

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ANALIZA ČAKALNIH DOB NA PODROČJU ORTOPEDIJE V
SLOVENIJI**

Ljubljana, maj 2023

ANJA MITROVIĆ

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Anja Mitrović, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Analiza čakalnih dob na področju ortopedije v Sloveniji, 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 programske opreme 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 prek 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 _____

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 OPREDELITEV ČAKALNIH DOB	2
1.1 Čakalne dobe v zdravstvu	2
1.1.1 Splošno o čakalnih dobah v zdravstvu	2
1.1.2 Opredelitev dejavnikov čakalnih dob	3
1.1.3 Merjenje čakalnih dob v zdravstvu.....	6
1.2 Teoretično razumevanje čakalnih dob v zdravstvu	7
1.2.1 Teorija čakalnih vrst	7
1.2.2 Teorija čakalnih vrst v zdravstvu.....	9
1.2.3 Ekonomska analiza čakalnih vrst	11
2 ČAKALNE DOBE V SLOVENIJI	12
2.1 Splošno o čakalnih dobah v Sloveniji.....	12
2.2 Zakonska regulacija čakalnih dob v zdravstvu za Slovenijo.....	14
2.3 Vodenje čakalnih seznamov v Sloveniji	16
2.4 Vpliv epidemije covid-19 na čakalne dobe	19
3 ČAKALNE DOBE NA PODROČJU ORTOPEDIJE V SLOVENIJI	23
3.1 Značilnosti čakalnih dob na področju ortopedije v Sloveniji.....	23
3.2 Podatki o čakalnih dobah na področju ortopedije v Sloveniji.....	24
4 ANALIZA VZROKOV ZA NASTAJANJE ČAKALNIH DOB ZA PRVE PREGLEDE V ORTOPEDIJI	28
4.1 Model za proučevanje nastanka čakalnih vrst.....	29
4.2 Razkorak med ponudbo in povpraševanjem po prvih pregledih v ortopediji	29
4.3 Vidik financiranja prvih pregledov v ortopediji.....	30
4.4 Vidik zmogljivosti za prve preglede v ortopediji	32
4.5 Vidik denarnih spodbud za prve preglede v ortopediji.....	36
4.6 Nevzpostavljen sistem selekcije vstopa v zdravstveni sistem.....	41
4.7 Regionalna neskladnost povpraševanja po prvih pregledih v ortopediji	42
SKLEP	43
LITERATURA IN VIRI	49
PRILOGE.....	55

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Podatki o povprečnih čakalnih dobah za prvi specialistični pregled v ortopediji, številu vseh čakajočih, številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo ter povprečna čakalna doba po posameznih stopnjah za prvi pregled od februarja 2018 do februarja 2021.....	25
Tabela 2:	Podatki o čakalnih dobah za operacije v ortopediji, številu vseh čakajočih ter o čakalni dobi po posamezni stopnji nujnosti za posamezno operacijo na Ortopedski kliniki v Ljubljani na dan 29. 6. 2022.....	25
Tabela 3:	Podatki o povprečnih čakalnih dobah v dnevih za prvi ortopedski pregled po posameznih regijah in izvajalcih na dan 20. 8. 2021.....	27
Tabela 4:	Povpraševanje po prvih ortopedskih pregledih v obdobju 1. 10. 2018–1. 2. 2021	29
Tabela 5:	Finančna sredstva za prve ortopedske preglede v obdobju 1. 10. 2018–1. 2. 2021	30
Tabela 6:	Sestava ortopedskega tima od 2018–2021	32
Tabela 7:	Zaposlitvene zmogljivosti ortopedskih timov za prvi pregled 2018–2021 pri 40-urnem delovniku	33
Tabela 8:	Zaposlitvene zmogljivosti ortopedskih timov za prvi pregled 2018–2021 pri 1700 efektivnih letnih delovnih urah.....	34
Tabela 9:	Število plačanih prvih ortopedskih pregledov v letu 2018.....	37
Tabela 10:	Število plačanih prvih ortopedskih pregledov v letu 2019.....	38
Tabela 11:	Število plačanih prvih ortopedskih pregledov v letu 2020.....	39
Tabela 12:	Število plačanih prvih ortopedskih pregledov v letu 2021	40
Tabela 13:	Število prvih pregledov, glede na največje število pregledov za leta 2018–2021	42
Tabela 14:	Povprečna izkoriščenost zmogljivosti izvajalcev, glede na regijo, za leta 2018–2021	43

KAZALO SLIK

Slika 1:	Enokanalni sistem	8
Slika 2:	Najpogostejše različice čakalnih sistemov.....	8
Slika 3:	Prikaz ponudbe in povpraševanja v primeru tržnega gospodarstva (levo) in v javnofinanciranem zdravstvenem sistemu (desno)	11
Slika 4:	Število čakajočih za izbran nabor prvih pregledov in terapevtsko-diagnostičnih storitev na dan 1. 6. 2020 v primerjavi z dnem 15. 3. 2020.....	22
Slika 5:	Prikaz spremembe skupnega števila čakajočih po stopnjah nujnosti v času od 15. 3. do 1. 6. 2020 za nabor prvih pregledov.....	22

KAZALO PRILOG

Priloga 1: Regionalno povpraševanje po prvih pregledih v ortopediji	1
---	---

SEZNAM KRATIC

angl. – angleško

avg – avgust

ČD – čakalna doba

dec – december

Dogovor – Splošni dogovor

EU – (angl. European Union); Evropska unija

feb – februar

HOPE – European Hospital and Health Care Federation

jan – januar

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

nov – november

OECD – (angl. Organisation for Economic Co-operation and Development); Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj

okt – oktober

Pravilnik – Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah

sept – september

št. – število

URS – Ustava Republike Slovenije

ZIRS – Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije

ZpacP – Zakon o pacientovih pravicah

ZZD – Zakon o zdravstveni dejavnosti

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

UVOD

Opredelitev raziskovalnega področja in opis raziskovalnega problema. Temeljni cilj zdravstvenih sistemov je zagotavljanje univerzalnega in enakopravnega dostopa do potrebne zdravstvene oskrbe prebivalcev. Dostopnost zdravstvenih storitev pa omejujejo socialno-ekonomski, finančni, organizacijski in kulturni dejavniki (Gulliford in drugi, 2002, str. 185–186).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej), Ur. l. RS, št. 23/05 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr, 40/12 – ZUJF, 14/13, 88/16 – ZdZPZD, 64/17, 1/19 – odl. US, 73/19, 82/20, 152/20 – ZZUOOP, 203/20 – ZIUPOPDPVE in 112/21 – ZNUPZ, opredeljuje tri ravni zdravstvenih dejavnosti, značilne za Slovenijo, in sicer: primarno, sekundarno in terciarno. Za Evropo so v večini uveljavljeni javni zdravstveni sistemi, ki temeljijo na solidarnosti, za katero je značilno, da pacienti za storitve ne plačujejo sami, temveč je za to odgovorna tretja oseba, ki sredstva zbira z različnimi prispevki in davki (Oder, 2008, str. 9). Solidarnost je glavna značilnost, ki javne zdravstvene sisteme loči od drugih (Tajnikar in drugi, 2016, str. 146).

Čeprav podatki o čakalnih dobah v Sloveniji ne odstopajo bistveno od evropskega povprečja, se čakalne dobe iz leta v leta večajo, kar vedno bolj moti paciente. Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ) je na dan 1. 2. 2020 na prvi pregled izbranih 25 storitev čakalo 91.107 pacientov, kar je kar 32,2 % več kakor v enakem obdobju lani, ko je na prvi pregled čakalo 61.763 pacientov (NIJZ, 2020b). Podatki v tem primeru so primerjani v letih pred epidemijo, saj je ta močno vplivala na čakalne dobe. Javnost je večinoma mnenja, da je vzrok za nedopustno dolge čakalne dobe nezadostno financiranje, v resnici pa vemo, da je problem veliko bolj kompleksen. Dejavnike, ki vplivajo na čakalne dobe, najdemo tako na strani ponudbe kot na strani povpraševanja.

V analizi čakalnih dob na področju ortopedije se bomo osredotočili na sekundarno in terciarno raven, ki obsega specialistično zdravstveno dejavnost in jo lahko izvajajo bolnišnice, zasebne ambulante in zdravilišča. V ortopediji čakalne dobe spremljamo na več različnih nivojih, in sicer za prve preglede, kontrolne preglede ter tiste za posamezne diagnostične storitve in operacijske posege. Poudarek dela bo na prvih pregledih, ki imajo močan vpliv tako na kontrolne preglede kot čakalne sezname za operacije.

Namen magistrskega dela je razumeti dejavnike, ki vplivajo na nastajanje čakalnih dob na področju ortopedije. Poudarek magistrskega dela bo na čakalnih dobah na področju prvih pregledov v ortopediji. Čakalne dobe nastajajo kot razlika med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah. Zato proučimo na eni strani dejavnike, ki vplivajo na povpraševanje po zdravstvenih storitvah, na drugi strani pa ponudbo oziroma zmogljivosti.

Cilj analize je razumeti ključne dejavnike za čakalne dobe na področju prvih pregledov v slovenski ortopediji. Kot dodaten cilj bi radi razumeli in prikazali tudi vpliv covida-19 na čakalne dobe na tem področju zdravstvene dejavnosti.

V **metodi dela** se bom oprla na 5 dejavnikov za nastanek čakalnih dob, ki jih navaja Tajnikar (2019). Tako bomo za iztočnico raziskovanja razumeli, da čakalne dobe nastajajo zaradi pomanjkanja finančnih sredstev, pomanjkanja ustreznih materialnih in človeških zmogljivosti, nizke izkoriščenosti materialnih in človeških zmogljivosti, neselektivnega vstopa potencialnih bolnikov in odsotnosti mehanizmov usklajevanja med povpraševanjem in ponudbo zdravstvenih dobrin.

1 OPREDELITEV ČAKALNIH DOB

1.1 Čakalne dobe v zdravstvu

1.1.1 Splošno o čakalnih dobah v zdravstvu

Dolge čakalne vrste so postale simbol neučinkovitosti bolnišničnih storitev po vsem svetu, zlasti v javno financiranih bolnišnicah. Po desetletjih poskusov še vedno ne vemo, kaj bi bilo treba storiti za rešitev problema. Dinamika čakalnih vrst ni dobro razumljena. Tudi potencialno proizvodno zmogljivost bolnišnic je težko oceniti, saj je bolnišnična proizvodnja zelo kompleksna. Verjamemo, da večina bolnišnic, glede na način organiziranosti in glede na sedanje metode koordinacije in nadzora, deluje blizu svojih zmogljivosti. Ne vemo pa, ali so te metode najboljše ali bi lahko z drugimi metodami dosegli bistvene izboljšave (Buhaug, 2002).

Pomanjkanje sredstev se pogosto navaja kot razlog za dolge čakalne dobe in čakalne vrste za zdravstvene storitve. Vendar pa nedavne raziskave kažejo, da so te težave povezane z dejavniki, kot so neuskaljena nihanja povpraševanja in zmogljivosti, obzorja načrtovanja in nižja zmogljivost od potenciala dejanskih virov. Na Norveškem je bila po kar nekaj neuspešnih poskusih zmanjšanja čakalnih dob s povečanjem financiranja narejena raziskava, ki je pokazala, da dolge čakalne dobe in čakalni sezname niso nujno povezani le s prenizkim financiranjem in naraščajočim povpraševanjem ali spremembami virov. Raziskava je pokazala, da je mogoče znatno zmanjšanje števila čakajočih na seznamih doseči z uporabo nezahtevnih metod v različnih zdravstvenih storitvah. Obzorja načrtovanja in osredotočenost na zmogljivost sta ključna dejavnika. Večina klinik, zajetih v raziskavo, je pokazala povečanje produktivnosti zdravnikov, veliko odstopanje pa se ni kazalo, glede na vire, temveč na dneve. To lahko kaže na možne koristi, če se dnevi in obdobja z najnižjo učinkovitostjo izboljšajo. Zdi se, da je sodelovanje zdravnikov ključnega pomena za uspeh. Biti morajo vključeni kot gonilniki ali zagovorniki takšnih procesov z uporabo načel in metod iz svojih kliničnih dejavnosti (Johannessen & Alexandersen, 2018).

Čakalne dobe predstavljajo različne pomene iz različnih zornih kotov (Hanning, 2005, str. 14). Politično gledano, je pomembno postavljanje prioritetenih meril za dostop do ustrezne zdravstvene storitve. S strokovnega zdravstvenega vidika daljše čakalne dobe pomenijo poslabšanje posameznikovega zdravstvenega stanja, njegovega počutja, s tem kakovosti življenja in kasneje daljšega zdravljenja z možnim slabšim izidom, medtem ko ekonomski vidik čakalnih dob obravnava predvsem stroške, ki jih povzročajo. Mednje se uvrščajo različni pregledi v času čakanja, dodatna zdravila, absentizem in presentizem ter zelo verjetno daljše in zato dražje zdravljenje zaradi čakanja in s tem poslabšanja bolezenskega stanja.

Mnogi avtorji opredelijo čakalne dobe kot posledico neskladja med povpraševanjem po zdravstvenih storitvah in njihovo ponudbo (Hanning, 2005, str. 24; Rotstein & Alter, 2006, str. 3157). Nastali čakalni seznam pa v danem trenutku predstavljajo pacienti – zaloga pacientov, ki še niso prejeli zelene oziroma potrebne zdravstvene storitve (Kenis, 2006, str. 295). Čakalno dobo opredeljujemo kot čas, ki preteče, preden pacientu, ki je uvrščen na čakalni seznam, z danimi zmogljivostmi zagotovimo potrebno zdravstveno storitev (Hrovatin, 2016).

Ekonomsko gledano, bi na trgu proizvodov in storitev do ravnotežja med ponudbo in povpraševanjem pripeljala cena. Ker pa gre za specifičen trg, kjer je plačnik tretja oseba, do izraza pridejo drugi kontrolni mehanizmi (Martin & Smith, 1999, str. 141).

1.1.2 Opredelitev dejavnikov čakalnih dob

Čakalne dobe kot posledica neskladja med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah so odvisne od dejavnikov, ki vplivajo na ponudbo oziroma na zmanjšanje števila čakajočih na seznamih ter na drugi strani na dejavnike povpraševanja, ki neposredno vplivajo na daljše čakalne vrste.

Dejavniki ponudbe, ki vplivajo na čakalne sezname, so odvisni od razpoložljivosti zdravstvenih storitev, njihove učinkovitosti in ustreznosti (Ministrstvo za zdravje, 2003, str. 40).

Razpoložljivost zdravstvenih storitev je odvisna od različnih ponudnikov oziroma izvajalcev, in sicer od javnih zavodov in izvajalcev zdravstvenih storitev, ki so del javne mreže, zasebnih zmogljivosti oziroma zasebnih izvajalcev zdravstvenih storitev ter od njihove produktivnosti (Siciliani & Hurst, 2005, str. 202). Na produktivnost izvajalcev zdravstvenih storitev vpliva njihova učinkovitost na dveh ravneh. Učinkovita razporeditev proizvodnih zmogljivosti (medicinsko osebje, prostori in oprema) med različne storitve in ponudnike in učinkovita razporeditev proizvodnih dejavnikov med ponudnike in storitve. Govorimo o alokacijski in tehnični učinkovitosti (Došenović Bonča, 2014).

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) izpostavlja ravno primer kadrovske podhranjenosti, ki vpliva na učinkovitost slovenskega zdravstva. V družinski medicini imamo pri nas velik manko medicinskih sester, prav tako na področju ortodontije. Zato bi morala država povečati vpis na fakultete, ki izobražujejo deficitarni kader, z reformami pa posrbeti, da bodo ti poklici bodočim študentom privlačnejši (Korošec, 2020). Na strani kadrovske neprimernosti je treba izpostaviti tudi premalo usposobljen kader v menedžmentu javnega zdravstva, ki se osredotoča zgolj na prihodke in zanemarija stran odhodkov (Česen, 2006, str. 57).

Eden izmed dejavnikov, ki vplivajo na ponudbo zdravstvenih storitev, je tudi hiter razvoj novih zdravstvenih tehnologij, opreme, zdravil, novih teorij ter medicinsko tehničnih pripomočkov (Siciliani, Borowitz & Moran, 2013, str. 22).

V sistemu javnega zdravstva, ki deluje po načelu solidarnosti, pride do ločitve potrošnika oz. uporabnika zdravstvenih storitev in njihovega plačnika. Plačnik je v tem primeru država ali različne zavarovalnice. Tudi ponudniki so lahko ali v zasebni ali državni lasti, kar pomeni, da določeni delujejo v skladu s profitnim motivom, drugi neprofitno (Došenović Bonča, 2010). Zaradi omenjenega na trgu pride do neravnovesja med ponudbo in povpraševanjem, kar zahteva spodbude na strani ponudbe, kot so: plačilo po storitvi, plačilo po primeru, glavarina in plačevanje stroškov delovanja izvajalcev (Tajnikar in drugi, 2016).

Prav od načina nagrajevanja zdravstvenih delavcev in zdravstvenih storitev pa je odvisna produktivnost, ki vpliva na ponudbo zdravstvenih storitev. Njeno produktivnost naj bi povečevali plačevanje po opravljenih storitvah in plačilo zdravnikov po učinku (Kreindler, 2010, str. 11).

Povpraševanje po zdravstvenih storitvah na drugi strani je odvisno od zdravstvenega stanja prebivalstva. Tako v Sloveniji kot v drugih državah članicah Evropske unije (v nadaljevanju EU) in Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (angl. Organisation for Economic Co-operation and Development, v nadaljevanju OECD) se soočamo z izzivi, ki že vplivajo in bodo tudi v prihodnosti vplivali na zdravstvo ter na odločitve v zdravstveni politiki (Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016–2025 »Skupaj za družbo zdravja«, ReNPZV16–25, Ur. l. RS, št. 25/16). Izzivi, ki vplivajo na zdravstveno stanje prebivalstva in povpraševanje po zdravstvenih storitvah, so povezani z vse daljšo življenjsko dobo in večjim deležem starega prebivalstva ter s tem z naraščajočimi kroničnimi boleznimi, ki jih povzročajo tudi vedno hitrejši življenjski slog (Vrhovec, 2017). Različni avtorji predvidevajo, da se zaradi naraščajočega števila starajočega se prebivalstva povečujejo tudi izdatki za zdravstvo, kar posledično vpliva na čakalne dobe (Banks, 2005; Bos, Douven & Mot, 2004; Caldas & Rodrigues, 2003; Oliveira Martins & De la Maisonnewe, 2006).

Zaradi daljše življenjske dobe in s tem vedno starejšega prebivalstva naj bi se spremenila tudi struktura povpraševanja po zdravstvenih storitvah, saj v različnih starostnih skupinah

ljudje zbolevajo za različnimi boleznimi in povprašujejo po različnih zdravstvenih storitvah (Vrhovec, 2017).

Na večje povpraševanje vplivajo tudi nove nalezljive bolezni (Hanning, 2005, str. 16). Odličen primer je covid-19, ki je preplaval svet in zdravstvo postavil na glavo tako na strani ponudbe kot tudi na strani povpraševanja. Na novo razvite tehnologije za prej še neozdravljivo bolezen sedaj omogočajo določene načine zdravljenja, novi načini zdravljenja pa so manj nevarni in so primerni za širši krog obolelih.

Geografsko gledano, ima vpliv na povpraševanje tudi mobilnost pacientov, ki so z večjo mobilnostjo bolj prilagodljivi in se prilagajajo trenutni ponudbi. Odpornost določenih mikrobov na zdravila prav tako vpliva na povpraševanje po zdravstvenih storitvah (ReNPZV16–25).

Na povpraševanje pa vplivajo tudi razni preventivni programi predvsem na področju zgodnjega odkrivanja raka, kot so Svit, Dora in Zora, ki ustvarjajo dodatno povpraševanje v sklopu izvedbe, ter dvig znanja o posameznih boleznih. V omenjenih presajalnih programih se namreč pri navidezno zdravih osebah ugotavljajo morebitne bolezenske spremembe. Do leta 2019 so zabeležili več kot 2800 rakavih obolenj v začetni fazi, kjer simptomi še niso bili opazni, ter s tem preprečili nadaljnji razvoj in kompleksno zdravljenje. Velik del pa je tudi takšnih, ki so v programu sodelovali, vendar bolezen ni bila odkrita. To pomeni, da je bilo ustvarjeno dodatno povpraševanje (NIJZ, 2019b).

Na strani povpraševanja imajo velik vpliv tudi zdravniki na primarni ravni s tako imenovanim vratarstvom kot tudi kasneje zdravnik specialist, ki določa vstop pacienta na čakalni seznam (Tajnikar in drugi, 2016).

Tako kot imamo na strani ponudbe spodbude, ki to korigirajo, poznamo tudi spodbude na strani povpraševanja, ki imajo vpliv na čakalne dobe in nadomeščajo omejitve, ki v tržnem gospodarstvu izhajajo iz dohodkovnih omejitev kupca (Došenovič Bonča, 2010). Tako pomembno vlogo igrajo finančne spodbude v obliki doplačil in odbitkov (Tajnikar in drugi, 2016), delež populacije oziroma pacientov, ki ima urejeno prostovoljno zavarovanje, in cena tega zavarovanja (Cerdá, Pablos & Rodriguez, 2006, str. 156).

Čakalne dobe se podaljšujejo, dokler motivacija, neprijetnosti in stroški zaradi čakanja ne narastejo do te mere, da si poiščejo drugo obliko zdravljenja. Bodisi alternativno, samoplačniško ali pa se želene zdravstvene storitve popolnoma odpovedo (Goddard & Tavakoli, 2008, str. 779). Predolge čakalne dobe tako vodijo v plačevanje iz lastnega žepa pri različnih zasebnih izvajalcih, kar vodi v neenakost dostopnosti do zdravstvenih storitev.

Poleg vplivov na ponudbo in povpraševanje pa imamo dve značilnosti trga zdravstvenih storitev, ki vplivata na obe strani. To sta informacijska asimetrija in moralno tveganje. Za prvo velja, da gre za odločitve v času, ko jih težko sprejemamo racionalno, saj smo v fazi razvoja bolezni. Prav tako sta značilnosti zdravstvenih dobrin velika nepredvidljivost in

negotovost, saj je potek bolezni in s tem potrebne zdravstvene storitve izredno težko napovedati, zato lahko pride do odločitev na podlagi nezadostnih informacij, s čimer se vpliva na povpraševanje (Došenović Bonča, 2010). Moralno tveganje se pojavlja tako na strani ponudbe kot na strani povpraševanja. Gre za porabo zdravil, obiske zdravnikov in podobno (Zweifel & Manning, 2000, str. 413). Za moralno tveganje je značilno tudi potrošnikovo obnašanje ob zavedanju, da sam ni plačnik želenih storitev, tako ob koriščenju zdravniških storitev kakor v skrbi za lastno zdravje. Vse omenjeno pogosto zaradi informacijske asimetrije in moralnega hazarda zdravnikov privede do tako imenovanega vsiljenega povpraševanja (Van Dijk in drugi, 2013, str. 350).

Za zaključek je treba poudariti, da je odprava čakalnih vrst in čakalnih dob v sistemu javnih zdravstvenih sistemov nemogoča. Dokler je uporaba zdravstvenih storitev načeloma brezplačna, bodo čakalne vrste del zdravstvenega sistema, saj delujejo kot instrument za racionalizacijo povpraševanja in dajejo prednost ponudbi. Zanimivo pa je dejstvo, da imajo države z podobnimi sistemi financiranja različne težave. Za razliko, ki nastane, velikokrat pomembno vlogo igra drugačen način registracije čakalnih seznamov in merjenja čakalnih dob (European Hospital and Health Care Federation, v nadaljevanju HOPE, 2004, str. 2–3).

1.1.3 Merjenje čakalnih dob v zdravstvu

Merjenje je ključnega pomena za razumevanje delovanja katerega koli sistema, saj s tem lažje razumemo in bolje poznamo njegove šibke točke, kar je ključ pri iskanju rešitev (HOPE, 2004, str. 2).

Države članice OECD uporabljajo različne načine merjenja čakalnih dob, saj začnejo pacientu pri njegovem potovanju skozi zdravstveni sistem slediti na različnih točkah. Ločiti moramo čakalne sezname od čakalnih dob. Prvi predstavljajo celotno število vpisanih na seznam za določeno zdravstveno storitev, medtem ko pri čakalnih dobah govorimo o številu dni, ki zadnje vpisanega na čakalni seznam ločijo do zelene obravnave (Siciliani, Borowitz & Moran, 2013, str. 37).

Merjenje čakalnih dob je odvisno od cilja zbiranja podatkov in njihovega končnega uporabnika. Glavni končni uporabniki podatkov o čakalnih vrstah so: pacienti, zdravniki, vodstveni kader in politiki (HOPE, 2004, str. 7). Z vidika pacienta je zagotovo najpomembnejši podatek o času oziroma kako dolgo bo moral čakati na obravnavo. Prav tako enak podatek zanima predvsem zdravnike na primarni ravni, ki paciente napotijo na specialistično obravnavo, medtem ko je za zdravnike specialiste bolj zanimiv podatek o količini pacientov na čakalnem seznamu in koliko časa ti že čakajo. Zdravstvo kot močna gospodarska panoga igra veliko politično vlogo. Čakalne dobe v zdravstvu so pogosto kritika javnosti, zato je pomembno, da tudi politiki spremljajo podatke, trende in dogajanje na področju seznamov čakajočih. Prav tako pa so podatki o čakalnih dobah zelo pomembni za menedžerje na vodilnih položajih, saj močno vplivajo na stroške organizacij, kar pa je zanje primarnega pomena (HOPE, 2004, str. 7).

Kot smo že omenili, so načini merjenja čakalnih dob razlikujejo po posameznih državah. Najbolj značilni načini merjenja so: a) čakalna doba bolnika, od vpisa na čakalni seznam do zdravljenja (angl. in-patient waiting time), b) čakalna doba bolnika, od dneva izdane napotnice do obiska specialista (angl. the out-patient waiting time), in c) celostni pregled oziroma čas od napotitve zdravnika na primarni ravni do pričetka zdravljenja (angl. the referral-to-treatment). Države se vse bolj nagibajo in usmerjajo k zadnjemu načinu merjenja, saj želijo zajeti v merjenje celotno čakalno dobo na poti pacienta od napotitve na primarni ravni do začetka zdravljenja (Siciliani, Borowitz & Moran, 2013, str. 34).

V praksi na čakalno dobo močno vpliva tudi klinična stopnja nujnosti, ki jo ob napotitvi določi zdravnik. Tudi tu na mednarodni ravni opazimo razliko pri razvrščanju, saj imajo nekatere države to sistematizirano in urejeno, medtem ko je pri nekaterih stvar lokalne klinične prakse. Ker vemo, da omenjena stopnja nujnosti vpliva na pacientovo pot, mednarodno pa standardi niso poenoteni, tudi tukaj vidimo problem ob želeni meddržavni primerjavi (HOPE, 2004, str. 5).

1.2 Teoretično razumevanje čakalnih dob v zdravstvu

1.2.1 Teorija čakalnih vrst

S problemom čakanja se soočamo na različnih področjih. Lahko čakamo v trgovini, pri bančnem okencu, na bencinskem servisu, v restavraciji ali v zdravstveni ustanovi na ustrezno obravnavo. Vse te probleme lahko proučujemo s teorijo čakalnih vrst ali angleško queueing theory. Čakalne vrste nastajajo v primerih, kjer poteka strežba po določenem vrstnem redu. Stranke vstopajo naključno, čas njihove obravnave pa je variabilen, kar pomeni, da ne moremo vedeti, kdaj se bodo stranke pojavile pri strežniku, saj so neodvisne druga od druge. To povprečno stopnjo prihoda strank v čakalne vrste opredeljuje Poissonova verjetnostna porazdelitev, medtem ko čas, potreben za izvedbo, najbolje opiše eksponentna porazdelitev (Tratnik, 2000, str. 103).

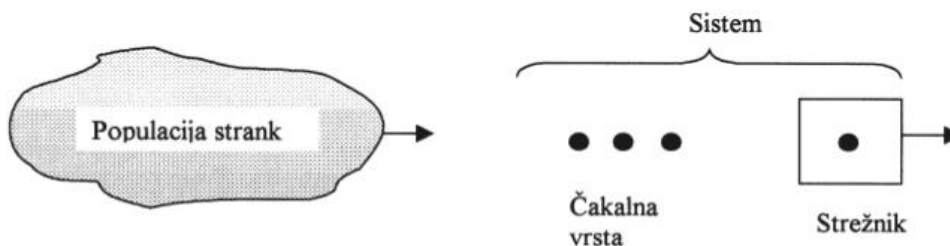
Stranke so v tem primeru lahko ljudje, lahko pa so tudi naročila kupcev, kamioni ali strojna oprema. V analizah čakalnih vrst imamo dve temeljni kategoriji stroškov, ki vplivata na cilj, ki predstavlja najnižje možne skupne stroške sistema. Prvo kategorijo stroškov predstavljajo stroški stranke, ki jih ima zaradi čakanja (npr. namesto čakanja bi stranke lahko počele kaj koristnega – oportuniteti stroški), drugo kategorijo pa predstavljajo stroški opreme za strežbo strankam. Za končni cilj najnižjih skupnih stroškov igrajo temeljno vlogo: a) vhodni vir strank, ki vstopajo v sistem – populacija, b) sistem strežbe, ki ga definira število strežnikov, strežnih mest in strežnih naprav, in c) disciplina čakanja, da stranka pride na vrsto (Tratnik, 2000, str. 104).

Velikost populacije strank predstavlja skupno število strank, ki naključno prihajajo in jim je treba postreči. Ta je lahko končna ali neskončna. Pri analizi čakalnih vrst v modelih

večinoma uporabljajo predpostavko, da gre za neskončno populacijo, in s tem poenostavijo proces, saj takrat število strank v čakalni vrsti oziroma število že postreženih strank ne vpliva na stopnjo prihoda novih. V primeru zasedenega strežnika se nekateri odločijo, da ne bodo čakali, in zapustijo čakalno vrsto. Temu pojavu pravimo »opustitev čakalne vrste« (angl. reneging). Možnost za njegovo pojavnost pa se povečuje z dolžino čakalne vrste in z njo povezanega potrebnega časa za čakanje (Fomundam & Herrmann, 2007, str. 4).

Zmogljivost sistema strežbe je odvisna od zmogljivosti in števila strežnih naparav. Poznamo namreč enokanalne in večkanalne strežne sisteme. Pri enokanalnih strežnikih vse stranke čakajo v eni čakalni vrsti, pri večkanalnih pa več strežnikov deluje hkrati, zato imamo tudi vzporedno več čakalnih vrst (na primer veleblagovnica z več blagajnami). Prav tako na sistem strežbe vpliva število korakov do končne storitve – enofazni in večfazni strežni sistemi. Na sliki 1 je grafični prikaz deležnikov sistema (Tratnik, 2000, str. 105).

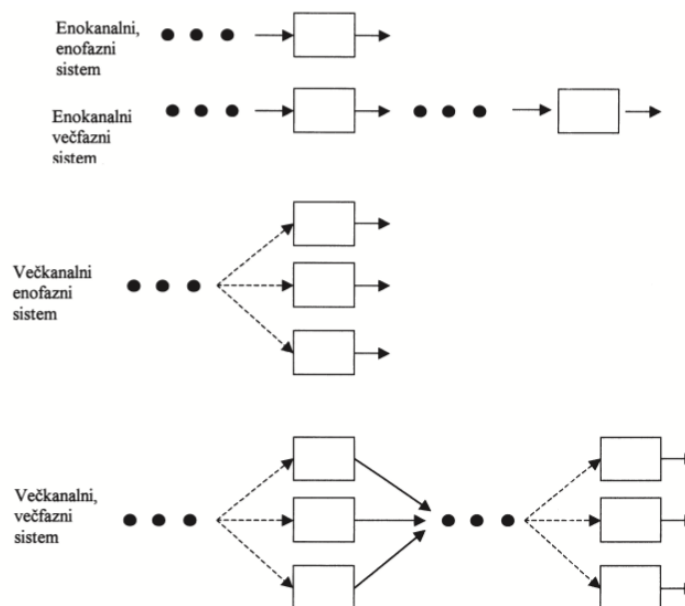
Slika 1: Enokanalni sistem



Vir: Tratnik (2000, str. 105).

Na sliki 2 pa so prikazni štirje najbolj značilni strežni sistemi (Tratnik, 2000, str. 105).

Slika 2: Najpogostejše različice čakalnih sistemov



Vir: Tratnik (2000, str. 105).

Pomembno vlogo v teoriji čakalnih vrst igra tudi povprečna izkoriščenost sistema, izražena v procentih. Večja ko je izkoriščenost sistema in njegovih strežnikov, daljše so čakalne vrste (Green, 2006, str. 283).

Disciplina čakalne vrste se navezuje na pravilo strežbe. Najpogosteje uporabljen način je: Kdor prvi pride, bo prvi postrežen, vendar se zaradi zmanjšanja zamud in vplivov na učinkovitost uporabljajo tudi druga pravila. Odličen primer v zdravstvu so stopnje nujnosti (angl. First come – First served) (Tratnik, 2000, str. 106).

V teoriji čakalnih vrst uporabljamo različne matematične metode, po katerih napovemo dogajanje v določenem sistemu s pomočjo simulacije ali analitičnega pristopa. Analiza čakalnih vrst omogoča hitro izvedbo z relativno malo podatki in preprostimi matematičnimi formulami. Simulacijski modeli so precej bolj kompleksni, vendar niso omejeni s predpostavkami kakor analitičen pristop. Različni avtorji so mnenja, da je najbolj smiselno v začetni fazi uporabiti analitični pristop, s katerim dobimo približne rezultate, ki jih kasneje z uporabo simulacije izboljšamo (Albin, Barrett, Ito & Mueller, 1990, str. 50).

Prav tako na čakalni čas vpliva velikost sistema (razmerje med povprečnim povpraševanjem in povprečnim trajanjem storitve), variabilnost povpraševanja in variabilnost izvedbe. Ob enaki izkoriščenosti sistema bo namreč čas čakanja pri večjih sistemih krajši kakor pri manjših, in to zaradi ekonomije obsega, ki pri večjih sistemih omogoča manjše zamude (Palvannan & Teow, 2012, str. 543).

Če bi želeli poenostaviti, bi lahko rekli, da je teorija čakalnih vrst enačba, odvisna od povpraševanja, zmogljivosti in dolžine čakalne vrste v okolju velike variabilnosti.

1.2.2 Teorija čakalnih vrst v zdravstvu

Teorija čakalnih vrst je metoda, ki se lahko uporablja tudi v zdravstvenih sistemih. V zdravstvu namreč pogosto prihaja do presežka povpraševanja nad ponudbo, zato nastajajo čakalne vrste, ki predstavljajo problem na različnih področjih. V tem primeru zdravniki, medicinsko osebje, bolnišnične postelje, zdravila in medicinsko tehnični pripomočki predstavljajo strežnike, medtem ko pacienti, ki vstopajo v zdravstveno obravnavo, nastopijo kot stranke. S pomočjo teorije čakalnih vrst lahko v zdravstvu količinsko opredelimo potrebno zmogljivost posamezne storitve za zadovoljevanje povpraševanja strank. Uporabljamo lahko analitično, simulacijsko ali kombinirano metodo (Ariff, Kamardan, Sufahani & Ali, 2018, str. 304).

Ker je pravočasen dostop do zdravstvene storitve naveden kot eden izmed ključnih dejavnikov dobrega zdravstvenega sistema (Green, 2006, str. 2), je namen analiz s pomočjo teorije čakalnih vrst oblikovanje učinkovitih sistemov čakalnih vrst. S pomočjo analize, ki jo izvedemo, namreč razumemo posamezne probleme v določenem sistemu, na podlagi česar lahko izboljšamo njegovo učinkovitost s pomočjo boljše alokacije virov in sredstev, ki imajo

določeno stroškovno omejitev. Prav tako je pomembno, da se izračunajo potrebne zmogljivosti (medicinsko osebje, postelje, medicinska oprema ...) za optimalno delovanje sistema ob danem povpraševanju za optimizacijo čakalnih dob (Palvannan & Teow, 2012, str. 541). To pomeni, da želimo maksimirati izkoriščenost strežnikov in ob tem imeti najkrajše možne čakalne dobe. Vredno pa je izpostaviti tudi ugotovitev Worthingtona s pomočjo teorije čakalnih vrst, ki je ugotovil, da ima povečanje zmogljivosti majhen vpliv na dolžino čakalne vrste, saj krajše čakalne dobe pri pacientih povzročijo učinek povečanega prihoda, kar posledično vodi v ponovno podaljšanje čakalnih dob (Hrovatin, 2016).

Številni viri v zdravstvenih ustanovah imajo dolgo časa fiksno zmogljivost (postelje, operacijske sobe, MR ...), kar pomeni, da naj teorija čakalnih vrst ne bi prišla v poštev. Problem pa se pojavi zaradi naključnega povpraševanja po teh storitvah, kjer je pravočasna oskrba lahko izredno pomembna za nadaljnje zdravljenje. V teh primerih lahko s pomočjo teorije čakalnih vrst ugotovljamo potrebe po dolgoročni zmogljivosti omenjenih strežnikov (Green, 2006, str. 7).

Posamezne organizacije se odločajo za analize področij, ki so najbolj problematična. Raziskava s pomočjo teorije čakalnih vrst, ki je bila narejena z analitično metodo v bolnišnici v Gani, je priporočila povečanje števila zdravnikov s trenutnih pet na optimalnih osem (Ariff, Kamardan, Sufahani & Ali, 2018, str. 304).

V Romuniji so za obdobje treh let izvedli raziskavo na urgentnem oddelku na področju pretoka bolnikov. Ogledali so si čakalne dobe na posameznem strežniku, rezultati pa so pokazali, da bi s spremembo sistemov optimizirali delovanje. Razvili so model, kjer je v sistemu več strežnih kanalov, s poudarkom na čakalni dobi pacienta za zdravljenje (Ariff, Kamardan, Sufahani & Ali, 2018, str. 304–305).

V Maleziji je bila izvedena simulacijska študija tokov gibanja pacientov na oddelku za nujne primere, s katero so hoteli ugotoviti porabo fizičnih virov in osebja. Zanimiva pa je tudi raziskava razporejanja medicinskih sester. Velikokrat se namreč predpostavlja, da imajo te enako raven znanja, kar pogosto ni res. Zato bi morali pri določanju urnikov upoštevati tudi njihove sposobnosti in jih primerno razporediti v različne izmene (Ariff, Kamardan, Sufahani & Ali, 2018, str. 306).

Suiadi & Zuhaimy vidita možnosti za izboljšavo tudi na področju izkoriščenosti operacijskih dvoran, predvsem v razporejanju v času največje konice in zunaj nje. V modelu so predlagali tudi vstop nekritičnih bolnikov na oddelek za nujne primere v času slabe izkoriščenosti (Ariff, Kamardan, Sufahani & Ali, 2018, str. 306).

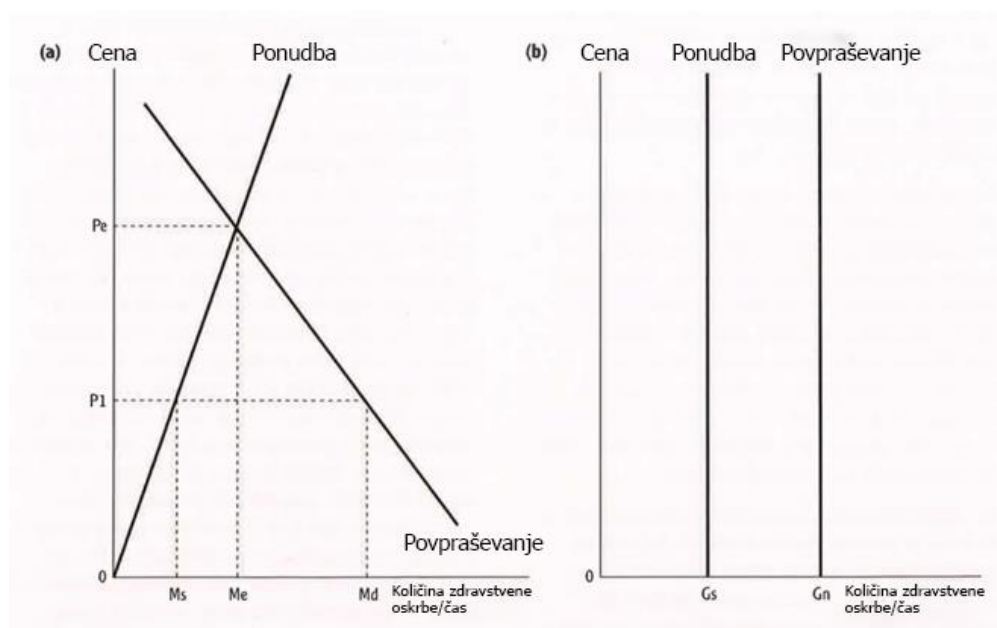
Čakanje v vrsti je pogosto v velikih gospodarskih panogah. Simulacija, analiza čakalne vrste in razporejanje pa so močna orodja, ki lahko vodijo tako drugje kot tudi v zdravstvenem sektorju v učinkovitejše upravljanje sistemov (Ariff, Kamardan, Sufahani & Ali, 2018, str. 306).

1.2.3 Ekonomska analiza čakalnih vrst

Čakalne vrste se pojavljajo, ko pride do presežka povpraševanja nad ponudbo, na kar vplivajo dejavniki na strani ponudbe in povpraševanja. Slovenski zdravstveni sistem temelji na načelu solidarnosti, kjer je plačnik ločen od uporabnika, kar vpliva na dogajanje na trgu, saj trg sam ne more uravnati in prilagajati cene danemu stanju (Martin & Smith, 1999, str. 141). Potrošniki se soočajo z navidezno ničelno ceno, kar vpliva na njihovo obnašanje in s tem na čakalne vrste (Edwards, 1997, str. 21).

Če napisano pogledamo še grafično, slika 3 prikazuje v levem delu povpraševanje in ponudbo po zdravstvenih storitvah v primeru tržnega gospodarstva, kjer se krivulja ponudbe od leve proti desni giba navzdol in prikazuje razmerje med ceno in povpraševano količino. Krivulja povpraševanja pa se giba navzgor, saj je v primeru višje cene povpraševanje manjše. V desnem delu slike sta prikazani krivulji ponudbe in povpraševanja, ki sta navpično postavljeni, saj je ponudba javno financirana in določena, zato na trgu ni povezave med ceno in dobavljeno količino (Edwards, 1997, str. 21).

Slika 3: Prikaz ponudbe in povpraševanja v primeru tržnega gospodarstva (levo) in v javnofinanciranem zdravstvenem sistemu (desno)



Vir: Edwards (1997, str. 21).

Ker trg sam cen ne uravnava, je bila predstavljena teorija časovnih cen, kjer čakalne vrste delujejo kot alternativa cenam, ki uravnavajo ponudbo in povpraševanje v zdravstvu. (Nichols, Smolensky & Tideman, 1971, str. 63). Bolniki namreč plačujejo tako imenovano časovno ceno, saj se določenim stvarjem ali zaslužku v času čakanja odpovedo. Omenjena teorija trdi, da se bodo posamezniki postavili v čakalno vrsto, ne bodo pa se odločili za zasebnega izvajalca ter plačali storitev pri njem, če je korist, pridobljena s takojšnjo oskrbo,

manjša ali enaka vrednosti zaslужka, ki bi jo morali opustiti zaradi čakanja na zdravstveno oskrbo. O teoriji časovnih cen se sicer porajajo razna vprašanja predvsem z vidika vrednosti denarja in časa različno premožnih posameznikov, saj menijo, da je čas dražji za tiste, ki zasluđujo več, in je vreden manj za tiste, ki zasluđujo malo (Culyer & Cullis, 1976).

Vplivamo lahko na dolžino čakalnih dob, da bodo čim bolj primerne. Kolikšna dolžina pa je še primerna? Primernost je odvisna od stopnje nujnosti, se pravi pri nujnih primerih naj je ne bi bilo, za nenujne primere pa je optimalna čakalna doba dosežena, ko je alokacija virov optimalno razporejena v sistem (Cullis, Jones & Propper, 2000, str. 1231).

Družbeno gledano, se optimalna čakalna doba razlikuje od ekonomskega vidika. Tukaj se proučuje obnašanje pacientov v zdravstvenih sistemih, ki se razlikujejo od posameznikovih preferenc (Lindsay & Feigenbaum 1984). Cullis in Jones (1986) sta Lindsayjev in Feigenbaumov model razširila na možnost nakupa zasebnega zdravstvenega varstva (Edwards, 1997, str. 24). Razvit je bil teoretični model ponudbe in povpraševanja, v katerem se čakalne dobe in cena zasebnega zdravstvenega varstva v trenutku prilagodijo tako, da se povpraševanje v javnem in zasebnem zdravstvenem sektorju enači z razpoložljivo ponudbo (Goddard, Malek & Tavakoli, 1995). Model združuje čakalne vrste bolnišničnega zdravljenja v javnem sektorju in prilagajanje cen na zasebnem trgu zdravstvenega varstva. Na strani povpraševanja naj bi se bolniki soočili z izbiro med takojšnjim zasebnim zdravljenjem, čakanjem na zdravljenje v javnem sektorju ali opustitvijo zdravljenja. Izbire bolnikov so odvisne od zdravstvenih in ekonomskih dejavnikov. Primeri zdravstvenih dejavnikov so resnost bolezni in pričakovana stopnja poslabšanja ali izboljšanja stanja. Primeri ekonomskih dejavnikov pa so dohodek, potrošniške cene in stroški zasebnega zdravljenja (Edwards, 1997, str. 24). Glavni prispevek k ekonomski literaturi o čakalnih vrstah je povezovanje vedenja javnega in zasebnega zdravstvenega sektorja z makroekonomskimi spremenljivkami.

Prav tako pa je možno družbene stroške čakanja ocenjevati na podlagi raziskav, ki proučujejo, pripravljenost za plačilo za določeno zdravstveno storitev. Ocenjuje se izbira med krajšim časom čakanja in večjim plačilom ter obratno. Glede na ugotovljeno, se lahko določa denarna vrednost krajših čakalnih dob za pacienta (Hrovatin, 2016).

2 ČAKALNE DOBE V SLOVENIJI

2.1 Splošno o čakalnih dobah v Sloveniji

Čeprav podatki o delovanju ključnih zdravstvenih kazalnikov kažejo dokaj ugodne rezultate oziroma ne odstopajo od evropskega povprečja, se tako Slovenija kakor druge države EU srečujemo z izzivi (naraščanje bremena kroničnih bolezni, povečevanje neenakosti v zdravju, grožnje zdravju, ki jih predstavljajo nove nalezljive bolezni, odpornost mikrobov

na zdravila, mobilnost pacientov in finančna vzdržnost zdravstvenih sistemov), ki bodo v prihodnosti vplivali na odločitve v zdravstveni politiki (ReNPZV16–25).

Za aktualne podatke o čakalnih dobah je pri nas odgovoren NIJZ, ki mesečno objavlja poročila o čakalnih dobah. Trenutno je zadnje poročilo objavljeno za časovno obdobje do 1. 2. 2021, posebej pa je obravnavano poglavje o posledicah epidemije covid-19 na čakalne dobe, kjer imamo podatke za obdobje od 15. 3. 2020 do 1. 6. 2020.

Kot omenjeno v uvodu, je po podatkih NIJZ na dan 1. 2. 2020 na prvi pregled izbranih 25 storitev čakalo 91.107 pacientov, kar je kar 32,2 % več kakor v enakem obdobju lani, ko je na prvi pregled čakalo 61.763 pacientov (NIJZ, 2020b).

Po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje je na dan 1. 2. 2021 za izbranih 379 analiziranih storitev čakalo 92.650 oseb, od tega je kar 39,81 % oseb, ki na prvi pregled v specialistični ambulantni čakajo dlje, kot je dopustna čakalna doba (NIJZ, 2021a).

Popolnoma nasprotno stanje pa kažejo podatki za čas epidemije v letu 2020. V sistemu eNaročanje se je število čakajočih v enoletnem časovnem obdobju zmanjšalo s 118.134 na dan 1. 2. 2020 na 92.650 na dan 1. 2. 2021. To predstavlja 25.484 čakajočih manj. Prav tako se je zmanjšalo število tistih, ki čakajo dlje, kot je dopustna čakalna doba. Za izbrano obdobje se je število bolnikov zmanjšalo za 2402 oziroma za 6,21 % (NIJZ, 2021a). Zakaj je tako, bomo razložili v poglavju o vplivih koronakrize na čakalne dobe.

Javnost in izvajalci zdravstvenih dejavnosti v Sloveniji menijo, da je pomanjkanje denarja nepomembnejši in največji vzrok za nastanek čakalnih dob. Predvidevajo, da bi s povečanjem denarnih sredstev težave odpravili, zato se največkrat kot rešitev navaja povečanje financiranja zdravstva s strani ZZZS) (Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj, 2015).

V praksi poznamo poskuse, ko sta ZZZS in vlada z zvišanjem cen in dodatnim denarjem že poskušala vplivati na skrajšanje čakalnih dob in s tem na zmanjšanje števila čakajočih. A čeprav so v nekaterih javnih zdravstvenih zavodih v letu 2020 beležili presežek prihodkov nad odhodki, čakalnih dob niso mogli skrajšati. Vzroke za nedopustno dolge čakalne dobe namreč najdemo tudi na organizacijskem in upravljalnem področju, v neusklojenem ravnanju med različnimi zdravstvenimi ravni in v pacientih samih (Direktorat za zdravstveno ekonomiko, 2021).

Pomembno je izpostaviti, da še do prekratim nismo imeli urejenega nadzora nad podatki o številu čakajočih za posamezne dejavnosti. Področje čakalnih dob v Sloveniji urejata Zakon o pacientovih pravicah in Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne storitve, glede na opredeljeno stopnjo nujnosti, ki izvajalcem nalaga, da vsakomesečno objavljajo in sporočajo število čakajočih Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje. NIJZ tako na mesečni ravni izdela poročilo o stanju čakalnih dob na nivoju celotne države. Posebnega nadzora nad pridobljenimi podatki tako nismo imeli, s čimer je bila kakovost teh podatkov

prepuščena izvajalcem samim (NIJZ, 2015). Problematika kakovosti podatkov o čakalnih vrstah naj bi bila delno rešena z uvedenim sistemom elektronskega naročanja v letu 2017 (Strgar, 2017).

2.2 Zakonska regulacija čakalnih dob v zdravstvu za Slovenijo

Po 50. členu Ustave Republike Slovenije (URS), Ur. l. RS, št. 33/91-I, 42/97 – UZS68, 66/00 – UZ80, 24/03 – UZ3a, 47, 68, 69/04 – UZ14, 69/04 – UZ43, 69/04 – UZ50, 68/06 – UZ121, 140, 143, 47/13 – UZ148, 47/13 – UZ90, 97, 99, 75/16 – UZ70a in 92/21 – UZ62a, je zdravstveno varstvo določeno kot pravica do socialne varnosti, ki jo zagotavlja država. V 51. členu navaja, da na podlagi zakonskih določil država zagotavlja pravico v okviru javnih sredstev. V Sloveniji je javni zdravstveni sistem pod okriljem ZZZS, ki je financiran iz prispevkov za obvezno zavarovanje in iz prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja, ki ga ponujajo tri zavarovalnice (Triglav, Generali in Vzajemna). Večina ustanov je javna, le manjši delež predstavljajo zasebniki in koncesionarji. Obravnave pri zasebnih izvajalcih se financirajo samoplačniško.

Na podlagi URS zdravstveno varstvo regulirajo različni zakoni. Poglejmo tiste, ki vplivajo tudi na čakalne dobe in čakalne sezname.

V Sloveniji Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), Ur. l. RS, št. 72/06-UPB, 114/06- ZUTPG, 91/07, 76/08-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, ZZVZZ, ureja zdravstveni sistem in zdravstveno zavarovanje, določa nosilce, opredeljuje odnose med deležniki in določa pravice do zdravstvenega zavarovanja. Čakalnih dob se dotakne v 44. členu, kjer določa, da v primeru presegajoče maksimalno določene čakalne dobe pacientu pripada pravica do zdravljenja v tujini in povračila vseh stroškov zaradi tega. Prav tako mu omenjena pravica pripada, če so v Sloveniji možnosti zdravljenja izčrpane, v tujini pa so na voljo in se pričakuje boljši končni izid.

Naslednji zakon, ki vpliva na čakalne sezname, je Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Ur. l. RS, št. 15/08, ki določa temeljne pacientove pravice in na podlagi katerega je bil sprejet tudi Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah, Ur. l. RS, št. 3/18, 201/20 in 103/21, sprejet 5. 1. 2018. Oba urejata tako vodenje čakalnih seznamov kakor področje čakalnih dob v javni mreži izvajalcev zdravstvene dejavnosti v Sloveniji.

ZPacP v 14. členu opredeljuje spoštovanje pacientovega časa. Zagotavlja se najkrajše možno čakanje, glede na zakonsko določen vrstni red. Pri tem velja, da morajo biti nujne zdravstvene storitve omogočene takoj, druge pa se ustrezno uvrstijo na čakalni seznam. Stopnjo nujnosti določi napotitveni zdravnik. Najdaljša čakalna doba se upošteva kot spoštovana, če je izbrana storitev v določenih okvirih dopustnih čakalnih dob pri najmanj

enem javnem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, določi pa jo minister za zdravje. Izvajalca zdravstvene storitve ima vsak pacient pravico izbrati sam, izvajalci pa so dolžni ponuditi več različnih možnosti za naročanje.

V 15. členu ZPacP določa čakalne seznane. Izvajalec je dolžan voditi čakalne seznane za vse zdravstvene storitve s čakalno dobo s točno določenimi potrebnimi podatki. Pri tem je pacient lahko del le enega čakalnega seznam pri enem izvajalcu.

V ZPacPu so opredeljena tudi točna navodila za ravnanje, če se pacient ne udeleži predvidene obravnave, glede na to ali gre za opravičljive ali neopravičljive razloge: a) določa, da se pacient lahko črta s čakalnega seznama, če svoje odsotnosti ni opravičil do 14 dni od dneva odsotnosti, b) če se pacient iz razumnih razlogov ni mogel udeležiti termina in je o svoji odsotnosti pravočasno obvestil izvajalca, mu je ta dolžan sporočiti nov datum obravnave. Prav tako pacientu, ki na termin čaka dlje od treh mesecev, pripada kontrolni pregled pri napotitvenem zdravniku.

ZPacP zagotavlja vsem čim hitrejši in enakopravnejši dostop do zdravstvenih storitev. S tem namenom je v 17. členu opredeljena tudi dostopnost do podatkov. NIJZ je dolžan paciente obveščati o seznamu vseh izvajalcev zdravstvenih storitev v javni mreži po posameznih storitvah ter prostih terminih pri njih, prav tako pa zagotavljati ažurne informacije o čakalnih dobah na nacionalni ravni, na podlagi česar se pacienti lahko svobodno odločajo o izbiri izvajalca.

Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah določa oblike naročanja na zdravstvene storitve, dostop do informacij o zdravstvenih delavcih in čakalnih dobah, dopustne razloge za odpoved terminov na strani izvajalca, upravljanje čakalnih seznamov in razvrščanje pacientov na njih, najdaljše čakalne dobe, glede na posamezno storitev in stopnjo nujnosti, ter način poročanja izvajalcev. Prav tako Pravilnik vsebuje nekatere prehodne in končne določbe o čakalnih dobah. Za začetek ortodontskega zdravljenja čakalna doba ne sme presegati 12 mesecev, za izdelavo protetičnih pripomočkov 6 mesecev, za ortopedske operacije 12 mesecev, prav tako za operacije krčnih žil in za oralno in maksilofacialno kirurgijo. Pravilnik NIJZ-ju nalaga vsakomesečno objavo poročila statističnih podatkov za čakalne dobe po posameznih stopnjah nujnosti, o številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo in prvih prostih terminih. Prav tako pravilnik določa tudi obveznosti izvajalca v primeru presežene najdaljše dopustne čakalne dobe.

Naslednji zakon, vezan na čakalne dobe, je Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ), Ur. l. RS, št. 65/00, ki določa obdelavo podatkov in zbiranje podatkov s področja zdravstvenega varstva in eZdravja ter njihovo upravljanje in posredovanje.

Splošni dogovor predstavlja sporazum, sprejet vsako leto med ZZS, Ministrstvom za zdravje in predstavniki izvajalcev, kot so zbornica in razna združenja. Določa namreč obseg

izvajanja programov in posameznih zdravstvenih storitev ter njihove cene in način financiranja. Splošni dogovor, sprejet za leto 2021, opredeljuje vrsto in obseg programov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, potrebne zmogljivosti za izvedbo, potrebna sredstva, izhodišča za oblikovanje cen in druge potrebne podlage za sklepanje pogodb med deležniki. V letošnjem letu so tudi v splošnem dogovoru sprejete nekatere spremembe zaradi posledic, ki jih je povzročila epidemija. V deležu obveznega zavarovanja je namenjenih dodatnih 2,2 milijona evrov za duševno zdravje otrok, saj se je v času širjenja novega koronavirusa število otrok, ki na tem področju potrebujejo urgentno obravnavo, močno povečalo. Prav tako so v Dogovoru navedene nove cene storitev za zdravljenje covid-19, vzpostavitev petih novih mobilnih paliativnih timov in širitev programa na primarni ravni za 2,1 milijona evrov (Ministrstvo za zdravje, 2021a).

Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZD), 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, obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih izvajajo zdravstveni delavci, ter nadzorne pristojnosti ob morebitnih kršitvah. Za obravnavo različnih kršitev so odgovorni naslednji organi: ZZZS nadzira izpolnjevanje pogodb, ki so bile sklenjene z namenom opravljanja zdravstvene dejavnosti; Ministrstvo za zdravje je odgovorno za nadzor izpolnjevanja zakonskih določb ZZD-ja ter vodenje evidenc izdanih soglasij za opravljanje zdravstvene dejavnosti; delodajalci so odgovorni za nadzor določil Zakona o prepovedi konkurenčne dejavnosti, ki velja za vse zaposlene v javnih zavodih; za inšpekcijski nadzor pa skrbita tržna inšpekcija in Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije (v nadaljevanju ZIRS).

Nadzor spoštovanja zakonskih določil o čakalnih dobah in čakalnih seznamih redno opravljajo ZZZS, Ministrstvo za zdravje in ZIRS (Hrovatin, 2016, str. 27). Na podlagi 44. člena Dogovora se kršitve pogodbenih obveznosti kaznujejo z vnaprej določenimi pogodbenimi kaznimi za izvajalce. Sredstva iz naslova pogodbenih kazni Zavod nameni za programe za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu.

2.3 Vodenje čakalnih seznamov v Sloveniji

Podatki o čakalnih dobah so pomembni tako za paciente, zdravnike kakor za vodstveni kader bolnišnic ter zdravstvenih zavodov in politike (Zajec, 2018). Zato so na podlagi ZPacP izvajalci zdravstvenih storitev, ki so del javne mreže, dolžni na mesečni ravni sporočati podatke o čakalnih dobah Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (NIJZ), ki na podlagi tega objavlja mesečna poročila o številu čakajočih pacientov po posameznih stopnjah nujnosti, številu čakajočih nad najdaljšo dopustno čakalno dobo po posameznih stopnjah nujnosti, prvih prostih terminih po posameznih stopnjah nujnosti in realiziranih čakalnih dobah za posamezno stopnjo. Vsi naštetih podatki se objavljajo po izvajalcih in za storitve, ki so določene na podlagi Dogovora (Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah).

Na čakalni seznam izvajalec uvrsti vsakega pacienta, ki uveljavlja pravico do zdravstvene storitve, za katero obstajajo čakalni seznam. Pacienti, ki si želijo storitev opraviti pri izvajalcu, ki ni del javne mreže, se vodijo na ločenem seznamu čakalnih vrst (Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah).

Ob uvrščanju na čakalni seznam se upoštevajo stopnja nujnosti ter datum in čas prispele napotnice. Kadar pacient uveljavlja pravico do izbire izvajalca, se želja na čakalnem seznamu označi, pacient pa se opozori o možnosti preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe zaradi tega. Kako visoko na čakalni seznam bo pacient uvrščen, je odvisno od stopnje nujnosti, ki jo predpiše zdravnik. V Sloveniji poznamo naslednje stopnje nujnosti: redno, hitro, zelo hitro in nujno. Najdaljša dopustna čakalna doba je odvisna od stopnje nujnosti, opredeljene na napotnici. Ko je stopnja nujnosti opredeljena kot »nujno«, ni predmet čakalnega seznama, saj je obravnava izvedena nemudoma oziroma v 24 urah od predložitve napotnice. Zdravstvene storitve označene z "zelo hitro" morajo biti izvedene v roku 14 dni od predložitve napotnice, tiste, ki so opredeljene kot "hitro", se izvedejo v maksimalno treh mesecih po predložitvi napotnice, medtem ko se zdravstvene storitve s stopnjo nujnosti "redno" izvedejo najpozneje v šestih mesecih od predložene napotnice. V analizi, ki je predmet dela, si bomo podrobneje ogledali stopnje nujnosti zelo hitro, hitro in redno, saj se nujna stanja obravnavajo urgentno in niso predmet čakalnih vrst. Naštete omejitve v zvezi z najdaljšo dopustno čakalno dobo pa ne veljajo v primeru, ko zavarovana oseba želi storitev opraviti pri točno določenem, izbranem izvajalcu ali kadar pacient uveljavlja pravico do nadomestnega termina (ZZZS, brez datuma).

Pojem čakalna doba v Sloveniji opredeljuje obdobje od vpisa na čakalni seznam do izvedbe zdravstvene storitve, realizirano čakalno dobo pa izračunamo kot povprečno čakalno dobo vseh pacientov v obravnavi zadnjega meseca (NIJZ, 2021a). NIJZ v mesečnih poročilih prikazuje statistični pregled nabora 379 terapevtsko-diagnostičnih storitev in 25 vrst storitev, ki se nanašajo na prve preglede, medtem ko seznamov za čakalne dobe za kontrolne preglede ne beležijo. Ekonomistka in strokovnjakinja za zdravstveno ekonomiko Marjeta Kuhar, Biserka Simčič, strokovnjakinja za kakovost in varnost sistema zdravstvenega varstva, in nekdanji minister za zdravje, zdravnik, Dorjan Marušič, ki že več let dosledno spremljajo in analizirajo javno dostopne podatke o čakalnih dobah in na tej osnovi pripravljajo strokovne usmeritve za nadaljnje ukrepanje na tem področju, pravijo: »Število čakajočih v zdravstvu se je od januarja 2014 do januarja 2018 povečalo za 51,2 odstotka, število čakajočih nad dopustno čakalno dobo pa za kar 309,1 odstotka.«

Portal o čakalnih dobah in NIJZ omogočata pacientu ažuren vpogled v podatke o čakalnih dobah pri posameznih izvajalcih za določene storitve in preglede, s čimer mu omogoči lažjo odločitev o izboru izvajalca, pri katerem je čakalna doba krajša. Problem predstavlja slab nadzor nad podatki, o katerih se poroča, saj zanje odgovarjajo izvajalci sami. NIJZ ima kontrolo samo o poročanju, kar pomeni, da vrši nadzor le nad tem, kdo poroča pravočasno in kdo ne. Kakšni so ti podatki, pa vedo le izvajalci. Na spletnih mestih posameznih izvajalcev so prikazani podatki, ki so pogosto zastareli in netočni. ZZZS, ZIRS in Računsko

sodišče tudi izvajajo nadzor nad vodenjem čakalnih seznamov pri posameznih izvajalcih, vendar to poteka vzorčno.

V letu 2019 je ZZZS nadzor usmeril predvsem na stanje in spodbujanje storitev eNaročanja. Izvedenih je bilo 15 nadzorov nad vodenjem čakalnih seznamov in izrečenih za 2600 evrov pogodbenih kazni.

S strani Zdravstvenega inšpektorata je bilo v letu 2019 izvedenih 26 pregledov v bolnišnicah, 73 v zdravstvenih domovih, 7 v zdraviliščih in 558 pri zasebnikih. Rezultati so pokazali, da podatki v skoraj polovici primerov niso pravilni niti posodobljeni. Inšpektorat je zaradi neskladnosti izdal 50 ureditvenih odločb, izrekel 315 opozoril po Zakonu o inšpekcijskem postopku in 316 opozoril po Zakonu o prekrških. Poleg tega je izrekel en opomin in izdal eno odločbo z globo, štiri sklepe o dovolitvi izvržbe in en sklep o denarni kazni. Na podlagi letnega poročila ZZZS in poročila o delu ZIRS gre v večini primerov za napačno dodeljene stopnje nujnosti, obravnave pacientov, ki niso bili del čakalnih seznamov, nepopolne podatke na seznamih, prav tako podatki nekje niso bili posodobljeni, pacienti so bili vpisani na čakalni seznam na isti dan, kot so bile izvedene storitve, čeprav ni šlo za nujen primer. Večji nadzor čakalnih seznamov je bil izveden tudi v letu 2014 in 2015 za večja izvajalca, in sicer za UKC Ljubljana in za Dermatologijo Bartenjev-Rogl, d.o.o., Ljubljana, kjer so bile prav tako ugotovljene številne nepravilnosti (Računsko sodišče Republike Slovenije, 2014) o nezagotavljanju enakopravnosti pri obravnavi pacientov (ZZZS, 2016). V letu 2022 je potekal tudi upravni nadzor Ortopedske bolnišnice Valdoltra, zato poročila o ugotovitvah še ni možno podati (Ministrstvo za zdravje, 2020a).

Z elektronskim vodenjem čakalnih seznamov naj bi bili natančnost in zanesljivost večji, kar je tudi del projekta e-zdravje, ki se od leta 2004 kot prioriteta naloga uvaja na področju zdravstvene politike (M. A. H., 2012). Izvajanje projekta se je začelo v letu 2008, implementacija naj bi se pod okriljem Ministrstva za zdravje zaključila do leta 2015, ker se to ni zgodilo, je izvajanje na podlagi Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva pripadlo NIJZ-ju. Poleg tehnološkega izziva se je projekt soočal tudi z izzivom prilagoditev družbe (Ministrstvo za zdravje, 2018).

Reševanje problematike čakalnih dob je v resnici kompleksen problem, ki ga tudi uspešna implementacija projekta in digitalizacija sama na sebi ne moreta rešiti. Potrebne so sistemske spremembe (Ministrstvo za zdravje, 2015), stalne analize obstoječega stanja in načrti za prihodnost. V sklopu izboljšanja stanja so bili sprejeti številni ukrepi, omenjeni v sklopu Resolucije o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2015–2025, prav tako je bil v ta namen pripravljen poseben projekt v letu 2017 Posebni vladni projekt za skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave (Ministrstvo za zdravje, 2017), pogovor o skrajševanju čakalnih dob je tekkel tudi na 331. seji ekonomsko-socialnega sveta z takratnim ministrom Pavlom Gantarjem (Ministrstvo za zdravje, 2020b).

Poklukar in Cuglej (Ministrstvo za zdravje, 2021b) sta predstavila Nacionalni razpis za izboljšanje dostopnosti zdravstvenih storitev, katerega cilj je zmanjšati število čakajočih nad dopustno čakalno dobo. V sklopu razpisa bo obravnavnih več kot 20 tisoč dodatnih pacientov, za kar bodo namenili 65 milijonov evrov.

Prav tako pa bi bilo treba znova opredeliti in bolj natančno določiti postopke nadzorov. Trenutno stanje namreč nima zelenega vpliva niti ne odpravlja obstoječih pomanjkljivosti, saj je kršitev iz leta v leto več. Ker se nadzor v določenih primerih izvaja zgolj vzorčno, nimamo niti realne predstave o stanju vodenja čakalnih seznamov pri posameznih izvajalcih.

2.4 Vpliv epidemije covid-19 na čakalne dobe

V tem trenutku še ni mogoče popolnoma oceniti, kako je covid-19 vplival na podaljšanje čakalnih dob in tudi na zdravstveno stanje tistih, ki kljub slabemu počutju niso bili deležni potrebne obravnave ali si niso upali izkazati potrebe po obravnavi, da ne bi tvegali okužbe z neznanim novim koronavirusom. Problemi so kompleksni in jih niti pri nas niti v svetu ni malo. To potrjuje tudi Tanja Španić, predsednica združenja Europa Donna. Največji problem namreč vidi v triaži, kjer pacienti pravzaprav niso mogli priti do obravnave, saj se je zataknilo na primarni ravni. Posledice dogajanja bodo med nami še dolgo in niso zanemarljive. Vplivale bodo tako na podaljšanje čakalnih dob kot na izgubljeni čas za (o)zdravljenje (Strgar, 2017).

Na podlagi letnega poročila ZZZS izvemo, da je v letu 2020 realizacija zdravstvenih storitev zaradi epidemije padla na raven leta 2013–2014, v primerjavi z letom 2019 pa se je število vseh obravnav zmanjšalo za skoraj milijon. Od tega največji delež prvih pregledov. Poročanje o stanju po epidemiji pa je izredno zahtevno, saj številke in s tem ugotovitve še ne sledijo trendom. Prav tako novi in različni dejavniki ter njihovo prepletanje onemogočajo medletne primerjave (ZZZS, 2020).

Tudi na ekonomski fakulteti so v sklopu akcije EF prispeva organizirali pogovor z naslovom COVID-19: Nevarnost in priložnost za slovenski zdravstveni sistem, s strokovnjaki z različnih področij zdravstva, kjer je potekal pogovor o slabostih in prednostih, ki jih pandemija razkriva, kakšni do izdatki, povezani z njo, nauki, ki nam jih bo prinesla, kako bo vplivala na digitalizacijo in o podobnih zanimivih in aktualnih temah. Eden večjih izzivov, ki jih je epidemija prinesla, je dodatno financiranje. Ali nam bo dodatna sredstva uspelo zagotoviti ali bodo krita iz proračuna? Kako se bo pokrila izpad dejavnosti tako privatnega kakor javnega sektorja, so vprašanja, ki jih je dr. Došenović Bonča naslovila na direktorja ZZZS-ja Marjana Sušlja (Ekonomska fakulteta, 2020). Trenutno je zaupanje v slovensko zdravstvo med prebivalci visoko, država pa se je hitro odzvala s spodbudo malim podjetjem in zagotavljanjem potrebnih sredstev. Sušelj izpostavi tri glavne vzroke za povečanje izdatkov. Prvi je seveda izpad programa, ki za bolnišnice predstavlja veliko breme, nove storitve, ki jih je prinesla epidemija (sprejemni centri, dodatna oprema ...) in odsotnost delavcev iz delovnih procesov zaradi povečane obolevosti. ZZZS sicer ima rezervo v višini

pribl. 35 milijonov evrov za izredne razmere, kot je epidemija, s katero lahko določen del pokrijejo, vendar se moramo zavedati, da so stroški v času epidemije izredno visoki. Nakup dodatnih respiratorjev je odličen primer, saj 100 respiratorjev stane pribl. 5 milijonov evrov. Država je v danem trenutku prevzela določene stroške, kot so financiranje bolniških odsotnosti do 30 dni, kar je znašalo v grobem 55 milijonov evrov, le v obdobju prvega vala. Prav tako je prevzela stroške financiranja zdravstvenega zavarovanja za tiste, ki v tem obdobju niso mogli izvajati svojih dejavnosti, kar znaša še dodatnih 110 milijonov evrov. Velik manko pa čuti ZZZS na področju prispevkov za zdravstveno zavarovanje. V letošnjem letu zato pričakujejo kar za 200 milijonov manj virov kakor v preteklem letu. Rezerve iz prejšnjih let in dodatek za epidemijo manko zmanjšata na približno 150-milijonski primanjkljaj, kar ima posledice na dolžino čakalne dobe in s tem na zdravje ljudi. Že številke po prvem valu zbujaajo skrbi, danes pa vemo, da je bil to le začetek nove realnosti, v kateri postopki potekajo drugače, meni direktor Univerzitetne klinike za pljučne bolezni in alergijo Golnik dr. Aleš Rozman. V praksi se namreč soočamo z daljšimi postopki obravnave. Kot primer Sušelj poda obravnave v zobozdravstvenem sektorju. Pred epidemijo so namreč obravnavali 20 pacientov, med epidemijo je bilo opravljenih le 7 pregledov dnevno. Podobna situacija je tudi v fizioterapevtski obravnavi. Poleg financiranja lahko razlog za nastanek čakalnih vrst iščemo tudi v pomanjkanju kapacitet, ki so v času pandemije ključnega pomena. Vzrok je lahko tudi neuskkljena struktura košarice in potreb prebivalstva, opozori dr. Došenović Bonča. Kriza, v kateri smo se znašli, pa je odlična priložnost za premislek o dilemi, kaj je smiselno financirati in kaj ne, saj so prilagoditve zdravstvenega sistema nujne (Ekonomska fakulteta, 2020).

Nacionalni inštitut za javno zdravje je v juniju objavil poročilo o stanju po prvem valu koronakrize za obdobje od 16. 3. 2020 do 1. 6. 2020. Prav tako kot v mesečnih poročilih so tudi tukaj izračuni in prikazi narejeni na osnovi približno 400 izbranih zdravstvenih storitev s področja specialističnih pregledov in drugih terapevtsko diagnostičnih storitev.

Zelo velik vpliv na stanje v času med epidemijo in po njej so na slovensko zdravstvo imele pravne ureditve. V Republiki Sloveniji je bila s strani ministrstva za zdravje izdana odredba o razglasitvi epidemije nalezljive bolezni SARS CoV – 2 (covid-19) dne 12. 3. 2020, čemur je sledila objava odloka o začasnih ukrepih na področju zdravstvene dejavnosti z namenom zaježitve epidemije covid-19. Na podlagi odloka so bili odpovedani vsi operativni posegi in specialistični pregledi, razen tistih, ki so bili označeni s stopnjo nujnosti nujno ali zelo hitro, onkološke storitve in obravnave nosečnic. Ponovno izvajanje vseh zdravstvenih in zobozdravstvenih storitev se je začelo z 9. 5. 2020, ko je Vlada Republike Slovenije sprejela nov odlok, s katerim je omenjenega preklicala (NIJZ, 2020a).

V času celotnega trajanja epidemije je bilo na podlagi podatkov, pridobljenih iz sistema eNaročanje, na prvi pregled naročenih 67.168 pacientov. Od tega je bilo iz različnih razlogov preklicanih kar 14.690 naročil, realiziranih pa zgolj 17.162 prvih pregledov. Ko od skupnega števila naročenih na dan 15. 3. 2020 odštejemo realizirane in preklicane, dobimo dobrih 35

tisoč naročil, ki niso bila izvedena, ob koncu epidemije 1. 6. 2020 pa na novih seznamih niso zabeležena (NIJZ, 2020a).

Glede na uradne podatke, zato vemo, da se bo začasno uradno število čakajočih sicer res zmanjšalo, vendar se bo pokazalo realno stanje šele, ko bodo izvajalci prenaročili vse, ki zaradi epidemije niso bili deležni potrebne storitve, ter temu prišteli še nove. Takrat bomo videli, da so se čakalni seznam v času epidemije realno močno povečali.

Največje povečanje čakalnih dob najdemo tako pri prvih pregledih kot pri terapevtsko-diagnostičnih storitvah, pri stopnjah nujnosti, ki se zaradi prej omenjenega odloka niso izvajale.

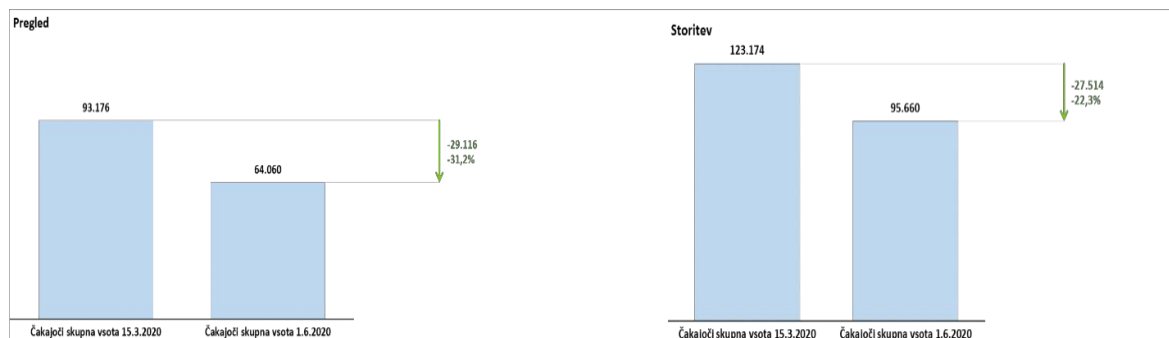
Na problem, da številke še ne prikazujejo realnega stanja čakalnih dob v državi po epidemiji, opozarja tudi predsednik zdravniškega društva prof. dr. Radko Komadina, ki je prepričan, da je bila epidemija med drugim tudi test vzdržnosti zdravstvenega sistema, kjer bodo njegovi problem postali še izrazitejši. Poleg že zgoraj omenjenega problema prenaročanja in neopravljanja določenih storitev mnogo pacientov ni bilo deležnih obravnave zaradi strahu zdravnika pred neznanim virusom ter slabše in teže dostopnih zdravstvenih storitev na primarni ravni. Zaradi tega je logično, da je bilo tudi število napotitev na specialistične preglede mnogo manjše (Zajec, 2020).

Na podlagi podatkov, pridobljenih iz sistema eNaročanje, je razvidno, da se je v času epidemije število napotitev na specialistične preglede ter število zdravstvenih storitev na sekundarnem in terciarnem nivoju zmanjšalo za skoraj 50 %. Največji upad izdanih napotnic je bil v času od začetka epidemije pa do sredine aprila. Z majem, ko je Odlok o začasni ukrepih na področju zdravstvene dejavnosti nehal veljati in je bilo zopet dovoljeno izvajanje hitrih in rednih zdravstvenih programov, pa se je število napotitev normaliziralo in pripeljalo do realnega razmerja pri številu izdanih napotnic, glede na stopnjo nujnosti. V času od 16. 3. do 9. 5. 2020 je bilo namreč izdano v povprečju tisoč napotnic dnevno, po 9. 5. pa se je to povprečje povečalo za nekaj manj kot 300 odstotkov (NIJZ, 2020a).

Na sliki 4 sta prikazani število čakajočih na prvi pregled in terapevtsko-diagnostične storitve ter njegovo spreminjanje od prvega do zadnjega dneva epidemije. Podatke torej primerjamo za časovno obdobje od 15. 3. do 1. 6. 2020.

Število čakajočih na prvi pregled naj bi se za izbrano časovno obdobje zmanjšalo kar za 31,2 % in je padlo s 93.176 na 64.060 čakajočih. Zmanjšano število čakajočih za 30 tisoč je stanje, ki nam ne prikazuje realne slike, ampak je posledica neizvajanja hitrih in rednih programov. V tem obdobju je namreč večini termin potekel, novih pa zaradi neizvajanja programov izvajalci še niso dodelili.

Slika 4: Število čakajočih za izbran nabor prvih pregledov in terapevtsko-diagnostičnih storitev na dan 1. 6. 2020 v primerjavi z dnem 15. 3. 2020

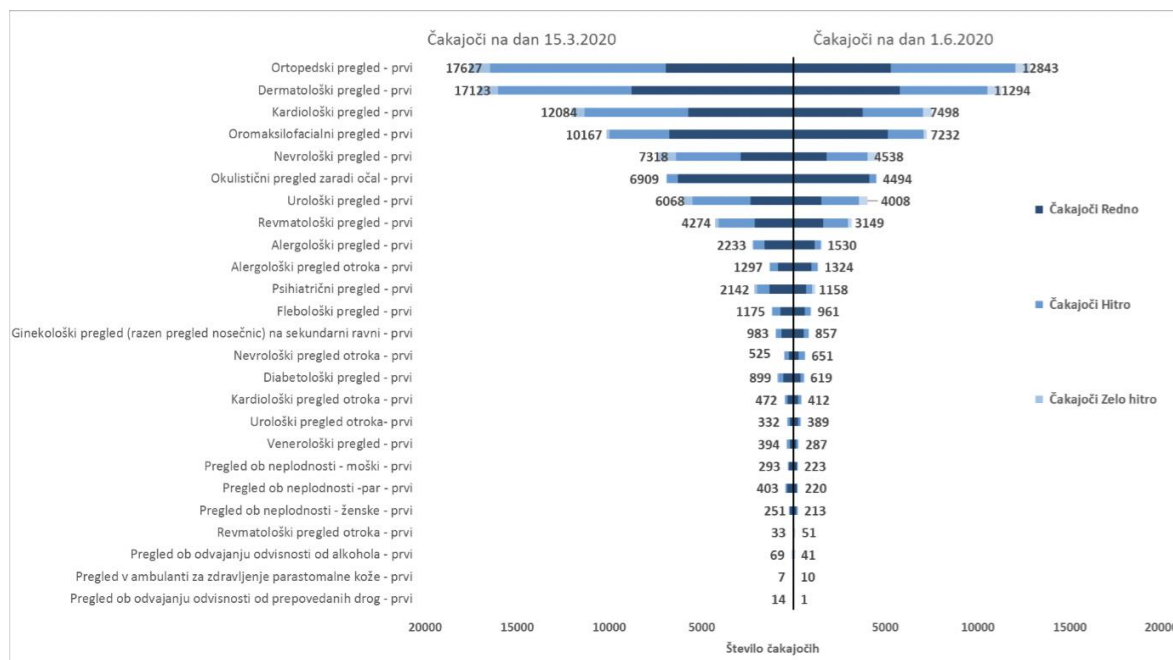


Vir: NIJZ (2020a).

Tema oziroma obravnavano področje magistrskega dela so ortopedske storitve, prikazane na sliki 5, kjer je jasno razvidno, da je največ čakajočih še vedno ravno na področju ortopedije.

Zanima pa nas, kje se je v proučevanem obdobju število čakajočih na prvi pregled najbolj zmanjšalo, kar pomeni, da še nimajo novega termina za prvi pregled ali še niso bili prenaročeni. Na podlagi sistema eNaročanje vidimo, da se je skupno število čakajočih na prvi pregled najbolj zmanjšalo na področju dermatologije, ki ji sledi ortopedija z mankom 4487 oseb.

Slika 5: Prikaz spremembe skupnega števila čakajočih po stopnjah nujnosti v času od 15. 3. do 1. 6. 2020 za nabor prvih pregledov.



Vir: NIJZ (2020a).

Trenutno na podlagi podatkov o napotitvah in na podlagi podatkov o naročilih, ki se kažejo v številu čakajočih in manku tistih, ki na storitev še čakajo brez datuma, ocenjujejo na približno 60 tisoč pacientov, kar je več kot 27 % čakajočih v času pred začetkom epidemije (NIJZ, 2020a).

Na ZZZS predvidevajo, da so se čakalne dobe zaradi koronavirusa v zadnjem času podaljšale, ker izvajalci zdravstvene dejavnosti v času epidemije niso izvajali nekaterih zdravstvenih storitev. »Pričakujemo, da se bodo ustrezno organizirali in do konca leta izvedli ves program zdravstvenih storitev, za katerega so se zavezali s pogodbo z ZZZS, in tako odpravili 'zaostanke', ki so nastali v času epidemije.« (Korošec, 2020).

3 ČAKALNE DOBE NA PODROČJU ORTOPEDIJE V SLOVENIJI

3.1 Značilnosti čakalnih dob na področju ortopedije v Sloveniji

Ortopedija predstavlja vejo medicine, ki se ukvarja s poškodbami in boleznimi gibal. Osredotoča se predvsem na nepravilnosti v sklepih in kosteh. Začetki ortopedije segajo že v čas 2. svetovne vojne (združenje ortopedov SZD). V zgodovini se je ortopedija najpogosteje ukvarjala z boleznimi pri otrocih, kot so skolioza, otroška paraliza, tuberkuloza in razne prirojene deformacije kosti. Velik del omenjenih bolezni je v zadnjih desetletjih izzvenel, pojavlja pa se problematika, vezana na podaljševanje življenjske dobe – degenerativne bolezni, športne, poklicne in prometne poškodbe ter zlomi zaradi osteoporoze (Arko, 2015).

Danes je ortopedija predvsem kirurška stroka, del nje pa je ostal terapevtske narave. Kirurške tehnike, medicinski in tehnični pripomočki se razvijajo s svetlobno hitrostjo, kar omogoča nove načine zdravljenja. V ortopediji se je velik preskok zgodil ob odkritju X-žarkov v letu 1895, s čimer se je diagnostična medicina močno razvila, danes pa si je več ne predstavljamo brez rentgena, ultrazvoka in magnetne resonance (Arko, 2015). Prav tako pa velik del kirurškega zdravljenja dandanes predstavljajo operativni posegi v obliki artroskopij, ki so manj invazivni posegi in imajo dolgoročno odlične rezultate (ABC zdravja, 2016).

Na področje neoperativnega zdravljenja uvrščamo vse rehabilitacijske postopke, fizioterapevtske obravnave, prehranska dopolnila, protibolečinska ter protivnetna mazila in zdravila, zdravljenje z matičnimi celicami in kolagenske in hialuronske inekcije. Tesno je povezana tudi z drugimi specialnostmi, kot so pediatrija, nevrologija, fizikalna medicina, travmatologija, revmatologija in druge (Arko, 2015).

Bolezni, vezane na stanje kostno-mišičnega sistema, predstavljajo v Slovenij velik zdravstveni problem in breme zdravstvenega sistema. Bolečine v sklepih so namreč najbolj pogosta okvara pri ljudeh, z vse bolj sedečim in neaktivnim načinom življenja pa se pogostost omenjenih težav stalno povečuje. Gre predvsem za degenerativne spremembe in

dolgotrajne bolečine, ki vplivajo na kakovost življenja, velikokrat tudi na zmožnost za delo. Veliko družbeno breme predstavljajo ravno stroški z naslova absentizma in predčasnega upokojevanja. Zato so potrebni preventiva, zdrav življenjski slog in pravočasna dostopnost zdravljenja, ki danes predstavlja velik izziv, tudi na področju ortopedije. Ker gre večinoma za boleznimi in stanja, zaradi katerih človek ne umre, težko pa živi, se pozna tudi pri prednostni obravnavi. Pred kratkim se je namreč oglasil predstojnik ortopedskega oddelka SB Šempeter pri Gorici, ki opozarja na alarmantno stanje ortopedskega oddelka in pravi, da jim v času po epidemiji grozi ukinitvev ortopedske dejavnosti. Zakaj je tako in kako bo v prihodnje, od vodstva ne dobi odgovora (M., R., 2021).

V Sloveniji imamo dve bolnišnici za ortopedijo, in sicer Ortopedska klinika Ljubljana in Ortopedska bolnišnica Valdoltra. V vedno več bolnišnicah pa imajo ortopedske oddelke, ravno zaradi problema dolgih čakalnih vrst pa se na tem področju pojavljajo zasebni izvajalci, ki v nadstandardnih klinikah in ambulantah ponujajo zgolj samoplačniško zdravljenje (NIJZ, 2021b).

Najpogostejše bolezni gibal so artroza oziroma obraba različnih sklepov, bolečine v hrbtu in vratu, zlomi, poškodbe meniskusa, vnetne bolezni – artritis, poškodbe tetive in kolena. Ortopedska klinika Ljubljana sporoča podatke čakalnih dob o 12 operativnih posegih. Najdaljša čakalna doba je zabeležena pri operaciji nožnega palca Halux valgus, kjer naročeni čakajo skoraj štiri leta in pol pri stopnji nujnosti hitro in skoraj 10 let pri stopnji nujnosti redno (Ortopedska klinika Ljubljana, 2021).

Povprečna čakalna doba za prvi ortopedski poseg pa znaša pri stopnji nujnosti redno 90 dni (NIJZ, 2021a). Primer, ki meče slabo luč na zdravstveni sistem in je bil v mesecu juliju tudi medijsko izpostavljen, je primer Ljutića, ki je za operacijo nosu dobil termin, oddaljen skoraj 10 let (Lobe, 2021).

3.2 Podatki o čakalnih dobah na področju ortopedije v Sloveniji

Za kasnejšo analizo so podatki ključnega pomena, zato pogledajmo nekaj števil v zvezi s čakalnimi dobami s področja ortopedije v Sloveniji. Do leta 2018 so poročila NIJZ-ja temeljila na podatkih, ki so bili pridobljeni iz sistema NAČAS, zato predstavim podatke od leta 2018 dalje, odkar se uporabljajo podatki, ki temeljijo na sistemu eNaročanje. Zaradi različne metodologije obeh sistemov je prejšnja poročila NIJZ nemogoče primerjati s tistimi po letu 2018 (NIJZ, 2018). Podatke o čakalnih dobah, številu čakajočih in številu čakajočih nad maksimalno čakalno dobo prikažemo v tabeli 1. Kot vidimo, se je način vodenja in pisanja poročil v letih nekoliko spreminjal. Povprečna čakalna doba za stopnjo nujnosti zelo hitro se je začela voditi po februarju 2018. Zavedati pa se moramo, da je na kakovost oziroma nerealno stanje spodnjih podatkov močno vplivala epidemija.

Če pogledamo številke za prvi pregled v ortopediji v letu 2020 in 2021, vidimo, da je povprečna čakalna doba močno padla z 90,3 dneva na dan 1. 2. 2020 tik pred epidemijo na

59,8 dneva na dan 1. 2. 2021. Kot je omenjeno v uvodu, je po podatkih Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) na dan 1. 2. 2020 na prvi pregled izbranih 25 storitev čakalo 91.107 pacientov, kar je kar 32,2 % več kakor v enakem obdobju lani, ko je na prvi pregled čakalo 61.763 pacientov (NIJZ, 2020b).

Med vsemi specialnostmi najdemo največ čakajočih na prvi pregled ravno na področju ortopedije. Skupno število čakajočih na prvi pregled na dan 1. 2. 2021 tako znaša 10.501. Od tega jih pri stopnji nujnosti “redno” čaka 3929, 5515 pri stopnji “hitro” in 1057 pri stopnji “zelo hitro” (NIJZ, 2021a).

Tabela 1: Podatki o povprečnih čakalnih dobah za prvi specialistični pregled v ortopediji, številu vseh čakajočih, številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo ter povprečna čakalna doba po posameznih stopnjah za prvi pregled od februarja 2018 do februarja 2021

Datum	Povprečna ČD (1)	Skupno (2) št. čakajočih	Čakajoči nad max ČD (3)	Povprečna ČD: zelo hitro	Povprečna ČD: hitro	Povprečna ČD: redno
1. 2. 2018	78,5	17.080	6.208	-	67,4	89,5
1. 2. 2019	84	13.738	7.344	33,3	89,5	129,2
1. 2. 2020	90,3	17.567	7.391	36,2	96,1	138,6
1. 2. 2021	59,8	10.501	4.814	24,2	65,1	90

Legenda:

1. V dnevih izražena povprečna čakalna doba (ČD), izračunana kot aritmetična sredina vseh stopenj nujnosti.
2. Vsi čakajoči pacienti na prvi specialistični pregled za vse stopnje nujnosti.
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.

Vir: NIJZ (2018), NIJZ (2019a), NIJZ (2020b) in NIJZ (2021a).

Mesečno se vodijo tudi evidence čakalnih dob za izbrani nabor operacij in terapevtsko-diagnostičnih storitev, ki jih je v ortopediji 44 (NIJZ), če ne štejemo številnih diagnostičnih storitev, kot so ultrazvok, magnetna resonanca CT, ki se tudi navezujejo na ortopedijo. V tabeli 2 so predstavljene čakalne dobe za ortopedске posege na Ortopedski kliniki v Ljubljani.

Tabela 2: Podatki o čakalnih dobah za operacije v ortopediji, številu vseh čakajočih ter o čakalni dobi po posamezni stopnji nujnosti za posamezno operacijo na Ortopedski kliniki v Ljubljani na dan 29. 6. 2022

Storitev	Skupno (2) št. čakajočih	ČD: zelo hitro	ČD: hitro	ČD: redno
Osteosinteza rame	487	98	130	259
Rekonstrukcija kolenskih vezi	1.197	98	503	596
Korekcija osnih deformacij v ortopediji	534	83	133	318
Artrodeza gležnja	2.171	98	899	1.174
Osteosinteza podlahti	546	98	130	318

se nadaljuje

Tabela 2: Podatki o čakalnih dobah za operacije v ortopediji, številu vseh čakajočih ter o čakalni dobi po posamezni stopnji nujnosti za posamezno operacijo na Ortopedski kliniki v Ljubljani na dan 29. 6. 2022 (nad.)

Storitev	Skupno (2) št. čakajočih	ČD: zelo hitro	ČD: hitro	ČD: redno
Druge ortopedske operacije	648	98	230	320
Osteosinteza kolena	487	98	130	259
Osteosinteza komolca	487	98	130	259
Artrodeza zapestja	471	82	130	259
Osteosinteza medenice	475	83	130	262
Osteosinteza gležnja	2.198	98	899	1.202
Artrodeza ramena	531	83	130	318
Osteosinteza stegenice	475	83	130	262
Osteosinteza goleni	546	98	130	318
Ortopedska operacija rame	2.337	82	1.173	1.082
Osteosinteza stopala	2.171	98	899	1.174
Druge ortopedske operacije stopala in gležnja	2.148	91	875	1.182
Osteosinteza nadlahtnice	487	98	130	259
Posegi zaradi vnetja ortopedske proteze	487	98	113	145
Odstranitev osteosintetskega materiala	499	98	199	202
Posegi zaradi nestabilnosti kolenskega sklepa	1.224	98	503	623
Artrodeza komolca	546	98	130	318
Artrodeza kolena	486	98	130	258
Artrodeza kolka	471	82	130	259
Operacija nožnega palca	5.123	98	1.903	3.122
Endoproteza kolena	2.929	98	1.354	1.477
Endoproteza rame – delna	354	98	144	112
Endoproteza kolka – delna	2.049	98	989	962
Endoproteza gležnja	297	98	99	100
Endoproteza komolca	206	98	99	98
Operacija hrbtenice – dekompresija	707	98	350	259
Osteosinteza cervikalne hrbtenice	2.823	83	1.234	1.506
Operacija hrbtenice – spondilodeza	2.809	98	1.234	1.477
Operacija discus hernie	173	6	83	84
Vertebroplastika	142	6	52	84
Operacija skolioze	1.136	98	442	596

Vir: UKC Ljubljana – Ortopedska klinika (2022).

Posamezni izvajalci imajo na svojih spletnih straneh objavljene čakalne dobe, glede na stopnjo nujnosti. Točnost in natančnost podatkov na njih se močno razlikujeta, prav tako

nekateri čakalne dobe redno posodablajo, medtem ko so drugje podatki stari tudi dve leti. Vprašljiva je tudi zanesljivost podatkov, kjer so čakalne dobe za vse tri stopnje nujnosti enake. Nekateri navajajo, da gre zgolj za okvirne ocene in da lako natančno število dni izvemo zgolj ob naročitvi na prvi pregled. V tabeli 3 so prikazane čakalne dobe, glede na posamezne stopnje nujnosti na podalgi portala eZdravje za dan 21. 8. 2021. Iz podatkov razberemo, da jih od skupno 32 izvajalcev 7 ne zagotavlja storitve v času maksimalne čakalne dobe. Od tega jih 5 presega 90-dnevno oziroma trimesečno mejo pri stopnji nujnosti hitro in dva 6-mesečno oziroma 180-dnevno mejo pri stopnji nujnosti redno.

Tabela 3: Podatki o povprečnih čakalnih dobah v dnevih za prvi ortopedski pregled po posameznih regijah in izvajalcih na dan 20. 8. 2021

Regija	Izvajalec	ČD zelo hitro (1)	ČD hitro (2)	ČD redno (3)
Gorenjska	Diagnostični center Bled	61	87	101
	SB Jesenice	prva polovica sept.	prva polovica okt.	druga polovica okt.
	Kirurgija Bitenc	prva polovica sept.	druga polovica okt.	druga polovica avg.
	OZG ZD Kranj	druga polovica sept.	druga polovica okt.	prva polovica dec.
	OZG ZD Bled	Prva polovica okt.	prva polovica nov.	prva polovica jan. 2022
	OZG ZD Tržič	druga polovica sept.	prva polovica nov.	prva polovica dec.
Goriška	ZD Tolmin	67	67	74
	SB Dr. Franca Dergana Nova Gorica	prva polovica okt.	prva polovica nov.	prva polovica dec.
Jugovzhodna Slovenija	SB Novo mesto	74	135	151
	Terme Krka	81	304	388
Koroška	Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	prva polovica nov.	druga polovica dec.	prva polovica feb. 2022
Obalno-kraška	Ortopedska bolnišnica Valdoltra	prva polovica sept.	prva polovica okt.	druga polovica okt.
	ZD Sežana	prva polovica nov.	prva polovica nov.	druga polovica nov.
Osrednjeslovenska	Zasebna ortopedska ambulanta Saša Kosovinc	23	23	23
	Orto-ped d.o.o.	39	31	31
	Ultramedica d.o.o.	4	31	31
	Železniški ZD Ljubljana	19	61	89
	Artoros	druga polovica sept.	druga polovica sept.	druga polovica sept.

Regija	Izvajalec	ČD zelo hitro (1)	ČD hitro (2)	ČD redno (3)
	UKC Ljubljana	prva polovica sept.	prva polovica okt.	prva polovica okt.

Tabela 3: Podatki o povprečnih čakalnih dobah v dnevih za prvi ortopedski pregled po posameznih regijah in izvajalcih na dan 20. 8. 2021 (nad).

Regija	Izvajalec	ČD zelo hitro (1)	ČD hitro (2)	ČD redno (3)
	Kirurški sanatorij Rožna dolina	prva polovica nov.	prva polovica dec.	prva polovica dec.
Podravska	Ortopedska ambulanta Lucijan Borko	30	54	82
	Ortopedska ambulanta Sašo Tonejc	prva polovica sept.	prva polovica okt.	druga polovica okt.
	ZD Dr. Adolfa Drolca Maribor	druga polovica okt.	druga polovica nov.	druga polovica dec.
	SB Dr. Jožeta Potrča Ptuj	prva polovica sept.	druga polovica nov.	druga polovica dec.
	UKC Maribor	prva polovica okt.	druga polovica dec.	feb. 2022
Pomurska	SB Murska Sobota	druga polovica sept.	apr. 22	avg. 2022
	Ortopedija Prettner Medivita d.o.o.	druga polovica avg.	prva polovica nov.	druga polovica nov.
Posavska	SB Brežice	druga polovica avg.	prva polovica nov.	druga polovica dec.
Primorsko-notranjska	MD Medicina d.o.o.	23	51	40
	ZD Dr. Franca Ambrožiča, Postojna	51	65	45
	ZD Ilirska Bistrica	Prva polovica okt.	druga polovica okt.	druga polovica nov.
Savinjska	ZD Velenje	44	58	73
	UNITOR D.O.O. – PE Terme Zreče	53	89	90
	SB Celje	prva polovica jan. 2022	druga polovica feb. 2022	apr. 2022
Zasavska	Splošna bolnišnica Trbovlje	prva polovica sept.	druga polovica okt.	druga polovica okt.

Legenda:

1. V dnevih ali časovno opredeljeno izražena čakalna doba za prvi pregled pri posameznem izvajalcu za stopnjo nujnosti zelo hitro.
2. V dnevih ali časovno opredeljeno izražena čakalna doba za prvi pregled pri posameznem izvajalcu za stopnjo nujnosti hitro.

3. V dneh ali časovno opredeljeno izražena čakalna doba za prvi pregled pri posameznem izvajalcu za stopnjo nujnosti redno.

Vir: Ezdrav.si (2022).

4 ANALIZA VZROKOV ZA NASTAJANJE ČAKALNIH DOB ZA PRVE PREGLEDE V ORTOPEDIJI

4.1 Model za proučevanje nastanka čakalnih vrst

Pri analizi nastanka čakalnih dob na področju ortopedije se bom oprla na 5 glavnih vzrokov, ki jih navaja Tajnikar (2019). Tajnikar (2019) opredeljuje pet glavnih splošnih vzrokov za čakalne vrste, ki nastanejo ob razkoraku med ponudbo in povpraševanjem po prvih pregledih. Prvi problem je pomanjkanje denarja oziroma nezadostno financiranje javnega zdravstva. Kot drugi vzrok Tajnikar navaja vidik zmogljivosti prvih pregledov, kar predstavlja slaba izkoriščenost človeških in materialnih virov pri izvajalcih zdravstvenih storitev, glede na plačila izvajalcem. To vodi v tretji problem, ki so denarne spodbude za prve preglede. Četrti razlog za nastajanje čakalnih dob vidi v nevzpostavljenem sistemu selekcije pri vstopu uporabnikov v javno zdravstveno mrežo in kot zadnji, peti vzrok navaja neskladnost – tako časovno kot prostorsko – med ponudbo zdravstvenih storitev in povpraševanjem po njih.

4.2 Razkorak med ponudbo in povpraševanjem po prvih pregledih v ortopediji

Povpraševanje po ortopedskih storitvah izvira iz želje po boljšem zdravstvenem stanju na tem področju. Zaradi presežka povpraševanja nad ponudbo prihaja do čakalnih vrst.

V tabeli 4 je prikazano celotno povpraševanje po prvih pregledih v ortopediji, ki ga lahko izračunamo kot vsoto števila opravljenih prvih pregledov in števila čakajočih ob koncu določenega časovnega obdobja.

Tabela 4: Povpraševanje po prvih ortopedskih pregledih v obdobju 1. 10. 2018–1. 2. 2021

	2018	2019	2020	2021
Št. prvih pregledov (opravljene storitve)	91.276	93.606	76.677	89.596
Št. čakajočih na prvi pregled (neopravljene storitve)	17.503	18.550	10.801	10.501
Skupaj povpraševanje po prvih pregledih v ortopediji	108.779	112.156	87.468	100.097
Št. čakajočih na prvi pregled (neopravljene storitve) v %	16,1 %	16,5 %	12,3 %	10,5 %

Vir: ZZS (2023).

V tabeli 5 so predstavljeni podatki o povpraševanju po ortopedskih storitvah, izračunani kot vsota vseh opravljenih prvih pregledov v določenem obdobju in števila čakajočih na prvi pregled. Povpraševanje se je od leta 2018 do 2019 povečalo, v letu 2020 pa je zaradi covid-19 padlo tako število opravljenih pregledov kot število čakajočih na prvi pregled. V letu 2021 se z umirjanjem epidemije in prilagoditvijo na epidemijo število prvih pregledov zopet povečalo, vendar še ni doseglo ravni pred pandemično krizo v letu 2020. Pri tem pa se je v letu 2021 število čakajočih na prvi pregled zmanjšalo tudi v primerjavi z letom 2020.

Dejstvo, da je bilo število čakajočih na prvi ortopedski pregled v vseh analiziranih letih pozitivno, posredno kaže tudi na ponudbo teh storitev. Sklepati smemo, da so čakalne vrste za prvi ortopedski pregled nastajale, ker vsi, ki bi potrebovali tak pregled, niso imeli dostopa do njega. Število opravljenih prvih pregledov zato smemo razumeti kot ponudbo prvih pregledov v ortopediji, čakajoče na tak pregled pa lahko razumemo kot mero razkoraka med povpraševanjem po prvih pregledih in njihovo ponudbo.

S Sloveniji je torej v celotnem obdobju 2018–2021 nastajal razkorak med ponudbo prvih pregledov v ortopediji in povpraševanjem po njih. Ta razkorak pa je vodil do nastanka čakalnih dob in vrst. Kot smo omenili, bomo v nadaljevanju poskušali pojasniti, kateri od v poglavju 4.1 navedenih razlogov so povzročili ta razkorak in čakalne dobe za prve preglede v ortopediji.

4.3 Vidik financiranja prvih pregledov v ortopediji

Pri oceni vsote sredstev za prve preglede v ortopediji, ki bi bila potrebna, da ne bi zaradi njihovega pomanjkanja nastajale čakalne vrste, sem izhajala iz domneve, da ceno prvih ortopedskih pregledov, ki jih je priznaval ZZZS, izračunamo iz realiziranih sredstev za te preglede in števila opravljenih prvih pregledov.

Tabela 5: Finančna sredstva za prve ortopedske preglede v obdobju 1. 10. 2018–1. 2. 2021

	2018	2019	2020	2021
Št. planiranih prvih ortopedskih pregledov	103.108	113.464	95.964	83.617
Št. prvih ortopedskih pregledov (opravljene storitve)	91.276	93.606	76.677	89.596
Št. čakajočih na prvi pregled (neopravljene storitve)	17.503	18.550	10.801	10.501
Skupaj povpraševanje po prvih pregledih v ortopediji (1)	108.779	112.156	87.468	100.097
Cena opravljenega prvega ortopedskega pregleda (v evrih) (2)	21	21,04	21,23	21,34
Planirana sredstva za prve ortopedske preglede (v evrih) (3)	2.165.268	2.386.749	2.036.849	1.784.765
Realizirana sredstva za prve ortopedske preglede (v evrih)	1.916.796	1.969.030	1.627.480	1.912.384

Tabela 5: Finančna sredstva za prve ortopedске pregledе v obdobju 1. 10. 2018–1. 2. 2021
(nad.)

	2018	2019	2020	2021
Potrebna sredstva za prve ortopedске pregledе (v evrih) (4)	2.284.359	2.359.235	1.856.521	2.136.523
Manko sredstev – glede na plan (v evrih) (5)	119.091	-27.514	-180.329	351.758
Manko sredstev – glede na realizacijo (v evrih) (6)	367.563	390.205	229.040	224.139
Manko sredstev – glede na plan (v %) (7)	94,8 %	101,2 %	109,7 %	83,5 %
Manko sredstev – glede na realizacijo (v %) (8)	83,9 %	83,5 %	87,7 %	89,5 %

Legenda:

1. Skupno povpraševanje izračunano kot vsota opravljenih (št. prvih ortopedskih pregledov) in neopravljenih (št. čakajočih na prvi pregled) storitev za določeno obdobje.
2. Izračunana kot količnik realiziranih sredstev za prve pregledе in številom opravljenih prvih pregledov.
3. Izračunana kot produkt planiranih prvih ortopedskih pregledov in cene posameznega pregleda.
4. Izračunana kot produkt skupnega povpraševanja po prvih ortopedskih pregledih in cene posameznega pregleda.
5. Izračunana kot razlika med planiranimi sredstvi za prve ortopedске pregledе in potrebnimi sredstvi za prve ortopedске pregledе.
6. Izračunana kot razlika med realiziranimi sredstvi za prve ortopedске pregledе in potrebnimi sredstvi za prve ortopedске pregledе.
7. V odstotkih izražen manko sredstev, glede na plan.
8. V odstotkih izražen manko sredstev, glede na realizacijo.

Vir: ZZZS (2023).

S pomočjo tako izračunane cene prvih ortopedskih pregledov in števila planiranih prvih ortopedskih pregledov sem tako dobila planirana sredstva za prve ortopedске pregledе. To so sredstva, ki jih je ZZZS načrtoval za te pregledе. Na podoben način sem s pomočjo izračunanih cen in skupnega povpraševanja po prvih ortopedskih pregledih izračunala potrebna sredstva za prve ortopedске pregledе. Ta sredstva so potrebna, da na letni ravni ne bi prihajalo do čakalnih vrst. Z vidika teh sredstev sem potem ocenjevala pomanjkanje sredstev z vidika realiziranih sredstev in z vidika planiranih sredstev.

Tako sem za leto 2018 ugotovila, da je ZZZS načrtoval premajhen obseg sredstev, da ne bi prihajalo do nastajanja čakalnih vrst (zgolj 94,8 odstotka potrebnih sredstev), in da je bila realizacija še manjša od načrtovane (83,9 odstotka). Zato lahko ugotovimo, da v tem letu ZZZS ni načrtoval dovolj sredstev, da ne bi prihajalo do čakalnih vrst pri prvih ortopedskih pregledih, in hkrati, da izvajalci niso porabili niti vseh načrtovanih sredstev, kar pomeni, da nastajanje čakalnih vrst ni bilo samo posledica pomanjkanja sredstev.

V letih 2019 in 2020 pa je bila zgodba obratna. Za leto 2019 je ZZZS namreč načrtoval več sredstev, kot je bilo treba. Teh je bilo 101,2 % potrebnih sredstev, kar pomeni, da smo imeli presežek potrebnih sredstev za 27.514 evrov, realiziranih pa jih je bilo zgolj 83,5 %. Izvajalci tudi v tem letu niso porabili vseh načrtovanih sredstev. Podobno situacijo imamo v letu 2020,

kjer so se planirana sredstva, glede na leto 2018, še vedno višja, prav tako kot v letu 2019 pa se je povečal presežek planiranih sredstev nad potrebnimi sredstvi za prve ortopedске preglede. Ta presežek je v letu 2020 znašal že kar 180.329 evrov.

Za leto 2021, obdobje, v katerem se je zdravstveni sistem začel vračati v normalno stanje po epidemiji, pa številke kažejo zopet premajhen obseg planiranih sredstev s strani ZZZS. Planirali so namreč zgolj 83,5 % potrebnih sredstev za prve ortopedске preglede, da se čakalne dobe ne bi povečale. Izvajalci so opravili več pregledov, kot so jih dovoljevala planirana sredstva, čeprav tudi niso dosegli obsega pregledov, da ne bi nastajale čakalne vrste.

Tako lahko sklepamo, da tudi ko je ZZZS planiral zadostno ali celo večjo vsoto sredstev, kot je bila potrebna, izvajalci takšnega števila pregledov niso opravili oziroma niso porabili sredstev, ki so jim bila namenjena.

Zgolj v letu 2021 so izvajalci kljub pomanjkanju načrtovanih sredstev pridobili več sredstev, kot je bilo načrtovano. Sklenemo lahko, da za pojav čakalnih vrst za prve preglede v ortopediji ni kriv obseg sredstev, pač pa slaba izkoriščenost teh sredstev s strani izvajalcev.

4.4 Vidik zmogljivosti za prve preglede v ortopediji

Slaba izkoriščenost sredstev, ki so bila na voljo za prve preglede v ortopediji, kaže na možnost, da med izvajalci ni bilo dovolj zmogljivosti za izvedbo teh pregledov. Prve preglede v ortopediji izvajajo timi, zato zmogljivost posameznega izvajalca opredelimo s številom timov. Načrtovanje timov temelji na 1700 urah letnega efektivnega dela ambulate. Zato so izračuni narejeni na primeru 40-urnega delovnika, kar pomeni, da je število efektivnih ur odvisno od števila delovnih dni v letu in na podlagi 1700 ur efektivnega dela ambulate.

Ortopedski zdravstveni tim je sestavljen iz zdravnika specialista ortopeda, tehnika zdravstvene nege, administrativnega tehničnega delavca, laboratorijskega tehnika ter administrativnega tehničnega delavca v laboratoriju (Ministrstvo za zdravje, 2021a). Delež delovnih obremenitev, ki jih ima posameznik v timu, je prikazan v tabeli 6.

Tabela 6: Sestava ortopedskega tima od 2018–2021

	Delavci ur
Ortoped	1,00
Tehnik zdravstvene nege	1,50
Administrativni tehnični delavec	0,38
Laboratorijski tehnik	0,15
Administrativni tehnični delavec lab.	0,02
Skupaj:	3,05

V tabeli 7 smo prikazali število timov po letih, ki jih analiziramo. Prav tako je prikazano število delovnih dni in ur pri 40-urnem delovniku. Tudi to število se po letih spreminja. Iz števila timov v ortopediji in števila delovnih dni in ur lahko izračunamo razpoložljivo število ur vseh timov za prvi ortopedski pregled in število ortopedskih timov v dnevih. Ta dva podatka pa potem omogočata izračun števila ur za prvi pregled in število prvih pregledov na dan. Pri tem pa število prvih pregledov lahko opazujemo z vidika števila, ki ga prizna plačnik, z vidika števila, ki kaže opravljene preglede, in z vidika števila pregledov, ki bi jih bilo treba opraviti, da ne bi nastajale čakalne vrste.

Tabela 7: Zaposlitvene zmogljivosti ortopedskih timov za prvi pregled 2018–2021 pri 40-urnem delovniku

	2018	2019	2020	2021
Število ortopedskih timov	27,78	30,25	32,46	29,08
Število ortopedskih timov v dnevih (1)	6889	7532	8277	7415
Število ortopedskih timov v urah (2)	55116	60258	66218	59323
Načrtovano število ortopedskih timov v urah (3)	47226	51425	55182	49436
Število delovnih dni v letu	248	249	255	255
Število delovnih ur v letu	1984	1992	2040	2040
Priznan čas za prvi pregled (število ur na pregled) – v minutah (4)	32,1	31,9	41,4	42,6
Priznani prvi pregledi (število pregledov na dan) (5)	15,0	15,1	11,6	11,3
Opravljene prvi pregledi (trajanje pregleda) – v minutah (6)	36,2	38,6	51,8	39,7
Opravljene prvi pregledi (število pregledov na dan) (7)	13,2	12,4	9,3	12,1
Potreben čas za prvi pregled – v minutah (8)	30,4	32,2	45,4	35,6
Potrebni prvi pregledi (število pregledov na dan) (9)	15,8	14,9	10,6	13,5

Legenda:

1. Izračunani kot produkt št. delovnih dni v letu in št. ortopedskih timov.
2. Izračunane kot produkt št. delovnih ur v letu in št. ortopedskih timov.
3. Izračunani kot produkt št. načrtovanih delovnih ur v letu in št. ortopedskih timov.
4. Izračunane kot količnik med št. ortopedskih timov in planiranimi prvimi ortopedskimi pregledi, pomnožen s 60.
5. Izračunani kot količnik med št. ortopedskih timov po dnevih in planiranimi prvimi ortopedskimi pregledi.
6. Izračunane kot količnik med št. ortopedskih timov v urah in številom dejanskih prvih ortopedskih pregledov, pomnožen s 60.
7. Izračunani kot količnik med dejanskim številom prvih ortopedskih pregledov in št. ortopedskih timov v dnevih.
8. Izračunane kot količnik med št. ortopedskih timov v urah in skupnim povpraševanjem po prvih ortopedskih pregledih, pomnožen s 60.
9. Izračunani kot količnik med št. ortopedskih timov po dnevih in skupnim povpraševanjem po prvih ortopedskih pregledih.

Za vsako leto smo ob tem upoštevali tudi pri 1700 efektivnih letnih delovnih urah. Izračunani obseg dela posameznikov iz tima je seveda enak, ne glede na to kakšno vlogo ima posameznik v timu, ki je prikazana v tabeli 8.

Tabela 8: Zaposlitvene zmogljivosti ortopedskih timov za prvi pregled 2018–2021 pri 1700 efektivnih letnih delovnih urah

	2018	2019	2020	2021
Načrtovano število delovnih ur	1700	1700	1700	1700
Števil ortopedskih timov v urah (1)	47.226	51.425	55.182	49.436
Trajanje prvega pregleda – v minutah (2)	31,0	33,0	43,2	33,1
Opravljeni prvi pregledi (število pregledov na dan) (3)	11,6	10,9	8,3	10,9
Potreben čas za prvi pregled – v minutah (4)	26,0	27,5	37,9	29,6
Potrebni prvi pregledi (število pregledov na dan) (5)	13,8	13,1	9,5	12,1

Legenda:

1. Izračunane kot produkt št. delovnih ur v letu in št. ortopedskih timov.
2. Izračunane kot količnik med št. ortopedskih timov v urah in številom dejanskih prvih ortopedskih pregledov, pomnožen s 60.
3. Izračunani kot količnik med dejanskim številom prvih ortopedskih pregledov in št. ortopedskih timov v dnevih.
4. Izračunane kot količnik med št. ortopedskih timov v urah in skupnim povpraševanjem po prvih ortopedskih pregledih, pomnožen s 60.
5. Izračunani kot količnik med št. ortopedskih timov po dnevih in skupnim povpraševanjem po prvih ortopedskih pregledih.

Vir ZZZS (2022).

Na začetku proučevanega obdobja v letu 2018 je bilo glede na finančne kazalnike načrtovanih premalo pregledov, da ne bi prišlo do dodatnega nastanka čakalnih vrst. Kljub temu pa je bilo izvedenih manj pregledov, kakor je bilo načrtovanih s strani plačnika. Zato pogledimo, kaj se je dogajalo na strani zmogljivosti. Ortopedski timi so pri 40-urnem delovniku za prvi pregled potrebovali 36,2 minute, kar pomeni, da so opravili 13,2 pregleda dnevno. To pa ni bilo dovolj, saj je ZZZS pričakoval, da bodo za prvi pregled potrebovali manj, in sicer 32,1 minute, kar bi pomenilo 15 pregledov na dan. Po izračunih, če bi želeli, da v letu 2018 ne bi prihajalo do dodatnega nastajanja čakalnih dob, bi morali opraviti kar 15,8 pregleda na dan, kar pomeni, 2,5 pregleda dnevno več, kot jih je bilo dejansko opravljenih.

Ker pa je plačnik postavil standarde pri 1700 letnih delovnih urah, je v bistvu pričakoval, da bodo v letu 2018 izvajalci opravili pregled v 31 minutah, kar bi pomenilo 11,6 pregleda na dan. Glede na standarde 1700 delovnih ur letno, bi to pomenilo, podobno kot za 40-urni delovnik, da bi morala biti opravljena 2,2 pregleda dnevno več.

V letu 2018 tako vidimo, da je poleg premajhnega obsega financiranja razlog za nastanek dodatnih čakalnih dob tudi v nezadostni izkoriščenosti zmogljivosti izvajalcev.

V letu 2019 je bilo dodatno čakajočih za okoli 5 odstotkov dejansko opravljenih prvih pregledov. S strani plačnika načrtovanih prvih pregledov je bilo dovolj, da se ne bi pojavljali dodatno čakajoči, a so izvajalci ponudili bistveno manj prvih pregledov, kot jih je bilo načrtovanih in potrebnih, da se ne bi pojavljale čakalne vrste. Za to leto je tako pomembna analiza zmogljivosti izvajalcev. Podatki o izrabi človeških zmogljivosti kažejo, da so ortopedski timi pri 40-urnem delovniku potrebovali za prvi pregled 38,6 minute in da so opravili 12,4 pregleda na delovni dan. Očitno podatki o čakajočih kažejo, da to ni bilo dovolj. Plačnik je namreč pričakoval, da bodo pregled opravili v 31,9 minute in da bodo dnevno opravili 15,1 pregleda.

Ker pa je plačnik standarde postavil za 1700 delovnih ur letno, je v bistvu pričakoval, da bodo izvajalci opravili pregled v 33 minutah in da jih bodo opravili 10,9 na dan. Preračun teh standardov na standarde, ki ne bi povzročali dodatnih čakalnih vrst, pa bi pokazal, da bi morali za ta cilj opraviti 2,2 pregleda več na dan. Podobno bi morali pri standardih pri 40-urnem delovniku opraviti en pregled v 17 odstotkih prej, kot so ga dejansko, dnevno pa bi morali narediti 2,5 pregleda več.

Tako lahko ugotovimo, da je bilo število opravljenih prvih ortopedskih pregledov v letu 2019 manjše od tistega, ki ga je pričakoval plačnik, in manjše od števila, ki ne bi povzročilo dodatno čakajočih. Če bi izvajalci dosegli standarde plačnika, čakalne vrste v tem letu ne bi nastajale.

Leto 2020 je z epidemijo prineslo določene posebnosti. Kot vemo, se je intenzivnost dela še dodatno zmanjšala, saj kot vidimo v Tabeli 6 razlog za nastanek čakalnih dob ni v prenizkem financiranju, zato pogledjmo zmogljivosti. Tako kot v letu 2019 je bilo tudi v letu 2020 priznanih dovolj pregledov, da ne bi prišlo do nastanka čakalnih dob, vendar sta bila opravljena kar 2,3 pregleda dnevno manj, kot je bilo priznано. Podatki kažejo, da bi morali v letu narediti en pregled za 12 % hitreje, kot so dejansko ga, kar bi za 40-urni delovnik pomenilo 1,3 pregleda dnevno več, da do nastanka novih čakalnih dob ne bi prišlo. Pri 1700 letnih delovnih urah pa bi to pomenilo zelo podobno, in sicer 1,2 pregleda več. Za leto 2020 je vredno izpostaviti tudi kar 25 % več porabljenega časa, ki so ga izvajalci porabili za prvi pregled, kar je posledica vseh protikovidnih ukrepov, ki so bili zakonsko predpisani v času epidemije. Rezultat tega je bilo 28,5 % zmanjšanje števila dnevnih pregledov.

V letu 2021 je situacija podobna kot v letu 2018. Intenzivnost dela se sicer še ni vrnila na nivo pred epidemijo, saj so izvajalci še vedno opravili 3,2 pregleda manj kot pred covidom-19 in porabili 3,5 minute več za posamezen opravljeni pregled. Je pa v letu 2021 plačnik predvidel premalo pregledov za preprečevanje nastanka dodatnih čakalnih dob. Podatki o izrabi človeških zmogljivosti kažejo, da so ortopedski timi pri 40-urnem delovniku za prvi pregled potrebovali 39,7 minute in so opravili 12,1 na dan. To je bilo več od plana plačnika.

ZZZS je namreč predvidel, da bodo prvi pregled opravili v 42,6 minute, kar bi pomenilo 11,3 pregleda na dan. Izvajalci so opravili več pregledov, kot je bilo načrtovano, kar pa še vedno ni bilo dovolj, da ne bi prišlo do nastanka dodatnih čakalnih dob. Pri 40-urnem delovniku bi morali opraviti 13,5 pregleda na dan, kar je 1,4 pregleda več, kot je bilo opravljenih, in 2,2 pregleda več, kot je planiral plačnik.

4.5 Vidik denarnih spodbud za prve preglede v ortopediji

Videli smo, da je za prve preglede v ortopediji značilna nizka izraba človeških zmogljivosti oziroma nizka intenzivnost dela. Ob danem delovnem času posameznih članov v ortopedskem timu in intenzivnosti dela, ki smo jo ugotavljali v prejšnjem poglavju, se postavi vprašanje, ali so posamezni člani tima in tim kot celota tudi denarno spodbujeni za bolj intenzivno delo. Odgovor na to vprašanje bomo dobili z domnevo, da morajo zaposleni na prvih pregledih za svoje osebne dohodke opraviti za ceno prvih pregledov določeno število teh pregledov, da z njimi zaslužijo za stroške dela. Pri tem moramo upoštevati, da so stroški dela vezani tudi na določene druge stroške izvajalca. Zaposleni v timu morajo ob določenem plačilu prvega ortopedskega pregleda s strani plačnika opraviti določeno število prvih pregledov, da bi zaslužili za plače in delovanje izvajalca v celoti. Stroške dela bomo v tej analizi tako razumeli kot neposredne stroške, druge stroške izvajalca pa kot posredne stroške. Prav tako je analiza narejena ob predpostavki, da timi izvajajo samo prve preglede in ne delajo kontrolnih pregledov, operacij in diagnostike.

Razumljivo je, da višja cena prvega pregleda, ki jo plača plačnik, pomeni manjše število potrebnih pregledov, saj je tim tedaj bolje plačan za enoto storitve. Prav tako velja, da višje plačilo za delo in višji stroški izvajalca ob dani ceni pregleda zahtevajo večje število pregledov, da bi z njimi člani tima in izvajalec pokrili stroške takih pregledov.

Število prvih ortopedskih pregledov, s katerimi bi člani tima in izvajalec pokrili neposredne in posredne stroške prvih pregledov (plačani pregledi), lahko primerjamo s številom pregledov, ki jih ugotavljamo v poglavju 4.4. Tam je navedeno število pregledov, ki jih je pričakoval kupec (načrtovani pregledi), in število, pri katerem ne bi nastajale čakalne vrste (potrebni pregledi) in so jih timi v resnici izvedli (opravljeni pregledi). Če število plačanih pregledov presega število opravljenih pregledov in število potrebnih pregledov, to pomeni, da so nastajale čakalne vrste tudi zato, ker člani tima in timi v celoti niso naredili toliko prvih ortopedskih pregledov, kot jih je plačnik kupil in plačal.

Pri analizi prvih pregledov smo pri izračunih upoštevali sodelovanje posameznih članov tima (tabela 7) v obsegu, ki ga priznava ZZZS in je prikazan v Tabeli 9, prihodek pri enem pregledu (ceno pregleda) pa smo med člani razdelili, glede na njihovo udeležbo v timu. Ceno enega pregleda smo izračunali v poglavju 4.3 (tabela 6). Tako smo ugotovili, koliko so bili na podlagi cene prvih ortopedskih pregledov plačani posamezni člani tima in tim kot celota. Ob tem smo zaslužek posameznih članov tima oziroma neposredne stroške pregleda za tim in člane tima določili, glede na plačilni razred in bruto plačo plačilnega razreda v

posameznem letu. Posredne stroške pa smo ocenili tako, da smo domnevali, da stroški delovne sile dosegajo 60 odstotkov celotnih stroškov izvajalca, ki ponuja prve preglede v ortopediji. Tudi te stroške smo pri posameznih članih tima normalizirali z obsegom sodelovanja posameznih članov tima pri pregledu. S tem smo pri izračunu števila plačanih pregledov odstranili vpliv obsega sodelovanja posameznih članov tima. Število plačanih pregledov prikazanih v tabeli 9 smo izrazili v dnevem normativu, pri čemer smo upoštevali za posamezna leta število delovnih dni. Število tako izračunanih plačanih pregledov lahko primerjamo s številom načrtovanih, opravljenih in potrebnih prvih ortopedskih pregledov. V tabelah 10–13 so prikazani izračuni plačanih pregledov.

Tabela 9: Število plačanih prvih ortopedskih pregledov v letu 2018

	Delavci v timu po urah	Delež članov tima v % (1)	Cena opravljenega pregleda v evrih	Delež v ceni opravljenega pregleda (2)	Plačilni razred	Bruto plača v evrih (3)	Letni strošek bruto plač v timu v evrih	Število plačanih pregledov (4)	Stroški plač z režijo 40 % v evrih (5)	Število polno plačanih pregledov (6)
Ortoped	1	32,8 %	21,00	6,89	54	42.625	42.625	25,0	59.675	34,9
Tehnik zdr. nege	1,5	49,2 %	21,00	10,33	28	14.215	21.322	8,3	29.851	11,7
Administrativni tehnični delavec	0,38	12,5 %	21,00	2,62	27	13.668	5.194	8,0	7.272	11,2
Laboratorijski tehnik	0,15	4,9 %	21,00	1,03	28	14.213	2.132	8,3	2.985	11,7
Administrativni tehnični delavec lab.	0,02	0,7 %	21,00	0,14	27	13.650	273	8,0	382	11,2
Skupaj:	3,05	100,0 %	21,00	21,00			71.546	13,7	100.164	19,2

Legenda:

1. V odstotkih izražen delež posameznega zdravstvenega delavca, glede na tim kot celoto.
2. Izračunan kot zmnožek cene opravljenega pregleda z deležem članov tima.
3. Izračunana kot količnik med letnim stroškom bruto plače v timu in urami delavca v timu.
4. Izračunani kot količnik med letnim stroškom bruto plač v timu in deležem v ceni opravljenega pregleda, deljeno še s številom ur za prvi pregled izraženih v minutah.
5. Izračunano kot letni strošek bruto plač v evrih, povečan za 40 % letnega stroška bruto plač v evrih.
6. Izračunani kot količnik med stroški plač s 40% režijo in deležem v ceni opravljenega pregleda, deljeno še s številom ur za prvi pregled, izraženem v minutah.

Vir ZZZS (2022).

V letu 2018 smo izračune naredili na podlagi 248 delovnih dni v letu in vrednosti prvega ortopedskega pregleda, ki ga priznava plačnik, 21 evrov, kot je bilo izračunano v Tabeli 6. Na podlagi vstopnih podatkov je bilo ugotovljeno, da bi tim v letu 2018 zaslužil za svoje osebne dohodke, če bi opravil 13,7 pregleda, celotne neposredne in posredne stroške pa je pokrili s 19,2 pregleda na dan. Izračun kaže, da timi v letu 2018 niso opravili dovolj pregledov,

da bi pokrili svoje osebne dohodke, saj bi morali opraviti pol pregleda več (opravili so 13,2 pregleda). Če pa bi želeli pokriti celotne posredne in neposredne stroške, bi morali opraviti 19,2 pregleda dnevno. Zapisano velja za tim kot celoto, medtem ko je največji manko zabeležen pri ortopedih. Njihovi visoki dohodki v primerjavi z dohodki drugih članov tima bi zahtevali kar 34,9 pregleda na dan, da bi zaslužili za neposredne in posredne stroške sodelovanja v timu. Vsi drugi člani tima bi neposredne in posredne stroške svojega sodelovanja v timu pokrili že z od 11,2 do 11,7 pregleda na dan, kar pomeni, da so te standarde dosegli.

Tabela 10: Število plačanih prvih ortopedskih pregledov v letu 2019

	Delavci v timu po urah	Delež članov tima v % (1)	Cena opravljenega pregleda v evrih	Delež v ceni opravljenega pregleda (2)	Plačilni razred	Bruto plača v evrih (3)	Letni strošek bruto plač v timu v evrih	Število plačanih pregledov (4)	Stroški plač z režijo 40% - v evrih (5)	Število polno plačanih pregledov (6)
Ortoped	1	32,8 %	21,04	6,90	54	44.331	44.331	25,8	62.063	36,1
Tehnik zdr. nege	1,5	49,2 %	21,04	10,35	28	15.989	23.984	9,3	33.578	13,0
Administrativni tehnični delavec	0,38	12,5 %	21,04	2,62	27	15.374	5.842	9,0	8.179	12,5
Laboratorijski tehnik	0,15	4,9 %	21,04	1,03	28	15.987	2.398	9,3	3.357	13,0
Administrativni tehnični delavec lab.	0,02	0,7 %	21,04	0,14	27	15.350	307	8,9	430	12,5
Skupaj:	3,05	100,0 %	21,04	21,04			76.862	14,7	107.607	20,5

Legenda:

1. V odstotkih izražen delež posameznega zdravstvenega delavca, glede na tim kot celoto.
2. Izračunan kot zmnožek cene opravljenega pregleda in deležem članov tima.
3. Izračunana kot količnik med letnim stroškom bruto plače v timu in urami delavca v timu.
4. Izračunani kot količnik med letnim stroškom bruto plač v timu in deležem v ceni opravljenega pregleda, deljeno še s porabljenim časom za prvi pregled, izraženim v minutah.
5. Izračunano kot letni strošek bruto plač v evrih, povečan za 40 % letnega stroška bruto plač v evrih.
6. Izračunani kot količnik med stroški plač s 40% režijo in deležem v ceni opravljenega pregleda, deljeno še s porabljenim časom za prvi pregled, izraženim v minutah.

Vir ZZZS (2022).

V letu 2019 so bili izračuni narejeni z domnevo, da to leto obsega 249 delovnih dni in da je cena prvega ortopedskega pregleda, ki ga je ZZZS priznal izvajalcem, 21,04 evra, kot smo izračunali v poglavju 4.3 (tabela 6). Tako smo ugotovili, da je v letu 2019 tim zaslužil svoje osebne dohodke, če je dnevno opravil 14,7 pregleda, celotne neposredne in posredne stroške pa je pokrili s 20,5 pregleda dnevno. To pomeni, da bi se intenzivnost dela v primerjavi s preteklim letom morala povečati, v resnici pa se je zmanjšala (padla je s 13,2 na 12,4 opravljenega pregleda dnevno – Tabela 6). Tako izračun kaže, da timi za prvi ortopedski

pregled v letu 2019 niso z opravljenimi storitvami zaslužili niti za svoje stroške dela (opravili so jih 12,4). Če bi dosegali izračunani standard 14,7 pregleda na dan, prav tako ne bi opravili dovolj pregledov za zmanjšanje čakalnih dob, saj bi bilo treba opraviti 14,9 pregleda. Prav tako pa ne bi dosegli standarda, ki ga je ob plačilu načrtoval plačnik (15,1 pregleda dnevno).

Zapisane ugotovitve veljajo za tim kot celoto. Podatki za posamezne člane v timu prav tako kot v letu 2018 kažejo, da je največji manko ur zabeležen pri ortopedih. Opraviti bi namreč morali kar 36,1 pregleda na dan, da bi zaslužili za neposredne in posredne stroške sodelovanja v timu. Vsi drugi člani tima bi za neposredne in posredne stroške sodelovanja v timu zaslužili že z 12,5 ali 13 pregledi na dan.

Tabela 11: Število plačanih prvih ortopedskih pregledov v letu 2020

	Delavci v timu po urah	Delež članov tima v % (1)	Cena opravljenega pregleda v evrih	Delež v ceni opravljenega pregleda (2)	Plačilni razred	Bruto plača v evrih (3)	Letni strošek bruto plač v timu v evrih	Število plačanih pregledov (4)	Stroški plač z režijo 40% v evrih (5)	Število polno plačanih pregledov (6)
Ortoped	1	32,8 %	21,23	6,96	54	44.331	44.331	25,0	62.063	35,0
Tehnik zdr. nege	1,5	49,2 %	21,23	10,44	28	15.989	23.984	9,0	33.578	12,6
Administrativni tehnični delavec	0,38	12,5 %	21,23	2,65	27	15.374	5.842	8,7	8.179	12,1
Laboratorijski tehnik	0,15	4,9 %	21,23	1,04	28	15.987	2.398	9,0	3.357	12,6
Administrativni tehnični delavec lab.	0,02	0,7 %	21,23	0,14	27	15.350	307	8,6	430	12,1
Skupaj:	3,05	100,0 %	21,23	21,23			76.862	14,2	107.607	19,9

Legenda:

1. V odstotkih izražen delež posameznega zdravstvenega delavca, glede na tim kot celoto.
2. Izračunan kot zmnožek cene opravljenega pregleda z deležem članov tima.
3. Izračunana kot količnik med letnim stroškom bruto plače v timu in urami delavca v timu.
4. Izračunani kot količnik med letnim stroškom bruto plač v timu in deležem v ceni opravljenega pregleda, deljen še s porabljenim časom za prvi pregled, izraženim v minutah.
5. Izračunano kot letni strošek bruto plač v evrih, povečan za 40 % letnega stroška bruto plač v evrih.
6. Izračunani kot količnik med stroški plač s 40 % režijo in deležem v ceni opravljenega pregleda, deljeno še s porabljenim časom za prvi pregled, izraženim v minutah.

Vir ZZZS (2022).

V letu 2020 smo izhajali iz 255 delovnih dni in cene prvega ortopedskega pregleda 21,23 evra (izračunano v poglavju 4.3 – Tabela 6). Tako smo ugotovili, da je v letu 2020 tim zaslužil svoje osebne dohodke, če je dnevno opravil 14,2 pregleda, celotne neposredne in posredne stroške pa je pokril z 19,9 pregleda dnevno. Ta izračun kaže, da timi za prvi

ortopedski pregled v letu 2020 niso z opravljenimi storitvami zaslužili niti za neposredne stroške dela niti za neposredne in posredne stroške skupaj (opravili so 9,3 pregleda).

Če bi dosegli standard, s katerim bi pokrili stroške svojega dela (14,2 pregleda dnevno), ne bi dosegli števila potrebnih pregledov (morali bi jih narediti 14,9). Prav tako ne bi dosegli standarda, ki ga je ob plačilu načrtoval plačnik (15,1).

V letu 2020 je to odstopanje, s katerim bi dosegli zadovoljive rezultate (da bi pokrili svoje stroške dela, bi morali timi v 2020 opraviti skoraj 5 pregledov več dnevno, kar je več kot pol več, kot so jih dejansko opravili) večje kot v preteklem proučevanem obdobju. Vemo, da je za toliko zmanjšana intenzivnost dela posledica epidemije in ukrepov, ki jih je prinesla, s tem da so se prihodki zdravstvenih delavcev zaradi dodatkov povečali.

Ni pa se spremenila ugotovitev preteklih let, da je največja verzel nastala zopet pri ortopedih, ki bi glede na dohodke morali opraviti kar 35 pregledov dnevno, da bi pokrili posredne in neposredne stroške. Ob tem pa bi preostali zdravstveni delavci v timu te stroške pokrili že z od 12,1 do 12,6 opravljenega pregleda na dan.

Tabela 12: Število plačanih prvih ortopedskih pregledov v letu 2021

	Delavci v timu po urah	Delež članov tima v % (1)	Cena opravljenega pregleda v evrih	Delež v ceni opravljenega pregleda (2)	Plačilni razred	Bruto plača v evrih (3)	Letni strošek bruto plač v timu v evrih	Število plačanih pregledov (4)	Stroški plač z režijo 40% v evrih (5)	Število polno plačanih pregledov (6)
Ortoped	1	32,8 %	21,34	7,00	54	54.412	54.412	30,5	76.177	42,7
Tehnik zdr. nege	1,5	49,2 %	21,34	10,50	28	19.625	29.438	11,0	41.213	15,4
Administrativni tehnični delavec	0,38	12,5 %	21,34	2,66	27	18.871	7.171	10,6	10.039	14,8
Laboratorijski tehnik	0,15	4,9 %	21,34	1,05	28	19.620	2.943	11,0	4.120	15,4
Administrativni tehnični delavec lab.	0,02	0,7 %	21,34	0,14	27	18.871	377,42	10,6	528	14,8
Skupaj:	3,05	100,0 %	21,34	21,34			94.341	17,3	132.078	24,3

Legenda:

1. V odstotkih izražen delež posameznega zdravstvenega delavca, glede na tim kot celoto.
2. Izračunan kot zmnožek cene opravljenega pregleda z deležem članov tima.
3. Izračunana kot količnik med letnim stroškom bruto plače v timu in urami delavca v timu.
4. Izračunani kot količnik med letnim stroškom bruto plač v timu in deležem v ceni opravljenega pregleda, deljeno še s porabljenim časom za prvi pregled, izraženim v minutah.
5. Izračunano kot letni strošek bruto plač v evrih, povečan za 40 % letnega stroška bruto plač v evrih.
6. Izračunani kot količnik med stroški plač s 40 % režijo in deležem v ceni opravljenega pregleda, deljeno še s porabljenim časom za prvi pregled, izraženim v minutah.

Vir ZZS (2022).

V letu 2021 so izračuni temeljili na 255 delovnih dnevih in na ceni prvega ortopedskega pregleda, ki jo je ZZS priznal izvajalcem v znesku 21,34 evra, kot smo izračunali v poglavju 4.3 (Tabela 6). Tako smo ugotovili, da je v letu 2021 tim zaslužil svoje osebne dohodke, če je dnevno opravil 17,3 pregleda, celotne neposredne in posredne stroške pa je pokrili s 24,3 pregleda dnevno. Ta izračun kaže, da timi za prvi ortopedski pregled v letu 2021 niso z opravljenimi storitvami zaslužili niti za opravljene preglede (opravili so jih 12,1) niti za potrebne preglede (morali bi jih narediti 13,5).

Zapisane ugotovitve veljajo za tim kot celoto. Podatki za posamezne člane v timu kažejo, da je največji manko ur zabeležen pri ortopedih. Njihovi visoki dohodki v primerjavi z dohodki drugih članov tima bi zahtevali kar 42,7 opravljenega pregleda na dan, da bi zaslužili za neposredne in posredne stroške sodelovanja v timu. Vsi drugi člani tima bi neposredne in posredne stroške sodelovanja v timu pokrili že s približno 15 pregledi na dan.

Glede na pretekla leta, v letu 2021 opazimo znatno povečanje potrebnih pregledov na dan, če bi timi želeli pokriti svoje stroške dela oziroma celotne stroške izvajalca, kar je posledica vidnega zvišanja bruto plač delavcev tima.

4.6 Nevzpostavljen sistem selekcije vstopa v zdravstveni sistem

V okviru javne zdravstvene mreže lahko pacient opravi pregled pri specialistu ortopedu le na podlagi napotitve osebnega zdravnika na primarni ravni. Osebni zdravniki s tem neposredno vplivajo na povpraševanje po ortopedskih storitvah z izdajo napotnic za specialistične ortopedske preglede. Poleg tega določajo tudi stopnjo nujnosti in s tem prioriteto obravnave. To v praksi pomeni, da zdravniki lahko vplivajo na čas pacientovega čakanja s predpisovanjem višje stopnje nujnosti, kot je dejansko potrebna, prav tako pa s pretiranimi napotitvami na specialistični nivo nekako zavarujejo sami sebe. Na to verjetno vpliv tudi trenutna situacija z družinskimi zdravniki v Sloveniji, ki je že od leta 1992 naprej velik problem (Tajnikar, 2019), zato lahko sklepamo, da je večje povpraševanje po specialističnih ortopedskih pregledih lahko posledica njihove preobremenjenosti.

Poleg tega pa večji izziv družinskim zdravnikom na primarni ravni predstavljajo tudi vedno bolj izobraženi in zahtevni pacienti, posledice demografskih sprememb in povečano število kroničnih pacientov.

Kako poteka selekcija oziroma pot do prvega ortopedskega pregleda v Sloveniji? V sklopu javne zdravstvene mreže se pacient naroči pri osebnemu zdravniku, ki na podlagi pregleda in morebitnih diagnostičnih postopkov predpiše napotnico za specialista ortopeda. To pomeni, če osebni zdravnik nima dovolj znanja ali je preobremenjen, napiše napotnico in njegovo delo se konča. Lahko pa pacienta napoti na različne preiskave in se na podlagi tega odloči za nadaljnjo obravnavo oz. preveri, ali je sploh potrebna.

4.7 Regionalna neskladnost povpraševanja po prvih pregledih v ortopediji

Stopnja obremenjenosti timov je odvisna tudi od regije oziroma posameznega izvajalca. V prilogi 1 so prikazani podatki o povprečnem številu timov, številu realiziranih prvih pregledov in izračunu števila prvih pregledov, opravljenih na tim, za izvajalce, ki so v določenem časovnem obdobju ponujali storitev prvega ortopedskega pregleda.

Za vsako leto maksimalno število opravljenih prvih pregledov na tim vzamemo kot referenčno vrednost in naredimo preračun, koliko prvih pregledov bi opravil posamezen izvajalec, če bi opravil toliko pregledov na tim, kot jih opravi izvajalec z največ opravljenimi pregledi na tim v posameznem letu. Nato izračunamo še izkoriščenost zmogljivosti posameznega izvajalca.

V tabeli 13 so prikazani podatki o opravljenem številu prvih pregledov in povpraševanju po njih od leta 2018 do 2021 v primerjavi z izračunom, koliko bi bilo opravljenih prvih ortopedskih pregledov, če bi vsi izvajalci naredili toliko pregledov na tim, kot jih naredi najbolj produktiven izvajalec. V prvih dveh letih proučevanega obdobja je bil to UKC Ljubljana, v letih 2020–2021 pa Artros.

Tabela 13: Število prvih pregledov, glede na največje število pregledov za leta 2018–2021

	2018	2019	2020	2021
Št. prvih ortopedskih pregledov (opravljene storitve)	91.276	93.606	76.677	89.596
Št. čakajočih na prvi pregled (neopravljene storitve)	17.503	18.550	10.801	10.501
Skupaj povpraševanje po prvih pregledih v ortopediji (1)	108.779	112.156	87.468	100.097
Št. prvih pregledov, glede na največje število opravljenih pregledov/tim	175.227	155.258	149.594	152.043

Vir: ZZZS (2023).

V primeru večje produktivnosti oziroma večjega števila opravljenih pregledov na tim do čakalnih dob ne bi prihajalo. V obdobju 2018–2021 primerjamo število prvih pregledov, glede na maksimalno število opravljenih pregledov na tim s skupnim povpraševanjem, in vidimo velik presežek prvega nad drugim.

Ker nas zanima, kakšno je povpraševanje, glede na regijo, izvajalce razvrstimo glede na 12 slovenskih regij in izračunamo povprečno izkoriščenost zmogljivosti vsake regije za obdobje 2018–2021. Rezultati so prikazani v tabeli 14.

Tabela 14: Povprečna izkoriščenost zmogljivosti izvajalcev, glede na regijo, za leta 2018–2021

Regija	Izkoriščenost zmogljivosti 2018	Izkoriščenost zmogljivosti 2019	Izkoriščenost zmogljivosti 2020	Izkoriščenost zmogljivosti 2021	Povprečna izkoriščenost zmogljivosti 2018–2021
Osrednjeslovenska	72 %	71 %	42 %	54 %	60 %
Podravska	53 %	54 %	53 %	58 %	55 %
Goriška	67 %	62 %	50 %	48 %	57 %
Posavska	91 %	49 %	86 %	93 %	80 %
Jugovzhodna Slovenija	57 %	73 %	62 %	59 %	63 %
Obalno-kraška	92 %	81 %	78 %	71 %	81 %
Pomurska	44 %	34 %	34 %	31 %	36 %
Gorenjska	67 %	60 %	61 %	59 %	62 %
Savinjska	15 %	41 %	30 %	60 %	37 %
Zasavska	86 %	74 %	44 %	90 %	74 %
Koroška	55 %	50 %	35 %	75 %	54 %
Primorsko-notranjska	78 %	78 %	75 %	72 %	76 %

Vir: lastno delo.

Največjo izkoriščenost zmogljivosti timov je s 93 % dosegla posavska regija v letu 2021, najmanjšo pa z le 15 % savinjska regija v letu 2018.

V zadnjem stolpcu so prikazane izračunane vrednosti povprečne izkoriščenosti zmogljivosti za vsako regijo v proučevanem obdobju. Ugotovimo, da ima obalno-kraška regija v povprečju najbolj izkoriščene time z 81 % izkoriščenostjo, sledi pa ji posavska regija z 80 %. Najmanjšo izkoriščenost timov s 36 % ima pomurska regija, ki ji s 37 % sledi savinjska. Od 12 regij vidimo, da ima nad 60% izkoriščenost timov le nekoliko več kot polovica regij.

Na podlagi izračunanega, bi bilo zanimivo primerjati povprečne čakalne dobe regije, glede na izkoriščenost, vendar žal ti podatki niso dostopni, prav tako pa jih ni mogoče izračunati, saj so termini prvih pregledov določeni okvirno. Na podlagi dobljenih rezultatov, bi lahko predlagali, da zdravnike, ki delujejo v regijah v timih z nizko izkoriščenostjo, posodijo v regije z visoko izkoriščenostjo. Danes vemo, da se dogaja obratno, saj pacienti migrirajo v regije s krajšimi čakalnimi dobami.

SKLEP

Čakalne dobe so posledica neskladja med ponudbo in povpraševanjem po zdravstvenih storitvah. Na nacionalni ravni spremljamo čakalne dobe za prve preglede, kontrolne preglede ter čakalne vrste za posamezne diagnostične storitve in operacijske posege.

V magistrskem delu sem se osredotočila na čakalne dobe na prve ortopedске preglede in na vpliv epidemije na stanje teh čakalnih vrst. Za čakalne dobe je značilno, da se iz leta v leto daljšajo. Rast je bila zabeležena tudi v prvih dveh letih proučevanega obdobja. Število čakajočih 17.503 iz leta 2018 se je povečalo na 18.550 v 2019, čeprav je bilo opravljenih 2330 več prvih pregledov kot v letu prej. V letih 2020 in 2021 pa je zaradi epidemije padlo tako število opravljenih pregledov kot število čakajočih na prvi pregled. Ugotovljeno potrjuje tudi letno poročilo ZZZS-ja, ki pravi, da je v letu 2020 realizacija zdravstvenih storitev padla na raven leta 2013–2014, v primerjavi z letom 2019 pa se je število vseh obravnav zmanjšalo za skoraj milijon, od tega največ prav prvih pregledov.

Ugotovimo lahko, da je v Sloveniji v obdobju 2018–2021 nastajal razkorak med ponudbo in povpraševanjem po prvih ortopedskih pregledih, kar se izrazi z nastankom čakalnih vrst. Poznamo različne dejavnike, ki vplivajo na povpraševanje po zdravstvenih storitvah tako na strani ponudbe kot na strani povpraševanja. Nekateri izmed njih so lažje merljivi kot drugi, sama pa sem se pri analizi oprla na pet dejavnikov za nastanek čakalnih dob, ki jih navaja Tajnikar (2019). Tako smo za iztočnico predvidevali, da čakalne dobe nastajajo zaradi pomanjkanja finančnih sredstev, pomanjkanja ustreznih materialnih in človeških zmogljivosti, nizke izkoriščenosti materialnih in človeških zmogljivosti, neselektivnega vstopa potencialnih bolnikov in odsotnosti mehanizmov usklajevanja med povpraševanjem in ponudbo zdravstvenih dobrin.

1. Pomanjkanje finančnih sredstev za prve preglede v ortopediji

Širša javnost je prepričana, da je glavni razlog za nastajanje čakalnih vrst pomanjkanje finančnih sredstev, kar ne drži.

V letu 2018 je bilo načrtovanih premalo sredstev, da ne bi prihajalo do nastanka čakalnih vrst, saj je bilo načrtovanih 94,8 % potrebnih sredstev, kljub temu pa je bila realizacija še manjša, saj je bilo realiziranih sredstev še manj kot načrtovanih. V letu 2018 bi morali nameniti 367.563 evrov več, da do čakalnih vrst s finančnega vidika ne bi prihajalo, a ker je bila realizacija manjša od načrtovanih sredstev, lahko sklepamo, da nastajanje čakalnih vrst v letu 2018 ni bilo posledica le finančnega primanjkljaja.

V letu 2019 je ZZZS, glede na preteklo leto, dvignil sredstva za več, kot je bilo treba, in sicer z 2.165.268 na 2.386.745 evrov. To pomeni, da je bilo načrtovanih 101,2 % potrebnih sredstev, kar pomeni presežek sredstev v višini 27.514 evrov. Od načrtovanih sredstev je bilo realiziranih zgolj 83,5 %. Zato vemo, da v letu 2019 nastanek čakalnih dob ni bil posledica prenizkega financiranja, ampak nečesa drugega.

V letu 2020, med epidemijo, vemo, da je v vseh pogledih prihajalo do izjem. ZZZS je načrtovana sredstva, glede na presežek sredstev nad potrebnimi sredstvi v letu 2019, nekoliko zmanjšal, vendar so bila še vedno višja od tistih v letu 2018. Prav tako v letu 2018 zabeležimo upad števila prvih pregledov, in sicer s 93.606 na 76.677, kar lahko pripišemo

epidemiji, za posledico pa ima višji presežek planiranih sredstev nad potrebnimi sredstvi za prve ortopedске preglede, ki je v letu 2020 znašal že 180.329 evrov ali 109,7 %.

Leto 2021 se je z vidika financ začelo vračati v normalno stanje, epidemija se je počasi umirjala, kar kažejo tudi številke in ponovna rast števila prvih ortopedskih pregledov. Glede na presežek v preteklih dveh letih, je ZZZS planirana sredstva zmanjšal, kar je privedlo do premajhnega obsega planiranih sredstev, glede na realizacijo. Planiranih sredstev je bilo zgolj 83,5 % potrebnih sredstev, če bi želeli, da se čakalne dobe ne bi povečale. V letu 2021 so izvajalci sicer planirana sredstva preseгли, niso pa dosegli višine sredstev, s katero bi preprečili nastanek čakalnih dob.

2. Pomanjkanje človeških in materialnih zmogljivosti

Slaba izkoriščenost finančnih sredstev, ki so jih izvajalci imeli na voljo za prve ortopedске preglede, postavlja vprašanje o pomanjkanju zmogljivosti za izvedbo potrebnega števila pregledov. Prve preglede v ortopediji izvajajo timi, zato zmogljivost posameznega izvajalca opredelimo s številom timov. Načrtovanje timov temelji na 1700 urah letnega efektivnega dela ambulante, zato so izračuni narejeni tako na primeru 1700 ur in na primeru 40-urnega delovnika, kar pomeni, da je število efektivnih ur odvisno od števila delovnih dni v letu.

Število prvih pregledov lahko opazujemo s treh različnih vidikov:

- z vidika števila, ki ga prizna plačnik,
- z vidika števila, ki kaže opravljene preglede, in
- z vidika števila, ki bi bilo potrebno, da čakalne vrste ne nastanejo.

V letu 2018 je bilo načrtovanih premalo finančnih sredstev, da ne bi prihajalo do čakalnih vrst, izvedenih pa jih je bilo še manj, zato sklepamo, da lahko razlog za ta manko iščemo na strani zmogljivosti. Ortopedски timi so za prvi ortopedски pregled potrebovali 36,2 minute, kar je pomenilo pri 40-urnem delovniku 13,2 pregleda dnevno. Z vidika, ki ga priznava plačnik, to ni bilo dovolj. ZZZS je namreč pričakoval, da bodo ortopedски timi za prvi pregled potrebovali manj, in sicer 32,1 minute, kar bi pomenilo 15 pregledov na dan. Da do nastanka dodatnih čakalnih dob v letu 2108 ne bi prihajalo, pa bi morali opraviti kar 15,8 pregleda na dan, kar pomeni 2,5 pregleda na dan več, kot je bilo dejansko opravljenih.

Zelo podobno stanje je pri standardu 1700 delovnih ur letno. Glede na ta izračun, je naročnik pričakoval opravljen pregled v 31 minutah, kar bi pomenilo 11,6 pregleda na dan. Se pravi, bi tudi glede na standard 1700 delovnih ur letno, timi morali opraviti 2,2 pregleda na dan več.

Število ortopedskih timov se je s 27,78 v letu 2018 povečalo na 30,25 v letu 2019. Zaradi tega je bilo tudi opravljenih več prvih pregledov, vendar se je povečalo tudi število čakajočih. Po finančni analizi vemo, da je bilo v tem letu sredstev dovolj, da do nastanka dodatnih čakalnih dob ne bi prihajalo, vendar je bilo število opravljenih pregledov manjše

od načrtovanega in potrebnega. Podatki o izkoriščenosti človeške zmogljivosti kažejo, da so timi pri 40-urnem delovniku potrebovali 38,6 minute za opravljen prvi pregled, kar je pomenilo 12,4 pregleda na delovni dan. Glede na preteklo leto, vidimo, da je že tako prenizka intenzivnost dela še dodatno padla s 13,2 pregleda na 12,4 pregleda na dan. To tudi v letu 2019 ni bilo dovolj, saj je plačnik pričakoval, da bodo timi prvi pregled opravili v 31,9 minute, kar bi pomenilo 15,1 opravljenega pregleda na dan.

Izračun pri 1700 urah efektivnega dela, kaže, da je plačnik pričakoval, da bodo izvajalci opravili pregled v 33 minutah in s tem 10,9 pregleda dnevno. Tako pri izračunih, ki temeljijo na 40-urnem delovniku, kot pri 1700 urah efektivnega dela to pomeni, da bi izvajalci morali opraviti 2,2 oziroma 2,5 pregleda dnevno več, da bi preprečili nastanek dodatnih čakalnih vrst. Če bi izvajalci dosegli standarde plačnika, čakalne vrste v tem letu ne bi nastajale.

Leto 2020 je z epidemijo covid-19 prineslo določene posebnosti. Zaradi vseh ukrepov za preprečevanje širjenja virusa se je pri 40-urnem delovniku za 25 % povečal čas obravnave posamezne pacienta s 38,6 minute v 2019 na kar 51,8 minute v 2020. To je pomenilo manj opravljenih pregledov dnevno. Ta številka je z 12,4 pregleda na dan padla na 9,3 pregleda, kar predstavlja 28,5-odstotno zmanjšanje števila dnevnih pregledov. Razlog za nastanek čakalnih dob tudi v letu 2020 ni v financiranju. Z vidika števila pregledov, ki bi bilo potrebno, da čakalne vrste ne nastanejo, je bilo v letu 2020 priznanih dovolj pregledov na dan, vendar sta bila opravljena 2,3 pregleda manj, kot je bilo priznано. Da bi preprečili dodatno nastajanje čakalnih dob, bi morali narediti 1,3 pregleda na dan več. Za 1700 delovnih ur letno pa bi to pomenilo 1,2 pregleda več.

V letu 2021 se število opravljenih pregledov še ni vrnilo na nivo pred epidemijo, saj so izvajalci še vedno opravili 3,2 pregleda dnevno manj kot pred covidom in porabili 3,5 minute več za opravljeni pregled. Je pa tako kot v letu 2018 plačnik predvidel premalo sredstev, da bi preprečil nastanek dodatnih čakalnih dob. Pri 40-urnem delovniku so izvajalci v letu 2021 presegli plan plačnika z 12,1 opravljenega pregleda dnevno, za kar so potrebovali 39,7 minute. Čeprav so izvajalci presegli število planiranih pregledov na dan, to še vedno ni bilo dovolj, da bi preprečili nastanek dodatnih čakalnih vrst. Za to bi morali opraviti 1,4 pregleda na dan več, kot je bilo opravljenih, in 2,2 pregleda več, kot je planiral plačnik.

3. Nizka izkoriščenost materialnih in človeških zmogljivosti in vloga denarnih spodbud

Ker je za prve ortopedske preglede značilna nizka izkoriščenost človeških zmogljivosti, se pojavi vprašanje, ali je posameznik oziroma tim kot celota denarno vzpodbujen za več opravljenih pregledov. Odgovor na to dobimo tako, da predpostavimo, da bi moral vsak posameznik v timu doseči določeno število pregledov, da bi upravičil svoj dohodek (o stroških dela govorimo kot o neposrednih stroških, medtem ko ob delovanju izvajalca nastajajo tudi drugi – posredni stroški). Višja cena posameznega pregleda torej za plačnika pomeni manjše število potrebnih prvih pregledov za pokritje stroškov.

V letu 2018 smo ugotovili, da bi tim zaslužil za svoje osebne dohodke oziroma pokrtil neposredne stroške, če bi opravil 13,7 pregleda dnevno, in za vse stroške izvajalca z 19,2 pregleda dnevno. Po izračunu vidimo, da so izvajalci opravili pol pregleda premalo, da bi pokrili neposredne stroške (opravljenih je bilo 13,2 pregleda). Če pa bi želeli zaslužiti tako za neposredne kot posredne stroške, bi morali opraviti kar 19,2 pregleda dnevno. To velja za tim kot celoto, če gledamo posamezne člane v timu, pa vidimo, da so tehnik zdravstvene nege, administrativni tehnični delavec, laboratorijski tehnik in laboratorijski administrativni tehnik dosegli standarde za pokritje tako neposrednih kot posrednih stroškov, saj je bilo zanje dovolj že od 11,2 do 11,7 pregleda dnevno. Edini, ki standardov, glede na svoje dohodke, niso dosegli, so v letu 2018 zdravniki specialisti – ortopedi, ki bi za pokritje vseh stroškov izvajalca morali opraviti kar 34,9 pregleda dnevno.

V letu 2019 je tim zaslužil za svoje osebne dohodke s 14,7 opravljenega pregleda dnevno in pokrtil celotne neposredne in posredne stroške z opravljenih 20,5 pregleda na dan. To pomeni da bi se opravljeno število prvih pregledov na tim, glede na preteklo leto, moralo močno povečati, dejansko pa so ti padli s 13,2 pregleda dnevno na 12,4. Tako tudi v letu 2019 timi z opravljenimi storitvami niso pokrili niti osebnih dohodkov niti celotnih stroškov izvajalcev. Če bi opravili izračunan standard 14,7 pregleda na dan, s čimer bi pokrili osebne dohodke, čakalnih dob ne bi zmanjšali, saj bi za to morali opraviti 14,9 pregleda na dan.

Znotraj timov zopet vidimo največji manko opravljenih pregledov pri ortopedih, ki bi morali za kritje vseh posrednih in neposrednih stroškov opraviti kar 36,1 pregleda na dan. Za razliko od leta 2018, ko so drugi člani tima naredil dovolj pregledov, da so pokrili vse nastale stroške, v letu 2019 tudi oni niso opravili dovolj pregledov za to. Da bi namreč pokrili neposredne in posredne stroške, bi morali opraviti od 12,5 do 13 pregledov na dan.

Začetek epidemije in manjša intenzivnost dela v letu 2020 je prinesla še večji razkorak med dejansko opravljenimi prvimi pregledi in številom prvih pregledov, ki bi pokrili neposredne in posredne stroške. Da bi jih pokrili, bi timi namreč morali opraviti 19,9 pregleda na dan, da bi zaslužili za osebne prihodke pa 14,2 pregleda. Dejansko število opravljenih pregledov v letu 2020 pa je znašalo le 9,3 pregleda na dan. Enako kot v letu 2019 je navečja vrzel nastala pri zdravnikih ortopedih, ki bi, glede na svoje dohodke, morali opraviti kar 35 pregledov dnevno, da bi pokrili vse stroške izvajalca, medtem ko bi drugi člani timov te stroške pokrili že z 12,1 do 12,6 opravljenega pregleda na dan.

Kot omenjeno zgoraj, je večje odstopanje od preteklih let (da bi pokrili svoje prihodke, bi v letu 2020 timi morali narediti kar 5 pregledov dnevno več) nastalo zaradi epidemije, ki je prinesla manjšo intenzivnost dela in zaradi vseh dodatkov večje prihodke zdravstvenih delavcev.

V letu 2021 so timi zaslužili za svoje dohodke, če so dnevno opravili 17,3 pregleda, za celotne neposredne in posredne stroške pa bi morali na dan narediti kar 24,3 pregleda. V letu 2021 so opravili 12,1 pregleda na dan, kar pomeni, da timi z opravljenimi storitvami niso

pokrili niti osebnih dohodkov. Kakor vsa proučevana leta do sedaj je zopet največji manko pri ortopedih, ki bi morali narediti kar 42,7 pregleda, da bi pokrili vse nastale stroške izvajalcev, medtem ko bi drugi člani timov neposredne in posredne stroške pokrili že s približno 15 pregledi dnevno. V letu 2021 je v primerjavi s preteklimi leti proučevanega obdobja zabeleženo znatno povečanje potrebnih pregledov na dan za kritje stroškov dela oziroma celotnih stroškov, kar je posledica vidnega zvišanja bruto plač zdravstvenih delavcev v timih.

V obdobju 2018 do 2021 smo ugotovili, da v večini zdravstveni delavci ne opravijo dovolj prvih pregledov, da bi upravičili svoje dohodke. Predvsem to velja za zdravnike ortopede, ki imajo najvišji dohodek. Vprašanje pa je, ali je storitev prvega pregleda ovrednotena prenizko, saj bi v primeru, da bi bila cena prvega pregleda višja, zdravstveni timi lahko naredili dovolj za kritje neposrednih stroškov. Ugotovimo pa lahko, da timi niso denarno stimulirani za večjo izkoriščenost človeških in materialnih virov.

4. Selekcija vstopa v zdravstveni sistem na primarni ravni

V Sloveniji v sklopu javne zdravstvene mreže zdravniki na primarni ravni oziroma specialisti družinske medicine igrajo vratarje, ki napotijo paciente na specialistično obravnavo. To pomeni, da nimamo točno določenih standardov, po katerih se zdravniki ravnavo enotno, temveč gre za subjektivno oceno, na katero danes vplivajo pacienti z vedno več znanja in informacijami, dostopnimi na spletu. Tudi stanje primarnega zdravstva v Sloveniji je velik problem že od leta 1992 (Tajnikar, 2019).

Z izdajo napotnic tako neposredno vplivajo na čakalne dobe, poleg tega pa z določanjem stopnje nujnosti vplivajo tudi na prioriteto obravnavo pacienta.

V času epidemije je bil dostop do družinskih zdravnikov zelo otežen, prav tako pa ne nujne storitve niso bile prioriteta. Sklepamo lahko, da je tudi to eden izmed razlogov za manjše število prvih ortopedskih pregledov v letu 2020 in 2021.

5. Regionalna neskladnost povpraševanja po prvih pregledih v ortopediji

Stopnja obremenjenosti timov je odvisna tudi od regije in izvajalcev znotraj njih. Izvajalci prvih ortopedskih pregledov opravijo zelo različno število prvih pregledov na tim.

Ugotovimo, da bi izvajalci v primeru da bi vsi naredili toliko pregledov kot jih naredi izvajalec z njaveč opravljenimi pregledi na tim, opravili tolikšno število prvih pregledov, da do čakalnih dob ne bi prihajalo, saj bi bilo mogoče opraviti več prvih pregledov, kot bi bilo povpraševanja po njih.

Ker pa nas v tem poglavju zanima predvsem povpraševanje, glede na regijo, izvajalce razvrstimo v 12 slovenskih regij in izračunamo povprečno izkoriščenost zmogljivosti vsake regije za proučevano obdobje.

Na ta način vidimo, v kateri regiji so timi bolj izkoriščeni, v kateri pa manj. Rezultati pokažejo, da ima od dvanajstih regij le 7 regij izkoriščenost zmogljivosti večjo od 60 %. Največjo izkoriščenost timov ima posavska regija v letu 2021 s kar 93 %, najmanjšo pa z le 15 % savinjska regija v letu 2018.

V povprečju za obdobje od 2018–2021 pa vidimo, da ima najbolj izkoriščene time obalno-kraška regija z 81 % izkoriščenostjo, ki ji hitro z 80 % sledi posavska regija. Najmanjšo, 36 % izkoriščenost pa zabeležimo v pomurski regiji in v savinjski s povprečno 37 % izkoriščenostjo zmogljivosti.

Sklenemo, da bi bilo primerno, da bi zdravnike, ki delujejo v regijah timov z nizko izkoriščenostjo, posodili v regije z visoko izkoriščenostjo. Vemo namreč, da je trenutno stanje obratno, saj pacienti migrirajo v regije s krajšimi čakalnimi dobami.

LITERATURA IN VIRI

1. ABC zdravja. (2016, 12. december). *Vse od palca na nogi do zapestja*. Pridobljeno 5. avgusta 2021 iz <https://www.abczdravja.si/gibala-kosti-misice-sklepi/vse-od-palca-na-nogi-do-zapestja>
2. Albin, S., Barrett, J., Ito, D. & Mueller, J. (1990). A queueing network analysis of a health center. *Queueing Systems*, 7(1), 51.
3. Ariff, H., Kamardan, M. G., Sufahani, S. F. & Ali, M. (2018). Review on queueing problem in healthcare. *International Journal of Engineering & Technology*, 7(4/3), 304–307.
4. Arko, J. (2015, 31. marec). Ortopedija in njene zmožnosti. *Primorske novice*. Pridobljeno 10. avgusta 2021 iz <https://www.primorske.si/plus/zdravje/ortopedija-in-njene-zmoznosti>
5. Banks, G. (2005). *Economic Implications of an Ageing Australia*. Melbourne: Media and Publications, Productivity Commission.
6. Bos, F., Douven, R. & Mot, E. (2004). *Four Long-Term Scenarios for the Dutch Government and Health-Care Sector*. Haag: CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis.
7. Buhaug, H. (2002). Long waiting lists in hospitals: operational research needs to be used more often and may provide answers. *BMJ*, 324(7332), 252–253.
8. Caldas, G. C. & Rodrigues, P. G. (2003). *Budgetary Costs of an Ageing Population: The Case of Health Care in Portugal*. Lisbon: Ministério das Finanças de Portugal.
9. Cerdá, E., Pablos, L. & Rodriguez, M. (2006). Waiting lists for surgery. V R. W. Hall (ur.), *Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery, International Series in Operations Research & Management Science* (str. 151–187). New York: Springer.
10. Cullis, J. G. & Jones, P. R. (1986). Rationing by Waiting Lists: An Implication. *American Economic Review*, 76(1), 250–256.

11. Cullis, J. G., Jones, P. R. & Propper, C. (2000). Waiting lists and medical treatment: Analysis and policies. *Handbook Of Health Economics*, 1, 1201–1249.
12. Culyer, A. J. & Cullis, J. G. (1976). *Hospital Waiting Lists and the Supply and Demand of Inpatient Care*. New York: Institute of Social and Economic Research.
13. Česen, M. (2006). *Reforma zdravstva v Sloveniji*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
14. Direktorat za zdravstveno ekonomiko. (2021). *Poročilo o poslovanju javnih zdravstvenih zavodov in JAZMP v letu 2020*. Pridobljeno 3. septembra 2022 iz <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/staro/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Izvajalci-zdravstvene-dejavnosti/2020-ostali-jzz/Porocilo-o-poslovanju-JZZ-v-letu-2020.pdf>
15. Došenović Bonča, P. (2010). *Inovacije kot dejavnik učinkovitosti in uspešnosti bolnišnic v Sloveniji* (doktorska disertacija). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
16. Došenović Bonča, P. (2014). *Opredelitev in merjenje učinkovitosti v zdravstvu: primer slovenskih bolnišnic*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
17. Edwards, R. T. (1997). *NHS Waiting Lists: Towards the Elusive Solution*. Pridobljeno 8. julija 2021 iz <https://www.ohe.org/publications/nhs-waiting-lists-towards-elusive-solution>
18. Ekonomska fakulteta. (2020, 15. april). *COVID-19: Nevarnost in priložnost za slovenski zdravstveni sistem*. Pridobljeno 11. avgusta 2021 iz <https://efnet.si/2020/04/covid-19-nevarnost-in-priloznost-za-slovenski-zdravstveni-sistem>
19. European Hospital and Health Care Federation. (2004). *Measuring and comparing waiting lists: A study in four European countries*. Pridobljeno 12. julija 2021 iz http://www.hope.be/05eventsandpublications/publications_chronologicallist.html
20. Ezdrav.si. (2022). *Čakalne dobe za prvi ortopedski pregled*. Pridobljeno 3. marca 2023 iz <https://cakalnedobe.ezdrav.si>
21. 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.
22. 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.
23. Goddard, J. A., Malek, M. & Tavakoli, M. (1995). An Economic Model of the Market for Hospital Treatment for Non-urgent Conditions. *Economics of Health Care Systems*, 4(1), 41–55.
24. Green, L. (2006). Queueing analysis in healthcare. V R. W. Hall, (ur.), *Patient Flow: Reducing Delay in Healthcare Delivery, International Series in Operations Research & Management Science* (str. 281–307). New York: Springer.
25. 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.

26. 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.
27. Hrovatin, B. (2016). *Analiza vzrokov za nastajanje čakalnih dob na področju dermatologije* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
28. Johannessen, K. A. & Alexandersen, N. (2018). Improving accessibility for outpatients in specialist clinics: reducing long waiting times and waiting lists with a simple analytic approach. *BMC health services research*, 18, 1–13.
29. 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.
30. Korošec, M. K. (2020, 19. avgust). Neurejeni čakalni sezname: kako dostopno je slovensko zdravstvo med koronakrizo?. *24ur*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz <https://www.24ur.com/novice/slovenija/sedem-ur-cakal-na-sprejem-v-bolniscico-kako-dostopno-je-slovensko-zdravstvo-med-koronakrizo.html>
31. Kreindler, S. A. (2010). Policy strategies to reduce waits for elective care: a synthesis of international evidence. *British Medical Bulletin*, 95(1), 7–32.
32. Lindsay, C. M. & Feigenbaum, B. (1984). Rationing by Waiting Lists. *The American Economic Review*, 74(3), 404–417.
33. Lobe, Š. (2021, 8. julij). Zaradi poškodbe nosu mora na operacijo, UKC Ljubljana ga je naročil – čez 10 let. *24ur*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz https://www.24ur.com/novice/slovenija/zaradi-poskodbe-nosu-mora-na-operacijo-ukc-ljubljana-ga-je-narocil-cez-10-let.html?fbclid=IwAR1oKflt24BO_OHVaLKKDIMZKXU8KMmXUV0ltgpihmhN1dAbWuLIQ4pT9cA
34. M. A. H. (2012, 26. september). eZdravje po Švicarsko. *Siol*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz <https://siol.net/novice/slovenija/e-zdravje-po-svicarsko-211699>
35. M., R. (2021, 15. junij). Slovenski ortoped se opravičuje pacientom: Odpadlo je že 350 operacij. *Siol*. Pridobljeno 9. avgusta 2021 iz <https://siol.net/novice/slovenija/slovenski-ortoped-se-opravicuje-pacientom-odpadlo-je-ze-350-operacij-554710>
36. Martin, S. & Smith, P. C. (1999). Rationing by waiting lists: an empirical investigation. *Journal Of Public Economics*, 71(1), 141–164.
37. Ministrstvo za zdravje. (2003). *Predstavitev projekta eZdravje*. Pridobljeno 20. avgusta 2020 iz http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/eZdravje/predstavitev/N_Kratka_predstavitev_projekta_za_splet_feb10.pdf
38. Ministrstvo za zdravje. (2015). *Ministrica predstavila pilotni projekt obvladovanja čakalnih dob*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz http://www.mz.gov.si/nc/si/medijsko_sredisce/novica/article/670/7035
39. Ministrstvo za zdravje. (2017, april). *Vladni projekt za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave* (No. 170–15/2017/5). Pridobljeno 11. avgusta 2021 iz http://www.sdzns.si/upld/Article/1843_file.pdf

40. Ministrstvo za zdravje. (2018, junij). *Poročilo o delu zdravstvenega inšpektorata Republike Slovenije 2018*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz <https://www.gov.si/assets/organi-v-sestavi/ZIRS/Porocila-o-delu/ac0e94141d/Letno-porocilo-o-delu-ZIRS-2018-za-SPLET-.pdf>
41. Ministrstvo za zdravje. (2020a, marec). *Poročilo o izvajanju upravnih in sistemskih nadzorov v zdravstvu za leto 2019* (No. 0600–12/2020/1). Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/Organizacija-zdravstvenega-varstva/Nadzori/Porocilo-o-izvajanju-upravnih-in-sistemskih-nadzorov-za-leto-2019.pdf>
42. Ministrstvo za zdravje. (2020b, 4. september). *Na Ekonomsko-socialnem svetu partnerji govorili o Zakonu o dolgotrajni oskrbi in rešitvah za odpravo čakalnih dob*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz <https://www.gov.si/novice/2020-09-04-na-ekonomsko-socialnem-svetu-partnerji-govorili-o-zakonu-o-dolgotrajni-oskrbi-in-resitvah-za-odpravo-cakalnih-dob/>
43. Ministrstvo za zdravje. (2021a, 27. maj). *Vlada sprejela Splošni dogovor za pogodbeno leto 2021*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz <https://www.gov.si/novice/2021-05-27-vlada-sprejela-splosni-dogovor-za-pogodbeno-leto-2021/>
44. Ministrstvo za zdravje. (2021b, 23. julij). *Poklukar in Cugelj predstavila Nacionalni razpis za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz <https://www.gov.si/novice/2021-07-23-poklukar-in-cugelj-predstavila-nacionalni-razpis-za-izboljsanje-dostopnosti-do-zdravstvenih-storitev/>
45. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2015). *Zbiranje podatkov za vodenje čakalnih seznamov – definicije podatkov in napotki za uporabo spletne aplikacije*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz <http://www.nijz.si/sl/navodila>
46. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2018). *Nacionalno spremljanje čakalnih dob: Mesečno poročilo za stanje na dan 1. 2. 2018*. Pridobljeno 6. junija 2021 iz https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_enarocanje_1.2.2018_1.pdf
47. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2019a). *Nacionalno spremljanje čakalnih dob: Mesečno poročilo za stanje na dan 1. 2. 2019*. Pridobljeno 5. junija 2021 s https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_enarocanje_1.2.2019.pdf
48. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2019b, 5. marec). *Vabilu Dora, Zora in Svit se je smiselno odzvati*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 s <https://www.nijz.si/sl/vabilu-dora-zora-in-svit-se-je-smiselno-odzvati>
49. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020a, junij). *Nacionalno spremljanje čakalnih dob: Poročilo stanja v času epidemije Covid-19 v obdobju 16. 3. 2020 do 1. 6. 2020*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_enarocanje_16.3.-1.6.2020_0.pdf
50. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2020b). *Nacionalno spremljanje čakalnih dob: Mesečno poročilo za stanje na dan 1. 3. 2020*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz

- https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_enarocanje_1._3._2020.pdf
51. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021a, februar). *Nacionalno spremljanje čakalnih dob: Mesečno poročilo za stanje na dan 1. 2. 2022*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/publikacije-datoteke/porocilo_enarocanje_1._2._2021.pdf
 52. NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2021b, 16. avgust). *Bolezni kostno-mišičnega sistema*. Pridobljeno 29. avgusta 2021 iz <https://www.nijz.si/sl/bolezni-kostno-misicnega-sistema>
 53. Nichols, D., Smolensky, E. & Tideman, T. N. (1971). Discrimination by Waiting Time in Merit Goods. *The American Economic Review*, 61(3), 312–323.
 54. Oder, M. (2008). *Primerjava sistemov zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja med Slovenijo in izbranimi evropskimi državami* (magistrsko delo). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
 55. Oliveira Martins, J. & De la Maisonnette, C. (2006). *The Drivers of Public Expenditure on Health and Long-Term Care: An Integrated Approach*. Pridobljeno 12. julija 2021 iz <http://ssrn.com/abstract=917782>
 56. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2013). *What Future for Health Spending?* Paris: OECD Publishing.
 57. Organisation for Economic Co-operation and Development. (2015). *Health at a Glance 2015*. OECD Indicators. Paris: OECD Publishing.
 58. Ortopedska klinika Ljubljana. (2021, 31. julij). *Čakalne dobe za operativne posege*. Pridobljeno 7. avgusta 2021 iz https://www.ortopedska-klinika.si/pages.php?id_meni=72&id=47
 59. Palvannan, R. K. & Teow, K. L. (2012). Queueing for healthcare. *Journal Of Medical Systems*, 36(2), 541–547.
 60. Računsko sodišče Republike Slovenije. (2014). *Revizijsko poročilo Čakalne dobe v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana*. Pridobljeno 20. julija 2021 iz <http://www.rs-rs.si/rsrs/rsrs.nsf/I/875946E0E233D4B0C1257A6F00174C4E>
 61. 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.
 62. 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
 63. Siciliani, L., Borowitz, M. & Moran, V. (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* Paris: OECD Publishing.
 64. Strgar, M. (2017). *Elektronsko naročanje in čakalne dobe v zdravstvu 2017*. Pridobljeno 4. septembra 2020 iz <https://zdravstvena.info/elektronsko-narocanje-cakalne-dobe-v-zdravstvu-2017-e-narocanje-cakalne-dobe.html>
 65. Tajnikar, M. (2019). *Problem družinskih zdravnikov*. Pridobljeno 10. septembra 2020 iz <https://makstajnikar.wordpress.com/2019/02/07/6-2-2019-problem-druzinskih-zdravnikov/>

66. Tajnikar, M., Došenović Bonča, P., Čok, M., Domadenik, P., Korže, B., Sambt, J. & Skela Savič, B. (2016). *Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva*. Ljubljana: Ekonomska Fakulteta.
67. Tratnik, M. (2000). Načrtovanje fleksibilnih proizvodnih sistemov s teorijo čakalnih vrst. *Les*, 52(4), 103–109.
68. UKC Ljubljana – Ortopedska klinika. (2022). *Čakalne dobe*. Pridobljeno 3. septembra 2022 iz <https://www.cakalnedobe.si/zdravstvene-ustanove/ukc-ljubljana-ortopedska-klinika/ukc-ljubljana-ortopedska-klinika-ortopedija-poliklinika-njegoseva-4>
69. Urad Republike Slovenije za makroekonomske analize in razvoj. (2015). *Jesenska napoved gospodarskih gibanj 2015*. Pridobljeno 3. septembra 2021 iz http://www.umar.gov.si/publikacije/napoved_gospodarskih_gibanj/publikacija/zapisi/jesenska_napoved_gospodarskih
70. 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.
71. Vrhovec, J. (2017). *Spremembe v povpraševanju po zdravstvenih storitvah zaradi staranja prebivalstva v Sloveniji* (doktorska disertacija). Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
72. Zajec, D. (2018, 17. avgust). *Milijoni evrov za skrajševanje čakalnih dob, podatki o tem pa niso verodostojni*. Pridobljeno 1. avgusta 2021 iz <https://www.zdravstveniportal.si/zdravstvo/sistem/198/podatki-o-cakalnih-dobah>
73. Zajec, D. (2020, 28. avgust). *Čakalne dobe med epidemijo: kot domine, ki grozijo, da se bodo vsak hip podrle . . .* Pridobljeno 3. avgusta 2021 iz <https://www.zdravstveniportal.si/zdravstvo/sistem/598/cakalne-dobe-epidemija>
74. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2022). *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2018–2021*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
75. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2016). *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2015*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
76. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2023). *Plan in realizacija programa po posameznih dejavnostih*. Pridobljeno 3. marca 2023 iz <https://api.zzzs.si/zzzs/pao/izvajalci.nsf/ZbirniPlanRealizacija>
77. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (brez datuma). *Naročanje in zdravstvene storitve, čakalne dobe in ordinacijski časi*. Pridobljeno 3. septembra 2021 iz https://zavarovanec.zzzs.si/wps/portal/portali/azos/pravice_zdravstvenih_storitev/cakalne_dobe
78. Zweifel, P. & Manning, W. G. (2000). Moral hazard and consumer incentives in health care. V *Handbook of health economics* (str. 409–459). New York: Elsevier.

PRILOGE

Priloga 1: Regionalno povpraševanje po prvih pregledih v ortopediji

Leto	Izvajalec	2018					2019					2020					2021				
		Povprečno št. timov	Št. realiziranih prvih pregledov	Št. prvih preg./tim	Št. prvih preg./tim - glede na maksimalno št. pregledov	izkoriščenost zmogljivosti	Povprečno št. timov	Št. realiziranih prvih pregledov	Št. prvih preg./tim	Št. prvih preg./tim - glede na maksimalno št. pregledov	izkoriščenost zmogljivosti	Povprečno št. timov	Št. realiziranih prvih pregledov	Št. prvih preg./tim	Št. prvih preg./tim - glede na maksimalno št. pregledov	izkoriščenost zmogljivosti	Povprečno št. timov	Št. realiziranih prvih pregledov	Št. prvih preg./tim	Št. prvih preg./tim - glede na maksimalno št. pregledov	izkoriščenost zmogljivosti
Osrednje-slovenska	UKC Ljubljana	3,20	15292	4779	15293	100%	3,2	16424	5133	16424	100%	6,81	11464	1683	31387	37%	5,59	15370	2750	29716	52%
	Artros d.o.o.	0,35	1419	4054	1673	85%	0,35	1446	4131	1796	80%	0,35	1613	4609	1613	100%	0,37	1967	5316	1967	100%
	Orto-oed d.o.o.	0,80	1927	2409	3823	50%	0,8	2482	3103	4106	60%	0,8	1634	2043	3687	44%	0,8	2511	3139	4253	59%
	Ultramedica d.o.o.	0,96	1715	1786	4588	37%	0,96	3137	3268	4927	64%	0,96	2394	2494	4425	54%	0,96	3319	3457	5103	65%
	KIRURŠKI SANATORIJ Rožna DOLI	0,60	1780	2967	2867	62%	0,91	1543	1696	4671	33%	0,91	1502	1651	4194	36%	0,79	1969	2492	4200	47%
	Železniški ZD Ljubljana	0,40	1374	3435	1912	72%	0,4	1180	2950	2053	57%	0,4	1393	3483	1844	76%	0,45	1785	3967	2392	75%
	Kosovinc Saša	1,00	1685	1685	4779	35%	1	1656	1656	5133	32%	1	1560	1560	4609	34%	1	1915	1915	5316	36%
	Skupaj:	7,31	25192	21115	34934	72%	7,62	27868	21936	39110	71%	11,23	21560	17521	51759	42%	9,96	28836	23036	52947	54%
Podravska	UKC MARIBOR	2,25	4841	2152	10753	45%	2,27	5948	2620	11651	51%	2,27	4858	2140	10462	46%	2,11	5914	2803	11217	53%
	SB dr. J. Potrča Ptuj	0,13	511	3931	621	82%	0,13	486	3738	667	73%	0,13	461	3546	599	77%	0,13	672	5169	691	97%
	ZD dr. Adolfa Drolca Maribor	0,43	1184	2753	2055	58%	0,3	760	2533	1540	49%	0,1	317	3170	461	69%	0,1	328	3280	532	62%
	Tonejc Sašo	0,50	1520	3040	2390	64%	0,5	1427	2854	2566	56%	0,5	1820	3640	2305	79%	0,5	1822	3644	2658	69%
	Borko Lucijan	0,50	1555	3110	2390	65%	0,5	1677	3354	2566	65%	0,5	1067	2134	2305	46%	0,5	1495	2990	2658	56%
	Skupaj:	3,81	9611	14986	18208	53%	3,7	10298	15100	18990	54%	3,5	8523	14630	16132	53%	3,34	10231	17886	17755	58%
Goriška	SB dr. Franc Derganc NG	0,87	2704	3108	4158	65%	0,87	2706	3110	4465	61%	0,87	1971	2266	4010	49%	0,87	2132	2451	4625	46%

Leto	Izvajalec	2018					2019					2020					2021				
		Povprečno št. timov	Št. realiziranih prvih pregledov	Št. prvih preg./tim	Št. prvih preg./tim - glede na maksimalno št. pregledov	izkoriščenost zmogljivosti	Povprečno št. timov	Št. realiziranih prvih pregledov	Št. prvih preg./tim	Št. prvih preg./tim - glede na maksimalno št. pregledov	izkoriščenost zmogljivosti	Povprečno št. timov	Št. realiziranih prvih pregledov	Št. prvih preg./tim	Št. prvih preg./tim - glede na maksimalno št. pregledov	izkoriščenost zmogljivosti	Povprečno št. timov	Št. realiziranih prvih pregledov	Št. prvih preg./tim	Št. prvih preg./tim - glede na maksimalno št. pregledov	izkoriščenost zmogljivosti
	ZD Tolmin	0,12	447	3725	573	78%	0,12	433	3608	616	70%	0,12	293	2442	553	53%	0,12	383	3192	638	60%
	Skupaj:	1,00	3151	6833	4731	67%	0,99	3139	6719	5081	62%	0,99	2264	4707	4563	50%	0,99	2515	5642	5263	48%
Posavska	SB Brežice	0,46	2011	4372	2198	91%	1,06	2663	2512	5440	49%	0,46	1818	3952	2120	86%	0,47	2334	4966	2499	93%
	Skupaj:	0,46	2011	4372	2198	91%	1,06	2663	2512	5440	49%	0,46	1818	3952	2120	86%	0,47	2334	4966	2499	93%
Jugovzhodna Slovenija	SB Novo mesto	1,00	2742	2742	4779	57%	1	3753	3753	5133	73%	1	2858	2858	4609	62%	0,96	3023	3149	5103	59%
	Terme Krka	0,00	29		0		0	24		0		0	/	/			0	/	/		
	Skupaj:	1,00	2771	2742	4779	57%	1	3777	3753	5133	73%	1	2858	2858	4609	62%	0,96	3023	3149	5103	59%
Obalno-kraška	Ortopedska bolnica Valdoltra	3,60	16641	4623	17204	97%	3,6	15602	4334	18477	84%	3,6	13623	3784	16592	82%	4,05	15476	3821	21530	72%
	ZD Sežana	0,40	938	2345	1912	49%	0,4	977	2443	2053	48%	0,4	787	1968	1844	43%	0,26	821	3158	1382	59%
	Skupaj:	4,00	17579	6968	19116	92%	4	16579	6776	20530	81%	4	14410	5752	18436	78%	4,31	16297	6979	22912	71%
Pomurska	spl. bolnišnica M. Sobota	1,00	3343	3343	4779	70%	1	3066	3066	5133	60%	1	2899	2899	4609	63%	1,02	2735	2681	5422	50%
	Ortopedija Prettner	1,20	1675	1396	5735	29%	1,4	1263	902	7186	18%	1,4	1177	841	6453	18%	1,2	1069	891	6379	17%
	Medivita d.o.o.	1,00	1758	1758	4779	37%	1	1666	1666	5133	32%	1	1257	1257	4609	27%	1	1545	1545	5316	29%
	Skupaj:	3,20	6776	6497	15293	44%	3,4	5995	5634	17451	34%	3,4	5333	4997	15671	34%	3,22	5349	5117	17118	31%
Gorenjska	SB Jesenice	1,00	3808	3808	4779	80%	1	3724	3724	5133	73%	1	3465	3465	4609	75%	1	3779	3779	5316	71%
	OZG Kranj	1,50	4034	2689	7169	56%	1,5	3729	2486	7699	48%	1,5	3456	2304	6914	50%	1,35	3454	2559	7177	48%
	Diagnostični center Vila Bogat	0,16	737	4606	765	96%	0,16	741	4631	821	90%	0,16	593	3706	737	80%	0,16	672	4200	851	79%

Leto	Regija	Izvajalec	2018					2019					2020					2021				
			Povprečno št. timov	Št. realiziranih prvih pregledov	Št. prvih preg./tim	Št. prvih preg./tim - glede na maksimalno št. pregledov	izkoriščenost zmogljivosti	Povprečno št. timov	Št. realiziranih prvih pregledov	Št. prvih preg./tim	Št. prvih preg./tim - glede na maksimalno št. pregledov	izkoriščenost zmogljivosti	Povprečno št. timov	Št. realiziranih prvih pregledov	Št. prvih preg./tim	Št. prvih preg./tim - glede na maksimalno št. pregledov	izkoriščenost zmogljivosti	Povprečno št. timov	Št. realiziranih prvih pregledov	Št. prvih preg./tim	Št. prvih preg./tim - glede na maksimalno št. pregledov	izkoriščenost zmogljivosti
		Skupaj:	2,66	8579,00	11103,58	12712,14	67%	2,66	8194	10841	13652	60%	2,66	7514,00	9475	12260	61%	2,51	7905	10538	13343	59%
	Savinjska	SB Celje	3,04	5866	1930	46488	13%	2,47	5180	2097	12677	41%	1,77	1660	938	8158	20%	1,09	3337	3061	5794	58%
		Unitur d.o.o.	0,70	1452	2074	3345	43%	0,5	1228	2456	2566	48%	0,5	1660	3320	2305	72%	0,7	2342	3346	3721	63%
		ZD Velenje	0,65	378	582	3106	12%	0,65	1206	1855	3336	36%	0,65	682	1049	2996	23%	0,31	1061	3423	1648	64%
		Skupaj:	1,35	7696	4585	52939	15%	3,62	7614	6409	18580	41%	2,92	4002	5307	13458	30%	2,10	6740	9830	11164	60%
	Zasavska	SB Trbovlje	0,20	819	4095	956	86%	0,2	755	3775	1027	74%	0,2	402	2010	922	44%	0,09	430	4778	478	90%
	Koroška	SB Slovenj Gradec	0,76	1989	2617	3632	55%	0,8	2062	2578	4106	50%	0,9	1467	1630	4148	35%	0,45	1789	3976	2392	75%
	Primorsko - notranjska	ZD Ilirska Bistrica	0,28	818	2921	1338	61%	0,28	745	2661	1437	52%	0,28	528	1886	1291	41%	0,18	616	3422	957	64%
		ZD Postojna	0,42	1762	4195	2007	88%	0,42	1855	4417	2156	86%	0,42	1563	3721	1936	81%	0,39	1804	4626	2073	87%
		MD Medicina D.O.O.	0,50	1902	3804	2390	80%	0,5	2211	4422	2566	86%	0,5	2057	4114	2305	89%	0,5	1702	3404	2658	64%
		Skupaj:	1,20	4482	10921	5735	78%	1,20	4811	11499	6159	78%	1,20	4148	9721	5531	75%	1,07	4122	11452	5688	72%
				max		Razlika			max		Razlika			max		Razlika			max		Razlika	
		Skupaj	51,73	174.022	4779,00	340145,24	166123,24	58,3	179.882	5113,00	299224,75	299224,75	62,62	142.581	4.609,00	149.594,23	75.295,23	57,33	172.801	5316	304766,28	304.766

Vir: lastno delo.