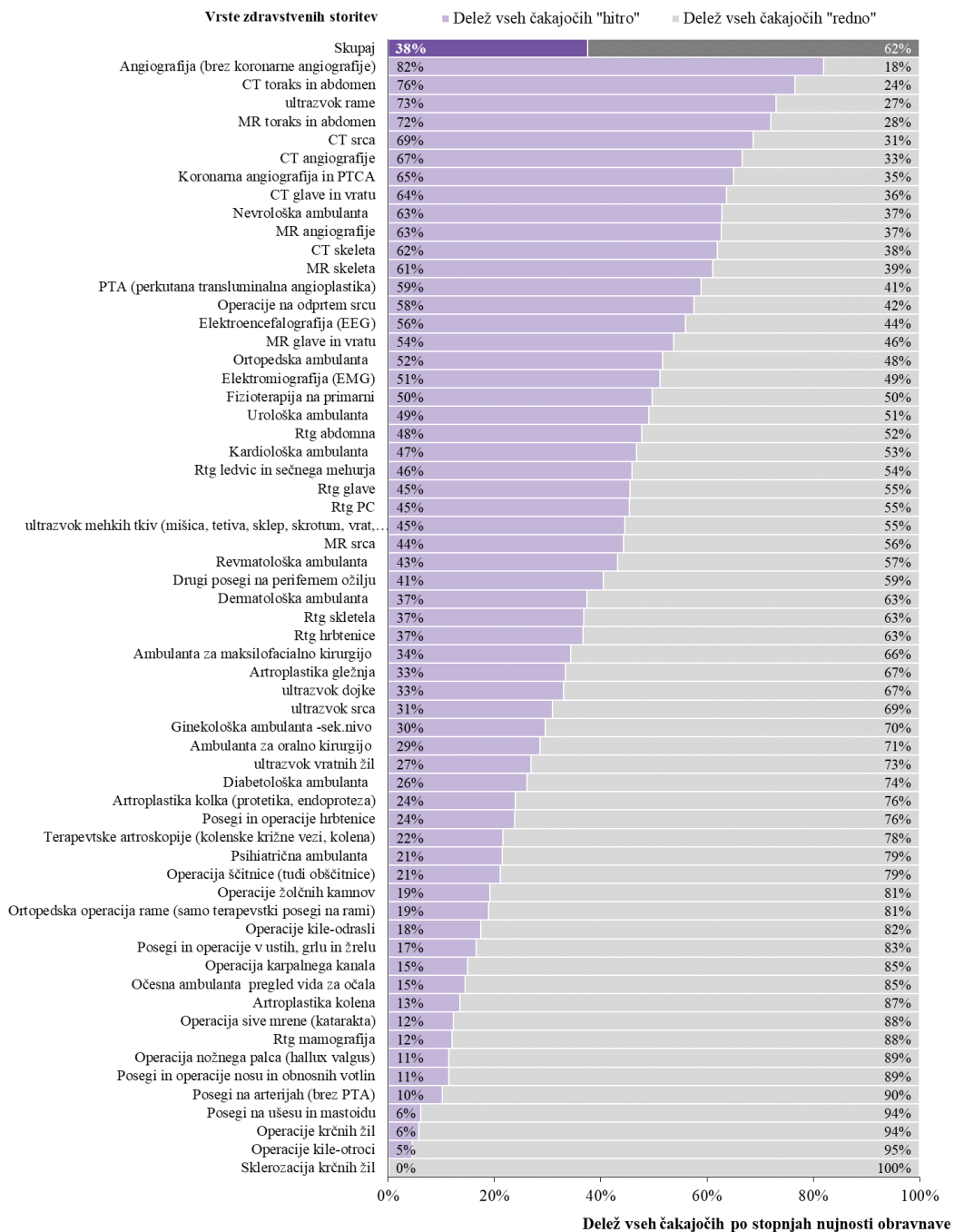
Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih			Število čakajočih nad DČD			Delež čakajočih nad DČD (v %)		
		Hitro	Redno	Skupaj	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Hitro	Redno
1	RTG glave	333	399	732	-	-	-	0%	45%	55%
2	RTG ledvic in sečnega mehurja	333	392	725	-	-	-	0%	46%	54%
3	Artroplastika gležnja	2	4	6	1	-	1	17%	33%	67%
4	RTG abdominalna	344	376	720	1	-	1	0%	48%	52%
5	Operacije kile-otroci	4	83	87	3	1	4	5%	5%	95%
6	CT skeleta	312	192	504	5	-	5	1%	62%	38%
7	Angiografija (brez koronarne angiografije)	164	36	200	5	3	8	4%	82%	18%
8	Posegi na arterijah (brez PTA)	9	79	88	1	11	12	14%	10%	90%
9	RTG hrbtnice	829	1.432	2.261	19	7	26	1%	37%	63%
10	MR angiografije	163	97	260	12	29	41	16%	63%	37%
11	Psihiatrična ambulanta	500	1.831	2.331	47	6	53	2%	21%	79%
12	Operacije na odprtem srcu	133	98	231	36	19	55	24%	58%	42%
13	RTG PC	483	582	1.065	31	28	59	6%	45%	55%
14	Diabetološka ambulanta	196	553	749	21	57	78	10%	26%	74%
15	CT angiografije	443	222	665	51	31	82	12%	67%	33%
16	Operacija karpalnega kanala	176	997	1.173	48	37	85	7%	15%	85%
17	Elektroencefalografija (EEG)	337	266	603	71	14	85	14%	56%	44%
18	MR toraks in abdomen	516	200	716	75	14	89	12%	72%	28%
19	RTG skeleta	1.311	2.248	3.559	60	33	93	3%	37%	63%
20	CT glave in vratu	773	442	1.215	100	5	105	9%	64%	36%
21	RTG mamografija	360	2.630	2.990	8	102	110	4%	12%	88%
22	Drugi posegi na perifernem ožilju	62	91	153	47	80	127	83%	41%	59%
23	MR srca	116	146	262	65	72	137	52%	44%	56%
24	PTA	136	95	231	82	55	137	59%	59%	41%
25	CT srca	184	84	268	96	44	140	52%	69%	31%
26	Operacija ščitnice (tudi obščitnice)	59	221	280	28	120	148	53%	21%	79%
27	Koronarna angiografija in PTCA	712	384	1.096	112	55	167	15%	65%	35%
28	Ortopedska operacija rame***	201	863	1.064	57	162	219	21%	19%	81%
29	Sklerozacija krčnih žil	1	955	956	1	221	222	23%	0%	100%
30	Ginekološka ambulanta -sek.nivo	355	844	1.199	90	147	237	20%	30%	70%
31	MR skeleta	4.309	2.747	7.056	193	75	268	4%	61%	39%
32	CT toraks in abdomen	1.608	494	2.102	222	53	275	13%	76%	24%
33	Posegi na ušesu in mastoidu	33	506	539	11	345	356	66%	6%	94%
34	UZ dojke	875	1.772	2.647	96	303	399	15%	33%	67%
35	Operacije žolčnih kamnov	247	1.044	1.291	47	410	457	35%	19%	81%
36	UZ rame	776	287	1.063	462	16	478	45%	73%	27%
37	Terapevtske artroskopije (kolenske križne vezi, kolena)	587	2.127	2.714	236	272	508	19%	22%	78%
38	MR glave in vratu	1.646	1.420	3.066	284	302	586	19%	54%	46%
39	UZ vratnih žil	1.265	3.437	4.702	232	391	623	13%	27%	73%
40	Operacije kile-odrasli	346	1.631	1.977	75	588	663	34%	18%	82%
41	UZ mehkih tkiv	2.471	3.073	5.544	550	114	664	12%	45%	55%
42	Ambulanta za oralno kirurgijo	1.595	3.971	5.566	284	515	799	14%	29%	71%
43	Posegi in operacije nosu in obnosnih votlin	214	1.665	1.879	101	723	824	44%	11%	89%
44	Ambulanta za maksilofacialno kirurgijo	1.146	2.192	3.338	172	656	828	25%	34%	66%
45	Posegi in op. v ustih, grlu in žrelu	353	1.773	2.126	159	740	899	42%	17%	83%
46	Artroplastika kolka (protetika, endoproteza)	799	2.539	3.338	412	535	947	28%	24%	76%
47	Posegi in operacije hrbtnice	499	1.595	2.094	338	670	1.008	48%	24%	76%
48	Urološka ambulanta	2.118	2.198	4.316	677	352	1.029	24%	49%	51%
49	Kardiološka ambulanta	5.400	6.148	11.548	898	216	1.114	10%	47%	53%
50	Artroplastika kolena	571	3.666	4.237	280	1.201	1.481	35%	13%	87%
51	UZ srca	2.590	5.768	8.358	474	1.289	1.763	21%	31%	69%
52	Elektromiografija (EMG)	3.899	3.714	7.613	1.297	616	1.913	25%	51%	49%
53	Operacija nožnega palca	346	2.674	3.020	223	1.705	1.928	64%	11%	89%
54	Nevrološka ambulanta	3.222	1.907	5.129	1.656	307	1.963	38%	63%	37%
55	Revmatološka ambulanta	1.506	1.984	3.490	947	1.599	2.546	73%	43%	57%
56	Operacija sive mreže (katarakta)	1.067	7.620	8.687	276	2.998	3.274	38%	12%	88%
57	Ortopedska ambulanta	9.155	8.587	17.742	3.431	392	3.823	22%	52%	48%
58	Očesna ambulanta pregled vida za očala	2.280	13.430	15.710	402	3.495	3.897	25%	15%	85%
59	Dermatološka ambulanta	6.382	10.661	17.043	1.709	3.101	4.810	28%	37%	63%
60	Operacije krčnih žil	469	7.530	7.999	277	5.692	5.969	75%	6%	94%
61	Fizioterapija na primarni	19.602	19.835	39.437	6.045	4.157	10.202	26%	50%	50%
	<b>Skupaj</b>	<b>86.923</b>	<b>144.837</b>	<b>231.760</b>	<b>23.639</b>	<b>35.181</b>	<b>58.820</b>	<b>25%</b>	<b>38%</b>	<b>62%</b>

Opomba: \*\* mišica, tetiva, sklep, skrotum, vrat, kolki novorojenčki; \*\*\*samo terapevtski posegi na rami; PTA - perkutana transluminalna angioplastika.

Vir: Lastni izračun po podatkih na dan 8. julij 2018 NaČas (2023).

Rezultat analize čakajočih za leto 2018 na *izbrane* zdravstvene storitve kaže (Slika 22), da je na dan 1. januarja 2018, na **61** vrst zdravstvenih storitev čakalo **231.760** vseh čakajočih (38 %

pri stopnji »hitro« in 62 % pri stopnji »redno«), od tega 25 % čakajočih nad dopustno čakalno dobo. Primerjalna analiza podatkov kaže, da je januarja 2018 za izbranih 59 vrst zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 58.820 (25 %) pacientov od 231.760 vseh čakajočih pacientov (Tabela 18).

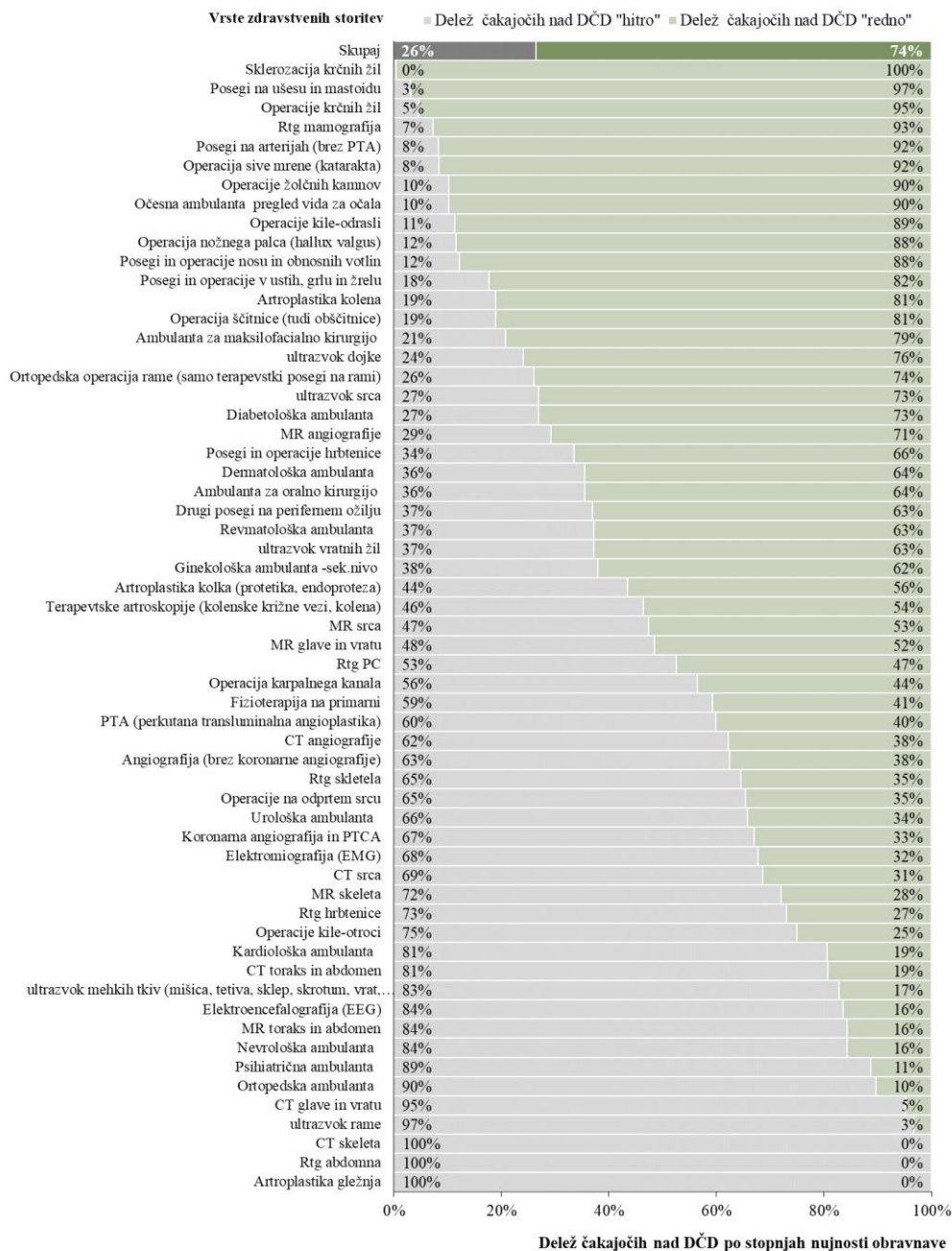


**Slika 22. Struktura čakajočih po stopnjah nujnosti obravnave na dan 1. januar 2018**

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).

Slika 23, kaže da so bile čakalne vrste nad dopustno čakajočih pacientov januarja 2018, pri 59 od 61 zdravstvenih storitev. Okrnjen dostop je bil januarja 2018 od 58.820 čakajočih nad dopustno čakalno dobo (26 % pri stopnji »hitro« in 74 % pri stopnji »redno«) največji za

paciente, ki so čakali na operacije krčnih žil (75 %), prvi pregled v revmatološki ambulanti (73 %), posege na ušesu in mastoidu (66 %), operacije nožnega palca (hallux valgus) (64 %), PTA (perkutana transluminalna angioplastika) (59 %), operacije ščitnice (tudi obščitnice) (53 %), CT srca (52 %), MR srca (52 %), posege in operacije hrbtenice (48 %), UZ rame (45 %), posege in operacije nosu in obnosnih votlin (44 %) ter posege in operacije v ustih, grlu in žrelu (42 %).



Slika 23. Struktura čakajočih nad dopustno ČD »hitro« in »redno« na dan 1. januar 2018

Vir: Lastni izračun po podatkih NaČas (2023).



## 5.2 Število čakajočih in čakajočih nad dopustno čakalno dobo v slovenskem zdravstvenem sistemu v obdobju 2019-2023 (eNaročanje)

### 5.2.1 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2019

Tabela 19. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2019

Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD				Delež nad DČD (v %)		
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno
1	RTG abdomna	-	-	1	1	-	-	-	-	0%	0%	100%
2	RTG ledvic in sečnega mehurja	-	3	6	9	-	-	-	-	0%	0%	33%
3	RTG glave	1	18	18	37	-	-	-	-	0%	3%	49%
4	Angiografija	-	14	3	17	-	1	-	1	6%	0%	82%
5	PTA	2	8	-	10	2	-	-	2	20%	20%	80%
6	Operacija ščitnice (tudi občitnice)	-	3	4	7	-	1	3	4	57%	0%	43%
7	Endoproteza gležnja	-	3	15	18	-	-	9	9	50%	0%	17%
8	RTG PC	13	68	179	260	1	10	14	25	10%	5%	26%
9	RTG hrbtenice	35	478	632	1.145	25	2	-	27	2%	3%	42%
10	CT skeleta	41	266	112	419	35	2	-	37	9%	10%	63%
11	Sklerozacijo krčnih žil	2	5	62	69	-	2	41	43	62%	3%	7%
12	Ortopedska operacija rame	4	72	185	261	4	9	38	51	20%	2%	28%
13	operacija karpalnega kanala	4	90	222	316	4	15	41	60	19%	1%	28%
14	RTG mamografija	5	90	276	371	2	8	51	61	16%	1%	24%
15	RTG skeleta	62	728	1.081	1.871	41	9	20	70	4%	3%	39%
16	Kirurški posegi na srcu in/ali pripadajočih velikih žilah pri odprtem prsnem košu	1	30	49	80	-	30	45	75	94%	1%	38%
17	CT glave in vratu	72	772	528	1.372	56	33	13	102	7%	5%	56%
18	Diabetološka ambulanta	10	107	317	434	7	7	102	116	27%	2%	25%
19	Elektroencefalografija (EEG)	13	347	348	708	11	56	51	118	17%	2%	49%
20	CT srca	2	93	71	166	2	90	49	141	85%	1%	56%
21	Artroskopska operacija	6	190	640	836	2	37	136	175	21%	1%	23%
22	Operacija hrbtenice	3	125	238	366	2	71	129	202	55%	1%	34%
23	MR srca	4	138	122	264	4	102	100	206	78%	2%	52%
24	Koronarografija	19	522	167	708	12	166	42	220	31%	3%	74%
25	Ginekološka ambulanta -sek.nivo	20	724	1.419	2.163	16	127	82	225	10%	1%	33%
26	Operacija na ožilju - arterije in vene (brez PTA)	1	23	239	263	1	23	230	254	97%	0%	9%
27	MR angiografije - MRA	13	248	273	534	9	112	141	262	49%	2%	46%
28	MR toraksa in abdomna	63	696	353	1.112	49	202	27	278	25%	6%	63%
29	Psihiatrična ambulanta	43	591	425	1.059	33	229	34	296	28%	4%	56%
30	Operacija žolčnih kamnov	7	94	493	594	5	27	335	367	62%	1%	16%
31	Endoproteza kolka	8	423	1.221	1.652	7	75	297	379	23%	0%	26%
32	UZ skeleta	11	386	230	627	9	285	115	409	65%	2%	62%
33	CT angiografije - CTA	51	482	385	918	48	210	156	414	45%	6%	53%
34	Očesna ambulanta pregled vida za očala	9	394	1.437	1.840	7	140	272	419	23%	0%	21%
35	UZ dojke	51	494	833	1.378	38	70	327	435	32%	4%	36%
36	Operacije kile-odrasli	2	106	798	906	1	24	560	585	65%	0%	12%
37	Operacija na stopalu	-	154	896	1.050	-	38	604	642	61%	0%	15%
38	Ambulanta za oralno in maksilofacialno kirurgijo	27	982	2.848	3.857	18	20	611	649	17%	1%	25%
39	Endoproteza kolena	-	377	1.655	2.032	-	32	691	723	36%	0%	19%
40	CT toraksa in abdomna	332	1.621	768	2.721	245	410	74	729	27%	12%	60%
41	UZ mehkih tkiv	96	1.233	1.884	3.213	76	377	278	731	23%	3%	38%
42	UZ srca	4	281	1.071	1.356	4	205	632	841	62%	0%	21%
43	Urološka ambulanta	216	1.629	1.650	3.495	184	579	273	1.036	30%	6%	47%
44	Revmatološka ambulanta	48	1.161	1.800	3.009	31	161	1.116	1.308	43%	2%	39%
45	RTG skeleta	239	4.357	2.992	7.588	180	888	358	1.426	19%	3%	57%
46	Elektromiografija (EMG)	119	3.351	3.244	6.714	106	927	683	1.716	26%	2%	50%
47	MR glave in vratu	105	1.864	2.113	4.082	88	849	811	1.748	43%	3%	46%
48	UZ vratnih žil	58	1.962	5.200	7.220	47	786	1.094	1.927	27%	1%	27%
49	Operacija sive mreže (katarakta)	33	745	3.922	4.700	27	529	1.403	1.959	42%	1%	16%
50	Operacija na ožilju - krčne žile	26	452	2.542	3.020	7	305	2.172	2.484	1%	1%	15%
51	Operacije ušes, nosu, ust in grla	75	843	3.188	4.106	62	469	2.067	2.598	63%	2%	21%
52	Kardiolška ambulanta	248	4.174	4.341	8.763	202	2.071	1.124	3.397	39%	3%	48%
53	Nevrološka ambulanta	419	3.515	2.912	6.846	361	2.298	1.157	3.816	56%	6%	51%
54	Ortopedska ambulanta	513	8.988	7.352	16.853	447	5.428	3.300	9.175	54%	3%	53%
55	Dermatološka ambulanta	649	6.641	10.642	17.932	391	3.744	5.431	9.566	53%	4%	37%
	<b>Skupaj</b>	<b>3.785</b>	<b>53.161</b>	<b>74.402</b>	<b>131.348</b>	<b>2.909</b>	<b>22.291</b>	<b>27.339</b>	<b>52.539</b>	<b>40%</b>	<b>3%</b>	<b>40%</b>

Opomba: PTA- perkutani posegi na srcu, srčnih zaklopkah, koronarnih in drugih arterijah ;

Vir: Lastni izračun po podatkih eNaročanje (2023)

Rezultat analize čakajočih za leto 2019 na dan 1. januar 2019 na *izbrane* zdravstvene storitve (Priloga B: 400 vrst zdravstvenih storitev iz CIS eNaročanje smo razvrstili v 55 primerljivih skupin zdravstvenih storitev, ki ustrezajo metodologiji NaČas) kaže (Tabela 19), da je na dan 1. januarja 2019, na 55 skupin zdravstvenih storitev čakalo 131.348 vseh čakajočih (3 % pri stopnji »zelo hitro«, 40 % pri stopnji »hitro« in 57 % pri stopnji »redno«), *od tega 40 % čakajočih nad dopustno čakalno dobo*. Primerjalna analiza podatkov kaže, da je januarja 2019 za izbranih in primerljivih 55 skupin zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 52.539 (40 %) pacientov od 131.348 vseh čakajočih pacientov (Tabela 19). Okrnjen dostop je bil januarja 2019 za 52.539 čakajočih nad dopustno čakalno dobo iz izbrano skupino zdravstvenih storitev (primerljivo z NaČas), 3 % pri stopnji »zelo hitro«, 32 % pri stopnji »hitro« in 65 % pri stopnji »redno«.

### 5.2.2 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2020

**Tabela 20. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2020**

Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD				Delež nad DČD (v %)			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno
1	Sklerozacijo krčnih žil	-	23	1.817	1.840	-	3	331	334	18%	0%	1%	99%
2	RTG ledvic in sečnega mehurja	-	6	7	13	-	3	-	3	23%	0%	46%	54%
3	Operacija na stopalu - hallux valgus	8	357	2.105	2.470	6	70	1.294	1.370	55%	0%	14%	85%
4	Očesna ambulanta pregled vida za očala	22	534	5.476	6.032	14	149	947	1.110	18%	0%	9%	91%
5	RTG mamografija	3	103	626	732	2	12	191	205	28%	0%	14%	86%
6	Endoproteza kolena	22	772	3.539	4.333	15	116	964	1.095	25%	1%	18%	82%
7	Endoproteza gležnja	3	143	224	370	2	36	176	214	58%	1%	39%	61%
8	Operacija na ožilju - krčne žile	54	897	5.285	6.236	37	623	3.901	4.561	73%	1%	14%	85%
9	UZ vratnih žil	92	2.254	6.932	9.278	67	814	2.211	3.092	33%	1%	24%	75%
10	Ortopedska operacija rame	7	180	481	668	7	8	161	176	26%	1%	27%	72%
11	PTA	1	15	77	93	1	1	5	7	8%	1%	16%	83%
12	operacija karpalnega kanala	15	267	1.103	1.385	5	33	99	137	10%	1%	19%	80%
13	Operacija ščitnice (tudi obščitnice)	4	123	199	326	3	116	152	271	83%	1%	38%	61%
14	Operacija sive mreže (katarakta)	103	1.444	6.777	8.324	63	762	1.304	2.129	26%	1%	17%	81%
15	Endoproteza kolka	40	756	2.198	2.994	30	37	218	285	10%	1%	25%	73%
16	Ambulanta za oralno in maksilofacialno kirurgijo	129	2.798	5.967	8.894	93	4	557	654	7%	1%	31%	67%
17	Artroskopska operacija	31	557	1.535	2.123	24	12	144	180	8%	1%	26%	72%
18	Operacije kile-odrasli	25	210	1.292	1.527	11	72	488	571	37%	2%	14%	85%
19	Ginekološka ambulanta -sek.nivo	73	1.014	2.988	4.075	45	69	404	518	13%	2%	25%	73%
20	RTG glave	1	19	34	54	1	-	1	2	4%	2%	35%	63%
21	Operacija hrbtnice	44	640	1.458	2.142	20	162	617	799	37%	2%	30%	68%
22	Operacije ušes, nosu, ust in grla	215	1.409	7.435	9.059	126	617	4.617	5.360	59%	2%	16%	82%
23	Operacija na ožilju - arterije in vene (brez PTA)	12	67	396	475	10	24	316	350	74%	3%	14%	83%
24	Operacija žolčnih kamnov	25	168	746	939	15	42	296	353	38%	3%	18%	79%
25	UZ dojke	87	891	2.222	3.200	50	443	1.287	1.780	56%	3%	28%	69%
26	UZ srca	61	856	1.235	2.152	44	494	707	1.245	58%	3%	40%	57%
27	RTG hrbtnice	50	756	957	1.763	17	35	19	71	4%	3%	43%	54%
28	RTG skeleta	98	1.327	1.874	3.299	49	54	63	166	5%	3%	40%	57%
29	MR angiografije - MRA	29	429	460	918	25	141	158	324	35%	3%	47%	50%
30	MR glave in vratu	234	3.071	3.753	7.058	196	1.267	1.435	2.898	41%	3%	44%	53%
31	Elektroencefalografija (EEG)	49	575	591	1.215	41	112	136	289	24%	4%	47%	49%
32	CT srca	21	331	167	519	12	92	21	125	24%	4%	64%	32%
33	Elektromiografija (EMG)	384	4.897	3.615	8.896	302	2.694	1.238	4.234	48%	4%	55%	41%
34	UZ mehkih tkiv	226	1.919	2.879	5.024	167	857	278	1.302	26%	4%	38%	57%
35	RTG PC	31	156	488	675	12	23	149	184	27%	5%	23%	72%
36	Revmatološka ambulanta	192	1.697	1.943	3.832	120	218	1.388	1.726	45%	5%	44%	51%
37	Koronarografija	59	795	181	1.035	37	466	24	527	51%	6%	77%	17%
38	RTG skeleta	712	7.167	4.348	12.227	526	1.055	227	1.808	15%	6%	59%	36%

## Nadaljevanje Tabela 21.

Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD				Delež nad DČD (v %)			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno
39	Dermatološka ambulanta	1.362	9.094	12.460	22.916	1.147	5.964	6.072	13.183	58%	6%	40%	54%
40	Ortopedska ambulanta	1.098	9.868	7.220	18.186	822	4.481	2.755	8.058	44%	6%	54%	40%
41	Kardiološka ambulanta	729	5.537	5.656	11.922	577	2.738	1.681	4.996	42%	6%	46%	47%
42	MR srca	40	358	235	633	14	20	2	36	6%	6%	57%	37%
43	Psihiatrična ambulanta	142	713	1.362	2.217	121	117	61	299	13%	6%	32%	61%
44	UZ skeleta	54	542	244	840	39	340	63	442	53%	6%	65%	29%
45	Diabetološka ambulanta	58	230	502	790	34	57	85	176	22%	7%	29%	64%
46	CT glave in vratu	130	916	598	1.644	101	157	40	298	18%	8%	56%	36%
47	Urološka ambulanta	558	3.259	2.928	6.745	441	1.751	849	3.041	45%	8%	48%	43%
48	Angiografija	28	259	37	324	28	231	16	275	85%	9%	80%	11%
49	CT angiografije - CTA	151	910	474	1.535	87	228	58	373	24%	10%	59%	31%
50	Nevrološka ambulanta	929	4.118	3.173	8.220	744	1.936	616	3.296	40%	11%	50%	39%
51	MR toraksa in abdomna	345	1.428	620	2.393	239	536	94	869	36%	14%	60%	26%
52	CT skeleta	85	306	198	589	50	15	4	69	12%	14%	52%	34%
53	CT toraksa in abdomna	661	2.355	1.252	4.268	414	367	126	907	21%	15%	55%	29%
54	Kirurški posegi na srcu**	69	223	114	406	34	200	94	328	81%	17%	55%	28%
55	RTG abdomna	2	3	4	9	-	-	2	2	22%	22%	33%	44%
	<b>Skupaj</b>	<b>9.603</b>	<b>79.742</b>	<b>120.487</b>	<b>209.832</b>	<b>7.087</b>	<b>30.874</b>	<b>39.142</b>	<b>77.103</b>	<b>37%</b>	<b>5%</b>	<b>38%</b>	<b>57%</b>

Opomba: PTA- perkutani posegi na srcu, srčnih zaklopkah, koronarnih in drugih arterijah ; \*\* in/ali pripadajočih velikih žilah pri odprtem prsnem košu.

Vir: Lastni izračun po podatkih eNaročanje (2023).

Rezultat analize čakajočih na dan 1. januar 2020 na *izbrane* zdravstvene storitve (400 vrst zdravstvenih storitev iz CIS eNaročanje smo razvrstili v 55 primerljivih skupin zdravstvenih storitev, ki ustrezajo metodologiji NaČas, kot je prikazano v prilogi A) kaže (Tabela 20), da je na dan 1. januarja 2020, na **55** skupin zdravstvenih storitev čakalo **209.832 vseh čakajočih** (5 % pri stopnji »zelo hitro«, 38 % pri stopnji »hitro« in 57 % pri stopnji »redno«), *od tega 37 % čakajočih nad dopustno čakalno dobo*. Primerjalna analiza podatkov kaže, da je januarja 2020 za izbranih in primerljivih 55 skupin zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 77.103 (37 %) pacientov od **209.832** vseh čakajočih pacientov (Tabela 20).

Okrnjen dostop je bil 1. januarja 2020 za 77.103 čakajočih nad dopustno čakalno dobo iz izbrano skupino zdravstvenih storitev (primerljivo z NaČas), 5 % pri stopnji »zelo hitro«, 38 % pri stopnji »hitro« in 57 % pri stopnji »redno«.

### 5.2.3 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2021

Rezultat analize čakajočih na dan 1. januar 2021 na *izbrane* zdravstvene storitve (400 vrst zdravstvenih storitev iz CIS eNaročanje smo razvrstili v 55 primerljivih skupin zdravstvenih storitev, ki ustrezajo metodologiji NaČas, kot je prikazano v prilogi A) kaže (Tabela 21), da je na dan 1. januarja 2021, na **55** skupin zdravstvenih storitev čakalo 148.888 **vseh čakajočih** (6 % pri stopnji »zelo hitro«, 37 % pri stopnji »hitro« in 57 % pri stopnji »redno«), *od tega 38 % čakajočih nad dopustno čakalno dobo*. Primerjalna analiza kaže, da je 1. januarja 2021 za izbranih in primerljivih 55 skupin zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 56.410 (38 %) pacientov od 148.888 vseh čakajočih pacientov (Tabela 21). Okrnjen dostop je bil 1. januarja 2021 za 56.410 čakajočih nad dopustno čakalno dobo za izbrano skupino

zdravstvenih storitev (primerljivo z NaČas), 10 % pri stopnji »zelo hitro«, 37 % pri stopnji »hitro« in 53 % pri stopnji »redno«.

**Tabela 21. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2021**

Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD				Delež nad DČD (v %)			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno
1	RTG abdomna	-	1	1	2	-	-	-	-	0%	0%	50%	50%
2	RTG ledvic in sečnega mehurja	1	6	11	18	-	-	-	-	0%	6%	33%	61%
3	RTG glave	3	7	7	17	2	-	-	2	12%	18%	41%	41%
4	Perkutani posegi na srcu, srčnih zaklopkah, koronarnih in drugih arterijah (PTA)	-	7	50	57	-	1	2	3	5%	0%	12%	88%
5	Angiografija	15	20	4	39	10	2	-	12	31%	38%	51%	10%
6	RTG hrbtenice	60	285	277	622	13	8	8	29	5%	10%	46%	45%
7	CT skeleta	72	185	86	343	37	19	4	60	17%	21%	54%	25%
8	RTG mamografija	10	105	434	549	7	40	39	86	16%	2%	19%	79%
9	RTG skeleta	120	475	581	1.176	33	16	39	88	7%	10%	40%	49%
10	Diabetološka ambulanta	97	231	394	722	52	23	54	129	18%	13%	32%	55%
11	CT glave in vratu	145	505	213	863	66	66	15	147	17%	17%	59%	25%
12	CT angiografije - CTA	126	457	348	931	56	78	18	152	16%	14%	49%	37%
13	Elektroencefalografija (EEG)	31	250	190	471	29	72	54	155	33%	7%	53%	40%
14	CT srca	65	301	164	530	30	59	67	156	29%	12%	57%	31%
15	Endoproteza gležnja	3	108	194	305	3	15	140	158	52%	1%	35%	64%
16	RTG PC	64	119	386	569	11	20	133	164	29%	11%	21%	68%
17	MR srca	44	349	199	592	32	119	15	166	28%	7%	59%	34%
18	UZ skeleta	54	269	59	382	38	146	17	201	53%	14%	70%	15%
19	operacija karpalnega kanala	57	272	797	1.126	37	71	115	223	20%	5%	24%	71%
20	Psihiatrična ambulanta	198	338	600	1.136	158	54	28	240	21%	17%	30%	53%
21	Ortopedska operacija rame	45	82	358	485	40	11	198	249	51%	9%	17%	74%
22	Artroskopska operacija	158	569	1.134	1.861	129	29	106	264	14%	8%	31%	61%
23	MR angiografije - MRA	49	257	313	619	20	137	119	276	45%	8%	42%	51%
24	Kirurški posegi na srcu in/ali pripadajočih velikih žilah pri odprtem prsnem košu	72	248	110	430	30	196	73	299	70%	17%	58%	26%
25	Operacija ščitnice (tudi občitnice)	4	184	231	419	1	172	193	366	87%	1%	44%	55%
26	Ginekološka ambulanta -sek.nivo	124	889	1.890	2.903	74	132	193	399	14%	4%	31%	65%
27	Sklerozacijo krčnih žil	8	54	1.539	1.601	7	15	387	409	26%	0%	3%	96%
28	Operacija žolčnih kamnov	41	207	761	1.009	28	42	383	453	45%	4%	21%	75%
29	UZ mehkih tkiv	195	927	2.472	3.594	66	204	204	474	13%	5%	26%	69%
30	Operacija na ožilju - arterije in vene (brez PTA)	77	170	434	681	61	121	356	538	79%	11%	25%	64%
31	Očesna ambulanta pregled vida za očala	13	277	2.435	2.725	8	115	424	547	20%	0%	10%	89%
32	Koronarografija	208	717	136	1.061	166	386	58	610	57%	20%	68%	13%
33	MR toraksa in abdomna	324	1.044	496	1.864	153	354	107	614	33%	17%	56%	27%
34	Operacija hrbtenice	89	647	1.388	2.124	54	152	474	680	32%	4%	30%	65%
35	CT toraksa in abdomna	740	1.806	1.005	3.551	295	338	129	762	21%	21%	51%	28%
36	Endoproteza kolka	91	834	2.489	3.414	74	119	648	841	25%	3%	24%	73%
37	Ambulanta za oralno in maksilofacialno kirurgijo	154	2.915	5.264	8.333	76	3	787	866	10%	2%	35%	63%
38	Operacije kile-odrasli	56	364	1.434	1.854	30	168	707	905	49%	3%	20%	77%
39	UZ srca	24	613	763	1.400	16	482	432	930	66%	2%	44%	55%
40	RTG skeleta	741	3.721	2.146	6.608	301	712	203	1.216	18%	11%	56%	32%
41	Operacija na stopalu - hallux valgus	13	451	1.920	2.384	10	70	1.149	1.229	52%	1%	19%	81%
42	UZ dojke	217	1.005	1.808	3.030	187	585	911	1.683	56%	7%	33%	60%
43	Endoproteza kolena	56	903	4.097	5.056	44	126	1.542	1.712	34%	1%	18%	81%
44	Nevrološka ambulanta	609	2.379	1.662	4.650	437	1.125	387	1.949	42%	13%	51%	36%
45	UZ vratnih žil	129	1.660	4.010	5.799	78	897	1.176	2.151	37%	2%	29%	69%
46	Urološka ambulanta	529	2.297	2.029	4.855	408	1.072	673	2.153	44%	11%	47%	42%
47	MR glave in vratu	235	1.950	2.712	4.897	120	1.058	1.171	2.349	48%	5%	40%	55%
48	Operacija sive mreže (katarakta)	142	1.367	6.825	8.334	80	623	1.847	2.550	31%	2%	16%	82%
49	Elektromiografija (EMG)	306	3.776	1.864	5.946	236	2.021	445	2.702	45%	5%	64%	31%
50	Kardiološka ambulanta	569	3.120	3.368	7.057	368	1.404	998	2.770	39%	8%	44%	48%
51	Revmatološka ambulanta	223	1.858	1.871	3.952	178	1.541	1.506	3.225	82%	6%	47%	47%
52	Operacije ušes, nosu, ust in grla	326	1.432	5.907	7.665	200	769	3.113	4.082	53%	4%	19%	77%
53	Operacija na ožilju - krčne žile	72	1.049	4.773	5.894	48	692	3.430	4.170	71%	1%	18%	81%
54	Ortopedska ambulanta	887	6.312	4.111	11.310	479	2.434	1.731	4.644	41%	8%	56%	36%
55	Dermatološka ambulanta	678	4.020	6.375	11.073	449	1.863	2.860	5.172	47%	6%	36%	58%
	<b>Skupaj</b>	<b>9.369</b>	<b>54.394</b>	<b>85.125</b>	<b>148.888</b>	<b>5.565</b>	<b>20.977</b>	<b>29.868</b>	<b>56.410</b>	<b>38%</b>	<b>6%</b>	<b>37%</b>	<b>57%</b>

Vir: Lastni izračun po podatkih eNaročanje (2023).

## 5.2.4 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2022

Tabela 22. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2022

Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD				Delež nad DČD (v %)			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno
1	RTG glave	5	8	10	23	1	-	-	1	4%	22%	35%	43%
2	RTG abdomna	2	3	8	13	-	-	2	2	15%	15%	23%	62%
3	RTG ledvic in sečnega mehurja	5	5	3	13	3	-	-	3	23%	38%	38%	23%
4	RTG mamografija	17	99	266	382	6	2	8	16	4%	4%	26%	70%
5	Perkutani posegi na srcu, srčnih zaklopkah, koronarnih in drugih arterijah (PTA)	8	10	102	120	5	1	11	17	14%	7%	8%	85%
6	RTG hrbtenice	132	546	457	1.135	50	11	3	64	6%	12%	48%	40%
7	RTG PC	178	258	656	1.092	35	7	32	74	7%	16%	24%	60%
8	CT skeleta	145	255	206	606	70	17	4	91	15%	24%	42%	34%
9	MR srca	110	408	259	777	62	28	2	92	12%	14%	53%	33%
10	Angiografija	48	106	8	162	29	83	4	116	72%	30%	65%	5%
11	RTG skeleta	212	951	799	1.962	77	34	14	125	6%	11%	48%	41%
12	CT srca	98	344	167	609	58	100	2	160	26%	16%	56%	27%
13	Diabetološka ambulanta	110	224	591	925	45	27	104	176	19%	12%	24%	64%
14	CT angiografije - CTA	255	518	326	1.099	109	65	11	185	17%	23%	47%	30%
15	Ginekološka ambulanta -sek.nivo	166	1.155	2.303	3.624	70	92	34	196	5%	5%	32%	64%
16	CT glave in vratu	235	668	332	1.235	119	64	23	206	17%	19%	54%	27%
17	Kirurški posegi na srcu in/ali pripadajočih velikih žilah pri odprtem prsnem košu	149	150	105	404	79	96	49	224	55%	37%	37%	26%
18	MR angiografije - MRA	108	463	431	1.002	62	139	34	235	23%	11%	46%	43%
19	Elektroencefalografija (EEG)	102	449	273	824	73	145	103	321	39%	12%	54%	33%
20	Sklerozacijo krčnih žil	11	14	1.357	1.382	9	2	354	365	26%	1%	1%	98%
21	Ortopedska operacija rame	87	188	873	1.148	62	22	285	369	32%	8%	16%	76%
22	UZ skeleta	99	504	147	750	55	312	69	436	58%	13%	67%	20%
23	Psihiatrična ambulanta	367	723	1.049	2.139	267	185	31	483	23%	17%	34%	49%
24	Operacija ščitnice (tudi občitnice)	11	356	254	621	3	338	193	534	86%	2%	57%	41%
25	Artroskopska operacija	313	1.120	2.111	3.544	135	84	316	535	15%	9%	32%	60%
26	Operacija na ožilju - arterije in vene (brez PTA)	184	126	565	875	138	80	342	560	64%	21%	14%	65%
27	operacija karpalnega kanala	107	403	1.764	2.274	58	128	509	695	31%	5%	18%	78%
28	Endoproteza gležnja	53	438	797	1.288	33	154	541	728	57%	4%	34%	62%
29	UZ mehkih tkiv	450	1.591	2.599	4.640	233	370	135	738	16%	10%	34%	56%
30	Očesna ambulanta pregled vida za očala	60	464	3.981	4.505	48	165	665	878	19%	1%	10%	88%
31	Operacija hrbtenice	235	1.286	2.183	3.704	74	300	766	1.140	31%	6%	35%	59%
32	CT toraksa in abdomna	1.196	2.489	1.374	5.059	461	504	229	1.194	24%	24%	49%	27%
33	Koronarografija	381	1.044	106	1.531	322	849	64	1.235	81%	25%	68%	7%
34	Operacija žolčnih kamnov	115	490	1.671	2.276	61	276	977	1.314	58%	5%	22%	73%
35	UZ srca	260	954	849	2.063	187	728	514	1.429	69%	13%	46%	41%
36	MR toraksa in abdomna	960	2.115	938	4.013	569	721	215	1.505	38%	24%	53%	23%
37	Ambulanta za oralno in maksilofacialno kirurgijo	299	3.208	6.740	10.247	198	19	1.459	1.676	16%	3%	31%	66%
38	Operacija na stopalu - hallux valgus	45	783	3.161	3.989	25	177	1.616	1.818	46%	1%	20%	79%
39	Endoproteza kolka	386	2.078	4.375	6.839	182	328	1.543	2.053	30%	6%	30%	64%
40	UZ dojke	516	1.278	1.853	3.647	397	774	911	2.082	57%	14%	35%	51%
41	Urološka ambulanta	870	2.529	1.923	5.322	652	1.150	501	2.303	43%	16%	48%	36%
42	Operacije kile-odrasli	209	1.023	3.408	4.640	144	608	2.124	2.876	62%	5%	22%	73%
43	Endoproteza kolena	261	2.167	7.081	9.509	127	520	2.969	3.616	38%	3%	23%	74%
44	MR glave in vratu	694	4.482	4.563	9.739	456	2.040	1.228	3.724	38%	7%	46%	47%
45	UZ vratnih žil	331	3.625	5.868	9.824	211	1.820	2.007	4.038	41%	3%	37%	60%
46	Elektromiografija (EMG)	773	5.654	2.186	8.613	436	3.015	652	4.103	48%	9%	66%	25%
47	RTG skeleta	1.748	8.982	4.126	14.856	1.056	3.407	448	4.911	33%	12%	60%	28%
48	Nevrološka ambulanta	1.296	5.695	2.932	9.923	833	3.701	785	5.319	54%	13%	57%	30%
49	Revmatološka ambulanta	242	2.945	3.439	6.626	187	2.269	3.110	5.566	84%	4%	44%	52%
50	Operacija na ožilju - krčne žile	199	941	9.100	10.240	55	254	5.818	6.127	60%	2%	9%	89%
51	Operacije ušes, nosu, ust in grla	604	2.924	9.834	13.362	315	1.525	4.885	6.725	50%	5%	22%	74%
52	Operacija sive mreže (katarakta)	489	2.527	10.874	13.890	322	1.462	6.327	8.111	58%	4%	18%	78%
53	Ortopedska ambulanta	2.353	10.161	4.998	17.512	1.590	4.676	2.016	8.282	47%	13%	58%	29%
54	Dermatološka ambulanta	1.692	8.023	8.443	18.158	1.303	4.198	3.051	8.552	47%	9%	44%	46%
55	Kardiološka ambulanta	2.257	8.432	5.689	16.378	1.463	5.123	2.222	8.808	54%	14%	51%	35%
	<b>Skupaj</b>	<b>22.238</b>	<b>98.382</b>	<b>130.513</b>	<b>251.133</b>	<b>13.620</b>	<b>43.195</b>	<b>50.317</b>	<b>107.132</b>	<b>43%</b>	<b>9%</b>	<b>39%</b>	<b>52%</b>

Vir: Lastni izračun po podatkih eNaročanje (2023).

Rezultat analize čakajočih na dan 1. januar 2022 na *izbrane* zdravstvene storitve (400 vrst zdravstvenih storitev iz CIS eNaročanje smo razvrstili v 55 primerljivih skupin zdravstvenih storitev, ki ustrezajo metodologiji NaČas, kot je prikazano v prilogi A) kaže (Tabela 22), da je na dan 1. januarja 2022, na 55 skupin zdravstvenih storitev čakalo 251.133 vseh čakajočih (9 % pri stopnji »zelo hitro«, 39 % pri stopnji »hitro« in 52 % pri stopnji »redno«), *od tega 43 % čakajočih nad dopustno čakalno dobo*. Primerjalna analiza kaže, da je 1. januarja 2022 za izbranih in primerljivih 55 skupin zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 107.132 (43 %) pacientov od 251.133 vseh čakajočih pacientov (Tabela 22). Okrnjen dostop je bil 1. januarja 2022 za 107.132 čakajočih nad dopustno čakalno dobo za izbrano skupino zdravstvenih storitev (primerljivo z NaČas), 13 % pri stopnji »zelo hitro«, 40 % pri stopnji »hitro« in 47 % pri stopnji »redno«.

#### **5.2.5 Dostop do zdravstvenih storitev v letu 2023**

Rezultat analize čakajočih na dan 1. januar 2023 na *izbrane* zdravstvene storitve (400 vrst zdravstvenih storitev iz CIS eNaročanje smo razvrstili v 55 primerljivih skupin zdravstvenih storitev, ki ustrezajo metodologiji NaČas, kot je prikazano v prilogi A) kaže (Tabela 23), da je na dan 1. januarja 2023, na 55 skupin zdravstvenih storitev čakalo 264.616 vseh čakajočih (11 % pri stopnji »zelo hitro«, 39 % pri stopnji »hitro« in 50 % pri stopnji »redno«), *od tega 85 % čakajočih nad dopustno čakalno dobo*. Primerjalna analiza kaže, da je 1. januarja 2023 za izbranih in primerljivih 55 skupin zdravstvenih storitev nad dopustno čakalno dobo čakalo 117.358 (44 %) pacientov od 264.616 vseh čakajočih pacientov (Tabela 23). Okrnjen dostop je bil 1. januarja 2023 za 117.358 čakajočih nad dopustno čakalno dobo za izbrano skupino zdravstvenih storitev (primerljivo z NaČas), 16 % pri stopnji »zelo hitro«, 42 % pri stopnji »hitro« in 43 % pri stopnji »redno«.

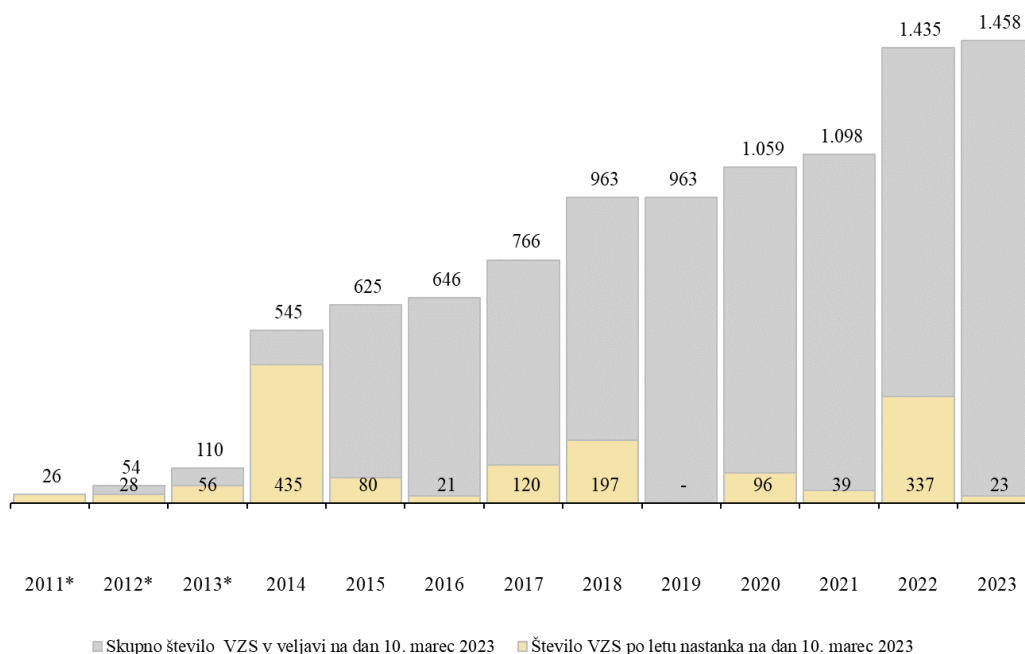
**Tabela 23. Število čakajočih pacientov po stopnjah nujnosti na dan 1. januar 2023**

Zap. št.	Ambulanta/Storitev	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD				Delež čakajočih nad DČD (v %)			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno
1	RTG abdomna	2	6	6	14	-	-	-	-	0%	14%	43%	43%
2	RTG ledvic in sečnega mehurja	2	3	4	9	-	-	-	-	0%	22%	33%	44%
3	RTG glave	21	21	20	62	7	-	-	7	11%	34%	34%	32%
4	Angiografija	18	39	6	63	16	32	4	52	83%	29%	62%	10%
5	RTG mamografija	33	130	428	591	22	9	24	55	9%	6%	22%	72%
6	RTG PC	254	321	792	1.367	48	6	5	59	4%	19%	23%	58%
7	RTG hrbenice	180	785	774	1.739	68	5	2	75	4%	10%	45%	45%
8	CT skeleta	130	172	281	583	62	18	6	86	15%	22%	30%	48%
9	MR angiografije - MRA	86	389	492	967	41	62	40	143	15%	9%	40%	51%
10	Ortopedska operacija rame	78	155	699	932	63	4	93	160	17%	8%	17%	75%
11	Diabetološka ambulanta	165	346	518	1.029	91	49	39	179	17%	16%	34%	50%
12	RTG skeleta	488	1.795	1.543	3.826	197	7	3	207	5%	13%	47%	40%
13	Artroskopska operacija	201	590	1.488	2.279	90	17	101	208	9%	9%	26%	65%
14	CT angiografije - CTA	302	563	368	1.233	143	51	16	210	17%	24%	46%	30%
15	Perkutani posegi na srcu, srčnih zaklopkah, koronarnih in drugih arterijah (PTA)	67	173	132	372	34	139	38	211	57%	18%	47%	35%
16	Operacija ščitnice (tudi občitnice)	4	126	126	256	2	121	96	219	86%	2%	49%	49%
17	Kirurški posegi na srcu in/ali pripadajočih velikih žilah pri odprtem prsnem košu	154	158	36	348	105	133	20	258	74%	44%	45%	10%
18	Operacija na ožilju - arterije in vene (brez PTA)	116	102	499	717	64	62	176	302	42%	16%	14%	70%
19	Sklerozacija krčnih žil	15	18	1.308	1.341	12	-	294	306	23%	1%	1%	98%
20	Ginekološka ambulanta -sek.nivo	185	1.673	2.581	4.439	83	179	45	307	7%	4%	38%	58%
21	CT srca	196	394	118	708	134	167	16	317	45%	28%	56%	17%
22	Elektroencefalografija (EEG)	207	365	172	744	185	149	10	344	46%	28%	49%	23%
23	CT glave in vratu	305	854	456	1.615	135	211	35	381	24%	19%	53%	28%
24	MR srca	275	704	294	1.273	99	287	40	426	33%	22%	55%	23%
25	Endoproteza gležnja	25	253	728	1.006	20	63	414	497	49%	2%	25%	72%
26	UZ skeleta	225	578	184	987	146	368	27	541	55%	23%	59%	19%
27	operacija karpalnega kanala	83	381	1.426	1.890	52	68	472	592	31%	4%	20%	75%
28	Psihiatrična ambulanta	498	865	1.379	2.742	349	379	42	770	28%	18%	32%	50%
29	Operacija hrbenice	248	984	1.656	2.888	119	245	545	909	31%	9%	34%	57%
30	Koronarografija	432	842	86	1.360	382	652	21	1.055	78%	32%	62%	6%
31	Očesna ambulanta pregled vida za očala	85	614	4.440	5.139	67	236	954	1.257	24%	2%	12%	86%
32	UZ srca	506	843	597	1.946	339	625	318	1.282	66%	26%	43%	31%
33	Operacija žolčnih kamnov	142	313	1.607	2.062	99	160	1.046	1.305	63%	7%	15%	78%
34	UZ mehkih tkiv	873	1.887	2.484	5.244	466	700	149	1.315	25%	17%	36%	47%
35	Operacija na stopalu - hallux valgus	21	512	2.531	3.064	11	67	1.423	1.501	49%	1%	17%	83%
36	CT toraksa in abdomna	1.646	2.949	1.737	6.332	637	715	261	1.613	25%	26%	47%	27%
37	MR toraksa in abdomna	1.452	2.001	1.560	5.013	789	953	249	1.991	40%	29%	40%	31%
38	Endoproteza kolka	245	1.374	3.724	5.343	148	183	1.828	2.159	40%	5%	26%	70%
39	MR glave in vratu	583	3.222	4.831	8.636	255	855	1.136	2.246	26%	7%	37%	56%
40	Operacije kile-odrasli	269	846	3.048	4.163	167	458	1.934	2.559	61%	6%	20%	73%
41	Urološka ambulanta	1.166	3.235	1.801	6.202	919	1.305	373	2.597	42%	19%	52%	29%
42	UZ dojke	862	1.327	1.442	3.631	756	1.091	927	2.774	76%	24%	37%	40%
43	Ambulanta za oralno in maksilofacialno kirurgijo	702	4.349	8.348	13.399	504	209	2.735	3.448	26%	5%	32%	62%
44	RTG skeleta	1.362	7.880	6.325	15.567	568	2.526	367	3.461	22%	9%	51%	41%
45	Endoproteza kolena	143	1.646	5.787	7.576	78	310	3.194	3.582	47%	2%	22%	76%
46	Elektromiografija (EMG)	1.254	4.925	2.596	8.775	941	2.820	464	4.225	48%	14%	56%	30%
47	Operacija na ožilju - krčne žile	117	908	6.615	7.640	29	320	4.697	5.046	66%	2%	12%	87%
48	Revmatološka ambulanta	300	2.714	3.059	6.073	184	2.134	2.738	5.056	83%	5%	45%	50%
49	Operacija sive mreže (katarakta)	417	3.028	7.518	10.963	230	1.904	3.375	5.509	50%	4%	28%	69%
50	Operacije ušes, nosu, ust in grla	680	2.734	7.938	11.352	355	1.553	4.616	6.524	57%	6%	24%	70%
51	UZ vratnih žil	527	5.320	8.027	13.874	401	3.596	3.543	7.540	54%	4%	38%	58%
52	Ortopedska ambulanta	2.700	8.914	8.857	20.471	1.634	3.595	3.163	8.392	41%	13%	44%	43%
53	Nevrološka ambulanta	2.053	7.448	3.576	13.077	1.712	5.832	1.605	9.149	70%	16%	57%	27%
54	Kardiološka ambulanta	3.226	8.740	5.656	17.622	2.243	5.938	1.847	10.028	57%	18%	50%	32%
55	Dermatološka ambulanta	2.680	10.566	10.826	24.072	2.289	7.257	4.377	13.923	58%	11%	44%	45%
	<b>Skupaj</b>	<b>29.006</b>	<b>102.080</b>	<b>133.530</b>	<b>264.616</b>	<b>18.590</b>	<b>48.825</b>	<b>49.943</b>	<b>117.358</b>	<b>44%</b>	<b>11%</b>	<b>39%</b>	<b>50%</b>

Vir: Lastni izračun po podatkih eNaročanje (2023).

## 6 Število izvajalcev in čakalnih seznamov ter vrst zdravstvenih storitev v obdobju 2011-2023

Analiza rast števila zdravstvenih storitev v obdobju (maj 2011 do vključno marec 2023) pokaže (Slika 24), da se je število vrst zdravstvenih storitev s spremembo sistema vodenja in upravljanja čakalnih seznamov (prehod iz NaČas na eNaročanje) na podlagi šifranta vrst zdravstvenih storitev na dan 10. marec 2023, ki je v slovenskem sistemu podlaga za napotovanje pacientov na specialistično-sekundarno obravnavo, pokaže povečanje iz prvotnih 26 zdravstvenih storitev v letu 2011 na 963 v letu 2019 oziroma 1.458 v letu 2023 (Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023).



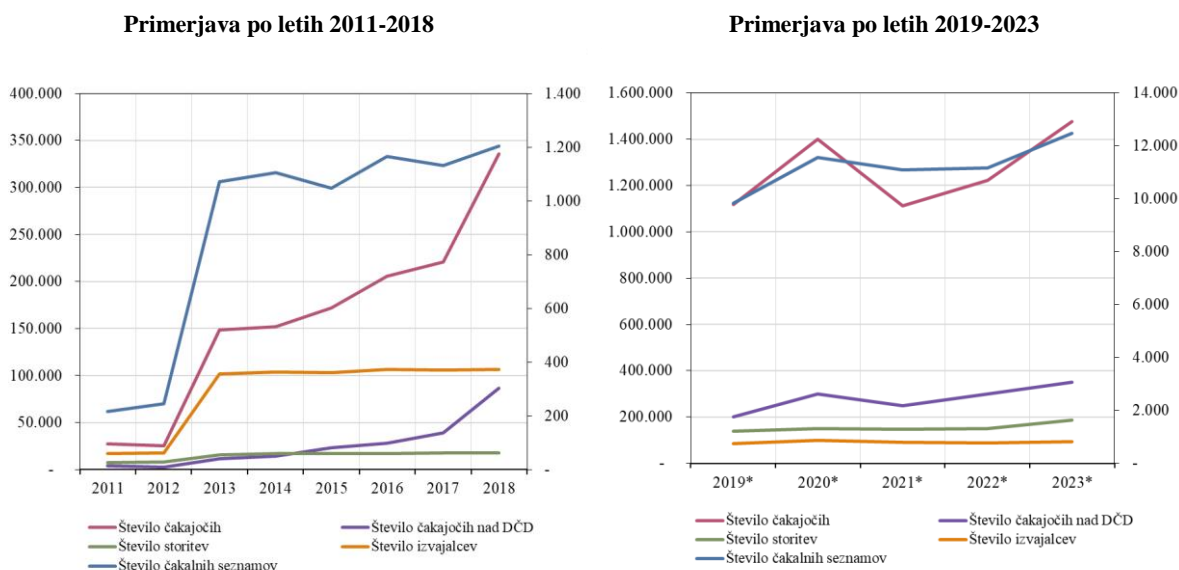
**Slika 24. Rast števila vrst zdravstvenih storitev v obdobju 2011-2023**

Vir: Lastni izračun po podatkih NIJZ ter podatkov iz šifranta VZS verzija 14.1 (2023).

Primerjalna analiza vzrokov »okrnjenega« dostopa do zdravstvenih storitev na podlagi izračunanih deležev čakajočih nad dopustno čakalno dob po letih 2011-2019 oziroma 2023, skupinah zdravstvenih storitev in stopnjah nujnosti obravnave ne zahteva enakih ukrepov oziroma enake pozornosti. Glede na izkušnje iz drugih držav je za vzpostavitev sistema upravljanje in vodenje čakalnih seznamov, najprej potrebno uskladiti oziroma določiti vhodne podatke ter dogovoriti metodologijo oziroma prikazovanja podatkov, če naj si bodo ukrepi zdravstvene politike usmerjeni v skrajševanje čakalnih vrst čakajočih pacientov nad dopustno čakalno dobo (Gutacker idr., 2016), ob predpostavki, da se informacije o čakalnih seznamih



pregledne in standardizirane (Godden & Pollock, 2009), kar je osnova za nadalje ukrepe po zgledu drugih zdravstvenih sistemov (Slika 25).



**Slika 25. Primerjava čakalnih seznamov, izvajalcev ter čakajočih pacientov ter vrst zdravstvenih storitev po letih**

Vir: Lastni izračun po podatkih NIJZ ter podatkov iz šifranta VZS verzija 14.1 (2023).

**Tabela 24. Število zdravstvenih storitev, izvajalcev vseh čakalnih seznamov in čakajočih ter čakajočih nad DČD po letih 2011-2023**

Leto*	Število storitev	Število izvajalcev	Število čakalnih seznamov	Število vseh čakajočih	Število čakajočih nad DČD
2011	26	60	217	27.582	3.891
2012	28	62	244	25.291	2.563
2013	56	357	1.071	148.454	11.700
2014	60	363	1.106	151.897	14.216
2015	60	361	1.047	172.153	23.368
2016	60	374	1.166	205.408	28.169
2017	61	371	1.131	220.663	39.291
2018	61	373	1.203	335.922	86.261
2019*	1.210	738	9.843	1.119.347	199.908
2020*	1.305	856	11.558	1.399.911	298.410
2021*	1.280	801	11.099	1.113.548	248.931
2022*	1.319	772	11.155	1.221.347	299.823
2023*	1.637	808	12.468	1.475.771	350.393

Opomba: \*stanje na dan 1. maj 2011 oziroma 1. januar po letih 2012-2018 za izbrano vrsto zdravstvenih storitev (400 VZS) od 2019 dalje za vse VZS po čakalnih seznamih izvajalcev.

Vir: Lastni po podatkih NIJZ ter podatkov iz šifranta VZS verzija 14.1 (2023).

Z novimi, konstantno spreminjajočimi se načini vodenja in upravljanja čakalnih seznamov, ki so bili vzpostavljeni na podlagi sprememb in dopolnitev Zakona o pacientovih pravicah ter pravilnika je raziskava pokazala, da so podatki med seboj neprimerljivi, saj le ta ves čas spremljanja in analiziranja podatkov, vključuje poleg novih izvajalcev vključenih v centralni informacijski sistem eNaročanja, tudi dodajanje števila zdravstvenih storitev in posledično povečevanjem čakalnih seznamov, kot kaže analiza za obdobje 2011-2018 oziroma 2019-2023 (Slika 26 in Tabela 24). Vsled navedenega bi kazalo realizirati aktivnosti predlagane v

akcijskem načrtu, vključno z institucionalizacijo projekta ter komunikacijskim načrtom, ki sta vključena v akcijski načrt, ki smo ga v raziskavi izvedli v IV. – V. fazi projekta.

Na splošno lahko podamo oceno na podlagi raziskovalnih vprašanj, da je glavni razlog, da ukrepi zdravstvene politike, ki so se pretežno nanašali na povečevanje obsega zdravstvenih storitev po rezultatih raziskave niso sledili preglednemu vodenju in upravljanju čakalnih seznamov, čemur je bilo namenjene premalo pozornosti za uskladitev ponudbe z povpraševano stranjo zdravstvenih storitev, kar je tudi, glavni razlog za naraščajoče število čakajočih v zadnjih 10 letih, kateremu je potrebno dodati tudi uvedbo nove stopnje nujnosti »zelo hitro«, ki je spremenila strukturo čakajočih, kar je povzročilo upad števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo v stopnji »redno« ter povečalo v stopni »zelo hitro« (Tabela 25).

**Tabela 25. Primerjava števila storitev in čakajočih nad DČD po stopnjah nujnosti obravnave in letih 2011-2023**

Stanje na dan	Število VZS storitev	Število vseh čakajočih na čakalnih seznamih	Število čakajočih nad DČD	Delež čakajočih nad DČD od vseh čakajočih po stopnjah nujnosti obravnave (v %)			
				Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno
1. maj 2011	26	27.582	3.891	14%	/	11%	89%
1. januar 2012	28	25.291	2.563	10%	/	16%	84%
1. januar 2013	56	148.454	11.700	8%	/	20%	80%
1. januar 2014	60	151.897	14.216	9%	/	21%	79%
1. januar 2015	60	172.153	23.368	14%	/	27%	73%
1. januar 2016	60	205.408	28.169	14%	/	31%	69%
1. januar 2017	61	220.663	39.291	18%	/	34%	66%
1. januar 2018	61	231.760	58.820	25%	/	<b>38%</b>	<b>62%</b>
1. januar 2019	400*	<b>131.348</b>	52.539	40%	<b>3%</b>	40%	57%
1. januar 2020	400*	209.832	77.103	37%	5%	38%	57%
1. januar 2021	400*	148.888	56.410	38%	6%	37%	57%
1. januar 2022	400*	251.133	107.132	43%	9%	39%	52%
1. januar 2023	400*	264.616	117.358	44%	<b>11%</b>	<b>39%</b>	<b>50%</b>

Opomba: VZS – vrsta zdravstvene storitve; \* 400 vrst zdravstvenih storitev ustreza prejšnjim 55 vrstam zdravstvenih storitev;

Primerjava podatkov (Tabela 25) uvedbe »nove stopnje nujnosti – zelo hitro« ter uvedbi centralnega naročanja v sistemu eNaročanje, pokaže, da se je spremenila struktura čakajočih, in sicer iz 0% v letu 2018 na 11% v letu 2023 v stopnji »zelo hitro«, iz 38 % v letu 2018 na 39 % v letu 2023 v stopnji »hitro« ter iz 62 % v letu 2018 na 50 % v letu 2023 ne glede na povečano število čakajočih.

## **IV.-VI. Faza**

### **Akcijski načrt, komunikacijski program in institucionalno izvajanje projekta**

## 1 Predlog aktivnosti akcijskega načrta in institucionalno izvajanja projekta

V okviru raziskave so v nadaljevanju podani predlogi za vzpostavitev projekta na podlagi akcijskega načrta, vključno s termini in nosilci za izvedbo posameznih aktivnosti ter nalog, ki vključuje naloge, ki se nanašajo na komunikacijske aktivnosti. Aktivnosti so predvidne po kvartalnih trajanja projekta (Tabela 26).

**Tabela 26. Komunikacijski načrt in institucionalizacija projekta - akcijskega načrta**

Predvidena aktivnost	Zap. Št.	Faze aktivnosti	Začetek	Konec	Nosilec(i)
Vzpostavitev projektne pisarne za implementacijo aktivnosti akcijskega načrta	1	Imenovanje članov in vodje projektne skupine	Q1	Q12	MZ
	2	Sodelovanje vseh deležnikov (MZ, ZZS, NIJZ, ZIRS ter izvajalcev zdravstvene dejavnosti)	Q1	Q12	MZ
	3	Zagotoviti finančne vire za aktivnosti na področju čakalnih seznamov, čakalnih dob (akcijski načrt/strategija)	Q1	Q12	MZ
Vodenje in upravljanje čakalnih seznamov pri izvajalcih	4	Koordinacija aktivnosti na nacionalni ravni v podporo izvajalcem zdravstvene dejavnosti pri vodenju in upravljanju čakalnih dob (informiranje o novostih, izvajanje analiz, idr.)	Q1	Q12	MZ
	5	vzpostavitev mehanizma informiranja o ažurnem vodenju čakalnih seznamov v CIS eNaročanje (ažurno – dnevno zagotavljanje oziroma posredovanje podatkov iz lokalnih IS sistemov izvajalcev) – priprava okrožnice ministra za zdravje	Q1	Q4	MZ in NIJZ
	6	vzpostavitev mehanizma za zagotovitev obveznega prenosa podatkov v CIS eNaročanje (v procesu naročanja A, B in C – od vpisa pacienta na čakalni seznam – do izpisa pacienta iz čakalnega seznama, ko je storitev opravljena)	Q1	Q12	MZ in NIJZ
	7	Priprava informacij o izvajalcih, ki ne posredujejo informacij v CIS eNaročanje	Q1	Q12	MZ in NIJZ
	8	priprava ukrepov z izvajalce, ki niso upoštevali priporočil o ažurnem vodenju čakalnih seznamov	Q1	Q4	MZ, NIJZ, ZZS
WebBI	9	Aktivnosti za povečanje uporabe WebBI izvajalcev	Q1	Q4	MZ
	10	Obdobno poročanje (priprava seznama izvajalcev, ki ne uporabljajo informacijskih rešitev WebBI)	Q1	Q6	NIJZ
	11	izvedba ankete uporabnikov WebBI z namenom izboljšanja vsebin ter analiz podatkov	Q1	Q4	NIJZ
eNaročanje	12	Vzpostaviti mehanizem poročanja o ne-implementaciji novih rešitev – sklic sestanka s programskimi hišami ter vodstvi izvajalcev (predvsem JZZ) – določiti roke za implementacije rešitev	Q1	Q12	MZ, NIJZ, ZZS
	13	Priprava navodil za izvajalce zdravstvenih storitev za preverjanje točnosti podatkov oziroma vzdrževalce lokalnih IS (programske hiše in/ali informatike)	Q1	Q12	NIJZ
Sprememba zakonodaje	14	Sprememba veljavne zakonodaje, glede vodenja in upravljanja čakalnih seznamov – priprava predlogov izboljšav (pravilnik, ZPacP, idr.)	Q1	Q4	MZ
Določitev prioritete	15	Določitev prioritete za spremljanje informacij o čakalnih dobah in čakajočih	Q1	Q4	MZ in NIJZ
	16	Uskladitev evidenc – priprava seznama izvajalcev zdravstvene dejavnosti po vrstah zdravstvenih (uskladitev s informacijami ZZS ter izvajalci)	Q1	Q12	MZ, ZZS in NIJZ
	17	Vzpostavitev registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki imajo sklenjeno pogodbo z ZZS in vodijo čakalne sezname po skupinah zdravstvenih storitev, vrstah zdravstvene dejavnosti – register čakalnih seznamov	Q1	Q3	MZ, ZZS in NIJZ
	18	Analiza podatkov po izvajalcih, ne posredujejo podatkov v CIS eNaročanje, po določitvi in vzpostavitvi registra	Q4	obdobno	NIJZ
	19	Sprejetje ukrepov za izvajalce, ki ne sporočajo podatkov v CIS eNaročanje ažurno	Q1	Q4	MZ

Nadaljevanje Tabele 26.

Predvidena aktivnost	Zap. Št.	Faze aktivnosti	Začetek	Konec	Nosilec(i)
<b>Metode in analiza podatkov (ČD/ČV)</b>	20	Določitev metod analize podatkov (statističnega izračuna čakalnih dob, dejanskih, pričakovanih ter nad DČD) po pripravi prioritetenih VZS	Q1	Q4	MZ, NIJZ, ZZZS
	21	Objava podatkov (poročil): sprememba statističnih metod in prikaza podatkov o ČD/ČV	Q1	Q4	MZ, NIJZ, ZZZS
	22	Priprava in objava šifranta za korelacije, sprva vsaj za prospektivnih programe in prve specialistične preglede ZZZS (po VZS in postopkih ter se jih razvrsti v glavne skupine)	Q2	Q6	MZ, NIJZ, ZZZS
	23	Priprava šifranta glavnih skupin vrst zdravstvenih storitev po modelu križnega šifranta za prvih 400 vrst zdravstvenih storitev pri čemer se doda vse prve specialistične preglede	Q3	Q6	MZ, NIJZ, ZZZS
<b>Uskladitev šifrantov ZZZS in NIJZ &amp; izvajalcev ZS</b>	24	Priprava nabora VSZ za redno statistično poročanje: po skupinah VZS – določenih, glede na prioritete MZ	Q1	Q6	MZ, NIJZ, ZZZS
	25	Uvedba modela in vsebine priprave letnega poročila o trendih gibanja ČD/ČV za izbrane VSZ po prioriteti, ki jo določi MZ	Q4	Q6	MZ, NIJZ, ZZZS
<b>Koordinacija aktivnosti z izvajalci ter drugimi udeleženci v procesu eNaročanja</b>	26	Organizacija in vodenje rednih/obdobjnih problemskih konferenc	Q1	Q12 (neprekinjeno)	MZ, NIJZ, ZZZS
	27	Organizacija srečanj med institucijami vključenimi v sistem spremljanja ter nadzora upravljanja čakalnih seznamov in čakalnih vrst	Q1	Q12 (neprekinjeno)	MZ, NIJZ, ZZZS
	28	Redni mesečni sestanki z direktorji JZZ ter izvajalci zdravstvenih storitev	Q1	Q12 (neprekinjeno)	MZ, NIJZ, ZZZS
<b>Sprememba modela financiranja zdravstvenih storitev</b>	29	sprememba modela plačevanja po posameznih vnaprej določenih – strokovno usklajenih skupinah zdravstvenih storitev na podlagi eNapotnice, po vnosu izvida oziroma odpustnega pisma (dokumentacije, ki temelji na izvedbi ZS v CRPP po programih, ki jih financira ZZZS	Q1	Trajna naloga	MZ, NIJZ, ZZZS
	30	Šifrant VZS, ki nastaja od leta 2011 dalje je potreben prenove (v prenovo vključiti medicinsko stroko ter kooperativne posameznike, RSK ali sekcije, ki delujejo v okviru zdravniškega društva ~ po posameznih specialnostih, pri čemer se v pripravo »šifranta« vključi tudi vidik obračunavanja zdravstvenih storitev;	Q1	Q4	MZ, NIJZ, ZZZS, in vsi deležniki
	31	Določitev strokovno dopustnih čakalnih dob po vrstah zdravstvenih storitev in strokovnih smernicah;	Q1	Q5	MZ, NIJZ, ZZZS, in drugi udeleženci
	32	Uskladitev in priprava <i>izvedbenih aktov z jasno definiranimi vhodnimi podatki</i> eNaročanje, v proces prenove vključiti tudi status »papirne« in »bele« napotnice.	Q1	Q6	MZ, NIJZ, ZZZS, in drugi udeleženci

## Literatura in viri

- Albreht, T., Kuhar, M., & Prevolnik Rupel, V. (2022). Complementary Health Insurance in Slovenia. *V Health Insurance*. (str. 22). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.105150>.
- Albreht, T., Kuhar, M., & Rupel, V. P. (2021). Timely access to healthcare during the COVID-19 epidemic in Slovenia. *Health Systems and Policy Monitor Network Annual Meeting 13-15 October 2021, October*.
- Albreht, T., Polin, K., Brinovec, R. P., Kuhar, M., Poldrugovac, M., Rehberger Ogrin, P., Prevolnik Rupel, V., & Vracko, P. (2021). *Slovenia: Health System Review*. Health Systems in Transition.
- Albreht, T., Polin, K., Pribaković Brinovec, R., Kuhar, M., Poldrugovac, M., Ogrin Rehberger, P., Prevolnik Rupel, V., & Vracko, P. (2021). Slovenia: Health System Review. *Health systems in transition*, 23(1).
- Andersen, R., & Davidson, P. (2001). Individual and Contextual Indicators Improving Access. V R. M. Andersen, T. H. Rice, & G. F. Kominski (Ur.), *Changing the US Health Care System: Key Issues in Health Services Policy and Management*, 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass.
- Anell, A. (2005). Swedish healthcare under pressure. *Health Economics*, 14(SUPPL. 1), 237–254. <https://doi.org/10.1002/hec.1039>
- Azzopardi-Muscat, N., Baeten, R., Clemens, T., Habicht, T., Keskimäki, I., Kowalska-Bobko, I., Sagan, A., & van Ginneken, E. (2018). The role of the 2011 patients' rights in cross-border health care directive in shaping seven national health systems: Looking beyond patient mobility. *Health Policy*, 122(3), 279–283. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.12.010>
- Bacchi, C. (2016). Problematizations in Health Policy: Questioning How “Problems” Are Constituted in Policies. *SAGE Open*, 6(2). <https://doi.org/10.1177/2158244016653986>
- Beaussier, A. L., Demeritt, D., Griffiths, A., & Rothstein, H. (2020). Steering by their own lights: Why regulators across Europe use different indicators to measure healthcare quality. *Health Policy*, 124(5), 501–510. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.012>
- Bevir, M., & Rhodes, R. A. W. (2005). Interpretation and its others. *Australian Journal of Political Science*, 40(2), 169–187. <https://doi.org/10.1080/10361140500129974>
- Boell, S. K., & Cecez-Kecmanovic, D. (2014). A hermeneutic approach for conducting literature reviews and literature searches. *Communications of the Association for Information Systems*, 34(1), 257–286. <https://doi.org/10.17705/1cais.03412>
- Bradfield, O. M. (2008). Waiting lists: Waiting for the evidence! *Australian Health Review*, 32(4), 589–592. <https://doi.org/10.1071/AH080589>
- Browne, J., Coffey, B., Cook, K., Meiklejohn, S., & Palermo, C. (2019). A guide to policy analysis as a research method. *Health Promotion International*, 34(5), 1032–1044. <https://doi.org/10.1093/heapro/day052>
- Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., Quentin, W., & World Health Organisation. (2019). Improving healthcare quality in Europe: Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies. *Improving Healthcare Quality in Europe*, 419. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327356/9789289051750-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Canadian Medical Protective Association, T. (2007). *Wait times: A medical liability perspective*.

- Colebatch, H. K. (2014). Interpretation in the analysis of policy. *Australian Journal of Public Administration*, 73(3), 349–356. <https://doi.org/10.1111/1467-8500.12088>
- Cooper, Z. N., McGuire, A., Jones, S., & Le Grand, J. (2009). Equity, waiting times, and NHS reforms: Retrospective study. *BMJ (Online)*, 339(7722), 673–675. <https://doi.org/10.1136/bmj.b3264>
- Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems. (2006). *Official Journal of the European Union*, C 146, 1–3. celex: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/cdac8ee7-254f-482d-933c-53734eb43482/language-bg> [legislation]
- Council of Europe. (1997). *Health Policy. Report on Criteria for the management of waiting lists and waiting times in health care*. [http://www.coe.int/t/dg3/health/waitinglistreport\\_EN.asp?#TopOfPage](http://www.coe.int/t/dg3/health/waitinglistreport_EN.asp?#TopOfPage)
- Dixit, S. K., & Sambasivan, M. (2018). A review of the Australian healthcare system: A policy perspective. *SAGE Open Medicine*, 6, 205031211876921. <https://doi.org/10.1177/2050312118769211>
- Donabedian, A. (1972). Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*, 50(4), 103. <https://doi.org/10.2307/3349436>
- Donabedian, A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed? *JAMA*, 260(12), 1743–1748. <https://doi.org/10.1001/jama.1988.03410120089033>
- Dubas-Jakóbczyk, K., Albrecht, T., Behmane, D., Bryndova, L., Dimova, A., Džakula, A., Habicht, T., Murauskienė, L., Scîntee, S. G., Smatana, M., Velkey, Z., & Quentin, W. (2020). Hospital reforms in 11 Central and Eastern European countries between 2008 and 2019: a comparative analysis. *Health Policy*, 124(4), 368–379. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.02.003>
- Dunn, W. N. (2018). *Public policy analysis : an integrated approach* (Sixth Edit). Routledge.
- Eisenkraft Klein, D., Hawkins, B., & Schwartz, R. (2022). Understanding experts' conflicting perspectives on tobacco harm reduction and e-cigarettes: An interpretive policy analysis. *SSM - Qualitative Research in Health*, 2(July), 100197. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100197>
- Feldhaus, I., & Mathauer, I. (2018). Effects of mixed provider payment systems and aligned cost sharing practices on expenditure growth management, efficiency, and equity: A structured review of the literature. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3779-1>
- Fink-Hafner, D. (2007). *Uvod v analizo politik*.
- Fortney, J. C., Burgess, J. F., Bosworth, H. B., Booth, B. M., & Kaboli, P. J. (2011). A re-conceptualization of access for 21st century healthcare. *Journal of general internal medicine*, 26 Suppl 2, 639–647. <https://doi.org/10.1007/s11606-011-1806-6>
- Globerman, S. (2013). Reducing Wait Times for Health Care: What Canada Can Learn from Theory and International Experience. V *Reducing Wait Times for Health Care*. <http://papers.ssrn.com/sol3/Delivery.cfm?abstractid=2337594#page=99>
- Godden, S., & Pollock, A. M. (2009). Waiting list and waiting time statistics in Britain: A critical review. *Public Health*, 123(1), 47–51. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2008.06.005>
- Goodwin, J. S. (2011). Tracking Medicine: A Researcher's Quest to Understand Health Care By John E. Wennberg. *American Journal of Epidemiology*, 174(2), 252–252. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr152>

- Greenhalgh, T. (2016). Health Evidence Network synthesis report 49 Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector. V *WHO Regional Office for Europe*. file:///C:/Users/marje/Downloads/9789289051682-eng.pdf
- Gutacker, N., Siciliani, L., & Cookson, R. (2016). Waiting time prioritisation: Evidence from England. *Social Science and Medicine*, 159, 140–151. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2016.05.007>
- Hanberger, A. (2001). What is the Policy Problem?: Methodological Challenges in Policy Evaluation. *Evaluation*, 7(1), 45–62. <https://doi.org/10.1177/13563890122209513>
- Hanning, M. (2005). Maximum Waiting-time Guarantee - a remedy to long waiting lists?: Assessment of the Swedish Waiting-time Guarantee Policy 1992-1996. *Acta Universitatis Upsaliensis*, 41, 106. <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A166449&dswid=-6979>
- Hodge, S. (2006). Book Review: 4. The Health for All policy framework for the WHO European region: 2005 update. V *Journal of the Royal Society for the Promotion of Health* (Let. 126, Številka 5). World Health Organization. <https://doi.org/10.1177/1466424006068248>
- Jean-Frederic Levesque, M. F. H. and G. R. (2013). Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, 12(18), 9. <https://doi.org/10.1002/cber.189502803178>
- Klasa, K., Greer, S. L., & van Ginneken, E. (2018). Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries. *Health Policy*, 122(5), 457–472. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.014>
- Kowalska, I., Sagan, A., Mokrzycka, A., & Zabdyr-Jamróż, M. (2015). The first attempt to create a national strategy for reducing waiting times in Poland: Will it succeed? *Health Policy*, 119(3), 258–263. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.12.010>
- Kreindler, S. A. (2010). Policy strategies to reduce waits for elective care: A synthesis of international evidence. *British Medical Bulletin*, 95(1), 7–32. <https://doi.org/10.1093/bmb/ldq014>
- Kuhar, M. (2022). *Kakovost upravljanja in vodenja čakalnih seznamov v zdravstvu – Kakovost upravljanja in vodenja čakalnih seznamov v zdravstvu – II . sklop*. [https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/01/Koncna-analiza-podatkov-KC\\_NR-21\\_22\\_-2-SKLOP\\_Julij-2022\\_MK.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/01/Koncna-analiza-podatkov-KC_NR-21_22_-2-SKLOP_Julij-2022_MK.pdf)
- Kuhar, M. (2023a). *Dostop do prvih specialističnih pregledov otrok za obdobje Dostop do prvih specialističnih pregledov otrok v Republiki Sloveniji za obdobje 2019 –*. [https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/09/Dostop-do-prvih-specialisticnih-pregledov-otrok-2019\\_2023.pdf](https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/09/Dostop-do-prvih-specialisticnih-pregledov-otrok-2019_2023.pdf)
- Kuhar, M. (2023b). *Slovenski primer vrednotenja nujnih ukrepov za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema Slovenski primer vrednotenja nujnih ukrepov za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema*. Nacionalni inštitut za javno zdravje. <https://sdmi.si/wp-content/uploads/sites/17/2023/10/SDMI-Program-MI23-1.pdf>
- Kuhar, M., Gabrovec, B., & Albreht, T. (2021). *Access to health services in the Republic of Slovenia during the epidemic [Dostopnost do zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji med epidemijo]*. <https://nijz.si/publikacije/dostopnost-do-zdravstvenih-storitev-v-republiki-sloveniji/#:~:text=Dostopnost do zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji Polletno,širitve COVID-19 s poudarkom na ranljivih skupinah prebivalstva>
- Kuhar, M., Gabrovec, B., & Albreht, T. (2022). *Pregled politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu : primerjalna analiza Pregled politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu : primerjalna analiza*. [https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/pregled\\_politik\\_skrajsevanja.pdf](https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/datoteke/pregled_politik_skrajsevanja.pdf)



- Kuhar, M., Simčič, B., & Marušič, D. (2018). *V labirintu e-čakalnih dob, čakajoč na virtualno obravnavo*. Delo, Sobotna priloga. <https://www.delo.si/novice/slovenija/v-labirintu-e-cakalnih-dob-cakajoc-na-virtualno-obravnavo/>
- Kustec, S. (2009). *Vrednotenje javnih politik*. Fakulteta za družbene vede. <https://plus.cobiss.net/cobiss/si/sl/bib/odklj/247750912>
- Laudicella, M., Siciliani, L., & Cookson, R. (2012). Waiting times and socioeconomic status: Evidence from England. *Social Science and Medicine*, 74(9), 1331–1341. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.12.049>
- Lipicer, S. K. (2003). *Primer vladnega programa sofinanciranja nevladnih organizacij v času predreferendumskega odločanja*.
- Marušič, D., Rupel, V. P., & Kuhar, M. (2017, februar 10). Nesistematični ukrepi za skrajševanje čakalnih dob ne morejo biti uspešni. *Delo, Sobotna priloga*. <https://old.delo.si/sobotna/nesistematični-in-nekontinuirani-ukrepi-ne-morejo-biti-uspesni.html>
- Mathauer, I., Dale, E., Jowett, M., & Kutzin, J. (2019). *Purchasing Health Services for Universal Health Coverage: How To Make It More Strategic?* (Policy Bri). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311387/WHO-UCH-HGF-PolicyBrief-19.6-eng.pdf>
- McIntyre, D., & Chow, C. K. (2020). Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *Inquiry (United States)*, 57. <https://doi.org/10.1177/0046958020910305>
- Ministrstvo za zdravje. (2022). *Sporočilo za javnost - Z ukrepi interventne zakonodaje do večje dostopnosti zdravstvenih storitev*. Ministrstvo za zdravje. <https://www.gov.si/novice/2022-11-21-z-ukrepi-interventne-zakonodaje-do-vecje-dostopnosti-zdravstvenih-storitev/>
- Ministrstvo za zdravstvo. (2005). *Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti v zdravstvu* (A. Robida (Ur.)). Ministrstvo za zdravstvo.
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2019). *Mesečno poročilo o čakalnih dobah, 1. januar 2019*. <https://www.nijz.si/sl/publikacije/mesecno-porocilo-o-cakalnih-dobah-1-januar-2019>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020). *Mesečno poročilo o čakalnih dobah, 1. januar 2020*. <https://www.nijz.si/sl/publikacije/mesecno-porocilo-o-cakalnih-dobah-1-januar-2020>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021). *Mesečno poročilo o čakalnih dobah, 1. januar 2021*. <https://www.nijz.si/sl/publikacije/mesecno-porocilo-o-cakalnih-dobah-1-januar-2021>
- Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2023). *Šifrant vrst zdravstvenih storitev – VZS, verzija 14.1, zadnjič posodobljeno na dan 10. marec 2023*. <https://nijz.si/podatki/klasifikacije-in-sifranti/sifrant-vrst-zdravstvenih-storitev-vzs/>
- Naiker, U., FitzGerald, G., Dulhunty, J. M., & Rosemann, M. (2018). Time to wait: A systematic review of strategies that affect out-patient waiting times. *Australian Health Review*, 42(3), 286–293. <https://doi.org/10.1071/AH16275>
- National institute of public health Slovenia. (2021). *Health in Slovenia* (M. S. Metka Zaletel, Damjana Vardič, Marjana Hladnik (Ur.)). National institute of public health Slovenia. [chrome-extension://efaidnbmnmmnibpcajpcgglefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.nijz.si%2Fsites%2Fwww.nijz.si%2Ffiles%2Fpublikacije-datoteke%2Fzdravje\\_v\\_sloveniji\\_eng\\_e-verzija.pdf&cflen=3414637&chunk=true](chrome-extension://efaidnbmnmmnibpcajpcgglefindmkaj/viewer.html?pdfurl=https%3A%2F%2Fwww.nijz.si%2Fsites%2Fwww.nijz.si%2Ffiles%2Fpublikacije-datoteke%2Fzdravje_v_sloveniji_eng_e-verzija.pdf&cflen=3414637&chunk=true)
- Novak, M. (2015). *Neformalno delo: opredelitev javnopolitičnega problema*. Fakulteta za družbene vede. <https://respublications.eu/wp-content/uploads/2020/01/978-961-235-701-6.pdf>

- OECD/WHO/World Bank Group. (2018). Delivering quality health services. V *World Health Organization* (Številka July). <http://apps.who.int/bookorders>.
- OECD. (2013). *OECD Health Policy Studies – Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* (Let. 3001, Številka June).
- OECD. (2019). *Slovenija: Zdravstveni profil države 2019, State of Health in the EU*. [https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019\\_chp\\_sl\\_slovene\\_0.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2019-11/2019_chp_sl_slovene_0.pdf)
- OECD. (2020). *Waiting Times for Health Services: Next in Line, OECD Health Policy Studies, OECD*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>
- Paez, A. (2017). Gray literature: An important resource in systematic reviews. *Journal of Evidence-Based Medicine*, 10(3), 233–240. <https://doi.org/10.1111/jebm.12266>
- Paterson, W. G., Depew, W. T., Paré, P., Petrunia, D., Switzer, C., Veldhuyzen van Zanten, S. J., Daniels, S., Meddings, J., Barkun, A., Bridges, R., Dhalla, S., Flook, N., Gould, M., Gray, J., Hassoun, Z., Leddin, D., Lightfoot, P., Mackie, W., Marcon, P., ... McGeough, L. (2006). Canadian consensus on medically acceptable wait times for digestive health care. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 20(6), 411–423. <https://doi.org/10.1155/2006/343686>
- Penchansky, R., & Thomas, J. W. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19(2), 127–140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Petković, K. (2008). Interpretacijska policy analiza i deliberacijska demokracija: treba li politizirati analizu? *Politička misao*, 45(2), 27–53.
- Polin, K., Hjortland, M., Maresso, A., van Ginneken, E., Busse, R., & Quentin, W. (2021). “Top-Three” health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. *Health Policy*, 125(7), 815–832. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2021.04.005>
- Pravilnik o čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o vodenju čakalnih seznamov*. (2008). Uradni list Republike Slovenije, št. 91. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2008-01-3885?sop=2008-01-3885>
- Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov*. (2010). Uradni list Republike Slovenije, št. 63. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2010-01-3520?sop=2010-01-3520>
- Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah*. (2018). Uradni list Republike Slovenije, št. 3. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=PRAV13238>
- Pravilnik o naročanju na specialistični pregled*. (2000). Uradni list Republike Slovenije, št. 72. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2000-01-3402?sop=2000-01-3402>
- Prevolnik Rupel, V., & Marušič, D. (2021). Structure, Processes and Results in Healthcare System in Slovenia. V A. A & K. S (Ur.), *Healthcare Access* (str. 17). IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.98608>
- Rant, mag. Ž., & Rant, Ž. (2018). Projekt e-zdravje v Sloveniji - vsebinski in zgodovinski pregled. 30 let Slovenskega društva za medicinsko informatiko, December, Str. 180-183.
- Reed, M. S., Ferré, M., Martin-Ortega, J., Blanche, R., Lawford-Rolfe, R., Dallimer, M., & Holden, J. (2021). Evaluating impact from research: A methodological framework. *Research Policy*, 50(4). <https://doi.org/10.1016/j.respol.2020.104147>

- Rupel, V. P., Kuhar, M., & Marušič, D. (2021). Decision-making in slovenian outpatient care: Can financial incentives reduce patient waiting lists? *Medical Writing, 30*(3), 28–31.
- Saurman, E. (2016). Improving access: Modifying penchansky and thomas's theory of access. *Journal of Health Services Research and Policy, 21*(1), 36–39.  
<https://doi.org/10.1177/1355819615600001>
- Shaw, S. E. (2010). Reaching the parts that other theories and methods can't reach: How and why a policy-as-discourse approach can inform health-related policy. *Health, 14*(2), 196–212.  
<https://doi.org/10.1177/1363459309353295>
- Siciliani, L. (2008). A note on the dynamic interaction between waiting times and waiting lists. *Health Economics, 17*(5), 639–647. <https://doi.org/10.1002/hec.1286>
- Siciliani, L. (2014). Inequalities in waiting times by socioeconomic status. *Israel Journal of Health Policy Research, 3*(1), 4–6. <https://doi.org/10.1186/2045-4015-3-38>
- Siciliani, L. (2019). *Waiting Times: Evidence of Social Inequalities in Access for Care*. 345–361.  
[https://doi.org/10.1007/978-1-4939-8715-3\\_17](https://doi.org/10.1007/978-1-4939-8715-3_17)
- Siciliani, L., & Hurst, J. (2005). Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy, 72*(2), 201–215.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2004.07.003>
- Siciliani, L., Moran, V., & Borowitz, M. (2014). Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy, 118*(3), 292–303.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.08.011>
- Simčič, B., Kuhar, M., & Marušič, D. (2018). *Nedopustno čakajoči – dosežen je novi rekord!* Dnevnik, Objektiv. <https://www.dnevnik.si/1042842229/slovenija/nedopustno-cakajoci-dosezen-je-novi-rekord->
- Stevens, A. (2011). Telling policy stories: An Ethnographic study of the use of evidence in policy-making in the UK. *Journal of Social Policy, 40*(2), 237–255.  
<https://doi.org/10.1017/S0047279410000723>
- The Centre for Spatial Economics. (2006). *The Economic Cost of Wait Times in Canada The Centre for Spatial Economics Assessing past, present and future economic and demographic change in Canada. June.*
- Thomas, S., Sagan, A., Larkin, J., Cylus, J., Figueras, J., & Karanikolos, M. (2020). Strengthening health systems resilience: Key concepts and strategies. *European Observatory on Health Systems and Policies, 31*.
- Toth, F. (2010). Healthcare policies over the last 20 years: Reforms and counter-reforms. *Health Policy, 95*(1), 82–89. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2009.11.006>
- Vajd, R., & Cerovečki, V. (2017). Referrals. *Family medicine, 289–297*.
- van Ginneken, E., Siciliani, L., Reed, S., Eriksen, A., Tille, F., & Zapata, T. (2022). Addressing backlogs and managing waiting lists during and beyond the COVID-19 pandemic. *European Journal of Public Health, 32*(Supplement\_3). <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.209>
- Viberg, N., Forsberg, B. C., Borowitz, M., & Molin, R. (2013). International comparisons of waiting times in health care - Limitations and prospects. *Health Policy, 112*(1–2), 53–61.  
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.06.013>

- Walt, G., Shiffman, J., Schneider, H., Murray, S. F., Brugha, R., & Gilson, L. (2008). „Doing“ health policy analysis: Methodological and conceptual reflections and challenges. *Health Policy and Planning*, 23(5), 308–317. <https://doi.org/10.1093/heapol/czn024>
- WHO. (2005). *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. WHO Regional Office for Europe. <https://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region-the-2005-update>
- Willcox, S., Seddon, M., Dunn, S., Edwards, R. T., Pearse, J., & Tu, J. V. (2007). Marketwatch - Measuring and reducing waiting times: A cross-national comparison of strategies. *Health Affairs*, 26(4), 1078–1087. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.1078>
- World Health Organization. (2019). *Governance for strategic purchasing: An analytical framework to guide a country assessment*.
- Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema*. (2022). Uradni list Republike Slovenije, št. 100. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2022-01-2511?sop=2022-01-2511>
- Zakon o pacientovih pravicah*. (2008). Uradni list Republike Slovenije, št.15. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2020-01-3111?sop=2020-01-3111>
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah*. (2017). Uradni list Republike Slovenije, št. 55.
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva*. (2015). Uradni list Republike Slovenije, št. 47. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2015-01-1933?sop=2015-01-1933>
- Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva*. (2018). Uradni list Republike Slovenije, št. 31. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2018-01-1410?sop=2018-01-1410>
- Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva*. (2000). Uradni list Republike Slovenije, št. 65. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2000-01-2969?sop=2000-01-2969>
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju - UPB*. (2006). Uradni list Republike Slovenije, št. 72. <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO213>
- Zakona o spremembah Zakona o pacientovih pravicah*. (2020). Uradni list Republike Slovenije, št. 177. <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2020-01-3111?sop=2020-01-3111>
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2010). *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2009* (Boris Kramberger (Ur.)). <https://www.zzzs.si/?id=126&detail=1B99C27FC5698AD2C12576EF0024A184>
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2011). *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2010*. [https://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/e89e07f4d96561dec1257856003fd7a8/\\$FILE/Poslovno poročilo za leto 2010\\_18.4.2011.pdf](https://api.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/e89e07f4d96561dec1257856003fd7a8/$FILE/Poslovno%20poro%C4%87ilo%20za%20leto%202010_18.4.2011.pdf)
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2012). *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2011* (Let. 168).
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2013). *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2012*.
- Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2014). *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2013*.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015). *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2014*.  
[http://api.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/9b52139ed62405f7c1257dfd00573af8/\\$FILE/Poslovno poročilo ZZZS za leto 2014\\_april 2015.pdf](http://api.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/9b52139ed62405f7c1257dfd00573af8/$FILE/Poslovno%20poro%C4%87ilo%20ZZZS%20za%20leto%202014_april%202015.pdf)

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2016). *Letno poročilo ZZZS 2015*.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2017). *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2016*.  
<http://imss.dz-rs.si/imis/9fe47d749ce2f854f663.pdf>

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2018). *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2017*.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2019). *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2018*.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2020). *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2019*.  
[https://api.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/968a5df3e47b29b4c125851c0035369d/\\$FILE/Poslovno poročilo ZZZS za leto 2019\\_marec 2020.pdf](https://api.zzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/0/968a5df3e47b29b4c125851c0035369d/$FILE/Poslovno%20poro%C4%87ilo%20ZZZS%20za%20leto%202019_marec%202020.pdf)

## Priloga

### Število čakajočih pacientov strukturirano po primerljivih skupinah zdravstvenih storitev NaČas\* na dan 1. januar 2019

VZS	Naziv storitve VZS	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
1396	Ambulantna histeroskopija	9	98	76	183	8	19	1	28
1397	Kolposkopija, vaginoskopija	4	173	166	343	3	22	17	42
1400	Odvzem tkivnega vzorca za histopatološko diagnostiko predrakavih/rakavih sprememb materničnega vratu (biopsija, odščip)	0	0	1	1	0	0	0	0
1402	Biopsija vulve, perineja in/ali nožnice	0	3	3	6	0	0	0	0
1004P	Pregled ob neplodnosti -par - prvi	0	17	279	296	0	4	3	7
2182P	Ginekološki pregled (razen pregled nosečnic) na sekundarni ravni - prvi	7	337	522	866	5	75	61	141
2183P	Pregled ob neplodnosti - moški - prvi	0	33	167	200	0	1	0	1
2184P	Pregled ob neplodnosti - ženske - prvi	0	63	205	268	0	6	0	6
<b>Skupaj</b>	<b>Ginekološka ambulanta - sek.nivo</b>	<b>20</b>	<b>724</b>	<b>1.419</b>	<b>2.163</b>	<b>16</b>	<b>127</b>	<b>82</b>	<b>225</b>
1053P	Diabetološki pregled - prvi	10	107	317	434	7	7	102	116
<b>Skupaj</b>	<b>Diabetološka ambulanta</b>	<b>10</b>	<b>107</b>	<b>317</b>	<b>434</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>102</b>	<b>116</b>
1018P	Kardiološki pregled - prvi	243	4.017	4.025	8.285	198	2.056	1.110	3.364
1057P	Kardiološki pregled otroka - prvi	5	157	316	478	4	15	14	33
2007P	Pregled zaradi srčnega spodbujevalnika (pacemaker) - prvi	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>Kardiološka ambulanta</b>	<b>248</b>	<b>4.174</b>	<b>4.341</b>	<b>8.763</b>	<b>202</b>	<b>2.071</b>	<b>1.124</b>	<b>3.397</b>
...	Fizioterapija na primarni	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>Fizioterapija na primarni</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
2072	Kriokauterizacija ali krioterapija (postopek v dermatologiji)	...	...	...	...	...	...	...	...
1010P	Dermatološki pregled - prvi	562	5.423	7.564	13.549	354	3.078	3.927	7.359
1011P	Venerološki pregled - prvi	39	133	124	296	13	6	96	115
1012P	Flebološki pregled - prvi	23	412	999	1.434	9	333	744	1.086
1056P	Alergološki pregled - prvi	16	410	1.049	1.475	9	255	508	772
1062P	Alergološki pregled otroka - prvi	9	262	906	1.177	6	72	156	234
2328P	Pregled v ambulanti za zdravljenje parastomalne kože - prvi	0	1	0	1	0	0	0	0
<b>Skupaj</b>	<b>Dermatološka ambulanta</b>	<b>649</b>	<b>6.641</b>	<b>10.642</b>	<b>17.932</b>	<b>391</b>	<b>3.744</b>	<b>5.431</b>	<b>9.566</b>
2395P	Oromaksilofacialni pregled - prvi	27	982	2.848	3.857	18	20	611	649
<b>Skupaj</b>	<b>Ambulanta za oralno in maksilofacialno kirurgijo</b>	<b>27</b>	<b>982</b>	<b>2.848</b>	<b>3.857</b>	<b>18</b>	<b>20</b>	<b>611</b>	<b>649</b>
1026P	Nevrološki pregled - prvi	401	3.319	2.755	6.475	351	2.284	1.153	3.788
1067P	Nevrološki pregled otroka - prvi	18	196	157	371	10	14	4	28
2008P	Pregled v razvojni nevrologiji - prvi	...	...	...	...	...	...	...	...
2009P	Pregled v nevrofiziologiji - prvi	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>Nevrološka ambulanta</b>	<b>419</b>	<b>3.515</b>	<b>2.912</b>	<b>6.846</b>	<b>361</b>	<b>2.298</b>	<b>1.157</b>	<b>3.816</b>
1040P	Psihiatrični pregled - prvi	43	587	420	1.050	33	229	34	296
1042P	Pregled ob odvijanju odvisnosti od prepovedanih drog - prvi	...	...	...	...	...	...	...	...
1044P	Pregled ob odvijanju odvisnosti od alkohola - prvi	0	4	5	9	0	0	0	0
<b>Skupaj</b>	<b>Psihiatrična ambulanta</b>	<b>43</b>	<b>591</b>	<b>425</b>	<b>1.059</b>	<b>33</b>	<b>229</b>	<b>34</b>	<b>296</b>
1033P	Ortopedski pregled - prvi	513	8.988	7.352	16.853	447	5.428	3.300	9.175
<b>Skupaj</b>	<b>Ortopedska ambulanta</b>	<b>513</b>	<b>8.988</b>	<b>7.352</b>	<b>16.853</b>	<b>447</b>	<b>5.428</b>	<b>3.300</b>	<b>9.175</b>
1930P	Okulistični pregled zaradi očal - prvi	9	394	1.437	1.840	7	140	272	419
<b>Skupaj</b>	<b>Očesna ambulanta pregled vida za očala</b>	<b>9</b>	<b>394</b>	<b>1.437</b>	<b>1.840</b>	<b>7</b>	<b>140</b>	<b>272</b>	<b>419</b>
1050P	Urološki pregled - prvi	211	1.542	1.485	3.238	180	569	273	1.022
2338P	Urološki pregled otroka- prvi	5	87	165	257	4	10	0	14
<b>Skupaj</b>	<b>Urološka ambulanta</b>	<b>216</b>	<b>1.629</b>	<b>1.650</b>	<b>3.495</b>	<b>184</b>	<b>579</b>	<b>273</b>	<b>1.036</b>

## Nadaljevanje Priloge.

VZS	Naziv storitve VZS	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
1045P	Revmatološki pregled - prvi	48	1.128	1.786	<b>2.962</b>	31	161	1.116	<b>1.308</b>
1063P	Revmatološki pregled otroka - prvi	0	33	14	<b>47</b>	0	0	0	<b>0</b>
<b>Skupaj</b>	<b>Revmatološka ambulanta</b>	<b>48</b>	<b>1.161</b>	<b>1.800</b>	<b>3.009</b>	<b>31</b>	<b>161</b>	<b>1.116</b>	<b>1.308</b>
1195	Operacija sive mreže (katarakte)	33	745	3.922	<b>4.700</b>	27	529	1.403	<b>1.959</b>
<b>Skupaj</b>	<b>Operacija sive mreže (katarakta)</b>	<b>33</b>	<b>745</b>	<b>3.922</b>	<b>4.700</b>	<b>27</b>	<b>529</b>	<b>1.403</b>	<b>1.959</b>
1310	sklerozacija krčnih žil	2	5	62	<b>69</b>	0	2	41	<b>43</b>
<b>Skupaj</b>	<b>Sklerozacijo krčnih žil</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>62</b>	<b>69</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>41</b>	<b>43</b>
1342	operacija kile	2	106	798	<b>906</b>	1	24	560	<b>585</b>
<b>Skupaj</b>	<b>Operacije kile-odrasli</b>	<b>2</b>	<b>106</b>	<b>798</b>	<b>906</b>	<b>1</b>	<b>24</b>	<b>560</b>	<b>585</b>
1342	Operacije kile-otroci	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>operacije kile-otroci</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
1149	Operacija karpalnega kanala	4	86	196	<b>286</b>	4	15	30	<b>49</b>
1606	Operacija Dupuytrenove kontrakture (CD, fibromatoza dlančne fascije)	0	4	26	<b>30</b>	0	0	11	<b>11</b>
<b>Skupaj</b>	<b>operacija karpalnega kanala</b>	<b>4</b>	<b>90</b>	<b>222</b>	<b>316</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>41</b>	<b>60</b>
1209	Biopsija zunanjega ušesa	...	...	...	...	...	...	...	...
1214	Kateterizacija Evstahijeve tube (ušesne troblje)	...	...	...	...	...	...	...	...
1215	Miringotomija	0	2	3	<b>5</b>	0	0	0	<b>0</b>
1216	Atikotomija	0	0	3	<b>3</b>	0	0	2	<b>2</b>
1219	Biopsija srednjega ušesa	...	...	...	...	...	...	...	...
1220	Miringoplastika	...	...	...	...	...	...	...	...
1225	Biopsija notranjega ušesa	...	...	...	...	...	...	...	...
1228	Biopsija nosne votline in/ali zgornjega žrela	...	...	...	...	...	...	...	...
1231	Aspiracija in lavaža nosnih sinusov	...	...	...	...	...	...	...	...
1232	Biopsija nosnih sinusov	...	...	...	...	...	...	...	...
1234	Biopsija jezika	0	0	1	<b>1</b>	0	0	0	<b>0</b>
1236	Biopsija žlez slinavk in izvodil	0	0	3	<b>3</b>	0	0	0	<b>0</b>
1238	Biopsija ustne votline	0	0	1	<b>1</b>	0	0	0	<b>0</b>
1239	Biopsija mandljev/žrelnice	...	...	...	...	...	...	...	...
1240	Incizija in drenaža peritonzilarnega abscesa	...	...	...	...	...	...	...	...
1241	Tonzilektomija/adenoidektomija	0	12	30	<b>42</b>	0	11	12	<b>23</b>
1244	Biopsija žrela	...	...	...	...	...	...	...	...
1246	Incizija in drenaža abscesov ali cist v ustni votlini	...	...	...	...	...	...	...	...
1264	Drugi oralni operativni posegi	17	242	983	<b>1.242</b>	11	95	456	<b>562</b>
1265	Posegi v grlu	1	17	122	<b>140</b>	1	5	94	<b>100</b>
1442	Poseg na žrelu	...	...	...	...	...	...	...	...
1443	Rekonstrukcija oblike obraza	...	...	...	...	...	...	...	...
1444	Korekcija shize	...	...	...	...	...	...	...	...
1662	Poseg na uhlju	...	...	...	...	...	...	...	...
1664	Posegi na jeziku	...	...	...	...	...	...	...	...
2077	Odstranitev polipov	1	5	11	<b>17</b>	1	3	1	<b>5</b>
2160	Lažji posegi v otorinolaringologiji (ORL) in maksilofacialni kirurgiji v lokalni anesteziji	2	13	33	<b>48</b>	2	7	1	<b>10</b>
2161	Posegi na ušesu v lokalni anesteziji	7	38	12	<b>57</b>	7	6	0	<b>13</b>
2162	Posegi na bobniču ali srednjem ušesu v lokalni anesteziji	0	2	98	<b>100</b>	0	2	67	<b>69</b>
2163	Posegi na notranjem ušesu v lokalni anesteziji	0	0	1	<b>1</b>	0	0	0	<b>0</b>
2164	Kostno usidran slušni pripomoček – BAHA v lokalni anesteziji	0	0	3	<b>3</b>	0	0	3	<b>3</b>
2165	Posegi na mandljih v lokalni anesteziji	0	6	13	<b>19</b>	0	3	1	<b>4</b>
2166	Funkcionalni posegi v nosu v lokalni anesteziji	0	0	8	<b>8</b>	0	0	0	<b>0</b>

## Nadaljevanje Priloge.

VZS	Naziv storitve VZS	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
2167	MIST (minimalno invazivna terapija sinusov) v lokalni anesteziji	0	0	9	9	0	0	0	0
2168	Druge operacije nosu v lokalni anesteziji	1	29	348	378	0	24	284	308
2170	Mali posegi malignih sprememb v otorinolaringologiji (ORL) in maksilofacialni kirurgiji v lokalni anesteziji	17	25	27	69	15	1	0	16
2171	Lažji posegi v otorinolaringologiji (ORL) in maksilofacialni kirurgiji v splošni anesteziji	0	2	22	24	0	2	12	14
2172	Posegi na mandljih pri odrasli v splošni anesteziji	0	40	162	202	0	32	136	168
2173	Posegi na mandljih in žrelnici pri otrocih v splošni anesteziji	0	41	206	247	0	29	126	155
2174	Posegi na žrelnici pri otrocih v splošni anesteziji	0	6	27	33	0	0	23	23
2175	Posegi na žrelnici in bobniču pri otrocih v splošni anesteziji	7	170	406	583	4	136	351	491
2176	Operacije malignih tumorjev v otorinolaringologiji (ORL) in maksilofacialni kirurgiji v splošni anesteziji	5	9	4	18	4	2	1	7
2177	Funkcionalne estetske operacije nosu v splošni anesteziji	0	6	58	64	0	5	48	53
2178	Endoskopske operacije obnosnih votlin v splošni anesteziji	1	40	173	214	1	31	142	174
2179	Pansinusne operacije v splošni anesteziji	0	0	4	4	0	0	0	0
2180	Operacije tumorjev obnosnih votlin v splošni anesteziji	...	...	...	...	...	...	...	...
2181	Druge operacije obnosnih votlin v splošni anesteziji	2	3	46	51	2	1	40	43
2214	Vestibuloplastika	0	0	1	1	0	0	1	1
2215	Terapija abscesa v dentalni medicini	0	1	4	5	0	1	4	5
2217	Zapora antrooralne komunikacije	...	...	...	...	...	...	...	...
2230	Ekscizija majhnih tumorjev v oralni kirurgiji	0	1	2	3	0	0	1	1
2233	Posegi na žlezah slinavkah in izvodilih	0	8	3	11	0	1	0	1
2237	Zdravljenje recesije dlesni	0	0	1	1	0	0	0	0
2309	Druge ušesne operacije	1	38	144	183	1	33	139	173
2372	Posegi v zunanem ušesu	...	...	...	...	...	...	...	...
2373	Drugi posegi na bobniču in srednjem ušesu	0	6	64	70	0	6	55	61
2374	Posegi na mastoidni in temporalni kosti	0	0	1	1	0	0	1	1
2375	Posegi na notranjem ušesu	...	...	...	...	...	...	...	...
2376	Posegi na koščicah srednjega ušesa	...	...	...	...	...	...	...	...
2377	Implantacija elektromagnetnega slušnega pripomočka	...	...	...	...	...	...	...	...
2378	Vstavitve/odstranitev kohlearnega implanta	0	1	3	4	0	0	3	3
2379	Operacija nosnega pretina	2	17	117	136	2	14	57	73
2380	Posegi v nosnih sinusih	...	...	...	...	...	...	...	...
2382	Radikalna ekscizija tumorja ustne votline	...	...	...	...	...	...	...	...
2383	Drugi posegi v ustih, na nebu ali jezišku	11	63	31	105	11	19	6	36
2384	Drugi posegi v nosu	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>Operacije ušes, nosu, ust in grla</b>	<b>75</b>	<b>843</b>	<b>3.188</b>	<b>4.106</b>	<b>62</b>	<b>469</b>	<b>2.067</b>	<b>2.598</b>
1284	Transplantacija srca	...	...	...	...	...	...	...	...
1285	aortokoronarni obvod	0	7	6	13	0	7	6	13



## Nadaljevanje Priloge.

VZS	Naziv storitve VZS	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
1286	menjava srčne zaklopke	1	18	37	56	0	18	33	51
1287	aortokoronarni obvodni z menjavo srčne zaklopke	0	4	6	10	0	4	6	10
1288	operacije prirojenih srčnih napak	...	...	...	...	...	...	...	...
1289	operacija torakalne anevrizme	0	1	0	1	0	1	0	1
1298	ostale operacije na srcu	...	...	...	...	...	...	...	...
1299	revizije po operacijah na srcu (krvavitve, tamponade,...)	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>Kirurški posegi na srcu in/ali pripadajočih velikih žilah pri odprtem prsnem košu</b>	<b>1</b>	<b>30</b>	<b>49</b>	<b>80</b>	<b>0</b>	<b>30</b>	<b>45</b>	<b>75</b>
2329	PTA (perkutana transluminalna angioplastika)	2	8	0	10	2	0	0	2
<b>Skupaj</b>	<b>Perkutani posegi na srcu, srčnih zaklopkah, koronarnih in drugih arterijah (PTA)</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2</b>
1301	Koronarna angiografija	19	522	167	708	12	166	42	220
<b>Skupaj</b>	<b>Koronarografija</b>	<b>19</b>	<b>522</b>	<b>167</b>	<b>708</b>	<b>12</b>	<b>166</b>	<b>42</b>	<b>220</b>
1604	Ortopedska operacija rame	4	64	146	214	4	9	35	48
1625	Endoproteza rame delna (PEP)/totalna (TEP)	0	8	39	47	0	0	3	3
1640	Osteosinteza rame	...	...	...	...	...	...	...	...
2106	Revizijska operacija ramena	...	...	...	...	...	...	...	...
2115	Artrodeza ramena	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>Ortopedska operacija rame</b>	<b>4</b>	<b>72</b>	<b>185</b>	<b>261</b>	<b>4</b>	<b>9</b>	<b>38</b>	<b>51</b>
1167	Operacija tireoglosalne ciste/fistule	...	...	...	...	...	...	...	...
1176	Operacije na ščitnici in obščitnici	0	3	4	7	0	1	3	4
<b>Skupaj</b>	<b>Operacija ščitnice (tudi obščitnice)</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
1151	fenestracija hrbtenice	0	1	1	2	0	0	1	1
1152	operacije tumorjev na hrbtenici	...	...	...	...	...	...	...	...
1154	Osteosinteze torakolumbalne hrbtenice	...	...	...	...	...	...	...	...
1164	Druge nevrokirurške operacije	...	...	...	...	...	...	...	...
1165	Operacija prirojenih anomalij hrbtenjače in hrbteničnega kanala (meningokela, mielomeningokela,...)?	...	...	...	...	...	...	...	...
1611	Operacija discus hernie	3	62	45	110	2	34	17	53
1641	Osteosinteza cervikalne hrbtenice	...	...	...	...	...	...	...	...
1642	Osteosinteza torakolumbalne hrbtenice s "kletko - cage"	0	4	34	38	0	0	8	8
1643	Osteosinteza hrbtenice (drugi posegi)	...	...	...	...	...	...	...	...
2107	Vertebroplastika	...	...	...	...	...	...	...	...
2108	Operacija hrbtenice - dekompresija	0	12	66	78	0	3	25	28
2109	Operacija hrbtenice - spondilodeza	0	46	92	138	0	34	78	112
2111	Operacija skolioze	...	...	...	...	...	...	...	...
2401	Posegi na hrbtenici zaradi vnetja	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>Operacija hrbtenice</b>	<b>3</b>	<b>125</b>	<b>238</b>	<b>366</b>	<b>2</b>	<b>71</b>	<b>129</b>	<b>202</b>
1607	Operacija nožnega palca (hallux)	0	154	896	1.050	0	38	604	642
<b>Skupaj</b>	<b>Operacija na stopalu - hallux valgus</b>	<b>0</b>	<b>154</b>	<b>896</b>	<b>1.050</b>	<b>0</b>	<b>38</b>	<b>604</b>	<b>642</b>
1290	operacija abdominalne aorte (anevrizma ali okluzija)	0	7	23	30	0	7	23	30
1291	femoro - poplitealni bypass	...	...	...	...	...	...	...	...
1292	tea ACI	0	9	0	9	0	9	0	9
1293	Druge žilne operacije (razen arterije)	1	1	206	208	1	1	198	200
1294	revizije po žilnih operacijah (razen arterije)	...	...	...	...	...	...	...	...
1303	transkateterska embolizacija krvnih žil	...	...	...	...	...	...	...	...
1304	biopsija periferne arterije	...	...	...	...	...	...	...	...

## Nadaljevanje Priloge.

VZS	Naziv storitve VZS	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
1305	Vstavev venske valvule	...	...	...	...	...	...	...	...
1306	Odstranitev venske valvule	...	...	...	...	...	...	...	...
1308	Druge operacije na arterijah	0	6	10	16	0	6	9	15
1309	revizije po operacijah na arterijah	...	...	...	...	...	...	...	...
1446	Plastični poseg na ožilju	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>Operacija na ožilju - arterije in vene (brez PTA)</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>239</b>	<b>263</b>	<b>1</b>	<b>23</b>	<b>230</b>	<b>254</b>
1311	operacije krčnih žil	26	452	2.542	3.020	7	305	2.172	2.484
<b>Skupaj</b>	<b>Operacija na ožilju - krčne žile</b>	<b>26</b>	<b>452</b>	<b>2.542</b>	<b>3.020</b>	<b>7</b>	<b>305</b>	<b>2.172</b>	<b>2.484</b>
1921	Angiografija (brez koronarne angiografije)	0	14	3	17	0	1	0	1
<b>Skupaj</b>	<b>Angiografija</b>	<b>0</b>	<b>14</b>	<b>3</b>	<b>17</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>
1327	operacija žolčnih kamnov	7	94	493	594	5	27	335	367
<b>Skupaj</b>	<b>Operacija žolčnih kamnov</b>	<b>7</b>	<b>94</b>	<b>493</b>	<b>594</b>	<b>5</b>	<b>27</b>	<b>335</b>	<b>367</b>
1624	Endoproteza kolka delna (PEP)/totalna (TEP)	8	404	1.216	1.628	7	72	295	374
2104	Revizijska operacija kolka	0	19	5	24	0	3	2	5
<b>Skupaj</b>	<b>Endoproteza kolka</b>	<b>8</b>	<b>423</b>	<b>1.221</b>	<b>1.652</b>	<b>7</b>	<b>75</b>	<b>297</b>	<b>379</b>
1626	Endoproteza kolena	0	368	1.650	2.018	0	31	691	722
2105	Revizijska operacija kolena	0	9	5	14	0	1	0	1
<b>Skupaj</b>	<b>Endoproteza kolena</b>	<b>0</b>	<b>377</b>	<b>1.655</b>	<b>2.032</b>	<b>0</b>	<b>32</b>	<b>691</b>	<b>723</b>
2006	Artroskopija kolena (diagnostična in terapevtska)	6	190	640	836	2	37	136	175
<b>Skupaj</b>	<b>Artroskopska operacija</b>	<b>6</b>	<b>190</b>	<b>640</b>	<b>836</b>	<b>2</b>	<b>37</b>	<b>136</b>	<b>175</b>
1608	Endoproteza gležnja	0	0	1	1	0	0	0	0
2407	Druge ortopedske operacije gležnja in stopala	0	3	14	17	0	0	9	9
<b>Skupaj</b>	<b>Endoproteza gležnja</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>15</b>	<b>18</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>9</b>	<b>9</b>
1471	Elektroencefalografija EEG	13	347	348	708	11	56	51	118
<b>Skupaj</b>	<b>Elektroencefalografija (EEG)</b>	<b>13</b>	<b>347</b>	<b>348</b>	<b>708</b>	<b>11</b>	<b>56</b>	<b>51</b>	<b>118</b>
1472	Nevromišična elektrodiagnostika (tudi elektromiografija EMG)	119	3.351	3.244	6.714	106	927	683	1.716
<b>Skupaj</b>	<b>Elektromiografija (EMG)</b>	<b>119</b>	<b>3.351</b>	<b>3.244</b>	<b>6.714</b>	<b>106</b>	<b>927</b>	<b>683</b>	<b>1.716</b>
1943	UZ dojk obojstransko	41	433	812	1.286	29	65	322	416
1944	UZ dojk enostransko	10	61	21	92	9	5	5	19
<b>Skupaj</b>	<b>UZ dojke</b>	<b>51</b>	<b>494</b>	<b>833</b>	<b>1.378</b>	<b>38</b>	<b>70</b>	<b>327</b>	<b>435</b>
1948	Transtorakalna ehokardiografija	2	66	436	504	2	42	210	254
1949	Delna transtorakalna ehokardiografija	...	...	...	...	...	...	...	...
1950	Zahtevna transtorakalna ehokardiografija	1	11	184	196	1	3	132	136
1951	Transtorakalna ehokardiografija s KS	0	0	6	6	0	0	1	1
1952	Usmerjen ali urgenten UZ srca	1	204	445	650	1	160	289	450
<b>Skupaj</b>	<b>UZ srca</b>	<b>4</b>	<b>281</b>	<b>1.071</b>	<b>1.356</b>	<b>4</b>	<b>205</b>	<b>632</b>	<b>841</b>
1938	Doppler ehografija	7	86	189	282	6	44	66	116
1941	UZ vratnih žil	51	1.876	5.011	6.938	41	742	1.028	1.811
<b>Skupaj</b>	<b>UZ vratnih žil</b>	<b>58</b>	<b>1.962</b>	<b>5.200</b>	<b>7.220</b>	<b>47</b>	<b>786</b>	<b>1.094</b>	<b>1.927</b>
1931	UZ vratu	23	282	464	769	15	48	90	153
1933	UZ otroške glave	1	2	3	6	1	0	0	1
1985	UZ kolka novorojenčkov	0	2	51	53	0	0	0	0
1986	UZ kolka dojenčkov	1	60	536	597	1	0	0	1
1991	UZ mehkih tkiv	47	740	488	1.275	44	307	154	505
1992	UZ preiskava ene bezgavčne lože	0	3	14	17	0	0	2	2
2271	UZ skrotuma	24	144	328	496	15	22	32	69
<b>Skupaj</b>	<b>UZ mehkih tkiv</b>	<b>96</b>	<b>1.233</b>	<b>1.884</b>	<b>3.213</b>	<b>76</b>	<b>377</b>	<b>278</b>	<b>731</b>
1983	UZ sklepa	11	386	230	627	9	285	115	409
<b>Skupaj</b>	<b>UZ skeleta</b>	<b>11</b>	<b>386</b>	<b>230</b>	<b>627</b>	<b>9</b>	<b>285</b>	<b>115</b>	<b>409</b>
1669	CT glave brez KS	44	558	326	928	36	22	5	63
1670	CT orbit brez KS	0	4	1	5	0	0	1	1
1671	CT skeleta glave	0	1	3	4	0	0	0	0
1672	CT srednjega ušesa in temporalke	4	21	29	54	4	0	0	4
1673	CT obraznih kosti	1	8	4	13	1	2	0	3
1674	CT obnosnih votlin brez KS	9	113	123	245	7	5	5	17
1675	CT vratu brez KS	2	6	3	11	0	1	0	1

## Nadaljevanje Priloge.

VZS	Naziv storitve VZS	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
1676	CT glave s KS	7	44	35	86	3	1	2	6
1677	CT orbit s KS	1	0	0	1	1	0	0	1
1678	CT skeleta glave s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1679	CT obnosnih votlin s KS	1	6	1	8	1	0	0	1
1680	CT vratu s KS	3	11	3	17	3	2	0	5
<b>Skupaj</b>	<b>CT glave in vratu</b>	<b>72</b>	<b>772</b>	<b>528</b>	<b>1.372</b>	<b>56</b>	<b>33</b>	<b>13</b>	<b>102</b>
1747	CTA srca - prikaz kalcinacij	...	...	...	...	...	...	...	...
1748	CTA srca - prikaz morfoloških struktur	0	0	4	4	0	0	4	4
1749	CTA srca - prikaz funkcije	0	1	0	1	0	1	0	1
1750	CTA koronarnih arterij	2	92	64	158	2	89	42	133
2359	CT srca - prikaz kalcinacij	0	0	3	3	0	0	3	3
<b>Skupaj</b>	<b>CT srca</b>	<b>2</b>	<b>93</b>	<b>71</b>	<b>166</b>	<b>2</b>	<b>90</b>	<b>49</b>	<b>141</b>
1732	CTA torakalne aorte	3	49	74	126	3	30	57	90
1733	CTA abdominalne aorte	2	32	67	101	2	20	36	58
1734	CTA pelvičnih žil	1	18	1	20	0	15	1	16
1735	CTA zgornjih okončin	0	2	1	3	0	1	0	1
1736	CTA pljučnih arterij	1	7	0	8	1	0	0	1
1737	CTA jeter	1	1	1	3	1	1	1	3
1738	CTA ledvic	0	2	0	2	0	1	0	1
1739	CTA selektivne angiografije	0	4	1	5	0	2	0	2
1740	CTA aorto- cervikalna	15	113	71	199	15	26	3	44
1741	CTA pelvičnih a. in a. spodnjih okončin	21	144	63	228	20	68	24	112
1742	CTA torakalne in abdominalne aorte	1	33	32	66	0	25	22	47
1743	CTA možganskih arterij	6	75	72	153	6	21	12	39
1744	CTA venografija možganov	0	0	2	2	0	0	0	0
1745	CTA venografija vratu	0	2	0	2	0	0	0	0
1746	CTA venografija drugo	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>CT angiografije - CTA</b>	<b>51</b>	<b>482</b>	<b>385</b>	<b>918</b>	<b>48</b>	<b>210</b>	<b>156</b>	<b>414</b>
1681	CT skeleta okončin	9	22	7	38	6	0	0	6
1682	CT skeleta hrbtenice	...	...	...	...	...	...	...	...
1683	CT cervikalne hrbtenice	1	17	15	33	1	1	0	2
1684	CT torakalne hrbtenice	2	8	7	17	2	0	0	2
1685	CT lumbo-sakralne hrbtenice	5	47	29	81	4	0	0	4
1686	CT po mielografiji brez KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1687	CT skeleta medenice	1	8	0	9	1	0	0	1
1688	CT kolkov	1	14	5	20	0	1	0	1
1689	CT SIS (sakroiliakalnega sklepa)	0	6	1	7	0	0	0	0
1690	CT artrografija rame brez KS	0	10	6	16	0	0	0	0
1691	CT kolena	4	32	13	49	3	0	0	3
1692	CT rame	5	19	8	32	5	0	0	5
1693	CT gležnja	6	31	11	48	6	0	0	6
1694	CT artrografija - drugo brez KS	0	1	3	4	0	0	0	0
1695	CT po ISR brez KS	0	1	0	1	0	0	0	0
1697	CT skeleta drugo - brez KS	2	8	3	13	2	0	0	2
1698	CT - dentalni	...	...	...	...	...	...	...	...
1699	CT pelvimetrija	0	1	0	1	0	0	0	0
1700	CT skeleta okončin s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1701	CT skeleta hrbtenice s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1702	CT cervikalne hrbtenice s KS	0	1	0	1	0	0	0	0
1703	CT torakalne hrbtenice s KS	0	1	0	1	0	0	0	0
1704	CT lumbo-sakralne hrbtenice s KS	0	1	0	1	0	0	0	0
1705	CT po mielografiji s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1706	CT skeleta medenice s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1707	CT artrografija rame s KS	0	9	1	10	0	0	0	0
1708	CT artrografija - drugo s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1709	CT po ISR s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1710	CT hrbtenice z intratekalno aplik. KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1712	CT skeleta drugo s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
2356	CT zapestja	3	22	2	27	3	0	0	3
2357	CT komolca	2	7	1	10	2	0	0	2
<b>Skupaj</b>	<b>CT skeleta</b>	<b>41</b>	<b>266</b>	<b>112</b>	<b>419</b>	<b>35</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>37</b>
1713	CT prsnih organov brez KS	23	167	163	353	14	32	21	67
1715	CT trebušnih organov brez KS	30	104	59	193	21	23	6	50

## Nadaljevanje Priloge.

VZS	Naziv storitve VZS	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
1716	CT zgornjega abdomna brez KS	1	6	6	13	1	2	0	3
1717	CT medeničnih organov brez KS	1	8	0	9	1	7	0	8
1718	CT prsnega koša - pljuč HRCT	7	220	123	350	3	51	6	60
1719	CT abdomna brez KS - drugo	28	91	39	158	23	20	0	43
1720	CT pljuč protokol lungcare	2	19	11	32	1	4	4	9
1721	CT urografija	3	27	7	37	1	7	0	8
1722	CT širokega črevesa brez KS	1	8	3	12	1	3	0	4
1723	CT ozkega črevesa brez KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1724	CT prsnih organov s KS	86	334	164	584	63	48	25	136
1725	CT trebušnih organov s KS	127	507	150	784	96	171	9	276
1726	CT zgornjega abdomna s KS	3	33	16	52	2	12	3	17
1727	CT medeničnih organov s KS	1	4	1	6	1	2	0	3
1728	CT jeter s portalnim ojačanjem	...	...	...	...	...	...	...	...
1729	CT urografija - KS	17	77	17	111	16	23	0	39
1730	CT širokega črevesa s KS	1	7	5	13	1	3	0	4
1731	CT ozkega črevesa s KS	0	1	0	1	0	1	0	1
2358	CT jeter s KS - 4 faze	1	8	4	13	0	1	0	1
<b>Skupaj</b>	<b>CT toraksa in abdomna</b>	<b>332</b>	<b>1.621</b>	<b>768</b>	<b>2.721</b>	<b>245</b>	<b>410</b>	<b>74</b>	<b>729</b>
1881	RTG glave	0	2	4	6	0	0	0	0
1882	RTG sinusov	1	12	7	20	0	0	0	0
1883	RTG nosa	0	1	2	3	0	0	0	0
1884	RTG po schullerju	0	2	0	2	0	0	0	0
1885	RTG ličnice	...	...	...	...	...	...	...	...
1886	RTG orbit	0	1	1	2	0	0	0	0
1887	RTG spodnje čeljusti (mandibule)	0	0	4	4	0	0	0	0
1926	RTG solzevodov	...	...	...	...	...	...	...	...
1927	RTG prvega vratnega vretenca (dens)	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>RTG glave</b>	<b>1</b>	<b>18</b>	<b>18</b>	<b>37</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
1871	RTG cervikalne hrbtenice	6	127	188	321	4	0	0	4
1872	RTG torakalne hrbtenice	3	60	74	137	3	0	0	3
1873	RTG lumbosakralne hrbtenice	23	245	311	579	15	1	0	16
1874	RTG hrbtenice v predelu L5-S1	0	21	34	55	0	0	0	0
1875	RTG trtice	1	7	3	11	1	0	0	1
2284	RTG celotne hrbtenice	2	18	22	42	2	1	0	3
<b>Skupaj</b>	<b>RTG hrbtenice</b>	<b>35</b>	<b>478</b>	<b>632</b>	<b>1.145</b>	<b>25</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>27</b>
2017	Mamografija (vključuje odčitavanje slike, izključuje preventivno presejanje)	5	90	276	371	2	8	51	61
<b>Skupaj</b>	<b>RTG mamografija</b>	<b>5</b>	<b>90</b>	<b>276</b>	<b>371</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>51</b>	<b>61</b>
1888	RTG pc	13	68	179	260	1	10	14	25
<b>Skupaj</b>	<b>RTG PC</b>	<b>13</b>	<b>68</b>	<b>179</b>	<b>260</b>	<b>1</b>	<b>10</b>	<b>14</b>	<b>25</b>
1889	RTG abdomna	0	0	1	1	0	0	0	0
<b>Skupaj</b>	<b>RTG abdomna</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
1852	RTG prstov rok	3	22	45	70	2	1	0	3
1853	RTG dlani	0	37	40	77	0	0	0	0
1854	RTG zapestja	4	22	26	52	3	0	1	4
1855	RTG os naviculare	...	...	...	...	...	...	...	...
1856	RTG podlahti	1	0	1	2	1	0	0	1
1857	RTG komolca	0	8	21	29	0	0	0	0
1858	RTG nadlahti	0	2	1	3	0	0	0	0
1859	RTG rame	11	126	159	296	6	0	0	6
1860	RTG prstov nog	1	8	8	17	0	0	0	0
1861	RTG stopala	6	62	76	144	5	1	2	8
1862	RTG petnice	2	28	36	66	1	0	0	1
1863	RTG gležnja	3	25	21	49	1	0	0	1
1864	RTG goleni	1	8	8	17	1	0	0	1
1865	RTG kolena	16	163	311	490	14	3	7	24
1866	RTG pogačice	0	1	6	7	0	0	0	0
1867	RTG stegenice	0	4	7	11	0	0	0	0
1868	RTG kolka	3	110	162	275	1	3	5	9
1869	RTG medenice	4	60	119	183	2	1	5	8
1870	RTG sakroiliakalnega sklepa - SIS	3	24	14	41	2	0	0	2
1876	RTG ključnice	0	2	2	4	0	0	0	0
1877	RTG sternoklavikularnega sklepa	...	...	...	...	...	...	...	...

## Nadaljevanje Priloge.

VZS	Naziv storitve VZS	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
1878	RTG lopatice	0	0	1	1	0	0	0	0
1879	RTG reber	2	16	11	29	1	0	0	1
1880	RTG prsnice (sternuma)	2	0	6	8	1	0	0	1
<b>Skupaj</b>	<b>RTG skeleta</b>	<b>62</b>	<b>728</b>	<b>1.081</b>	<b>1.871</b>	<b>41</b>	<b>9</b>	<b>20</b>	<b>70</b>
1893	Nativno slikanje ledvic	...	...	...	...	...	...	...	...
1894	Intravenska urografija - IVU	0	3	6	9	0	0	0	0
1895	Retrogradna pielografija	...	...	...	...	...	...	...	...
1896	Cistografija	...	...	...	...	...	...	...	...
1897	Mikijska ureterocistografija	...	...	...	...	...	...	...	...
1898	Perkutana anterogradna pielografija	...	...	...	...	...	...	...	...
1899	Druge radiološke preiskave ledvic in sečnega mehurja	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>RTG ledvic in sečnega mehurja</b>	<b>0</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
1755	MR glave brez kontrasta	67	1.148	901	2.116	57	418	262	737
1756	MR obraza in drugo brez KS	1	15	17	33	0	11	12	23
1757	MR vratu brez KS	0	27	14	41	0	11	5	16
1758	MR multipla skleroza brez KS	3	52	91	146	2	25	9	36
1759	MR glave s KS	27	413	921	1.361	22	238	432	692
1760	MR obraza in drugo s KS	0	4	4	8	0	3	3	6
1762	MR multipla skleroza s KS	2	63	72	137	2	30	26	58
1763	MR vratu s KS	0	13	11	24	0	8	2	10
2345	MR protokol epilepsija brez KS	1	12	6	19	1	0	2	3
2346	MR protokol epilepsija s KS	2	12	4	18	2	9	3	14
2347	MR multipla skleroza s KS s 3D	2	105	72	179	2	96	55	153
<b>Skupaj</b>	<b>MR glave in vratu</b>	<b>105</b>	<b>1.864</b>	<b>2.113</b>	<b>4.082</b>	<b>88</b>	<b>849</b>	<b>811</b>	<b>1.748</b>
1764	MR cervikalne hrbtenice	26	614	538	1.178	21	148	92	261
1765	MR rame	12	372	133	517	11	73	10	94
1766	MR torakalne hrbtenice	15	144	121	280	13	30	17	60
1767	MR komolca	5	32	10	47	5	5	0	10
1768	MR lumbosakralne hrbtenice	65	1.453	1.116	2.634	39	301	97	437
1769	MR zapestja	9	59	25	93	9	18	7	34
1770	MR roke	5	10	13	28	5	3	3	11
1771	MR kolka	5	104	79	188	4	48	14	66
1772	MR kolena	63	927	646	1.636	44	101	53	198
1773	MR gležnja	10	104	63	177	10	15	6	31
1774	MR stopala	5	68	47	120	5	11	9	25
1776	MR skeleta brez KS - drugo	2	44	25	71	2	4	3	9
1777	MR SIS (sakroliakalnega sklepa) brez KS	0	86	48	134	0	26	15	41
1778	MR cervikalne hrbtenice s KS	1	38	21	60	0	14	10	24
1779	MR torakalne hrbtenice s KS	2	28	14	44	2	14	2	18
1780	MR komolca s KS	0	2	1	3	0	1	1	2
1781	MR lumbosakralne hrbtenice s KS	8	82	49	139	5	26	13	44
1782	MR rame s KS	4	39	8	51	4	10	1	15
1783	MR zapestja s KS	0	19	2	21	0	0	1	1
1784	MR roke s KS	0	3	4	7	0	2	1	3
1785	MR kolka s KS	1	19	2	22	1	6	0	7
1786	MR kolena s KS	0	15	4	19	0	4	0	4
1787	MR gležnja s KS	0	9	2	11	0	1	0	1
1788	MR stopala s KS	0	6	1	7	0	1	0	1
1789	MR skeleta s KS - drugo	0	17	5	22	0	8	1	9
1790	MR SIS (sakroliakalnega sklepa) s KS	0	45	7	52	0	4	0	4
2348	MR celotne hrbtenice	1	18	8	27	0	14	2	16
<b>Skupaj</b>	<b>RTG skeleta</b>	<b>239</b>	<b>4.357</b>	<b>2.992</b>	<b>7.588</b>	<b>180</b>	<b>888</b>	<b>358</b>	<b>1.426</b>
1831	MR srca - prikaz morfoloških struktur brez KS	0	16	20	36	0	7	14	21
1832	MR srca - prikaz funkcije brez KS	0	11	11	22	0	7	4	11
1833	MR srca - prikaz morfoloških struktur s KS	2	70	65	137	2	61	57	120
1834	MR srca - prikaz funkcije s KS	2	36	21	59	2	26	20	48
1835	MR koronarnih arterij s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1836	MRA srca in velikih žil - prikaz pretoka s KS	0	5	5	10	0	1	5	6

## Nadaljevanje Priloge.

VZS	Naziv storitve VZS	Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
2353	MR srca in velikih žil brez KS	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>MR srca</b>	<b>4</b>	<b>138</b>	<b>122</b>	<b>264</b>	<b>4</b>	<b>102</b>	<b>100</b>	<b>206</b>
1805	MRA možganskega žilja - arterije TOF	6	159	158	323	5	79	85	169
1806	MRA možganskega žilja - vene TOF	1	3	5	9	0	2	1	3
1807	MRA aorto- cervikalna TOF	1	15	4	20	1	5	2	8
1808	MRA torakalne aorte TOF	0	5	5	10	0	2	3	5
1809	MRA abdominalne aorte TOF	...	...	...	...	...	...	...	...
1810	MRA pljučnih arterij TOF	0	0	1	1	0	0	1	1
1811	MRA pelvično žilje TOF	0	0	1	1	0	0	0	0
1812	MRA ekstremiteti ( vsaka okončina posebej ) TOF	0	0	1	1	0	0	0	0
1813	MRA renalno žilje TOF	0	0	1	1	0	0	0	0
1814	MRA TOF - drugo	0	10	0	10	0	1	0	1
1815	MRA možganskega žilja - arterije KS	1	31	28	60	1	13	14	28
1816	MRA možganskega žilja - vene KS	0	5	3	8	0	2	1	3
1817	MRA aorto- cervikalna KS	1	6	2	9	1	4	1	6
1818	MRA torakalne aorte KS	0	3	46	49	0	3	31	34
1819	MRA abdominalne aorte KS	0	1	6	7	0	1	0	1
1820	MRA pljučnih arterij KS	0	0	1	1	0	0	1	1
1821	MRA pelvično žilje KS	0	1	2	3	0	0	0	0
1822	MRA pelvičnih a. In arterij spodnjih udov	2	6	4	12	1	0	0	1
1823	MRA renalno žilje KS	0	0	3	3	0	0	0	0
1824	MRA zgornje okončine s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1825	MRA prsnega koša s KS	0	0	1	1	0	0	1	1
1826	MRA hrbtenice s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1827	MRA trebuha s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
1828	MRA medenice s KS	0	1	0	1	0	0	0	0
1829	MRA drugih področij s KS	1	2	1	4	0	0	0	0
1830	MRA pljučnih ven s KS	...	...	...	...	...	...	...	...
<b>Skupaj</b>	<b>MR angiografije - MRA</b>	<b>13</b>	<b>248</b>	<b>273</b>	<b>534</b>	<b>9</b>	<b>112</b>	<b>141</b>	<b>262</b>
1791	MR prsnega koša	0	20	8	28	0	5	4	9
1792	MR trebušnih organov	5	29	34	68	4	5	0	9
1793	MR abdomna- drugo	9	96	20	125	9	4	0	13
1794	MR zgornjega abdomna	1	7	7	15	1	1	1	3
1795	MR medenice	9	76	31	116	5	20	3	28
1796	MR jeter	4	24	15	43	4	4	0	8
1797	MR dojke	1	8	26	35	1	1	0	2
1798	MR prsnega koša s KS	0	6	4	10	0	1	0	1
1799	MR trebušnih organov s KS	4	41	24	69	3	13	3	19
1800	MR abdomna s KS - drugo	1	13	6	20	1	3	0	4
1801	MR zgornjega abdomna s KS	1	18	7	26	1	9	1	11
1802	MR medenice s KS	5	50	20	75	4	23	2	29
1803	MR jeter s kontrastom	3	25	23	51	3	6	2	11
1804	MR dojke s KS	0	3	25	28	0	0	3	3
2349	MRCP (pregled žolčnega sistema)	7	79	52	138	5	45	1	51
2350	MR enterografija	3	29	10	42	2	13	1	16
2351	MR male medenice	6	51	12	69	4	18	1	23
2352	MR male medenice s KS	4	121	29	154	2	31	5	38
<b>Skupaj</b>	<b>MR toraksa in abdomna</b>	<b>63</b>	<b>696</b>	<b>353</b>	<b>1.112</b>	<b>49</b>	<b>202</b>	<b>27</b>	<b>278</b>
<b>Skupaj vse storitve</b>		<b>3.785</b>	<b>53.161</b>	<b>74.402</b>	<b>131.348</b>	<b>2.909</b>	<b>22.291</b>	<b>27.339</b>	<b>52.539</b>

Vir: Lastni izračun po podatkih Mesečno poročilo o čakalnih dobah na dan 1. januar 2019 (2019).