

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ANALIZA VZROKOV ZA NASTAJANJE ČAKALNIH DOB
NA PODROČJU DERMATOLOGIJE**

Ljubljana, september 2016

BARBARA HROVATIN

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Barbara Hrovatin, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Analiza vzrokov za nastajanje čakalnih dob na področju dermatologije, pripravljene v sodelovanju s svetovalcem red. prof. dr. Maksom Tajnikarjem

IZJAVLJAM

1. da sem predloženo delo pripravila samostojno;
2. da je tiskana oblika predloženega dela istovetna njegovi elektronski obliki;
3. da je besedilo predloženega dela jezikovno korektno in tehnično pripravljeno v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, kar pomeni, da sem poskrbela, da so dela in mnenja drugih avtorjev oziroma avtoric, ki jih uporabljam oziroma navajam v besedilu, citirana oziroma povzeta v skladu z Navodili za izdelavo zaključnih nalog Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani;
4. da se zavedam, da je plagiatstvo – predstavljanje tujih del (v pisni ali grafični obliki) kot mojih lastnih – kaznivo po Kazenskem zakoniku Republike Slovenije;
5. da se zavedam posledic, ki bi jih na osnovi predloženega dela dokazano plagiatstvo lahko predstavljalo za moj status na Ekonomski fakulteti Univerze v Ljubljani v skladu z relevantnim pravilnikom;
6. da sem pridobila vsa potrebna dovoljenja za uporabo podatkov in avtorskih del v predloženem delu in jih v njem jasno označila;
7. da sem pri pripravi predloženega dela ravnala v skladu z etičnimi načeli in, kjer je to potrebno, za raziskavo pridobila soglasje etične komisije;
8. da soglašam, da se elektronska oblika predloženega dela uporabi za preverjanje podobnosti vsebine z drugimi deli s programsko opremo za preverjanje podobnosti vsebine, ki je povezana s študijskim informacijskim sistemom članice;
9. da na Univerzo v Ljubljani neodplačno, neizključno, prostorsko in časovno neomejeno prenašam pravico shranitve predloženega dela v elektronski obliki, pravico reproduciranja ter pravico dajanja predloženega dela na voljo javnosti na svetovnem spletu preko Repozitorija Univerze v Ljubljani;
10. da hkrati z objavo predloženega dela dovoljujem objavo svojih osebnih podatkov, ki so navedeni v njem in v tej izjavi.

V Ljubljani, dne 26.09.2016

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 OPREDELITEV POJMA ČAKALNIH DOB	5
1.1 Čakalne dobe v zdravstvu	5
1.1.1 Splošno o čakalnih dobah v zdravstvu	5
1.1.2 Opredelitev dejavnikov na strani ponudbe in povpraševanja	6
1.1.3 Merjenje čakalnih dob v zdravstvu	9
1.2 Teoretično razumevanje čakalnih dob	11
1.2.1 Osnove teorije čakalnih vrst	11
1.2.2 Teorija čakalnih vrst v zdravstvu	13
1.2.3 Ekonomska analiza čakalnih dob	14
1.3 Izkušnje s čakalnimi dobami v svetu	17
1.4 Zakonsko reguliranje čakalnih dob v Sloveniji	24
2 PRIKAZ ČAKALNIH DOB NA PODROČJU DERMATOLOGIJE V SLOVENIJI	27
2.1 Čakalne dobe in vodenje čakalnih seznamov v Sloveniji	27
2.2 Opredelitev čakalnih dob v dermatologiji v Sloveniji	33
2.3 Podatki o čakalnih dobah v dermatologiji v Sloveniji	34
3 ANALIZA VZROKOV ZA NASTANEK ČAKALNIH DOB V DERMATOLOGIJI V SLOVENIJI	41
3.1 Model za preučevanje nastanka čakalnih dob v dermatologiji v Sloveniji	41
3.2 Analiza vzrokov za nastanek čakalnih dob v dermatologiji na strani povpraševanja	44
3.2.1 Opredelitev potreb in povpraševanja po dermatoloških storitvah	44
3.2.2 Oblikovanje efektivnega povpraševanja po dermatoloških storitvah	47
3.2.3 Ocena potrebnih sredstev za neizpolnjene potrebe	51
3.2.4 Ocena potrebnih sredstev za neizpolnjene potrebe po geografskih regijah	54
3.3 Analiza vzrokov nastajanja čakalnih dob v dermatologiji na strani ponudbe	55
3.3.1 Prikaz obstoječih zmogljivosti izvajalcev dermatološke dejavnosti	55
3.3.2 Financiranje izvajalcev specialistične dermatološke dejavnosti	59
3.3.3 Produktivnost izvajalcev dermatoloških storitev	62
3.3.4 Ocena potrebnih zmogljivosti za odpravljanje čakalnih dob	67
3.3.5 Ocena potrebnih zmogljivosti za odpravljanje čakalnih dob po geografskih regijah	69
SKLEP	71
LITERATURA IN VIRI	75

PRILOGE

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Države OECD s sprejeto nacionalno strategijo skrajševanja čakalnih dob in področja zdravstvene oskrbe z dolgimi čakalnimi dobami	18
Tabela 2:	Seznam zdravstvenih storitev, za katere izvajalci poročajo podatke o čakalnih dobah	28
Tabela 3:	Podatki o povprečnih čakalnih dobah za prvi specialistični pregled v dermatologiji, številu čakajočih, številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnjah nujnosti hitro in redno v obdobju december 2012 do december 2015	35
Tabela 4:	Podatki o povprečnih čakalnih dobah za sklerozacijo krčnih žil, številu čakajočih, številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnjah nujnosti hitro in redno v obdobju december 2012 do december 2015	39
Tabela 5:	Podatki o čakalnih dobah in številu čakajočih na prvi specialistični pregled v dermatologiji po izvajalcih znotraj posameznih regij na dan 01.12.2015	40
Tabela 6:	Gibanje povpraševanja po dermatoloških storitvah v obdobju 2013 do 2015	46
Tabela 7:	Število in struktura čakajočih glede na stopnjo nujnosti v letih 2013 do 2015 (stanje december)	49
Tabela 8:	Izračun potrebnih sredstev za odpravljanje čakalnih dob na osnovi gibanja povpraševanja po dermatoloških storitvah v Sloveniji v obdobju 2013 do 2015 in napovedi povpraševanja za obdobje 2016 do 2020	52
Tabela 9:	Izračunani podatki o povprečnih vrednosti obravnav na pacienta v okviru prvih in kontrolnih pregledov v evrih v letu 2015	53
Tabela 10:	Napoved dodatnega obsega potrebnih pregledov po posameznih letih na osnovi gibanja povpraševanja po dermatoloških storitvah po geografskih regijah v obdobju 2013 do 2015 in ocene povpraševanja po dermatoloških storitvah za obdobje 2016 do 2020	54
Tabela 11:	Izračun potrebnih sredstev za odpravljanje čakalnih dob po geografskih regijah v Sloveniji v evrih na osnovi gibanja povpraševanja po dermatoloških storitvah v obdobju 2013 do 2015 in ocene povpraševanja za obdobje 2016 do 2020	55
Tabela 12:	Kalkulacija za planiranje in financiranje specialistične ambulantne dejavnosti dermatologije (izhodiščne cene 01.01.2015)	56
Tabela 13:	Število timov v specialistični dejavnosti dermatologije v okviru javne zdravstvene mreže na območju Slovenije po geografskih regijah v obdobju 2013 do 2015	57
Tabela 14:	Planirana sredstva za dermatološko dejavnost, povprečne čakalne dobe in število čakajočih v letih 2013 do 2015	61
Tabela 15:	Struktura planiranih sredstev za dermatološko dejavnost glede na tip in lastništvo izvajalcev v letih 2013 do 2015	61
Tabela 16:	Kazalci produktivnosti izvajalcev dermatoloških storitev v okviru javne zdravstvene mreže v letih 2013 do 2015	63

Tabela 17: Obseg priznanih timov, obseg opravljenih prvih pregledov in razmerje med kontrolnimi in prvimi pregledi po izvajalcih dermatoloških storitev v letih 2013 do 2015	65
Tabela 18: Ocena dodatnih potrebnih zmogljivosti za realizacijo povpraševanja po dermatoloških storitvah v letih 2013 do 2020 na osnovi napovedi gibanja povpraševanja	68
Tabela 19: Ocena dodatnih potrebnih zmogljivosti za realizacijo povpraševanja po dermatoloških storitvah v letih 2013 do 2020 na osnovi napovedi gibanja povpraševanja po posameznih regijah pri obstoječi produktivnosti izvajalcev.....	69
Tabela 20: Ocena dodatnih potrebnih zmogljivosti za realizacijo povpraševanja po dermatoloških storitvah v letih 2013 do 2020 na osnovi napovedi gibanja povpraševanja po posameznih regijah pri povečani produktivnosti izvajalcev.....	70

KAZALO SLIK

Slika 1: Primeri začetnih točk merjenja čakalnih dob	10
Slika 2: Povprečni čas čakanja v primerjavi z izkoriščenostjo sistema	12
Slika 3: Optimalna čakalna doba	15
Slika 4: Povezava med številom bolnišničnih postelj in čakalnimi dobami v proučevanih državah OECD	19
Slika 5: Povezava med izdatki za zdravstvo in čakalnimi dobami v proučevanih državah OECD	19
Slika 6: Delovanje različnih strategij na skrajšanje čakalnih dob	23
Slika 7: Število čakajočih na prvi specialistični pregled po posamezni specialistični ambulanti glede na stopnjo nujnosti na dan 01.02.2016	29
Slika 8: Število čakajočih za posamezne zdravstvene storitve na dan 01.02.2016	30
Slika 9: Povprečne čakalne dobe (za stopnji nujnosti redno in hitro) in število čakajočih za prvi specialistični pregled v dermatologiji v obdobju december 2012 do december 2015	34
Slika 10: Povprečne čakalne dobe (za stopnji nujnosti redno in hitro) in število čakajočih za prvi specialistični pregled v dermatologiji v obdobju december 2014 do december 2015 po mesecih	36
Slika 11: Povprečne čakalne dobe in število čakajočih za prvi specialistični pregled v dermatologiji pri stopnji nujnosti »redno« v obdobju december 2014 do december 2015 po kvartalnih	36
Slika 12: Povprečne čakalne dobe in število čakajočih za prvi specialistični pregled v dermatologiji pri stopnji nujnosti »hitro« v obdobju december 2014 do december 2015 po kvartalnih	37
Slika 13: Povprečne čakalne dobe in število čakajočih za sklerozacijo krčnih žil v obdobju december 2014 do december 2015	37
Slika 14: Povprečne čakalne dobe in število čakajočih za sklerozacijo krčnih žil pri stopnji nujnosti »redno« v obdobju december 2014 do december 2015	38

Slika 15: Povprečne čakalne dobe in število čakajočih za sklerozacijo krčnih žil pri stopnji nujnosti »hitro« v obdobju december 2014 do december 2015.	38
Slika 16: Model za preučevanje nastanka čakalnih dob za prvi pregled v ambulantni dermatologiji.....	43
Slika 17: Gibanje povpraševanja po dermatoloških storitvah v Sloveniji v obdobju 2013 do 2015 in napoved povpraševanja za obdobje 2016 do 2020.....	52
Slika 18: Število timov v specialistični dejavnosti dermatologije v okviru javne zdravstvene mreže na območju Slovenije po tipu izvajalca v obdobju 2013 do 2015	58
Slika 19: Povprečno število timov v specialistični dejavnosti dermatologije v okviru javne zdravstvene mreže na 100.000 prebivalcev v Sloveniji po geografskih regijah v letu 2015	58
Slika 20: Povprečno število timov na 100.000 prebivalcev v primerjavi s povpraševanjem po dermatoloških storitvah na 100.000 prebivalcev v letu 2015 po geografskih regijah	59
Slika 21: Število opravljenih prvih pregledov na tim po izvajalcih dermatoloških storitev v letih 2013 do 2015	66
Slika 22: Potrebne zmogljivosti za delovanje ambulantne dermatološke dejavnosti glede na gibanje povpraševanja v letih 2013 do 2020 v primeru obstoječe in povečane produktivnosti izvajalcev v primerjavi z obstoječim obsegom zmogljivosti	73
Slika 23: Dodatne potrebne zmogljivosti v letu 2020 po geografskih regijah v primeru obstoječe in povečane produktivnosti izvajalcev	73

UVOD

Slovensko zdravstvo se je znašlo v nezavidljivem položaju. Z delovanjem zdravstvenega sistema nismo zadovoljni ne uporabniki, ne izvajalci, ne financerji in tudi ne politiki. Strokovna javnost meni, da gre slovenski zdravstveni sistem naravnost v propad (Kranjec, 2015; Zdravniška zbornica Slovenije, 2015), medtem ko je vlada postavila zdravstveno reformo na vrh svojih priorit. Kljub temu je analiza slovenskega zdravstvenega sistema, ki so jo po naročilu Slovenije pod okriljem Svetovne zdravstvene organizacije (v nadaljevanju WHO) pripravili tuji in domači strokovnjaki (European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije [Ministrstvo za zdravje], 2016a), poleg množice podatkov o financiranju in organiziranosti slovenskega zdravstva pokazala, da naš zdravstveni sistem na nekaterih področjih dosega dobre rezultate; glede na nekatere kazalnike uspešnosti sodi celo v sam vrh med državami Evropske unije (v nadaljevanju EU).

Kljub temu pacienti čedalje bolj motijo dolge čakalne dobe, ki so v zadnjem času za določene zdravstvene storitve presegle dopustne meje. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ) je februarja 2016 na prvi ambulantni pregled čakalo 213.198 pacientov (podatek zajema 13 specialističnih ambulant, ki vključujejo tudi fizioterapijo na primarni ravni in 47 izbranih zdravstvenih storitev), kar je za 11,4 % več kot v enakem obdobju preteklega leta. 28.481 pacientov pa je čakalo nad dopustno čakalno dobo (NIJZ, 2016).

Glede na poročila Komisije za preprečevanje korupcije (v nadaljevanju KPK), Računskega sodišča Republike Slovenije (v nadaljevanju Računsko sodišče) in Zdravstvenega inšpektorata Republike Slovenije (v nadaljevanju ZIRS) se dogajajo tudi preskoki čakalnih vrst zaradi sistemske korupcije, kar pomeni, da pri dostopu do zdravstvenih storitev ni zagotovljena enakopravna obravnava zavarovanih oseb (KPK, 2014; Računsko sodišče, 2015; Ministrstvo za zdravje, 2016b). Predolge čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve vodijo v plačevanje iz zasebnih sredstev oz. plačevanje iz žepa in s tem do neenakosti v dostopnosti do teh zdravstvenih storitev. Čakalne dobe imajo negativen vpliv na kakovost zdravstvenega sistema in na višino stroškov zdravljenja. Za pacienta pomenijo povečano tveganje pri zdravljenju, v nekaterih primerih daljšo odsotnost z dela in iz družinskega kroga, daljše in zahtevnejše rehabilitacije itn.

Kot rešitev za skrajšanje oz. odpravo čakalnih vrst se največkrat navaja povečanje financiranja zdravstvenih dejavnosti s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS). Javnost in izvajalci zdravstvene dejavnosti pogosto menijo, da bi s povečanjem sredstev za programe, kjer so nedopustno dolge čakalne dobe, problem teh odpravili. Pomanjkanje denarja vidijo kot najpomembnejši vzrok težav in menijo, da kakor hitro bo dovolj denarja, v zdravstvu ne bo več težav.

Slovenski zdravstveni sistem se v pretežni meri financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, katerega edini ponudnik je ZZZS. Sredstva za obvezno zavarovanje zagotavljajo

prispevki, ki jih plačujejo zavarovanci, delodajalci in drugi z zakonom določeni zavezanci. Proračun ne zagotavlja dodatnih sredstev za delovanje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prispevki za zdravstveno varstvo so torej zelo povezani z dogajanjem na trgu dela. Makroekonomske napovedi iz leta 2015 niso optimistične glede razmer na trgu dela in rasti prispevkov za zdravstveno oskrbo (Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj, 2015). Zaradi napovedane rasti kroničnih bolezni in hitrega staranja prebivalstva pa bo pritisk na zdravstveno blagajno v prihodnosti še večji.

Iz bližnje preteklosti poznamo poskuse ZZZS oz. vlade, ko je z zvišanjem cen in dodatnim namenskim denarjem skušala vplivati na dolžino čakalnih dob in število čakajočih. Zanimivo je tudi dejstvo, da so v nekaterih javnih zavodih v letu 2015 beležili presežek prihodkov nad odhodki, medtem ko čakalnih dob niso uspeli skrajšati, ponekod so se te celo podaljšale.

V praksi se namreč pokaže, da so predolge čakalne dobe posledica prepletanja več dejavnikov. Za dolgimi čakalnimi vrstami stoji kopica vzrokov, ki niso samo finančne narave, temveč segajo na organizacijsko in upravljavsko področje, svoje prispeva sistem delovanja med različnimi ravni v zdravstvu ter ne nazadnje pacienti sami (Ministrstvo za zdravje, 2015; Pinter, 2011). Na čakalne dobe vplivajo demografski dejavniki, večje zdravstvene potrebe starajočega se prebivalstva, vse več kroničnih bolnikov, večja ozaveščenost ljudi, nove vrste diagnostike, večje število presejalnih programov ipd. (Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj [OECD], 2013).

Ob tem se zastavlja tudi vprašanje, ali so podatki o čakalnih dobah, s katerimi razpolagamo v Sloveniji, zanesljivi. Področje čakalnih dob urejata Zakon o pacientovih pravicah in Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov. Slednji je v uporabi od septembra 2010 in izvajalcem zdravstvenih storitev nalaga, da na svojih spletnih straneh objavljajo čakalne dobe za zdravstvene storitve, ter da imajo odgovorno osebo za vodenje čakalnih knjig. Mesečno so izvajalci dolžni poročati NIJZ podatke o številu čakajočih pacientov za posamezne izbrane zdravstvene storitve in podatke o realiziranih in pričakovanih čakalnih dobah zanje. Seznam storitev, za katere NIJZ spremlja podatke, je določen v vsakoletnem Splošnem dogovoru (ZZZS, 2015b).

Na spletnih straneh NIJZ so objavljeni podatki o pričakovani in realizirani čakalni dobi za stopnji nujnosti hitro in redno ter število čakajočih na prvi dan v mesecu. Podatki so razvidni za posameznega izvajalca kot tudi na nivoju države. Zavarovane osebe si tako lahko na podlagi pravice do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev izberejo izvajalca, ki ima najkrajšo čakalno dobo.

Kljub navedeni evidenci ne moremo zagotovo vedeti, ali so podatki o realiziranih in pričakovanih čakalnih dobah zanesljivi, saj primerne nadzora nad kakovostjo vnesenih podatkov ni. So pa čakalni sezname predmet nadzora posameznih institucij, ki imajo pravno podlago za izvajanje nadzora nad vodenjem čakalnih seznamov (ZZZS, ZIRS, Računsko sodišče). Odgovornost za kakovost objavljenih podatkov je tako prepuščena izvajalcem. Poleg

tega so zakonske podlage glede načina uvrščanja na čakalne sezname oz. vodenja čakalnih seznamov pomanjkljive (Državni zbor Republike Slovenije, 2015). Problematika kakovosti podatkov o čakalnih dobah bo delno rešena z uvedbo sistema elektronskega naročanja, ki bo omogočal elektronsko napotitev in naročanje pacientov na zdravstvene storitve s primarne na sekundarno in terciarno zdravstveno raven ali znotraj sekundarne oziroma terciarne zdravstvene ravni. Tako imenovano eNaročanje bo omogočilo sprotno zbiranje čakalnih seznamov vseh specialistov; vzpostavljeni bosta enotna lista naročanja in nadzorovana čakalna vrsta na nacionalnem nivoju. Kljub temu sistem ne more rešiti nekaterih organizacijskih problemov, ki vplivajo na kakovost poročenih podatkov.

Namen magistrskega dela je preučiti vzroke za nastanek čakalnih dob na enem pomembnejših področij zdravstvene dejavnosti, to je ambulantne dermatologije. Za ta namen izhajamo iz prikaza čakalnih dob na področju dermatologije. Čakalne dobe razumemo kot izraz neskladja med povpraševanjem po dermatoloških storitvah in njihovo ponudbo. Zato proučujemo po eni strani nastanek povpraševanja po dermatoloških zdravstvenih storitvah, po drugi strani pa tudi zmogljivosti na strani izvajalcev, ki omogočajo ponudbo dermatoloških zdravstvenih storitev.

Raziskovalni cilji v magistrskem delu so zato naslednji:

- prikazati stanje na področju čakalnih dob v dermatologiji v Sloveniji,
- opredeliti vstop bolnikov v dejavnost dermatologije ter vlogo vratarjev pri tem vstopu,
- raziskati odnos med obsegom sredstev za dermatologijo in obsegom vstopa bolnikov na področje dermatologije,
- opredeliti obstoječe zmogljivosti na področju dermatologije z vidika potrebnih sredstev za njihovo izrabo,
- opredeliti razkorak med povpraševanjem in ponudbo dermatoloških storitev,
- opredeliti potrebne investicije v dopolnitev zmogljivosti izvajalcev na področju dermatologije,
- oceniti smiselnost vlaganj v dodatne zmogljivosti in povečevanja sredstev za tekoče delovanje dermatološke dejavnosti v Sloveniji.

V magistrskem delu želimo potrditi ali ovreči naslednji tezi.

- Čakalne dobe nastajajo zaradi neustreznega financiranja poslovanja v dermatologiji glede na potrebe.
- Čakalne dobe nastajajo zaradi neustreznega obsega in strukture zmogljivosti v dermatologiji v Sloveniji.

V prvem poglavju s pomočjo deskriptivne metode raziskujemo pojem čakalnih dob, pri čemer kot osnova služi domača in tuja strokovna literatura. V začetku opredelimo dejavnike, ki delujejo na čakalne dobe na strani ponudbe in na strani povpraševanja, ter prikažemo načine merjenja čakalnih dob v zdravstvu. Predstavimo temeljne principe iz teorije čakalnih vrst, katerih poznavanje je pomembno za razumevanje problematike nastanka čakalnih dob. Na

podlagi preučitve strokovne literature in sekundarnih virov, kot so študije iz tujine, prikažemo načine reševanja predolgh čakalnih dob v tujini.

Namen poglavja o zakonskem reguliranju je predstaviti pravne podlage, ki urejajo področje zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in varstva pacientovih pravic v Sloveniji v povezavi s čakalnimi dobami, ter pomen institucij, ki so pooblašene za področje nadzora nad načinom vodenja čakalnih seznamov. Predstavljena so tudi nekatera določila Splošnega dogovora (ZZZS, 2015b), ki je rezultat partnerskih pogajanj in predstavlja pravno podlago za sklepanje pogodb zdravstvene zavarovalnice z javnimi zdravstvenimi zavodi in zasebniki ter nekateri drugi akti, ki se navezujejo na delovanje slovenskega zdravstvenega sistema.

Po opisu sistema zbiranja in spremljanja podatkov o čakalnih dobah na nacionalni ravni se v drugem poglavju osredotočimo na področje čakalnih dob v ambulantni dermatologiji. Z osnovnimi statističnimi metodami preučujemo podatke o gibanju čakalnih dob in številu čakajočih v obdobju od 2013 do 2015, ki so dostopni na spletnem portalu NIJZ.

Na osnovi spoznanj iz prvega poglavja oblikujemo model, ki ga v tretjem poglavju uporabimo za preučevanje nastanka čakalnih dob na področju ambulantne dermatologije. Za analizo dejavnikov, ki vplivajo na čakalne dobe, so velikega pomena tudi izkušnje, pridobljene pri izvajanju nadzorov nad čakalnimi sezname, ter mnenja nekaterih specialistov dermatologov, ki delujejo v javni zdravstveni mreži in zasebništvu.

Vzroke za nastajanje čakalnih dob na področju dermatologije analiziramo najprej z vidika povpraševanja. Pri tem razlikujemo med izkazanimi potrebami po dermatoloških storitvah in efektivnim povpraševanjem, ki je podprto s plačili. V tej fazi sprva domnevamo, da so čakalne dobe zgolj posledica pomanjkanja finančnih sredstev, ki povpraševanje po dermatoloških storitvah spremenijo v efektivno povpraševanje. Na osnovi podatkov o izraženih potrebah po dermatoloških storitvah v obdobju od 2013 do 2015 ocenimo trend gibanja povpraševanja za prihodnje petletno obdobje. Potreben obseg prvih ambulantnih pregledov ter potrebna finančna sredstva za odpravo bremena čakalnih dob konec leta 2013 in za tekočo odpravo čakalnih dob po posameznih letih do leta 2020 ocenimo tako za celotno Slovenijo kot po posameznih geografskih regijah.

Nazadnje preučujemo dejavnike, ki vplivajo na ponudbo dermatoloških storitev. V tem delu raziskujemo, ali so v sistemu za realizacijo povpraševanja na voljo tudi ustrezne zmogljivosti. Za analizo uporabimo podrobne podatke o zmogljivostih izvajalcev v obdobju od 2013 do 2015 ter podatke o načrtovanem in realiziranem programu dermatološke dejavnosti iz sistema ZZZS. Na podlagi analize produktivnosti izvajalcev ambulantnih dermatoloških storitev, ki delujejo v javni zdravstveni mreži, ocenimo potrebne investicije v dodatne zmogljivosti za zagotavljanje realizacije povečanega povpraševanja po dermatoloških storitvah. Rezultate prikažemo tudi po posameznih geografskih regijah.

1 OPREDELITEV POJMA ČAKALNIH DOB

1.1 Čakalne dobe v zdravstvu

1.1.1 Splošno o čakalnih dobah v zdravstvu

Temeljni cilj sistemov zdravstvenega varstva je zagotavljati prebivalstvu univerzalno in pravično dostopnost do ustrezne in varne zdravstvene oskrbe. Dejansko dostopnost poleg razpoložljivosti zdravstvenih storitev omejujejo finančni, organizacijski, socialno-ekonomski in kulturni dejavniki (Gulliford et al., 2002, str. 185–186). Čakalne dobe predstavljajo organizacijske ovire pri dostopu do zdravstvene oskrbe in so lahko posledica neučinkovite uporabe obstoječih zmogljivosti ali neustreznega načrtovanja glede na potrebe uporabnikov. Kot eden izmed pokazateljev učinkovitosti zdravstvenega sistema so predmet zanimanja politikov in odločevalcev v zdravstvenem sistemu, v obliki kazalnikov kakovosti pa managerjem služijo za načrtovanje in spremljanje uspešnosti organizacije (HOPE, 2004, str. 7–8). Uporabnikom zdravstvenih storitev predstavljajo pomemben podatek o dostopnosti, zlasti v Evropi, kjer imajo pacienti po Direktivi 2011/24/EU možnost čezmejnega zdravljenja v primeru predolgih čakalnih vrst doma (Direktiva 2011/24/EU, Ur.l. Evropske unije, L 88/45).

Pomen čakalnih dob lahko osvetlimo z več vidikov (Hanning, 2005, str. 14). S političnega vidika je pri čakalnih dobah pomembno vprašanje ustrezne alokacije virov in postavljanja prioriteten kriterijev za dostop do zdravstvene oskrbe. Z zdravstvenega vidika dolge čakalne dobe pomenijo poslabšanje zdravstvenega stanja in kakovosti življenja, slabši izid zdravljenja zaradi čakanja, zaskrbljenost in slabo počutje v času čakanja. Ekonomski vidik pokaže čakalne dobe v luči stroškov, ki jih predstavljajo za zdravstveni sistem, za paciente in za celotno družbo (številni kontrolni pregledi v času čakanja, večja poraba zdravil, dražje zdravljenje zaradi časa čakanja, bolniške odsotnosti ipd.).

Čakalne dobe se pojavljajo na različnih nivojih zdravstvene oskrbe in za različne vrste zdravstvenih storitev. Pacienti čakajo na primarni ravni za posvet pri osebnem zdravniku ali na sekundarni ravni za pregled pri specialistu. Nekateri čakajo na diagnostične preiskave, potrebne za odločitev o nadaljnji zdravstveni obravnavi. Po oceni zdravnika specialista pacienti čakajo na poseg ali zdravljenje (Sanmartin, 2003, str. 50–51). Potrebe pacientov po zdravstvenih storitvah se razlikujejo glede na stopnjo nujnosti obravnave: i) nujne, ki zahtevajo takojšnjo zdravniško obravnavo (npr. počena anevrizma), ii) nujne, ki jih je potrebno obravnavati čim prej (npr. rakave bolezni), iii) nenujne, ki jih lahko načrtujemo vnaprej, t.i. elektivne primere, (npr. endoproteza kolka) in iv) nenujne, ki jih lahko brez škode izvajamo iz javnih zdravstvenih programov (npr. estetski posegi) (Siciliani & Hurst, 2004, str. 96).

Mnogi avtorji čakalne dobe oziroma čakalne seznane povezujejo z neskladjem med povpraševanjem po zdravstvenih storitvah in ponudbo teh (Hanning, 2005, str. 24; Rotstein & Alter, 2006, str. 3157). Pri tem s pojmom čakalna vrsta ali čakalni seznam razumemo zalogo pacientov, ki na določeni časovni točki še niso prejeli zdravstvene storitve, na katero čakajo (Kenis, 2006, str. 295); čakalna doba pa je opredeljena kot čas, ki je potreben, da z danimi zmogljivostmi zagotovimo pacientu na čakalnem seznamu potrebno zdravljenje.

Čakalne dobe izražajo stanje, ko število uporabnikov, ki povprašujejo po zdravstveni storitvi, presega število, katerim je storitev mogoče zagotoviti (Hanning, 2005, str. 17). Na trgu večine proizvodov oziroma storitev bi ravnotežje med ponudbo in povpraševanjem zagotovila cena. Ker pa je trg zdravstvenih storitev reguliran in financiran s strani tretjih oseb, morajo vlogo cen prevzeti drugi kontrolni mehanizmi (Martin & Smith, 1999, str. 141). Po mnenju ekonomistov so čakalne dobe oblika uravnavanja ponudbe in povpraševanja po zdravstvenih storitvah, predvsem v zdravstvenih sistemih, financiranih iz državnega proračuna oz. socialnih zavarovanj (Gravelle & Siciliani, 2008, str. 1143). Čakalne dobe se podaljšujejo toliko časa, dokler stroški in neprijetnosti zaradi čakanja ne zmanjšajo vrednosti zdravstvene storitve za nekatere bolnike do te mere, da bodisi poiščejo alternativne oblike zdravljenja, bodisi storitev plačajo iz žepa ali se ji popolnoma odpovedo (Goddard & Tavakoli, 2008, str. 779). Tako Hunter (1998, v HOPE, 2001, str. 18) opredeljuje čakalne dobe kot enega od petih mehanizmov omejevanja dostopa do zdravstvenih storitev: i) odvrčanje (angl. *Deterrence*): npr. z doplačili za storitve, ii) zamude (angl. *Delay*): npr. s čakalnimi dobami in čakalni sezname, iii) deformacija (angl. *Deflection*): npr. z vlogo splošnih zdravnikov kot vratarjev (*gatekeeper*), iv) redčenje (angl. *Dilution*): npr. z zmanjšanjem količine razpoložljivih storitev, v) zanikanje (angl. *Denial*): npr. izključitev nekaterih storitev.

Rotstein in Alter (2006, str. 3158) pravita za čakalne dobe, da so nadloga sodobne medicine, njihov nastanek pa pojasnita z uporabo analogije lijaka in žleba. Na ustju lijaka se pojavi potencialni nabor pacientov za določeno zdravstveno storitev, katerih struktura je pogojena s psihosocialnimi in sistemskimi omejitvami, kot je izobrazba, dohodek in osebne značilnosti posameznika oziroma obstoj in značilnosti zdravstvenega zavarovanja. Potencialni pacienti se nato pomikajo skozi različne selekcijske procese – specialistične preglede, diagnostične preiskave, ki določijo primernost posameznika za zdravljenje. Žleb predstavlja točko, od koder so pacienti napoteni na zeleno zdravstveno storitev. Če povpraševanje preseže ponudbo, se začne oblikovati čakalna vrsta. Če pa je ponudba večja od povpraševanja, žleb ne obstaja.

1.1.2 Opredelitev dejavnikov na strani ponudbe in povpraševanja

Čakalne dobe so podvržene kompleksnemu prepletanju dejavnikov ponudbe zdravstvenih storitev (vpliv na odtok pacientov s čakalnega seznama) in povpraševanja po teh (vpliv na pritok pacientov na čakalni seznam). Dejavniki ponudbe se navezujejo na razpoložljivost zdravstvenih storitev, njihovo ustreznost in učinkovitost (Ministrstvo za zdravje, 2003, str. 40). Ponudba zdravstvenih storitev je odvisna od i) javnih zmogljivosti – izvajalci

zdravstvenih storitev v javni mreži, ii) zasebnih zmogljivosti – zasebni izvajalci zdravstvenih storitev in iii) njihove produktivnosti (Siciliani & Hurst, 2005, str. 202). Kot zmogljivosti izvajalcev zdravstvenih storitev razumemo kadrovske zmogljivosti (zdravniki, medicinsko osebje) in opremljenost (prostori, oprema), pri čemer je pomembna tudi njihova ustrezna razporeditev glede na potrebe prebivalstva (Oliver & Mossialos, 2004, str. 657). Na ponudbo zdravstvenih storitev vpliva hiter razvoj zdravstvenih tehnologij; znanja, opreme, zdravil, medicinsko-tehničnih pripomočkov. Razvoj tehnologije je tako na področju kirurgije in anesteziologije v zadnjih desetletjih vplival na veliko povečanje operacij (npr. operacije sive mreže) v okviru dnevne bolnišnične oskrbe (Siciliani, Borowitz, & Moran, 2013, str. 22). Produktivnost je med drugim odvisna od načina nagrajevanja izvajalcev zdravstvenih storitev in nagrajevanja zdravnikov. Nekatere študije so pokazale, da plačevanje po opravljenih storitvah spodbuja večjo produktivnost izvajalcev v primerjavi s plačili, ki temeljijo na fiksnem proračunu (Kreindler, 2010, str. 11). Prav tako naj bi plačilo zdravnikov po učinku prinašalo večjo produktivnost kot fiksne plače. Česen (2006, str. 57) kot dejavnika ponudbe navaja tudi naraščanje vrednosti živega dela (zdravstvena dejavnost je delovno intenzivna) in pomanjkanje ekonomske kulture. Pri slednjem poudari premalo usposobljen in nemotiviran javni zdravstveni management, osredotočenost zgolj na prihodke in zanemarjenje odhodkovne strani.

Povpraševanje po zdravstvenih storitvah je določeno z zdravstvenim stanjem prebivalstva. Staranje prebivalstva, obolenost razvitih družb, več kroničnih bolezni in nove nalezljive bolezni vplivajo na večje povpraševanje po zdravstvenih storitvah (OECD, 2015, str. 192–208). Na večje povpraševanje vpliva tudi razvoj tehnologije v medicini, ki določa možnosti zdravljenja potreb pacientov; naraščanje različnih manj tveganih in manj invazivnih načinov opravljanja zdravstvenih posegov, ki so primerni za širši krog pacientov (Hanning, 2005, str. 16). Zdravniki imajo prav tako vpliv na določanje obsega povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Pacienti povprašujejo po boljšem zdravju (odpravi simptomov), zdravnik (osebni zdravnik, specialist) kot pacientov agent pa to povpraševanje pretvori v povpraševanje po zdravstveni oskrbi (Brekke, Nuscheler, & Straume, 2005, str. 2). Osebni zdravnik v vlogi vratarja (angl. *gatekeeper*) presoja, ali je pacient primeren za specialistično obravnavo, pri čemer upošteva več dejavnikov (Godager, Iversen, & Ma, 2015, str. 159). Zdravnik specialist oceni, ali je potrebno nadaljnje zdravljenje oziroma poseg. Oba določata vstop pacienta na čakalni seznam in na ta način povzročata nihanja na strani povpraševanja. Da bi se temu izognili, je smiselno določiti enotne smernice oz. druga orodja za določanje prioriteten kriterijev zdravstvenih obravnav (Siciliani & Hurst, 2005, str. 209). Na povpraševanje vplivajo preference pacientov, njihovo tehtanje med potencialnimi koristmi in potencialnimi stroški zdravljenja ter večja zahtevnost in pričakovanja bolnikov glede zmožnosti medicine pri reševanju zdravstvenih problemov. Socialno-ekonomski status, znanje in informiranost posameznika, kulturne značilnosti okolja ter oddaljenost od zdravstvene ustanove tudi pogojujejo obseg povpraševanja po zdravstvenih storitvah (Oliver & Mossialos, 2004, str. 657). Pomembne so različne finančne spodbude kot npr. obseg prispevkov pacientov (delež doplačil v ceni zdravstvene storitve, dodatna prostovoljna zavarovanja) in delež

populacije, ki ima urejeno prostovoljno zavarovanje (Cerd'a, de Pablos, & Rodriguez, 2006, str. 156). Cene prostovoljnega zavarovanja in cene zdravstvenih storitev pri izvajalcih zasebnikih prav tako vplivajo na povpraševanje. Na povpraševanje in posledično na dolžino čakalnih dob vplivajo tudi različne strategije skrajševanja čakalnih dob, kot npr. postavljene maksimalne čakalne dobe, ki so jih izvajalci zdravstvenih storitev dolžni spoštovati (Siciliani et al., 2013, str. 23).

Poleg omenjenih vplivov na ponudbo in povpraševanje velja izpostaviti dve pomembni značilnosti trga zdravstvenih storitev. Informacijska asimetrija (angl. *information asymmetry*) povzroča, da lahko izvajalci zdravstvenih storitev – zaradi pomanjkanja znanja uporabnikov za informirano odločanje – hkrati vplivajo na ponudbo in povpraševanje po zdravstvenih storitvah (van Dijk, van den Berg, Verheij, Spreeuwenberg, Groenewegen, & de Bakker, 2013, str. 340). Moralno tveganje (angl. *moral hazard*) se pojavlja tako na strani uporabnikov kot izvajalcev zdravstvenih storitev in spodbuja potrošnjo zdravstvenih storitev – več obiskov pri zdravniku, večjo poraba zdravil itn. (Zweifel & Manning, 2000, str. 413). Hkrati se zaradi pacientovega zavedanja o obstoju zavarovanja odraža v slabši skrbi za lastno zdravje. Dejstvo, da uporabnik, ki je zavarovan, plača le manjši delež cene zdravstvene storitve (ostalo krije zavarovalnica), namreč vpliva na njegovo vedenje. Kot posledica asimetrije informacij in moralnega hazarda zdravnikov se lahko pojavi s strani izvajalcev vsiljeno povpraševanje (angl. *supplier induced demand*) (van Dijk et al., 2013, str. 350).

Na obseg povpraševanja oz. ponudbe zdravstvenih storitev imajo povratni učinek tudi sami čakalni sezname, ki pomagajo vzpostavljati ravnotežje med ponudbo in povpraševanjem. Če zanemarimo ostale dejavnike, daljše čakalne dobe zmanjšujejo obseg povpraševanja s tem, ko spodbujajo paciente h koriščenju zdravstvenih storitev pri zasebnih izvajalcih; vplivajo na to, da se pacienti dodatno zavarujejo ali storitve plačajo iz žepa ali se celo odrečejo zdravstveni storitvi. Prav tako daljše čakalne dobe ne spodbujajo osebnih zdravnikov k napotitvam in odvrčajo specialiste od vpisovanja pacientov na čakalne sezname. Hkrati lahko daljše čakalne dobe povečajo ponudbo tako, da izvajalci opravijo več zdravstvenih storitev, zaradi slabe vesti do pacientov ali zaradi postavljenih maksimalnih čakalnih dob, ki jih morajo doseči. Hanningova (2005, str. 17) meni, da v zdravstvenih sistemih, financiranih iz proračuna ali socialnega zavarovanja, dolge čakalne dobe delujejo na tretje osebe (plačnike) podobno kot cene – spodbujajo k dodelitvi dodatnih sredstev izvajalcem z daljšimi čakalnimi dobami, kar je pogosta strategija držav pri obvladovanju problema dolgih čakalnih dob. V takih okoliščinah lahko vplivajo tudi na obnašanje zdravnikov, ki zaradi svoje dvojne vloge delujejo tudi na povpraševanje in s širjenjem indikacij za zdravljenje spodbujajo povpraševanje s ciljem pridobiti več sredstev. Daljše čakalne dobe lahko dajejo zasebnim izvajalcem posredni signal za povečanje svojih zmogljivosti (Siciliani & Hurst, 2005, str. 202).

1.1.3 Merjenje čakalnih dob v zdravstvu

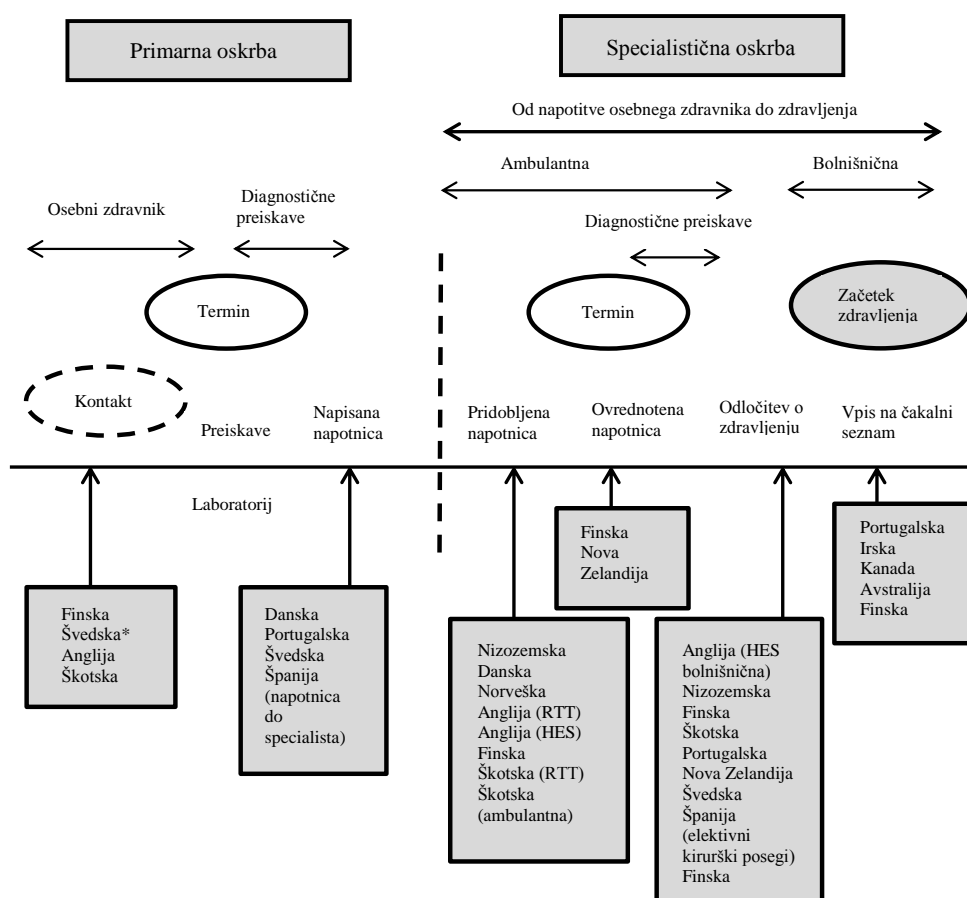
Čakalne dobe merimo na različne načine, pri čemer velja upoštevati več okoliščin; primerjava podatkov skozi čas, med različnimi enotami in nenazadnje med različnimi zdravstvenimi sistemi in državami. Pri izbiri načina merjenja je pomembno, kaj je cilj zbiranja in kdo je končni uporabnik podatkov. Pri tem imamo v mislih vsaj štiri vrste uporabnikov z različnimi zahtevami: paciente, zdravnike, managerje in politike (HOPE, 2004, str. 7–8). Z vidika pacienta je zanimiva časovna dimenzija, torej, koliko bo moral čakati (pričakovana čakalna doba) in ne sama dolžina seznama. Pri kratki čakalni dobi se pacienti običajno ne obremenjujejo z dolžino čakalnega seznama, kar lahko predstavlja enega izmed razlogov, da se pogosteje spremljajo in merijo čakalne dobe kot pa število čakajočih. Pričakovana čakalna doba je zanimiva tudi za osebnega zdravnika, ki paciente napotuje na specialistične obravnave. Na drugi strani je za zdravnika specialista bolj zanimiv podatek o številu čakajočih na čakalnem seznamu in koliko časa ti že čakajo, tj. podatek o realizirani čakalni dobi. Zanesljivi podatki o čakalnih dobah so velikega pomena tudi za managerje, saj neučinkovito upravljanje čakalnih seznamov in dolge čakalne dobe predstavljajo višje stroške za organizacijo. Z vodstvenega vidika je tako najbolj zanimivo primerjati različne enote v daljšem časovnem obdobju s pomočjo retrospektivne komponente. Dostopnost do zdravstvenih storitev je pogosto predmet kritike zdravstvenega sistema s strani pacientov in javnosti, zato je spremljanje čakalnih dob zanimivo tudi za politike.

Raziskava, ki je zajela 23 držav OECD s primerljivim bruto domačim proizvodom na prebivalca (Avstrija, Belgija, Danska, Finska, Francija, Nemčija, Grčija, Irska, Italija, Luksemburg, Nizozemska, Španija, Portugalska, Švedska, Anglija, Škotska, Wales in Severna Irska, Norveška, Avstralija, Kanada, Nova Zelandija in ZDA), je pokazala, da v petnajstih od preučevanih držav spremljajo in objavljajo čakalne dobe za zdravstvene storitve na nacionalni ravni in imajo zanje določeno maksimalno čakalno dobo (Viberg, Forsberg, Borowitz, & Molin, 2013, str. 54). V državah, kjer nimajo vzpostavljenega sistema spremljanja čakalnih dob na nacionalni ravni (Avstrija, Belgija, Francija, Nemčija, Italija, Grčija, Luksemburg), zbirajo podatke na regionalni ravni (Italija) oziroma za posamezne bolnišnice (Nemčija). Najpogosteje se zbirajo podatki po posameznih specialističnih dejavnostih oziroma za posamezne nenujne zdravstvene posege. Manj pogosto se spremljajo podatki o čakalnih dobah za diagnostične preiskave ali za nujne zdravstvene storitve. Proces napotitve od osebnega zdravnika k specialistu se od države do države zelo razlikuje, zato je večina primerjav med državami na področju čakalnih dob narejena za nenujne posege.

Vibergova in sodelavci v raziskavi prepoznajo tri tipe merjenja: i) realizirane čakalne dobe – retrospektivni pogled na paciente, ki so že prejeli zdravstveno storitev, ii) čakanje »v teku« in (iii) pričakovane čakalne dobe – prognoza čakanja za nove paciente (Viberg et al., 2013, str. 55–56). Vrednosti so izražene kot povprečna čakalna doba v dnevih, mediana, 90. percentil, 95. percentil, stopnja dosežene maksimalne čakalne dobe v % oz. število čakajočih pacientov ali število čakajočih na prebivalca.

Med državami so razlike tudi glede začetnih točk merjenja čakalne dobe na pacientovi poti do zdravstvene storitve (Slika 1). Siciliani et al. (2013, str. 35) ugotavljajo, da so najpogostejši načini merjenja čakalne dobe v državah OECD: i) čakalna doba od datuma vpisa na čakalni seznam za elektivni poseg do operacije (angl. *the in-patient waiting time*), ii) čakalna doba od datuma napotitve osebnega zdravnika do datuma specialističnega pregleda (angl. *the out-patient waiting time*) in iii) čakalna doba od datuma napotitve osebnega zdravnika do datuma operacije (angl. *the referral-to-treatment*). Zadnji način merjenja se vse bolj uveljavlja, saj je v tem podatku zajet celoten čas čakanja pacienta na poti do prejema zdravstvene storitve.

Slika 1: Primeri začetnih točk merjenja čakalnih dob



Legenda: *Švedska spremlja čakalne dobe za prvi kontakt in za obisk pri osebnem zdravniku.

Vir: L. Siciliani, M. Borowitz, & V. Moran (ur.), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, 2013, str. 35.

Pri mednarodnih primerjavah je zaradi uporabe različnih metodologij spremljanja, zbiranja in prikazovanja čakalnih dob potrebna dobršna mera previdnosti (Viberg et al., 2013, str. 59–60). Zgolj na osnovi primerjave absolutnih vrednosti ni mogoče neposredno trditi, da je v določenem sistemu dostopnost do zdravstvenih storitev boljše kot v drugem.

1.2 Teoretično razumevanje čakalnih dob

1.2.1 Osnove teorije čakalnih vrst

Razvoj teorije čakalnih vrst (angl. *queueing theory*) sega v začetek 20. stoletja, ko je danski inženir A. K. Erlang razvil matematični model, da bi ugotovil potrebe po zmogljivostih telefonskega sistema. Kmalu zatem se je uporaba teorije razširila na različna področja in dejavnosti; za analize cestnega in zračnega prometa, telefonskih central, v bančništvu, v službah, ki opravljajo nujne intervencije, kot npr. policija, gasilci, reševalci itn. Teorija čakalnih vrst uporablja matematične metode, s katerimi napove obnašanje določenega sistema, in sicer s pomočjo: i) analitičnega pristopa ali ii) simulacije. Prednosti analize čakalnih vrst so hitrost, relativno malo potrebnih podatkov in zagotavljanje enostavnih matematičnih formul, s katerimi je mogoče napovedati npr. povprečne zamude ali verjetnost čakanja ob določenih predpostavkah. Simulacijski modeli omogočajo modeliranje kompleksnejših sistemov in niso omejeni s predpostavkami; zahtevajo pa veliko znanja in podatkov ter podporo informacijske tehnologije oz. določene programske rešitve. Tucker, Barone, Cecere, Blabey in Rha (1999) uporabijo simulacijo za potrditev, izboljšanje ali dopolnitev rezultatov, dobljenih z analizo. Podobno, Albin, Barrett, Ito in Mueller (1990) menijo, da je smiselno najprej uporabiti analitični pristop, da dobimo približne rezultate, nato pa jih z uporabo simulacijskih modelov izboljšati. Ne glede na uporabljeno metodologijo pa je potrebno poznati osnovne principe teorije čakalnih vrst.

Modeli čakalnih vrst temeljijo na predpostavkah glede verjetnosti prihodov strank v čakalni sistem in procesa storitev, števila in tipov strežnikov, čakalne discipline in organizacije sistema (Green, 2006, str. 283). Poznamo več različic, od katerih se nekatere bolj, druge manj uporabljajo. Glavna elementa čakalnega sistema sta »stranka« in »strežnik« (Green, 2006, str. 282). Pri tem ni nujno, da je stranka, ki čaka na storitev strežnika, oseba. Lahko gre npr. za radiološko sliko, ki čaka, da jo specialist pregleda. Strežnik pa je oseba ali stvar, ki zagotavlja storitev. Če so ob prihodu stranke vsi strežniki v sistemu zasedeni, se mora ta postaviti v čakalno vrsto. Čakalne vrste so pogosto fizične vrste ljudi ali stvari, vendar so lahko tudi nevidne, kot npr. telefonski klici na čakanju. Populacija strank je lahko končna ali neskončna. Zaradi možnih poenostavitev večina modelov čakalnih vrst temelji na predpostavki, da je število strank, ki čakajo na storitev, neomejeno. V primeru neskončne populacije število postreženih strank ali število strank v čakalni vrsti ne vpliva na stopnjo prihodov novih strank. Če je ob prihodu stranke strežnik zaseden, se nekatere stranke odločijo, da ne bodo čakale, medtem ko druge šele po določenem času niso več pripravljene čakati in zapustijo čakalno vrsto. Verjetnost za tako obnašanje (angl. *reneging*) se povečuje z dolžino čakalne vrste in oceno stranke glede potrebnega časa čakanja (Fomundam & Herrmann, 2007, str. 4).

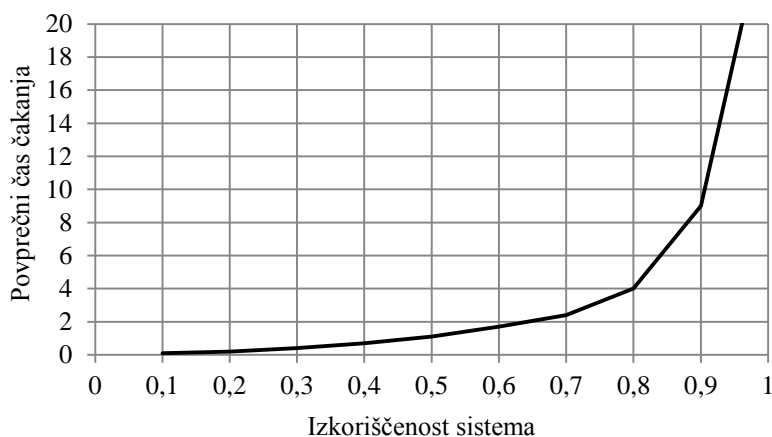
Čakalne vrste so lahko organizirane na več načinov: i) ena čakalna vrsta, kjer vse stranke čakajo enega strežnika; ii) vsak strežnik ima svojo čakalno vrsto (npr. pacienti, ki čakajo na pregled pri svojem izbranem zdravniku); iii) mrežni princip, pri katerem stranke prejemajo

storitve različnih tipov strežnikov. Uporaba modela čakalnih vrst zahteva predpostavke glede ustrezne verjetnostne porazdelitve časov prihoda strank in trajanja storitve. Proces prihodov je opredeljen z vzorcem prihodov; s stopnjo prihodov strank (število strank v enoti časa) oz. časov med posameznimi prihodi in porazdelitvijo teh prihodov v enoti časa, ki je lahko konstantna ali spremenljiva (McLaughlin & Olson, 2012, str. 271). V splošnem ne moremo predvideti, kdaj se bodo stranke pojavile pri strežniku, prihodi so naključni in neodvisni eden od drugega. Za večino sistemov čakalnih vrst povprečno stopnjo prihoda strank v čakalno vrsto (stopnjo povpraševanja) opisuje Poissonova verjetnostna porazdelitev. Proces storitev je opredeljen s številom strežnikov in časom storitev oziroma s stopnjo izvedbe storitev: zmogljivostjo strežnika, merjeno s številom storitev v enoti časa. Čase, potrebne za izvedbo storitev, najbolje opisuje eksponentna porazdelitev.

Pravilo, ki določa vrstni red, v katerem so stranke postrežene, se imenuje čakalna disciplina. Najpogostejše pravilo je znano kot »kdor prvi pride, je prej postrežen« (angl. *first-come, first-served* – *FCFS*). Vendar se za povečanje učinkovitosti in zmanjšanje zamude pri časovno občutljivih strankah uporabijo druga pravila, kot npr. obravnava glede na prioritete kriterije.

Povprečna izkoriščenost sistema, opredeljena kot razmerje med številom zasedenih strežnikov in številom vseh strežnikov v sistemu (izražena v %), igra v teoriji čakalnih vrst pomembno vlogo. Bolj kot so kapacitete izkoriščene, dalj časa stranke v povprečju čakajo, pri čemer je to razmerje nelinearno (Green, 2006, str. 283). Slika 2 prikazuje, da kadar sistem deluje z visoko izkoriščenostjo, majhno povečanje izkoriščenosti povzroči veliko podaljšanje čakanja. Po drugi strani pa majhno povečanje kapacitet hitro vpliva na skrajšanje čakalnega časa. Iz navedenega sledi, da mora biti povprečna skupna zmogljivost (število strežnikov * stopnja izvedbe storitev) nujno višja od povprečnega povpraševanja oziroma mora biti povprečna izkoriščenost nižja od 100 %, sicer bo sistem nestabilen, čakalne vrste pa se bodo daljšale.

Slika 2: Povprečni čas čakanja v primerjavi z izkoriščenostjo sistema



Vir: R. K. Palvannan, & K. L. Teow, *Queueing for healthcare*, 2012, str. 543.

Čakalne vrste se oblikujejo tudi, kadar so zmogljivosti večje od povpraševanja oz. četudi je stopnja izvedbe storitve višja od stopnje prihodov strank v sistem. To se zgodi zaradi nihanj na strani povpraševanja in na strani zmogljivosti oziroma zaradi variabilnosti časa prihodov in variabilnosti trajanja storitev. Kadar je povpraševanje večje od ponudbe, se bo višek pokazal v obliki čakalnih vrst. Kadar pa je povpraševanje manjše od ponudbe, se bodo proste zmogljivosti napolnile s pacienti s čakalnega seznama oz. bodo te izgubljene, saj jih ne moremo prenesti v prihodnje obdobje (Silvester, Lendon, Bevan, Steyn, & Walley, 2004, str. 107).

Na čakalni čas vplivata variabilnost povpraševanja in variabilnost stopnje izvedbe storitev. Večja kot je variabilnost v sistemu, večje bodo zamude (čakalni časi) pri isti stopnji izkoriščenosti. Velikost sistema, opredeljena kot razmerje med povprečnim povpraševanjem in povprečnim trajanjem storitve, prav tako vpliva na čas čakanja. Večji kot je sistem, krajši bo čas čakanja pri isti izkoriščenosti sistema. Večji sistemi lahko zaradi ekonomije obsega delujejo pri višji stopnji izkoriščenosti z manjšimi zamudami oziroma čakalnimi dobami kot manjši (Palvannan & Teow, 2012, str. 543–544).

V grobem lahko rečemo, da je teorija čakalnih vrst enačba, ki opredeljuje razmerje med povpraševanjem, zmogljivostmi in čakalnimi vrstami oz. čakalno dobo v razmerah velike variabilnosti (Palvannan & Teow, 2012, str. 542). Čas čakanja je tako odvisen od števila čakajočih v čakalni vrsti, števila strežnikov in časa trajanja storitve posamezne stranke (Kembe, Onah & Iorkegh, 2012, str. 19).

1.2.2 Teorija čakalnih vrst v zdravstvu

Kljub svoji enostavnosti se je teorija čakalnih vrst izkazala za zelo uporabno pri strateških odločitvah na različnih področjih v zdravstvenem sistemu, tako pri problematiki na nivoju zdravstvene organizacije, oddelka ali nacionalnega zdravstvenega sistema (Preater, 2002, str. 283; Fomundam & Herrmann, 2007, str. 2). Procese v zdravstvenem sistemu si zlahka predstavljamo kot čakalni sistem, v katerem pacienti (stranke) prihajajo, čakajo na storitev in ga zapustijo, ko storitev opravijo. Strežnike predstavlja medicinsko osebje in specializirana medicinska oprema, ki jih storitev zahteva. Povpraševanje po zdravstvenih storitvah lahko delno napovemo, deloma pa je naključno. Storitve so izvedene v različnih fazah skozi mrežo strežnikov, od katerih nekateri predstavljajo ozka grla. S skrbnim načrtovanjem, izboljšavami procesov in upravljanjem z informacijami je mogoče skrajšati zamude (Hall, Belson, Murali, & Dessouky, 2006, str. 4). Teorija čakalnih vrst na enostaven način prikaže, da je povprečni čas čakanja pacienta odvisen od povprečne stopnje povpraševanja (stopnje prihodov v sistem v enoti časa), stopnje izvedbe storitve in variabilnosti obeh. Minimizaranje čakalnega časa stranke (pacienta) in čim večja izkoriščenost strežnikov (zdravstvenega osebja, medicinske opreme, bolniških postelj) sta nasprotujoča si cilja (Fomundam & Herrmann, 2007, str. 4).

Modeli čakalnih vrst predstavljajo odlično orodje za analizo obstoječega zdravstvenega sistema, izboljšanje njegove učinkovitosti oziroma pomoč pri odločitvah glede alokacije

virov, ki so pod vplivom stroškovnih omejitev in potencialnih negativnih posledic, ki jih imajo čakalne dobe za paciente. Z njihovo pomočjo je mogoče kvantificirati ustrezen obseg potrebnih zmogljivosti (opreme, osebja, števila bolnišničnih postelj ipd.) pri določenem obsegu povpraševanja po zdravstvenih storitvah, skozi uravnoteženje izkoriščenosti sistema na eni strani in čakalnih dob na drugi strani (Palvannan & Teow, 2012, str. 541).

Lindsay in Feigenbaum (1984, str. 404–417) sta na principih teorije čakalnih vrst zgradila teoretični model, kjer čakalne dobe opredelita kot mehanizem zagotavljanja tržnega ravnovesja, ki deluje na principu upadanja vrednosti dobrine z daljšanjem časa čakanja. Pri tem izpostavita razliko med čakalno vrsto in čakalnim seznamom; v primeru čakalnih vrst, ko posamezniki fizično čakajo za dostop do želenega blaga ali storitev, nastajajo oportunitetni stroški v obliki izgubljenega časa. Čakajoči na čakalnih seznamih pa čakajo v odsotnosti, njihov čas je produktiven, zato nimajo stroškov v obliki izgubljenega časa. Odločitev za vstop na čakalni seznam je po njuni teoriji pogojena s sedanjo vrednostjo storitve, na katero pacient čaka – upoštevajoč denarne in nedenarne izgube, povezane z zagotovitvijo upravičenosti do uvrstitve na čakalni seznam (stroški diagnostičnih preiskav, pridobivanje napotnic, stroški prevoza itn.) ter upad vrednosti storitve s pričakovano časovno oddaljenostjo do izvedbe storitve. Nekateri avtorji so z uporabo teorije čakalnih vrst iskali načine, kako skrajšati čakalni čas v sistemih, kjer imajo pacienti storitev rezervirano vnaprej, ne da bi pri tem znižali izkoriščenost zdravnikovega časa oz. povečali stroške. Brahimi in Worthington (1991) sta raziskovala vpliv pacientov, ki ne pridejo na predvideni termin zdravstvene storitve, Delaurentis et al. (2006) pa so dokazali, da pacienti, ki zdravstvene storitve ne prekličejo vnaprej, pomenijo izgube za sistem. Worthington (1991, str. 834, 835) je s pomočjo teorije čakalnih vrst ugotovil, da ima povečanje zmogljivosti majhen vpliv na dolžino čakalne vrste, saj čim pacienti opazijo krajšanje čakalnih dob, stopnja prihodov naraste, kar ima za posledico ponovno podaljševanje čakalne dobe. Martin & Smith (1999, str. 143) pomanjkljivosti teorije čakalnih vrst vidita predvsem v predpostavkah, da stopnja povpraševanja in zmogljivosti ostajajo iste, ne glede na dolžino čakalne dobe. Kot ugotavljata Lindsay in Feigenbaum (1984, str. 417), je stopnja povpraševanja negativno povezana s pričakovanimi zamudami pri dobavi storitev (čakalno dobo), medtem ko se ponudbena stran nanje pozitivno odzove.

1.2.3 Ekonomska analiza čakalnih dob

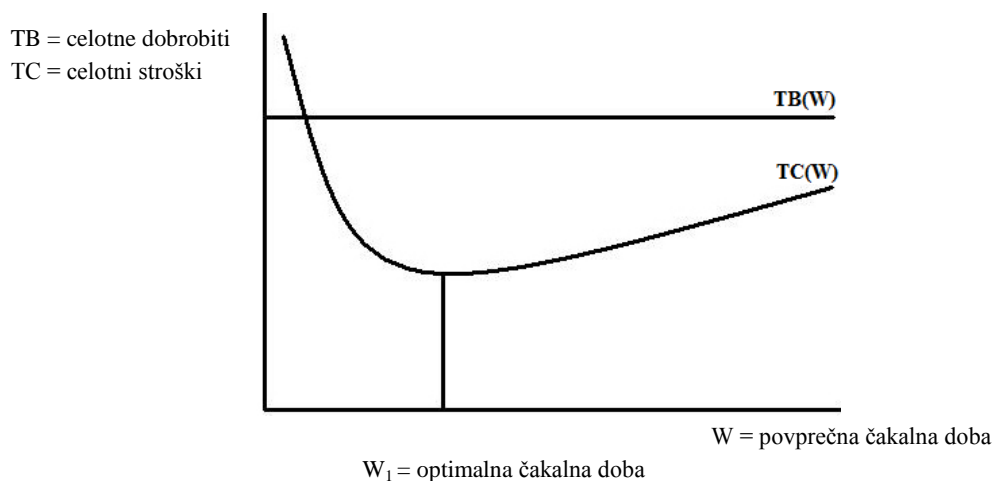
V razmerah, ko zmogljivosti ne zadoščajo za takojšnjo zagotovitev vseh potrebnih zdravstvenih storitev, so čakalne dobe nujne. Vendar se postavi vprašanje, kolikšna dolžina čakalne dobe je primerna. Optimalna čakalna doba je dosežena, ko je zagotovljena družbeno optimalna alokacija virov znotraj zdravstvenega sistema, in ko so pacienti na listi optimalno časovno razporejeni (Cullis, Jones, & Propper, 2000, str. 1231). Pri tem bo optimalna čakalna doba za različne vrste zdravstvenih storitev različna: za nujne primere nič, za nenujne zdravstvene storitve bo vrednost čakalne dobe pozitivna, medtem ko bo za estetske – kozmetične storitve neskončna, saj se ne bodo izvajale znotraj javnega zdravstvenega sistema (Gravelle & Siciliani, 2008, str. 1143).

Četudi učinkovita čakalna doba ni dosežena, je lahko stroškovno učinkovita, pri čemer cilj predstavlja kombinacija virov, ki zagotavlja najnižje stroške ali največji možni izločki z danimi vložki. Mnogi avtorji menijo, da je smiselno čakalne dobe za vnaprej načrtovane zdravstvene storitve skrajšati do točke, kjer stroški skrajševanja čakalnih dob presežejo koristi tega (Harrison & Appleby, 2010, str. 397). Optimalna čakalna doba je torej tista, pri kateri se mejni družbeni stroški izenačijo z mejnimi družbenimi dobrobitmi, tako da je neto dobit zdravstvene storitve maksimalna (Cullis et al., 2000, str. 1207).

Z ekonomsko analizo iščemo optimalen obseg zmogljivosti zdravstvenega sistema, kajti krajša, kot je ciljna čakalna doba, ob ostalih nespremenjenih okoliščinah, več zmogljivosti je potrebno zagotoviti. Kembe et al. (2012, str. 19) pri določanju optimalnega obsega zmogljivosti oziroma obsega opravljenih storitev, kjer bodo minimizirani celotni stroški sistema, iščejo ravnovesje med višjimi stroški zaradi dodatnih opravljenih storitev in nižjimi stroški zaradi krajšega čakanja na zdravstveno storitev.

Slika 3 prikazuje vpliv dolžine povprečne čakalne dobe na dobrobiti in stroške elektivne zdravstvene storitve (Siciliani & Hurst, 2004, str. 100). Na vodoravni osi imamo povprečno čakalno dobo (W), na navpični osi pa celotne stroške (TC) oz. celotne dobrobiti (TB). Pri posameznem obsegu storitev (ki je lahko optimalen ali ne) so celotne dobrobiti konstantne. Zgolj v primeru, da se spremeni obseg storitev, se bo krivulja pomaknila navzgor ali navzdol.

Slika 3: Optimalna čakalna doba



Vir: L. Siciliani, & J. Hurst, *Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries*, 2004, str. 100.

Nasprotno je krivulja celotnih stroškov (TC) približno U-oblike. V razmerah stohastičnega povpraševanja lahko čakalne dobe pomenijo učinkovitejšo rabo virov z zmanjšanjem neizkoriščenosti zmogljivosti. V začetku tako stroški s podaljševanjem čakalnih dob padajo zaradi večje izkoriščenosti zmogljivosti. Vendar z daljšanjem čakalne dobe postopoma prevlada povečanje administrativnih stroškov upravljanja čakalnih seznamov, stroškov preusmeritve zmogljivosti na potrebne kontrole pacientov zaradi dolgega čakanja in stroškov

zaradi povečane stopnje odpovedi terminov zdravstvene storitve s strani pacientov (Siciliani & Hurst, 2004, str. 100). Točka W_1 predstavlja družbeno optimalno čakalno dobo, pri kateri so celotni stroški najnižji, oziroma kjer so dobrobiti nadaljnjega skrajševanja čakalne dobe enake stroškom tega. Pri tem ne gre zanemariti vloge finančnih spodbud v zdravstvenem sistemu. V sistemu, kjer obstaja konkurenca med ponudniki zdravstvenih storitev in kjer velja princip »denar sledi bolniku«, se bodo mejni stroški in mejne koristi izenačile levo od točke W_1 , medtem ko bo v zdravstvenih sistemih, kjer velja načelo »denar sledi vrstam«, izenačenje desno od točke W_1 .

Dobrobiti krajših čakalnih dob razumemo kot znižanje stroškov čakanja in jih lahko opredelimo z družbenega, zdravstvenega ali z vidika pacientov (Harrison & Appleby, 2010, str. 399). Nekatero od njih, kot na primer stroške zdravil, bolniških odsotnosti ali izgubljene produktivnosti zaradi čakanja, lažje ovrednotimo v denarni obliki kot druge. Glede na to, kdo ocenjuje koristi oziroma s katerega vidika se višina koristi, ki jih predstavlja skrajšanje čakalnih dob, lahko zelo razlikuje.

Družbeni vidik upošteva vse stroške (negativne koristi) čakanja: posledice čakanja za paciente, ponudnike zdravstvenega in socialnega varstva ter delodajalce. Zdravstveni vidik stroškov čakanja se osredotoča na zdravstvene posledice čakanja. Več študij je pokazalo, da krajše čakalne dobe pomenijo manjše tveganje za smrt, manjšo možnost zapletov med in po zdravljenju, večjo možnost za boljši izid zdravljenja, krajše obdobje čakanja v bolečinah oziroma omejeni aktivnosti, manjše potrebe po podpori okolice ipd. (Siciliani, Stanciole, & Jacobs, 2009, str. 771). Vidik pacientov temelji na oceni vrednosti, ki jo ima krajša čakalna doba za pacienta. Slednjo lahko ocenimo s pomočjo neposrednih raziskav (vprašalniki) ali s sklepanjem na osnovi pacientovega aktualnega oziroma hipotetičnega vedenja. Tako so na primer z raziskavami, kjer bi imel pacient možnost izbire med bolnišnicami z različnimi čakalnimi dobami in med izvajalci z različnih geografskih področij, ugotovili, da pacienti skrajšanje čakalne dobe pod določeno mejo vrednotijo z nič. To pomeni, da bi raje izbrali bolnišnico z daljšo čakalno dobo oziroma izvajalca bližje njihovem domu, čeprav bi zato čakali dlje (Harrison & Appleby, 2010, str. 400).

Za vrednotenje družbenih stroškov čakanja avtorji najpogosteje uporabljajo dva posredna pristopa (Sloan, 2012, str. 579). Prvi pristop temelji na sklepanju glede obnašanja uporabnikov zdravstvenih storitev, upoštevajoč dejstvo, da se je čakalnim dobam mogoče izogniti z nakupom zdravstvenih storitev iz zasebnih virov (Cullis & Jones, 1986, str. 251). Avtorja ob predpostavki, da vrednost zdravstvene storitve s časom čakanja pada, družbene stroške čakanja ocenita z uporabo podatkov o čakalni dobi in o ceni zdravstvene storitve pri zasebnikih. Po njunem mnenju je zgornja meja stroškov čakanja enaka povprečni ceni zdravstvene storitve pri zasebniku. Uporabnik, za katerega je razlika med vrednostjo storitve, izvedene takoj, in vrednostjo storitve po čakanju, manjša od cene storitve pri zasebniku, bo raje čakal, saj je zanj cena čakanja nižja od cene zasebnika. Uporabnik, za katerega je razlika večja od cene pri zasebniku, bo storitev kupil pri zasebniku. Ob predpostavki enakomerne porazdelitve pacientov med obema skrajnostnima avtorja zaključita, da je povprečen strošek čakanja na pacienta enak polovici povprečne cene storitve pri zasebniku.

Drugi pristop uporablja metode pogojnega vrednotenja, ki slonijo na rezultatih neposrednih raziskav glede pacientove pripravljenosti plačila za določeno zdravstveno storitev. Na osnovi analize hipotetične izbire med večjim plačilom za storitev in krajšim časom čakanja oziroma manjšim plačilom in daljšim časom čakanja je mogoče oceniti, kolikšna je denarna vrednost krajše čakalne dobe za pacienta (Cullis et al., 2000, str. 1242–1243).

1.3 Izkušnje s čakalnimi dobami v svetu

V zadnjih desetletjih so problem dolgih čakalnih dob izkusili javni zdravstveni sistemi mnogih držav v Evropi in po svetu. Strateška izhodišča in listine Evropske unije (Evropska socialna listina, Strategija »Evropa 2020«, Evropska zdravstvena strategija »Vlaganje v zdravje« in Evropska strategija za zdravje in blagostanje) prepoznavajo univerzalnost, dostop do kakovostnega zdravstvenega varstva, enakost in solidarnost kot pglavitne vrednote zdravstvenih sistemov (European Comission, 2013). Prav tako si je Vlada Republike Slovenije v strateškem načrtu za razvoj zdravstvenega varstva (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«) zastavila cilj zagotoviti enako in pravično dostopnost do zdravstvenih storitev ter skrajšanje čakalnih dob (Ministrstvo za zdravje, 2016a, str. 27). Z namenom zagotovitve učinkovitega zdravstvenega varstva države veliko sredstev namenjajo za ukrepe, s katerimi želijo zagotoviti razumne čakalne dobe za različne vrste zdravstvenih storitev.

Rezultati študij v okviru držav OECD (Siciliani & Hurst, 2004, 2005; Siciliani et al., 2013, 2014) so pokazali na pereč problem dolgih čakalnih dob za vnaprej načrtovane (elektivne) zdravstvene storitve v nekaterih državah (Avstralija, Kanada, Danska, Finska, Irska, Velika Britanija, Italija, Nizozemska, Norveška, Španija, Švedska). Medtem ko so v drugih (Nemčiji, Franciji, Belgiji, Švici, Luksemburgu, Koreji in na Japonskem) čakalne dobe neproblematične in o njih ne poročajo. Tabela 1 prikazuje države OECD s sprejeto nacionalno strategijo skrajševanja čakalnih dob in področja zdravstvene oskrbe z dolgimi čakalnimi dobami na osnovi anketne raziskave v letu 2012 (Siciliani et al., 2013, str. 32).

Cerd´a et al. (2006, str. 154–156) ugotavljajo, da so pglavitne značilnosti zdravstvenih sistemov evropskih držav z dolgimi čakalnimi dobami: i) univerzalna pokritost, v glavnem financirana skozi davke, ii) pacienti do elektivnih zdravstvenih storitev ne morejo dostopati brez napotitve osebnega zdravnika, iii) večina bolnišnic deluje v javnem sektorju in je v lasti države, zasebni sektor igra v ponudbi storitev manjšo vlogo, iv) plače zdravnikov so fiksne, redki imajo dovoljenja za delo v okviru zasebnitstva, v) običajno ni doplačil za zdravstvene storitve.

Isti avtorji državam brez čakalnih dob pripisujejo naslednje značilnosti: i) zdravstveni sistem temelji na zdravstvenem zavarovanju, ki ga sestavljata obvezno javno zavarovanje in dodatno zasebno zavarovanje, ii) pacienti lahko dostopajo do javnih in zasebnih ponudnikov elektivnih zdravstvenih storitev brez napotitve osebnega zdravnika, iii) v ponudbi zdravstvenih storitev

ima zasebni sektor vidno vlogo, iv) plače zdravnikov so lahko fiksne ali po učinku, v) nizka doplačila za zdravstvene storitve.

Tabela 1: Države OECD s sprejeto nacionalno strategijo skrajševanja čakalnih dob in področja zdravstvene oskrbe z dolgimi čakalnimi dobami

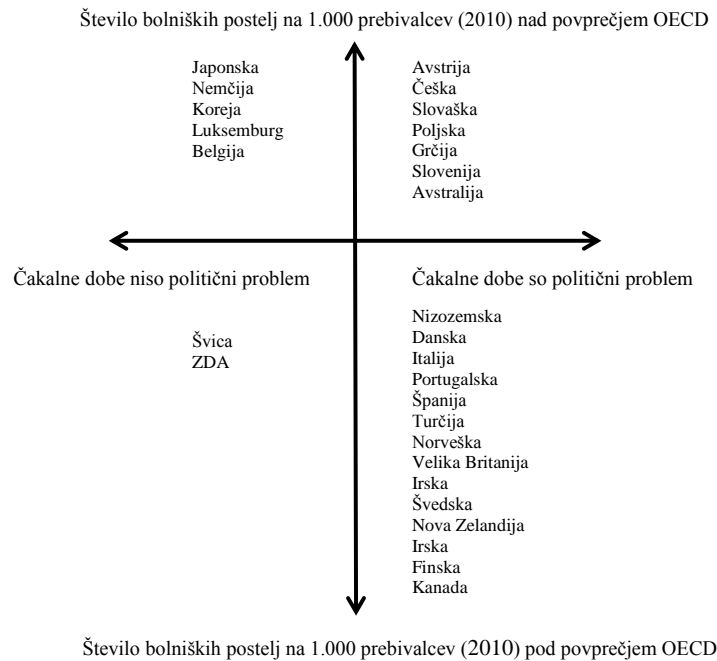
Država	Elektivni zdr. posegi	Urgentne zdr. storitve	Oskrba na primarni ravni (os. zdravnik)	Speci- listični pregledi	Dolgo- trajna oskrba	Oskrba onkoloških bolnikov	Sprejeta nacionalna strategija skrajševanja čakalnih dob
Avstralija	x	x	x	x	x	x	da
Avstrija	x						da
Kanada	x	x	x	x	x	x	da
Češka	x				x	x	ne
Danska	x	x		x		x	da
Anglija	x	x	x	x	x	x	da
Finska	x		x	x	x	x	da
Nemčija			x	x		x	ne
Islandija	x		x	x	x		ne
Irska	x	x		x	x	x	da
Izrael	x	x	x	x		x	ne
Nizozemska	x			x	x		ne
Norveška	x		x	x	x	x	ne
Nova Zelandija	x	x		x		x	da
Poljska	x			x	x	x	ne
Portugalska	x	x	x	x	x	x	da
Škotska	x	x	x	x		x	da
Slovaška	x						da
Slovenija	x			x	x	x	da
Španija		x					da
Švedska	x	x	x	x		x	da
Turčija	x	x	x	x	x	x	da

Vir: L. Siciliani, M. Borowitz, & V. Moran (ur.), Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?, 2013, str. 32.

Siciliani et al. (2013, str. 11) na osnovi raziskave med državami OECD dodatno odkrivajo negativno povezavo med čakalnimi dobami in razpoložljivimi zmogljivostmi (številom bolnišničnih postelj) v državi (Slika 4) ter v manjši meri med čakalnimi dobami in višino sredstev, namenjenih za zdravstvo (Slika 5).

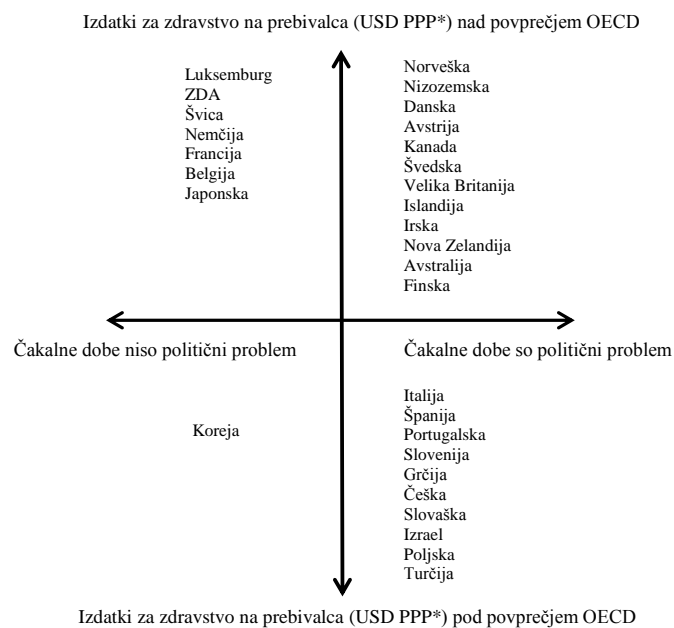
Vendar se nekatere države soočajo z dolgimi čakalnimi dobami, kljub visokim izdatkom za zdravstvo, velikemu številu bolnišničnih postelj ali velikemu številu zdravnikov, kar napeljuje na zaključek, da čakalne dobe niso zgolj posledica dejavnikov na strani ponudbe.

Slika 4: Povezava med številom bolnišničnih postelj in čakalnimi dobami v proučevanih državah OECD



Vir: L. Siciliani, M. Borowitz, & V. Moran (ur.), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, 2013, str. 26.

Slika 5: Povezava med izdatki za zdravstvo in čakalnimi dobami v proučevanih državah OECD



Legenda: *bruto domači proizvod izražen v paritetah kupne moči v ameriških dolarjih

Vir: L. Siciliani, M. Borowitz, & V. Moran (ur.), *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?*, 2013, str. 26.

Več študij in raziskav se osredotoča na proučevanje strategij skrajševanja čakalnih dob, s katerimi želijo države vplivati bodisi na stran ponudbe, bodisi na stran povpraševanja oziroma na same čakalne sezname. V praksi sprejeti ukrepi delujejo v kombinaciji, zato je posamezen vpliv težko izmeriti.

Politike na strani ponudb gradijo na enostavnem konceptu: če zagotovimo zadosten obseg storitev, se dolge čakalne dobe ne bi smele pojavljati. Vendar je prilagajanje ponudbe naraščajočemu povpraševanju lahko zelo drago, predvsem zato, ker lahko večja ponudba spodbuja nadaljnjo rast povpraševanja (Kreindler, 2010, str. 11; Rotstein & Alter, 2006, str. 3158).

Kratkoročna dodatna sredstva za povečanje ponudbe zdravstvenih storitev navadno pomenijo začasni učinek oz. omejen uspeh, saj po začetnem skrajšanju čakalne dobe ponovno narastejo. Dodatna sredstva se lahko razdelijo pod različnimi pogoji (i) izvajalcem z dolgimi čakalnimi dobami; (ii) izvajalcem, pod pogojem, da opravijo dodaten obseg zdravstvenih storitev (Švedska med 1987 in 1989, Nizozemska med 1997 in 2000, Avstralija med 1993 in 1998); ali (iii) izvajalcem, pod pogojem, da opravijo več zdravstvenih storitev in hkrati skrajšajo čakalne dobe (Španija med 1996 in 2000, Avstralija 1993). Problematičen je predvsem (i) način. Normand (Northern Ireland Assembly, 2014, str. 2) navaja primer Severne Irske, kjer so z uvedbo sklada za financiranje bolnišnic z dolgimi čakalnimi dobami, imenovanim »*Waiting list initiative*«, izvajalci dobivali napačne spodbude – narediti manj zdravstvenih storitev, da bi dobili več dodatnega denarja. Daljše čakalne dobe so zagotavljale več dodatnih sredstev, zaradi neustreznega spremljanja izvajanja pa je ukrep spodbujal izvajalce zdravstvenih storitev k neproduktivnosti.

Povečanje produktivnosti ponudnikov zdravstvenih storitev je mogoče doseči na nekaj načinov (Siciliani & Hurst, 2005, str. 207): *a) Z uvedbo plačevanja izvajalcev po učinku.* Primer je uvedba plačevanja po skupinah primerljivih primerov (v nadaljevanju SPP) v bolnišnicah (Norveška, Danska, Anglija, Nizozemska), ki v nasprotju s plačevanjem po fiksnem proračunu deluje spodbudno, saj je višja produktivnost nagrajena z višjim plačilom. Pokaže se npr. kot večja izkoriščenost operacijskih dvoran ali bolniških postelj. Na Danskem so npr. z uvedbo SPP leta 2002 dvignili obseg 18-ih vrst opravljenih operacijskih posegov za 13 % in skrajšali čakalne dobe za 17 %. *b) S spremembo načina nagrajevanja zdravnikov specialistov:* prvi pristop je nagrajevanje specialistov glede na povečanje števila opravljenih storitev oziroma glede na prispevek k skrajšanju čakalnih dob. Drugi pristop poskuša omejiti prakso (ki jo poznajo v številnih državah: Danska, Anglija, Irska, Nova Zelandija, Norveška, Španija, Švedska, Avstralija, Finska, Italija in tudi Slovenija), da zdravnik hkrati opravlja delo v javnem in zasebnem sektorju. Iz nekaterih študij izhaja (Iversen, 1997, str. 381), da imajo specialisti, ki »sedijo na dveh stolih«, interes, da v javnih zavodih ostajajo dolge čakalne dobe, saj to pomeni dvig povpraševanja po zdravstvenih storitvah pri zasebnih izvajalcih. *c) Z izboljšanjem upravljanja procesov in čakalnih seznamov* so na primer v švedskem kliničnem centru, na dermatološki in revmatološki kliniki brez dodatnih sredstev občutno skrajšali čakalne dobe (Eriksson, Bergbrant, & Berrum-Svennung, 2011, str. 2–4).

Ciljno usmerjena vlaganja v zmogljivosti v javnem sektorju so učinkovita dolgoročna strategija, povezana z velikimi stroški. Hiter način pridobivanja novih zmogljivosti v primerjavi z izgradnjo novih v javnem sektorju je spodbujanje uporabe zmogljivosti v zasebnem sektorju (povečanje uporabe obstoječih ali izgradnja novih kapacitet). Plačnik zdravstvenih storitev sklene pogodbo o izvajanju programa z zasebnim izvajalcem (Avstralija, Danska, Irska, Anglija, Nova Zelandija, Španija), kar po eni strani pozitivno spodbuja medsebojno konkurenco izvajalcev, po drugi strani pa obstaja možnost, da se na kratki rok izvajalci potegujejo za omejen zdravstveni kader. V primerih, ko na razpolago ni dovolj zmogljivosti, lahko pride v poštev pošiljanje pacientov na zdravljenje v tujino.

Pogosta strategija, s katero želimo doseči, da se pacienti porazdelijo med izvajalce, je večja možnost pacientove izbire (Kreindler, 2010, str. 30). Večina zdravstvenih sistemov, financiranih iz proračuna, je v preteklosti pacientom ponujala omejeno izbiro izvajalca zdravstvene storitve. Hkrati z uvedbo modela plačevanja na osnovi SPP so države (Anglija, Danska, Norveška, Švedska) dale pacientu možnost izbire, pri katerem izvajalcu bo opravil zdravstveno storitev. Model plačevanja igra pomembno vlogo; v primeru plačevanja na osnovi fiksnega proračuna ponudnik zdravstvene storitve nima motiva, da bi povečal obseg opravljenih storitev ali da bi znižal čakalno dobo, saj ne bo dobil dodatnega plačila, njegov motiv bo kvečjemu deloval v obratni smeri. V primeru plačila po učinku pa si izvajalec prizadeva privabiti paciente in povečati opravljene storitve, ki jih je sposoben opraviti v okviru danih kapacitet. Če so zmogljivosti glede na povpraševanje prenizke, možnost pacientove izbire ne bo veliko pripomogla k skrajševanju čakalnih dob. Z večjo možnostjo pacientove izbire se v določeni meri poveča dostopnost do zdravstvenih storitev oziroma enakopravnost med pacienti, saj lahko izberejo izvajalca s krajšo čakalno dobo ne glede na geografsko območje, hkrati pa to pozitivno prispeva v smislu večje konkurence med izvajalci.

Najpogostejši način vplivanja na stran povpraševanja je spodbujanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (davčne spodbude oziroma subvencije za paciente, ki se odločijo za prostovoljno zavarovanje) z namenom preusmeriti povpraševanje po zdravstvenih storitvah iz javnega v zasebni sektor in tako skrajšati čakalne dobe (Malik, Khan, & Abdallah, 2015, str. 4). Uvedba standardnih smernic za določanje prioriteten obravnava naj bi zagotavljala, da med pacienti z istimi zdravstvenimi težavami ne bi prihajalo do razlik v določanju prioriteten obravnave in dolžini čakanja na storitev (Cerd'a et al., 2006, str. 163–164). S tem namenom se določijo kriteriji (npr. resnost zdravstvenega stanja, pričakovana korist zdravstvene storitve, nujnost, dolžina časa na čakalnem seznamu), na osnovi katerih so pacienti razvrščeni v različne kategorije glede na naravo njihove zdravstvene težave. Države so uveljavile različne oblike prioriteten oz. stopenj nujnosti zdravstvenih storitev: Španija (visoka in nizka prioriteta), Švedska (zelo nujna, nujna in ne-nujna), Avstralija in Italija (v roku 30 dni, 90 dni ali 12 mesecev). Nekatere države (Nova Zelandija, Kanada) so uvedle bolj formalistične pristope k določanju prioriteten (točkovanje glede na potrebe posameznega pacienta), vendar lahko tak način vzbuja nasprotovanje s strani specialistov, ki občutijo, da je s tem ogrožena njihova avtonomnost. Namen dviga kliničnega praga za določeno storitev je omejiti pogoje, ki

določajo vstop na čakalni seznam. Na ta način se specialiste spodbuja k bolj sistematičnemu razvrščanju pacientov v prioritete skupine s pomočjo smernic in k dodajanju na čakalni seznam samo paciente z višjimi potrebami. V literaturi se pogosto navaja primer Nove Zelandije, ki je v 90-ih letih s tem pristopom beležila dobre rezultate (Siciliani et al., 2013, str. 66).

Med politikami, ki delujejo neposredno na čakalne sezname oziroma na stran ponudbe in povpraševanja, je zelo pogosta določanje maksimalne čakalne dobe (Kozłowski & Worthington, 2015, str. 331). Zahteve politike do izvajalcev o zagotavljanju maksimalne čakalne dobe so v veliki meri inducirane s strani javnosti in medijev. Brezpogojno zagotavljanje maksimalne čakalne dobe je v 90-ih letih prejšnjega stoletja uspešno uvedla Anglija in precej skrajšala čakalne dobe (Goddard & Tavakoli, 2008, str. 779). V primeru pogojnega zagotavljanja maksimalne čakalne dobe obveznost velja samo za določeno skupino pacientov – na primer za paciente, katerih zdravstveno stanje zahteva prioriteto obravnavo (Cerdá et al., 2006, str. 158). Večina držav je uvedla tri ali šest mesecev dolgo maksimalno čakalno dobo za nenujne posege ali specialistične preglede. Nekatere so zahteve po zagotavljanju maksimalnih čakalnih dob opustile (Norveška), ko so ugotovile, da te ne ščitijo dovolj pacientov z najvišjimi prioriteta (Januleviciute, Askildsen, Kaarboe, Holmås, & Sutton, 2013, str. 5). V praksi se je izkazalo, da so zahteve o zagotavljanju maksimalnih čakalnih dob najuspešnejše, če so hkrati postavljeni cilji in predvidene kazni, v kolikor jih izvajalci ne dosegajo.

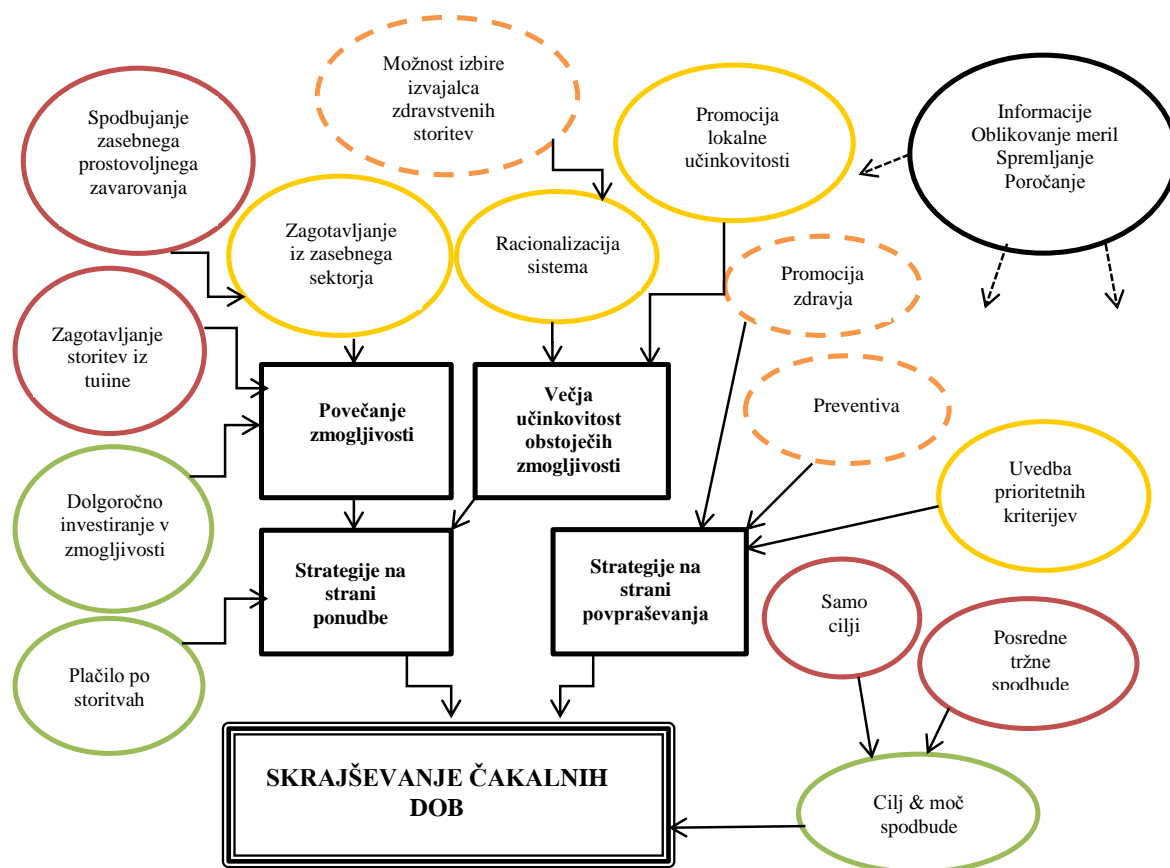
V nasprotju s strategijami, ki temeljijo na dodatnih sredstvih izvajalcem z dolgimi čakalnimi dobami (v skladu z domnevo, da daljše čakalne dobe pomenijo večje potrebe pacientov), so se začele uveljavljati strategije, ki nagrajujejo izvajalce, ki zagotavljajo krajše čakalne dobe. Te naj bi predstavljale signal dobrega managementa in učinkovitosti izvajalca. Med finančne in nefinančne spodbude spadajo neposredne spodbude izvajalcem ali zdravnikom specialistom, ki so lahko finančne (premije, bonusi) ali nefinančne narave. Izvajalce spodbujajo bodisi k povečanju ponudbe ali znižanju obsega povpraševanja.

Slika 6 prikazuje učinkovitost posameznih strategij na osnovi študije primerov držav zahodne Evrope, Severne Amerike in Avstralije v obdobju 2000 do 2009 (Kreindler, 2010, str. 27). Neposredne strategije so se izkazale za uspešnejše; plačilo po učinku, vlaganja v dodatne zmogljivosti in zagotavljanje močnih spodbud izvajalcem za doseganje postavljenih ciljev so dokazane strategije za skrajševanje čakalnih dob. Tudi povečanje produktivnosti obstoječih zmogljivosti ima ugoden učinek. Omejevanje povpraševanja na način, da iz čakalnih seznamov izločimo paciente, katerih zdravstvene težave niso prednostne narave, je tudi uspešno, vendar z etičnega vidika problematično.

Nasprotno, posredne strategije, kot na primer zagotavljanje spodbud za skrajšanje čakalnih dob, spodbujanje prostovoljnega zavarovanja ali zagotavljanje informacij o dolžini čakalnih dob, da bi spodbudili paciente, da se razporedijo po izvajalcih zdravstvenih storitev, nimajo

velikega učinka. S takimi pristopi se vlade navadno želijo izogniti stroškom neposrednega povečanja ponudbe zdravstvenih storitev.

Slika 6: Delovanje različnih strategij na skrajšanje čakalnih dob



Legenda: Zelena: dosledni dokazi o učinkovitosti
 Rumena: učinkovito pod določenimi pogoji
 Oranžna: nejasni oz. premalo dokazov
 Rdeča: dokazi v omejenem obsegu
 Črna: neuvrščeno

Vir: S. A. Kreindler, *Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence*, 2010, str. 27.

Čakalne dobe niso edino prednostno vprašanje v zdravstvu, zato je treba njihovo skrajševanje uravnotežiti z drugimi cilji. Za uspešno skrajšanje čakalnih dob je potrebno razpolagati z zadostnimi zmogljivosti in hkrati zagotoviti, da so te primerno izkoriščene. Neposredni pristopi zahtevajo znatne finančne naložbe in ustrezno regulacijo z namenom preprečevanja škodljivih učinkov ter stalna prizadevanja za razširjanje in podporo dobrih praks (npr. spodbujanje učinkovitega oblikovanja storitev). Kreindlerjeva še ugotavlja (2010, str. 28), da posredni pristopi, zaradi svoje omejene učinkovitosti, pogosto prinašajo več stroškov kot prihranka.

1.4 Zakonsko reguliranje čakalnih dob v Sloveniji

V Sloveniji je sistem zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja urejen z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 72/06-UPB, 114/06-ZUTPG, 91/07, 71/08-Sl. US, 76/08, 62/10-ZUPJS, 87/11, 40/11-ZUPJS-A, 40/12-ZUJF, 21/13-ZUTD-A, 63/13-ZIUPTDSV, 91/13, 99/13-ZUPJS-C, 99/13-ZSVarPre-C, 111/13-ZMEPIZ-1, 95/14-ZUJF-C in 47/15-ZZSDT, v nadaljevanju ZZVZZ). V 44. členu med drugim določa pravico do koriščenja zdravstvenih storitev v tujini in do povračila njihovih stroškov v primeru čakalne dobe, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo v Sloveniji, oziroma če je pacientu določena čakalna doba, ki presega razumen čas.

Temeljne pravice pacientov so opredeljene v Zakonu o pacientovih pravicah (Ur.l. RS, št. 15/08, v nadaljevanju ZPacP), ki je bil sprejet v letu 2008. Na podlagi 15. člena ZPacP je bil leta 2010 izdan Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenju čakalnih seznamov (Ur.l. RS, št. 63/2010, v nadaljevanju Pravilnik). Oba akta urejata področje čakalnih dob v zdravstvu in vodenje čakalnih seznamov v javni mreži izvajalcev zdravstvenih storitev v Sloveniji.

14. člen ZPacP opredeljuje »pravico do spoštovanja pacientovega časa«, ki je bila v slovensko zakonodajo uvedena po vzoru Evropske listine pacientovih pravic. Izvajalec je dolžan nujno medicinsko pomoč pacientu opraviti takoj. V primeru, ko zdravstvene storitve ne more opraviti takoj, mora pacienta ob upoštevanju strokovnih standardov glede nujnosti uvrstiti na čakalni seznam. Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni svoje delo organizirati tako, da pacient pred ordinacijo ne čaka dlje, kot je to potrebno oz. poskrbeti za najkrajši možni čas čakanja in za čakalno dobo v okviru razumnega časa. Dolžni so zagotoviti več možnosti naročanja na zdravstveno storitev (tudi telefonsko oziroma preko elektronske pošte) in poskrbeti, da so te objavljene na vidnih mestih v čakalnicah in spletnih straneh izvajalca.

ZPacP daje pacientu možnost, da prosto izbere izvajalca zdravstvenih storitev in zdravnika ne glede na kraj svojega prebivališča. V 15. členu ZPacP so določeni elementi, ki jih morajo vsebovati čakalni sezname izvajalcev zdravstvenih storitev na primarni, sekundarni in terciarni ravni (za vsako zdravstveno storitev posebej), razen za preglede pri izbranem osebnem zdravniku splošne medicine in pediatru. ZPacP vsebuje določena navodila v zvezi z vodenjem čakalnega seznama in zahtevano ravnanje izvajalca v primeru, da pacient iz opravičljivih ali neopravičljivih razlogov ni prišel na predvideno izvedbo zdravstvene storitve: i) pacienta lahko črta s čakalnega seznama samo, če ta ni prišel na izvedbo zdravstvene storitve in svojega izostanka ni opravičil v 14 dneh od dneva zamude, ii) če pacient iz opravičenih razlogov ni mogel priti na izvedbo zdravstvene storitve, pa mu je izvajalec dolžan sporočiti nov, čim bližji datum storitve. V primeru, če pacient na zdravstveno storitev čaka več kot tri mesece, ZPacP pacientu omogoča, da zahteva kontrolni pregled pri zdravniku, ki ga je napotil na zdravstveno storitev.

Temeljni namen določil ZPacP je zagotavljati hiter in enakopraven dostop do zdravstvenih storitev vsem zavarovanim osebam. Poleg tega naj bi ZPacP zagotavljal pacientom spoštovanje vrstnega reda na čakalnem seznamu in obveščenost o vrstnem redu; pacient ima pravico do vpogleda, prepisa oz. kopije čakalnega seznama in da se seznanijo z razlogi za čakalno dobo. NIJZ v 17. členu nalaga, da od izvajalcev zbira in na javnem portalu objavlja podatke o nacionalnih čakalnih dobah. Na ta način so pacientu zagotovljene ažurne informacije, na osnovi katerih lahko izbere izvajalca zdravstvene storitve.

S Pravilnikom so določene najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve za izvajalce zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe glede na različne stopnje nujnosti – nujno, hitro in redno. Stopnja nujnosti »nujno« pomeni, da se zdravstvena storitev izvede takoj ali najkasneje v 24 urah in ni predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama. Pri stopnji nujnosti »hitro« se zdravstvena storitev izvede najkasneje v 3 mesecih, medtem ko se pri stopnji nujnosti »redno« zdravstvena storitev izvede najkasneje v 6 mesecih. Ne glede na navedene določbe pa za določene zdravstvene storitve veljajo izjeme, in sicer: za maligna obolenja znaša najdaljša dopustna čakalna doba en mesec, za ortopedske operativne posege 12 mesecev, za izdelavo protetičnih nadomestkov po končni sanaciji zobovja 12 mesecev; za ortodontsko zdravljenje 12 mesecev za napotitve s stopnjo nujnosti »hitro« in 18 mesecev s stopnjo nujnosti »redno«. 3. člen Pravilnika določa, da je najdaljša dopustna čakalna doba v Republiki Sloveniji spoštovana, če najmanj en izvajalec zagotavlja izvedbo določene zdravstvene storitve znotraj najdaljših dopustnih čakalnih dob, določenih za posamezne stopnje nujnosti.

Nadalje pravilnik opredeljuje pojme: i) prvi pregled pri izvajalcu na primarni ravni, ii) prvi pregled pri zdravniku specialistu na sekundarni in terciarni ravni in iii) kontrolni pregled. Opredeljuje način določanja stopnje nujnosti (4. člen) in prednostne kriterije za uvrščanje pacientov v čakalni seznam znotraj stopnje nujnosti, ki so: (i) nosečnost, ii) dojenje, iii) preprečitev nastanka potreb po dodatnih zdravstvenih storitvah zaradi nastanka novega zdravstvenega problema, izhajajočega iz prvotnega zdravstvenega stanja, zaradi katerega se pacienta uvršča v čakalni seznam, iv) začasna zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe, kadar je razlog za začasno zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe povezan s potrebo po pregledu, v) ponovni vpis na podlagi opravičene odsotnosti od zdravstvene storitve). V Pravilniku je določen postopek uvrstitve pacienta na čakalni seznam, naloge odgovorne osebe za vodenje čakalnih seznamov, način vodenja čakalnih seznamov in ravnanje izvajalca in pacienta v primeru neizvedbe zdravstvene storitve. Pravilnik določa tudi obveznosti izvajalca v primeru, da ta presega najdaljšo dopustno čakalno dobo.

Splošni dogovor (v nadaljevanju Dogovor), ki je podlaga za sklepanje pogodb o izvajanju zdravstvenih storitev med ZZZS, kot plačnikom storitev, in izvajalci zdravstvenih storitev, vsebuje določila, ki zavezujejo izvajalce k spremljanju čakalnih dob in sprejemanju ukrepov za njihovo skrajševanje. V 2. členu Dogovora (ZZZS, 2015b) je med drugim določeno, da bodo izvajalci za uveljavljanje pravičnosti razporejanja sredstev, enako dostopnost za vse državljanke, preglednost, čim krajše čakalne dobe, kakovost in učinkovitost sistema

zdravstvenega varstva upoštevali usmeritve: npr. da bodo program zdravstvenih storitev prestrukturirali v dejavnostih, v katerih je potrebno zagotoviti skrajšanje čakalnih dob, da se prepreči veliko škodo za zdravje ljudi in so posledica povečane incidence posameznih obolenj oziroma premajhnih zmogljivosti javne zdravstvene službe. Nadalje Dogovor določa (36. člen), da morajo izvajalci v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih izvajati prve preglede brez čakalnih dob. Za prvi specialistični ambulantni pregled so dolžni skrajševati čakalno dobo in voditi čakalni seznam. Pri napotitvah na zdravstveno storitev oziroma ob vpisu bolnikov v čakalni seznam so dolžni upoštevati usmeritve pristojnih razširjenih strokovnih kolegijev glede strokovnih kriterijev razvrščanja v posamezno stopnjo nujnosti. Med samim zdravljenjem pa zagotavljati čakalno dobo v skladu z veljavno medicinsko doktrino in določili pogodbe z ZZZS. Izvajalci zdravstvenih storitev se zavezujejo, da v pogodbah z ZZZS dogovorijo čakalne dobe v skladu s Pravilnikom (36. člen) in da pogodbeno določene čakalne dobe spoštujejo. Podatki o čakalnih dobah za prve preglede, preiskave ter različne zdravstvene posege so priloga k pogodbi in so objavljeni tudi na spletnih straneh ZZZS. Tam si zavarovane osebe lahko ogledajo čakalne dobe po izbranih zdravstvenih storitvah, ki jih ZZZS letno pogodbeno dogovori z izvajalci zdravstvenih storitev, ter čakalne dobe in ordinacijske čase, ki veljajo za posameznega izvajalca zdravstvenih storitev. Čakalne dobe, ki so dogovorjene v pogodbi, se med letom lahko podaljšajo samo s predhodnim pisnim soglasjem ZZZS. Glede na Dogovor so izvajalci dolžni dosledno upoštevati in izvajati določila ZPacP ter Pravilnika. V skladu s Pravilnikom so dolžni poročati NIJZ podatke o čakalnih dobah. Dogovor določa, da je ažurno in točno poročanje podatkov NIJZ in ZZZS pogoj za sodelovanje izvajalcev pri razporejanju dodatnih sredstev.

Izvajalci so dolžni pri vodenju čakalnih seznamov spoštovati tudi Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (Ur.l. RS, št. 65/2000), ki določa zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva ter zbiranje, obdelavo in posredovanje podatkov. Prav tako morajo zagotavljati minimalne standarde za kakovostno poslovanje izvajalcev zdravstvenih storitev s pacienti v skladu z Uredbo o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu (Ur.l. RS, št. 98/08), ki v 5. in 6. členu določa obveznosti izvajalca glede naročanja na zdravstvene storitve.

Nadzorne pristojnosti nad opravljanjem zdravstvene dejavnosti oz. zdravstvenih storitev določa Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur.l. RS, št. 23/05-UPB, 15/08-ZPacP, 23/08, 58/08-ZZdrS-E, 77/08-ZDZdr, 40/12-ZUJF in 14/13, v nadaljevanju ZZDej) na naslednji način: i) za upravni nadzor nad izvajanjem ZZDej in uresničevanjem zakonskih določb, ki urejajo pogoje za dovoljeno opravljanje zdravstvene dejavnosti, zdravstvenih storitev, vodenje evidence o izdanih soglasjih posameznim zdravstvenim delavcem in sklenjenih podjemnih pogodbah, je pristojno in odgovorno Ministrstvo za zdravje, ii) za nadzor nad spoštovanjem določil Zakona o prepovedi konkurenčne dejavnosti in konkurenčne prepovedi, ki velja za zdravstvene delavce, zaposlene v javnih zdravstvenih zavodih, so pristojni njihovi delodajalci oziroma predstojniki zavodov, v katerih so v rednem delovnem razmerju, iii) za inšpekcijski nadzor sta

pristojna ZIRS in tržna inšpekcija, in iv) za nadzor nad izpolnjevanjem sklenjenih pogodb za opravljanje zdravstvene dejavnosti je pristojen ZZZS.

Nadzore nad spoštovanjem določil zakonskih podlag na področju čakalnih dob in vodenja čakalnih seznamov redno opravljajo ZZZS, Ministrstvo za zdravje in ZIRS. Pravno podlago za višino kazni pri tako imenovanih administrativnih nadzorih nad vodenjem čakalnih seznamov ZZZS predstavlja 45. člen Dogovora, ki za vsak ugotovljen primer kršenja pogodbenih obveznosti določa pogodbeno kazen v višini 400 evrov (v nadaljevanju EUR). ZZZS sredstva iz naslova pogodbenih kazni nameni za programe za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu. Dogovor za kršitev pogodbene obveznosti med drugim šteje (44. člen), če ima izvajalec daljše čakalne dobe, kot je določeno s Pravilnikom oziroma s pogodbo z ZZZS, če na vidnem mestu ne objavi čakalnih dob, dogovorjenih s pogodbo, če ne uvrsti zavarovanca v čakalni seznam, oz. če ne vodi čakalnega seznama v skladu z določbami ZPacP in Pravilnika. 58. člen Dogovora med ostalim ZZZS omogoča, da lahko ustavi izplačilo avansa, plačilo računa ali zahtevka za plačilo, če izvajalec ne pošlje NIJZ podatkov o čakalnih dobah v skladu s Pravilnikom ali ko izvajalec ne spoštuje določb navedenega pravilnika.

ZIRS, ki je v ZPacP določen kot prekrškovni organ, katerega stvarna pristojnost je omejena na postopek o prekršku, prekrške ugotavlja tako na ravni izvajalca kot na ravni odgovorne osebe pri izvajalcu.

2 PRIKAZ ČAKALNIH DOB NA PODROČJU DERMATOLOGIJE V SLOVENIJI

2.1 Čakalne dobe in vodenje čakalnih seznamov v Sloveniji

Izvajalci zdravstvenega varstva, vključeni v javno mrežo, so v skladu z veljavno zakonodajo (ZpacP) dolžni voditi čakalne sezname vseh pacientov, pri katerih storitev ne morejo opraviti takoj in podatke o čakalnih dobah poročati NIJZ. Seznam zdravstvenih storitev, za katere izvajalci poročajo podatke o čakalnih dobah, je vključen v Prilogo Dogovora in je prikazan v Tabeli 2.

V letu 2015 je bilo v seznam vključenih 47 zdravstvenih storitev oziroma posegov in 13 specialističnih ambulant (skupaj 60 storitev oziroma ambulant). Pri čakalnih seznamih za ambulantne preglede izvajalci sporočajo le podatke o čakalnih dobah in številu čakajočih na prvi pregled. Podatkov o čakalnih dobah in številu čakajočih na kontrolni (oziroma ponovni) pregled izvajalci ne sporočajo. Za zobozdravstvene storitve, za katere NIJZ še ni vzpostavil zbiranja podatkov, spremlja podatke o čakalnih dobah ZZZS (ZZZS, 2015b).

Tabela 2: Seznam zdravstvenih storitev, za katere izvajalci poročajo podatke o čakalnih dobah

Specialistične ambulante (prvi pregled)	ambulanta za maksilofacialno kirurgijo, ambulanta za oralno kirurgijo, dermatološka ambulanta, diabetološka ambulanta, ginekološka ambulanta-sekundarni nivo, kardiološka ambulanta, nevrološka ambulanta, ortopedska ambulanta, psihiatrična ambulanta, revmatološka ambulanta, urološka ambulanta, očesna ambulanta-pregled vida za očala
Klinični posegi na endokrinološkem sistemu	klinični posegi na endokrinološkem sistemu operacije ščitnice (tudi obščitnice)
Klinični posegi na očeh	operacije sive mreže (katarakta)
Klinični posegi na nosu, ustih in žrelu	posegi in operacije nosu in obnosnih votlin, posegi na ušesu in mastoidu, posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu
Klinični posegi na kardiovaskularnem sistemu	operacije na odprtem srcu, koronarna angiografija in PTCA, posegi na arterijah (brez PTA), sklerozacija krčnih žil, operacije krčnih žil, drugi posegi na perifernem ožilju, PTA (perkutana transluminalna angioplastika)
Klinični posegi na prebavnem sistemu	operacije žolčnih kamnov, operacije kile – odrasli, operacije kile – otroci
Klinični posegi mišično-skeletnega sistema	posegi in operacije hrbtenice, artroplastika kolka (protetika in endoproteza), artroplastika kolena, artroplastika gležnja, terapevtske artroskopije (kolenske križne vezi, kolena), ortopedske operacije rame (samo terapevtski posegi na rami), operacije karpalnega kanala, operacija na stopalu – hallux valgus
Slikovna diagnostika	CT glave in vratu, CT skeleta, CT toraks in abdomen, CT angiografije, CT srca, MR glave in vratu, MR skeleta, MR toraks in abdomen, MR angiografije, MR srca, angiografija (brez koronarne angiografije), Elektroencefalografija (EEG), Elektromiografija (EMG), RTG glave, RTG hrbtenice, RTG skeleta, RTG PC (pljuča, srce), RTG abdomna, RTG ledvic in sečnega mehurja, RTG mamografija, UZ dojke, UZ srca, UZ vratnih žil, UZ rame, UZ mehkih tkiv (mišica, tetiva, sklep, skrotum, vrat, kolki, novorojenčki)
Rehabilitacija	fizioterapija na primarni ravni

Vir: ZZZS, Splošni dogovor za pogodbeno leto 2015, 2015b, Priloga X.

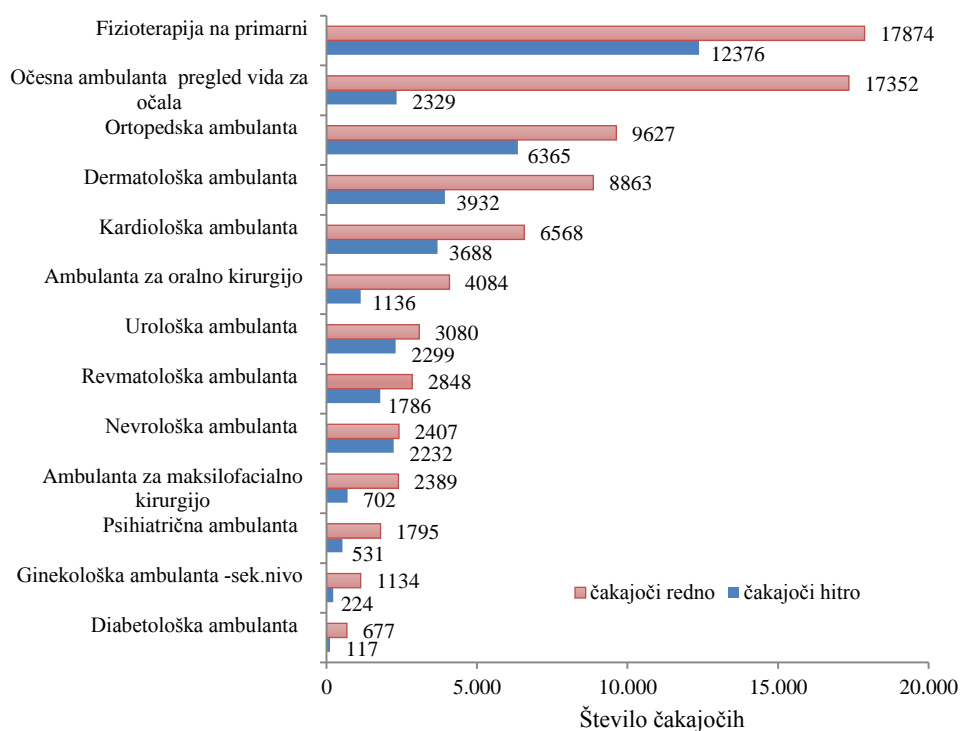
Aplikacija »ČakalneDobe« (NIJZ, b.l.), dostopna na spletni strani NIJZ, omogoča vpogled v bazo podatkov o čakalnih dobah za določeno zdravstveno storitev na prvi dan v mesecu za stopnji nujnosti redno in hitro po posameznih izvajalcih. Z izbiro ene ali več poljubnih storitev se generira preglednica s podatki o: i) številu čakajočih (hitro, redno), ii) številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo (hitro, redno), iii) pričakovani čakalni dobi (hitro, redno) v dnevih, iv) realizirani čakalni dobi (hitro, redno) v dnevih. Omogočen je izpis pričakovane čakalne dobe za določeno storitev vseh izvajalcev v Sloveniji z navedbo naslova in kontaktnih podatkov izvajalca. NIJZ pripravlja in objavlja mesečna poročila o čakalnih dobah, v katerih so dostopne dodatne informacije: povprečne vrednosti čakalnih dob na nacionalni ravni, mediane, deleži čakajočih po posameznih dejavnostih, primerjave podatkov med posameznimi dejavnostmi in glede na obdobje, ocenjena kakovost poročenih podatkov, izvajalci, ki niso poročali itn.

S pojmom čakalna doba v Sloveniji razumemo število dni od vpisa pacienta na čakalni seznam do datuma prejema zdravstvene storitve (pregleda, posega ali preiskave). Pričakovana čakalna doba je število dni od datuma, ko se bolnik naroči na storitev, to je, ko je vpisan na

čakalni seznam, do datuma, ko naj bi bila storitev izvedena. V primeru, da pri izvajalcu določeno storitev opravlja več zdravnikov, ki imajo različno čakalno dobo, se upošteva najkrajša. Realizirana čakalna doba se izračuna kot povprečna čakalna doba za vse paciente, ki so bili v poročevalskem obdobju zadnjega meseca obravnavani, in sicer se izračuna število dni od dneva vpisa na čakalni seznam do dneva, ko je bila storitev zagotovljena. Realizirana čakalna doba je povprečna čakalna doba vseh realizacij (vseh pacientov), ki so bili obravnavani v obdobju zadnjega meseca (NIJZ, 2015b, str. 6).

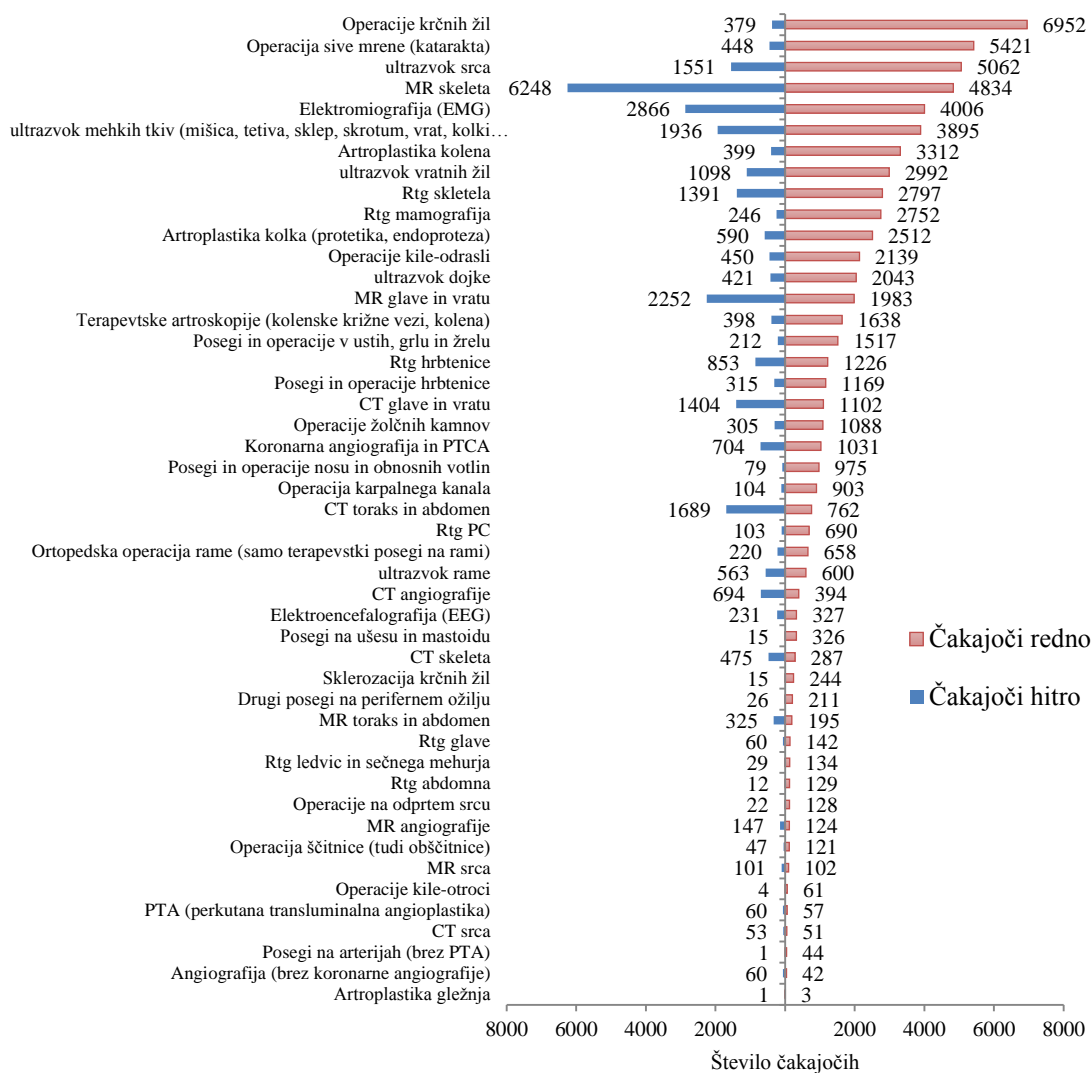
Po podatkih NIJZ je februarja 2016 na prvi pregled, preiskavo ali poseg čakalo 213.198 pacientov, kar je za 11,4 % več kot v enakem obdobju preteklega leta. 28.481 pacientov je čakalo nad dopustno čakalno dobo (NIJZ, 2016). Pacienti so v povprečju največ čakali na naslednje posege (povprečna čakalna doba je izračunana kot utežen delež čakalnih dob po obeh stopnjah nujnosti): i) posegi in operacije hrbtenice v ortopediji – 505 dni, ii) operacije krčnih žil – 499 dni, iii) artroplastika kolka – 443 dni, iv) ortopedska operacija rame – 393 dni, v) artroplastika kolena – 384 dni, vi) drugi posegi na perifernem ožilju – 337 dni. Za prvi specialistični pregled pa je bilo v povprečju potrebno najdlje čakati v: revmatološki ambulanti – 448 dni, ambulanti za maksilofacialno kirurgijo – 165 dni, ambulanti za oralno kirurgijo – 147 dni, dermatološki ambulanti – 137 dni. Iz diagrama na Sliki 7 je razvidno število čakajočih pacientov na prvi specialistični pregled, diagram na Sliki 8 pa kaže število čakajočih na posamezne zdravstvene storitve na dan 01.02.2016.

Slika 7: Število čakajočih na prvi specialistični pregled po posamezni specialistični ambulanti glede na stopnjo nujnosti na dan 01.02.2016



Vir: Mesečno poročilo o čakalnih dobah - 1. februar 2016, 2016, str. 14.

Slika 8: Število čakajočih za posamezne zdravstvene storitve na dan 01.02.2016



Vir: NIJZ, Mesečno poročilo o čakalnih dobah - 1. februar 2016, 2016, str. 14.

Portal s podatki o nacionalnih čakalnih dobah omogoča opolnomočenje pacienta z zagotovitvijo informacij, potrebnih za odločitev o izbiri izvajalca zdravstvene storitve. Spletna aplikacija Čakalne dobe nudi pacientom enostaven vpogled v ažurne podatke o čakalnih dobah in številu čakajočih v Sloveniji. Pacient se lahko na osnovi podatka o dolžini pričakovane čakalne dobe posameznih izvajalcev odloči in po lastni presoji izbere tistega s krajšo čakalno dobo. Slabost pa se kaže v pomanjkljivem nadzoru nad poročanimi podatki. NIJZ kakovost podatkov preverja samo v smislu stopnje poročanja (kateri izvajalci ne dostavijo podatkov do predvidenega roka), ZZZS in ZIRS pa ustreznost čakalnih seznamov v svojih nadzorih preverjata vzorčno. Odgovornost za kakovost podatkov je tako prepuščena izvajalcem, zato ne moremo vedeti, v kolikšni meri se lahko nanje zanesemo.

Iz poročil nadzornih institucij ugotavljamo, da se na področju vodenja čakalnih seznamov dogajajo tudi druge nepravilnosti. ZZZS je v letu 2015 opravil nadzor nad vodenjem čakalnih

seznamov pri 85 izvajalcih. 50 izvajalcem je bila izrečena pogodbeni kazni, pri 35 izvajalcih pa je bilo vodenje čakalnih seznamov ustrezno. Skupna izrečena višina pogodbenih kazni je bila 41.600 evrov (ZZZS, 2016b). Kot je zapisano v letnem poročilu ZZZS za leto 2015 (ZZZS, 2016b), je bilo v nadzorih ugotovljeno, da nekateri izvajalci še vedno ročno vodijo čakalne sezname, v nekaterih primerih na NIJZ poročajo daljše realizirane čakalne dobe od izračunanih iz čakalnega seznama. Nadzorne službe nadalje ugotavljajo, da izvajalci v nekaterih primerih zavarovanim osebam ob oddaji napotnice ne določijo datuma predvidene storitve, opravljajo zdravstvene storitve za zavarovane osebe, ki niso vpisane v čakalni seznam ali so vanj vpisane na dan izvedbe storitve. Pri določenih zavarovanih osebah nimajo utemeljenih razlogov za prednostno obravnavo. Čakalni sezname tudi ne vsebujejo vseh podatkov, ki bi jih morali glede na določila ZPacP.

ZIRS je v istem letu v okviru nadzorov nad vodenjem čakalnih seznamov obravnaval 207 postopkov pri skupaj 75 izvajalcih, pri 21 so bile ugotovljene kršitve. Glede na Poročilo o delu ZIRS v letu 2015 (Ministrstvo za zdravje, 2016a) so bile ugotovljene neustreznosti pri vodenju čakalnih seznamov, podobno kot pri nadzorih ZZZS, naslednje: uvrščanje nujnih pacientov na čakalne sezname, nespoštovanje vrstnega reda pacientov pri obravnavi, izvedba zdravstvenih storitev pri pacientih, ki niso bili na čakalnem seznamu in pri katerih ni šlo za nujne storitve, navedbe neustrezne stopnje nujnosti v čakalnem seznamu, manjkajoči oziroma nepopolni podatki in opombe glede spreminjanja vrstnega reda pacientov, vpisi pacientov na čakalni seznam na isti dan, kot je bila izvedena storitev (kjer ni šlo za nujne primere), neupoštevanje zakonskih rokov glede hrambe podatkov v čakalnem seznamu in podatkov o morebitnem spreminjanju vrstnega reda skupaj z obrazložitvijo okoliščin, zaradi katerih je bil vrstni red spremenjen. Skupaj je ZIRS izrekel 60 prekrškovnih sankcij; od tega 42 odločb z izrekom globe in 18 odločb z izrekom opomina.

Komisija za preprečevanje korupcije je v preteklosti prejela več prijav v zvezi s »preskakovanjem« čakalnih vrst v okviru javne zdravstvene mreže. Izdelala je Sistemsko načelno mnenje glede ocene ugotovljenih tveganj v zdravstvenem sistemu Republike Slovenije in priporočila za ukrepanje, v okviru katerega navaja, da je »področje čakalnih vrst področje z visokim korupcijskim tveganjem, ki ni ustrezno obvladano. Čeprav nadzorni organi ugotavljajo pogoste kršitve čakalnih vrst v javnih zavodih, sistem pa omogoča tudi preskakovanje teh vrst, javni zavodi tveganj, povezanih s čakalnimi vrstami, v načrtih integritete ne zaznavajo in jih posledično ne obravnavajo ustrezno« (KPK, 2014). V istem načelnem mnenju je navedeno tudi, da je »prepletanje javnega in zasebnega interesa v zdravstvu oziroma obstoj zdravnikov, ki hkrati delajo v javnem in zasebnem zdravstvu, sistemsko korupcijsko tveganje, ustvarja pa tudi povečana tveganja za nastanek nasprotja interesov«, ter da je »dodatno delo v javnem sektorju zaposlenih zdravnikov brez pridobljenih zakonsko zahtevanih dovoljenj za takšno delo sistemski problem, ki ni obvladan. Nadzor na tem področju se bodisi ne vrši bodisi ni učinkovit.«

Tudi Računsko sodišče je v letih 2014 in 2015 v zvezi z zgoraj navedeno problematiko opravilo revizijo smotrnosti poslovanja za dva izvajalca (revidiranca sta bila javni zavod

Univerzitetni klinični center Ljubljana in zasebni izvajalec s koncesijo Dermatologija Bartenjev – Rogl d.o.o., Ljubljana) in ugotovilo, da na področju čakalnih dob v proučevanem obdobju nista bila uspešna pri zagotavljanju enakopravne dostopnosti pacientov do zdravstvenih storitev (Računsko sodišče, 2014, 2015).

Uvedba sistema elektronskega naročanja, ki je poskusno zaživel z januarjem 2016, bo omogočila sprotno zbiranje čakalnih seznamov vseh specialistov. Enotna lista naročanja oziroma nadzorovana čakalna vrsta na nacionalnem nivoju, kljub pričakovanim prednostim, ne more v celoti rešiti problematike kakovosti čakalnih seznamov. Nadzorne institucije v praksi opažajo, da so pravne podlage, ki urejajo vodenje čakalnih seznamov, med seboj neusklajene in v nekaterih pogledih nejasne (Državni zbor Republike Slovenije, 2015). Ker pravila za določene primere niso natančno opredeljena, so tako izvajalci kot nadzorniki v nekaterih okoliščinah prepuščeni lastni presoji. ZPacP kot temeljni predpis na primer navaja, da je čakalni seznam elektronsko ali ročno vodena zbirka podatkov, medtem ko Pravilnik dopušča samo elektronsko vodenje čakalnih seznamov. Ni povsem jasno, ali se lahko vodi en čakalni seznam ali en čakalni seznam za določen poseg ali se lahko vodijo čakalni seznam bodisi po oddelkih ali po zdravnikih, ki poseg opravljajo. Prav tako Pravilnik ne opredeljuje pravil uvrščanja zavarovanih oseb v čakalni sistem v primeru vodenja čakalnih seznamov po zdravnikih, ko pride do zaposlitve novega zdravnika. Pomanjkljivost Pravilnika je tudi v tem, da npr. ne opredeljuje postopka tako imenovanega zapolnjevanja izpraznjenih terminov (ko pacient odpove termin), kar v praksi predstavlja velik problem. Določila glede hrambe podatkov v čakalnih seznamih in o morebitnem spreminjanju vrstnega reda skupaj z obrazložitvijo okoliščin naj bi po določilih ZPacP hranili še šest mesecev po opravljeni zdravstveni storitvi, kar je za potrebe nadzorov prekratek rok.

Ministrstvo za zdravje (Ministrstvo za zdravje, 2015) in ZIRS (Ministrstvo za zdravje, 2016b) ugotavljata, da je za učinkovito skrajševanje čakalnih dob potrebno izvesti sistemske spremembe. Ocenjujeta, da so potrebne stalne analize vzrokov za nastajanje čakalnih dob za posamezne zdravstvene storitve. Ministrstvo za zdravje je oblikovalo načrt za več aktivnosti v povezavi z doseganjem cilja »enaka in pravična dostopnost do zdravstvenih storitev ter skrajšanje čakalnih dob« v okviru Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025. Poleg i) priprave in izvedbe pilotnega projekta »Za boljše upravljanje čakalnih dob«, ki bo osnova za analizo vzrokov in posledic za nastajanje čakalnih dob in bodo sprejeti ukrepi za obvladovanje čakalnih dob; ii) izvedbe projekta »Čakalni seznam in krajšanje čakalnih dob« za zagotovitev ažurnih podatkov o čakalnih dobah, na osnovi sodobne informacijske podpore (uvedba eNaročanja); tudi iii) prenovi ZPacP in Pravilnika. ZIRS je mnenja (Ministrstvo za zdravje, 2016b), da je treba na novo opredeliti tudi inšpekcijski nadzor. Glede na izkušnje prekrškovni postopki, katerih osnovni namen je kaznovanje, ki je usmerjeno nazaj (»plačati« za storjeno), v praksi nimajo pričakovanega učinka, saj niso namenjeni odpravljanju obstoječih pomanjkljivosti, kar je osnovni in ključni namen upravnih ukrepov inšpekcijskega nadzora, ki pa trenutno za ta vprašanja ni opredeljen.

2.2 Opredelitev čakalnih dob v dermatologiji v Sloveniji

Dermatologija je medicinska veda, ki je osredotočena na diagnostiko in zdravljenje bolezni ter stanj, povezanih s kožo, lasmi in nohti ter deloma tudi vidnih sluznic (Združenje slovenskih dermatologov, 2015, str. 5). V dermatologiji diagnosticirajo in zdravijo več kot 3.000 različnih bolezni. Nekateri dermatologi se usmerijo v ožja področja (subspospecializacije), ki zahtevajo dodatna izobraževanja, znanja, prakse, tehnike in izkušnje.

Področje dermatološke kirurgije in laserskih posegov se nanaša na zdravljenje določenih dermatoloških bolezni (npr. izrezanje raka kože) ter izboljšanje videza kože po boleznih, videza brazgotin in drugih sprememb. Področje se prepleta s področjem estetske in korektivne dermatologije. Venerologija se ukvarja z diagnostiko, testiranjem in zdravljenjem spolno prenosljivih bolezni in kožno-sluzničnimi boleznimi zunanjih spolovil. Alergologija zajema diagnostiko in zdravljenje kožnih alergij, opravljanje vbodnih kožnih testov, kontaktnih krpičnih alergoloških testov ter fotoalergološka testiranja za alergije in reakcije na sončne žarke. Dermatološka fizikalna terapija uporablja posebne obsevalne tehnike (posebne UV-žarke, fotosenzibilizatorje in druge vire svetlobe) pri zdravljenju številnih kožnih bolezni, npr. luskavice, srbeža, nekaterih oblik kožnega raka in predrakavih sprememb.

Pediatrična dermatologija se ukvarja z diagnostiko in zdravljenjem bolezni kože, las in nohtov otrok, vključujoč novorojenčke in dojenčke. Dermatopatologija je posebej specializirana veda, ki se poglobljeno ukvarja z diagnostiko in razumevanjem bolezni kože, las in nohtov. V primerih, ko dermatolog s pregledom in drugimi preiskavami ne more postaviti natančnejše diagnoze kožne bolezni ali kožnega tumorja, odreže košček kože ali izreže tumor in ga pošlje na pregled k dermatopatologu, ki pod mikroskopom bolezen natančneje opredeli in pomaga k diagnozi. Flebologija se ukvarja z diagnostiko in zdravljenjem obolenj krvnih žil – ven in motnjami odtoka limfnih žil kot tudi posledicami tovrstnih motenj, kot so krčne žile ali limfedem. Pri diagnostiki uporablja slikovne metode, kot je ultrazvok, pri zdravljenju pa različne kirurške tehnike, kot so sklerozacija in posebni žilni laserji. Dermatoonkologija se ukvarja z diagnostiko in zdravljenjem kožnih tumorjev: nenevarnih (benignih), predvsem pa nevarnih (malignih – kožni rak). Estetska in korektivna dermatologija je včasih poimenovana tudi kot kozmetična dermatologija ali laično »lepotna« dermatologija. Uporablja tehnike in postopke, s katerimi se skuša popraviti in izboljšati videz pacienta, med katere sodi npr. vbizganje polnil in uporaba botulina, kemični pilingi, različne laserske tehnike, presaditve las, dermatokirurške tehnike za odstranjevanje različnih benignih, motečih izrastkov ali za zmanjšanje povešenosti kože ter kombinirane tehnike za izboljšanje videza kože in zmanjševanje brazgotin (Združenje slovenskih dermatologov, 2015, str. 5–6).

Ambulantni obiski v dermatologiji so povezani z diagnostiko, spremljanjem kroničnih bolezni ali z opravljanjem posegov (terapevtskih, kirurških). Ne glede na vrsto zdravstvenega problema, mora pacient najprej opraviti prvi pregled v specialistični dermatološki ambulanti. Po Pravilniku je pacient na prvi pregled pri specialistu napoten z namenom opredelitve novo nastalega zdravstvenega problema oziroma akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega

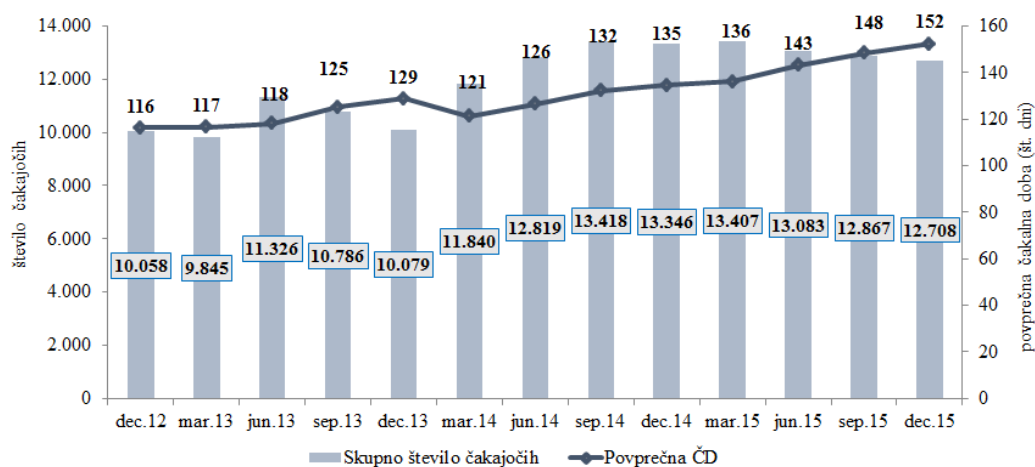
stanja ter načrtovanja potrebnih preiskav in zdravljenja. Na kontrolnih ali ponovnih pregledih pa se preverja učinke zdravljenja, po potrebi načrtuje dodatne preiskave oz. zaključí zdravstveno obravnavo, ki jo je sprožil prvi pregled.

V Sloveniji so izvajalci dermatoloških storitev, vključeni v javno zdravstveno mrežo, dolžni spremljati in poročati čakalne dobe le za prvi pregled v dermatološki ambulanti in za terapevtski poseg sklerozacijo krčnih žil. Druge diagnostične in terapevtske storitve, ki se opravijo v okviru kontrolnih pregledov, se načrtujejo glede na medicinsko indikacijo ob prvem pregledu in zanje ne razpolagamo s podatki o čakalnih dobah in številu čakajočih. Dermatološke storitve, ki se izvajajo v okviru bolnišnične oskrbe, niso predmet magistrskega dela. Tako na primer ne obravnavamo čakalnih dob za operacije krčnih žil, ki jih opravljajo žilni kirurgi bolnišnično in se tudi spremljajo preko nacionalnega portala čakalnih dob.

2.3 Podatki o čakalnih dobah v dermatologiji v Sloveniji

V zadnjih treh letih je trend gibanja čakalnih dob v dermatologiji sledil splošnemu trendu na tem področju. Decembra 2015 je bilo potrebno na prvi pregled v dermatologiji čakati 152 dni ali 36 dni več kot ob zaključku leta 2012. Število čakajočih se je povečalo za 26,3 %, od 10.058 čakajočih decembra 2012 na 12.708 čakajočih decembra 2015 (Slika 9), pri čemer je število čakajočih s stopnjo nujnosti redno naraslo za 13,1 %, medtem ko je število čakajočih s stopnjo nujnosti hitro naraslo za 79,3 %. Delež vseh čakajočih nad dopustno čakalno dobo se je v istem obdobju povečal od 2,7 % na 8,2 %. Podatki o povprečnih čakalnih dobah, številu čakajočih, številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo za obe stopnji nujnosti (hitro, redno) za prvi specialistični pregled v obdobju december 2012 do december 2015 so razvidni iz Tabele 3.

Slika 9: Povprečne čakalne dobe (za stopnji nujnosti redno in hitro) in število čakajočih za prvi specialistični pregled v dermatologiji v obdobju december 2012 do december 2015



Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; lastni izračuni.

Tabela 3: Podatki o povprečnih čakalnih dobah za prvi specialistični pregled v dermatologiji, številu čakajočih, številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnjah nujnosti hitro in redno v obdobju december 2012 do december 2015

Datum	Povp. ČD ¹⁾	Skup. št. čakajoč. ²⁾	Čakajoč. nad dop. ČD ³⁾	Čakajoč. nad dop. ČD ⁴⁾ (%)	Povp. ČD hitro ⁵⁾	Povp. ČD redno ⁶⁾	Čakajoč. hitro ⁷⁾	Čakajoč. redno ⁸⁾	Čakajoč. nad dop. ČD hitro ⁹⁾	Čakajoč. nad dop. ČD redno ¹⁰⁾
1.12.2012	116	10.058	274	2,72	70	128	2.013	8.045	15	259
1.3.2013	117	9.845	209	2,12	68	131	2.183	7.662	13	196
1.6.2013	118	11.326	163	1,44	77	132	2.881	8.445	18	145
1.9.2013	125	10.786	510	4,73	72	141	2.520	8.266	313	197
1.12.2013	129	10.079	373	3,70	77	146	2.450	7.629	202	171
1.3.2014	121	11.840	477	4,03	80	135	2.933	8.907	369	108
1.6.2014	126	12.819	563	4,39	86	141	3.408	9.411	443	120
1.9.2014	132	13.418	1.171	8,73	82	150	3.534	9.884	939	232
1.12.2014	135	13.346	898	6,73	81	154	3.569	9.777	626	272
1.3.2015	136	13.407	538	4,01	78	159	3.688	9.719	178	360
1.6.2015	143	13.083	706	5,40	80	170	3.906	9.177	180	526
1.9.2015	148	12.867	782	6,08	82	175	3.686	9.181	178	604
1.12.2015	152	12.708	1.043	8,21	81	181	3.610	9.098	198	845

Legenda:

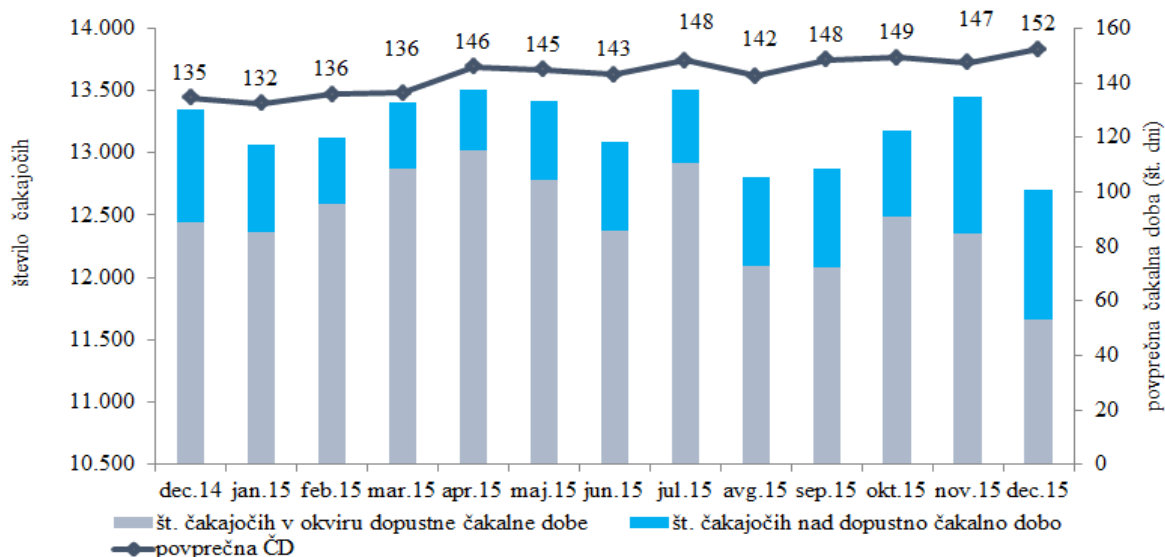
- 1) povprečna čakalna doba (v dnevih), izračunana kot utežen delež čakalnih dob po obeh stopnjah nujnosti;
- 2) vsi čakajoči pacienti na prvi specialistični pregled za obe stopnji nujnosti (redno in hitro);
- 3) število pacientov, ki pri stopnji nujnosti redno čakajo več kot 6 mesecev, in število pacientov, ki pri stopnji nujnosti hitro čakajo več kot 3 mesece;
- 4) delež pacientov, ki pri stopnji nujnosti redno čakajo več kot 6 mesecev, in tistih, ki pri stopnji nujnosti hitro čakajo več kot 3 mesece med vsemi čakajočimi pacienti;
- 5) povprečna čakalna doba (v dnevih), izračunana kot utežen delež čakalnih dob po izvajalcih za stopnjo nujnosti hitro (utež = število čakajočih s stopnjo nujnosti hitro);
- 6) povprečna čakalna doba (v dnevih), izračunana kot utežen delež čakalnih dob po izvajalcih za stopnjo nujnosti redno (utež = število čakajočih s stopnjo nujnosti redno);
- 7) vsi čakajoči pacienti na prvi specialistični pregled pri stopnji nujnosti hitro;
- 8) vsi čakajoči pacienti na prvi specialistični pregled pri stopnji nujnosti redno;
- 9) število pacientov, ki pri stopnji nujnosti hitro čakajo več kot 3 mesece;
- 10) število pacientov, ki pri stopnji nujnosti redno čakajo več kot 6 mesecev.

Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; lastni izračuni.

V letu 2015 je povprečna čakalna doba za prvi pregled v dermatološki ambulanti za obe stopnji nujnosti (izračunana kot utežen delež čakalnih dob po obeh stopnjah nujnosti) narasla od 135 dni decembra leta 2014 na 152 dni decembra leta 2015. Slika 10 kaže, da je število čakajočih pacientov upadlo, vendar pa je naraščal delež čakajočih nad najdaljšo dopustno čakalno dobo.

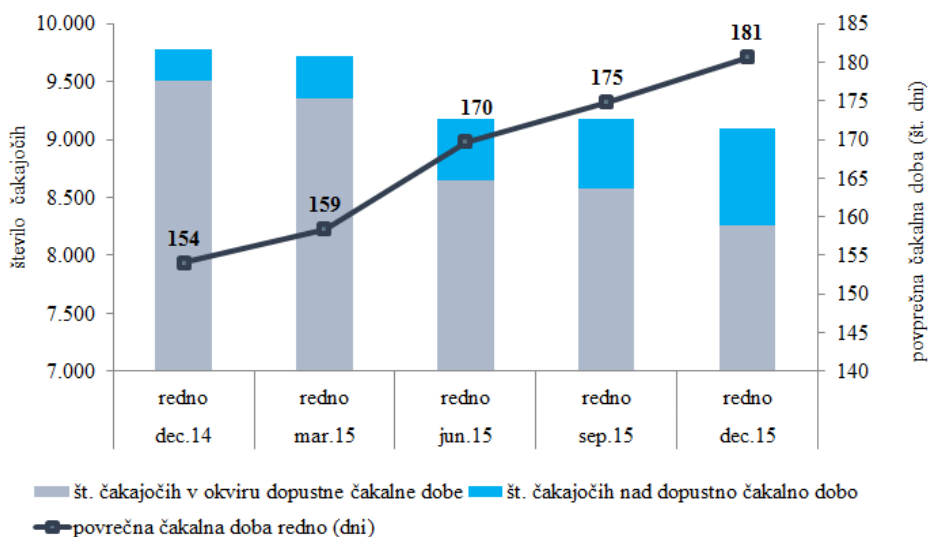
Povprečna čakalna doba za stopnjo nujnosti redno je narasla od 154 dni decembra 2014 na 181 dni decembra 2015 (Slika 11). Število čakajočih je padlo, delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo pa je naraščal. Povprečna čakalna doba za stopnjo nujnosti hitro je ostala približno na isti ravni (81 dni), prav tako število čakajočih, pri čemer je delež čakajočih nad dopustno čakalno dobo upadel (Slika 12).

Slika 10: Povprečne čakalne dobe (za stopnji nujnosti redno in hitro) in število čakajočih za prvi specialistični pregled v dermatologiji v obdobju december 2014 do december 2015 po mesecih



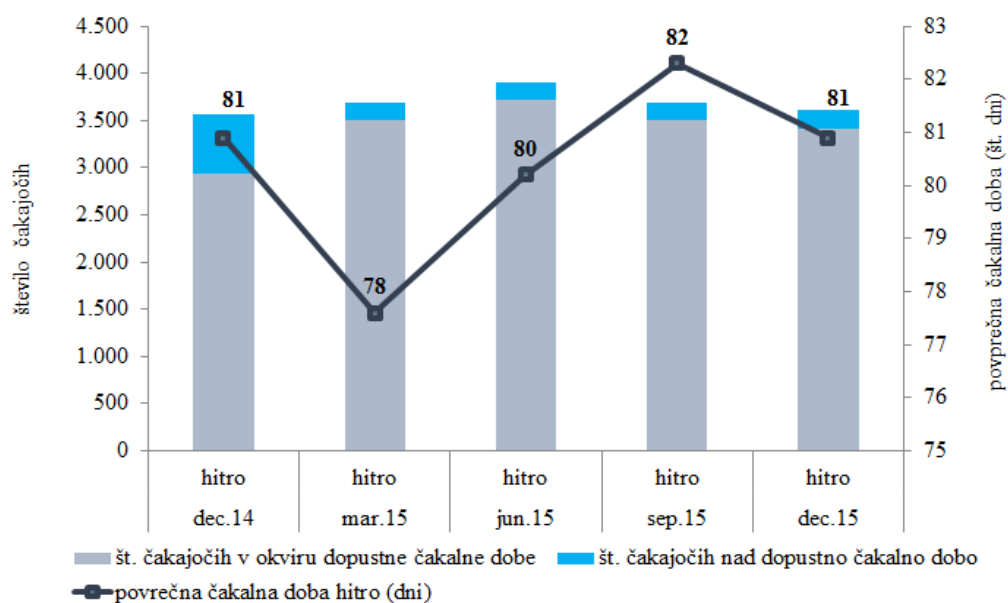
Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; lastni izračuni.

Slika 11: Povprečne čakalne dobe in število čakajočih za prvi specialistični pregled v dermatologiji pri stopnji nujnosti »redno« v obdobju december 2014 do december 2015 po kvartalih



Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; lastni izračuni.

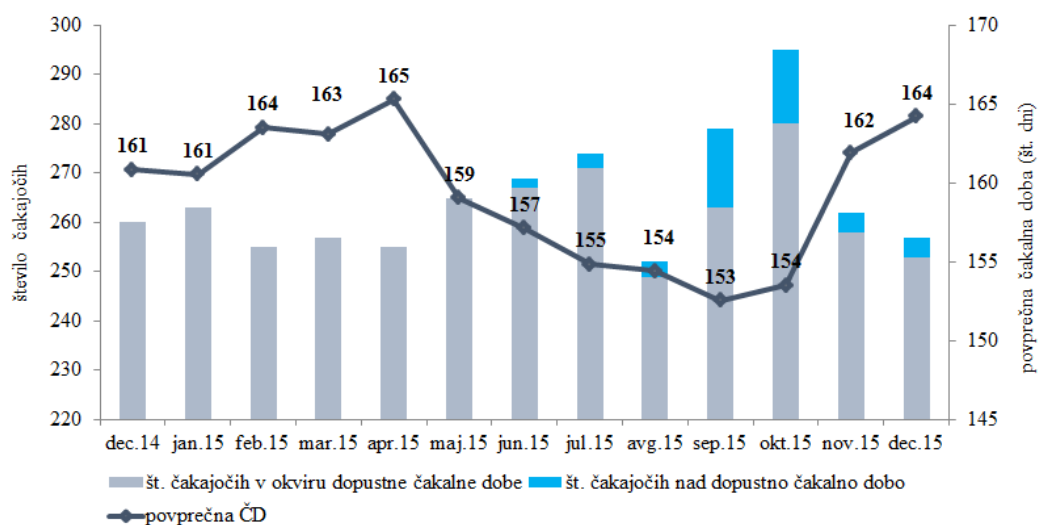
Slika 12: Povprečne čakalne dobe in število čakajočih za prvi specialistični pregled v dermatologiji pri stopnji nujnosti »hitro« v obdobju december 2014 do december 2015 po kvartalnih



Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; lastni izračuni.

Po podatkih NIJZ pri povprečni čakalni dobi za sklerozacijo krčnih žil ni velikih odstopanj po mesecih v letu 2015 (Slika 13); povprečna čakalna doba za obe stopnji nujnosti je bila decembra 164 dni, za stopnjo nujnosti redno 169 (Slika 14), za stopnjo nujnosti hitro pa 90 dni (Slika 15).

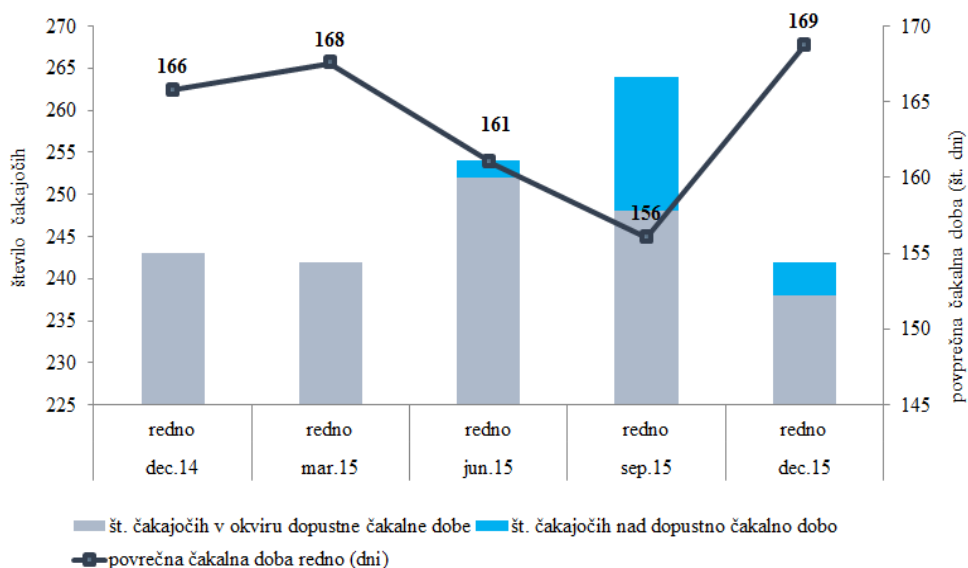
Slika 13: Povprečne čakalne dobe in število čakajočih za sklerozacijo krčnih žil v obdobju december 2014 do december 2015



Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; lastni izračuni.

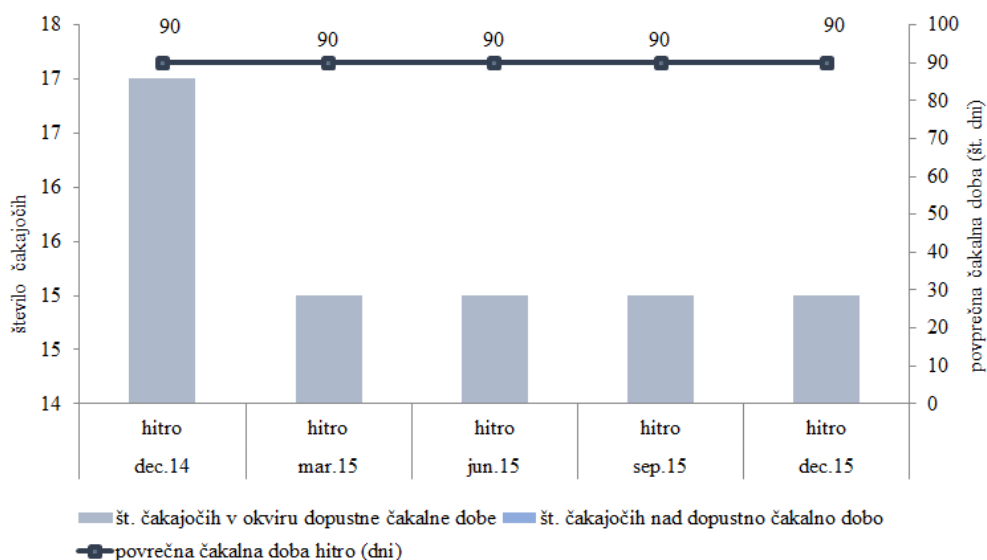
Število čakajočih pri obeh vrstah nujnosti po mesecih ni bistveno nihalo, z izjemo meseca septembra in oktobra. Število čakajočih nad dopustno čakalno dobo se pojavlja samo pri stopnji nujnosti redno v drugi polovici leta (Slika 14). Iz Tabele 4 vidimo, da so podatki za leta 2012 do 2014 pomanjkljivi.

Slika 14: Povprečne čakalne dobe in število čakajočih za sklerozacijo krčnih žil pri stopnji nujnosti »redno« v obdobju december 2014 do december 2015



Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; lastni izračuni.

Slika 15: Povprečne čakalne dobe in število čakajočih za sklerozacijo krčnih žil pri stopnji nujnosti »hitro« v obdobju december 2014 do december 2015.



Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; lastni izračuni.

Tabela 4: Podatki o povprečnih čakalnih dobah za sklerozacijo krčnih žil, številu čakajočih, številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo pri stopnjah nujnosti hitro in redno v obdobju december 2012 do december 2015

Datum	Povp. ČD ¹⁾	Skup. št. čakajoč. ²⁾	Čakajoč. nad dop. ČD ³⁾	Čakajoč. nad dop. ČD ⁴⁾ (%)	Povp. ČD hitro ⁵⁾	Povp. ČD redno ⁶⁾	Čakajoč. hitro ⁷⁾	Čakajoč. redno ⁸⁾	Čakajoč. nad dop. ČD hitro ⁹⁾	Čakajoč. nad dop. ČD redno ¹⁰⁾
1.12.2012	-	-	-	-	-	180	-	180	-	-
1.3.2013	156	289	0	0,00	90	186	90	199	0	0
1.6.2013	150	33	0	0,00	-	150	0	33	0	0
1.9.2013	150	37	14	37,84	-	150	0	37	0	14
1.12.2013	90	28	0	0,00	-	90	0	28	0	0
1.3.2014	30	7	0	0,00	-	30	0	7	0	0
1.6.2014	30	30	0	0,00	-	30	0	30	0	0
1.9.2014	160	249	29	11,65	90	164	15	234	0	29
1.12.2014	161	260	0	0,00	90	166	17	243	0	0
1.3.2015	163	257	0	0,00	90	168	15	242	0	0
1.6.2015	157	269	2	0,74	90	161	15	254	0	2
1.9.2015	153	279	16	5,73	90	156	15	264	0	16
1.12.2015	164	257	4	1,56	90	169	15	242	0	4

Legenda:

- ni podatka

- 1) povprečna čakalna doba (v dnevih), izračunana kot utežen delež čakalnih dob po obeh stopnjah nujnosti
- 2) vsi čakajoči pacienti na sklerozacijo krčnih žil za obe stopnji nujnosti (redno in hitro);
- 3) število pacientov, ki pri stopnji nujnosti redno čakajo več kot 6 mesecev, in število pacientov, ki pri stopnji nujnosti hitro čakajo več kot 3 mesece;
- 4) delež pacientov, ki pri stopnji nujnosti redno čakajo več kot 6 mesecev, in tistih, ki pri stopnji nujnosti hitro čakajo več kot 3 mesece med vsemi čakajočimi pacienti;
- 5) povprečna čakalna doba (v dnevih), izračunana kot utežen delež čakalnih dob po izvajalcih za stopnjo nujnosti hitro (utež = število čakajočih s stopnjo nujnosti hitro);
- 6) povprečna čakalna doba (v dnevih), izračunana kot utežen delež čakalnih dob po izvajalcih za stopnjo nujnosti redno (utež = število čakajočih s stopnjo nujnosti redno);
- 7) vsi čakajoči pacienti na sklerozacijo krčnih žil pri stopnji nujnosti hitro;
- 8) vsi čakajoči pacienti na sklerozacijo krčnih žil pri stopnji nujnosti redno;
- 9) število pacientov, ki pri stopnji nujnosti hitro čakajo več kot 3 mesece;
- 10) število pacientov, ki pri stopnji nujnosti redno čakajo več kot 6 mesecev.

Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; lastni izračuni.

Pregled realiziranih čakalnih dob po izvajalcih v Tabeli 5 nam pokaže, da v decembru 2015 trije izvjalci od 30-ih niso uspeli zagotoviti pregleda v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe 180 dni pri stopnji nujnosti redno, dva pa sta slednjo presešla pri stopnji nujnosti hitro (90 dni). Pri tem trije izvjalci podatka niso poročali. Čakalne dobe za prvi pregled v dermatologiji se med izvjalci dermatoloških storitev bistveno razlikujejo. Enako primerjava med izvjalci v različnih regijah kaže, da so ponekod (osrednjeslovenska, gorenjska, podravska) čakalne dobe daljše. Tako je bila npr. pričakovana čakalna doba za prvi pregled pri stopnji nujnosti redno v decembru 2015 v Zdravstvenem domu Postojna zgolj 4 dni in v Zdravstvenem domu Trbovlje 20 dni. Medtem pa bi pacienti, ki bi se želeli naročiti pri izvjalcu Dermatologija Bartenjev – Rogl, morali čakati 308 dni, v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana pa 260 dni.

Tabela 5: Podatki o čakalnih dobah in številu čakajočih na prvi specialistični pregled v dermatologiji po izvajalcih znotraj posameznih regij na dan 01.12.2015

Regija	Izvajalec	Real. ČD hitro ¹⁾	Real. ČD redno ²⁾	Pričak. ČD hitro ³⁾	Pričak. ČD redno ⁴⁾	Čaka-joči hitro ⁵⁾	Čaka-joči redno ⁶⁾	Čaka. nad dop. ČD hitro ⁷⁾	Čaka. nad dop. ČD redno ⁸⁾
Gorenjska	DermEvdakova Bodiroža s.p.	-	-	228	419	109	460	-	-
	Splošna bolnišnica Jesenice	78	134	120	180	262	605	56	14
	Zdravstveni dom Škofja Loka	102	222	95	220	83	311	0	18
Goriška	Zdravstveni dom Nova Gorica	15	25	15	25	72	76	0	0
Jugovzhodna Slovenija	Dermis,d.o.o.	25	30	40	50	102	190	0	0
	Spl. bolnišnica Novo mesto	36	58	37	70	100	240	0	0
Koroška	Spl. bolnišnica Slovenj Gradec	36	59	48	80	161	231	0	0
Notranjska	Zdravstveni dom Postojna	6	8	4	4	0	12	0	0
Obalno-kraška	Marko Vok, Dermatoven. amb.	55	75	55	74	53	420	0	0
	Spl. bolnišnica Izola	30	90	30	90	43	252	2	5
	Zdrav. zavod Dermoestetika Izola	36	33	36	33	30	95	0	0
Osrednje-slovenska	AKD d.o.o.	90	180	90	180	23	579	7	174
	Arsderma Dermatološki center	48	112	100	200	68	150	-	-
	Derm.center Derm, Zagoričnik Opara	90	180	90	180	14	52	0	0
	Dermatologija Bartenjev-Rogl d.o.o.	93	304	97	308	311	460	95	234
	Derm. amb. Korsika Mrak	-	-	-	-	-	-	-	-
	Univ. klinični center Ljubljana	68	210	80	260	277	1261	9	388
	Železniški zdravstveni dom	-	-	90	180	253	987	-	-
Podravska	Dermatologija Kalač Pandurovič d.o.o.	75	96	75	96	149	192	0	0
	Univ. klinični center Maribor	74	125	77	159	522	605	5	0
	Zdrav. dom dr. A. Drolca Maribor	90	180	90	180	217	415	0	0
Pomurje	Pustai-Šafarič, Dermamed	26	32	22	24	13	119	0	0
	Zdrav. dom Murska Sobota	25	28	23	24	82	66	0	0
Savinjska	Hudej Suzana – Derm. amb.	21	23	26	25	54	61	0	0
	Spl. bolnišnica Celje	90	180	90	180	298	649	22	1
	Zdravilišče Rogaska	30	60	60	120	89	217	-	-
	Zdravstveni dom Celje	15	16	20	25	28	36	0	0
	Zdravstveni dom Velenje	71	140	73	137	133	233	2	11
Spodnjeposavska	Zdravstveni dom Krško	30	41	80	80	41	98	0	0
Zasavska	Zdravstveni dom Trbovlje	27	29	19	20	23	26	0	0

Legenda:

- ni podatka

- 1) povprečna čakalna doba (v dnevih) za vse paciente s stopnjo nujnosti hitro, ki so bili v poročevalskem obdobju zadnjega meseca obravnavani, tj. število dni od dneva vpisa na čakalni seznam do dneva, ko je bila storitev zagotovljena;
- 2) povprečna čakalna doba (v dnevih) za vse paciente s stopnjo nujnosti redno, ki so bili v poročevalskem obdobju zadnjega meseca obravnavani, tj. število dni od dneva vpisa na čakalni seznam do dneva, ko je bila storitev zagotovljena;
- 3) čakalna doba (v dnevih) od datuma, ko se bolnik naroči na storitev, tj. od vpisa na čakalni seznam, do datuma, ko naj bi bila storitev izvedena pri stopnji nujnosti hitro;
- 4) čakalna doba (v dnevih) od datuma, ko se bolnik naroči na storitev, tj. od vpisa na čakalni seznam do datuma, ko naj bi bila storitev izvedena pri stopnji nujnosti redno;
- 5) vsi čakajoči pacienti na prvi specialistični pregled pri stopnji nujnosti hitro;
- 6) vsi čakajoči pacienti na prvi specialistični pregled pri stopnji nujnosti redno;
- 7) število pacientov, ki pri stopnji nujnosti hitro čakajo več kot 3 mesece;
- 8) število pacientov, ki pri stopnji nujnosti redno čakajo več kot 6 mesecev.

Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; lastni izračuni.

Pri pregledovanju podatkov dermatološke dejavnosti na spletni strani NIJZ ugotavljamo, da nekateri izvajalci (eni in isti) za več obdobjev ne poročajo podatkov ali poročajo le delne podatke. Določene poročane vrednosti so iz meseca v mesec popolnoma identične, kar vzbuja dvom glede njihove pravilnosti. Čakalne dobe za sklerozacijo krčnih žil poročata le dva izvajalca, pri čemer eden od njiju podatkov ne poroča ažurno, niti vseh zahtevanih podatkov. Iz aplikacije Izdatki za zdravstvene storitve je razvidno, da je sicer v letu 2015 v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja sklerozacijo opravljalo osem izvajalcev.

ZZZS v svojih nadzorih nad vodenjem čakalnih seznamov ugotavlja tudi med izvajalci dermatoloških storitev poročanje prenapihnenih oziroma nepravilnih podatkov o čakalnih dobah, kar je pogosta težava izvajalcev z zelo dolgimi čakalnimi dobami in neprečiščenimi seznamami. Z oddaljenostjo do datuma predvidene storitve se namreč poveča možnost, da pacient na predvideni dan izvedbe storitve ne bo prišel na pregled, saj bo na to pozabil ali bo do takrat zdravstveno storitev opravil že drugje, pri drugem izvajalcu ali samoplačniško (ZZZS, b.l.c). Take zavarovane osebe ostajajo vpisane na čakalni seznam in umetno podaljšujejo čakalno dobo. Deloma je to posledica že omenjene problematike preohlapne in pomanjkljive zakonske podlage glede načina uvrščanja na čakalne sezname oz. vodenja čakalnih seznamov (Državni zbor Republike Slovenije, 2015).

3 ANALIZA VZROKOV ZA NASTANEK ČAKALNIH DOB V DERMATOLOGIJI V SLOVENIJI

3.1 Model za preučevanje nastanka čakalnih dob v dermatologiji v Sloveniji

Od leta 2012 dalje, ko se je na nacionalni ravni začelo spremljanje podatkov o čakalnih dobah, je na področju dermatologije v Sloveniji opazen trend naraščanja čakalnih dob za prve preglede v ambulantni. Tudi ob zaključku leta 2015 je število ljudi, ki so izkazovali potrebe po dermatoloških storitvah presegalo število tistih, katerim jih je bilo mogoče zagotoviti v razmerah dane ponudbe.

Problematika čakalnih dob v dermatologiji je večplastna, proučujemo jo lahko na različnih ravneh in z različnih teoretičnih vidikov. Ne glede na vidik preučevanja je razlog za dolge čakalne dobe za prvi pregled v dermatološki ambulantni smiselno iskati tako na strani povpraševanja po dermatoloških storitvah, kot na strani ponudbe teh. Pri tem ne gre zanemariti povratnega vpliva, ki ga imajo čakalne dobe oziroma čakalni seznamami na deležnike na trgu dermatoloških storitev.

Slovenija ima univerzalni sistem zdravstvenega varstva z obsežnim naborom storitev v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, financiranega s prispevki. Kupec in plačnik zdravstvenih storitev je zavarovalnica, ki se z izvajalci zdravstvenih storitev letno dogovori za obseg programa in druge pogoje izvajanja. V razmerah presežnega povpraševanja, omejenega

z zmogljivostmi, ki jih je plačnik pripravljen financirati, so pacienti prisiljeni čakati, da pridejo na vrsto za zdravstveno storitev. Tako je tudi trg dermatoloških storitev uravnavan z necenovnimi mehanizmi, skozi čakalne dobe na prvi pregled v specialistični ambulanti.

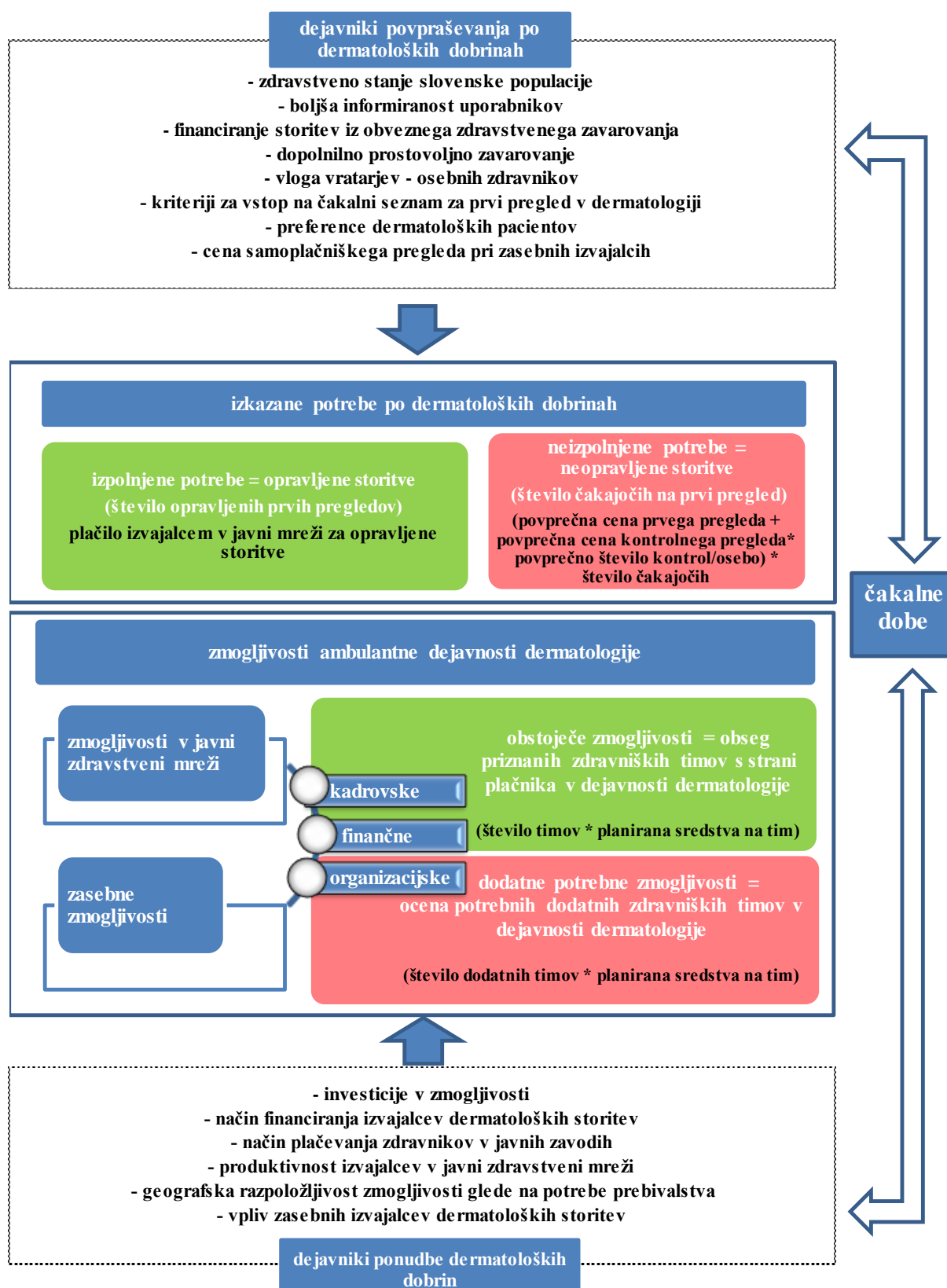
Analizo nastanka čakalnih dob v dermatologiji smo na podlagi spoznanj, predstavljenih v prvem poglavju, zasnovali na modelu na Sliki 16. Na obseg in strukturo potreb po dermatoloških storitvah v Sloveniji vplivajo dejavniki, navedeni v zgornjem delu slike. Povpraševanje po dermatoloških storitvah je v prvi vrsti odraz zdravstvenega stanja in demografskih značilnosti prebivalstva, kjer imajo pomembno vlogo premiki v starostni strukturi populacije. Vse boljša informiranost pacientov pomeni večja pričakovanja glede zdravstvene oskrbe in vpliva na obseg napotitev na sekundarni nivo.

Z ekonomskega vidika je smiselno raziskati vplive na obseg učinkovitega povpraševanja, to je deleža dermatoloških potreb, ki jih je zavarovalnica pripravljena plačati izvajalcem. Večine storitev v ambulantni dermatologiji obvezno zdravstveno zavarovanje ne pokriva v celoti. Del cene zdravstvene storitve, ki ga ne krije obvezno zdravstveno zavarovanje, se plača iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja oziroma iz žepa. Oblikovanje povpraševanja je pod vplivom osebnih zdravnikov, ki v vlogi vratarjev določajo dostop do zdravstvene oskrbe na sekundarni ravni. Slednji naj bi z zmanjšanjem nepotrebnih napotitev na specialistično raven prispevali k boljšemu nadzoru stroškov zdravstvenega sistema. Po drugi strani naj bi delovali kot pacientovi agenti, kajti zdravstvene storitve so tipičen primer blaga, kjer se mora uporabnik zanesti na mnenje strokovnjaka, saj sam ne more določiti kakovosti dobrine, po kateri povprašuje. Sprejete medicinske smernice oziroma prioritetni kriteriji prav tako določajo upravičenost do vpisa na čakalni seznam in časovni dostop do dermatoloških storitev.

Na povpraševanje po dermatoloških storitvah delujejo čakalne dobe kot povratni mehanizem. Tako daljše čakalne dobe povzročijo, da se nekateri pacienti odločijo za pregled v zasebnem sektorju oziroma za plačilo iz žepa, kjer igra pomembno vlogo cena samoplačniških pregledov.

Zaradi omejenosti finančnih virov ostaja določen delež potreb po dermatoloških storitvah neizpolnjen. Poznavanje načina financiranja specialistične dermatološke dejavnosti in povprečne vrednosti dermatoloških obravnav nam omogoča oceno potrebnih sredstev za izvedbo dodatnih storitev, s katerimi bi odpravili neskladje med ponudbo in povpraševanjem po dermatoloških storitvah. Na osnovi razpoložljivih podatkov o izraženih potrebah po dermatoloških storitvah je mogoče oceniti trend gibanja povpraševanja v prihodnjih letih in izračunati dodatno finančno breme naraščajočih potreb. Glede na delež v strukturi cene dermatoloških storitev, ki se financira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, lahko ocenjeno finančno obremenitev razdelimo med ZZZS in zasebne vire oziroma prostovoljne zavarovalnice.

Slika 16: Model za preučevanje nastanka čakalnih dob za prvi pregled v ambulantni dermatologiji



Upravljalci zdravstvenega sistema so pred stalnim izzivom iskanja ravnotežja med izraženimi potrebami po zdravstvenih storitvah oz. razpoložljivimi finančnimi sredstvi, ki potrebe spreminjajo v učinkovito povpraševanje na eni strani in razpoložljivimi zmogljivostmi za ponudbo zdravstvenih storitev na drugi strani. Zagotavljanje ustreznega obsega zmogljivosti glede na ugotovljene potrebe prebivalstva po dermatoloških storitvah je naloga države in plačnika, pri čemer je potrebno zmogljivosti obravnavati s finančnega, kadrovskega in organizacijskega vidika. Obseg obstoječih zmogljivosti v javni zdravstveni mreži je izražen skozi število zdravniških timov, priznanih s strani plačnika. Na spodnjem delu Slike 16 so prikazani dejavniki, ki delujejo na ponudbo dermatoloških storitev. Ustreznost načina financiranja dermatoloških storitev je eden izmed ključnih dejavnikov, ki deluje na ponudbo dermatoloških storitev. Slednji, poleg načina nagrajevanja specialistov dermatologov, vpliva na produktivnost izvajalcev dermatoloških storitev in s tem na obseg ponudbe. Pri določanju ustreznega obsega zmogljivosti gre za nenehno uravnavanje izkoriščenosti virov na eni strani in dolžino čakalne dobe na drugi strani. Smiselno je analizirati dejanski delež vključenih razpoložljivih zmogljivosti pri opravljenih storitvah in preučiti njihovo geografsko razporejenost glede na potrebe prebivalstva. Analiza izkoriščenosti obstoječih zmogljivosti omogoča oceno potrebnih dodatnih zmogljivosti za izvedbo neopravljenih storitev oziroma višino potrebnih sredstev za ustanovitev dodatnih zmogljivosti izvajalcev za odpravo neuskladenosti povpraševanja in ponudbe. Na ponudbo pomembno vplivajo tudi interesi specialistov dermatologov, ki delujejo hkrati v javni in zasebni mreži izvajalcev dermatoloških storitev. S tega vidika se s strani nadzornih institucij izpostavlja problematika vstopov v javno mrežo preko samoplačniških prvih pregledov in t.i. fenomen preskakovanja čakalnih vrst.

Čakalne dobe so odraz kompleksnih odnosov med deležniki na trgu dermatoloških storitev ter medsebojnega delovanja dejavnikov na strani povpraševanja in ponudbe. Po drugi strani ima upravljanje s čakalnimi seznamami in posledično kakovost podatkov o čakalnih dobah in številu čakajočih vpliv tako na uporabnike dermatoloških storitev kot na zdravnike in plačnike. Dodeljevanje finančnih sredstev s strani države oziroma plačnika zdravstvenim dejavnostim, kjer izvajalci poročajo dolge čakalne dobe, je eden najpogosteje uporabljenih ukrepov za skrajšanje čakalnih dob, zato je pomembno na kakšnih informacijah gradijo take odločitve.

3.2 Analiza vzrokov za nastanek čakalnih dob v dermatologiji na strani povpraševanja

3.2.1 Opredelitev potreb in povpraševanja po dermatoloških storitvah

Ljudje si želijo boljšega zdravja, zato povprašujejo po zdravstvenih storitvah, ki jim ga lahko povrnejo. Povpraševanje po dermatoloških storitvah tako izhaja iz povpraševanja po zdravju na tem področju. Pri tem je potrebno razlikovati med željami pacientov in učinkovitim povpraševanjem, ki pomeni želje, podprte s pripravljenostjo in sposobnostjo plačila in ki vpliva na alokacijo virov na trgu (Morris, Devlin, & Parkin, 2007, str. 7).

V ekonomskem kontekstu so bolj kot želje pomembne potrebe. Ekonomisti potrebe po zdravstvenih storitvah povezujejo z zmožnostjo pridobitve boljšega zdravja, iz česar sledi, da niso vse želje tudi potrebe in obratno. Zaznavanje potreb z vidika posameznika je odvisno od informacij, s katerimi razpolaga, njegovega zaznavanja zdravstvenega stanja, pričakovanj glede normalnega zdravja ipd. in se lahko razlikuje od potreb, opredeljenih s strokovnega oziroma medicinskega vidika (Morris et al., 2007, str. 48).

Samo iskanje dermatoloških storitev v tej analizi razumemo kot izraz potreb po dermatoloških storitvah. Da bi si posameznik v resnici zagotovil dostop do teh storitev, mora biti njegovo povpraševanje podprto z ustreznimi finančnimi sredstvi. To pri nas zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje z ustreznimi doplačili, bodisi iz sredstev prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja bodisi s sredstvi iz žepa. Kadar se povpraševanje izraža kot denarno podprto povpraševanje, govorimo o efektivnem povpraševanju. Šele slednje se izraža nasproti ponudbi dermatoloških storitev. Čakalne dobe tako nastanejo, ker se povpraševanje zaradi pomanjkanja finančnih sredstev ne more spremeniti v efektivno povpraševanje, pa tudi zaradi primanjkljaja zmogljivosti, s katerimi je mogoče zadovoljiti efektivno povpraševanje. Pri analizi vzrokov za čakalne dobe na strani povpraševanja bomo tako najprej domnevali, da so čakalne dobe zgolj posledica primanjkljaja finančnih sredstev, s katerimi se povpraševanje po dermatoloških storitvah spremeni v efektivno povpraševanje. Šele v naslednjem poglavju pa bomo raziskovali, ali so za realizacijo efektivnega povpraševanja na voljo tudi ustrezne zmogljivosti.

Ne glede na vrsto dermatološke težave se mora pacient v Sloveniji najprej naročiti na prvi pregled v specialistični ambulanti. Dostop do javne mreže dermatoloških storitev pa je omejen s čakalnimi dobami za prvi specialistični pregled. Čakalne dobe za posege in zdravljenja, ki se opravijo v okviru ponovnih pregledov, določi specialist dermatolog glede na medicinsko indikacijo na prvem pregledu in se ne spremljajo na nacionalni ravni. Izjema je poseg sklerozacija krčnih žil, za katerega so izvajalci dolžni spremljati in poročati podatke o čakalnih dobah. Slednji predstavlja zgolj eno izmed dermatoloških storitev znotraj ponovnih pregledov, zato podatki o čakalnih dobah zanj ne vplivajo na opredelitev povpraševanja v nadaljevanju.

Povpraševanje, ki izraža potrebe po dermatoloških storitvah, bi lahko izmerili s skupnim številom napotitev v specialistične dermatološke ambulante v določenem obdobju. Vendar ta podatek ni na razpolago, saj tako NIJZ kot ZZS zbirata zgolj podatke o skupnem obsegu napotitev na sekundarni nivo in ne za posamezne zdravstvene dejavnosti. V magistrskem delu je tako povpraševanje po dermatoloških storitvah opredeljeno kot vsota realiziranega števila prvih pregledov v določenem obdobju (opravljene storitve) in števila čakajočih na prvi pregled ob koncu tega obdobja (neopravljene storitve). Pri tem realizirano število opravljenih prvih pregledov predstavlja efektivno povpraševanje, saj v tem poglavju domnevamo, da čakalne dobe nastajajo zgolj zaradi pomanjkanja finančnih sredstev.

Iz Tabele 6 vidimo, da je obseg povpraševanja po dermatoloških storitvah v okviru javne zdravstvene mreže v Sloveniji v obdobju 2013 do 2015 naraščal; v letu 2015 je bilo povpraševanje za 8,9 % večje kot v letu 2013 in za 2,2 % večje kot v letu 2014. Efektivno povpraševanje (število prvih pregledov v ambulantni dermatologiji) je skozi leta naraščalo, v letu 2015 je bilo za 6,9 % večje kot leta 2013. Obseg neizpolnjenih potreb, merjen skozi število čakajočih pacientov na prvi dermatološki pregled, je v letu 2014 narasel za 32,4 % glede na leto 2013, v letu 2015 pa je glede na predhodno leto padel za 4,8 %.

Tabela 6: Gibanje povpraševanja po dermatoloških storitvah v obdobju 2013 do 2015

	2013	2014	2015	Rast v % 2014–2013	Rast v % 2015–2014	Rast v % 2015–2013
Neizpolnjene potrebe (število čakajočih)	10.079	13.346	12.708	32,4	-4,8	26,1
Efektivno povpraševanje (število prvih pregledov)	90.666	93.964	96.956	3,6	3,2	6,9
Povpraševanje, ki izraža potrebe po dermatoloških storitvah	100.745	107.310	109.664	6,5	2,2	8,9

Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; ZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo b.l.b; lastni izračuni.

Pogostost dermatoloških bolezni in obolevnost prebivalstva za njimi določajo obseg potreb po dermatoloških storitvah. V Sloveniji, tako kot v svetu, se število obolelih povečuje, dermatološke ambulante so priča porastu ljudi, ki imajo različne oblike kožnega raka (vsako leto v Sloveniji beležimo 500 novih primerov); povečuje se tudi število bolnikov z alergijskimi obolenji kože (Združenje slovenskih dermatologov, 2015). Z namenom ugotovitve vpliva na povečanje povpraševanja v zadnjih letih bi bilo smiselno preučiti gibanje pojavnosti posameznih dermatoloških obolenj. Vendar podatki o prevalenci (ki izraža stanje opazovane bolezni v populaciji) in incidenci (ki meri pojav novih primerov) za večino dermatoloških bolezni niso objavljeni oziroma dostopni laični javnosti.

V določeni meri lahko naraščanje povpraševanja po dermatoloških storitvah utemeljimo s pojavom staranja prebivalstva in s tem povezanih zdravstvenih težav, saj starejši ljudje dokazano potrebujejo več zdravstvene oskrbe. Demografski kazalniki za Slovenijo kažejo, da se prebivalstvo hitro stara, povečuje se delež prebivalstva, starejšega od 65 let, zmanjšuje pa delež prebivalstva v aktivni dobi (Statistični urad Republike Slovenije [SURs], b.l.). V letih od 1989 do 2015 se je v Sloveniji delež prebivalcev, starih najmanj 65 let, povečal z 10,6 % na 18,4 %. Napovedi števila in strukture slovenskega prebivalstva za naslednjih nekaj desetletij kažejo na minimalne spremembe v številu prebivalstva, vendar pa na velike spremembe v starostni strukturi prebivalstva (NIJZ, 2015a). Glede na projekcije EUROPOP2013 naj bi se delež starejših v Sloveniji do leta 2060 v celotni strukturi prebivalstva povzpela na skoraj 30 % (Eurostat, 2014).

Z družbenim razvojem se povečuje osveščenost povprečnega pacienta, ki vpliva na večje povpraševanje po obiskih dermatoloških ambulant. Pacienti se vse bolj zavedajo svojih pravic

iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in možnosti, ki so jim na voljo za zadovoljevanje svojih zdravstvenih potreb. Povprečni uporabnik zdravstvenih storitev je vse zahtevnejši; veliko pacientov je takih, ki želijo biti napoteni v specialistično ambulanto, ker menijo, da lahko le tam dobijo kakovostno zdravljenje (Kakovost napotitve, 2016). Razvoj informacijske tehnologije omogoča hiter in enostaven dostop do informacij, zato so pacienti bistveno bolj seznanjeni z metodami in sredstvi za preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje dermatoloških bolezni. V dermatologiji je v zadnjih letih posebej opazna tendenca populacije po pregledih kožnih znamenj zaradi osveščanja s strani stroke o pomenu zgodnjega odkrivanja kožnega raka (npr. javno zdravstveni projekt Teden boja proti melanomu).

3.2.2 Oblikovanje učinkovitega povpraševanja po dermatoloških storitvah

Specialistična dejavnost dermatologije spada med dejavnosti, ki jih ZZZS glede na Dogovor plačuje do predvidenega obsega opravljenih storitev, določenega s pogodbo med izvajalcem dermatoloških storitev in ZZZS. Če izvajalec v določenem obdobju (obračunsko obdobje je koledarsko leto) naredi več storitev, kot jih ima določenih v pogodbi, njihovega plačila ZZZS ne prizna. Obseg dermatoloških storitev, ki jih pacienti lahko koristijo v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, je tako omejen z obsegom storitev, ki jih je zdravstvena zavarovalnica pripravljena financirati. Ta obseg storitev imenujemo učinkovito povpraševanje po dermatoloških storitvah. Obseg učinkovitega povpraševanja v Sloveniji v obdobju 2013 do 2015 je predstavljen v Tabeli 6, v poglavju 3.2.1.

Vrste storitev, ki jih pacienti lahko koristijo v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS, 2014a). Obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije vseh stroškov, ki nastanejo ob zdravljenju. Celotno kritje stroškov je glede na ZZVZZ zagotovljeno le otrokom, šolarjem in študentom, ki se redno šolajo, ter v primerih določenih bolezni oziroma stanj. Plačilo zdravstvenih storitev za določene kategorije prebivalstva in plačilo razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev v določenih primerih krije država iz proračunskih sredstev. Delež, v katerih je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v okviru obveznega zavarovanja, določa 23. člen ZZVZZ. V ambulantni dermatologiji obvezno zdravstveno zavarovanje v celoti pokriva zdravljenje in rehabilitacijo malignih bolezni in psoriaze (luskavice). Pri ostalih boleznih zagotavlja obvezno zavarovanje le določen odstotni delež cene zdravstvene storitve. Drugi del morajo kot doplačilo plačati pacienti sami oziroma jim ga krije dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Po podatkih ZZZS (ZZZS, b.l.a) je povprečni delež plačil dermatoloških storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2015 znašal 88,0 %. Delež prebivalstva z urejenim prostovoljnimi dopolnilnimi zavarovanjem v Sloveniji je v letu 2014 znašal 96 % in se je od leta 2007 znižal za 2-odstotni točki (European Observatory on Health Systems and Policies, WHO, Ministrstvo za zdravje, 2016b, str. 6). Gre za visok % uporabnikov, ki so z dopolnilnim zavarovanjem zavarovani pred neposrednimi plačili, torej za skoraj univerzalno pokritost. Hkrati gre za relativno nizek delež dopolnilnega zavarovanja v povprečni ceni dermatološke storitve, iz česar domnevamo, da na povpraševanje po dermatoloških storitvah

ta dejavnik nima bistvenega vpliva. Pri tem je potrebno opozoriti na pasivno vlogo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja v slovenskem zdravstvenem sistemu. Zasebne zavarovalnice so nekakšne »pomožne blagajne« obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj je obseg prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja določen z obsegom zdravstvene dejavnosti, ki ga zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje (Tajnikar et al., str. 148). V sedanjem sistemu je učinkovanje spodbud na strani povpraševanja onemogočeno, saj zavarovanje doplačil uporabnikom zdravstvenih storitev ne signalizira velikosti cen zdravstvenih storitev.

Pacient lahko opravi pregled pri specialistu dermatologu v okviru javne zdravstvene mreže le na podlagi napotitve osebnega zdravnika (ali po njegovem pooblastilu drugega specialista). Povpraševanje po dermatoloških storitvah je tako pod vplivom osebnih zdravnikov, ki z izdajo napotnice določijo dostop do dermatološke oskrbe na sekundarni ravni. Glede na vrsto in težo obolenja oz. nujnost zdravstvene storitve hkrati določijo tudi prioriteto obravnave in na ta način čas, v katerem si pacient lahko zagotovi pregled pri specialistu. Z napotnico »nujno« bo tako pacient obravnavan že v enem dnevu, napotnica »hitro« mu zagotavlja pregled znotraj 90-ih dni, medtem ko je po Pravilniku najdaljša dopustna čakalna doba za napotnice »redno« 180 dni. Podlaga za opredeljevanje pacientove zdravstvene težave v stopnjo nujnosti so veljavne sodobne medicinske smernice in priporočila, strokovni standardi in dobre prakse oziroma strokovni kriteriji za razvrščanje, ki jih skladno s Pravilnikom o sestavi in delovanju razširjenih strokovnih kolegijev pripravi Razširjeni strokovni kolegij za dermatologijo (Ur.l. RS, št. 67/1997).

Večje povpraševanje po dermatoloških storitvah oz. večje število napotitev na sekundarni nivo je v določeni meri lahko posledica preobremenjenosti osebnih zdravnikov oziroma njihovega pomanjkanja. S tega vidika so nekatera geografska področja v Sloveniji v slabšem položaju kot druga, kar je razvidno tako iz števila plačanih programov ZZZS kot iz starostne strukture zdravnikov v posameznih regijah in tudi iz števila prijav na razpisane specializacije po posameznih regijah (Ministrstvo za zdravje, 2013, str. 21). Ocenjuje se, da so potrebe po zdravnikih splošne medicine oz. družinske medicine v Sloveniji že od leta 1992 naprej podcenjene (Ministrstvo za zdravje, 2013, str. 20). Poleg navedenega postavljajo sodobni trendi v medicini in v zdravstvenem sistemu pred primarno zdravstveno dejavnost dodatne izzive; prenos oskrbe s sekundarne na primarno raven, večanje števila kroničnih bolnikov zaradi demografskih sprememb, večja izobraženost in zahtevnost bolnikov ipd.

Uporaba prioritetenih meril, ki spadajo med mehanizme omejevanja povpraševanja oz. skrajšanja čakalnih dob, v praksi ni enostavna in sama po sebi ne zagotavlja ustrezne razvrstitve pacientov na čakalni seznam. Specialist dermatolog sicer lahko na podlagi napotnice in morebitnih priloženih izvidov ugotovi in določi drugačno stopnjo nujnosti (višjo ali nižjo), o čemer mora po Pravilniku obvestiti zdravnika, ki je pacienta napotil, in spremembo dokumentirati na čakalnem seznamu. Vendar pogosto sami podatki na napotnici ne zadostujejo za opredelitev zdravstvene težave in se neustreznost stopnje napotitve izkaže šele na samem pregledu (ZZZS, b.l.c). Pri določanju termina za pregled morajo specialisti dermatologi ob enaki stopnji nujnosti upoštevati tudi prednostne kriterije, označene na

napotnici, pri čemer ZPacP in Pravilnik ne določata pravil uporabe prednostnih kriterijev v praksi.

Neustrezno določene stopnje nujnosti so pogosto posledica nezadostnega poznavanja dermatoloških problemov s strani osebnih zdravnikov. Pomembno je, da so splošni zdravniki primerno izučeni, v katerih primerih pacient potrebuje obravnavo na sekundarnem nivoju in kdaj ga lahko oskrbijo sami. Na število napotitev oziroma ustrežnejši obseg povpraševanja tako vpliva tudi možnost posvetovanja med zdravniki na različnih nivojih (Kakovost napotitve, 2016). Po informacijah gospoda Popoviča, specialista dermatologije (priloga 2), so v nekaterih zavodih (Zdravstveni dom Postojna in Zdravstveni dom Trbovlje) po izvedbi usmerjanja splošnih zdravnikov s strani specialistov dermatologov uspeli vplivati na povpraševanje in skrajšati čakalne dobe. Postopoma so s sprotno telefonsko in pisno komunikacijo oz. navodili specialistov glede konkretnih primerov dosegli učinkovitejše napotovanje v dermatološko ambulanto. Po podatkih NIJZ je bila pred tem realizirana čakalna doba v ZD Postojna v decembru 2013 74 dni, v decembru 2015 pa zgolj 8 dni.

Iz podatkov o strukturi čakajočih v Tabeli 7 vidimo, da se je v obdobju 2013 do 2015 povečeval delež čakajočih pacientov z napotnico hitro na račun čakajočih z napotnico redno. Prav tako ZZZS v nadzorih nad čakalnimi sezname ugotavlja, da se z daljšanjem pričakovanih čakalnih dob povečuje obseg napotitev prednostnega značaja oziroma napotnic s stopnjo nujnosti hitro (ZZZS, b.l.c). Podobne zaključke navajajo nekatere tuje študije vpliva čakalnih dob na obseg in strukturo napotitev (Silvester et al., 2004, str. 108).

Tabela 7: Število in struktura čakajočih glede na stopnjo nujnosti v letih 2013 do 2015 (stanje december)

	2013		2014		2015	
	Število	%	Število	%	Število	%
Čakajoči hitro ¹⁾	2.450	24,3	3.569	26,7	3.610	28,4
Čakajoči redno ²⁾	7.629	75,7	9.777	73,3	9.098	71,6
Vsi čakajoči (hitro in redno)³⁾	10.079	100,0	13.346	100,0	12.708	100,0
Pričakovana ČD hitro ⁴⁾	77 dni		81 dni		81 dni	
Pričakovana ČD redno ⁵⁾	145 dni		154 dni		181 dni	
Povprečna ČD (hitro in redno)⁶⁾	129 dni		135 dni		152 dni	

Legenda:

- 1) vsi čakajoči pacienti na prvi specialistični pregled na določen datum pri stopnji nujnosti hitro;
- 2) vsi čakajoči pacienti na prvi specialistični pregled na določen datum pri stopnji nujnosti redno ;
- 3) vsi čakajoči pacienti na prvi specialistični pregled na določen datum za obe stopnji nujnosti (hitro in redno);
- 4) povprečna čakalna doba (v dnevih), izračunana kot utežen delež čakalnih dob po izvajalcih za stopnjo nujnosti hitro (utež = število čakajočih s stopnjo nujnosti hitro);
- 5) povprečna čakalna doba (v dnevih), izračunana kot utežen delež čakalnih dob po izvajalcih za stopnjo nujnosti redno (utež = število čakajočih s stopnjo nujnosti redno);
- 6) povprečna čakalna doba (v dnevih), izračunana kot utežen delež čakalnih dob po obeh stopnjah nujnosti (hitro in redno).

Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; lastni izračuni.

Navedeni viri ugotavljajo, da se v čakalnih seznamih odražajo tako reakcije pacientov, osebnih zdravnikov kot tudi izvajalcev dermatoloških storitev na daljšanje čakalne dobe. V razmerah dolgih čakalnih dob izvajalci pri vodenju čakalnih seznamov odlagajo nenujne (redne) paciente, za katere računajo, da bo njihova težava minila, oziroma da bodo zdravstveno storitev iskali drugod. Nekateri izvajalci paciente z redno napotnico dodajo na čakalne sezname, vendar jim ob vpisu ne dajo točne informacije o predvidenem terminu pregleda (Računsko sodišče, 2014, 2015; ZZZS, 2016b). Rezervirajo si vire (termine) za paciente, ki potrebujejo hitro obravnavo, vendar tak način nazadnje še podaljša čakalne dobe, saj ostajajo termini pogosto neizkoriščeni. Na drugi strani se s strani pacientov oziroma osebnih zdravnikov pojavljajo težnje po izigravanju sistema; v želji, da bi pacientu zagotovili pregled v razumem času, osebni zdravniki napotitev označijo za nujnejšo, kot bi jo sicer. Na ta način umetno povečujejo število pacientov, ki naj bi potrebovali prednostno obravnavo, kar izkazuje nerealno sliko o potrebah po dermatoloških storitvah.

Hkrati se v razmerah dolgih čakalnih dob pojavlja večji delež pacientov, ki se na dan predvidenega pregleda ne oglasijo pri zdravniku, bodisi ker na termin pozabijo bodisi zato, ker medtem storitev opravijo drugje; pri drugem izvajalcu ali samoplačniško, ali težava v času čakanja izzveni (ZZZS, b.l.c; Gupta & Denton, 2008, str. 805; Pizer & Prentice, 2011). Pravilnik in ZPacP ne predvidevata sankcij za neopravičene izostanke na naročenih terminih. Slednji povzročajo izvajalcu organizacijske težave in neizkoriščenost zmogljivosti oz. časa specialistov dermatologov. Posledično je upravljanje s čakalnimi seznamami neučinkovito in se odraža v nižji kakovosti podatkov o čakalnih dobah in številu čakajočih. Na neprečiščenih seznamih ostajajo pacienti, ki ne bodo prišli na storitev, pričakovana čakalna doba pa je daljša, kot bi bila sicer. Ker način iskanja nadomestnih kandidatov za odpovedane termine s Pravilnikom ni natančno opredeljen, obstaja možnost za neenakopravno obravnavo pacientov oziroma za t.i. preskoke čakalnih vrst. Uporaba podatkov, ki ne odražajo dejanskega stanja in niso predmet kontrole ob vpisu v nacionalni bazo, je za pomembne odločitve pri delitvi zbranih sredstev zavarovancev s tega vidika problematična.

Zelo različne čakalne dobe in število čakajočih po izvajalcih v Sloveniji potrjujejo, da so povpraševanje in čakalne dobe pod vplivom preferenc uporabnikov dermatoloških storitev. Iz podatkov v Tabeli 5 v poglavju 2.3 sklepamo, da je oddaljenost do izvajalca pomemben dejavnik pri iskanju dermatoloških storitev, oziroma da se pacienti za krajše čakanje na prvi pregled v dermatologiji niso pripravljani peljati v drug kraj. Povprečna pričakovana čakalna doba za stopnjo nujnosti redno je v decembru 2015 znašala 181 dni; pri izvajalcu z najdaljšo čakalno dobo bi bilo na prvi pregled potrebno čakati 419 dni, medtem ko bi lahko pacient pri izvajalcu v drugem kraju prišel na vrsto v 4 dneh. Dolge čakalne dobe pri posameznih izvajalcih tudi kažejo, da pacientom ni vseeno, katerega dermatologa izberejo. Za pregled pri določenem specialistu (na primer tistem, ki v javnosti uživa večji ugled oziroma je bolj poznan) so pripravljani čakati dalj časa, kljub temu da bi drugje prišli na vrsto mnogo prej. Navedeno kaže, da možnost proste izbire specialista dermatologa kjerkoli v Sloveniji (kar je

ena izmed strategij za skrajševanje čakalnih dob) bistveno ne vpliva na enakomernejšo razporeditev pacientov po izvajalcih.

Pacient, ki potrebuje dermatološko storitev, ima poleg oskrbe v javni zdravstveni mreži možnost opraviti samoplačniški pregled pri izvajalcu v zasebnem sektorju in se s plačilom iz žepa izogniti čakalni dobi. Cene samoplačniških dermatoloških pregledov so v letu 2015 znašale od 45 do 80 EUR.

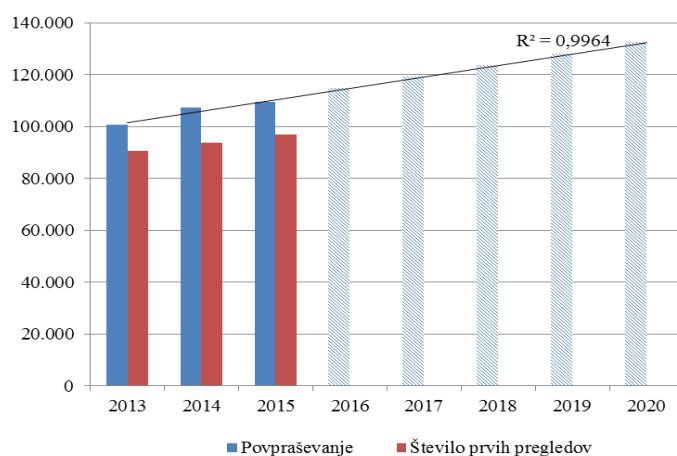
3.2.3 Ocena potrebnih sredstev za neizpolnjene potrebe

Pri oceni potrebnih sredstev za odpravljanje čakalnih dob smo izhajali iz domneve, da vsota realiziranega oziroma efektivnega povpraševanja in čakajočih predstavlja povpraševanje po dermatoloških storitvah. Na podlagi podatkov za tri leta (2013 do 2015) smo s pomočjo linearnega trenda ocenili tako opredeljeno povpraševanje do konca leta 2020. Z namenom zagotovitve daljše časovne vrste podatkov in s tem zanesljivejše osnove za izračun gibanja potreb v prihodnjih petih letih smo za opravljene prve preglede uporabili podatke na polletnem nivoju in za čakajoče podatke ob koncu vsakega polletja.

Potrebna sredstva za odpravo čakalnih dob smo ocenili na podlagi predpostavke, da smo čakalne dobe iz preteklih let v celoti odpravili že v letu 2013. Po tem letu pa smo domnevali, da so čakalne dobe nastajale le zaradi tistega dela povečanja povpraševanja po dermatoloških storitvah, ki jih nismo zadovoljili kot efektivno povpraševanje v predhodnih letih. Za leti 2014 in 2015 smo imeli na voljo podatke o dejanskem povečanju sredstev za financiranje efektivnega povpraševanja in s tem tudi za povečanje števila realiziranih dermatoloških storitev. Tako smo razliko med povečanjem povpraševanja in povečanjem efektivnega povpraševanja razumeli kot spremembo števila čakajočih na dermatološko storitev. Po letu 2015 pa smo izhajali iz trendne ocene povpraševanja in domnevali, da začnemo vsako leto brez čakalnih vrst in čakalne dobe. V obliki povečanja števila prvih pregledov smo ocenili povečanje povpraševanja po dermatoloških storitvah, ki ne bi bilo zadovoljeno, če bi ostali na obsegu dermatoloških storitev in potrebnih sredstev s konca predhodnega leta (v katerem bi v celoti odpravili čakalne dobe). Potrebni obseg dermatoloških storitev smo torej ocenili kot število teh storitev, s katerimi bi v celoti odpravili čakalne dobe v letu 2013 in kot potencialno povečanje števila potrebnih dermatoloških storitev, če bi lahko v vsakem naslednjem letu izvedli le toliko dermatoloških storitev kot v predhodnem letu, čeprav bi se povpraševanje po teh storitvah spreminjalo iz leta v leto.

Spreminjanje potreb po dermatološki oskrbi in trend naraščanja povpraševanja do leta 2020 kaže Slika 17. Napoved gibanja obsega povpraševanja in napovedi dodatnih količin potrebnih pregledov po posameznih letih vidimo iz Tabele 8. Ocena finančnih sredstev, potrebnih za odpravo čakalnih dob v ambulantni dejavnosti dermatologije pri obstoječem sistemu financiranja, je prikazana v stolpcu 10. Dodatni potrebni pregledi za odpravo bremena čakalnih dob konec leta 2013 in za tekočo odpravo čakalnih dob po posameznih letih so ovrednoteni po stalni ceni, ki jo predstavlja povprečni strošek obravnave enega pacienta.

Slika 17: Gibanje povpraševanja po dermatoloških storitvah v Sloveniji v obdobju 2013 do 2015 in napoved povpraševanja za obdobje 2016 do 2020



Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; ZZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

Tabela 8: Izračun potrebnih sredstev za odpravljanje čakalnih dob na osnovi gibanja povpraševanja po dermatoloških storitvah v Sloveniji v obdobju 2013 do 2015 in napovedi povpraševanja za obdobje 2016 do 2020

Leto	Povpraševanje		Realiz. (efektivno) povpraševanje		Čakajoči					Potrebna sred. za odpravo čak. dob (v EUR) (10)
	Dejansko (1)	Napovedano (2)	Dejansko (3)	Napovedano (4)	Začetni (5)	Povečanje (6)	Napoved (7)	Realizirano (8)	Skupaj (9)	
2013	100.745		90.666		10.079				10.079	496.091
2014	107.310		93.964			6.565		3.298	3.267	160.803
2015	109.664		96.956			2.354		2.992	-638	-31.403
2016		114.907		100.292			5.243		5.243	258.081
2017		119.305		103.584			4.398		4.398	216.431
2018		123.702		106.877			4.397		4.397	216.431
2019		128.099		110.170			4.397		4.397	216.431
2020		132.496		113.463			4.397		4.397	216.431

Legenda:

(1) = realizirano število opravljenih prvih pregledov v letu + število čakajočih konec leta

(2) = napoved (1), izračunana z linearnim trendom

(3) = realizirano število opravljenih prvih pregledov v letu

(4) = napoved (3), izračunana z linearnim trendom

(5) = (1) - (3)

(6) = $(1)^t - (1)^{t-1}$

(7) = $(2)^{2016} - (1)^{2015}$ in $(2)^t - (2)^{t-1}$ za 2017 – 2020

(8) = $(3)^t - (3)^{t-1}$

(9) = (5) + (6) + (7) + (8)

(10) = (9) * povprečni strošek dermatološke storitve v letu 2015 (49,22 EUR)

Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; ZZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

Za leto 2013 nismo razpolagali z razčlenjenimi podatki o vrednosti obravnave v okviru prvih oz. ponovnih pregledov v ambulanti, zato smo povprečni strošek obravnave izračunali na osnovi podatkov iz leta 2015 (Tabela 9). Na osnovi analitičnih podatkov ZZZS po izvajalcih in zavarovanih osebah smo izračunali povprečno vrednost obravnave brez ločeno zaračunljivih materialov (v nadaljevanju LZM) v okviru prvega pregleda (18,65 EUR) oziroma kontrolnega pregleda (20,01 EUR). Povprečna poraba LZM v okviru prvega pregleda je znašala 0,57 EUR, v okviru kontrolnega pregleda pa 5,24 EUR. Povprečni strošek obravnave pacienta v dermatološki ambulanti je tako po podatkih iz leta 2015 znašal 49,22 EUR. Vrednost vključuje obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila zasebnih zavarovalnic. Izračun upošteva, da v povprečju na enega pacienta odpade več obiskov v ambulanti; v letu 2015 so izvajalci na en prvi pregled v povprečju opravili še 1,19 kontrolnih pregledov.

Tabela 9: Izračunani podatki o povprečnih vrednosti obravnave na pacienta v okviru prvih in kontrolnih pregledov v evrih v letu 2015

Razmerje kontrolni pregledi/prvi pregledi	Povp. cena prvega pregleda (brez LZM)	Povp.cena kontrolnega pregleda (brez LZM)	Povp.poraba LZM v okviru prvega pregleda	Povp. poraba LZM v okviru kontrolnega pregleda	Povp. strošek obravnave pacienta v dermat. amb. (brez LZM)	Povp. strošek obravnave pacienta v dermat. amb. (z LZM)
1,19	18,65	20,01	0,57	5,24	42,43	49,22

Vir podatkov: ZZZS, Pregled izdatkov po vrstah zdravstvenih dejavnosti in storitvah, b.l.a.; lastni izračuni.

Odprava čakalnih dob v letu 2013 bi glede na 10.079 čakajočih na prvi specialistični pregled pomenila 496.091 EUR potrebnih sredstev za financiranje neopravljenih storitev (Tabela 8); od tega 68.466 EUR za LZM. Na osnovi podatkov o realiziranem deležu plačil iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2015 lahko ocenimo tudi, koliko sredstev bi moral zagotoviti ZZZS in potrební delež iz zasebnih prispevkov oziroma prostovoljnih zavarovanj. Povprečni delež plačila storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je v letu 2015 znašal 87,9 %, delež financiranja LZM pa 85,5 %. Tako bi ocenjena višina sredstev, ki bi jih moral zagotoviti ZZZS za odpravo čakalnih dob ob koncu leta 2013, znašala 434.634 EUR. V letu 2014 bi potrebovali 160.803 EUR dodatnih sredstev, da bi zadostili celotnemu povpraševanju po dermatoloških storitvah, medtem ko je leta 2015 povečanje efektivnega povpraševanja preseglo povečanje celotnega povpraševanja. Leta 2016 bi za odpravo čakalnih dob potrebovali dodatnih 160.803 EUR. Financiranje povprečnega letnega prirasta povpraševanja v letih 2017 do 2020 bi, po cenah iz leta 2015, zahtevalo 216.431 EUR dodatnih sredstev; od tega bi breme ZZZS znašalo 189.610 EUR.

Ocena sredstev za odpravo čakalnih dob temelji na predpostavki, da je struktura čakajočih glede vrste zdravstvenih problemov enaka strukturi pacientov, katerim so bile dermatološke storitve že zagotovljene. Prav tako predpostavljamo, da se omenjeni skupini pacientov ne razlikujeta bistveno po starosti in drugih značilnosti, ki vplivajo na delež plačila storitev, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Iste predpostavke veljajo za napovedano

povpraševanje v prihodnjih letih. Ocenjena dodatna sredstva bi zagotovila plačilo neopravljenih storitev in v celoti odpravila čakalne dobe za prvi ambulantni pregled v dermatologiji, ki bi jih zagotovil plačnik ob predpostavki veljavnih obračunskih modelov ter zakonskih podlag, ki urejajo delovanje deležnikov v okviru dermatološke dejavnosti.

3.2.4 Ocena potrebnih sredstev za neizpolnjene potrebe po geografskih regijah

Na podlagi analitičnih podatkov o učinkovitem povpraševanju in o številu čakajočih za obdobje 2013 do 2015 lahko ocenimo povpraševanje za prihodnjih pet let tudi za posamezne geografske regije. Če izračunane napovedi na podlagi podatkov za posamezne regije združimo v napovedi za celotno Slovenijo, se tako dobljene napovedi nekoliko razlikujejo od tistih, izračunanih na podlagi skupnih podatkov za celotno Slovenijo (glej Tabelo 8).

Analiza napovedi kaže, da se potrebe po dermatološki oskrbi ne gibljejo povsod v isto smer. V večini regij se povpraševanje z leti povečuje, razen v osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji, kjer potrebe po dermatološki oskrbi padajo. Za spodnjeposavsko regijo zaradi pomanjkljivih podatkov trenda povpraševanja ni bilo mogoče oceniti. Prav tako nismo razpolagali s podatki o številu čakajočih v letu 2013 za goriško regijo.

Po isti metodologiji, ki smo jo uporabili za celotno Slovenijo, lahko izračunamo obseg dodatnih potrebnih pregledov po posameznih letih tudi po geografskih regijah (Tabela 10).

Tabela 10: Napoved dodatnega obsega potrebnih pregledov po posameznih letih na osnovi gibanja povpraševanja po dermatoloških storitvah po geografskih regijah v obdobju 2013 do 2015 in ocene povpraševanja po dermatoloških storitvah za obdobje 2016 do 2020

Leto	Gorenjska	Goriška	JV ¹⁾ Slovenija	Koroška	Notranjska	Obalno-kraška	Osrednje slovenska	Podravska	Pomurje	Savinjska	Zasavska
2013	1.152	0	466	458	170	1.125	2.571	2.126	358	1.537	116
2014	588	233	-61	-158	-50	200	1.969	200	-73	434	-15
2015	90	-85	227	92	-108	-432	-105	-226	-5	-173	-52
2016	1.243	1.218	950	243	311	291	-622	1.216	48	1.181	202
2017	1.147	1.044	581	118	468	-66	-1.061	1.337	52	1.072	173
2018	1.147	1.044	581	118	468	-66	-1.061	1.337	52	1.072	173
2019	1.147	1.044	581	118	468	-66	-1.061	1.337	52	1.072	173
2020	1.147	1.044	581	118	468	-66	-1.061	1.337	52	1.072	173

Legenda:

1) Jugovzhodna Slovenija

Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; ZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

Negativne vrednosti v posameznih letih pomenijo, da je takrat absolutno povečanje učinkovitega povpraševanja presežilo absolutno povečanje celotnega povpraševanja. To pomeni, da je bila rast opravljenih prvih pregledov večja od rasti izkazanih potreb, kar npr. vidimo za leto 2015 v večini regij, z izjemo Gorenjske, JV Slovenije in Koroške. Glede na napovedi povpraševanja bo potrebno v letih 2017 do 2020 opraviti manj prvih pregledov glede na predhodno leto v obalno-kraški in osrednjeslovenski regiji. V slednji se trend padanja povpraševanja začne že v letu 2015. Nasprotno se bodo, glede na napovedi, potrebe po dodatnih pregledih v ostalih regijah v prihodnje povečevale.

Z ovrednotenjem količinskih podatkov po stalni ceni oz. povprečnim stroškom dermatološke oskrbe enega pacienta v letu 2015 dobimo oceno finančnih sredstev, potrebnih za tekočo odpravo čakalnih dob v ambulantni dejavnosti dermatologije za posamezno regijo (Tabela 11).

Tabela 11: Izračun potrebnih sredstev za odpravljanje čakalnih dob po geografskih regijah v Sloveniji v evrih na osnovi gibanja povpraševanja po dermatoloških storitvah v obdobju 2013 do 2015 in ocene povpraševanja za obdobje 2016 do 2020

Leto	Gore-njska	Goriška	JV ¹⁾ Slovenija	Koroška	Notra-njska	Obalno-kraška	Osrednje slove-nska	Podra-vska	Pomurje	Savinj-ska	Zasa-vska
2013	56.702	0	22.937	22.543	8.367	55.373	126.545	104.642	17.621	75.652	5.710
2014	28.942	11.468	-3.002	-7.777	-2.461	9.844	96.915	9.844	-3.593	21.362	-738
2015	4.430	-4.184	11.173	4.528	-5.316	-21.263	-5.168	-11.124	-246	-8.515	-2.559
2016	61.181	59.960	46.759	11.970	15.317	14.303	-30.635	59.862	2.382	58.139	9.933
2017	56.436	51.406	28.587	5.788	23.055	-3.268	-52.223	65.817	2.540	52.764	8.515
2018	56.436	51.406	28.587	5.788	23.055	-3.268	-52.223	65.817	2.540	52.764	8.515
2019	56.436	51.406	28.587	5.788	23.055	-3.268	-52.223	65.817	2.540	52.764	8.515
2020	56.436	51.406	28.587	5.788	23.055	-3.268	-52.223	65.817	2.540	52.764	8.515

Legenda:

1) Jugovzhodna Slovenija

Vir podatkov: NIJZ, Čakalne dobe po izvajalcih za storitve, b.l.; ZZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

3.3 Analiza vzrokov nastajanja čakalnih dob v dermatologiji na strani ponudbe

3.3.1 Prikaz obstoječih zmogljivosti izvajalcev dermatološke dejavnosti

Zmogljivosti v okviru javnega zdravstvenega sistema lahko opredelimo s številom zdravniških timov. Tim v specialistični dejavnosti dermatologije je sestavljen iz nosilca dejavnosti, to je specialista dermatologa, diplomirane medicinske sestre in tehnika zdravstvene nege ter priznanega deleža administrativno tehničnega osebja (ZZZS, 2015b,

Priloga 1). Delež kadra, izračunan na osnovi kalkulativnega števila efektivnih ur in strukturo stroškov, ki se glede na Dogovor prizna timu v ambulantni dermatološki dejavnosti, vidimo iz Tabele 12.

Na podlagi kalkulacije za planiranje in financiranje specialistične ambulantne dejavnosti dermatologije so bila za leto 2015 na en tim v ambulantni dermatologiji planirana finančna sredstva v višini 98.400 EUR. Vrednost vključuje sredstva iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in doplačila. Upoštevajoč veljavni delovni normativ, ki za en dermatološki tim znaša 39.825 točk, dobimo izhodiščno ceno točke za specialistično dejavnost dermatologije, ki je na dan 1.1.2015 znašala 2,47 EUR. Iz strukture stroškov vidimo, da je dejavnost dermatologije delovno intenzivna, saj stroški dela predstavljajo več kot 76 % vseh sredstev. Materialni stroški in amortizacija pa v celotni strukturi stroškov dosegajo okoli 24 %. Medicinska oprema v običajni dermatološki ambulanti ni večjih vrednosti; vrednosti dermatoskopa, ki predstavlja nujno delovno sredstvo v dermatološki ambulanti, se na primer gibljejo okoli 1.000 EUR.

Tabela 12: Kalkulacija za planiranje in financiranje specialistične ambulantne dejavnosti dermatologije (izhodiščne cene 01.01.2015)

	Delavci iz ur	Plačni razred	Bruto plača v EUR¹⁾	Delež
Dermatolog	1,00	53	40.596	65,7%
Dipl. med. sestra/višja med. sestra	0,50	36	10.420	16,9%
Tehnik zdravstvene nege	0,50	25	6.769	10,9%
Administrativno tehnični delavci	0,31	24	4.035	6,5%
Skupaj	2,31		61.820	100,0%
Nosilci laboratorijske medicine	0,10	25	1.354	
Administrativno tehnični delavci	0,02	24	260	
Skupaj laboratorij	0,12		1.614	
Vse skupaj	2,43		63.434	
Finančni načrt¹⁾	Program v EUR	Laboratorij v EUR	Skupaj v EUR	Delež
Bruto OD	61.820	1.614	63.434	64,5%
Obveznosti	9.953	260	10.213	10,4%
Skupna poraba	930	75	1.005	1,0%
Premija za dod. pok. Zavarovanje	825	43	868	0,9%
Materialni stroški	17.561	668	18.229	18,5%
Amortizacija	3.785	109	3.894	4,0%
Dodatna sred. za informatizacijo	757		757	0,8%
Skupaj	95.631	2.769	98.400	100,0%
Cena točke²⁾			2,47	

Legenda:

- 1) Vrednosti v EUR vključujejo obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila
- 2) Veljavni delovni normativ za en dermatološki tim znaša 39.825 točk

Vir. ZZZS, Splošni dogovor za pogodbeno leto 2015, 2015b, Priloga 1.

V Tabeli 13 prikazujemo zmogljivosti izvajalcev dermatoloških storitev v okviru javne zdravstvene mreže v Sloveniji po geografskih regijah v letih od 2013 do 2015. Obseg vključuje spremembe timov med letom in je izračunan kot povprečje mesečnih stanj po izvajalcih v posameznem letu. V letu 2015 je tako v povprečju delovalo 42,08 timov, največ v osrednjeslovenski regiji (15,10), kateri sledijo savinjska in podravska regija. Najmanj timov je delovalo v spodnjeposavski in zasavski regiji.

Tabela 13: Število timov v specialistični dejavnosti dermatologije v okviru javne zdravstvene mreže na območju Slovenije po geografskih regijah v obdobju 2013 do 2015

Regija	Povprečno št. timov		
	2013	2014	2015
Gorenjska	3,19	2,99	3,53
Goriška	0,80	1,00	1,06
Jugovzhodna Slovenija	1,95	1,98	2,00
Koroška	0,90	0,90	0,91
Notranjska	0,45	0,36	0,65
Obalno-kraška	2,85	2,50	2,65
Osrednjeslovenska	13,61	14,16	15,10
Podravska	7,02	5,56	6,19
Pomurje	2,00	2,06	2,20
Savinjska	6,92	6,86	7,31
Spodnjeposavska	0,18	0,02	0,14
Zasavska	0,34	0,34	0,34
Slovenija	40,21	38,73	42,08

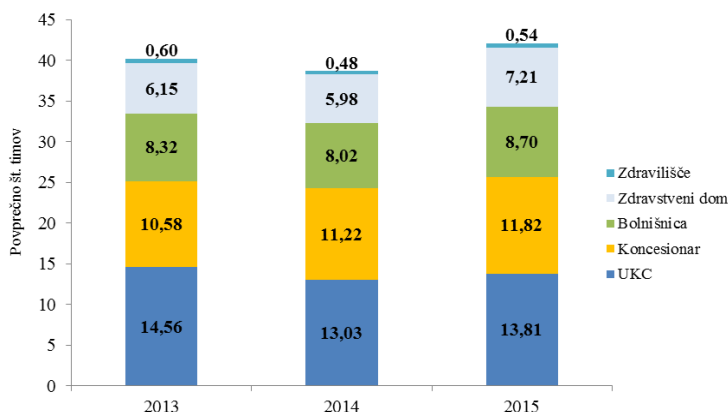
Vir podatkov: ZZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b.; lastni izračuni.

Ponudniki specialistične ambulantne dejavnosti dermatologije v javni zdravstveni mreži v Sloveniji so javni zavodi in koncesionarji – podjetja v zasebni lasti oziroma podjetniki posamezniki. Slika 18 kaže strukturo zmogljivosti, izraženo v povprečnem številu priznanih timov, v letih 2013 do 2015 glede na tip izvajalca. Največ timov je delovalo v obeh Univerzitetnih kliničnih centrih (UKC Ljubljana in UKC Maribor), sledijo koncesionarji, splošne bolnišnice in zdravstveni domovi.

V letu 2015 je v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja ambulantne dermatološke storitve, poleg obeh kliničnih centrov, nudilo enajst koncesionarjev, pet splošnih bolnišnic, enajst zdravstvenih domov in eno zdravilišče.

Izvajalci dermatoloških storitev se med seboj razlikujejo glede na vrste storitev, ki jih nudijo. Pri nekaterih je mogoče opraviti le ambulantni pregled in določene diagnostične posege, medtem ko drugi opravljajo tudi kirurške posege (npr. izreze kožnih znamenj) ali terapevtske posege (npr. sklerozacija krčnih žil). Zgolj samoplačniško nudi dermatološke storitve tudi 30 zasebnikov, ki nimajo koncesije.

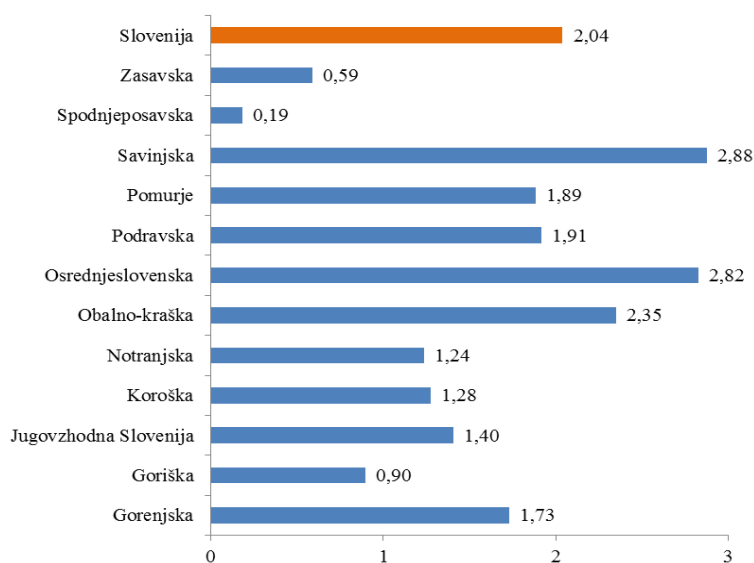
Slika 18: Število timov v specialistični dejavnosti dermatologije v okviru javne zdravstvene mreže na območju Slovenije po tipu izvajalca v obdobju 2013 do 2015



Vir podatkov: ZZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

Iz Slike 19 vidimo, da je v letu 2015 v Sloveniji delovalo v povprečju 2,04 dermatološkega tima na 100.000 prebivalcev, med geografskimi regijami pa obstajajo razlike glede preskrbljenosti prebivalstva z dermatološkimi zmogljivostmi. Najmanj timov na 100.000 prebivalcev deluje v spodnjeposavski regiji, ki ji po številu sledita zasavska in goriška regija. Največjo preskrbljenost prebivalstva z dermatološkimi timi pa imamo v savinjski in osrednjeslovenski regiji. V nekateri tujih virih zasledimo, da je za današnje razmere priporočeno število dermatologov med 2,3 in 3,3 na 100.000 prebivalcev (Kimball, 2003, str. 266). Vendar je glede na različno organiziranost primarnega in sekundarnega zdravstva ter glede na razlike v področju dela dermatologov med državami primerjava s tujino težavna.

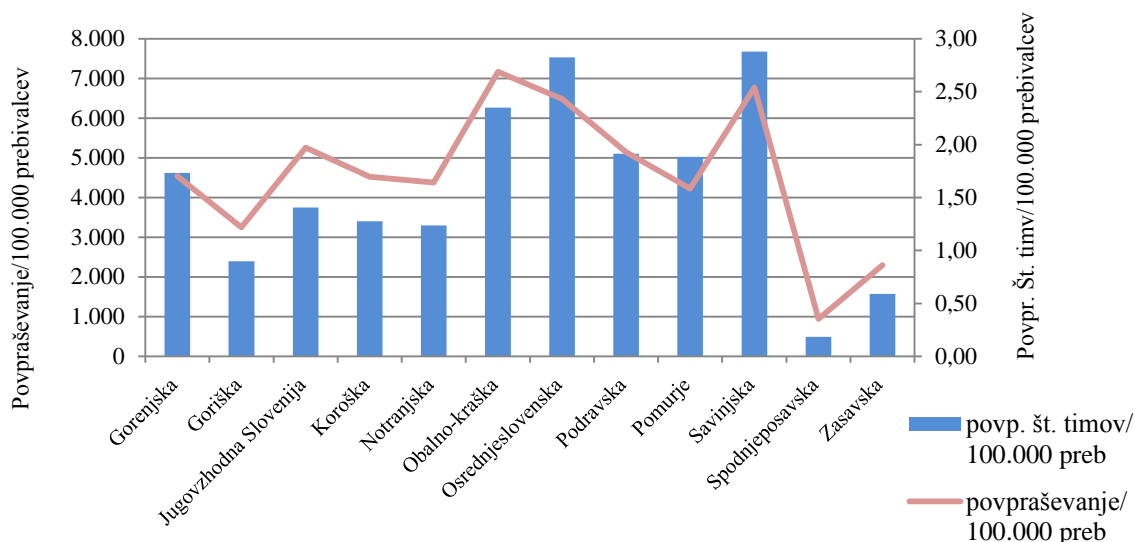
Slika 19: Povprečno število timov v specialistični dejavnosti dermatologije v okviru javne zdravstvene mreže na 100.000 prebivalcev v Sloveniji po geografskih regijah v letu 2015



Vir podatkov: SURS (b.l.); ZZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

Primerjavo razmerja med številom priznanih timov po geografskih regijah in povprečnim povpraševanjem (izraženo kot vsota realiziranega števila prvih pregledov in števila čakajočih na prvi pregled) na 100.000 prebivalcev v letu 2015 kaže Slika 20.

Slika 20: Povprečno število timov na 100.000 prebivalcev v primerjavi s povpraševanjem po dermatoloških storitvah na 100.000 prebivalcev v letu 2015 po geografskih regijah



Vir podatkov: SURS, b.l.; ZZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

3.3.2 Financiranje izvajalcev specialistične dermatološke dejavnosti

Financiranje izvajalcev dermatološke dejavnosti je opredeljeno s pogodbo med plačnikom in izvajalcem. V pogodbi med ZZZS in izvajalcem dermatoloških storitev se dogovori letni pogodbeni obseg storitev, izražen v točkah. Glede na veljavne normative (poglavje 3.3.1, Tabela 12) planirano število točk za posameznega izvajalca izhaja iz priznanega obsega timov. Hkrati se v pogodbi dogovori tudi število prvih in kontrolnih pregledov ter število obiskov za pogodbeno leto. Letni plan obiskov se določi na osnovi razmerja med planom točk izvajalca v pogodbenem letu ter količnikom med realiziranim številom točk in realiziranim številom obiskov v zadnjem triletnem obdobju s strani izvajalca. Število prvih pregledov se določi na osnovi razmerja med planom točk pogodbenega leta in količnikom med realiziranim številom točk v preteklem letu in realiziranim številom prvih pregledov v preteklem letu s strani izvajalca. Po isti metodologiji se določi plan kontrolnih pregledov.

Dejansko plačilo zdravstvenih storitev s strani ZZZS pa je odvisno od naslednjih pogojev (ZZZS, 2015b, 39., 40. člen): i) če izvajalec v pogodbenem obdobju ne doseže planiranega števila točk, doseže pa plan obiskov, si zagotovi plačilo planiranega obsega točk, določenega na podlagi kalkulativnega števila 1.430 ur efektivnega dela ambulante letno, pod pogojem, da realizira vsaj 85 % planiranih točk, ii) če izvajalec ne doseže plana obiskov, se mu prizna le realizirano število točk, iii) izvajalec je upravičen do plačila največ 10 % preseganja pogodbenega plana prvih pregledov v koledarskem letu in iv) izvajalec dobi plačano

realizacijo t.i. ločeno zaračunljivega materiala po pogodbeno določeni ceni ali v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov. Stroške LZM predstavljajo stroški zdravil, testiranj oziroma preiskav (ZZZS, 2016a, str. 25).

Za plačnika in izvajalca je takšen prospektivni model plačevanja dermatoloških storitev ugoden z vidika, da so izdatki oz. dohodki predvidljivi. Plačilo za izvedbo dogovorjenega zdravstvenega programa je (v večji meri) vnaprej dogovorjeno, kar za plačnika pomeni lažji nadzor odhodkov, izvajalca pa sili k obvladovanju stroškov. Gre za t.i. model plačevanja po storitvah (angl. *fee for service*), kjer je plačilo izvajalcu vezano na opravljene storitve, vendar s pogodbo med plačnikom in izvajalcem omejeno do dogovorjenega obsega. Izvajalci dermatološke dejavnosti lahko v okviru pregleda oz. obiska zabeležijo storitve iz veljavnega seznama (šifranta), ki se razlikujejo glede na vrednost, izraženo v številu točk. Točkovna vrednost je pokazatelj strokovne in tehnološke zahtevnosti storitve in rezultat meritev časa, ki je potreben, da zdravstveni delavec ali tim opravi storitev. Pri tem velja poudariti, da so normativi izmerjeni oziroma določeni pred več leti, kar poraja dvom o ustreznosti današnjim organizacijskim procesom in tehnologiji.

Do plačila dogovorjenega programa so izvajalci upravičeni ne glede na to, katere vrste storitev opravijo. Veljavni model plačevanja torej izvajalce spodbuja k opravljanju večjega števila storitev, vendar so med njimi lahko tudi nepotrebne. Planiran obseg točk lahko izvajalec doseže ne glede na to, koliko zavarovanim osebam nudi storitev. Na ta način izvajalci niso stimulirani k doseganju kakovosti obravnave in čim boljšega zdravja prebivalstva, ampak k doseganju čim višjega prihodka iz naslova opravljenih in zaračunanih storitev.

Finančno zmogljivost lahko izrazimo s planiranim obsegom programa za določeno obdobje oziroma z višino sredstev, ki jih ZZZS in prostovoljne zavarovalnice namenijo za dermatološko dejavnost v določenem obdobju (koledarskem letu). V Tabeli 14 prikazujemo finančna sredstva, namenjena izvajalcem ambulantne dermatološke dejavnosti po posameznih letih v obdobju 2013 do 2015 glede na vsakoletni veljavni Splošni dogovor v primerjavi z gibanjem povprečne čakalne dobe za obe stopnji nujnosti (redno in hitro).

Z Aneksom št. 2 k Splošnemu dogovoru za leto 2014 (ZZZS, 2014b) so bila priznana dodatna sredstva za skrajšanje čakalnih dob na področju dermatologije v višini 4,62 dodatnih timov oziroma 450.800 EUR po izhodiščnih planskih cenah na dan 01.01.2014, z veljavnostjo od 01.09.2014 dalje. V letu 2015 je tako v okviru javne zdravstvene mreže v Sloveniji v specialistični ambulanti dejavnosti dermatologije v povprečju delovalo 42,08 timov. To je pomenilo 4.139.315 EUR v izhodiščnih cenah na dan 01.01.2015 oziroma 4.244.861 EUR v tekočih cenah 2015 (vključene spremembe cen med letom). Planirane vrednosti ne vključujejo sredstev, namenjenih porabi LZM, ki se plačuje glede na realizacijo (realizirana vrednost v letu 2015 je bila 611.033 EUR). V letu 2015 so po odločitvi Vlade Republike Slovenije v drugi polovici leta veljale za 2,12 % višje cene za vse zdravstvene storitve (ne le dermatološke), s čimer naj bi izvajalci poskrbeli za skrajšanje čakalnih dob. Podatki kažejo,

da dodatna sredstva oziroma širitve programov dermatologije niso vplivali na skrajšanje povprečne čakalne dobe za prvi specialistični pregled. Povprečna čakalna doba je v tem obdobju, kljub višjim finančnim vložkom, narasla.

Tabela 14: Planirana sredstva za dermatološko dejavnost, povprečne čakalne dobe in število čakajočih v letih 2013 do 2015

Leto	Povprečno število timov ¹⁾	Celotni planirani prihodki brez LZM ²⁾	Celotni planirani prihodki z LZM ²⁾	Povprečna čakalna doba v št. dni (na dan 01.12.)
2013	40,21	3.988.691	4.145.200	129
2014	38,73	3.810.789	4.002.946	135
2015	42,08	4.244.861	4.507.123	152

Legenda:

- 1) Obseg vključuje spremembe timov med letom in je izračunan kot povprečje mesečnih stanj po izvajalcih v letu.
- 2) Celotni planirani prihodki so ovrednoteni po tekočih cenah posameznega leta, ki izražajo spremembe cen med letom. Vrednost celotnih planiranih prihodkov z LZM je informativne narave; ker se LZM plačuje po realizaciji. Dejanska vrednost plačil izvajalcev lahko odstopa od planirane.

Vir: ZZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

Uporaba zmogljivosti v zasebnem sektorju je v našem sistemu povezana s podeljevanjem koncesij zasebnikom za določen obseg programa zdravstvenih storitev. Delež zmogljivosti v zasebni lasti je v letu 2015 glede na vrednost predstavljal manj kot tretjino vseh priznanih sredstev s strani plačnikov. Tabela 15 prikazuje strukturo planiranih sredstev za specialistično dermatološko dejavnost glede na tip in lastništvo izvajalcev v posameznih letih od 2013 do 2015. Delež sredstev, namenjenih javnim zavodom, je v letu 2015 znašal 72,3 % in se je glede na leto 2013 znižal za dve odstotni točki. Največ denarja se nameni univerzitetnima kliničnima centroma, četudi je njun delež v celotnih sredstvih od leta 2013 do leta 2015 padel za skoraj štiri odstotne točke.

Tabela 15: Struktura planiranih sredstev za dermatološko dejavnost glede na tip in lastništvo izvajalcev v letih 2013 do 2015

Lastništvo/ tip izvajalca	Celotna planirana sredstva brez LZM 2013 ¹⁾		Celotna planirana sredstva brez LZM 2014 ¹⁾		Celotna planirana sredstva brez LZM 2015 ¹⁾	
	EUR	Delež (%)	EUR	Delež (%)	EUR	Delež (%)
Javni zavodi	2.964.159	74,31	2.739.970	71,90	3.067.242	72,26
UKC ²⁾	1.442.341	36,16	1.273.334	33,41	1.373.753	32,36
Splošne bolnišnice	830.424	20,82	805.907	21,15	906.579	21,36
Zdravstveni domovi	691.394	17,33	660.729	17,34	786.910	18,54
Zasebniki	1.024.532	25,69	1.070.819	28,10	1.177.619	27,74
Zasebnik s koncesijo	964.072	24,17	1.022.831	26,84	1.123.130	26,46
Zdravilišče	60.460	1,52	47.988	1,26	54.489	1,28
Skupaj	3.988.691	100,00	3.810.789	100,00	4.244.861	100,00

Legenda:

- 1) Celotni planirani prihodki brez LZM so ovrednoteni po tekočih cenah posameznega leta, ki izražajo spremembe cen med letom.
- 2) UKC je kratica za Univerzitetni klinični center.

Vir podatkov: ZZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

V obstoječem načinu plačevanja izvajalcev predstavljajo stroški dela zgolj element v strukturi kalkulacije za planiranje in financiranje specialistične ambulantne dejavnosti dermatologije (poglavje 3.3.1, Tabela 12). Sredstva za plače zdravstvenih delavcev se načrtujejo na osnovi Zakona o sistemu plač v javnem sektorju in na njegovi podlagi izdanih podzakonskih aktov ter kolektivnih pogodb. Za zdravnika specialista (dermatologa) tako velja osnovni 53. plačilni razred. Od leta 2012 se pri načrtovanju sredstev za plače upošteva tudi določila Zakona za uravnoteženje javnih financ (ZZZZS, 2015b, 9. člen). Takšen sistem ponuja le malo možnosti za spodbude zaposlenim kot npr. nagrade za večjo produktivnost oz. intenzivnost dela, saj plačilo posameznika ni vezano na obseg opravljenega dela. Poslovanje izvajalcev je tako z ene strani omejeno s cenami zdravstvenih storitev, z druge strani pa s stroški dela, kar zmanjšuje možnost gospodarjenja in poslovno samostojnost javnih izvajalcev zdravstvenih storitev (Tajnikar et al., 2016, str. 152). Medtem ko zasebni ponudniki dermatoloških storitev, podjetja v zasebni lasti in podjetniki posamezniki delujejo v okviru splošne podjetniške zakonodaje, ki jo dopolnjuje zdravstvena zakonodaja.

3.3.3 Produktivnost izvajalcev dermatoloških storitev

Med dejavniki, ki določajo ponudbo dermatoloških storitev, je ključnega pomena produktivnost izvajalcev. Produktivnost, ki se uporablja kot merilo uspešnosti organizacije, lahko opredelimo kot razmerje med količinsko izraženimi izločki ter količinami vložkov, ki so bile za ta izloček uporabljene (Došenović Bonča, 2014, str. 6) oz. kot količnik, ki meri, kako organizacija pretvori vložene vire v proizvode ali storitve oziroma izločke. Produktivnost dela lahko izračunamo kot razmerje med opravljeno količino poslovnih učinkov in zanjo vloženim delovnim časom ali ustreznim recipročnim kazalcem (Tekavčič, 2002, str. 668). V povezavi z opredelitvijo kazalnikov produktivnosti so povezane dileme glede vsebinske opredelitve količine učinkov v števcu kot tudi vprašanje zajemanja vložkov v imenovalcu.

Izvajalci zdravstvenih storitev v okviru javne zdravstvene mreže mesečno poročajo ZZZS podatke o opravljenih obravnavah zavarovanim osebam. V okviru obravnav beležijo opravljene storitve iz veljavnega seznama, ki so ovrednotene s priznanim številom točk. Prav tako so izvajalci dolžni spremljati in poročati število opravljenih obiskov in v okviru teh evidentirati, ali gre za obravnavo v okviru prvega oz. kontrolnega pregleda. Navedene kazalce lahko v specialistični dermatološki ambulanti opredelimo kot količino opravljenih učinkov v določenem časovnem obdobju.

Vlaganja v nastajanje teh učinkov v javni zdravstveni mreži so odvisna od obsega zmogljivosti za specialistično dermatološko dejavnost, priznanih s strani plačnika. Število delujočih timov v specialistični dermatološki dejavnosti se razlikuje tako med leti kot med izvajalci dermatoloških storitev. Za merjenje in primerjavo produktivnosti med leti in med izvajalci dermatoloških storitev je tako smiselno uporabljati obseg opravljenih obiskov ali pregledov, izračunanih na tim.

V letu 2015 so izvajalci dermatoloških storitev v okviru javne zdravstvene mreže zabeležili skupaj 233.612 obiskov dermatoloških ambulant, kar je za 13,1 % več kot leta 2013. Iz Tabele 16 vidimo, da je skozi celotno obdobje naraščalo tako število prvih ambulantnih pregledov kot tudi kontrolnih pregledov (izjema je rahel padec kontrolnih pregledov v letu 2014). V letu 2015 so zavarovane osebe v povprečju na en prvi pregled opravile 1,19 kontrolna pregleda. Razmerje med kontrolnimi in prvimi pregledi je v letu 2015 naraslo za 4,5 % glede na 2014, glede na leto 2013 pa se ni bistveno spremenilo (razmerje je bilo 1,18). To pomeni, da so izvajalci, ob predpostavki približno enake strukture zdravstvenih težav, v razpoložljivem času opravili manjši delež prvih specialističnih pregledov oz. so paciente naročali na več kontrolnih pregledov.

Tabela 16: Kazalci produktivnosti izvajalcev dermatoloških storitev v okviru javne zdravstvene mreže v letih 2013 do 2015

Kazalci produktivnosti	2013	2014	2015	razlika v % 2014 - 2013	razlika v % 2015 - 2014	razlika v % 2015 - 2013
Št. opravljenih prvih pregledov	90.666	93.964	96.956	3,6	3,2	6,9
Št. opravljenih kontr. pregledov	107.316	106.884	115.197	-0,4	7,8	7,3
Skupno število oprav. pregledov	197.982	200.848	212.153	1,4	5,6	7,2
Št. opravljenih obiskov ¹⁾	206.520	215.634	233.612	4,4	8,3	13,1
Razmerje kontrolni/prvi pregledi	1,18	1,14	1,19	-3,9	4,5	0,4
Št. opravljenih prvih pregledov/tim	2.255	2.426	2.304	7,7	-5,1	2,2
Št. opravljenih kontr. pregledov/tim	2.669	2.761	2.738	3,5	-0,9	2,6
Št. vseh opravljenih pregledov/tim	4.924	5.189	5.042	5,4	-2,8	2,4
Št. opravljenih obiskov/tim	5.136	5.570	5.552	8,5	-0,3	8,1
Povprečno št. priznanih timov	40,21	38,71	42,08	-3,7	8,7	4,7

Legenda:

- 1) Število opravljenih obiskov je večje od skupnega števila pregledov, ker v nekaterih primerih izvajalci lahko beležijo obisk, ki po vsebini ni pregled (ZZZS, 2015a).

Vir podatkov: ZZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni

Kot že omenjeno se čakalne dobe na nacionalni ravni zbirajo in spremljajo le za prvi pregled v specialistični ambulanti. Čakanje na kontrolni pregled ni predmet vpisa na čakalni seznam. Na krajšanje čakalnih dob tako vplivajo le opravljene obravnave pacientov znotraj prvih pregledov. Spodbujanje k večjemu številu opravljenih prvih pregledov (torej skrajšanju čakalnih dob) je tudi namen dodatnih sredstev zdravstvene zavarovalnice ob koncu koledarskega leta v primeru preseganja števila dogovorjenih prvih pregledov (ZZZS, 2015b).

Podatki v Tabeli 16 kažejo, da je v preučevanem obdobju, kljub naraščanju tako skupnega števila opravljenih obiskov kot števila opravljenih prvih pregledov, obseg omenjenih kazalcev na tim v letu 2015 glede na 2014 padel. V letu 2014 so bili izvajalci v povprečju bolj produktivni glede na preostali dve leti, tako glede obiskov kot pregledov. Takrat je bilo razmerje med kontrolnimi in prvimi pregledi najbolj v prid prvim pregledom.

Produktivnost posameznih izvajalcev dermatoloških storitev v letih 2013 do 2015, merjeno skozi število opravljenih prvih pregledov na tim, prikazujemo v Tabeli 17. Vrednosti prvih desetih izvajalcev, ki so v posameznem letu opravili največ prvih pregledov na tim, so v tabeli poudarjene, v zadnji vrstici tabele pa je izračunano njihovo povprečje. Iz Slike 21 lahko razberemo, da se pet izvajalcev v vsakem letu pojavi v vlogi najbolj produktivnih izvajalcev. V zadnjem stolpcu je prikazana izračunana vrednost obravnave brez LZM na pacienta v EUR v letu 2015 po izvajalcu. Podatki kažejo, da so imeli najbolj produktivni izvajalci z vidika opravljenih prvih pregledov na tim nižje vrednosti obravnave na pacienta. Medtem ko so v povprečju dražje obravnave na pacienta značilne za manj produktivne izvajalce. Po podatkih ZZS je v letu 2015 planirano število prvih pregledov preseгло le sedem izvajalcev; trije koncesionarji, trije zdravstveni domovi in ena bolnišnica, skupna višina nagrade iz naslova preseganja prvih pregledov pa je znašala 36.400 EUR (ZZS, b.l.b)

Podobno bi lahko s številom obiskov ali prvih pregledov na specialista dermatologa izmerili tudi produktivnost zdravnikov. Nekateri specialisti so zaposleni (ali po pogodbi delajo) pri več izvajalcih in v različno dolgih delavnikih. Ker s podatki o efektivnem delovnem času po zdravnikih ne razpolagamo, je edina smiselna primerjava opravljenega dela med izvajalci zgolj na tim. Vendar pri tem ne gre zanemariti, da obstoječi model financiranja izvajalce sili, da obseg opravljenih storitev prilagajajo planiranemu. Cilj je opraviti število točk, dogovorjenih s pogodbo, saj v nasprotnem primeru opravljene storitve nad planom ne bodo plačane s strani ZZS. Pri tem velja poudariti, da so izvajalci do deleža plačila storitev, ki izhaja iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, upravičeni tudi kadar presežejo dogovorjeni obseg programa.

V specialistični dejavnosti dermatologije se javna mreža in zasebnštvo pogosto prepletata; dermatologi koncesionarji s svojimi zasebnimi ordinacijami nastopajo na trgu, hkrati pa na podlagi koncesije delujejo v javni mreži. Glede na priznan obseg timov s strani ZZS delajo v okviru ordinacijskega časa, namenjenega pacientom iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, v posebnih terminih pa za samoplačnike. Prav tako nekateri dermatologi, zaposleni v javnih zavodih, pogodbeno delajo pri zasebnikih. V tej povezavi se pojavlja problem prehoda zasebne zdravstvene dejavnosti v javno. Pacient opravi prvi specialistični ambulantni pregled samoplačniško pri zasebnem izvajalcu, operativni ali terapevtski poseg v okviru kontrolnega pregleda pa znotraj obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pojav je znan kot preskakovanje čakalnih vrst, ko samoplačniški pregled pomeni vstopnico za javno zdravstveno mrežo. Pri tem je pacient na čakalni seznam pogosto uvrščen brez izvirnika napotnice, poseg pa je opravljen prej kot pri pacientu, ki se vpiše na čakalni seznam v mreži javnih izvajalcev za specialistični ambulantni pregled (Računsko sodišče, 2015). Ker se tak zavarovanec prvič pojavi v javnem sistemu, izvajalec tako obravnavo evidentira kot prvi pregled, četudi je bil dejansko pacient predhodno pregledan pri izvajalcu samoplačniško in je v javno mrežo prišel na kontrolni pregled oziroma poseg. Taki primeri se torej v evidencah ZZS štejejo kot prvi pregledi, dejansko pa opravljena storitev nima vpliva na znižanje števila čakajočih, saj pacient ni bil vpisan na čakalnem seznamu za prvi specialistični pregled.

Tabela 17: Obseg priznanih timov, obseg opravljenih prvih pregledov in razmerje med kontrolnimi in prvimi pregledi po izvajalcih dermatoloških storitev v letih 2013 do 2015

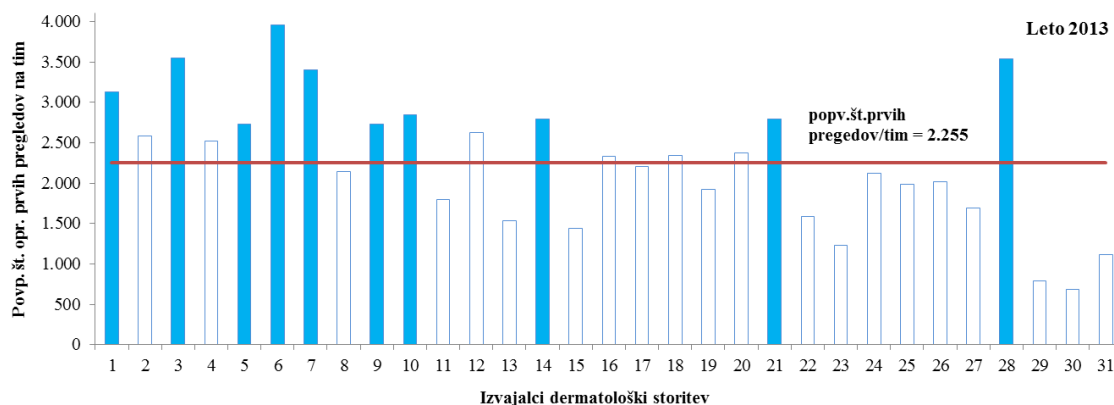
Z. št	Izvajalec	2013			2014			2015			
		Povp. št. timov	Kontr. /prvi	Št. prvih preg./tim	Povp. št. timov	Kontr. /prvi	Št. prvih preg./tim	Povp. št. timov	Kontr. /prvi	Št. prvih preg./tim	Cena/pacienta brez LZM
1	ZD	0,18	0,47	3.128	0,02	-	0	0,14	0,25	4.093	21,61
2	ZD	0,34	1,39	2.579	0,34	1,17	3.176	0,34	0,89	3.759	25,98
3	Konc.	0,80	0,74	3.551	0,80	0,72	3.722	0,80	0,66	3.647	27,84
4	ZDR	0,60	1,13	2.523	0,48	1,03	3.333	0,54	0,91	3.602	28,42
5	ZD	0,45	1,04	2.731	0,36	0,94	3.669	0,65	0,75	3.522	25,49
6	ZD	0,80	0,42	3.957	1,00	0,55	2.506	1,06	0,92	3.484	26,12
7	Konc.	1,00	0,89	3.401	1,00	0,84	3.750	1,00	1,04	3.472	29,17
8	Konc.	0,55	1,74	2.145	0,50	1,57	2.696	0,50	1,48	3.312	29,02
9	BL	1,15	0,90	2.730	1,18	0,97	3.541	1,20	1,03	3.276	32,26
10	BL	0,90	1,10	2.849	0,90	1,04	3.487	0,91	1,24	3.113	31,37
11	ZD	0,33	0,40	1.797	0,35	0,36	2.374	0,46	0,39	2.943	25,74
12	ZD	1,00	1,35	2.628	1,00	1,10	2.908	1,00	1,43	2.662	34,12
13	UKC	5,69	1,54	1.538	4,21	1,14	2.338	4,73	1,03	2.351	36,40
14	UKC	8,87	0,82	2.789	8,82	0,81	2.603	9,08	0,94	2.332	49,30
15	Konc.	1,09	2,10	1.445	1,25	1,74	2.078	1,10	1,66	2.301	43,70
16	BL	0,81	0,94	2.328	0,74	0,96	2.599	0,95	0,87	2.264	31,57
17	Konc.	0,84	0,98	2.201	0,76	0,92	2.561	0,70	1,17	2.243	46,06
18	Konc.	1,00	1,54	2.337	1,00	1,59	2.152	1,00	1,49	2.064	49,19
19	BL	3,76	1,56	1.926	3,76	1,39	2.075	4,01	1,42	2.064	48,36
20	BL	1,50	1,15	2.369	1,44	1,08	2.501	1,63	1,25	2.026	37,06
21	ZD	0,89	1,30	2.798	0,99	1,13	2.765	1,20	1,68	2.011	60,59
22	ZD	1,00	1,69	1.589	1,00	1,81	1.734	1,00	1,58	2.004	42,80
23	ZD	0,60	0,32	1.227	0,30	0,18	1.377	0,80	0,99	1.990	37,61
24	ZD	0,56	1,26	2.125	0,62	1,54	1.553	0,56	1,62	1.968	32,64
25	Konc.	1,00	1,50	1.986	1,00	1,64	1.893	0,90	1,74	1.756	64,76
26	Konc.	1,00	2,64	2.017	1,00	2,54	2.156	1,20	2,79	1.729	48,49
27	Konc.	1,00	2,23	1.693	1,06	2,44	1.602	1,20	1,96	1.654	58,13
28	Konc.	0,50	0,28	3.536	1,00	0,77	2.326	1,35	0,84	1.233	81,02
29	Konc.	1,05	3,93	793	1,10	3,15	1.023	1,32	2,65	1.056	78,59
30	Konc.	0,75	2,30	680	0,75	2,25	611	0,75	2,46	465	204,78
31	BL	0,20	3,03	1.120							
	Skupaj	40,21	1,18	2.255	38,73	1,14	2.426	42,08	1,19	2.304	42,43
	Povprečje - prvih deset			3.147			3.305			3.528	

Legenda: prvih deset izvajalcev z največ opravljenimi prvimi pregledi na tim v posameznem letu je označenih s poudarjeno pisavo.

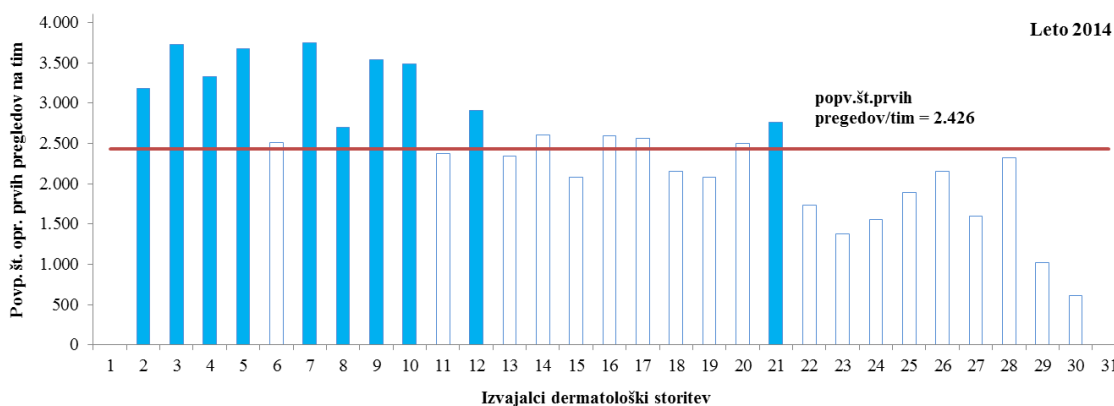
Vir podatkov: ZZZS, Pregled izdatkov po vrstah zdravstvenih dejavnosti in storitvah, b.l.a, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni

Slika 21: Število opravljenih prvih pregledov na tim po izvajalcih dermatoloških storitev v letih 2013 do 2015

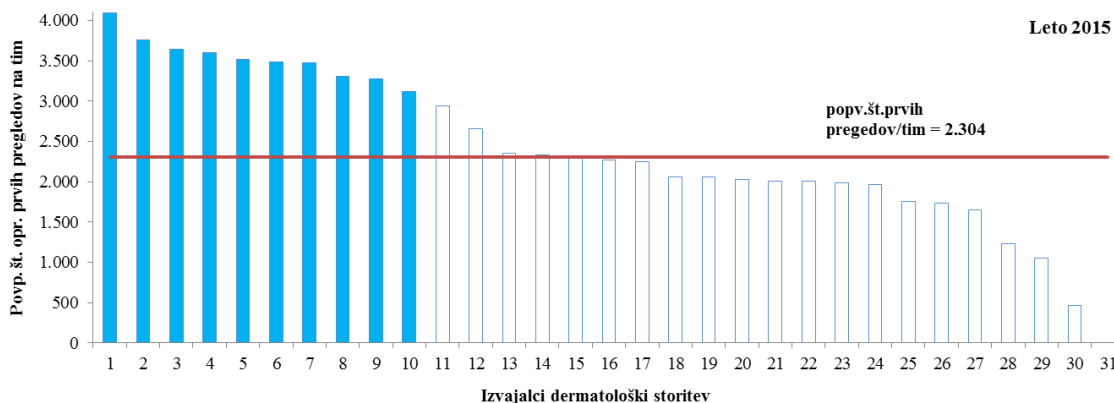
a)



b)



c)



Legenda: prvih deset izvajalcev z največ opravljenimi prvimi pregledi na tim v posameznem letu je obarvanih

Vir podatkov: ZZS, Pregled izdatkov po vrstah zdravstvenih dejavnosti in storitvah, b.l.a, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

3.3.4 Ocena potrebnih zmogljivosti za odpravljanje čakalnih dob

V poglavju 3.2 smo pri analizi vzrokov za nastanek čakalnih dob na strani povpraševanja domnevali, da so čakalne dobe posledica primanjkljaja finančnih sredstev, s katerimi se povpraševanje po dermatoloških storitvah spremeni v učinkovito povpraševanje. V tem poglavju pa preučujemo, ali so v sistemu na voljo ustrezne zmogljivosti za realizacijo učinkovitega povpraševanja glede na gibanje potreb po dermatoloških storitvah.

Gibanje povpraševanja po dermatoloških storitvah v obdobju 2013 do 2015 in napoved povpraševanja do leta 2020 smo prikazali v 3.2.3 (Tabela 8). Ocenili smo obseg dodatnih potrebnih pregledov za odpravo bremena čakalnih dob ob koncu leta 2013 in za tekočo odpravo čakalnih dob po posameznih letih. Te smo vrednotili po stalni ceni, ki jo predstavlja povprečni strošek obravnave enega pacienta iz leta 2015. Tako smo dobili oceno finančnih sredstev, potrebnih za odpravo čakalnih dob v ambulantni dejavnosti dermatologije pri obstoječem sistemu financiranja.

Na tem mestu nas zanima, ali so potrebne investicije v dodatne zmogljivosti, ki bi zagotovile realizacijo povečanega povpraševanja po dermatoloških storitvah, ali pa so že obstoječe zmogljivosti dovolj, da bi ob njihovi večji izkoriščenosti in z dodatnimi finančnimi sredstvi za njihovo povečano dejavnost odpravili čakalne dobe.

Za odpravo čakalnih dob je pomembno, koliko prvih pregledov lahko opravijo izvajalci dermatoloških storitev, saj se le na ta način število čakajočih na čakalnih seznamih zniža. Razkorak med povečanim povpraševanjem in obstoječimi zmogljivostmi v naslednjih letih lahko odpravimo:

- a) z vlaganjem v zmogljivosti, upoštevajoč obstoječo izkoriščenost zmogljivosti oz. obstoječo produktivnost izvajalcev dermatoloških storitev ali
- b) z dvigom izkoriščenosti zmogljivosti oz. povečanjem produktivnosti izvajalcev.

Pri izračunu dodatnega potrebnega števila timov pri načinu a) upoštevamo obstoječo izkoriščenost zmogljivosti oz. število prvih pregledov, realiziranih na tim v posameznem letu (Tabela 18, stolpec 5). Povprečne vrednosti smo izračunali iz podatkov posameznih izvajalcev in izhajajo iz Tabele 17 v poglavju 3.3.3. Za leta 2016 do 2020 predpostavimo, da je povprečna produktivnost izvajalcev enaka kot v letu 2015.

Pri načinu b) dodatne zmogljivosti načrtujemo na podlagi povečane produktivnosti izvajalcev dermatoloških storitev. Pri tem predpostavljamo, da v povprečju vsi izvajalci dosežejo povprečno produktivnost prvih desetih izvajalcev z največ opravljenimi prvimi pregledi na tim v posameznem letu (stolpec 8). Povprečne vrednosti smo izračunali iz podatkov prvih desetih izvajalcev z največ opravljenimi pregledi na tim in izhajajo iz Tabele 17 v poglavju 3.3.3. Za leta 2016 do 2020 predpostavljamo povprečno produktivnost prvih desetih izvajalcev z največ opravljenimi prvimi pregledi na tim iz leta 2015.

Tabela 18 prikazuje oceno obsega zmogljivosti, potrebnega za realizacijo povpraševanja po dermatoloških storitvah v letih 2013 do 2020 na osnovi napovedi gibanja povpraševanja, na oba zgoraj navedena načina (a, b). Podatke o obsegu učinkovitega povpraševanja (stolpec 1) in celotnega povpraševanja v obdobju 2013 do 2015 (stolpec 2) poznamo iz prejšnjega poglavja o povpraševanju (Tabela 8, poglavje 3.2.3). Prav tako poznamo napoved povpraševanja za obdobje 2016 do 2020 (stolpec 3), dobljeno s pomočjo linearnega trenda.

Tabela 18: Ocena dodatnih potrebnih zmogljivosti za realizacijo povpraševanja po dermatoloških storitvah v letih 2013 do 2020 na osnovi napovedi gibanja povpraševanja

Leto	Efekt. povpraš(1)	Celotno povpraš(2)	Napoved povpraš(3)	Povp. št. timov(4)	a) Zmogljivosti (povprečna produktivnost)			b) Zmogljivosti (povečana produktivnost)		
					Št. prvih pregl./tim(5)	Potrebno št. timov(6)	Dodatno potrebno št. timov(7)	Št. prvih pregl./tim(8)	Potrebno št. timov(9)	Dodatno potrebno št. timov(10)
2013	90.666	100.745		40,21	2.255	44,68	4,47	3.147	32,01	-8,20
2014	93.964	107.310		38,73	2.426	44,23	5,50	3.305	32,47	-6,26
2015	96.956	109.664		42,08	2.304	47,60	5,52	3.528	31,08	-11,00
2016			114.907	42,08	2.304	49,87	7,79	3.528	32,57	-9,51
2017			119.305	42,08	2.304	51,78	9,70	3.528	33,82	-8,26
2018			123.702	42,08	2.304	53,69	11,61	3.528	35,06	-7,02
2019			128.099	42,08	2.304	55,60	13,52	3.528	36,31	-5,77
2020			132.496	42,08	2.304	57,50	15,42	3.528	37,56	-4,52

Legenda:

- (1) = realizirano število opravljenih prvih pregledov v letu;
- (2) = realizirano število opravljenih prvih pregledov v letu + število čakajočih konec leta;
- (3) = napoved (2), izračunana z linearnim trendom;
- (4) = povprečje mesečnih stanj števila timov v letu, za 2016 do 2020 podatek iz 2015;
- (5) = (1) / (4), za 2016 do 2020 podatek iz 2015;
- (6) = (2) / (5), (3) / (5) za 2016 do 2020;
- (7) = (6) – (4);
- (8) = povprečje prvih desetih izvajalcev z največ opravljenimi prvimi pregledi/tim; za 2016 do 2020 podatek iz 2015;
- (9) = (2) / (8), (3) / (8) za 2016 – 2020;
- (10) = (9) – (4).

Vir podatkov: ZZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

Če vlagamo v zmogljivosti, ne da bi od izvajalcev pričakovali dvig produktivnosti, bi tako v letu 2013 za realizacijo celotnega povpraševanja potrebovali 44,68 tima (stolpec 6) ali 4,47 tima več, kot jih je bilo dejansko priznanih s strani ZZZS. Leta 2020 bi ob upoštevanju produktivnosti iz leta 2015 potrebovali že 57,50 tima. Stolpec (7) v tabeli prikazuje dodatno število timov, ki bi jih morali zagotoviti v posameznem letu, da bi zadostili celotnemu povpraševanju ob nespremenjeni izkoriščenosti zmogljivosti. Če se navežemo na podatke, izračunane v poglavju 3.2.3, zaključimo, da bi za vse potrebne dodatne preglede za skrajšanje čakalnih dob do leta 2020 potrebovali dodatnega 15,42 tima glede na leto 2015 (ob enaki stopnji izkoriščenosti zmogljivosti).

Ob predpostavki povečane produktivnosti pokaže izračun, da bi v letu 2013 potrebovali za 8,2 tima manj, kot jih je bilo priznanih (stolpec 10). Leta 2020 bi za celotno povpraševanje po dermatoloških storitvah zadostovalo 37,56 tima (stolpec 9) oziroma za 4,52 manj, kot smo jih imeli v letu 2015.

3.3.5 Ocena potrebnih zmogljivosti za odpravljanje čakalnih dob po geografskih regijah

Po enaki metodologiji izdelamo oceno dodatnih potrebnih zmogljivosti tudi za posamezne geografske regije (Tabeli 19a in 19b). Napoved povpraševanja za posamezno regijo smo na osnovi podatkov 2013 do 2015 ocenili v poglavju 3.2.4 in ugotovili, da so trendi povpraševanja po regijah različni. V osrednjeslovenski in obalno-kraški regiji povpraševanje pada, drugod pa se z leti povečuje. Zaradi pomanjkljivih podatkov za spodnjeposavsko regijo napovedi nismo ocenili. Izračunali smo število dodatnih potrebnih pregledov po posameznih letih, ki so prikazani v poglavju 3.2.4 v Tabeli 10. Ugotovili smo, da bo glede na napovedi v naslednjih petih letih (2016 do 2020) v osrednjeslovenski in v obalno-kraški regiji potrebnih manj prvih pregledov glede na predhodno leto. V ostalih regijah pa se bodo potrebe po dodatnih pregledih v prihodnje povečevale.

Tabela 19 prikazuje dodatne potrebne time v regiji po posameznih letih v primeru, da izvajalci opravljajo preglede z obstoječo povprečno produktivnostjo na ravni Slovenije (stolpec 5 iz Tabele 18). Za leta 2016 do 2020 predpostavimo povprečno produktivnosti iz leta 2015.

Tabela 19: Ocena dodatnih potrebnih zmogljivosti za realizacijo povpraševanja po dermatoloških storitvah v letih 2013 do 2020 na osnovi napovedi gibanja povpraševanja po posameznih regijah pri obstoječi produktivnosti izvajalcev

Leto	Gorenjska	Goriška	JV Slovenija	Koroška	Notranjska	Obalno-kraška	Osrednjeslovenska	Podravska	Pomurje	Savinjska	Zasavska
2013	-0,08	0,60	0,91	0,44	0,17	0,91	2,39	-0,90	0,08	-0,23	0,10
2014	0,45	0,13	1,14	0,52	0,23	1,19	1,25	0,68	-0,04	-0,17	0,15
2015	0,49	0,61	1,25	0,49	0,35	0,86	-0,05	1,03	-0,06	0,15	0,24
2016	1,03	1,14	1,66	0,60	0,48	0,99	-0,32	1,56	-0,04	0,67	0,32
2017	1,52	1,59	1,91	0,65	0,69	0,96	-0,78	2,14	-0,02	1,13	0,40
2018	2,02	2,04	2,16	0,70	0,89	0,93	-1,24	2,72	0,00	1,60	0,47
2019	2,52	2,50	2,42	0,75	1,09	0,90	-1,70	3,30	0,03	2,06	0,55
2020	3,02	2,95	2,67	0,80	1,30	0,87	-2,16	3,88	0,05	2,53	0,62

Vir podatkov: ZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

Glede na rezultate izstopa osrednjeslovenska regija, kjer bi zmogljivosti že v letu 2015 zadostovale povpraševanju, v letu 2020 pa bi bile glede na oceno celo previsoke. Zadostne oz. previsoke zmogljivosti bi v primeru povprečne produktivnosti imeli tudi v pomurski regiji v

letih 2014 do 2017 in v savinjski regiji v letih 2013 in 2014. Navedeno kaže, da izvajalci v teh regijah opravijo v povprečju manj prvih pregledov na tim, kot je povprečno število prvih pregledov na tim, oz. da so podpovprečno produktivni glede na slovensko povprečje. Povprečje izvajalcev v osrednjeslovenski regiji je bilo na primer leta 2015 1.738 opravljenih prvih pregledov na tim (povprečje vseh izvajalcev v Sloveniji je bilo 2.304).

Tabela 20 kaže dodatno število potrebnih timov, če zmogljivosti načrtujemo na podlagi povečane produktivnosti izvajalcev dermatoloških storitev. Če bi izvajalci opravljali prve preglede s povprečno produktivnostjo prvih desetih izvajalcev z največjim opravljenim številom prvih pregledov na tim (stolpec 8 iz Tabele 18), bi presežne zmogljivosti imeli v obalno-kraški, osrednjeslovenski, pomurski, savinjski, podravski do leta 2018 in gorenjski regiji do leta 2017. Na goriškem, v JV Sloveniji, na koroškem, notranjskem in Zasavju pa bi zmogljivosti primanjkovalo.

Tabela 20: Ocena dodatnih potrebnih zmogljivosti za realizacijo povpraševanja po dermatoloških storitvah v letih 2013 do 2020 na osnovi napovedi gibanja povpraševanja po posameznih regijah pri povečani produktivnosti izvajalcev

Leto	Gore-njska	Goriška	JV Slove-nija	Koroška	Notra-njska	Obalno-kraška	Osrednje-Slovenska	Podra-vska	Pomu-rje	Savinj-ska	Zasa-vska
2013	-0,96	0,21	0,10	0,06	-0,01	-0,15	-2,15	-2,63	-0,51	-2,12	-0,02
2014	-0,46	-0,17	0,31	0,14	0,08	0,21	-2,85	-0,98	-0,58	-1,95	0,02
2015	-0,91	0,03	0,12	0,00	0,00	-0,36	-5,27	-1,47	-0,80	-2,43	0,04
2016	-0,55	0,37	0,39	0,07	0,09	-0,28	-5,45	-1,13	-0,79	-2,10	0,09
2017	-0,23	0,67	0,55	0,11	0,22	-0,29	-5,75	-0,75	-0,78	-1,80	0,14
2018	0,10	0,97	0,72	0,14	0,36	-0,31	-6,05	-0,37	-0,76	-1,49	0,19
2019	0,42	1,26	0,88	0,17	0,49	-0,33	-6,35	0,01	-0,75	-1,19	0,24
2020	0,75	1,56	1,05	0,21	0,62	-0,35	-6,65	0,39	-0,73	-0,88	0,29

Vir podatkov: ZZZS, Pregled podatkov za plan in realizacijo, b.l.b; lastni izračuni.

Ocena ustreznosti zmogljivosti glede na izraženo povpraševanje kaže, da za odpravo razkoraka med povpraševanjem po dermatoloških storitvah in ponudbo teh v obdobju 2013 do 2020 ne potrebujemo investicij v dodatne zmogljivosti. Ob dvigu produktivnosti izvajalcev dermatoloških storitev v javni zdravstveni mreži (povečanje opravljenih prvih pregledov na tim) bi razpolagali z zadostnim številom timov za realizacijo povpraševanja po dermatoloških storitvah do leta 2020.

Za skrajšanje oz. odpravo čakalnih dob vlaganja v dodatne kadre oziroma opremo na ta način ne bi bila potrebna. Če bi izvajalci opravili toliko prvih pregledov, kot jih v povprečju opravi prvih deset izvajalcev z najvišjo produktivnostjo, bi bilo glede na izračune, obstoječe število priznanih timov celo previsoko. Vendar pa je tako postavljeni standard produktivnosti, ki naj bi veljal za vse izvajalce, povezan z naslednjimi omejitvami.

- Različna produktivnost izvajalcev do določene mere izhaja iz različnih vrst in zahtevnosti storitev, ki jih izvajalci opravljajo v okviru pregledov. Izvajalci, ki opravljajo le diagnostične posege, lahko večji delež zmogljivosti namenijo prvim pregledom. Tako npr. tisti, ki ne opravljajo kirurških posegov, pacienta po prvem pregledu napotijo k drugemu izvajalcu dermatoloških storitev, ki je za to usposobljen. Za izvajalce, ki opravljajo kirurške in terapevtske posege, je pričakovati, da so njihove zmogljivosti v večji meri zasedene s t.i. kontrolnimi pregledi (kontrolne po kirurških posegih, terapevtski posegi, ki se izvajajo v več fazah ipd).
- Možnost, da evidentirano in v izračunih uporabljeno število prvih pregledov ne ustreza dejanskemu. V določenih primerih zabeleženi prvi pregledi dejansko po vsebini to niso in kot taki nimajo vpliva na število čakajočih in na skrajševanje čakalnih dob:
 - ko se pacient prvič pojavi v javni mreži izvajalcev, se to evidentira kot prvi pregled, čeprav je bil pacient pregledan že pri zasebniku in predhodno ni bil vpisan na čakalni seznam,
 - ni sistematičnega nadzora nad upravičenostjo beleženja prvih pregledov oz. nad vsebino obravnav znotraj njih, nadzore izvajajo nadzorni zdravniki ZZZS vzorčno,
 - za leto 2013, ko se je pričelo sistematično evidentiranje prvih pregledov v podatkovnih bazah ZZZS, obstaja možnost napačnih beleženj.

SKLEP

Čakalne dobe za prvi pregled v specialistični dermatološki ambulanti so se po podatkih NIJZ, v proučevanem obdobju od 2013 do 2015, daljšale. Decembra 2015 je bilo potrebno na prvi pregled v dermatologiji v povprečju čakati 152 dni ali 36 dni več kot ob zaključku leta 2012. Čas čakanja na prvi pregled se je najbolj podaljšal za paciente, ki so bili v dermatološko ambulanto napoteni s stopnjo nujnosti redno; od 128 dni decembra 2012 do 181 dni decembra 2015. V obravnavanem obdobju se je povečal tudi delež čakajočih pacientov nad najdaljšo dopustno čakalno dobo. V strukturi čakajočih pacientov se je z daljšanjem povprečne čakalne dobe večal delež tistih z napotnico hitro, katerim je potrebno zagotoviti prednostno obravnavo.

Čakalne dobe so posledica neskladja med povpraševanjem in ponudbo, zato smo razloge za njihov nastanek na področju ambulantne dermatologije preučevali tako na strani povpraševanja kot na strani ponudbe.

Povpraševanje po dermatoloških storitvah, ki smo ga opredelili kot vsoto realiziranega števila prvih pregledov v posameznem letu in števila čakajočih ob koncu vsakega obdobja, se je od leta 2013 do 2015 povečalo za skoraj 9 %. V istem obdobju je naraščalo tudi efektivno oz. plačilno sposobno povpraševanje, vendar je kljub temu ob koncu vsakega leta del izraženih potreb po dermatoloških storitvah ostal neizpolnjen. Višina finančnih sredstev, ki jih plačnik načrtuje za financiranje zmogljivosti dejavnosti ambulantne dermatologije, namreč določa obseg zadovoljenega povpraševanja po dermatoloških storitvah. Zaradi omejenosti virov v

zdravstvenem sistemu vsem pacientom, ki potrebujejo specialistično oskrbo v dermatološki ambulanti, te ni mogoče zagotoviti takoj, zato so prisiljeni čakati na prvi pregled. Tako predstavljajo čakalne dobe v Sloveniji, podobno kot v mnogih državah z univerzalnim zdravstvenim zavarovanjem in nizkimi doplačili pacientov za zdravstvene storitve, sredstvo omejevanja dostopa do zdravstvene oskrbe.

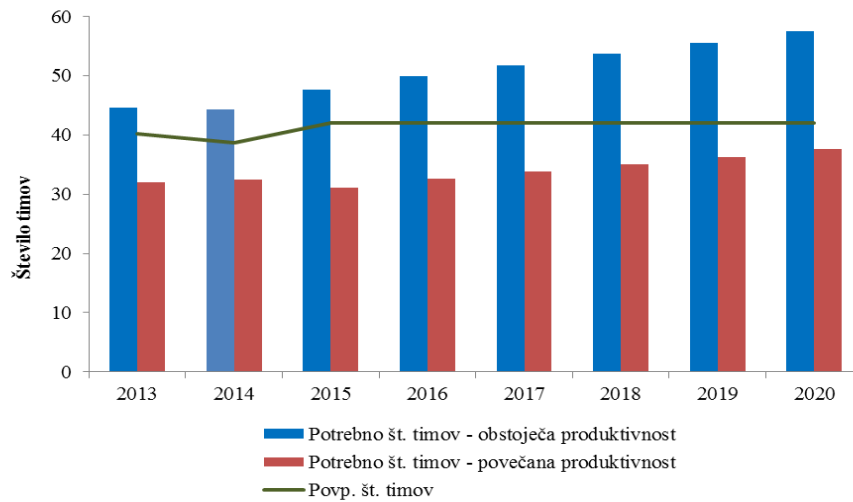
Ocena povpraševanja, ki smo jo na osnovi razpoložljivih podatkov iz obdobja 2013 do 2015 izdelali za obdobje 2016 do 2020, je pokazala, da se bodo potrebe po dermatoloških storitvah v Sloveniji v prihodnje še povečevale, kar je glede na demografske trende in stopnjo obolevnosti prebivalstva z dermatološkimi boleznimi, pričakovano. Ob domnevi, da čakalne dobe nastajajo zaradi pomanjkanja financiranja povpraševanja, smo ocenili potreben dodaten obseg prvih pregledov v dermatološki ambulanti in potrebna finančna vlaganja za odpravo čakalnih dob do leta 2020 ob veljavnem sistemu financiranja in zakonskih podlagah, ki urejajo delovanje deležnikov v okviru dermatološke dejavnosti. Pri izračunu smo predpostavljali, da sta struktura čakajočih pacientov in struktura pacientov, katerim so bile dermatološke storitve že zagotovljene, glede vrste zdravstvenih problemov, enaki.

Po naši oceni bi v obdobju od 2017 do 2020 potrebovali dodatnih 4.397 prvih specialističnih pregledov v dermatološki ambulanti letno, če bi vsako leto začeli brez čakalnih dob in če bi razpolagali z višino sredstev za plačilo obsega storitev s konca predhodnega leta. Napovedi izkazanih potreb po dermatoloških storitvah in potreb po sredstvih za odpravo čakalnih dob se po posameznih geografskih regijah gibljejo neenakomerno in v različne smeri. Večina regij izkazuje trend naraščanja povpraševanja, z izjemo osrednjeslovenske in obalno-kraške, kjer napovedane potrebe po dermatoloških storitvah padajo.

Glede na napovedano gibanje povpraševanja po dermatoloških storitvah smo nato preučevali ustreznost obsega zmogljivosti, ki omogočajo ponudbo dermatoloških storitev. Obseg zmogljivosti v okviru javnega zdravstvenega sistema, izražen s številom delujočih zdravniških timov v specialistični dejavnosti dermatologije, se je v proučevanem obdobju od 2013 do 2015 spreminjal. V letu 2015 je dermatološke storitve v Sloveniji ponujalo 42,08 tima. Dodatna sredstva v obliki povečanja števila priznanih timov in povišanja cen storitev v letih 2014 in 2015 niso imela učinka na skrajšanje čakalnih dob. Produktivnost v specialistični dejavnosti dermatologije, merjena skozi število opravljenih prvih pregledov na tim, je v letu 2015 glede na leto poprej celo padla.

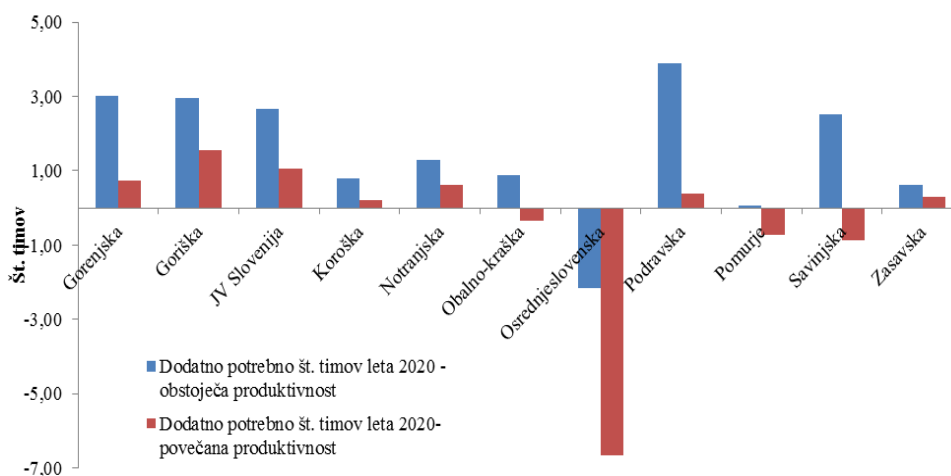
Pri izračunu dodatnih potrebnih zmogljivosti za odpravo razkoraka med povpraševanjem in ponudbo smo predvideli dve možni rešitvi: i) ob nespremenjeni izkoriščenosti zmogljivosti bi za vse potrebne dodatne preglede za skrajšanje čakalnih dob do leta 2020 potrebovali 15,42 tima več kot v letu 2015; ii) ob predpostavki, da v povprečju izvajalci dosežejo povprečno produktivnost prvih desetih izvajalcev z največ opravljenimi prvimi pregledi na tim v posameznem letu, pa ugotovimo, da obstoječe zmogljivosti v javni zdravstveni mreži zadostujejo napovedanemu povpraševanju do leta 2020 (Slika 22).

Slika 22: Potrebne zmogljivosti za delovanje ambulantne dermatološke dejavnosti glede na gibanje povpraševanja v letih 2013 do 2020 v primeru obstoječe in povečane produktivnosti izvajalcev v primerjavi z obstoječim obsegom zmogljivosti



Razlike v trendu gibanja povpraševanja po dermatoloških storitvah, neenakomerna razporeditev obstoječih zmogljivosti in različna produktivnost izvajalcev po posameznih geografskih regijah so razlog, da so ocenjene potrebe po dodatnih zmogljivostih med regijami različne (Slika 23). Tako bi bile, glede na oceno povpraševanja, leta 2020 v osrednjeslovenski regiji zmogljivosti že ob obstoječi produktivnosti previsoke. V primeru povečane produktivnosti izvajalcev pa bi presežne zmogljivosti imeli tudi v obalno-kraški, pomurski in savinjski regiji.

Slika 23: Dodatne potrebne zmogljivosti v letu 2020 po geografskih regijah v primeru obstoječe in povečane produktivnosti izvajalcev



S povečanjem produktivnosti izvajalcev dermatoloških storitev v obliki opravljenih prvih pregledov na tim, lahko čakalne dobe odpravimo brez dodatnih vlaganj v kadre in opremo. Vendar so dodatna sredstva za plačilo večjega števila opravljenih dermatoloških storitev

dovolj za odpravljanje čakalnih dob le v primeru, da se poveča produktivnost timov oziroma izvajalcev. Ob obstoječi produktivnosti timov v slovenskem zdravstvu ni dovolj zmogljivosti za odpravo čakalnih dob, četudi zagotovimo za njihove storitve več sredstev. Pogoj za učinkovitost spodbud na strani ponudbe je nadgradnja obstoječega sistema plačevanja izvajalcev in revizija standardov, na katerih temelji financiranje. Hkrati je nujno z ustrezno zakonodajo omogočiti primerno nagrajevanje zdravnikov v javnih zavodih. Prav tako je potrebno poiskati učinkovite spodbude na strani povpraševanja. Smiselna bi bila preučitev dobrih praks, kot so primeri zavodov, kjer so specialisti dermatologi z usmerjanjem splošnih zdravnikov dosegli vidne rezultate pri racionalizaciji povpraševanja po specialističnih dermatoloških storitvah in skrajšanju čakalnih dob. Za učinkovitejše vodenje čakalnih seznamov in posledično večjo izkoriščenost zmogljivosti so pogoj jasna pravila, izhajajoča iz zakonskih podlag, ki urejajo področje čakalnih dob in čakalnih seznamov.

Omejitve, povezane s ključnimi ugotovitvami magistrskega dela, se navezujejo na razmeroma kratko obdobje, iz katerega so podatki, uporabljeni za napovedi povpraševanja in izračune potrebnih obravnav in zmogljivosti v prihodnjih petih letih. Kakovost informacij o številu čakajočih na prvi specialistični pregled, ki jih poročajo izvajalci na NIJZ, je vprašljiva. Možno je tudi, da v analizah uporabljeno število prvih pregledov v določeni meri ne ustreza dejanskemu stanju (zabeleženi prvi pregledi, ki so dejansko kontrolni, neustrezno evidentiranje, napake pri evidentiranju). Kakovost izračunov bi lahko povečali z opredelitvijo standardov produktivnosti znotraj homogenih skupin izvajalcev, upoštevajoč njihove posebnosti oziroma raznolikost in zahtevnost storitev, ki jih opravljajo.

LITERATURA IN VIRI

1. Albin, S., Barrett, J., Ito, D., & Mueller, J. (1990). A queueing network analysis of a health center. *Queueing Systems*, 7(1), 51.
2. Brahim, M., & Worthington, D. J. (1991). Queueing models for out-patient appointment systems – a case study. *The Journal of the Operational Research Society*, 42, 733–746.
3. Brekke, K. R., Nuscheler, R., & Straume, O. R. (2005). Gatekeeping in health care. *Journal Of Health Economics*, 26(1), 149–170.
4. Cerd'a, E., Pablos, L., & Rodriguez, M. (2006). Waiting lists for surgery. V Hall, R.W. (ur.), *Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery, International Series in Operations Research & Management Science* (str. 151–187). New York: Springer.
5. Cullis, J. G., & Jones, P. R. (1986). Rationing by Waiting Lists: An Implication. *The American Economic Review*, 76(1), 250–256.
6. Cullis, J. G., Jones, P. R., & Propper, C. (2000). Waiting lists and medical treatment: Analysis and policies. *Handbook Of Health Economics*, 1, 1201–1249.
7. Česen, M. (2006). *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
8. Delaurentis, P. C., Kopach, R., Rardin, R., Lawley, M., Muthuraman, K., Wan, H., & Intrevado, P. (2006). Open access appointment scheduling – An experience at a community clinic. *Proceedings of 2006 IIE annual conference and exposition*. Orlando: Institute of Industrial Engineers.
9. Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu. *Uradni list Evropske unije L 88/45*.
10. Došenović Bonča, P. (2014). *Opredelitev in merjenje učinkovitosti v zdravstvu: primer slovenskih bolnišnic*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
11. Državni zbor Republike Slovenije. (2015). *Seje delovnih teles – Izbrani zapis seje. Komisija za nadzor javnih financ – 13. Redna seja 26.05.2015*. Najdeno 7. junija 2015 na spletnem naslovu <https://www.dz-rs.si/wps/portal/Home/deloDZ/seje/evidenca?mandat=VII&type=pmagdt&uid=8E94E9F5CADD146C1257E57003BA296>
12. Eriksson, H., Bergbrant, I., & Berrum-Svennung, I. (2011). Reducing queues: demand and capacity variations. *International journal of health care quality assurance/MCB University Press*, 24(8), 592–600.
13. European Commission. (2013). *Investing in health*. Najdeno 10. marca 2016 na spletnem naslovu http://ec.europa.eu/health/strategy/docs/swd_investing_in_health_en.pdf
14. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2016a). *Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji*. Najdeno 1. marca 2016 na spletnem naslovu

http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/analiza_zdravstvenega_sistema/

15. European Observatory on Health Systems and Policies, World Health Organization, Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2016b). *Preučitev smiselnosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja (DZZ)*. Najdeno 20. marca 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/si/pogoste_vsebine_za_javnost/analiza_zdravstvenega_sistema/
16. Eurostat. (2014). *EUROPOP2013: Population projections*. Najdeno 20. maja 2016 na spletnem naslovu <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>
17. Fomundam, S., & Herrmann, J. W. (2007). A survey of queuing theory applications in healthcare. V *ISR Technical Report 2007/24* (str. 1–22). College Park (MD): Institute for Systems Research, University of Maryland.
18. Godager, G., Iversen, T., & Ma, C. A. (2015). Competition, gatekeeping, and health care access. *Journal Of Health Economics*, 39, 159–170.
19. Goddard, J., & Tavakoli, M. (2008). O.R. Applications: Efficiency and welfare implications of managed public sector hospital waiting lists. *European Journal Of Operational Research*, 184(2), 778–792.
20. Gravelle, H., & Siciliani, L. (2008). Ramsey waits: Allocating public health service resources when there is rationing by waiting. *Journal Of Health Economics*, 27(5), 1143–1154.
21. Green, L. (2006). Queueing analysis in healthcare. V Hall, R.W. (ur.), *Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery, International Series in Operations Research & Management Science* (str. 281–307). New York: Springer.
22. Gulliford, M., Figueroa-Munoz, J., Morgan, M., Hughes, D., Gibson, B., Beech, R., & Hudson, M. (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal Of Health Services Research & Policy*, 7(3), 186–188.
23. Gupta, D., & Denton, B. (2008). Appointment scheduling in health care: Challenges and opportunities. *IIE Transactions*, 40(9), 800–819.
24. Hall, R., Belson, D., Murali, P., & Dessouky, M. (2006). Modeling patient flows through the healthcare system. V Hall, R.W. (ur.), *Patient flow: Reducing delay in healthcare delivery* (str. 1–44). New York: Springer.
25. Hanning M. (2005). *Maximum waiting-time guarantee: a remedy to long waiting lists? – assessment of the Swedish waiting-time guarantee policy 1992–1996* (doktorska disertacija). Uppsala: Uppsala universitet, Faculty of Medicine, Department of Public Health and Caring Sciences.
26. Harrison, A. J., & Appleby, J. (2010). Optimising waiting: a view from the English National Health Service. *Health Economics, Policy and Law*, 5(4), 397–409.
27. HOPE, Standing Committee of the Hospitals of the European Union. (2001). *Waiting Lists and Waiting Times in Health Care – Managing Demand and Supply*. Najdeno 12. aprila 2016 na spletnem naslovu http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/60_2001_HOPE-REPORT_Waiting-lists-and-waiting-times-in-health-care-managing-demand-and-supply.pdf

28. HOPE, Standing Committee of the Hospitals of the European Union. (2004). *Measuring and comparing waiting lists: A study in four European countries*. Najdeno 2. marca 2016 na spletnem naslovu http://www.hope.be/05eventsandpublications/publications_chronologicallist.html
29. Iversen, T. (1997). The effect of a private sector on the waiting time in a national health service. *Journal Of Health Economics*, 16(4), 381–396.
30. Januleviciute, J., Askildsen, J., Kaarboe, O., Holmås, T., & Sutton, M. (2013). The impact of different prioritisation policies on waiting times: Case studies of Norway and Scotland. *Social Science And Medicine*, 97, 1–6.
31. *Kakovost napotitve*. Najdeno 10. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.medenosrce.net/predmeti/dru%C5%BEinska-medicina/208-seminarji/3413-kakovost---napotitve>
32. Kembe, M. M, Onah, E. S, Iorkegh, S. (2012). A Study of Waiting And Service Costs of A Multi-Server Queuing Model In A Specialist Hospital; *International Journal of Scientific & Technology Research*, 1(8), 19–23.
33. Kenis, P. (2006). Waiting lists in Dutch health care. An analysis from an organization theoretical perspective. *Journal of Health Organization and Management*, 20(4), 294–308. Najdeno 2. marca 2016 na spletnem naslovu <http://www.emeraldinsight.com/doi/abs/10.1108/14777260610680104>
34. Kimball, A. B. (2003). Dermatology: A unique case of specialty workforce economics. *Journal Of The American Academy Of Dermatology*, 48(2), 265–270.
35. Komisija za preprečevanje korupcije. (2014). *Sistemska načelno mnenje glede ocene ugotovljenih tveganj v zdravstvenem sistemu Republike Slovenije in priporočila za ukrepanje*. Najdeno 2. marca 2016 na spletnem naslovu <https://www.kpk-rs.si/sl/nadzor-in-preiskave/odlocitve-in-mnenja-komisije/nacelna-mnenja/3/2014/sistemsko-nacelno-mnenje-glede-ocene-ugotovljenih-tveganj-v-zdravstvenem-sistemu-republike-slovenije-in-priporocila-za-ukrepanje>
36. Kozłowski, D., & Worthington, D. (2015). Use of queue modelling in the analysis of elective patient treatment governed by a maximum waiting time guarantee. *European Journal of Operational Research*, 244(1), 331–338.
37. Kranjec, M. (2015, 17. januar). Zakaj sistem ne deluje in zakaj se vedno znova pojavljajo isti problemi. *Delo*. Najdeno 1. marca 2016 na spletnem naslovu <http://www.delo.si/sobotna/zakaj-sistem-ne-deluje-in-zakaj-se-vedno-znova-pojavljajo-isti-problemi.html?search=S.%20P>
38. Kreindler, S. A. (2010). Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *British Medical Bulletin*, 95(1), 7–32. Najdeno 1. marca 2016 na spletnem naslovu <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20457662>
39. Lindsay, C. M., & Feigenbaum, B. (1984). Rationing by Waiting Lists. *The American Economic Review*, 74(3), 404–417.
40. Malik, M., Khan, M., & Abdallah, S. (2015). Aggregate capacity planning for elective

- surgeries: A bi-objective optimization approach to balance patients waiting with healthcare costs. *Operations Research For Health Care*, 7, 3–13.
41. Martin, S., & Smith, P. C. (1999). Rationing by waiting lists: an empirical investigation. *Journal Of Public Economics*, 71(1), 141–164.
 42. McLaughlin, D. B., & Olson, J. R. (2012). *Healthcare Operations Management*. Washington, D.C.: Health Administration Press.
 43. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2003). *Zdravstvena reforma*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije.
 44. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2013). *Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji*. Najdeno 11. marca 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/mreza_na_primarni_sekundarni_in_terciarni_ravni/javna_mreza_primarne_zdravstvene_dejavnosti/
 45. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2015). *Ministrica predstavila pilotni projekt obvladovanja čakalnih dob*. Najdeno 10. marca 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/670/7035/
 46. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2016a). *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«*. Najdeno 28. aprila 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/resolucija_o_nacionalnem_planu_zdravstvenega_varstva_2016_2025_skupaj_za_druzbo_zdravja/
 47. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2016b). *Poročilo o delu zdravstvenega inšpektorata 2015*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije.
 48. Morris, S., Devlin, N., & Parkin, D. (2007). *Economic analysis in health care*. Chichester: John Wiley & Sons.
 49. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2015a). *Staranje prebivalstva – predlogi ukrepov za Slovenijo*. Najdeno 10. maja 2016 na spletnem naslovu <http://nizj.si/sl/staranje-prebivalstva-predlogi-ukrepov-za-slovenijo>
 50. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2015b). *Zbiranje podatkov za vodenje čakalnih seznamov – definicije podatkov in napotki za uporabo spletne aplikacije*. Najdeno 10. marca 2016 na spletnem naslovu <http://www.nizj.si/sl/navodila>
 51. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2016). *Nacionalno spremljanje čakalnih dob – Mesečno poročilo na dan 01.02.2016*. Najdeno 10. marca 2016 na spletnem naslovu http://www.nizj.si/publikacije?field_ciljna_skupina_publikacije_tid=All&field_podrocje_publikacije_tid=1012&field_tip_publikacije_tid=963&field_oblika_publikacije_tid=All&field_letno_objave_tid=All
 52. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (b.l.). *Čakalne dobe po izvajalcih za storitve*. Najdeno 10. februarja 2016 na spletnem naslovu <http://nacas.nizj.si/>
 53. Northern Ireland Assembly, Committee for Health, Social Services and Public Safety. (2014). *Review of Waiting Times: Professor Charles Normand, Trinity College Dublin*.

- Najdeno 10. marca 2016 na spletnem naslovu <http://www.niassembly.gov.uk/assembly-business/official-report/committee-minutes-of-evidence/session-2013-2014/january-2014/review-of-waiting-times-professor-charles-normand-trinity-college-dublin/>
54. Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj. (2013). What Future for Health Spending? *OECD Economics Department Policy Notes*. (Št. 19, junij 2013). Paris: OECD Publishing. Najdeno 28. februarja 2016 na spletnem naslovu <http://www.oecd.org/health/public-spending-on-health-and-long-term-care.htm>
 55. Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj. (2015). Health at a Glance 2015. *OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing. Najdeno 3. marca 2016 na spletnem naslovu <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>
 56. Oliver, A., & Mossialos, E. (2004). Equity of Access to Health Care: Outlining the Foundations for Action. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(8), 655–658.
 57. Palvannan, R. K., & Teow, K. L. (2012). Queueing for healthcare. *Journal Of Medical Systems*, 36(2), 541–547.
 58. Pinter, Ž. (2011, 27. julij). Lažni občutek čakanja – kje je smisel naročanja? *Medicina danes*. Najdeno 28. februarja 2016 na spletnem naslovu <http://www.finance.si/319490?cctest&&cookietime=1459084039>
 59. Pizer, S. D., & Prentice, J. C. (2011). What are the consequences of waiting for health care in the veteran population? *Journal of General Internal Medicine* 26(2), 676–682.
 60. Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov. *Uradni list RS* št. 63/2010.
 61. Pravilnik o sestavi in delovanju razširjenih strokovnih kolegijev. *Uradni list RS* št. 67/1997.
 62. Preater, J. (2002). Queues in health. *Health Care Management Science*, 5(4), 283–283.
 63. Računsko sodišče Republike Slovenije. (2014). *Revizijsko poročilo Čakalne dobe v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana*. Najdeno 20. novembra 2015 na spletnem naslovu <http://www.rs-rs.si/rsrs/rsrs.nsf/I/875946E0E233D4B0C1257A6F00174C4E>
 64. Računsko sodišče Republike Slovenije. (2015). *Revizijsko poročilo Čakalne dobe v družbi Dermatologija Bartenjev – Rogl, d. o. o., Ljubljana*. Najdeno 10. oktobra 2015 na spletnem naslovu <http://www.rs-rs.si/rsrs/rsrs.nsf/PorocilaArhiv?OpenForm&appSource=91F2455D38551D7CC1257155004755A7>
 65. Rotstein, D. L., & Alter, D. A. (2006). Where does the waiting list begin? A short review of the dynamics and organization of modern waiting lists. *Social Science & Medicine*, 62(12), 3157–3160.
 66. Sanmartin, C. A. (2003). Toward Standard Definitions for Waiting Times. *Healthcare Management Forum*, 16(2), 49–53.
 67. Siciliani, L., Borowitz, M., & Moran, V. (ur.) (2013). *Waiting Time Policies in the Health*

Sector: What Works? Paris: OECD Publishing.

68. Siciliani, L., & Hurst, J. (2004). Explaining waiting times variations for elective surgery across OECD countries. *OECD Economic Studies*, 2004(1), 95–123.
69. 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.
70. Siciliani, L., Moran, V., & Borowitz, M. (2014). Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy*, 118(3), 292–303.
71. Siciliani, L., Stanciole, A., & Jacobs, R. (2009). Do waiting times reduce hospital costs? *Journal Of Health Economics*, 28(4), 771–780.
72. Silvester, K., Lendon, R., Bevan, H., Steyn, R., & Walley, P. (2004). Reducing waiting times in the NHS: is lack of capacity the problem?. *Clinician In Management*, 12(3), 105–109.
73. Sloan, F. A. (2012). *Health economics*. Cambridge: The MIT Press.
74. Statistični urad Republike Slovenije. (b.l.). *Podatkovni portal SI-STAT*. Najdeno 22. aprila 2016 na spletnem naslovu http://pxweb.stat.si/pxweb/Database/Dem_soc/Dem_soc.asp
75. Tajnikar M. (ur.), Došenović Bonča, P., Čok, M., Domadenik, P., Korže, B., Sambt, J., & Skela-Savič, B. (2016). *Projekt prenove gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva*. 1. izd. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
76. Tekavčič, M. (2002). Merjenje in presojanje uspešnosti poslovanja. V S. Možina (ur.), *Management: nova znanja za uspeh* (str. 664–692). Radovljica: Didakta.
77. Tucker, J. B., Barone, J. E., Cecere, J., Blabey, R. G., & Rha, C. K. (1999). Using queueing theory to determine operating room staffing needs. *The Journal Of Trauma*, 46(1), 71–79.
78. Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj. (2015). *Jesenska napoved gospodarskih gibanj 2015*. Najdeno 3. marca 2016 na spletnem naslovu http://www.umar.gov.si/publikacije/napoved_gospodarskih_gibanj/publikacija/zapisi/jesenska_napoved_gospodarskih_gibanj_2015/36/?tx_ttnews%5Byear%5D=2015&cHash=386a09d477
79. Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu. *Uradni list RS* št. 98/08.
80. van Dijk, C. E., van den Berg, B., Verheij, R. A., Spreeuwenberg, P., Groenewegen, P. P., & de Bakker, D. H. (2013). Moral hazard and supplier-induced demand: empirical evidence in general practice. *Health Economics*, 22(3), 340–352.
81. 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.
82. Worthington, D. (1991). Hospital Waiting List Management Models. *The Journal of the Operational Research Society*, 42(10), 833–843.
83. Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ). *Uradni list RS* št. 65/2000.

84. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS* št. 72/06-UPB, 114/06-ZUTPG, 91/07, 71/08-Sl. US, 76/08, 62/10-ZUPJS, 87/11, 40/11-ZUPJS-A, 40/12-ZUJF, 21/13-ZUTD-A, 63/13-ZIUPTDSV, 91/13, 99/13-ZUPJS-C, 99/13-ZSVarPre-C, 111/13-ZMEPIZ-1, 95/14-ZUJF-C in 47/15-ZZSDT.
85. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS* št. 23/05-UPB, 15/08-ZPacP, 23/08, 58/08-ZZdrS-E, 77/08-ZDZdr, 40/12-ZUJF in 14/13.
86. Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). *Uradni list RS* št. 15/08.
87. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2013). *Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
88. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2014a). *Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
89. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2014b). *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2014, Občasnik*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
90. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015a). *Navodilo za obračun št. 34*, Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
91. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015b). *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2015*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
92. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2016a). *Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
93. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2016b). *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2015*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
94. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (b.l.a). *Pregled izdatkov po vrstah zdravstvenih dejavnosti in storitvah* (interno gradivo). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
95. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (b.l.b). *Pregled podatkov za plan in realizacijo* (interno gradivo). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
96. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (b.l.c). *Ugotovitve nadzorov* (interno gradivo). Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
97. Zdravniška zbornica Slovenije. (2015). *Zdravniške organizacije nezadovoljne z delom ministrice za zdravje in zaskrbljene zaradi razmer v zdravstvu*. Najdeno 2. marca 2016 na spletnem naslovu <http://www.zdravniskazbornica.si/nw/890/1/2292zdravniske-organizacije-nezadovoljne-z-delom-ministrice-za-zdravje-in-zaskrbljene-zaradi-razmer-v-zdravstvu>.
98. Združenje slovenskih dermatologov. (2015). Kdo smo dermatologi in s čim se ukvarja dermatologija? *Moja koža*, 1(6), 4–6.
99. Zweifel, P., & Manning, W. G. (2000). Moral hazard and consumer incentives in health care. *Handbook of Health Economics*, 1, 409–459.

PRILOGE

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Seznam kratic in okrajšav	1
Priloga 2: Povzetek korespondence z Bojanom Popovičem, dr. med., spec. dermat. in univ. dipl. prav.....	2

PRILOGA 1: Seznam kratic in okrajšav

Tabela 1: Seznam kratic in okrajšav

Kratica/Okrajšava	Polni naziv
EU	Evropska unija
EUR	Euro (evro)
KPK	Komisija za preprečevanje korupcije
LZM	Ločeno zaračunljiv material
Ministrstvo za zdravje	Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
OECD	Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj
Pravilnik	Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov
Računsko sodišče	Računsko sodišče Republike Slovenije
Dogovor	Splošni dogovor
SPP	Skupine primerljivih primerov
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
WHO	Svetovna zdravstvena organizacija
ZIRS	Zdravstveni inšpektorat republike Slovenije
ZPacP	Zakon o pacientovih pravicah
ZZDej	Zakon o zdravstveni dejavnosti
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

PRILOGA 2: Povzetek korespondence z Bojanom Popovičem, dr. med., spec. derm. in univ. dipl. prav.

Bojan Popovič je specialist dermatovenerolog, ki v okviru javne zdravstvene mreže dela v Zdravstvenem domu Postojna in Zdravstvenem domu Trbovlje. Kot zasebnik brez koncesije deluje tudi v okviru zasebne dermatološke ambulante Dermadent d.o.o. Pogovor z njim je bil opravljen 14. aprila 2016.

Na kakšen način ste v dermatološki ambulanti v nekaterih zavodih (Zdravstveni dom Postojna in Zdravstveni dom Trbovlje) uspeli skrajšati čakalne dobe?

»Z usmerjanjem splošnih zdravnikov s strani specialistov dermatologov smo uspeli vplivati na povpraševanje in skrajšati čakalne dobe. Pri tem ni šlo za nekakšne seminarje, kajti s tem bi povpraševanje zgolj povečali. Delali smo postopoma, od primera do primera: v izvidih smo začeli pisati, pod katerimi pogoji je pri konkretnem pacientu indicirana ponovna napotitev, katere storitve so »evidence-based« (indicirane in plačane s strani ZZZS) in katere na željo pacienta brez znanstveno dokazanih dobrobiti ali celo samo estetske (torej samoplačniške). V nekaterih primerih smo pisali splošnim zdravnikom dopise glede konkretnih dilem, včasih smo jih tudi klicali po telefonu.

Pri »evidence-based« storitvah smo upoštevali, ali ima storitev na način, kot ga lahko ponudimo, za pacienta korist v primerjavi s placebo oz. v primerjavi s tem, da v našo ambulanto sploh ne bi prišel. Čakalno dobo torej štejemo kot dejavnik, ki vpliva na učinek naše storitve. V večini drugih ambulant točkujejo tudi storitve, ki so opravljene prepozno in bi dejansko imele učinek le, če bi bile opravljene brez čakalne dobe, torej dejansko točkujejo placebo. Če ima pacient dermatozo, ki traja 1 mesec, mi pa ga naročimo čez 3 mesece, je naše zdravljenje enako placebo, saj z vpisom v čakalno knjigo pacienta (še) ne zdravimo. Zato je sledil premislek, da je treba kratkotrajne dermatoze bodisi sprejeti pravočasno (in jih dejansko zdraviti), bodisi splošnim zdravnikom naročiti, naj jih niti ne pošiljajo, ker bodo bolezni izzvenele same. Ker je tudi to skrajšalo čakalne dobe, je prišlo do sinergičnega učinka: prav zato, ker nekaterih diagnoz nismo več dobivali (oz. v manjšem obsegu), smo lahko začeli pravočasno sprejemati diagnoze, ki bi jih sicer zamudili.

Drugače pa je šlo za več povezanih ukrepov, ki vsi skupaj delujejo po načelu povratne zanke:

- že omenjeno usmerjanje splošnih zdravnikov in evidence-based principi (zmanjšanje povpraševanja),
- načelo »javna sredstva so omejena, več jih ne bo«; za vodilne ne pretirano priljubljen ukrep,
- načelo »nisem dermatolog zgolj za tiste paciente, ki bodo letos uspeli priti do mene in me za druge ne briga; sem dermatolog za vse tiste, ki gravitirajo v naš zdravstveni dom«,
- samo-odpovedovanje agresivnemu iskanju boljše vrednotenih storitev, kar je imelo za posledico večje število sprejetih pacientov za doseganje norme: tudi če bi npr. s tem, da bi

delali elektroablacije fibromov, dosegli več točk, pacientu posega ne opravimo, če je indikacija zgolj estetska (povečanje ponudbe brez dodatnih javnih sredstev),

- triažiranje: pacient dobi samo to, kar glede na zdravstveno stanje potrebuje, in v času, v katerem je storitev treba zagotoviti,
- zmanjšanje indikacij za kontrolne preglede (preprečevanje zasičenosti kapacitet ambulante),
- v času, namenjenem pacientom v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja; na vrsto pride samo tisti, ki je disciplinirano čakal v vrsti;
- prepoved, da bi se namesto odjavljenih pacientov vpisalo nekoga, ki je pravkar prinesel napotnico: če se nekdo odjavi, se na njegovo mesto lahko vpiše samo kontrolni pregled (s tem smo lahko zmanjšali vnaprej rezervirano število mest za kontrolne preglede in povečali število mest za prve preglede; hkrati pa rešili problem suboptimalne zasedenosti ambulante). Če se jih odjavi veliko, se določeno število pacientov, naročenih za naslednjo ambulanto, povabi eno ambulanto prej (s skrajšanjem čakalnih dob, ta problem odpade sam po sebi, ker odjave niso več tako množične).
- pravilo administrativno določenega najpoznejšega datuma: osebju, odgovornemu za naročanje, sem enostavno naročil, da npr. do konca marca 2016 ne smejo dati nikomur termina po 10. maju 2016, četudi bi to pomenilo 55 pacientov na ambulanto. Hkrati je slednje povzročilo, da sem izboljšal ukrepe po ostalih opisanih alinejah. Dejansko se ni zgodilo nič dramatičnega; samo ena ambulanta je bila res hudo naporna, nato so se zadeve normalizirale.«