

Slovenski primer vrednotenja nujnih ukrepov za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema

Marjeta Kuhar



Slovenski primer vrednotenja nujnih ukrepov za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema

Analiza sprememb v dostopnosti do izbranih vrst zdravstvenih storitev od 1. septembra 2022 do 31. decembra 2022

Avtor: Mag. Marjeta Kuhar, univ. dipl. ekon.

Recenzenti: Biserka Simčič, spec. posl. ekonom.

Dr. Erik Brecelj, dr. med.

Dr. Dragan Kovačić, dr. med.

Nacionalni inštitut za javno zdravje
Ljubljana, 2023

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

Elektronska izdaja

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

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

Kuhar M. Slovenski primer vrednotenja nujnih ukrepov za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema; analiza sprememb v dostopnosti do izbranih vrst zdravstvenih storitev od 1. septembra 2022 do 31. decembra 2022. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje, 2023. Dostopno na: <https://nijz.si/publikacije/slovenski-primer-vrednotenja-nujnih-ukrepov-za-zagotovitev-stabilnosti-zdravstvenega-sistema/>

Copyright © September 2023,
Nacionalni inštitut za javno zdravje

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 163983107
ISBN 978-961-7211-06-1 (PDF)

Recenzija 1

V Sloveniji se srečujemo s pomanjkanjem raziskav na področju kakovosti, vključno z dostopnostjo. Pričujoče delo je pionirsko delo na področju vrednotenja nujnih ukrepov za zagotovitev stabilnosti slovenskega zdravstvenega sistema in ustreznosti ukrepov interventne zakonodaje za skrajšanje čakalnih dob za izbrane zdravstvene storitve in posledično nakazuje rešitve za zagotavljanje pravočasnega dostopa do potrebnih zdravstvenih rešitev.

Avtorica se z inovativnim pristopom loti raziskave področja, ki trenutno predstavlja za družbo enega najbolj perečih problemov na področju zdravstva pri čemer jasno opredeli terminologijo in razliko posameznih pojmov, ki so mnogokrat napačno uporabljeni in posledično vnašajo zmedo tako pri postavljanju ciljev politike kot tudi pri interpretaciji doseženih rezultatov (politike in ostale javnosti).

Metodologija uporabljena v znanstveni monografiji je jasna, pregledna ter široko zastavljena.

Koncept proučevanja temelji na multidisciplinarnem pristopu, kar je pomemben doprinos na področju kvalitativnega raziskovanja. Avtorica inovativno kombinira kvalitativno in kvantitativno proučevanje problema, kar omogoča temeljito obravnavo raziskovalnega problema, tako z vidika analize podatkov kot tudi njene interpretacije. Uporabljene metode zbiranja ter analize podatkov za proučevanje kompleksnosti obravnavane problematike so ustrezne in inovativne pri čemer so tudi jasno opredeljene omejitve raziskave.

Delo avtorice ocenjujem kot izjemen doprinos k obravnavi problematike, ki zapolnjuje vrzel na področju raziskav, ki se nanašajo na vrednotenje ukrepov zdravstvene politike v slovenskem družbenem prostoru. Kompleksen in pogosto nerazumljiv problem dolgih čakalnih dob obravnava na področju znanstvenega raziskovanja na izviren način.

Tako doprinos raziskovalnega področja osebno vidim predvsem v podajanju kompleksne, pogosto narobe razumljene materije, to je obravnave čakalnih dob in čakalnih vrst, ki jih avtorica poda ter razloži na razumljiv način.

V zaključku znanstvene monografije predlagam, da avtorica sledi priporočilom glede dopolnitev, ki so ji bile posredovane.

Nedvomno bo omenjena publikacija, v kateri so jasni in povedni rezultati, odlično orodje za odločevalce pri sprejemanju novih/nadaljnjih ukrepov. Na znanstvenih dokazih predstavlja pomoč odločevalcem in kreatorjem politik ter tihi poziv, da bodo začeli upoštevati prevečkrat preslišano stroko na področju načrtovanja ukrepov za stabilizacijo slovenskega zdravstva, ki bodo rezultirali v koristih za državljane.

Pri izdelavi recenzije dela nimam konfliktov interesa.

Avtor recenzije: Biserka Simčič, spec. posl. ekonom.

Recenzija prispela, dne 4. september 2023

Recenzija 2

Monografija je napisana v času, ki bi težko bil bolj »primeren« za objave takšne znanstvene publikacije. Skrajševanje čakalnih vrst v zdravstvu je bila najbolj izstopajoča tema prvega leta vladanja aktualne vlade. Obljube ministra za zdravje so bile zelo ambiciozne, upanja bolnikov nič manjša. Redki strokovnjaki so ob uvajanju interventnih ukrepov za skrajševanje čakalnih vrst opozarjali, da ti ne bodo imeli zelenih učinkov. Celo nasprotno. Žal so imeli prav. Kljub ogromni vsoti denarja, ki je bila porabljena za zdravstvene storitve, se čakalne vrste niso skrajšale. Na videz nelogično. Vendar nelogično le za nestrokovnjake. Zato je takšen-znanstven pristop k omenjeni problematiki ne samo dobrodošel, ampak celo nujen. Cilj raziskave je jasno zastavljen; ocena (ne)uspešnosti interventnih ukrepov za zmanjšanje oziroma odpravo nesprejemljivo dolge čakalne dobe s plačevanjem vseh zdravstvenih storitev nad pogodbenim obsegom vsem izvajalcem v mreži javne zdravstvene službe, od 1. septembra 2022 do konca leta 2023. Metode raziskave so jasno definirane. Bazirajo tudi na tuji znanstveni literaturi. Rezultati so natančno, predvsem pa razumljivo predstavljeni in povedni. Enostavno in natančno prikažejo (ne)uspešnost ukrepov v številkah.

V Razpravi avtorica opiše razloge zakaj interventni ukrepi niso imeli pričakovanega učinka. V praksi je bilo dokazano, da nekontrolirano financiranje storitev v zdravstvu nima nobenega učinka. Avtorica je z znanstvenim pristopom pokazala zakaj se je to zgodilo in kaj bi morali avtorji ukrepov narediti, da do tega ne bi prišlo.

Publikacija predstavlja način obravnave zdravstvene problematike na strokovni in znanstveni osnovi. Način dela, ki smo mu v Sloveniji na področju zdravstvene politike le redko pričajo. Mogoče je to eden od razlogov, da nikakor ne pridemo do ukrepov, ki bi izboljšali delovanje zdravstvenega sistema. Upam, da bo zato ta publikacija marsikomu od odgovornih odprla oči. Zdravstvenega sistema ni možno izboljšati brez strokovnega znanja, ki bazira na znanstvenih analizah. Vse ostalo je delo »na pamet« z žal spet in spet pričakovanimi (NE)uspehi. Ta publikacija je dobra osnova za sprejem ukrepov, ki bi dejansko imeli pozitiven vpliv na delovanje zdravstvenega sistema.

Pri izdelavi recenzije dela nimam konfliktov interesa.

Avtor recenzije: Dr. Erik Brecelj, dr. med.

Recenzija prispela, dne 3. september 2023

Recenzija 3

Opravljeno delo zastavlja vprašanje vrednotenja in ustreznosti interventne zakonodaje na čakalne dobe izbranih področij v zdravstvenem sistemu Republike Slovenije. Le-te predstavljajo trenutno enega izmed najbolj perečih problemov zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in s svojim vplivom na dostopnost le-tega posegajo v samo jedro definicije zdravstvenega sistema kot javnega.

Gre za zelo pomemben poskus definicije mehanizma sprotnega merjenja učinkovitosti določenega regulatornega posega na doseganje zastavljenih ciljev v zdravstvenem sistemu v realnem času in s tem za metodo predvidevanja uspešnosti regulatorja ter smotrnosti porabe javnega denarja. Pristop avtorice je izviren in inovativen ob sočasni jasni definiciji terminov s katerimi aktualna politika in mediji pogosto operirajo nestrokovno ali napačno. V raziskavi so retrospektivno zbrani podatki ustrezno zajeti in jasno definirani, tudi omejitve raziskave in njenih rezultatov so jasno opredeljene. Predstavljene slike in tabele so izdelane pregledno, smiselno in po enotni metodologiji, kar povečuje razumljivost podane materije in omogoča neposredne primerjave med opazovanimi medicinskimi strokami. Avtorica v celotno delo smiselno vključuje izsledke iz znanstvene literature, ki jih ustrezno citira, s svojimi rezultati nekatere izmed virov smiselno tudi dopolnjuje in nadgrajuje. Rezultati so jasno podani, smiselni in podkrepjeni s podatki.

Celotno delo ocenjujem kot odličen prispevek v sodobni znanstveni literaturi, saj nam podaja relevantne rezultate, ki eksplicitno govorijo o uspehu oz. neuspehu določene zdravstvene politike na učinkovitost zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji. Poleg tega, da delo avtorice zapolnjuje podatkovne vrzeli na področju učinkovitosti zdravstvenega sistema, gre za dragocen prispevek, ki nas uči, da podobno kot v naravi tudi v zdravstvu in zdravstveni politiki noben ukrep ne more biti opredeljen kot uspešen, če ni sočasno vzpostavljen tudi mehanizem za merjenje njegove učinkovitosti, le-ta pa potem postane podlaga za hitre spremembe in ustavitve neuspešnih ukrepov ter uvedbo novih.

Avtorica nam na tak način nakazuje kako v zdravstveni politiki zgraditi reaktivne mehanizme z elementi avto regulacije na podlagi dobro organiziranih podatkov.

Po mojem osebnem mnenju je pristop opisan v delu za zdravstveni sistem Republike Slovenije edina možna pot, zato se za ta veliki znanstveni prispevek se avtorici zahvaljujem.

Pri izdelavi recenzije dela nimam konfliktov interesa.

Avtor recenzije: Dr. Dragan Kovačić, dr. med.

Recenzija prispela, dne 31. avgusta 2023

Povzetek

Izhodišče: V letu 2023 smo izvedli retrospektivno (ex-post), opazovalno vrednotenje interventnih ukrepov za obdobje od 1. septembra do 31. decembra 2022. Na podlagi teorije vrednotenja javnih politik in teorije dostopa do zdravstvenih storitev smo ocenili (ne)uspešnost interventnih ukrepov, sprejetih v letu 2022. Cilj študije je bil ugotoviti, ali je cilj interventnih ukrepov — zmanjšati oziroma odpraviti nesprejemljivo dolge čakalne dobe s plačevanjem vseh zdravstvenih storitev nad pogodbenim obsegom, vsem izvajalcem v mreži javne zdravstvene službe, od 1. septembra 2022 do konca leta 2023. Ocenov (ne)uspešnosti interventnih ukrepov smo ovrednotili na primeru trinajstih vrst zdravstvenih storitev, petih ambulantnih specialnosti: diabetologije, kardiologije, pulmologije, urologije in oftalmologije, vključno z operacijo sive mreže.

Metodologija: Raziskovalna strategija je bila sestavljena iz pregleda literature in empiričnega dela raziskave. Pri pregledu literature, njeni interpretaciji in razvijanju argumentacije smo sledili hermenevtičnemu pristopu – teoriji interpretacije. S tem pristopom smo želeli doseči boljše razumevanje interdisciplinarne, uporabne in mehke terminologije, potrebne za razumevanje glavne teme, ki smo jo raziskovali: dostop do zdravstvenih storitev in faza vrednotenja javne politike. V nadaljevanju raziskave smo obe glavni temi razširili na področje merjenja pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev s kazalniki čakalnih dob in čakalnih vrst ter v raziskavo vključili značilnosti, ki veljajo za slovenski zdravstveni sistem. Uporaba narativnega pristopa pri raziskovanju obravnavanih virov in sive literature nam je omogočila vzpostavitev kriterijev, ki smo jih razvili med raziskavo za vrednotenje (ne)uspešnosti političnih posegov, namenjenih zmanjšanju ali odpravi nedopustno dolgih čakalnih dob. Empirični del evalvacije intervencijskih ukrepov smo izvedli kot časovno študijo sumativnega vrednotenja z opazovanjem razlike med dvema časovnima točkama (med 1. septembrom 2022 in 31. decembrom 2022), ki predstavljata učinek proučevanega pojava – vpliv na vrednost specifičnih kazalnikov. Interventne ukrepe smo ovrednotili na podlagi izračunanih razlik med vrednostmi po specifičnih kazalnikih: (i) skrajšanje povprečnih čakalnih dob, (ii) povprečne čakalne dobe ne-presegajo dopustne čakalne dobe, (iii) zmanjšanje števila čakajočih, (iv) zmanjšanje čakajočih nad dopustno čakalno dobo po kategoriji (stopnji nujnosti obravnave) in vrsti zdravstvenih storitev.

Rezultati: Dostopnost do zdravstvenih storitev po uvedbi interventnih ukrepov je bila vrednotena s štirimi vrstami kriterijev opisanih v metodologiji. Dostop do zdravstvenih storitev se je izboljšal po kriteriju:

(i) Skrajšanje povprečnih čakalnih dob po kategorijah: »zelo hitro« za 41 % pri operacijah sive mreže, ter pri prvih specialističnih pregledih v diabetologiji za 14 %, v okulistiki za 13 % ter pregledu vida za očala in kontaktnih leč za 3 %; »hitro« pri prvih pregledih v diabetologiji za 6 % in pregledu vida za očala in kontaktne leče za 1 %; »redno« pri operaciji sive mreže za 24 % in prvih pregledih v diabetologiji za 1 %.

(ii) Primerjava povprečnih in dopustnih čakalnih dob: interventni ukrepi v obravnavanem obdobju niso pokazali pozitivnih učinkov, saj so povprečne čakalne dobe pri prvih specialističnih pregledih v vseh treh kategorijah ostale nad dopustno čakalno dobo, razen pri prvih specialističnih pregledih za kategorijo »hitro« v diabetologiji (32 dni) in v pulmologiji (56 dni), ter pri kategorij »redno« pri pregledih vida za očala in kontaktne leče (155 dni), v pulmologiji (79 dni) ter v diabetologiji (50 dni), kjer so bile povprečne čakalne dobe že pred uvedbo interventnih ukrepov pod dopustnimi čakalnimi dobami.

(iii) Zmanjšanje števila pacientov na čakalnih seznamih: pri kategoriji »zelo hitro« za 4 % in »hitro« za 3 % pri operacijah sive mreže, med tem ko se je pri kategoriji »redno« število pacientov zmanjšalo pri operaciji sive mreže za 19 %, pri prvih specialističnih pregledih za 31 %, v urologiji za 15 %, v diabetologiji za 14 %, v okulistiki za 9 % ter najmanj za 1 % v pulmologiji.

(iv) Zmanjšanje števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo v kategoriji »zelo hitro« za 7 % pri operacijah sive mreže; v kategoriji »redno« pri prvih specialističnih pregledih v diabetologiji za 44 %, v kardiologiji za 32 %, v urologiji za 20 %, v okulistiki za 3 %, pri pregledu zaradi očal in kontaktnih leč za 9 % ter za 21 % pri operacijah sive mreže.

Primerjava skupnega števila čakajočih po stopnjah nujnosti je pokazala, da se je po uvedbi interventnih ukrepov število čakajočih na čakalnem seznamu v stopnji »zelo hitro« povečalo za 17 % (za 1.324 čakajočih), v stopnji »hitro« za 10 % (za 2.738 čakajočih), ter zmanjšalo v stopnji »redno« za 14 % (za 5.484 čakajočih).

Zaključki: V znanstveni monografiji predstavljeno vrednotenje zdravstvene politike z vidika pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev s kazalniki — čakalne vrste in čakalne dobe, ter njihova primerjava z dopustnimi čakalnimi dobami — kot kriteriji za vrednotenje rezultatov uspešnosti interventnih ukrepov, ponuja drugačen vidik od vrednotenja, kot se interpretira v praksi. Uporaba pristopov – sumativno vrednotenje javnih politik, hermenevitična analiza literature in virov ter narativna analiza besedil – omogoča poglobljeno analizo in razkrivanje neskladij med definicijo načrtovanega in dejanskega izida interventnih ukrepov.

Analiza kaže, da je bil cilj interventnih ukrepov v začetni fazi zastavljen obetavno, saj je bilo predvideno vrednotenje. Kasneje, v procesu oblikovanja in izvajanja ukrepov, je bil cilj spremenjen, kar je povzročilo terminološko in tehnično zmedo pri ocenjevanju rezultatov uspešnosti ukrepov. Naša raziskava je pokazala, da je bil cilj, ki ga je Ministrstvo za zdravje opredelilo v zdravstveni politiki, v javnosti interpretiran različno – kot skrajšanje ali odprava čakalnih vrst oziroma povprečnih ali dopustnih čakalnih dob za vse vrste zdravstvenih storitev. Z vidika ocene rezultatov uspešnosti interventnih ukrepov je bil nabor storitev, zajetih v interventne ukrepe, preširok.

V slovenskem zdravstvenem sistemu spremljamo več kot 1700 vrst zdravstvenih storitev. Če tem dejstvom prištejemo še kontrolne preglede, ki jih ministrstvo pri interpretaciji uspešnosti interventnih ukrepov šteje za cilje, čeprav niso predmet nadzora čakalnih dob, obsega vrednotenja ukrepov zdravstvene politike ni mogoče nadzorovati. Glede na izkušnje drugih zdravstvenih sistemov, bi bilo bolj smiselno določiti prioritete, npr. s poudarkom na pacientih na čakalnem seznamu, ki na prvi pregled pri specialistu čakajo nad najdaljšo čakalno dobo.

Vrednotenje rezultatov s teorijo vrednotenja je pokazalo, da so zdravstvene politike lahko uspešnejše, če obstaja formalna faza vrednotenja ukrepov glede na merila doseganja ciljev v pripravljalni fazi (načrtovanje in oblikovanje). Tako zaključujemo, da je šlo v fazi vrednotenja za postavljanje prioritete, ki ne ustrezajo z dokazi podprti zdravstveni politiki glede na predhodno dogovorjenim in jasno definiranim spremljanjem ukrepov, ki veljajo za kompleksne in dinamične interakcije med čakalnimi vrstami in čakalnimi dobami. Slednje je tudi glavna omejitev v raziskavi.

Ključne besede:

Slovenija, pravi specialistični pregledi, vrednotenje, ukrepi zdravstvene politike, čakalne dobe, čakalne vrste, diabetologija, kardiologija, urologija, pulmologija, okulistika.

Abstract

Introduction: in 2023, we conducted a retrospective (ex-post), observational evaluation of interventions for the period 1 September to 31 December 2022. Based on the theory of public policy evaluation and the theory of access to health services, we assessed the (in)success of the intervention measures adopted in 2022. The aim of the study was to determine whether the objective of the intervention measures — to reduce or eliminate unacceptably long waiting times, was achieved by paying all health services beyond the contracted scope to all providers in the public health service network from 1 September 2022 until the end of 2023. The assessment of the (mis)success of the intervention measures was evaluated using the example of thirteen types of health services in five outpatient specialities: diabetology, cardiology, pulmonology, urology and ophthalmology, including cataract surgery.

Methodology: The research strategy consisted of a literature review and an empirical part of the research. In reviewing the literature, interpreting it and developing the argument, we followed the hermeneutic approach - the theory of interpretation. With this approach, we aimed to achieve a better understanding of the interdisciplinary, applied and fuzzy terminology necessary to understand the main topic we were investigating: access to health services and the evaluation phase of public policy. Continuing the research, we extended both main themes to the area of measuring timely access to health services with indicators of waiting times and waiting lists, and included the characteristics applicable to the Slovenian health system in the research. The use of a narrative approach in researching the sources discussed and the grey literature enabled us to establish the criteria we developed during the research for assessing the (in)success of policy interventions aimed at reducing or eliminating unacceptably long waiting times. We conducted the empirical part of the evaluation of the intervention measures as a temporal study of the summative evaluation by observing the difference between two points in time (between 1 September 2022 and 31 December 2022) that represent the effect of the phenomenon under study - the effect on the value of certain indicators. Intervention measures were evaluated based on the calculated differences between the values according to certain indicators: (i) reduction in average waiting times, (ii) average waiting times do not exceed maximum waiting times, (iii) reduction in the number of people waiting, and (iv) reduction in patients waiting beyond the maximum waiting time by category (urgency level of treatment) and type of medical services.

Results: The accessibility of health services after the implementation of the intervention measures was assessed using four types of criteria described in the methodology. Access to health services has improved according to the criterion:

(i) Reduction in average waiting times by category: "High priority" by 41% for cataract surgery and for first specialist appointment in diabetology by 14%, in ophthalmology by 13% and for eye examination for glasses and contact lenses by 3%; "Priority" for first appointment in diabetology by 6% and for eye examination for glasses and contact lenses by 1%; "Regular" for cataract surgery by 24% and for first appointment by 1% in diabetology.

(ii) Comparison of average and maximum waiting times: The intervention measures did not have a positive impact during the period under consideration, as the average waiting times for first specialist appointments were higher than the maximum waiting time in all three categories. Exceptions are the first specialist appointments for the "Priority" category in diabetology (32 days) and in pulmonology (56 days) and for the "Regular" categories for eye tests for glasses and contact lenses (155 days), in pulmonology (79 days) and in diabetology (50 days), where the average waiting times were already below the maximum waiting times before the intervention measures were introduced.

(iii) Reduction in the number of patients on waiting lists in the "High priority" category by 4% and "Priority" by 3% in cataract surgery, while the "Regular" category decreased by 19% in cataract surgery and by 31% in cardiology, 15% in urology, 14% in diabetology, 9% in ophthalmology and at least 1% in pulmonology at the first specialist appointments.

(iv) Reduce the number of people waiting beyond the maximum waiting time for cataract surgery by 7% in the "High priority"; and "Regular" first specialist appointments in diabetology by 44%, in cardiology by 32%, in urology by 20%, in ophthalmology by 3% and for eye tests for glasses and contact lenses by 9% and for cataract surgery by 21%.

A comparison of the total number of patients by urgency level showed that after the introduction of the intervention measures, the number of patients on the waiting list increased by 17% in the "High priority" (for 1,324 waiting patients) and by 10% in the "Priority" (for 2,738 waiting patients) and decreased by 14% in the "Regular" (for 5,484 waiting patients).

Conclusions: The evaluation of health policy presented in the scientific monograph from the point of view of timely access to health services using the indicators — waiting lists and waiting times, comparison with maximum waiting times - which are used as criteria for evaluating the results of the success of intervention measures, offers a different aspect from the evaluation as it is interpreted in practise. The use of approaches - summative evaluation of public policy, hermeneutic analysis of literature and sources, and narrative analysis of texts - allows for in-depth analysis and disclosure of discrepancies between the definition of what was planned and the actual outcome of the intervention measures. The analysis shows that the target of the intervention measures was set promisingly in the initial phase, as an evaluation was foreseen. Later in the process of designing and implementing the measures, the objective was changed, leading to terminological and technical confusion in evaluating the results of the success of the measures.

Our study showed that the target defined by the Ministry of Health in the health policy was interpreted differently by the public - as a reduction or elimination of waiting lists, or average or maximum waiting times for all types of health services. In terms of assessing the results of the success of the intervention measures, the range of services covered by the intervention measures was too broad. More than 1,700 types of health services are monitored in the Slovenian health system. If one adds to these facts the control examinations, which the Ministry counts as objectives when interpreting the success of the intervention measures, although they are not subject to the control of waiting times, the extent of the evaluation of the health policy measures cannot be controlled. Based on the experience of other health systems, it would make more sense to prioritise the introduction of intervention measures, e.g. by focusing on patients on the waiting list who are waiting beyond the maximum waiting time for the first specialist appointment.

The evaluation of the results with the evaluation theory has shown that health policy measures can be more successful if there is a formal phase of evaluating the measures according to the criteria for achieving the objectives in the preparation phase (planning and conception). We thus conclude that the evaluation phase set priorities that do not correspond to evidence-based health policy in the sense of previously agreed and clearly defined monitoring measures that apply to complex and dynamic interactions between queues and waiting times. The latter is also the main limitation of the research.

Key words:

Slovenia, first outpatient appointment, evaluation, health policy measures, waiting times, waiting lists, diabetology, cardiology, urology, pulmonology, ophthalmology

Kazalo vsebine

1	Uvod	12
1.1	Teoretični vidik vrednotenja (ne)uspeha javne politike	14
1.2	Teoretičen vidik vrednotenja (ne)dostopa do zdravstvenih storitev	16
1.3	Vrednotenja (ne)dostopa do zdravstvenih storitev in zdravstvena politika	17
1.3.1	Pozicija Slovenije v eksterne okolju pred uvedbo interventnih ukrepov	19
1.3.2	Pozicija Slovenije v internem okolju pred uvedbo interventnih ukrepov.....	20
1.4	Javna zdravstvena politika na primeru interventnih ukrepov na področju skrajševanja čakalnih dob	23
1.4.1	Priprava ukrepov za pomembno skrajšanje čakalnih vrst v zdravstvu	23
1.4.2	Implementacija interventnih ukrepov – z zakonom do izboljšanja dostopa do zdravstvenih storitev.....	24
1.4.3	Prvo poročilo o odpravi oziroma skrajšanju čakalnih dob	25
2	Metodološki pristop k vrednotenju javne zdravstvene politike na primeru interventnih ukrepov na področju skrajševanja čakalnih dob.....	26
2.1	Strategija raziskovanja	26
2.2	Hermenevtičen pristop analize in interpretacije.....	28
2.3	Empirični del vrednotenja (ne)uspeha interventnih ukrepov	30
2.3.1	Zbiranje podatkov.....	30
2.3.2	Določitev kriterijev vrednotenja rezultatov interventnih ukrepov.....	34
2.3.3	Analiza podatkov.....	35
3	Rezultati vrednotenja (ne)uspešnosti interventnih ukrepov	37
3.1	Rezultati vrednotenja po specialnostih določenih v raziskavi	37
3.1.1	Diabetološki prvi in kontrolni pregledi	37
3.1.2	Kardiološki prvi in kontrolni pregledi.....	39
3.1.3	Pulmološki prvi in kontrolni pregledi.....	41
3.1.4	Urološki prvi in kontrolni pregledi.....	44
3.1.5	Okulistični prvi in kontrolni pregledi	46
3.1.6	Okulistični prvi in kontrolni pregledi vida za očala in kontaktne leče	49
3.1.7	Operacije sive mreže (katarakte).....	51
3.2	Rezultati vrednotenja po kategorijah in kazalnikih določenih v raziskavi	54
3.2.1	Vrednotenje po kriteriju skrajšanje povprečnih čakalnih dob in ne presežanje dopustnih čakalnih dob	54
3.2.2	Vrednotenje po kriteriju zmanjšanje števila vseh čakajočih na čakalnih seznamih	55
3.2.3	Vrednotenje po kriteriju zmanjšanje števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo	56
4	Razprava	58
5	Zaključki	63
6	Financiranje in drugi podatki o avtorju	63
7	Literatura in viri	65
8	Stvarno kazalo	69
9	Priloge	72

Kazalo tabel

Tabela 1. Potrebne aktivnosti za vodenje prožne politike izboljšanja pravočasne dostopnosti do zdravstvenih storitev	19
Tabela 2. Dostopnost do zdravstvenih storitev po podatkih OECD za leto 2021 (povprečne čakalne dobe v dnevih)...	20
Tabela 3. Prvi učinki interventnih ukrepov na skrajšanja čakalnih vrst po skupinah 45. vrst zdravstvenih storitev MZ	26
Tabela 4. Nabor specifičnih kazalnikov in kriterijev za izvedbo vrednotenja interventnih ukrepov	34
Tabela 5. Dopustne čakalne dobe po stopnjah nujnosti obravnave	35
Tabela 6. Diabetologija – prvi in kontrolni pregledi: primerjave med kategorijami	39
Tabela 7. Kardiologija – prvi in kontrolni pregledi: primerjave med kategorijami	41
Tabela 8. Pulmologija – prvi in kontrolni pregledi: primerjave med kategorijami	43
Tabela 9. Urologija – prvi in kontrolni pregledi: primerjave med kategorijami	44
Tabela 10. Okulistika – prvi in kontrolni pregledi: primerjave med kategorijami	48
Tabela 11. Okulistika – prvi in kontrolni pregledi vida za očala in kontaktnih leč: primerjave med kategorijami	50
Tabela 12. Operacije sive mreže (katarakte): primerjave med kategorijami	51
Tabela 13. Primerjava povprečnih in dopustnih čakalnih dob pred in po interventnih ukrepih	54
Tabela 14. Primerjava števila čakajočih vpisanih na čakalni seznam pred in po interventnih ukrepih	56
Tabela 15. Primerjava števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo pred in po interventnih ukrepih	57

Kazalo slik

Slika 1. Konceptualizacija procesa nastajanja čakalnih dob in čakalnih vrst v zdravstvu	18
Slika 2. Rast števila obravnavanih primerov kršitev pacientovih pravic v 10 letih	21
Slika 3. Hermenevtičen pristop analize in interpretacije	29
Slika 4. Diagram izbire zdravstvenih storitev ustreznih za izvedbo raziskave	33
Slika 5. Dostop do specialističnih pregledov v diabetologiji »zelo hitro«	37
Slika 6. Dostop do specialističnih pregledov v diabetologiji »hitro«	37
Slika 7. Dostop do specialističnih pregledov v diabetologiji »redno«	38
Slika 8. Dostop do specialističnih pregledov v diabetologiji »skupaj«	38
Slika 9. Dostop do specialističnih pregledov v kardiologiji »zelo hitro«	40
Slika 10. Dostop do specialističnih pregledov v kardiologiji »hitro«	40
Slika 11. Dostop do specialističnih pregledov v kardiologiji »redno«	41
Slika 12. Dostop do specialističnih pregledov v kardiologiji »skupaj«	41
Slika 13. Dostop do specialističnih pregledov v pulmologiji »zelo hitro«	42
Slika 14. Dostop do specialističnih pregledov v pulmologiji »hitro«	42
Slika 15. Dostop do specialističnih pregledov v pulmologiji »redno«	43
Slika 16. Dostop do specialističnih pregledov v pulmologiji »skupaj«	43
Slika 17. Dostop do specialističnih pregledov v urologiji »zelo hitro«	45
Slika 18. Dostop do specialističnih pregledov v urologiji »hitro«	45
Slika 19. Dostop do specialističnih pregledov v urologiji »redno«	46
Slika 20. Dostop do specialističnih pregledov v urologiji »skupaj«	46
Slika 21. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki »zelo hitro«	47
Slika 22. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki »hitro«	47
Slika 23. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki »redno«	48
Slika 24. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki »skupaj«	48
Slika 25. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki zaradi očal in kontaktnih leč »zelo hitro«	49
Slika 26. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki zaradi očal in kontaktnih leč »hitro«	49
Slika 27. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki zaradi očal in kontaktnih leč »redno«	50
Slika 28. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki zaradi očal in kontaktnih leč »skupaj«	50
Slika 29. Dostop do operacije sive mreže »zelo hitro«	52
Slika 30. Dostop do operacije sive mreže »hitro«	52
Slika 31. Dostop do operacije sive mreže »redno«	53
Slika 32. Dostop do operacije sive mreže »skupaj«	53
Slika 33. Primerjava števila čakajočih — učinek interventnih ukrepov	55
Slika 34. Primerjava števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo — učinek interventnih ukrepov	57

Seznam uporabljenih kratic

ČD – čakalne dobe

ČV – čakalne vrste

DČD – (najdaljše) dopustne čakalne dobe

KP – kontrolni pregled

MZ – Ministrstvo za zdravje

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

OECD – Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj, *ang. The Organisation for Economic Co-operation and Development*

PP – prvi pregled

RS – Republika Slovenija

ZIRS – Zdravstveni inšpektorat Republike Slovenije

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

1 Uvod

Vrednotenje javne politike predstavlja zadnjo fazo procesa oblikovanja in izvajanja javnih politik, ki jo sestavlja pet faz: faza oblikovanja dnevnega reda, faza oblikovanja alternativnih rešitev, faza legalizacije (uzakonitve) izbrane rešitve, faza implementacije (izvajanja) ter faza evalvacije (vrednotenja) javne politike (3, 4). Vrednotenje javnih politik pomeni vrednotenje javnih programov, projektov, ukrepov, storitev (v nadaljevanju javna politika) (3). Če povzamemo znano definicijo javne politike, po Thomas Dye, je vrednotenje javne politike *»karkoli vlade naredijo ali ne naredijo«* (4, str. 8).

Vsebin oziroma področij delovanja nekega socialnega sistema, pomembnih za vrednotenje javnih politik je neomejeno. Kot navaja Thomas Dye (3) so javne politike lahko še tako dobro organizirane, uspešne, financirane, ali vsesplošno sprejete, bodo vedno obstajala vprašanja na katera je potrebno odgovoriti v smislu ali javna politika dejansko deluje, ima učinkovite koristi za družbo, so njeni učinki trenutni ali dolgoročni, pozitivni ali negativni ter kakšni so odnosi med stroški in koristmi za družbo določene javne politike. Vsa ta vprašanja, so predmet raziskovanja ene izmed faz procesa oblikovanja in izvajanja javnih politik, imenovane faza vrednotenja (evalvacija) javne politike, ki se izvajajo na podlagi različnih metod, pristopov in modelov (5). Primerne so tudi za uporabo vrednotenja ukrepov javne zdravstvene politike, obravnavane v tej raziskavi, na področju zagotavljanja pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev.

Novejše študije, ki se poglobljeno ukvarjajo z vrednotenjem (ne)uspeha ukrepov javne zdravstvene politike z vidika skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu, kažejo na slabo odzivnost zdravstvenih sistemov pri odpravljanju posledic zaostankov v zdravljenju, nastalih pred in med pandemijo covid-19. V njih avtorji opozarjajo na težave pri zagotavljanju pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev, zaradi odpovedanih ali prestavljenih, že načrtovanih zdravstvenih storitev, ki so se v razmerah med pandemijo covid-19 poglobile (6–13). Slednje velja tudi za Slovenijo in predstavlja vse večji izziv za odločevalce v zdravstveni politiki (14–16).

Izkušnje tudi kažejo, da se zdravstveni sistemi težko prilagajajo izzivom, kot so staranje prebivalstva, multimorbidnost, razvoj novih tehnologij ter s tem povezane sodobne oblike zdravljenja. Vse to se odraža v neizpolnjenih potrebah po zdravstvenih storitvah ter slabši dostopnosti prebivalstva do kakovostne zdravstvene obravnave (12, 13). Čeprav je do

nedavnega veljalo, da nalezljive bolezni pomembno vplivajo na dostopnost do zdravstvenih storitev v državah z manj razvitimi zdravstvenimi sistemi, pa izkušnje med zadnjo pandemijo covid-19, kažejo na težave v obvladovanju dostopa do ne-nujnih zdravstvenih storitev ter odpravljanju posledic in zaostankov v zdravstvenih obravnavah, ki so nastali med pandemijo po vsem svetu, tudi v bolj razvitih zdravstvenih sistemih (8, 9, 15, 16). Te so vidne tudi v razlikah v zdravstvenem stanju prebivalstva, večanju neenakosti v zdravju, te pa v vse daljših čakalnih dobah (16). Slednje, po podatkih Eurostata, poleg finančnih razlogov (visok delež plačil za zdravstvene storitve neposredno iz žepa) in oddaljenosti izvajalca zdravstvenih storitev, državljanke in državljani Evropske unije, navajajo kot razlog za »neizpolnjene« potrebe po zdravstveni obravnavi (16). Na podlagi opisanih razmer, ki jim v teoriji policy analize pravimo identifikacija policy problemi, je vrednotenje ukrepov javne zdravstvene politike z vidika zagotavljanja pravočasne dostopnosti do zdravstvenih storitev neizogibno (3,4). Vse to in še več, kaže na potrebo po evalvaciji oziroma vrednotenju javne zdravstvene politike na podlagi specifičnih kazalnikov s katerimi v praksi vrednotimo oziroma merimo dostopnost do zdravstvenih storitev — čakalnih dob in število čakajočih pacientov, predvsem tistih, ki čakajo nad dopustno čakalno dobo (6, 9, 19–21).

V raziskavi se osredotočamo na vrednotenje (ne)uspeha ukrepov javne zdravstvene politike (v nadaljevanju interventnih ukrepov), ki jih je Vlada Republike Slovenije (RS) napovedala v letu 2022, z namenom izboljšanja dostopa do zdravstvenih storitev, s ciljem skrajšanja nedopustno dolgih čakalnih dob, nastalih kot posledica pandemije covid-19 (6, 7). Prvi ukrep je bil v juliju 2022 sprejet akcijski načrt, katerega namen je bil izboljšanje kakovosti podatkov, ter s tem izboljšanje upravljanja in vodenja čakalnih seznamov, na podlagi že izvedenih raziskav v letu 2021-22 (6–9, 22, 23). Druga dva ukrepa, v juliju in oktobru 2022 sprejet oziroma dopolnjen Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (24), katerega cilj je bil prebivalstvu RS zagotoviti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo, z namenom odpraviti nedopustno dolge čakalne dobe, nastale zaradi preprečevanja in obvladovanja nalezljive bolezni covid-19; odpraviti organizacijskih slabosti zdravstvenega sistema; zagotoviti zadostne zmogljivosti – kadrovske, prostorske ter opreme (25). Slednji je na novo omogočil plačilo vseh zdravstvenih storitev, opravljenih nad dogovorjenim obsegom programa zdravstvenih storitev, določenega s pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), vsem izvajalcem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe od 1. septembra 2022 do 31. decembra 2023 (24–26).

1.1 Teoretični vidik vrednotenja (ne)uspeha javne politike

Vrednotenje javnih politik, sodi v politološko znanstveno disciplino, ki jo zanimajo posledice oziroma rezultati (ne)delovanja že sprejetih in izvajanih odločitev oblasti (27). Zgodovinski pregled, kaže da so zametki evalvacijskega raziskovanja nastali v tridesetih letih 20. stoletja na področju izobraževanja ter javnega zdravstva (1). Čeprav se študije vrednotenja med seboj razlikujejo po področjih (npr. medicina, pravo, tehnika), vsebinah (npr. projekt, ukrep, program) ter kdaj, kdo, in zakaj se proučujejo, je logika evalvacije raziskovanja enaka (1, 26). V raziskavi izhajamo iz izraza evalvacija in njenih sopomenk, kot so ocenjevanje, presojanje, razsojanje, analiziranje, razsojanje, analiziranje, kritiziranje, pregledovanje, preučevanje, nadziranje, merjenje, določanje vrednosti, ki se nanaša na nagibe oziroma procese, usmerjene v ocenjevanje nekoga ali nečesa (27). V splošnem obstajajo razlike med akademsko-strokovno in splošno oceno javne politike. Prva je rezultat poglobljenih, metodološko, specifično-strokovnih ter teoretsko utemeljenih postopkov, podajanja vrednosti predmeta oziroma fenomena, ki ga proučujemo, druga pa je rezultat subjektivno podane ocene »čez prst« (27).

Poglavitne značilnosti po katerih je mogoče razlikovati vrednotenje od drugih analitičnih zvrsti raziskovanja javnih politik poda William Dunn (1, 24, 27):

- vrednotenje je v svojem bistvu retrospektivno, ker vrednoti učinke v preteklosti sprejetih programov in ukrepov (*ang. ex-post evaluation*), lahko pa je tudi prospektivno (*ang. ex-ante evaluation*) – na primer vrednotenje pred uvedbo novih ali prenovljenih ukrepov, ki zajema vrednotenje novih oziroma možnih alternativnih rešitev;
- vrednotenje je v svojem bistvu usmerjeno na sodbe in vrednote, vezane na zaželenost ali družbeno vrednost, koristnost ukrepov oziroma javnih programov;
- vrednotenje upošteva dejstva in vrednote, pri čemer je pomembna primerjava med zamišljenim in dejanskim izvajanjem javnega ukrepa, kar zahteva zbiranje dejstev o izvajanju tega ukrepa in spremljanje (*ang. monitoring*), ki je nujno potreben vir za izvedbo vrednotenja ukrepov;
- vrednote imajo dvojno kakovost – na eni strani imajo vrednote vlogo ciljev, namena (*npr. skrajšati čakalne dobe*), po drugi strani pa vrednote lahko nastopajo kot sredstvo k drugim ciljem (*npr. krajše čakalne dobe omogočajo pacientom, da pridejo hitreje ter s tem do kakovostne in varne do zdravstvene obravnave, kar je cilj ukrepov javne zdravstvene politike*).

Vrednotenje v svojem osnovnem namenu, ocenjuje dosežke in podaja razloge za (ne)uspeh javne politike, pri čemer teži k objektivnosti, zanesljivosti, preverljivosti pri zbiranju in analizi ter interpretaciji podatkov (1). Vrednotenje javnih politik je v splošnem osredotočeno na iskanje (ne)uspeha ali (ne)učinkovitosti oblikovanja in izvajanja javnih politik (1, 25). Po mnenju Weiss, so rezultati vrednotenja javnih politik pomembni (1), ker ponujajo kritičen vpogled in ključne informacije uspešnosti izvajanja javnih politik, a so v praksi iz različnih razlogov premalokrat upoštevani (1). Vrednotenje javne politike — programa, ukrepa, projekta ali storitev, temelji na metodološko objektivnem raziskovanju, načelih spoštovanja temeljnih vrednot v družbi, povezanih s človekom in njegovim delovanjem (27). Zbiranje in analiza relevantnih podatkov na katerih temelji vrednotenje javne politike omogoča učenje in seznanjanje z rezultati oziroma posledicami izvajanja politike, programa, projekta ali ukrepov.

Najbolj razširjena in uporabljena tipologija vrednotenja javnih politik, ki jo opredeli Michael Skriven je *formativno (plastično) in sumativno vrednotenje* ter *programirano vrednotenje*, ki ga opredelijo Rossi, Freman in Lipsey (1).

- *Formativno (plastično) vrednotenje* v začetni fazi analizira razmere, ki so podlaga za uspešno in nadaljnje ugotavljanje izvedbe javne politike. Ta vrsta vrednotenja je interne narave, in je usmerjeno v procesne vidike. S svojimi spoznanji prispeva k (pre)oblikovanju in izboljšanju delovanja politike v fazi ko ta še poteka. Odgovarja na tri temeljna vprašanja: Je program, ukrep, projekt ali storitev — javna politika dosegel predvideno ciljno populacijo? Se dejanske storitve programa (ukrepa) skladajo z načrtovanimi? Kateri viri so (bili) porabljeni za izvedbo programa? (27).
- *Sumativno vrednotenje* je usmerjeno v vrednotenje dosežkov oziroma učinkov programa, ukrepa, projekta ali storitve — javne politike. Ta vrsta vrednotenja je eksterne oziroma splošne narave. Ugotavlja, kako neka politika dejansko vpliva na probleme. Namen te vrste vrednotenja je povzeti dobre in slabe učinke javne politike (1).
- *Programsko vrednotenje* se nanaša na vrednotenje celotne javne politike, od začetne do zaključne faze. Omogoča sistematično raziskati (ne)učinkovitost javnih politik, predstavitev nastalega družbenega problema ali določiti smernice za izboljšave. Ta vrsta vrednotenja programa, ukrepa, projekta ali storitve — javne politike vključuje štiri sklope: opredelitev potreb; priprava načrta; izvajanje; rezultati, vplivi in učinki. Praviloma se programsko vrednotenje osredotoča na enega od sklopov. V primeru, ko se osredotoča na vse štiri govorimo o *vsestranskem (celovitem) vrednotenju* (1).

1.2 Teoretičen vidik vrednotenja (ne)dostopa do zdravstvenih storitev

Teorijo o dostopu do zdravstvenih storitev, sta pred več kot 40. leti utemeljila Penchansky in Thomas (29). Danes, zaradi pomembnosti zagotavljanja zdravstvenih storitev za ljudi, »dostopnost« predstavlja glavno skrb zdravstvene politike in je ena bolj uporabljenih besed, bodisi v literaturi zdravstvene politike, bodisi v političnih razpravah o zdravstvenih sistemih (29, 30). Kako izboljšati dostop do zdravstvenih storitev v sistemu zdravstvenega varstva, pa je tema s katero se na mednarodni ravni ukvarjajo zdravstvene politike po vsem svetu (32).

Dostop do zdravstvenih storitev z vidika iskanja ravnovesja med pacientom in zdravstvenim sistemom avtorji definirajo različno (29). Morgan, na primer dostop do zdravstvenega varstva opredeli kot temeljno človekovo pravico (32). Enostavnejšo opredelitev najdemo pri Saurman, ki pravi, da:

»gre pri dostopu za zagotavljanje zdravstvenih storitev v sistemu zdravstvenega varstva na način, da pacient, glede na zdravstvene potrebe, prejme pravo obravnavo od pravega izvajalca, ob pravem času, na pravem mestu« (32).

Med tem ko se v političnih razpravah dostopnost do zdravstvenih storitev pogosto enači s kritjem zdravstvenega zavarovanja (28, 29), pa avtorji, kot Donabedian (33–35), Penchansky in Thomas (28, 31), Millman (36), Saurman (32), Fortney in drugi (37), dostopnost do zdravstvenih storitev definirajo iz različnih zornih kotov (32). Uveljavljena definicija koncepta dostopa do zdravstvenih storitev 20. stoletja, temelji na štirih dimenzijah dostopnosti — ekonomska, geografska, informacijska in etična (32, 38). Fortney in drugi (37) predlagajo redefinicijo koncepta dostopa do zdravstvenih storitev v 21. stoletju, pri čemer definirajo pet dimezij — geografsko, finančno, kulturno, časovno in digitalno ter poudarijo pomen posamezne dimezije z vidika posameznika, skupnosti, zdravstvenega sistema ali izvajalca. Fortney in drugi (37) za merjenje dostopnosti predlagajo kazalnike, ki so dejansko, neposredno ter objektivno merljivi za posamezno dimezijo dostopnosti, in sicer za *geografsko* – razdalja do najbližjega izvajalca zdravstvene dejavnosti; za *časovno* – čakalne dobe; za *finančno* – doplačila; za *kulturno* – jezikovno ujemanje med izvajalcem in pacientom; za *digitalno* – elektronski dostop do zdravstvenih zapisov (37).

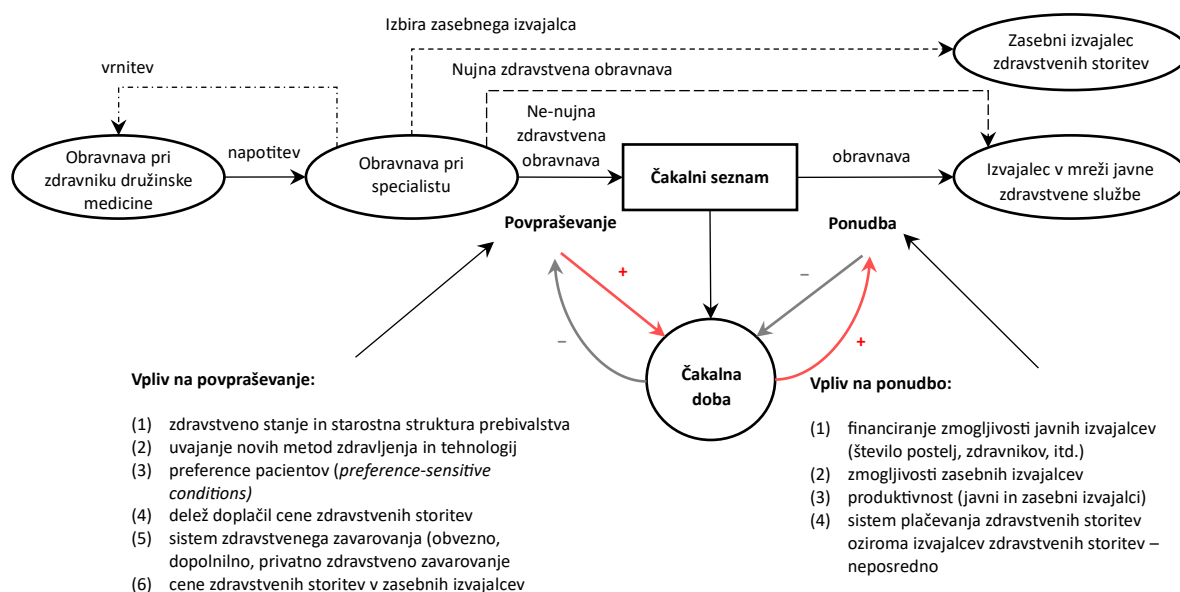
1.3 Vrednotenja (ne)dostopa do zdravstvenih storitev in zdravstvena politika

Ukrepi javnih zdravstvenih politik, ki jih uvajajo vlade z namenom izboljšanja pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev, se med državami razlikujejo. Zato so pristopi s katerimi raziskovalci ali institucije ocenjujejo uspehe vladnih zdravstvenih politik na mednarodni ravni različni in pogosto neprimerljivi (4, 9). Ne glede na raznolikost, pa večina ukrepov javnih zdravstvenih politik temelji na iskanju odgovora na vprašanje: *Kako v najkrajšem možnem času, (praviloma za čas trajanja mandata vlade) skrajšati strokovno nedopustno dolge čakalne dobe* (10, 39)? Slednje se pogosto ocenjuje kot neuspešne, kot posledica nepremišljenih in hitrih odločitev vladajoče politike, ali kot simptom neustreznega financiranja zdravstvenih storitev, kar je tudi pogost razlog, da čakalne dobe ostajajo na dnevnem redu politike ter glavna tema v političnih razpravah in javnosti (13).

V praksi, ocenjevanje (ne)uspešne zdravstvene politike temelji na primerjavi različnih-specifičnih kazalnikov, značilnih za posamezen nacionalni zdravstveni sistem, ki jih določajo nacionalne institucije same. Ti kazalniki praviloma temeljijo na »numeričnem« konceptu ter statističnem vrednotenju in merjenju razlik v gibanju povprečnih čakalnih dob ali številu čakajočih na čakalnih seznamih, v različnih kombinacijah za različne vrste zdravstvenih obravnav – bodisi specialistične preglede, elektivne operativne posege ali diagnostične preiskave (10, 40).

Specifični kazalniki vrednotenja ukrepov zdravstvene politike z vidika skrajševanja čakalnih dob so v praksi različni. Ti se lahko nanašajo na podatke o realiziranih in/ali pričakovanih čakalnih dobah. Kazalniki, z vidika skrajševanja čakalnih vrst pa se nanašajo na podatke o številu pacientov na čakalnih seznamih, ki čakajo nad (strokovno) dopustno (maksimalno) čakalno dobo, številu opravljenih storitev, številu napotitev na nenujno zdravstveno obravnavo, in podobno (4, 6). Ne glede na raznolikost v metodologiji spremljanja in merjenja čakalnih dob (*ang. waiting times*) in čakalnih vrst (*ang. waiting lists*) (4, 9–11, 40–42), ti kazalniki pomenijo operativne kazalnike za izvedbo transnacionalnih primerjav zdravstvenih sistemov z vidika časovne dostopnosti do zdravstvenih storitev (11, 43).

Analize oziroma vrednotenje politik o čakalnih dobah in/ali čakalnih vrstah obstajajo, a po mnenju Cullis in drugih (44), zanemarjajo zgodovinski in politični kontekst zdravstvene politike in reform zdravstvenega varstva. Po njihovem mnenju, se na splošno ukrepi politike v povezavi s učinki izmikajo natančnemu nadzoru in primerjavi med nacionalnimi zdravstvenimi sistemi, ki čakalne dobe praviloma uporabljajo kot pripomoček za racionalizacijo dostopa do bolnišnične obravnave (44). Namen tovrstnih primerjav je na pregleden način ugotoviti (ne)uspeh ukrepov zdravstvene politike posamezne države pri doseganju pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev (15).



Slika 1. Konceptualizacija procesa nastajanja čakalnih dob in čakalnih vrst v zdravstvu

Vir: Povzeto po Siciliani in Hurst (4, 39, 42)

Najbolj znana tipologija ukrepov zdravstvene politike za izboljšanje pravočasne dostopnosti do zdravstvenih storitev *pred epidemijo covid-19* izhaja iz koncepta procesa nastajanja čakalnih dob in čakalnih seznamov v zdravstvu (Slika 1), avtorjev Siciliani in Hurst (4, 10, 39, 42), ki sta opravila vrednotenje (ne)uspešnosti ukrepov politik na področju skrajševanja čakalnih dob v dvanajstih državah članicah OECD, na primeru elektivnih posegov (45).

Njuno vrednotenje ukrepov temelji na ekonomskem modelu uravnavanja »ponudbe-povpraševanja« zdravstvenih storitev, ki ukrepe vlad razvršča v tri glavne skupine ukrepov (4, 39, 42):

- ukrepi na strani ponudbe zdravstvenih storitev (npr. povečevanje finančnih sredstev, povečanje zmogljivosti – število postelj, število zdravnikov, idr.);
- ukrepi na strani povpraševanja po zdravstvenih storitvah (npr. uravnavanje napotitev s strokovnimi smernicami, uvajanje novih tehnologij, ipd.);
- ukrepi na strani ponudbe in povpraševanja hkrati.

Ukrepi zdravstvene politike, značilni za obdobje po *pandemiji covid-19*, izhajajo iz koncepta *prožne zdravstvene politike, ki temelji na ukrepih s hitrim odzivom na nepričakovane spremembe ter povečano povpraševanje po zdravstvenih storitvah* (Tabela 1), namesto doslej največkrat uporabljene politike na strani povečevanja ponudbe zdravstvenih storitev (4, 9).

Tabela 1. Potrebne aktivnosti za vodenje prožne politike izboljšanja pravočasne dostopnosti do zdravstvenih storitev

Priprava nacionalne strategije za daljše časovno obdobje z možnostjo spreminjanja prioritet	<ul style="list-style-type: none"> • določitev prioritet za skrajševanje ČD in čakalnih vrst za izbrane vrste zdravstvenih storitev čakajočih nad DČD (določiti zdravstvene storitve ali dejavnosti na katera se ukrepi zdravstvene politike konkretno nanašajo); • sistematično in sprotno spremljanje izvajanje politike na strani ponudbe zdravstvenih storitev, in povpraševanja po zdravstvenih storitvah (npr. število napotitev po stopnjah nujnosti obravnave; število opravljenih zdravstvenih storitev); • sprotno spremljanje (ne)učinkov politik skrajševanja ČD po zdravstvenih storitvah ter stopnjah nujnosti obravnave.
Sprememba veljavne zakonodaje	<ul style="list-style-type: none"> • re-definiranje kazalnikov za spremljanje pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev; (npr. definirati metodologijo za vrednotenje ukrepov zdravstvene politike); • določitev meril in kriterijev za spremljanje čakalnih dob in čakalnih vrst v zdravstvu.
Izboljšanje uporabe digitalnih rešitev	<ul style="list-style-type: none"> • vzpostavitev mehanizma za primerjanje in vrednotenje potreb prebivalstva na podlagi napotitev na zdravstveno obravnavo, vključno s prenovo modelov financiranja oziroma plačevanja zdravstvenih storitev; • vzpostavitev kontrolnih mehanizmov na vseh ravneh odločanja.
Uporaba dopustne čakalne dobe kot mehanizem uravnavanja pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev	<ul style="list-style-type: none"> • re-definirati pojem (najdaljše) dopustne čakalne dobe na ravni Republike Slovenije, regije, plačnika zdravstvenih storitev ter re-definirati pogoje za plačilo zdravstvenih storitev; • zagotavljanje kakovostnih podatkov (vhodne enote) v sistem eNaročanje o čakajočih na čakalnih seznamih ter pogoje za sprotno elektronsko vodenje čakalnih seznamov.

Vir: Povzeto po (4, 9).

1.3.1 Pozicija Slovenije v eksternem okolju pred uvedbo interventnih ukrepov

Po podatkih publikacije OECD »Zdravstveni profil države Slovenije 2021« (46) je bila pred epidemijo stopnja neizpolnjenih potreb po zdravstveni obravnavi nizka (3 % prebivalstva je poročalo o nezadovoljstvu z delovanjem zdravstvenega sistema, predvsem zaradi čakalnih dob) (12, 46). V prvem letu epidemije, pa je delež prebivalstva, ki je poročal o neizpolnjenih potrebah, narasel. V letu 2020 je 24 % prebivalstva poročalo, da so pomoč v zdravstvenem sistemu iskali kasneje, ali pa so se ji zaradi razmer med epidemijo odrekli (12, 46).

Tabela 2. Dostopnost do zdravstvenih storitev po podatkih OECD za leto 2021 (povprečne čakalne dobe v dnevih)

Država	Povprečne čakalne dobe (v dnevih) za izbrane vrste operativnih posegov						
	Operacija sive mreže	PTCA	CABG	Prostatotomija	Histerektomija	Zamenjava kolka	Zamenjava kolena
Španija	64	...	55	129	118	121	138
Švedska	69	...	24	199	140	150	190
Portugalska	102	42	149	193	189	367	355
Madžarska	106	33	283	73	74	297	345
Irska	177	218	250	294	286	192	209
Slovenija	240	167	577	90	49	533	677
Poljska	...	...	...	...	...	...	...
Estonija	...	...	...	...	...	...	...

Opomba: PTCA – perkutana transluminalna koronarna angioplastika; CABG – operacija obkroga koronarnih arterij; prostatektomija – operacije prostate; histerektomija – operacije maternice.

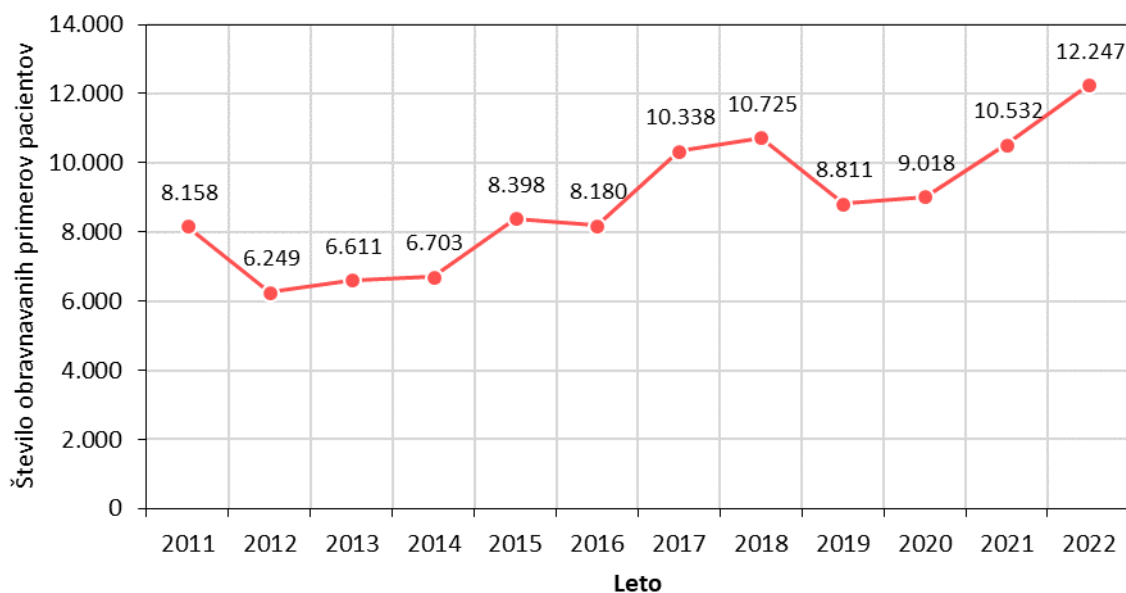
Vir: Data extracted on 28 Jun 2023 09:26 UTC (GMT) from OECD.Stat

Slednje ima za posledico, da so se zaostanki v zdravstveni obravnavi povečali, kar je privedlo do še daljših čakalnih dob (4, 6, 9), kar je razlog, da povesod po svetu in tudi pri nas, dolge čakalne dobe za odločevalce v zdravstveni politiki predstavljajo vse večji izziv (10, 42). Na mednarodni oziroma EU ravni so primerjave v dostopnosti do zdravstvenih storitev med zdravstvenimi sistemi možne le za ozek nabor zdravstvenih storitev v okviru spremljanja sistemskih kazalnikov OECD na letni ravni za elektivne operativne posege (47). Najbolj uveljavljene so primerjave kazalnikov čakalnih dob za zamenjavo kolka, kolena ter operacije sive mreže (10, 40). Trenutne ocene po podatkih OECD za leto 2021 kažejo (Tabela 2), da v Sloveniji v primerjavi s Španijo, Švedsko, Portugalsko, Madžarsko in Irsko pacienti čakajo najdlje na zamenjavo kolena (677 dni), na CABG (577 dni), na zamenjavo kolka (533 dni), na operacijo sive mreže (240 dni) ter na PTCA (167 dni), med tem ko na prostatektomijo v Sloveniji poleg Madžarske, pacienti čakajo najmanj (90 dni). Pacienti v Sloveniji čakajo na histerektomijo – operacije na maternici (49 dni), kar je najmanj med vsemi primerljivimi državami.

1.3.2 Pozicija Slovenije v internem okolju pred uvedbo interventnih ukrepov

V Sloveniji so bili v preteklih obdobjih uvedeni različni vladni projekti in ukrepi za namen povečanja dostopnosti do zdravstvenih storitev: izdatno financiranje enkratnih dodatnih programov v letu 2016-18, modifikacija obračunskih modelov na nekaterih ravneh zdravstvene dejavnosti, vladni nacionalni razpis 2021-22 in spremenjen način dogovarjanja, ki zagotavlja učinkovitejši postopek ter hitrejši zaključek pogajanj glede dogovora med deležniki partnerji v postopku letnega dogovarjanja. Navkljub vsem navedenim aktivnostim, ključne šibke točke na področju neenakosti in skrajševanju čakalnih dob v zdravstvu ostajajo (1, 2).

V Sloveniji je na nacionalni ravni spremljanje čakalnih dob in čakajočih vrst kontinuirano vrednoteno za 404 vrst zdravstvenih storitev na mesečni ravni (25 prvih specialističnih pregledov in 379 operativne posege ter diagnostične preiskave), kar predstavlja nekaj več kot četrtino vseh vrst zdravstvenih storitev, ki se v sistemu eNaročanje spremljajo in beležijo na nacionalni ravni. Informacije o časovnem dostopu do zdravstvenih storitev na podlagi povprečnih čakalnih dob ter števila čakajočih so dostopne v mesečnih poročilih NIJZ (7, 19). Primerjava podatkov o številu čakajočih na dan 25. avgust 2022, v primerjavi s 1. februarjem 2021, so pokazali, da se je število čakajočih pacientov, ki čakajo na eno od omenjenih vrst zdravstvenih storitev, povečalo za 59 % (88.691 čakajočih) (14). Globlja analiza dostopa do zdravstvenih storitev v enakem obdobju in enakim naborom zdravstvenih storitev (14), pokaže povečanje števila čakajočih *na prvi specialistični pregled* za 76 % (43.261 čakajočih) ter na diagnostične preiskave ali operativne posege za 49 % (45.430 čakajočih). Skupno število čakajočih pacientov, ki čakajo nad dopustno čakalno dobo se je v enakem obdobju povečalo za 103 % (59.756 čakajočih), od tega za 149 % (32.036 čakajočih), ki čakajo *na prvi specialistični pregled*, in za 76 % (27.720 čakajočih), ki čakajo na *diagnostično preiskavo ali operativni poseg* (14).



Slika 2. Rast števila obravnavanih primerov kršitev pacientovih pravic v 10 letih

Vir: Povzeto po podatkih Vlade RS (48).

Analiza podatkov, ki kažejo rast števila obravnavanih primerov kršitev pacientovih pravic v zadnjih 10 letih pokaže (Slika 2), da se število obravnavanih pritožb, po padcu v letu 2012 in

ponovnem padcu v letu 2019 ponovno povečuje. Tako se je število obravnavanih pritožb v letu 2022 v primerjavi z letom poprej povečalo za 16 % oziroma za 39 % v primerjavi z letom 2019 pred pandemijo covid-19 (48).

Iz državnega poročila o stanju varstva pacientovih pravic za leto 2022 (48), med drugim izhajajo naslednje ugotovitve v povezavi s pravočasnim dostopom do zdravstvenih storitev (Priloga B):

- kljub številnim interventnim ukrepom zdravstvene politike je med pritožbami še vedno veliko takšnih, ki se nanašajo na nedopustno dolge čakalne dobe, zato z vidika pacientovih pravic ni zaznati pravih premikov, saj so čakalne dobe na nekaterih področjih še vedno strokovno nedopustno dolge;
- zaradi nedopustno dolgih čakalnih dob za prve specialistične preglede (*pri nevrologu, ortopedu, revmatologu*), operativne posege (*nevrokirurgija in žilna kirurgija*), druge dejavnosti zdravstvenega varstva (*fizioterapija, zdravstvena nega*), in obravnave v osnovni ter specialistični zobozdravstveni dejavnosti (*ortodontija, endodontija, paradontologija ter zobna protetika*), poročilo navaja, da nakopičene težave v zdravstvenem sistemu pacientom in zdravstvenih delavcev povzročajo hude stiske, kar povečuje število nesoglasij med pacienti in zdravstvenim osebjem;
- pogoste odpovedi oziroma spreminjanje (odlaganje) terminov za obravnavo s strani izvajalcev zdravstvenih storitev;
- vse daljše čakalne dobe so ponekod že ogrožale uspešnost zdravljenja;
- pacientom pri iskanju izvajalcev s primerno dolgo čakalno dobo nepregleden sistem informiranja povzroča težave;
- pacientom digitaliziran sistem naročanja predstavlja težave, kar je zaskrbljujoče za starejše paciente, ki se v digitalnem okolju ne znajdejo, in nimajo nikogar, ki bi jim pomagal pri naročanju oziroma iskanju izvajalca zdravstvenih storitev.

1.4 Javna zdravstvena politika na primeru interventnih ukrepov na področju skrajševanja čakalnih dob

1.4.1 Priprava ukrepov za pomembno skrajšanje čakalnih vrst v zdravstvu

Aktivnosti na področju težav z dostopnostjo do pravočasne zdravstvene obravnave v slovenskem zdravstvenem sistemu, so bile po pandemiji covid-19, ponovno uvrščene na dnevni red politike. MZ je 8. julija 2022 v sporočilu za javnost, kot prioriteto izpostavilo problem neenakosti v zdravju, ki se odraža v dolgih čakalnih dobah zaradi katerih se povečujejo tveganja pri zdravljenju, podaljšujejo odsotnosti pacientov z dela, kar z finančnega, organizacijskega ter gospodarskega vidika, predstavlja dodatno breme zdravstvenemu sistemu (22). Predstavljen akcijski načrt MZ (22), je vključeval potrebo po izboljšanju kakovosti podatkov čakalnih seznamov na podlagi študij opravljenih pred in med epidemijo covid-19 (4, 6, 7, 48). Namen teh aktivnosti je bil izboljšati upravljanje podatkov čakalnih seznamov, ki bi služili kot podlaga za pripravo in sprejem učinkovitih interventnih ukrepov za izboljšanje pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev (22). Napovedane aktivnosti so se nanašale na izboljšanje upravljanja in vodenje čakalnih seznamov izvajalcev zdravstvenih storitev v mreži javne zdravstvene službe ter izboljšanju medinstitucionalnega sodelovanja, med MZ, NIJZ, ZZZS, ZIRS, člani svetov javnih zdravstvenih zavodov ter izvajalci zdravstvene dejavnosti (22).

Akcijski načrt je poleg sprotnega zagotavljanja podatkov v centralni informacijski sistem eNaročanje pri NIJZ, predvideval sprejem dolgoročne strategije po vzoru politik skrajševanja čakalnih dob iz drugih držav (6), postopno in pregledno na ravni posamezne zdravstvene dejavnosti in po vrstah zdravstvenih storitev pri katerih so čakalne dobe strokovno nedopustno dolge (6, 22). Glavna prioriteta je bila vzpostaviti pregleden sistem merjenja in spremljanja čakalnih vrst in čakalnih dob, ki temelji na konceptu celovite obravnava pacienta, to je od začetka do zaključka zdravljenja pacienta v okviru strokovno dopustnih (maksimalnih) čakalnih dob (22). Načrt je predvideval, da bodo pred pričetkom sprejema potrebnih zakonodajnih sprememb, ki bo vključevala nujne ukrepe za izboljšanje dostopa do zdravstvenih storitev v slovenskem zdravstvenem sistemu, vzpostavljeni pregledni čakalni sezname, ki bodo vključevali podatke o dejanski izvedbi zdravstvene storitve, ki so v pristojnosti ZZZS. To bi omogočilo spremljanje čakalnih dob na ravni od vpisa pacienta na čakalni seznam do izvedbe oziroma plačila zdravstvene storitve (22). Izpostavljena pomanjkljivost med medinstitucionalnimi sistemi ZZZS, NIJZ in izvajalci zdravstvenih storitev bi bila tako odpravljena. Spremljanje čakalnih dob bi tako temeljilo na podatkih o dejanskih čakalnih dobah

ter čakalnih vrstah, potrebnih za spremembo modelov financiranja zdravstvenih storitev (22). Hkrati je minister za zdravje za javnost napovedal:

»Odprli bomo možnost, da plačevanje ne bo več ovira in da vsi lahko naredijo vse v zdravstvenem sistemu [...]. Za vse opravljene storitve, za vse nagrade, za vse, kar bomo v sistem vložili, da izboljšamo dostopnost pacienta, da vidimo, kje je zgornja meja obstoječega zdravstvenega sistema« (22).

In ob tem dodal, da bodo vse zdravstvene storitve v javnem zdravstvenem sistemu, od 1. septembra 2022 dalje, do konca leta 2023 plačane sproti, kar bo pomembno *skrajšalo čakalne vrste ter dodal, da bodo za vse predvidene interventne ukrepe potrebna dodatna finančna sredstva višini 500 mio EUR (25).*

1.4.2 Implementacija interventnih ukrepov – z zakonom do izboljšanja dostopa do zdravstvenih storitev

Z namenom skrajševanja čakalnih dob in povečanja dostopnosti do zdravstvenih storitev je bil dne 14. julija 2022 sprejet, in nato 28. oktobra 2022 spremenjen ter dopolnjen, Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (24). Slednji je med drugim konkretiziral, napovedane interventne ukrepe, glede plačila po realizaciji za vse opravljene zdravstvene storitve, od 1. septembra 2022 do 31. decembra 2023, in sicer vsem izvajalcem zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, ki izvajajo zdravstvene storitve nad obsegom programa dogovorjenega z ZZZS (24). Ti ukrepi so določili izvedbo revizij upravljanja čakalnih seznamov in čakalnih dob, opredelitev vzrokov zanje ter pripravo predlogov za njihovo odpravo s strani izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti (24). Za izvajanje interventnih ukrepov je zakon določil pripravo prvega poročila MZ o izvajanju zdravstvenih storitev, vključno z analizo odprave oziroma skrajšanja čakalnih dob za obdobje od 1. septembra 2022 do 31. marca 2023, najkasneje do 30. aprila 2023, ki ga obravnava pristojni odbor Državnega zbora RS (25). Konkretizacij aktivnosti, povezanih s izboljšanjem kakovosti podatkov ter upravljanjem in vodenjem čakalnih seznamov na medinstitucionalni ravni načrtovane julija 2022, kot osnovo za učinkovito izvajanje interventnih ukrepov, zakon ni vseboval (25).

Novosti, ki jih je prinesla interventna zakonodaja (24) so bile javnosti ter izvajalcem zdravstvene dejavnosti predstavljene 21. novembra 2022 (49). V kontekstu spremljanja in nadzora izvajanja interventnih ukrepov z vidika skrajšanja oziroma odprave čakalnih dob je bila predstavljena nova vloga ZZZS, ki se je nanašala na sprotno spremljanje podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah na mesečni ravni, med tem ko je vloga NIJZ, obsegala pripravo poročil o številu o čakajočih in čakalnih dobah za izbrane vrste zdravstvenih storitev na tri mesece ali sproti na zahtevo MZ. Podatki se posredujejo MZ in ZZZS (25). Slednje je bilo sprejeto z velikim odobravanjem udeležencev posveta MZ (49), kar so predstavniki ZZZS in Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, pospremili z besedami, da *»še nikoli ni bilo toliko možnosti za opravljanje dela v zdravstvu«* (49).

1.4.3 Prvo poročilo o odpravi oziroma skrajšanju čakalnih dob

Prvi rezultati interventnih ukrepov – analiza odprave oziroma skrajšanja čakalnih dob so bili predstavljeni 11. maja 2023 na 16. nujni seji Odbora za zdravstveno v Državne zboru RS (50), kjer je bilo s strani MZ javno pojasnjeno, kaj je bil osnovni namen nujnih ukrepov:

»preveriti zmogljivost slovenskega zdravstvenega sistema, kot podlaga za ustrezne zakonske rešitve na področju višje učinkovitosti (storilnosti) ter posledično skrajšanja čakalnih vrst. Celotna sredstva so bila porabljena izključno za zdravstvene storitve za prebivalce Republike Slovenije. Brez interventnega zakona, kjer smo zagotovili dodatna sredstva, bi se danes nedvomno soočili še z daljšimi čakalnimi vrstami, tako pa opažamo pozitiven trend znotraj nekaterih zdravstvenih storitev« (51).

Rezultate interventnih ukrepov, predstavljene v poročilu je MZ ovrednotilo kot uspešne (50), saj je bilo po podatkih ZZZS za opravljene zdravstvene storitve med 1. septembrom 2022 in 28. februarjem 2023 namenjenih 110,8 mio EUR, število čakajočih na čakalnih seznamih v obdobju od 1. septembra 2022 do 31. marca 2023, pa se je za izbran nabor petinštirideset vrst zdravstvenih storitev (brez 9999 – VZS ostalo) po navedbah MZ in po podatkih NIJZ skrajšalo za 9 % (45.360 čakajočih) (51).

Tabela 3. Prvi učinki interventnih ukrepov na skrajšanja čakalnih vrst po skupinah 45. vrst zdravstvenih storitev MZ

Skupine zdravstvenih storitev	Št. zdravstvenih storitev	Št. čakajočih na dan 1. sep. 2022	Št. čakajočih na dan 31. mar. 2023	Zmanjšanje št. čakajočih 1. sep. 2022 – 31. mar. 2023 (v %)
Prvi pregledi	3 (7 %)	33.191	31.456	- 1.735 (- 5 %)
Kontrolni pregledi	20 (44 %)	330.753	307.373	- 23.380 (- 7 %)
Terapevtsko-diagnostična obravnava	22 (49 %)	119.664	99.419	- 20.245 (- 17 %)
Skupaj	45 (100 %)	483.608	438.248	- 45.360 (- 9 %)

Vir: Povzeto po prvem poročilu MZ (51).

Podatki MZ (Tabela 3) razvrščeni v skupine zdravstvenih storitev, glede na raven specialistične obravnave – prvi pregledi, kontrolni pregledi ter terapevtsko diagnostična obravnava za 2,6 % oziroma 45 od 1,754 vrst zdravstvenih storitev po podatkih iz šifranta VZS – verzija 13.1 (52) za katere se v sistemu eNaročanje spremlja in čakalne dobe, kažejo, da se je v obdobju 1. september 2022 v primerjavi s 31. marcem 2023, v absolutnem številu čakajočih, število čakajočih najbolj zmanjšalo pri kontrolnih specialističnih pregledih za 7 % (23.380 čakajočih), pri diagnostično-terapevtskih obravnavah za 17 % (20.245 čakajočih), in najmanj pri prvih specialističnih pregledih za 5 % (1.735 čakajočih) (51).

2 Metodološki pristop k vrednotenju javne zdravstvene politike na primeru interventnih ukrepov na področju skrajševanja čakalnih dob

2.1 Strategija raziskovanja

V raziskavi smo na primeru analizi prvih rezultatov MZ (50, 51) »*nujnih ukrepov za zagotovitev stabilnosti slovenskega zdravstvenega sistema*« (8, 9, 24–26), izvedli sumativno vrednotenje interventnih ukrepov, primerno za vrednotenje javne zdravstvene politike (1–3, 27). Za razumevanje koncepta vrednotenja (ne)uspeha javne politike (1, 27) in teorije dostopa do zdravstvenih storitev (29, 32, 35, 37), smo pri pregledu literature, sledili hermenevtičnemu pristopu – teoriji interpretacije (53, 54). Obe glavni temi smo v empiričnem delu raziskave razširili na področje merjenja pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev s kazalniki ter proučevanju uporabljenih ukrepov upravljanja čakalnih dob in čakalnih vrst (45), vključujoč značilnosti slovenskega zdravstvenega sistema (6–9, 23).

V raziskavi so nas zanimali rezultati vrednotenja (ne)uspeha interventnih ukrepov ter z njimi povezane aktivnosti napovedane v 2022, katerih cilj je bil skrajšati nedopustno dolge čakalne dobe v slovenskem zdravstvenem sistemu (24). Na podlagi analize rezultatov prvega poročila MZ o zmanjšanju števila čakajočih na čakalnih seznamih (51), smo ugotovili, da vrednotenje interventnih ukrepov ne ustreza kriterijem, ki izhajajo iz cilja interventnih ukrepov – obseg zdravstvenih storitev (Priloga C). Zato smo v empiričnem delu raziskave, zožili nabor ter izbrali vrste zdravstvenih storitev, ki se izvajajo v petih specialnostih, na podlagi katerih smo vrednotili (ne)uspeh interventnih ukrepov (21, 50).

Za obdobje vrednotenja smo določili začetno fazo in vmesno fazo izvajanja interventnih ukrepov — stanje pred izvajanjem ukrepov (1. septembra 2022) in stanje na zadnji dan poslovnega leta 2022 (31. decembra 2022), kar bi lahko omogočilo spremembo interventnih ukrepov med samim procesom izvajanja v kolikor bi se rezultati vrednotenja interventnih ukrepov izkazali za neuspešne (27). Pregled znanstvene in strokovne literature, dokumentov, medijskih objav in drugih relevantnih vsebin ter poročila MZ (51) je pokazal, da rezultati (Priloga C) ne vsebujejo relevantnih informacij na podlagi katerih bi lahko izvedli vrednotenje interventnih ukrepov, glede na cilj – skrajšanje nedopustno dolgih čakalnih dob. Pri tem smo sledili izkušnjam drugih držav, ki jih predlagata Siciliani in Hurst (4, 39, 42), da je potrebno problem nedopustno dolgih čakalnih dob obravnavati sistemsko in strateško, ter pred uvedbo interventnih ukrepov pripraviti nabor zdravstvenih storitev ter opredeliti kriterije na podlagi katerih bodo ukrepi ocenjeni kot uspešni (6, 11, 12).

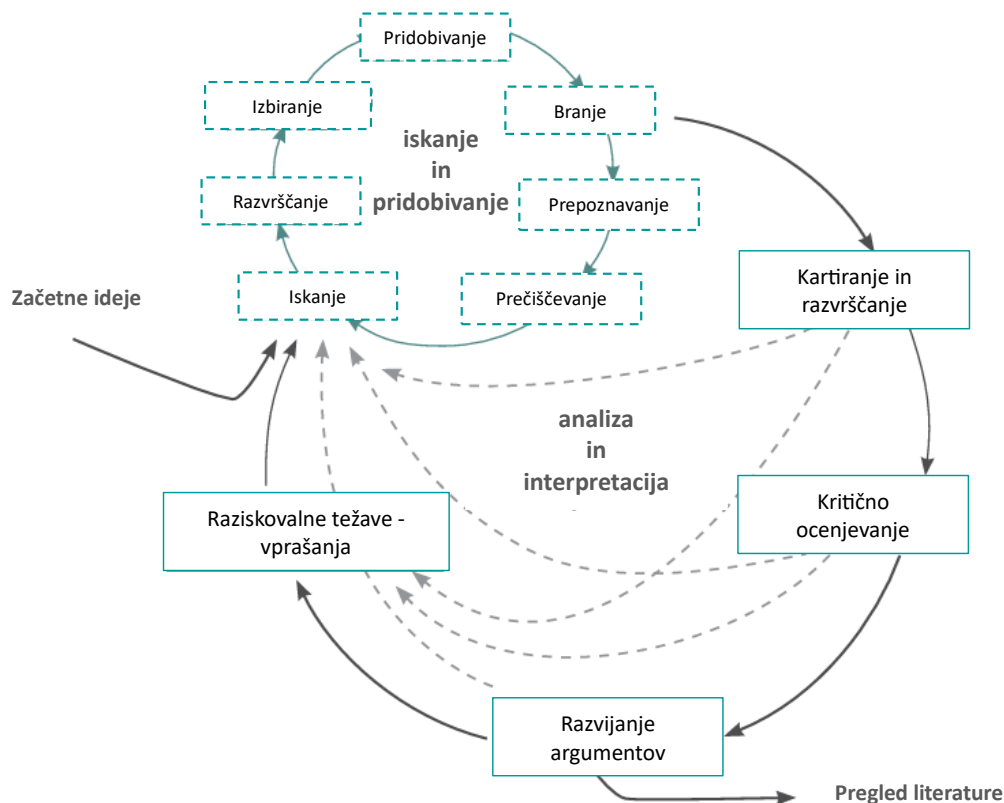
Za namen argumentacije (ne)uspeha interventnih ukrepov, smo na podlagi analize podatkov ter analize definicij kazalnikov, v empiričnem delu raziskave definirali specifične kazalnike in kriterije. Izračunane razlike vrednosti specifičnih kazalnikov, na podlagi administrativnih podatkov NIJZ, relevantnih za zunaj bolnišnično specialistično ambulantno dejavnost petih specialnosti: *diabetologiji, kardiologiji, pulmologiji, urologiji ter okulistiki (oftalmologiji)*, smo vrednotili uspeh interventnih ukrepov. Tako dobljene rezultate smo v empiričnem delu raziskave vrednotili retrospektivno (*ang. ex-post*) z metodo opazovanja in uporabo narativnega pristopa (53) ter primerjalno analizo podatkov med opazovanima obdobjema (1–3, 27). Z vrednotenjem interventnih ukrepov smo sledili konceptu izboljšanja pravočasnega dostopa do izbranih vrst zdravstvenih storitev.

2.2 Hermenevitičen pristop analize in interpretacije

Pri pregledu literature, njeni interpretaciji ter razvoju argumentacije smo sledili hermenevitičnemu pristopu — teoriji interpretacije (53, 54). Pristop se ukvarja s pomeni in vprašanji besedil, katere cilj je doseči boljše razumevanje slabo definiranih, interdisciplinarnih ter aplikativnih tematskih področij (53, 54).

Uporabljen hermenevitičen pristop (Slika 3), povzet po Greenhalgh (53) ter Boell in Cecez-Kecmanović (54), je interpretativni postopek, kjer se raziskovanje prične s problemom ali vprašanjem iz prakse, medijev, raziskav, strokovne literature ali drugih virov. Raziskovalec v procesu raziskovanja najprej razišče relevantne, splošnejše in pregledne članke. Nato bere, osmišlja in interpretira besedila, ter nadaljuje z iskanjem novih besedil, dokler ne prepozna in razume glavne ideje, ugotovitve, koncepte in teorije, med katerimi vzpostavi povezavo. Med raziskovanjem literature, razvoj razumevanja postopoma napreduje, od začetne ideje do novih spoznanj ter razumevanja področja (53). Pregledovalni proces sestavljata dva med seboj povezana hermenevitična cikla (53, 54):

- pregled in interpretacija prikazana v shemi – prvem krogu (Slika 3) je iterativen, hermenevitičen proces v katerem refleksija ter interpretacija igrata pomembno vlogo, kar pomeni, da se odvija v raziskovalčevi glavi in ga ni mogoče standardizirati, a je v fazi iskanja vseeno sistematičen in sledi procesu iskanju pomenov, sledenju referenc in citatov ter upravljanju podatkov in seznamov referenc, dokumentiranju in spoznavanju področja (53, 54).
- razvijanje argumenta prikazan v shemi – drugem krogu (Slika 3) temelji na spoznanjih filozofa L. Wittgensteina (53, 54), ki vprašanja oziroma probleme deli na tiste, ki zahtevajo dodatne, nove, ustrežnejše vire informacij, in tiste, ki zahtevajo pojasnilo in podroben vpogled. Z iskanjem in primerjavo ter interpretacijo literature, dokumentov ter drugih virov, avtorji ustvarjajo vedno večji nabor informacij ter poglobljajo znanje, ki v začetku preobsežen in zmeden, čemur sledi interpretacija za razumevanje idej in vsebin, ki jo ti viri vsebujejo (53, 54).



Slika 3. Hermenevtičen pristop analize in interpretacije

Vir: Povzeto po Greenhalgh (53) ter Boell in Cecez-Kecmanović (54).

Narativni pristop za preučevanje diskurza politike v nastajajočem toku raziskovanja je v znanstveni monografiji uporabljen pri raziskovanju vsebine interventnih ukrepov zdravstvene politike, značilne, a relevantne za sivo (*ang. grey*) literaturo (53), ker smo opravili analizo besedil, ki se nanašajo na vrednotenje interventnih ukrepov z vidika skrajšanje nedopustno dolgih čakalnih dob (Priloga A in B), in so relevantne za postavitev kriterijev vrednotenja interventnih ukrepov. Pri tem smo izhajali iz predpostavke, da je diskurz politike v obravnavanem primeru interventnih ukrepov (6, 22, 24, 25, 49–52) moč razumeti kot poseben način oblikovanja in prednostnega razvrščanja težav, ki daje prednost perspektivi tistih, ki imajo formalno moč in uporabljajo kvalitativne in kvantitativne dokaze kot orodje za krepitev zelene zgodbe (53, 55, 56). Izhajali smo iz argumentacije, da so pripovedi posameznikov (npr. strokovnjakov, politikov, pacientov), lahko v nasprotje z meta-pripovedmi, ki jih ustvarijo oblikovalci politik (npr. uradniki, poslanci, ministri), ki težave opredeljujejo na drugačen način, in jih označujejo kot bolj ali manj pomembne (53).

Izvedba vrednotenja interventnih ukrepov temelji na konceptu interpretativne analize politike, ki izhaja iz spoznanj, da je vsaka politike edinstvena in drugačna, in je ni moč razložiti s sklicevanjem na univerzalne vzročne zakone (57–59). Slednje je razlog, da raziskava nima vnaprej določene pozitivistične strukture obravnave problema, značilnega za raziskave v zdravstvu (60). Namesto tega je vloga analitika v fazi raziskovanja osredotočenost na ustvarjanje pomena (*npr. kaj pomeni pravočasen dostop do zdravstvenih storitev*): kateri elementi politike (*npr. interventni ukrepi*) nosijo pomen, kakšni so ti pomeni, kako se sporočajo, in metode s katerimi se analizirajo (59). Pomen, kot ga pojmuje Yanow, niso bolj ali manj resnični, temveč bolj ali manj stabilni, odvisno od tega v kolikšni meri so (ne)izpodbijani (59).

2.3 Empirični del vrednotenja (ne)uspeha interventnih ukrepov

Empirični del vrednotenja (ne)uspeha interventnih ukrepov temelji na časovni študiji, primerni za vrednotenje javne politike (27), ker nas je zanimalo ali so rezultati izvajanja politike dosegli zastavljene cilje. Na podlagi hermenevitičnega pristopa – teorije interpretacije (53–60) in narativnega pregleda (53, 55, 56) virov ter literature iz prvega dela raziskave, smo za vrednotenje doseganja rezultatov interventnih ukrepov: »*plačilo po realizaciji vseh zdravstvenih storitev nad obsegom programa dogovorjenega z ZZZS, vsem izvajalcev zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe*« (51), definirali specifične kazalnike na podlagi, katerih smo izvedli vrednotenje (ne)uspeha interventnih ukrepov, in sicer: skrajšanje čakalnih dob pod dopustno čakalno dobo, zmanjšanje števila čakajočih ter čakajočih nad dopustno čakalno dobo po stopnjah nujnosti obravnave (kategorijah) za izbrano vrsto zdravstvenih storitev. Pri vrednotenju interventnih ukrepov smo sledili pristopu *sumativnega vrednotenja* (1–3, 27), uporabnem za ugotavljanje dobrih in slabih učinkov ukrepov javne politike (1).

2.3.1 Zbiranje podatkov

Empirični del vrednotenja interventnih ukrepov, smo izvedli, kot časovno študijo, ki temelji na opazovanju razlike med dvema časovnima točkama raziskovanja, ki predstavljata učinek proučevanega fenomena (27) — to je, izračunana razlika med vrednostmi po kategorijah ter vrstah zdravstvenih storitev v raziskavi določenih specifičnih kazalnikov: (i) *skrajšanje povprečnih čakalnih dob*; (ii) *njihovo ne-preseganje dopustnih čakalnih dob*; (iii) *zmanjšanje števila čakajočih*; (iv) *čakajočih pacientov nad dopustno čakalno dobo po kategoriji (stopnji nujnosti obravnave) in vrsti zdravstvenih storitev*.

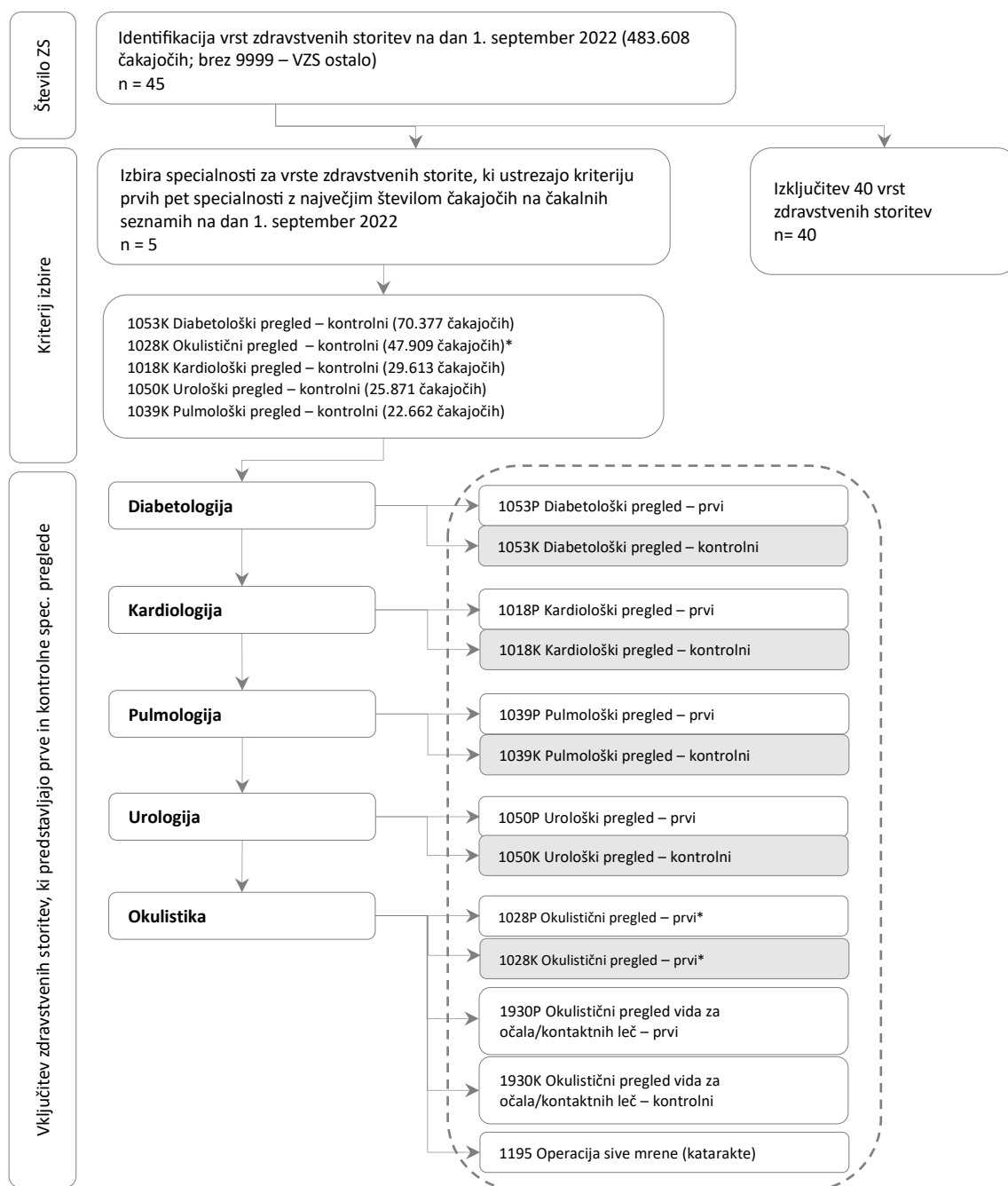
Na podlagi izračunanih razlik specifičnih kazalnikov med časovnima točkama 1. septembra 2022 in 31. december 2022 smo vrednotili (ne)uspeh interventnih ukrepov. Časovni točki, kot interval opazovanja smo določili iz dveh razlogov. Prva točka – stanje na dan 1. september 2022, pomeni datum začetka izvajanja interventnih ukrepov. Druga točka – stanje na dan 31. december 2022, pomeni zadnji dan v koledarskem letu, zaključek obračunskega obdobja za plačilo opravljenih zdravstvenih storitev po pogodbi z ZZZS (61). Interventne ukrepe smo vrednotili na podlagi podatkov o čakalnih dobah, njihova primerjav z dopustnimi čakalnimi dobami, številom čakajočih ter čakajočih nad dopustno čakalno dobo, po kategorijah — stopnjah nujnosti obravnave, ki veljajo v RS (zelo hitro, hitro in redno) za izbrane vrste zdravstvenih storitev (prvih in kontrolnih specialistični pregledih), ki se izvajajo v diabetologiji, kardiologiji, urologiji, pulmologiji ter okulistiki. Izbiro specialnosti vključenih v empirični del raziskave (Slika 4), smo določili na podlagi temeljitega pregleda nabora zdravstvenih storitev (priloga C) iz poročila MZ (51).

Po razvrstitvi petinštiridesetih vrst zdravstvenih storitev po številu čakajočih na dan 1. september 2022, razvrščenih od največje do najmanjše vrednosti (9999 – VZS ostalo, smo iz primerjave izključili, ker gre za zdravstvene storitve, ki je namenjena začasnemu evidentiranju potreb, do umestitve pacienta na ustrezen čakalni seznam in ustrezno vrsto zdravstvene storitve), smo določili pet specialnosti, ki so na dan 1. september 2022 (51), predstavljali največje število vpisanih pacientov na čakalni seznam, in sicer za: kontrolne preglede 15 % v diabetologiji (1053K), 10 % okulistiki (1028K), 6 % kardiologiji (1018K), 5 % urologiji (1050K) ter 5 % v pulmologiji (1039K) (Priloga D). Na podlagi te analize podatkov, smo ugotovili, da so to storitve, ki se nanašajo na kontrolne preglede, in ne sodijo v nabor storitev spremljanja čakalnih dob po veljavni zakonodaji (62), zato smo tem zdravstvenim storitvam, prikazanim v shemi (Slika 4) poiskali ustrezne zdravstvene storitve, ki se nanašajo na prve specialistične preglede.

Manjkajoče izbrane vrste zdravstvenih storitev smo poiskali v NIJZ šifrantu VZS (52). Tem zdravstvenim storitvam (Slika 4), na shemi obarvane sivo (1053K, 1018K, 1039K, 1050K in 1028K), smo dodali vrste zdravstvene storitve, ki se nanašajo na prve specialistične preglede za katere spremljamo čakalne dobe v diabetologiji (1053P), kardiologiji (1018P), pulmologiji (1039P), urologiji (1050P), okulistiki (1028P), ter pri okulistiki dodali še prve in kontrolne specialistične preglede vida zaradi očal in kontaktnih leč (1903P in 1903K) in operacije sive

mrene (1195), ki se prav tako izvajajo v specialistični ambulantni dejavnosti. Tako smo dobili pregleden seznam storitev za obravnavo.

Izbira trinajstih vrst zdravstvenih storitev petih specialnostih, sestavljena iz prvih in kontrolnih specialističnih pregledov ter operacije sive mrene (Slika 4) je temeljila na predpostavki, da je za vrednotenje interventnih ukrepov, glede na napovedan cilj interventnih ukrepov — *odprava oziroma skrajšanje čakalnih dob* (25), potrebno v empiričen del raziskave vključiti, predvsem prve specialistične preglede, ker so predmet spremljanja čakalnih dob, kar ne velja za kontrolne specialistične preglede. Slednje smo v analizo podatkov vseeno vključili, ker nas je zanimal vpliv interventnih ukrepov v prvih štirih mesecih izvajanja interventnih ukrepov (62, 63). Za izbrano vrsto zdravstvenih storitev (Slika 3) smo dne 21. aprila 2023 pridobili administrativne in anonimizirane podatke s stanjem na dan 1. september 2022 in 31. december 2022 (Priloga E in F) iz sistema eNaročanje, Zdravstveno podatkovnega centra NIJZ, ki skladno z veljavno zakonodajo, pripravlja redna mesečna poročila, ki ne vsebujejo podatkov o kontrolnih pregledih (9, 21).



Opomba:

*Okulistični pregled, brez pregleda vida za očala in kontaktnih leč.

K sivo obarvanim vrstam zdravstvenih storitev (1053K, 1018K, 1039K, 1050K in 1028K) smo dodali vrste zdravstvenih storitev, ki se nanašajo na prve specialistične preglede v diabetologiji (1053P), kardiologiji (1018P), pulmologiji (1039P), urologiji (1050P), okulistiki (1028P), in pri okulistiki dodali še prve in kontrolne specialistične preglede vida zaradi očal in kontaktnih leč (1903P in 1903K) ter operacije sive mreže (katarakte), ki se izvajajo v specialistični ambulantni dejavnosti (1195).

Slika 4. Diagram izbire zdravstvenih storitev ustreznih za izvedbo raziskave

2.3.2 Določitev kriterijev vrednotenja rezultatov interventnih ukrepov

Nabor specifičnih kazalnikov smo določili na podlagi metodologije, ki se na nacionalni ravni spremlja mesečno (19–21), in na njeni podlagi opredelili kazalnike uporabljene v raziskavi za vrednotenja rezultatov (ne)uspešnosti interventnih ukrepov (27), prikazane v spodnji tabeli (Tabela 4).

Tabela 4. Nabor specifičnih kazalnikov in kriterijev za izvedbo vrednotenja interventnih ukrepov

Prvi specialistični pregledi in operativni posegi	Kontrolni specialistični pregledi
Povprečne čakalne dobe (ČD)	Povprečna čakalna doba (ČD)
<ul style="list-style-type: none"> • povprečna ČD »zelo hitro« • povprečna ČD »hitro« • povprečna ČD »redno« • povprečna ČD vseh čakajočih vpisanih na čakalni seznam 	/
Število vseh čakajočih pacientov vpisanih v čakalni seznam	Število pacientov vpisanih v čakalni seznam
<ul style="list-style-type: none"> • število čakajočih »zelo hitro« • število čakajočih »hitro« • število čakajočih »redno« • skupno število čakajočih vpisanih na čakalni seznam 	<ul style="list-style-type: none"> • število pacientov »zelo hitro« • število pacientov »hitro« • število pacientov »redno« • skupno število pacientov vpisanih na čakalni seznam
Število čakajočih pacientov nad dopustno čakalno dobo (DČD)	
<ul style="list-style-type: none"> • število čakajočih nad dopustno ČD »zelo hitro« • število čakajočih nad dopustno ČD »hitro« • število čakajočih nad dopustno ČD »redno« • število čakajočih nad dopustno ČD »skupaj« 	/

Opombe: ČD – čakalne dobe; DČD – dopustne čakalne dobe.

Vir: Povzeto po (19–21).

Kriteriji vrednotenja smo določili, po pregledu dokumentov, zakonodaje in poročil, relevantnih za raziskavo, ki sodi v sivo (*ang. grey*) literaturo, in velja v slovenskem zdravstvenem sistemu (19–21, 62, 63). V prilogi interpretirane pojme - čakalne dobe, dopustne čakalne dobe, stopnje nujnosti obravnave (Tabela 4), prve in kontrolne preglede ter čakalni seznam, (Priloga A) smo določili, kot tiste specifične kazalnike in kategorije, ki so relevantne za vrednotenje intervalnih ukrepov po sedaj veljavni ureditvi in metodologiji izračunavanja podatkov na nacionalni ravni, saj le ti med sprejemanjem interventnih ukrepov niso bili spremenjeni ali kakorkoli drugače določeni (19–21, 62, 63).

Kategorizacija dopustnih čakalnih dob po stopnjah nujnosti obravnave - dopustne čakalne dobe (Priloga A) smo opredelili po stopnjah nujnosti obravnave (nujno, zelo hitro, hitro in nujno) za izbrano vrsto zdravstvene storitve, ki se v praksi uporablja za prve specialistične preglede, diagnostične preiskave ter operativne posege v skladu z veljavno zakonodajo (62, 63), med tem ko slednja za kontrolne specialistične preglede ne velja (Tabela 5).

Tabela 5. Dopustne čakalne dobe po stopnjah nujnosti obravnave

Stopnja nujnosti obravnave	Kriteriji za izbiro stopnje nujnosti	Dopustna čakalna doba (DČD)	DČD preračunane v dneve
»nujno«*	se določi, kadar gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene ali zobozdravstvene storitve, ki jih je treba izvesti takoj.	24 ur od predložitve napotnice	1 dan
»zelo hitro«*	se določi, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v 14 dneh	14 dni od predložitve napotnice	14 dni
»hitro«	se določi, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v treh mesecih	3 mesece od predložitve napotnice	91 dni**
»redno«	za stopnjo nujnosti, ki se določi, kadar je zdravstveno stanje pacienta tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v šestih mesecih	6 mesecev od predložitve napotnice	183 dni**

Opomba: * Ne glede na prejšnji odstavek se na napotnici ob sumu na maligno bolezen določi stopnja nujnosti zelo hitro ali nujno.

** izračun DČD preračune v dneve temelji na 365 dneh v letu, deljeno z meseci v letu (12).

Vir: Povzeto po (62, 63).

2.3.3 Analiza podatkov

V raziskavi smo, z namenom vrednotenja učinkov javne zdravstvene politike (27) na primeru interventnih ukrepov, primerjali rezultate podatkov s stanjem na dan 1. september 2022 in 31. december 2022, po naslednjih kategorijah za trinajst vrst zdravstvenih storitev (stopnjah nujnosti obravnave in šifre za izbrane vrste zdravstvenih storitev so navedene v oklepaju):

- sprememba povprečne čakalne dobe čakajočih na čakalnih seznamih po stopnjah nujnosti obravnave (zelo hitro, hitro in redno) za prve specialistične preglede (1053P, 1018P, 1039P, 1050P, 1930P, 1028P in 1195);
- sprememba števila čakajočih pacientov na čakalnih seznamih po stopnjah nujnosti obravnave (zelo hitro, hitro in redno) za prve specialistične preglede (1053P, 1018P, 1039P, 1050P, 1930P, 1028P in 1195);
- sprememba števila čakajočih pacientov, ki čakajo na obravnavo nad dopustno čakalno dobo po stopnjah nujnosti obravnave (zelo hitro, hitro in redno) za prve specialistične preglede (1053P, 1018P, 1039P, 1050P, 1930P, 1028P in 1195);
- sprememba števila vpisanih pacientov na čakalne sezname po stopnjah nujnosti obravnave (zelo hitro, hitro in redno) za kontrolne specialistične preglede (1053K, 1018K, 1039K, 1050K, 1930K in 1028K).

Za izbrane prve specialistične preglede in operacije sive mreže (1053P, 1018P, 1039P, 1050P, 1930P, 1028P in 1195) smo, poleg kategorij in specifičnih kriterijev (Tabele 4 in 5), podatke primerjali tudi v razmerju do dopustnih čakalnih dob (DČD) po posameznih stopnjah nujnosti obravnave zelo hitro, hitro in redno (Tabela 5), saj se le te med seboj razlikujejo. Dobljene

rezultate povprečnih čakalnih dob za posamezno vrsto zdravstvenih storitev smo primerjali z dopustno čakalno dobo - zelo hitro (14 dni), hitro (91 dni) ter redno (183 dni) (62, 63). Rezultate specifičnih kazalnikov po specialnostih smo prikazali v tabelah in z raztresenim grafikonom, ki smo jih izračunali v Microsoft 365 Excel. To omogoča primerjavo štirih vrednosti oziroma podatkovne pare, in sicer stanje na dan 31. december 2022 in razliko v odstotkih, kot primerjavo s stanjem na dan 1. september 2022 po specialnostih in kategorijah – stopnjah nujnosti obravnave za povprečne čakalne dobe, število čakajočih, število čakajočih nad dopustno čakalno dobo in število čakajočih vpisanih na čakalni seznam za kontrolni pregled. Podatkovne točke smo med seboj povezali z namenom, da smo dobili gibanje obravnavanih specifičnih kazalnikov s stanjem na dan 31. december 2022 ter gibanje odstotkov vrednosti razlik med 1. septembrom in 31. decembrom na podlagi kriterijev za vrednotenje (ne)uspešnosti interventnih ukrepov, predstavljenih v nadaljevanju.

Na podlagi vseh navedenih faz raziskovanja smo oblikovali kriterije uspešnosti interventnih ukrepov. Določili smo, da so interventni ukrepi uspešni, če so med časovnima točkama v proučevanem obdobju (pred in med izvajanjem interventnih ukrepov), dosežene razlike specifičnih kazalnikov:

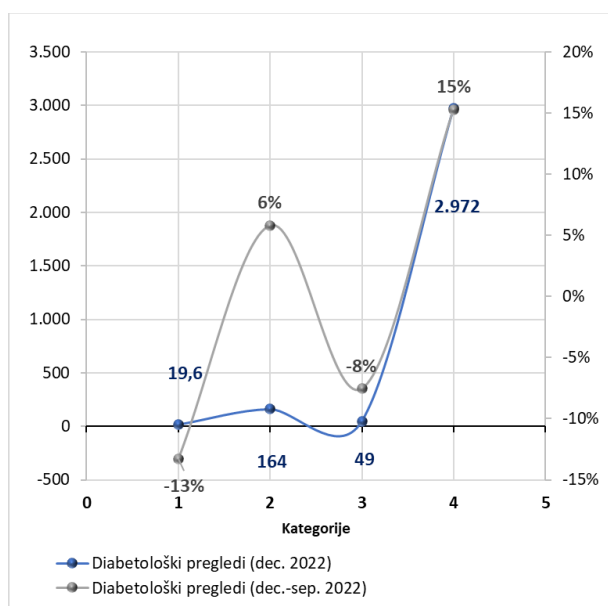
- (i) zmanjšanje števila čakajočih pacientov za izbrano vrsto zdravstvene storitve po stopnji nujnosti obravnave;
- (ii) zmanjšanje števila čakajočih pacientov, ki čakajo nad dopustno čakalno dobo za izbrano vrsto zdravstvene storitve po stopnji nujnosti obravnave;
- (iii) skrajšanje povprečne čakalne dobe vseh čakajočih za izbrano vrsto zdravstvene storitve po stopnji nujnosti obravnave;
- (iv) povprečne čakalne dobe za izbrano vrsto zdravstvene storitve po stopnji nujnosti obravnave niso presežene oziroma so pod dopustno čakalno dobo.

3 Rezultati vrednotenja (ne)uspešnosti interventnih ukrepov

3.1 Rezultati vrednotenja po specialnostih določenih v raziskavi

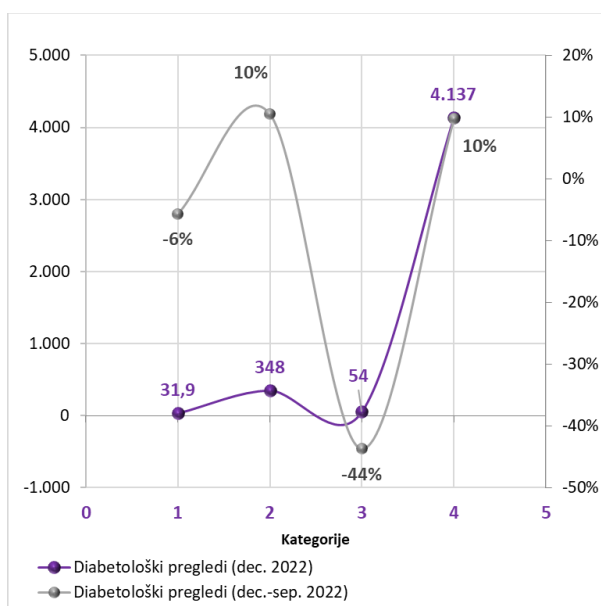
3.1.1 Diabetološki prvi in kontrolni pregledi

Analiza dostopa do prvih in kontrolnih diabetoloških pregledov kaže (Slika 5 in Tabela 6), da je konec leta 2022 v kategoriji »zelo hitro« na prvi pregled čakalo za 6 % več pacientov, in za 15 % več pacientov na kontrolni pregled. Primerjava povprečnih ČD v kategoriji »zelo hitro« (Slika 5), kaže da se je povprečna ČD skrajšala za 13 %, in da je 164 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 20 dni, kar je za 6 dni nad DČD (14 dni < 20 dni). Ne glede na zmanjšanje čakajočih nad DČD za 8 % je konec decembra 2022, 30 % od vseh čakajočih pacientov na prvi diabetološki pregled v kategoriji »zelo hitro« po uvedbi interventnih ukrepov čakalo nad DČD.



Slika 5. Dostop do specialističnih pregledov v diabetologiji »zelo hitro«

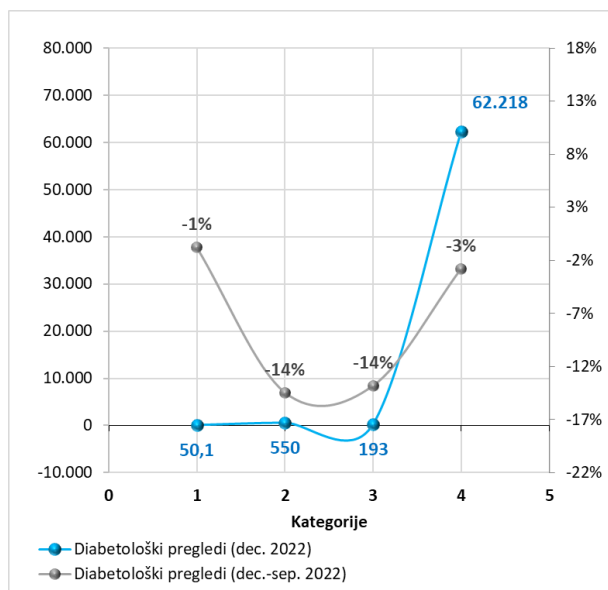
Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.



Slika 6. Dostop do specialističnih pregledov v diabetologiji »hitro«

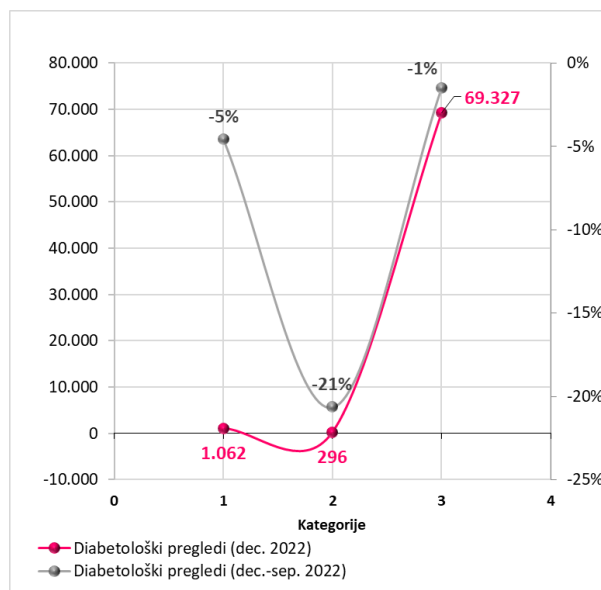
Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

Primerjava prvih in kontrolnih diabetoloških pregledov v kategoriji »hitro« kaže (Slika 6 in Tabela 6), da je konec leta 2022 na prvi in kontrolni pregled čakalo za 10 % več pacientov. Nadaljnja primerjave povprečnih ČD v kategoriji »hitro« (Slika 6), kažejo da se je povprečna ČD skrajšala za 6 %, in da je 348 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 32 dni, kar je za 59 dni pod DČD (91 dni > 32 dni). Ne glede na zmanjšanje čakajočih nad DČD za 44 % (Slika 6) je konec decembra 2022, 6 % pacientov od vseh čakajočih na prvi diabetološki pregled v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.



Slika 7. Dostop do specialističnih pregledov v diabetologiji »redno«

Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.



Slika 8. Dostop do specialističnih pregledov v diabetologiji »skupaj«

Kategorije: 1 – število čakajočih za prvi pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

V kategoriji »redno«, primerjava prvih in kontrolnih diabetoloških pregledov (Slika 7 in Tabela 6) kaže, da je konec leta 2022 na prvi in kontrolni pregled čakalo za 14 % manj pacientov. Primerjave povprečnih ČD v kategoriji »redno« (Slika 7), kažejo da se je povprečna ČD skrajšala za 1 %, in da je 550 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 50 dni, kar je za 132 dni pod DČD (183 dni > 50 dni). Ne glede na zmanjšanje za 14% čakajočih nad DČD v kategoriji »redno« (Slika 7) je konec leta 2022, 35 % pacientov od vseh čakajočih na prvi diabetološki pregled v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.

Na splošno, primerjava skupnega števila čakajočih na prvi in kontrolni pregled v diabetologiji kaže (Slika 8 in Tabela 6), da je konec leta 2022 na kontrolni pregled čakalo za 1 % manj

pacientov, ter za 5 % manj pacientov čakajočih na prvi diabetološki pregled, od tega za 21 % manj nad DČD.

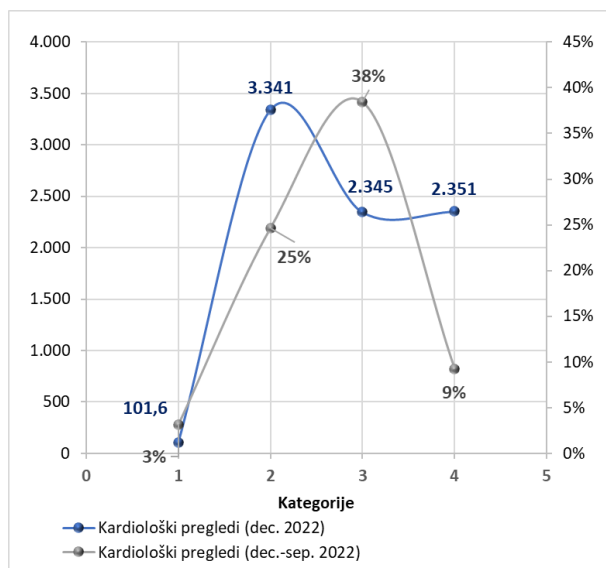
Tabela 6. Diabetologija – prvi in kontrolni pregledi: primerjave med kategorijami

Specifični kazalniki	Povprečna ČD za prvi pregled (v dnevih)	Število čakajočih na prvi pregled	Število čakajočih nad DČD na prvi pregled	Število pacientov za kontrolni pregled
Kategorije				
Stopnja obravnave »zelo hitro«				
sep. 2022	22,6	155	53	2.578
dec. 2022	19,6	164	49	2.972
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	- 13 %	+ 6 %	- 8 %	+ 15 %
Stopnja obravnave »hitro«				
sep. 2022	33,8	315	96	3.771
dec. 2022	31,9	348	54	4.137
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	- 6 %	+ 10 %	-44 %	+ 10 %
Stopnja obravnave »redno«				
sep. 2022	50,5	643	224	64.019
dec. 2022	50,1	550	193	62.218
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	- 1%	- 14 %	- 14 %	- 3 %
Skupaj				
sep. 2022		1.113	373	70.368
dec. 2022		1.062	296	69.327
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)		- 5 %	- 21 %	- 1 %

3.1.2 Kardiološki prvi in kontrolni pregledi

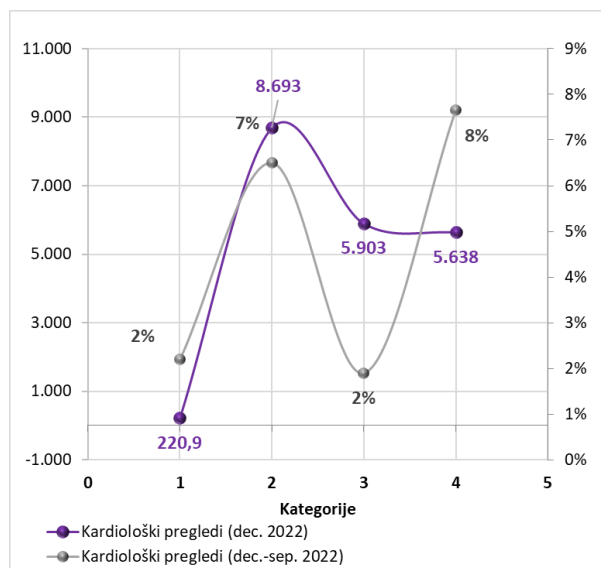
Analiza dostopa do prvih in kontrolnih kardioloških pregledov v kategoriji »zelo hitro« (Slika 9 in Tabela 7) kaže, da je konec leta 2022 na prvi pregled v kategoriji »zelo hitro« čakalo za 25 % več pacientov, in za 9 % več pacientov na kontrolni pregled. Primerjava povprečnih ČD v kategoriji »zelo hitro« (Slika 9), kaže da se je povprečna ČD podaljšala za 3 %, in da je 3.341 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 102 dni, kar je za 88 dni nad DČD (14 dni < 102 dni). Ne glede na povečanje čakajočih nad DČD za 38 % je konec leta 2022, 70 % pacientov od vseh čakajočih na prvi kardiološki pregled v kategorij »zelo hitro« po uvedbi interventnih ukrepov čakalo nad DČD.

Primerjava prvih in kontrolnih kardioloških pregledov v kategoriji »hitro« kaže (Slika 9 in Tabela 10), da je konec leta 2022 čakalo za 7 % več pacientov na prvi pregled, ter za 8 % več pacientov na kontrolni pregled. Nadaljnja primerjava povprečnih ČD v kategoriji »hitro« (Slika 10), kažejo da se je povprečna ČD podaljšala za 2 %, in da je 8.693 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 221 dni, kar je za 130 dni nad DČD (91 dni < 221 dni). Ne glede na povečanje za 2 % čakajočih nad DČD (Slika 10) je konec leta 2022 po uvedbi interventnih ukrepov, 68 % pacientov od vseh čakajočih na prvi kardiološki pregled v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.



Slika 9. Dostop do specialističnih pregledov v kardiologiji »zelo hitro«

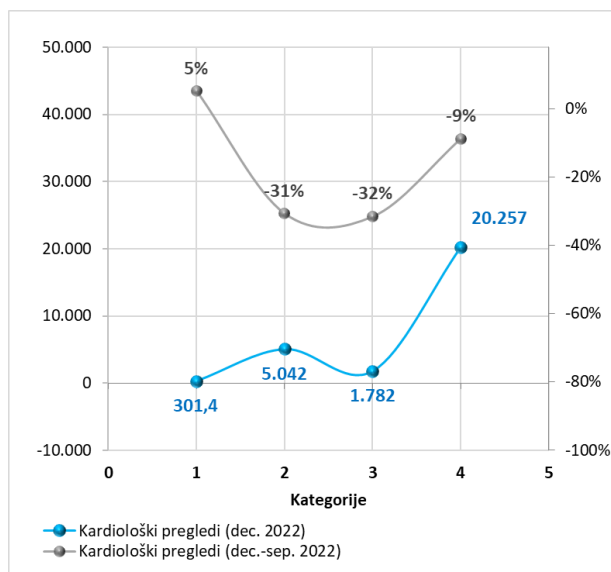
Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.



Slika 10. Dostop do specialističnih pregledov v kardiologiji »hitro«

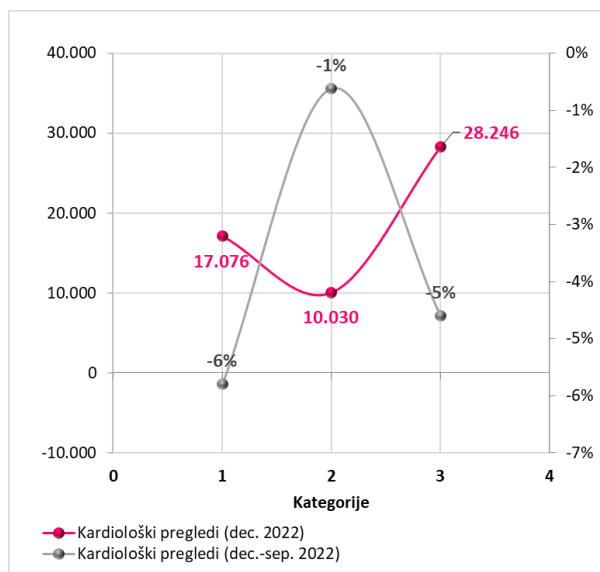
Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

V kategoriji »redno«, primerjava prvih in kontrolnih kardioloških pregledov (Slika 11 in Tabela 7) pokaže, da je konec leta 2022 na prvi pregled čakalo za 31 % manj pacientov, in za 9 % manj na kontrolni pregled. Primerjava povprečnih ČD v kategoriji »redno« (Slika 11), kaže da se je povprečna ČD podaljšala za 5 %, in da je 5.042 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 301 dni, kar je za 119 dni nad DČD (183 dni < 301 dni). Ne glede na zmanjšanje za 32 % čakajočih nad DČD v kategoriji »redno« (Slika 11) je konec decembra 2022 po uvedbi interventnih ukrepov, 35 % pacientov od vseh čakajočih na prvi kardiološki pregled v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.



Slika 11. Dostop do specialističnih pregledov v kardiologiji »redno«

Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.



Slika 12. Dostop do specialističnih pregledov v kardiologiji »skupaj«

Kategorije: 1 – število čakajočih za prvi pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

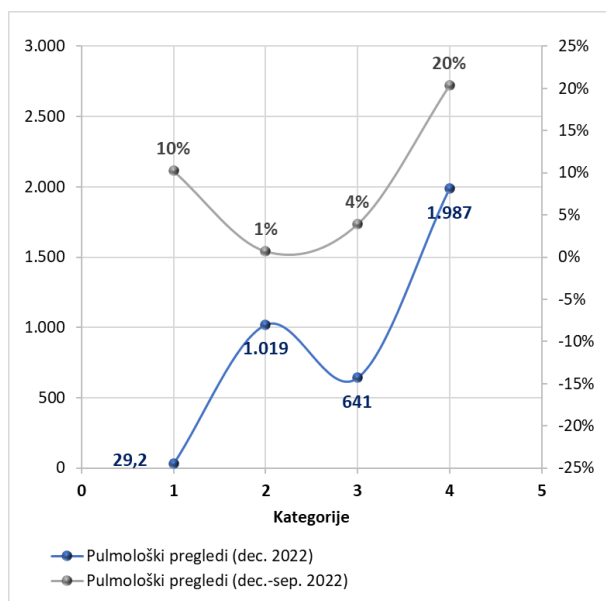
V splošnem, primerjava skupnega števila čakajočih na *prvi in kontrolni pregled v kardiologiji* (Slika 12 in Tabela 7) kaže, da se je konec 2022 na kontrolni pregled čakalo za 5 % manj pacientov, in za 6 % manj pacientov na prvi pregled, od tega za 1 % manj pacientov čakajočih nad DČD.

Tabela 7. Kardiologija – prvi in kontrolni pregledi: primerjave med kategorijami

Kategorije	Specifični kazalniki	Povprečna ČD za prvi pregled (v dnevih)	Število čakajočih na prvi pregled	Število čakajočih nad DČD na prvi pregled	Število pacientov za kontrolni pregled
Stopnja obravnave »zelo hitro«					
sep. 2022		98,5	2.681	1.694	2.152
dec. 2022		101,6	3.341	2.345	2.351
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)		+ 3 %	+ 25 %	+ 38 %	+ 9 %
Stopnja obravnave »hitro«					
sep. 2022		216,2	8.162	5.793	5.237
dec. 2022		220,9	8.693	5.903	5.638
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)		+ 2 %	+ 7 %	+ 2 %	+ 8 %
Stopnja obravnave »redno«					
sep. 2022		286,8	7.284	2.606	22.219
dec. 2022		301,4	5.042	1.782	20.257
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)		+ 5 %	- 31 %	- 32 %	- 9 %
Skupaj					
sep. 2022			18.127	10.093	29.608
dec. 2022			17.076	10.030	28.246
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)			- 6 %	- 1 %	- 5 %

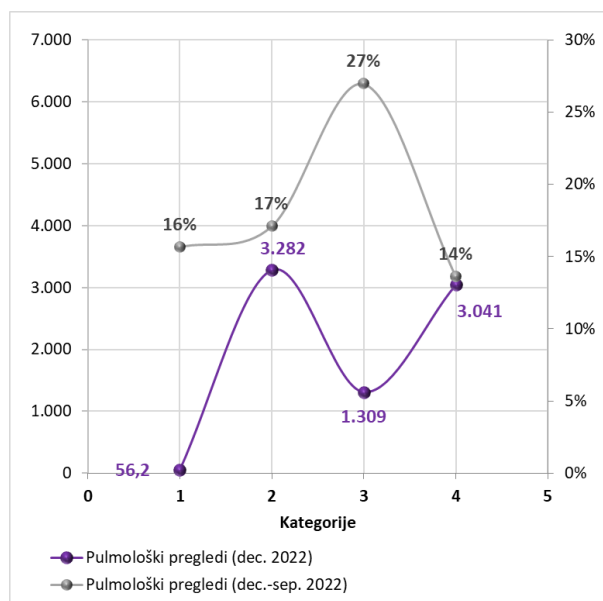
3.1.3 Pulmološki prvi in kontrolni pregledi

Analiza dostopa do *prvih in kontrolnih pulmoloških pregledov v kategoriji »zelo hitro«* (Slika 13 in Tabela 8) kaže, da je konec leta 2022 na prvi pregled čakalo za 4 % več pacientov, in za 20 % več pacientov na kontrolni pregled. Primerjava povprečnih ČD v *kategoriji »zelo hitro«* (Slika 13), kaže da se je povprečna ČD podaljšala za 10%, in da je 1.019 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 29 dni, kar je za 15 dni nad DČD (14 dni < 29 dni). Ne glede na povečanje čakajočih nad DČD za 4 % je konec leta 2022 po uvedbi interventnih ukrepov, 63 % pacientov od vseh čakajočih na prvi pulmološki pregled v *kategoriji »zelo hitro«* čakalo nad DČD.



Slika 13. Dostop do specialističnih pregledov v pulmologiji »zelo hitro«

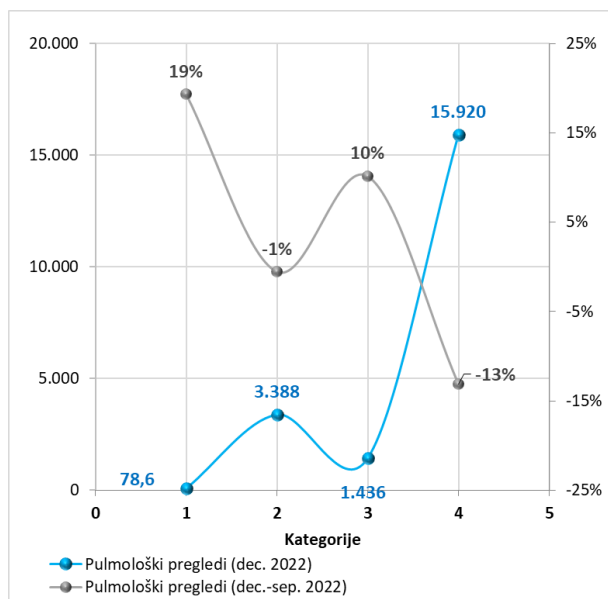
Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.



Slika 14. Dostop do specialističnih pregledov v pulmologiji »hitro«

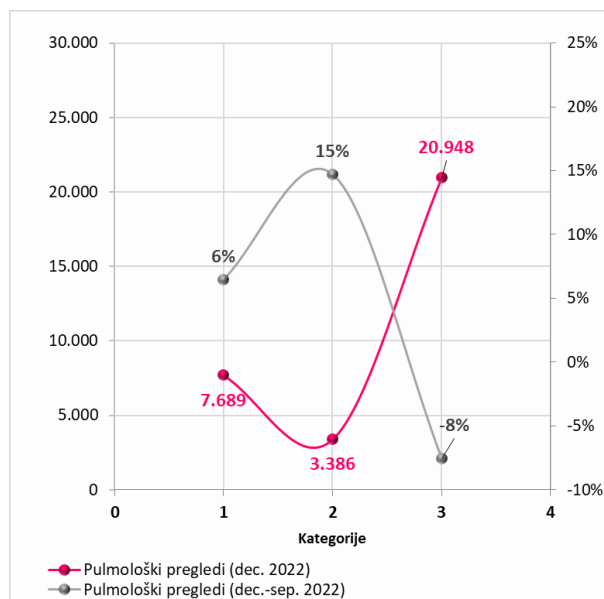
Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

Primerjava *prvih in kontrolnih pulmoloških pregledov v kategoriji »hitro«* (Slika 14 in Tabela 8) kaže, da je konec leta 2022 na prvi pregled čakalo za 17 % več pacientov, med tem ko je na kontrolni pregled čakalo za 14 % več pacientov. Nadaljnje primerjave povprečnih ČD v *kategoriji »hitro«* (Slika 14), pokažejo da se je povprečna ČD podaljšala za 16 %, in da je 3.282 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 56 dni, kar je za 35 dni pod DČD (91 dni > 56 dni). Ne glede na povečanje za 27 % čakajočih nad DČD (Slika 14) je konec decembra 2022, 40 % pacientov od vseh čakajočih na prvi pulmološki pregled v *kategoriji »hitro«* čakalo nad DČD.



Slika 15. Dostop do specialističnih pregledov v pulmologiji »redno«

Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.



Slika 16. Dostop do specialističnih pregledov v pulmologiji »skupaj«

Kategorije: 1 – število čakajočih za prvi pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

V kategoriji »redno«, primerjava prvih in kontrolnih pulmološki pregledov (Slika 15 in Tabela 8) kaže, da je konec leta 2022 na prvi pregled čakalo za 1 % manj pacientov, in za 13 % manj pacientov na kontrolni pregled. Primerjave povprečnih ČD v kategoriji »redno« (Slika 15), kažejo, da se je povprečna ČD podaljšala za 19 %, in da je 3.388 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 79 dni, kar je za 104 dni pod DČD (183 dni > 79 dni). Ne glede na povečanje za 10 % čakajočih nad DČD v kategoriji »redno« (Slika 15) je konec decembra po uvedbi interventnih ukrepov, 42 % pacientov od vseh čakajočih na prvi pulmološki pregled v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.

V splošnem, primerjava skupnega števila čakajočih na prvi in kontrolni pregled v pulmologiji (Slika 16 in Tabela 8) kaže, da je konec leta 2022 na kontrolni pregled čakalo za 8 % manj pacientov, in za 6 % več pacientov na prvi pregled, od tega za 15 % več pacientov čakajočih nad DČD.

Tabela 8. Pulmologija – prvi in kontrolni pregledi: primerjave med kategorijami

Specifični kazalniki	Povprečna ČD za prvi pregled (v dnevih)	Število čakajočih na prvi pregled	Število čakajočih nad DČD na prvi pregled	Število pacientov za kontrolni pregled
Kategorije				
Stopnja obravnave »zelo hitro«				
sep. 2022	26,5	1.012	617	1.651
dec. 2022	29,2	1.019	641	1.987
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	+ 10 %	+ 1 %	+ 4 %	+ 20 %
Stopnja obravnave »hitro«				
sep. 2022	48,6	2.803	1.031	2.677
dec. 2022	56,2	3.282	1.309	3.044
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	+ 16 %	+ 17 %	+ 27 %	+ 14 %
Stopnja obravnave »redno«				
sep. 2022	65,9	3.407	1.304	18.329
dec. 2022	78,6	3.388	1.436	15.920
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	+ 19 %	- 1 %	+ 10 %	- 13 %
Skupaj				
sep. 2022		7.222	2.952	22.657
dec. 2022		7.689	3.386	20.948
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)		+ 6 %	+ 15 %	- 8 %

3.1.4 Urološki prvi in kontrolni pregledi

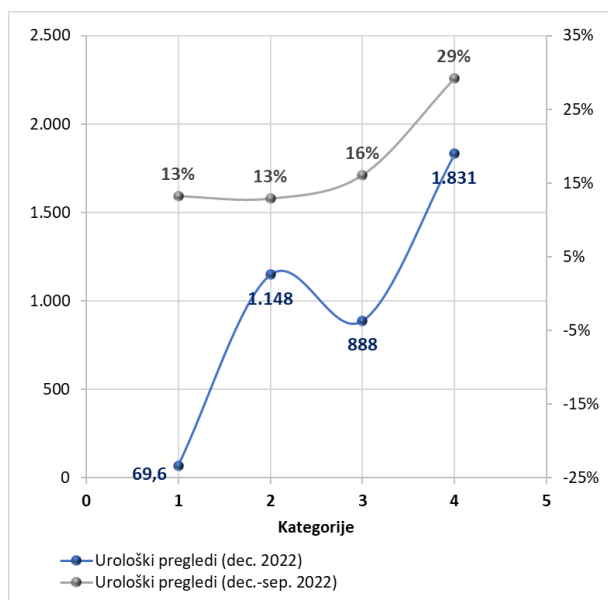
Analiza dostopa do prvih in kontrolnih uroloških pregledov (Slika 17 in Tabela 9) kaže, da je konec leta 2022 v kategoriji »zelo hitro« na prvi pregled čakalo za 13 % več pacientov, in za 29 % več pacientov na kontrolni pregled. Primerjava povprečnih ČD v kategoriji »zelo hitro« (Slika 17) kaže, da se je povprečna ČD podaljšala za 13 %, in da je 1.148 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD, v povprečju čakala 70 dni, kar je za 56 dni nad DČD (14 dni < 70 dni). Ne glede na povečanje čakajočih nad DČD za 16 % je konec decembra 2022 po uvedbi interventnih ukrepov (Slika 17), 77 % pacientov od vseh čakajočih na prvi urološki pregled v kategoriji »zelo hitro« čakalo nad DČD.

Tabela 9. Urologija – prvi in kontrolni pregledi: primerjave med kategorijami

Specifični kazalniki	Povprečna ČD za prvi pregled (v dnevih)	Število čakajočih na prvi pregled	Število čakajočih nad DČD na prvi pregled	Število pacientov za kontrolni pregled
Kategorije				
Stopnja obravnave »zelo hitro«				
sep. 2022	61,5	1.017	765	1.417
dec. 2022	69,6	1.148	888	1.831
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	+ 13 %	+ 13 %	+ 16 %	+ 29 %
Stopnja obravnave »hitro«				
sep. 2022	116,4	2.517	1.378	2.281
dec. 2022	122,6	3.044	1.340	2.720
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	+ 5 %	+ 21 %	- 3 %	+ 19 %
Stopnja obravnave »redno«				
sep. 2022	209,4	1.890	503	22.159
dec. 2022	233,5	1.599	404	19.695
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	+ 12 %	- 15 %	- 20 %	- 11 %
Skupaj				
sep. 2022		5.424	2.646	25.857
dec. 2022		5.791	2.632	24.246
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)		+ 7 %	- 1 %	- 6 %

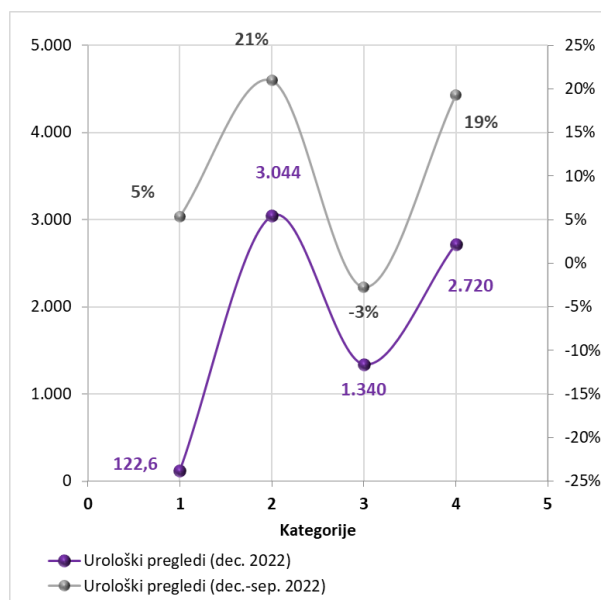
Primerjava prvih in kontrolnih uroloških pregledov v kategoriji »hitro« (Slika 18 in Tabela 9) kaže, da je konec leta 2022 na prvi pregled čakalo za 21 % več pacientov in za 19 % več pacientov na kontrolni pregled. Nadaljnja primerjave povprečnih ČD v kategoriji »hitro« (Slika

18), kažejo da se je povprečna ČD podaljšala za 9 %, in da je 3.044 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD, v povprečju čakala 123 dni, kar je za 31 dni nad dopustno ČD (91 dni < 123 dni). Ne glede na zmanjšanje čakajočih nad DČD za 3 % (Slika 18) je konec decembra 2022 po uvedbi interventnih ukrepov čakalo, 44 % pacientov od vseh čakajočih na prvi urološki pregled v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.



Slika 17. Dostop do specialističnih pregledov v urologiji »zelo hitro«

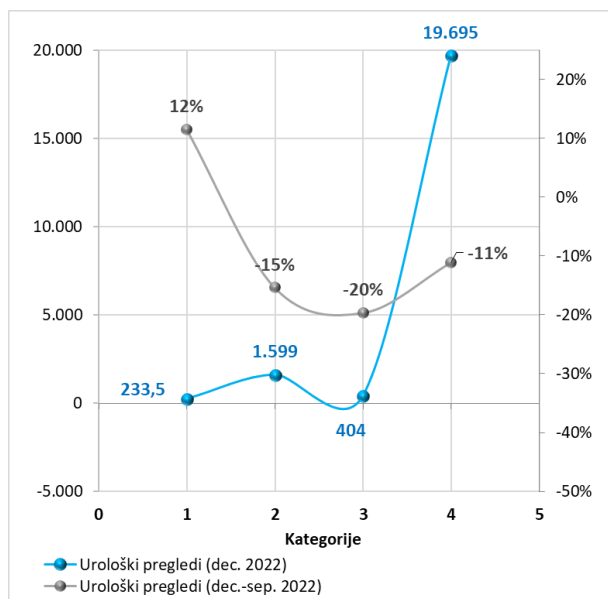
Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.



Slika 18. Dostop do specialističnih pregledov v urologiji »hitro«

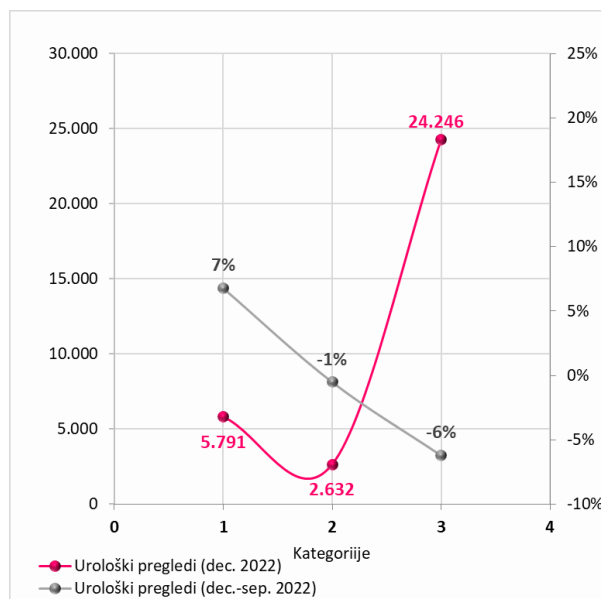
Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

V kategoriji »redno«, primerjava prvih in kontrolnih uroloških pregledov (Slika 19 in Tabela 9) kaže, da je konec leta 2022 na prvi pregled čakalo za 15 % manj pacientov, in za 11 % manj pacientov za in kontrolni pregled. Primerjave povprečnih ČD v kategoriji »redno« (Slika 19), kažejo da se je povprečna ČD podaljšala za 12 %, in da je 1.599 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD, v povprečju čakala 234 dni, kar je za 51 dni nad dopustno ČD (183 dni < 234 dni). Ne glede na zmanjšanje za 15 % čakajočih nad DČD v kategoriji »redno« (Slika 19) je konec leta 2022 po uvedbi interventnih ukrepov, 25 % pacientov od vseh čakajočih na prvi urološki pregled v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.



Slika 19. Dostop do specialističnih pregledov v urologiji »redno«

Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.



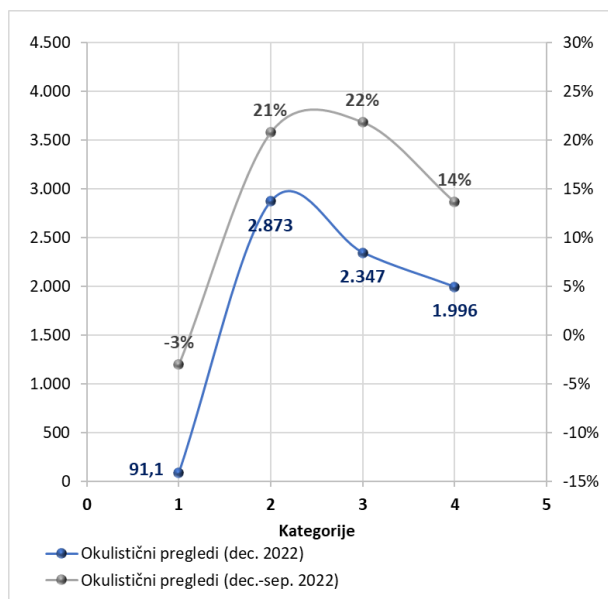
Slika 20. Dostop do specialističnih pregledov v urologiji »skupaj«

Kategorije: 1 – število čakajočih za prvi pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

Na splošno, primerjava skupnega števila čakajočih na *prvi in kontrolni pregled v urologiji* (Slika 20 in Tabela 9) kaže, da je konec leta 2022 na kontrolni pregled čakalo za 6 % manj pacientov, in za 7 % več pacientov na prvi pregled, od tega za 1 % manj pacientov čakajočih nad DČD.

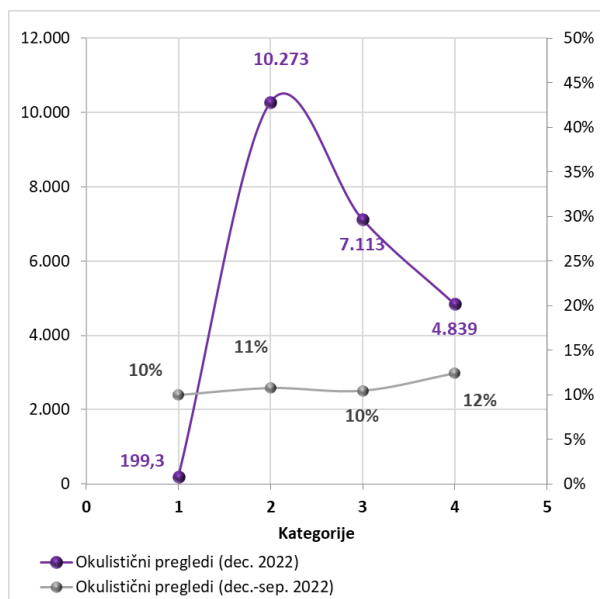
3.1.5 Okulistični prvi in kontrolni pregledi

Analiza dostopa do *prvih in kontrolnih okulističnih pregledov* (Slika 21 in Tabela 10) kaže, da je konec leta 2022 v kategoriji »zelo hitro« na prvi pregled čakalo za 21 % več pacientov, in za 14 % več pacientov na kontrolni pregled. Primerjava povprečnih ČD v kategoriji »zelo hitro« (Slika 21), kaže da se je povprečna ČD skrajšala za 3 %, in da je 2.873 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 91 dni, kar je za 77 dni nad dopustno ČD »zelo hitro« (14 dni < 91 dni). Ne glede na povečanje čakajočih nad DČD za 22 % je konec decembra 2022 po uvedbi interventnih ukrepov, 82 % pacientov od vseh čakajočih na prvi okulistični pregled v kategoriji »zelo hitro« čakalo nad DČD.



Slika 21. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki »zelo hitro«

Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

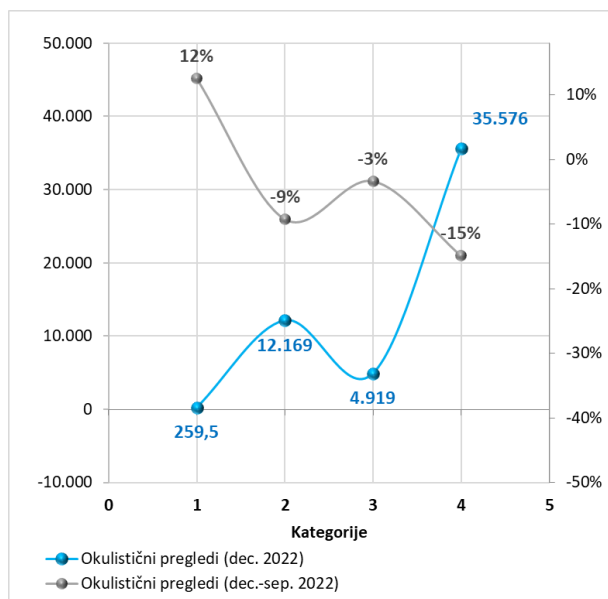


Slika 22. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki »hitro«

Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

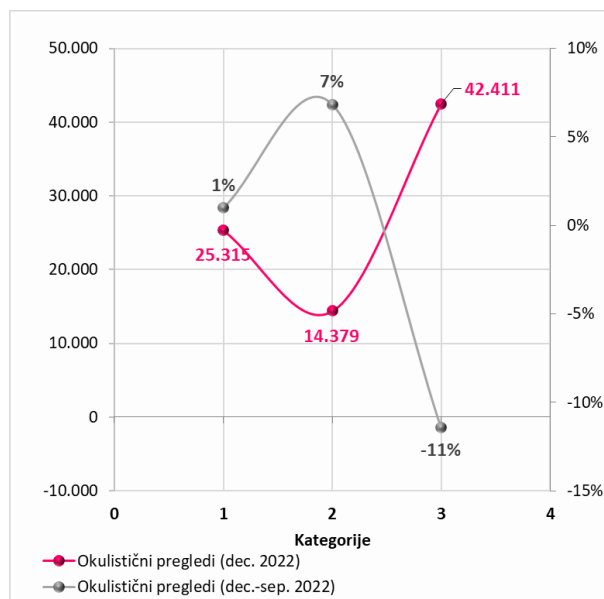
Primerjava prvih in kontrolnih okulističnih pregledov v kategoriji »hitro« kaže (Slika 22 in Tabela 10), da je konec leta 2022 na prvi pregled čakalo za 11 % več pacientov, in za 12 % več pacientov na kontrolni pregled. Nadaljnja primerjave povprečnih ČD v kategoriji »hitro« (Slika 22), kažejo da se je povprečna ČD podaljšala za 10 %, in da je 7.113 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 199 dni, kar je za 108 dni nad dopustno ČD (91 dni < 199 dni). Ne glede na povečanje čakajočih nad DČD za 10 % (Slika 22) je konec decembra 2022 po uvedbi interventnih ukrepov, 69 % pacientov od vseh čakajočih na prvi okulistični pregled v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.

V kategoriji »redno«, primerjava prvih in kontrolnih okulističnih pregledov (Slika 23 in Tabela 10) kaže, da je konec leta 2022 na prvi pregled čakalo za 9 % manj pacientov, in za 15 % manj pacientov na kontrolni pregled. Primerjave povprečnih ČD v kategoriji »redno« (Slika 23), kažejo da se je povprečna ČD podaljšala za 12 %, in da je 12.169 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 260 dni, kar je za 77 dni nad dopustno ČD (183 dni < 260 dni). Ne glede na zmanjšanje za 3 % čakajočih nad DČD (Slika 23) je konec leta 2022 po uvedbi interventnih ukrepov, 40 % pacientov od vseh čakajočih na prvi okulistični pregled v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.



Slika 23. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki »redno«

Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.



Slika 24. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki »skupaj«

Kategorije: 1 – število čakajočih za prvi pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

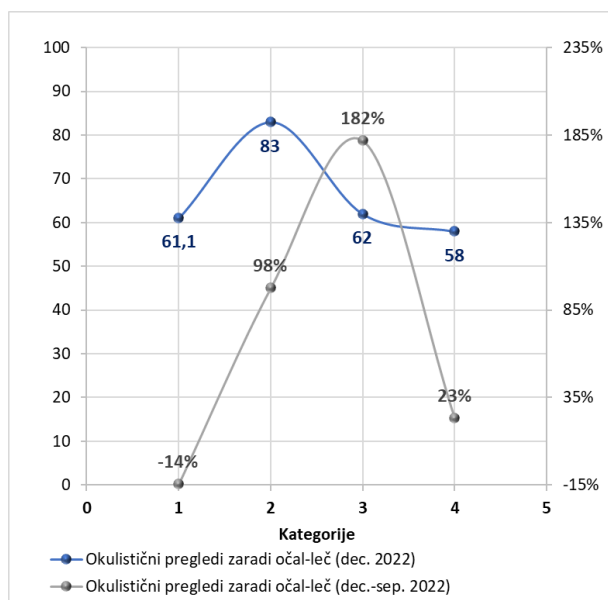
Na splošno, primerjava skupnega števila čakajočih na *prvi in kontrolni pregled v okulistiki* (Slika 24 in Tabela 10) kaže, da je konec leta 2022 na kontrolni pregled čakalo za 11 % manj pacientov, in za 1 % več pacientov na prvi pregled, od tega za 7 % več pacientov čakajočih nad DČD.

Tabela 10. Okulistika – prvi in kontrolni pregledi: primerjave med kategorijami

Kategorije	Specifični kazalniki	Povprečna ČD za prvi pregled (v dnevih)	Število čakajočih na prvi pregled	Število čakajočih nad DČD na prvi pregled	Število pacientov za kontrolni pregled
Stopnja obravnave »zelo hitro«					
sep. 2022		93,9	2.378	1.926	1.756
dec. 2022		91,1	2.873	2.347	1.996
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)		- 3 %	+ 21 %	+ 22 %	+ 14 %
Stopnja obravnave »hitro«					
sep. 2022		181,3	9.276	6.440	4.306
dec. 2022		199,3	10.273	7.113	4.839
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)		+ 10 %	+ 11 %	+ 10 %	+ 12 %
Stopnja obravnave »redno«					
sep. 2022		230,7	13.416	5.093	41.828
dec. 2022		259,5	12.169	4.919	35.576
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)		+ 12 %	- 9 %	- 3 %	- 15 %
Skupaj					
sep. 2022			25.070	13.459	47.890
dec. 2022			25.315	14.379	42.411
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)			+ 1 %	+ 7 %	- 11 %

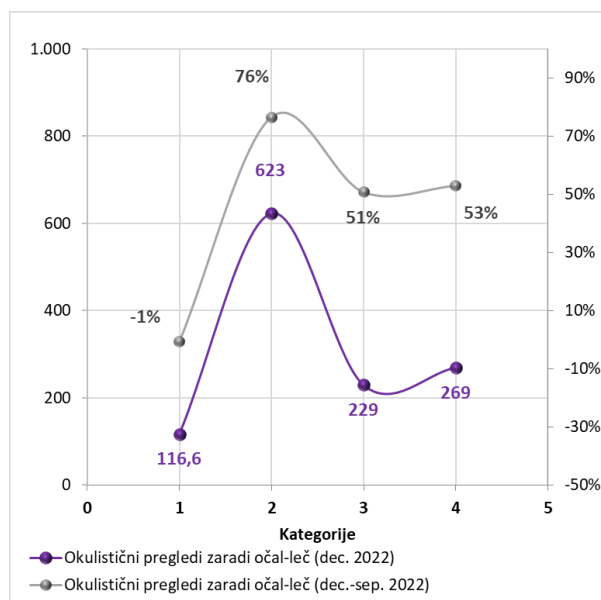
3.1.6 Okulistični prvi in kontrolni pregledi vida za očala in kontaktne leče

Analiza dostopa do prvih in kontrolnih okulističnih pregledov zaradi očal in kontaktnih leč (Slika 25 in Tabela 11) kaže, da je konec leta 2022 v kategoriji »zelo hitro« na prvi pregled čakalo za 98 % več pacientov, in za 23 % več pacientov na kontrolni pregled. Primerjava povprečnih ČD v kategoriji »zelo hitro« (Slika 25), kaže da se je povprečna ČD skrajšala za 14 %, in da je 83 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 61 dni, kar je za 47 dni nad dopustno ČD »zelo hitro« (14 dni < 61 dni). Ne glede na povečanje čakajočih nad DČD za 1,8-krat je konec decembra 2022 po uvedbi interventnih ukrepov 75 % od vseh čakajočih pacientov na prvi okulistični pregled zaradi očal in kontaktnih leč v kategoriji »zelo hitro« čakalo nad DČD.



Slika 25. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki zaradi očal in kontaktnih leč »zelo hitro«

Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

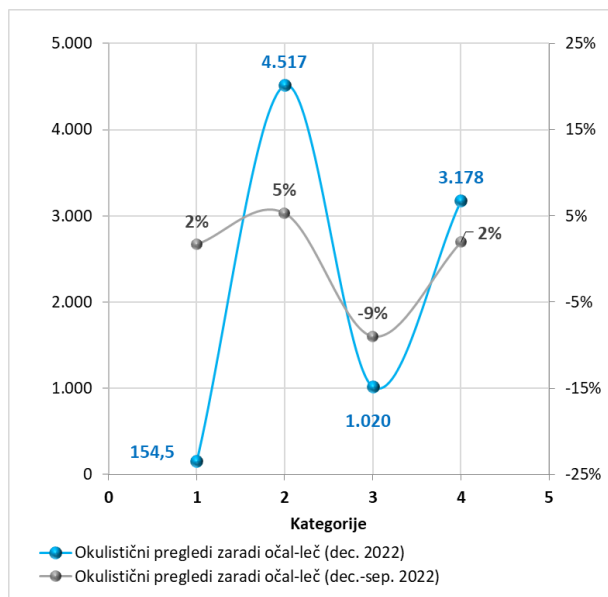


Slika 26. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki zaradi očal in kontaktnih leč »hitro«

Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

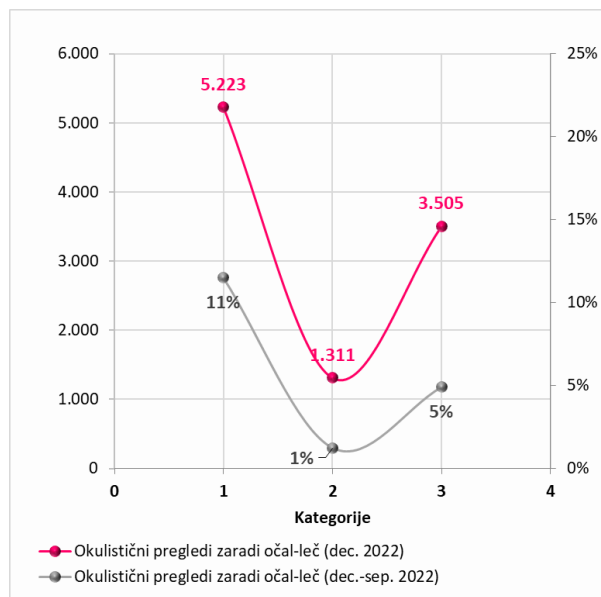
Primerjava prvih in kontrolnih okulističnih pregledov zaradi očal in kontaktnih leč v kategoriji »hitro« kaže (Slika 26 in Tabela 11), da je konec leta 2022 na prvi pregled čakalo za 76 % več pacientov in za 53 % več pacientov na kontrolni pregled. Nadaljnja primerjave povprečnih ČD v kategoriji »hitro« (Slika 26), kažejo da se je povprečna ČD skrajšala za 1 %, in da je 229 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 117 dni, kar je za 26 dni nad dopustno ČD (91 dni < 117 dni). Ne glede na povečanje čakajočih nad DČD za 51 % (Slika 26)

je konec decembra 2022 po uvedbi interventnih ukrepov, 37 % pacientov od vseh čakajočih na prvi okulistični pregled zaradi očal in kontaktnih leč v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.



Slika 27. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki zaradi očal in kontaktnih leč »redno«

Kategorije: 1 – povprečna ČD za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 4 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.



Slika 28. Dostop do specialističnih pregledov v okulistiki zaradi očal in kontaktnih leč »skupaj«

Kategorije: 1 – število čakajočih za prvi pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih nad DČD za prvi pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število vpisanih pacientov na čakalni seznam za kontrolni pregled »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

V kategoriji »redno«, primerjava prvih in kontrolnih okulističnih pregledov zaradi očal in kontaktnih leč (Slika 27 in Tabela 11) kaže, da je konec leta 2022 na prvi pregled čakalo za 5 % več pacientov in za 2 % manj pacientov na kontrolni pregled. Primerjave povprečnih ČD v kategoriji »redno« (Slika 27), kažejo da se je povprečna ČD podaljšala za 2%, in da je 4.517 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 155 dni, kar je za 28 dni pod dopustno ČD (183 dni > 155 dni). Ne glede na zmanjšanje za 9 % čakajočih nad DČD v kategoriji »redno« (Slika 27) je konec leta 2022 po uvedbi interventnih ukrepov, 23 % pacientov od vseh čakajočih na prvi okulistični pregled zaradi očal in kontaktnih leč v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.

Na splošno, primerjava skupnega števila čakajočih na prvi in kontrolni okulistični pregled zaradi očal in kontaktnih leč (Slika 28 in Tabela 11) kaže, da je konec leta 2022 na kontrolni pregled čakalo za 5 % več pacientov, in za 11 % več pacientov na prvi pregled, od tega za 1 % več pacientov čakajočih nad DČD.

Tabela 11. Okulistika – prvi in kontrolni pregledi vida za očala in kontaktnih leč: primerjave med kategorijami

Specifični kazalniki	Povprečna ČD za prvi pregled (v dnevih)	Število čakajočih na prvi pregled	Število čakajočih nad DČD na prvi pregled	Število pacientov za kontrolni pregled
Kategorije				
Stopnja obravnave »zelo hitro«				
sep. 2022	71,4	42	22	47
dec. 2022	61,1	83	62	58
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	- 14 %	+ 98 %	+ 182 %	+ 23 %
Stopnja obravnave »hitro«				
sep. 2022	117,5	353	152	176
dec. 2022	116,6	623	229	269
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	- 1 %	+ 76 %	+ 51 %	+ 53 %
Stopnja obravnave »redno«				
sep. 2022	152,0	4.290	1.121	3.118
dec. 2022	154,5	4.517	1.020	3.178
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	+ 2 %	+ 5 %	- 9%	+ 2 %
Skupaj				
sep. 2022		4.685	1.295	3.341
dec. 2022		5.223	1.311	3.505
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)		+ 11 %	+ 1%	+ 5 %

3.1.7 Operacije sive mreže (katarakte)

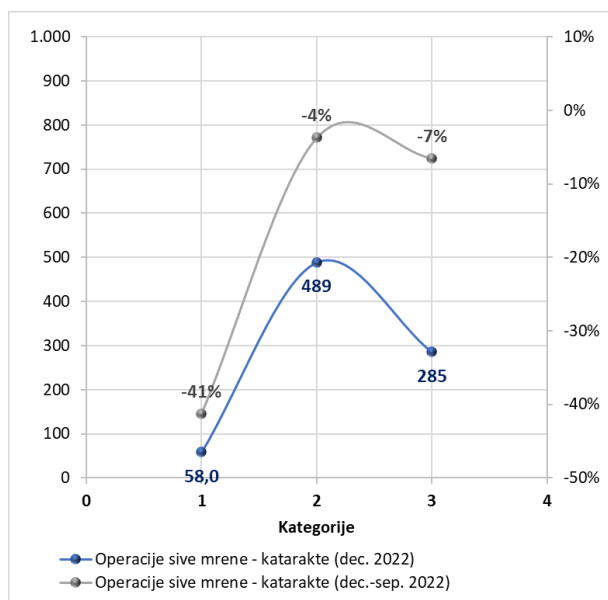
Analiza dostopa do operacij sive mreže (katarakte) (Slika 29 in Tabela 12) kaže, da je konec leta 2022 v kategoriji »zelo hitro« na operacijo sive mreže čakalo za 7 % manj pacientov. Primerjava povprečnih ČD v kategoriji »zelo hitro« (Slika 29), kaže da se je povprečna ČD skrajšala za 41 %, in da je 489 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 58 dni, kar je za 44 dni nad dopustno ČD »zelo hitro« (14 dni < 58 dni). Ne glede na zmanjšanje čakajočih nad DČD za 7 % je konec decembra 2022 po uvedbi interventnih ukrepov, 58 % od vseh čakajočih pacientov na operacijo sive mreže (katarakte) v kategoriji »zelo hitro« čakalo nad DČD.

Tabela 12. Operacije sive mreže (katarakte): primerjave med kategorijami

Specifični kazalniki	Povprečna ČD na poseg (v dnevih)	Število čakajočih na poseg	Število čakajočih na poseg nad DČD
Kategorije			
Stopnja obravnave »zelo hitro«			
sep. 2022	98,8	508	305
dec. 2022	58,0	489	285
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	- 41 %	- 4 %	- 7 %
Stopnja obravnave »hitro«			
sep. 2022	215,1	3.275	2.044
dec. 2022	146,3	3.176	1.964
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	- 32 %	- 3 %	- 4 %
Stopnja obravnave »redno«			
sep. 2022	294,2	9.512	4.170
dec. 2022	223,5	7.693	3.302
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)	- 24 %	- 19 %	- 21 %
Skupaj			
sep. 2022		13.295	6.519
dec. 2022		11.358	5.551
Primerjava v % (dec.-sep. 2022)		- 15 %	- 15 %

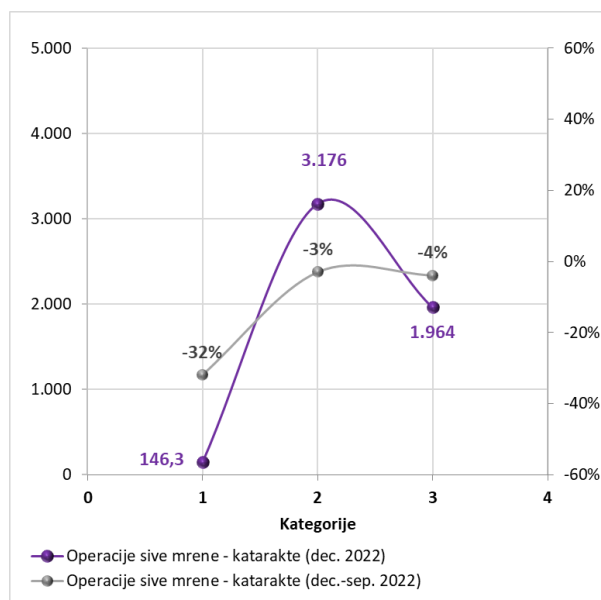
Primerjava podatkov v kategoriji »hitro« (Slika 30 in Tabela 12) kaže, da je konec leta 2022 na operacijo sive mreže (katarakte) čakalo za 3 % manj pacientov. Nadaljnja primerjave

povprečnih ČD v kategoriji »hitro« (Slika 30), kažejo da se je povprečna ČD skrajšala za 32 %, in da je 3.176 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 146 dni, kar je za 55 dni nad dopustno ČD (91 dni < 146 dni). Ne glede na zmanjšanje čakajočih nad DČD za 4 % (Slika 30) je konec decembra 2022 po uvedbi interventnih ukrepov 62 % pacientov od vseh čakajočih na operacijo sive mreže (katarakte) v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.



Slika 29. Dostop do operacije sive mreže »zelo hitro«

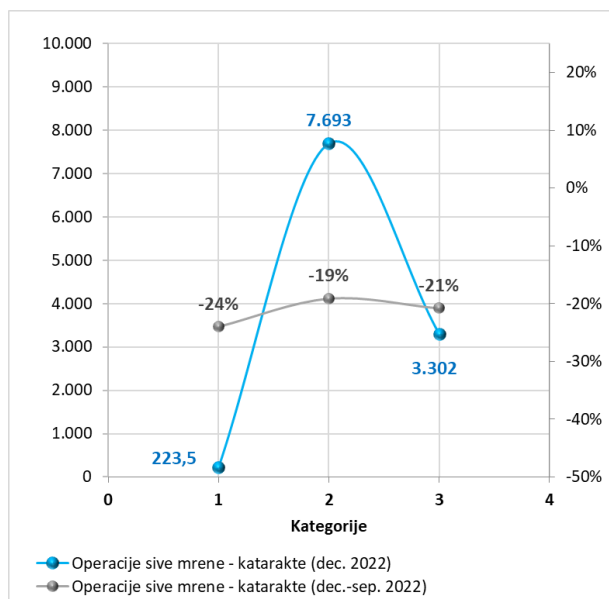
Kategorije: 1 – povprečna ČD za operacijo sive mreže »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za operacijo sive mreže »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za operacijo sive mreže »zelo hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.



Slika 30. Dostop do operacije sive mreže »hitro«

Kategorije: 1 – povprečna ČD za operacijo sive mreže »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 2 – število čakajočih za operacijo sive mreže »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; 3 – število čakajočih nad DČD za operacijo sive mreže »hitro« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

V kategoriji »redno«, primerjava podatkov pokaže (Slika 31 in Tabela 12), da je konec leta 2022 na operacijo sive mreže (katarakte) čakalo za 19 % manj pacientov. Primerjave povprečnih ČD v kategoriji »redno« (Slika 31), kažejo da se je povprečna ČD skrajšala za 24 %, in da je 7.691 pacientov, vključno s čakajočimi nad DČD v povprečju čakala 224 dni, kar je za 41 dni nad dopustno ČD (183 dni < 224 dni). Ne glede na zmanjšanje za 21 % čakajočih nad DČD v kategoriji »redno« (Slika 31) je konec leta 2022 po uvedbi interventnih ukrepov 43 % pacientov od vseh čakajočih operacijo sive mreže v kategoriji »hitro« čakalo nad DČD.



Slika 31. Dostop do operacije sive mrene »redno«

Kategorije: **1** – povprečna ČD za operacijo sive mrene »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; **2** – število čakajočih za operacijo sive mrene »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; **3** – število čakajočih nad DČD za operacijo sive mrene »redno« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.



Slika 32. Dostop do operacije sive mrene »skupaj«

Kategorije: **1** – število čakajočih za operacijo sive mrene »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022; **2** – število čakajočih nad DČD za operacijo sive mrene »skupaj« na dan 31. 12. 2022 in sprememba v % dec.-sep. 2022.

Na splošno, primerjava skupnega števila čakajočih na operacijo sive mrene (*katarakte*) (Slika 32 in Tabela 12) kaže, da je konec leta 2022 na operacijo sive mrene čakalo za 15 % manj pacientov, od tega prav tako za 15 % manj pacientov, ki so sicer pred uvedbo interventnih ukrepov čakali nad DČD.

3.2 Rezultati vrednotenja po kategorijah in kazalnikih določenih v raziskavi

3.2.1 Vrednotenje po kriteriju skrajšanje povprečnih čakalnih dob in ne preseganje dopustnih čakalnih dob

Dostop do zdravstvenih storitev, vrednoten na podlagi *zmanjšanja* povprečnih ČD po stopnjah nujnosti obravnave oziroma kategorijah — zelo hitro, hitro, redno (Tabela 13) pokaže, da so se v proučevanem obdobju (1. september 2022–31. december 2022), po uvedbi interventnega ukrepa povprečne ČD v kategoriji:

- »zelo hitro«, skrajšale pri operacijah sive mreže za 41 %, prvih pregledih v diabetologiji za 14 %, okulistiki za 13 %, pregledu vida zaradi očal in kontaktnih leč za 3 %, ter podaljšale pri prvih pregledih v urologiji za 13 %, pulmologiji za 10 % in kardiologiji za 3 %;
- »hitro«, skrajšale pri operacijah sive mreže za 32 %, prvih pregledih v diabetologiji za 6 %, pregledu vida zaradi očal in kontaktnih leč za 1 %, ter podaljšale, pri prvih pregledih v pulmologiji za 16 %, okulistiki za 10 %, urologiji za 5 % in kardiologiji za 2 %;
- »redno«, skrajšale pri operacijah sive mreže za 24 %, prvih pregledih v diabetologiji za 1 %, ter podaljšale, pri prvih pregledih v kardiologiji za 27 %, pulmologiji za 17 %, za 12 % okulistiki in urologiji ter pregledu vida zaradi očal in kontaktnih leč za 1 %.

Tabela 13. Primerjava povprečnih in dopustnih čakalnih dob pred in po interventnih ukrepih

Šifra VZS	Vrsta zdravstvene storitve	Povprečne ČD Zelo hitro (DČD = 14 dni)			Povprečne ČD Hitro (DČD = 91 dni)			Povprečne ČD Redno (DČD = 183 dni)		
		Pred ukrepi (dnevi)	Po ukrepih (dnevi)	Sprem. v %	Pred ukrepi (dnevi)	Po ukrepih (dnevi)	Sprem. v %	Pred ukrepi (dnevi)	Po ukrepih (dnevi)	Sprem. v %
1053P	Diabetološki pregled - prvi	22,6	19,6	- 13 %	33,8	31,9	- 6 %	50,5	50,1	- 1 %
1018P	Kardiološki pregled - prvi	98,5	101,6	+ 3 %	216,2	220,9	+ 2 %	236,8	301,4	+ 27 %
1039P	Pulmološki pregled - prvi	26,5	29,2	+ 10 %	48,6	56,2	+ 16 %	66,9	78,6	+ 17 %
1050P	Urološki pregled - prvi	61,5	69,6	+ 13 %	116,4	122,6	+ 5 %	209,4	233,5	+ 12 %
1930P	Okulistični pregled zaradi očal/leč - prvi	71,4	61,1	- 14 %	117,5	116,6	- 1 %	152,6	154,5	+ 1 %
1028P	Okulistični – prvi*	93,9	91,1	- 3 %	181,3	199,3	+ 10 %	230,7	259,5	+ 12 %
1195	Operacija sive mreže (katarakte)	98,8	58,0	- 41 %	215,1	146,3	- 32 %	294,2	223,5	- 24 %

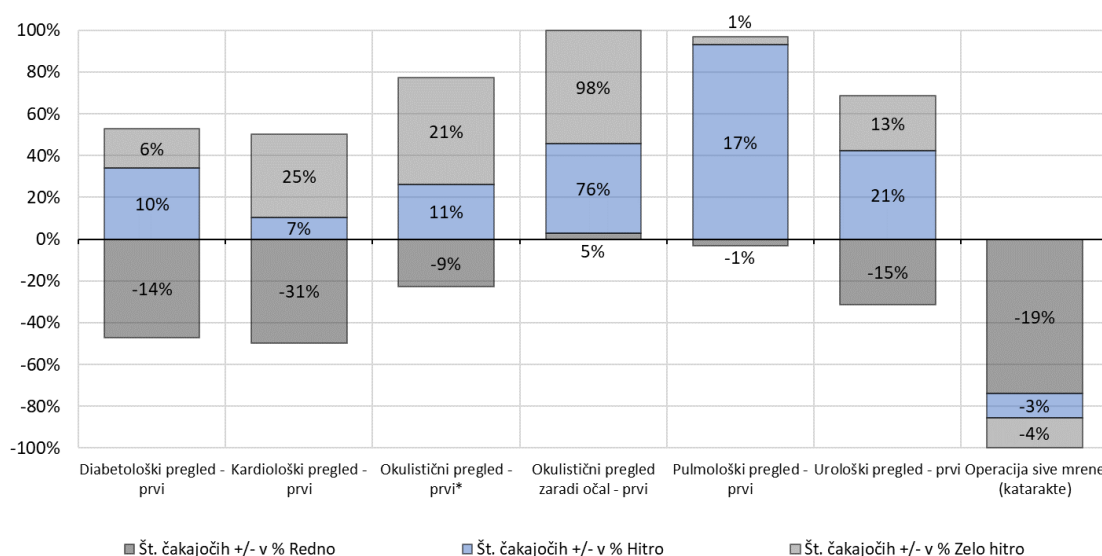
Opomba: * brez pregleda vida za očala in kontaktnih leč.

Analiza povprečnih ČD in DČD je pokazala, da so konec leta 2022, po uvedbi interventnih ukrepov, povprečne ČD presegale DČD (Tabela 13), v vseh izbranih vrstah obravnave ter kategorijah, razen v kategoriji »hitro« pri prvih pregledih v diabetologiji (32 dni) in pulmologiji (56 dni), ter kategoriji »redno« pri prvih pregledih vida za očala in kontaktne leče (155 dni), pulmologiji (79 dni) ter diabetologiji (50 dni).

3.2.2 Vrednotenje po kriteriju zmanjšanje števila vseh čakajočih na čakalnih seznamih

Dostop do zdravstvenih storitev, vrednoten na podlagi kriterija *zmanjšanje* skupnega števila čakajočih po stopnjah nujnosti obravnave oziroma kategorijah — zelo hitro, hitro, redno (Tabela 14 in Slika 33) pokaže, da so se po uvedbi interventnih ukrepov, v proučevanem obdobju (1. september–31. december 2022), čakalne vrste v kategoriji:

- »zelo hitro«, skrajšale pri operacijah sive mreže za 4 %, ter podaljšale pri prvih pregledih vida zaradi očal in kontaktnih leč za 98 %, kardiologiji za 25 %, okulistiki za 21 %, urologiji za 13 %, diabetologiji za 6 % in v pulmologiji za 1 %;
- »hitro«, skrajšale pri operacijah sive mreže za 3 %, ter podaljšale pri prvih pregledih vida zaradi očal in kontaktnih leč za 76 %, urologiji za 21 %, pulmologiji za 17 %, okulistiki za 11 %, diabetologiji za 10 % in v kardiologiji za 7 %;
- »redno«, skrajšale pri operacijah sive mreže za 19 %, pri prvih pregledih v kardiologiji za 35 %, urologiji za 15 %, diabetologija za 14 %, okulistiki za 9 %, in pulmologiji za 1 % ter podaljšale pri prvem pregledu vida zaradi očal in kontaktnih leč za 5 %.



Slika 33. Primerjava števila čakajočih — učinek interventnih ukrepov

Opomba: * pregled (razen pregled vida za očala in pregleda zaradi kontaktnih leč).

Primerjava števila vseh čakajočih pacientov vpisanih na čakalni seznam po stopnjah nujnosti obravnave – kategorijah (zelo hitro, hitro, redno) pokaže, da se je konec leta 2022, po uvedbi interventnih ukrepov število vseh čakajočih za izbrane vrste zdravstvenih storitev (Tabela 14), *zmanjšalo* v kategorij »redno« za 14 % (za 5.484 čakajočih pacientov), ter *povečalo* v kategoriji »zelo hitro« za 17 % (za 1.324 čakajočih pacientov) in »hitro« za 10 % (za 2.738 čakajočih pacientov).

Tabela 14. Primerjava števila čakajočih vpisanih na čakalni seznam pred in po interventnih ukrepih

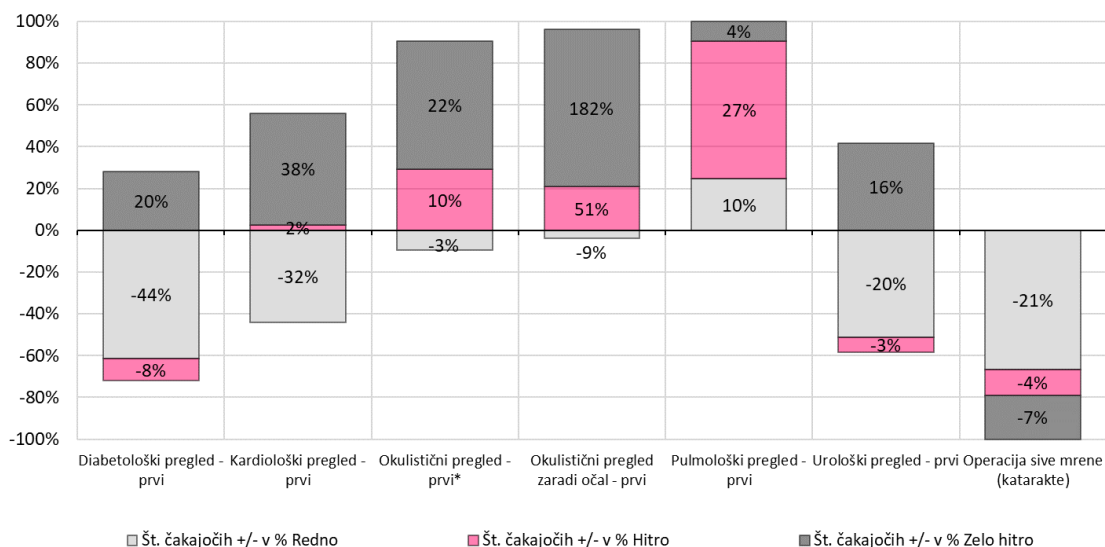
Šifra VZS	Vrsta zdravstvene storitve	Št. čakajočih Zelo hitro (DČD = 14 dni)			Št. čakajočih Hitro (DČD = 91 dni)			Št. čakajočih Redno (DČD = 183 dni)		
		Pred ukrepi	Po ukrepih	Sprem. v %	Pred ukrepi	Po ukrepih	Sprem. v %	Pred ukrepi	Po ukrepih	Sprem. v %
1053P	Diabetološki pregled - prvi	155	164	+ 6 %	315	348	+ 10 %	643	550	- 14 %
1018P	Kardiološki pregled - prvi	2.681	3.341	+ 25 %	8.162	8.693	+ 7 %	7.284	5.042	- 31 %
1039P	Pulmološki pregled - prvi	1.012	1.019	+ 1 %	2.803	3.282	+ 17 %	3.407	3.388	- 1 %
1050P	Urološki pregled - prvi	1.017	1.148	+ 13 %	2.517	3.044	+ 21 %	1.890	1.599	- 15 %
1930P	Okulistični pregled zaradi očal/leč - prvi	42	83	+ 98 %	353	623	+ 76 %	4.290	4.517	+ 5 %
1028P	Okulistični – prvi*	2.378	2.873	+ 21 %	9.276	10.273	+ 11 %	13.416	12.169	- 9 %
1195	Operacija sive mreže (katarakte)	508	489	- 4 %	3.275	3.176	- 3 %	9.512	7.693	- 19 %
Skupaj		7.793	9.117	+ 17 %	26.701	29.439	+ 10 %	40.442	34.958	- 14 %

Opomba: * pregled (razen pregled vida za očala in pregleda zaradi kontaktnih leč).

3.2.3 Vrednotenje po kriteriju zmanjšanje števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo

Dostop do zdravstvenih storitev, vrednoten na podlagi *zmanjšanja* števila čakajočih nad DČD po stopnjah nujnosti obravnave oziroma kategorijah — zelo hitro (nad 14 dni), hitro (nad 91 dni) ter redno nad 183 dni pokaže (Slika 34 in Tabela 15), da se je v proučevanem obdobju (1. september 2022 – 31. december 2022), po uvedbi interventnega ukrepa število čakajočih nad DČD v kategoriji:

- »zelo hitro«, *zmanjšalo* pri operacijah sive mreže za 7 %, ter *povečalo* pri prvih pregledih vida zaradi očal in kontaktnih leč za 1,2-krat, kardiologiji za 38 %, okulistikiji za 22 %, diabetologiji za 20 %, urologiji za 16 %, in v pulmologiji za 4 %;
- »hitro«, *zmanjšalo* pri operacijah sive mreže za 4 %, pri prvih pregledih v diabetologiji za 8% in urologiji za 3 %, ter *povečalo* pri prvih pregledih vida zaradi očal in kontaktnih leč za 51 %, pulmologiji za 27 %, okulistikiji za 10 % in v kardiologiji za 2 %;
- »redno«, *zmanjšalo* pri operacijah sive mreže za 21 %, pri prvih pregledih v diabetologiji za 44 %, kardiologiji za 32 %, urologiji za 20 %, pregledu vida zaradi očal in kontaktnih leč za 9 % in prvem pregledu v okulistikiji za 3 % ter *povečalo* pri prvem pregledu v pulmologiji za 10 %.



Slika 34. Primerjava števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo — učinek interventnih ukrepov

Opomba: * pregled (razen pregled vida za očala in pregleda zaradi kontaktnih leč).

Primerjava števila čakajočih nad DČD vpisanih na čakalni seznam po kategorijah – stopnjah nujnosti obravnave pokaže, da se je konec leta 2022, po uvedbi interventnih ukrepov število čakajočih nad DČD za izbrane vrste zdravstvenih storitev (Tabela 15) *zmanjšalo* v kategorij »redno« za 1 % (za 1.976 čakajočih nad DČD), ter *povečalo* v kategoriji »zelo hitro« za 23 % (za 1.254 čakajočih nad DČD) in »hitro« za 6 % (za 1.016 čakajočih nad DČD).

Tabela 15. Primerjava števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo pred in po interventnih ukrepih

Šifra VZS	Vrsta zdravstvene storitve	Št. čakajočih nad DČD Zelo hitro (DČD = 14 dni)			Št. čakajočih nad DČD Hitro (DČD = 91 dni)			Št. čakajočih nad DČD Redno (DČD = 183 dni)		
		Pred ukrepi	Po ukrepih	Sprem. v %	Pred ukrepi	Po ukrepih	Sprem. v %	Pred ukrepi	Po ukrepih	Sprem. v %
1053P	Diabetološki pregled – prvi	75	90	+ 20 %	53	49	- 8 %	96	54	- 44 %
1018P	Kardiološki pregled – prvi	1.694	2.345	+ 38 %	5.793	5.903	+ 2 %	2.606	1.782	- 32 %
1039P	Pulmološki pregled – prvi	617	641	+ 4 %	1.031	1.309	+ 27 %	1.304	1.436	+ 10 %
1050P	Urološki pregled – prvi	765	888	+ 16 %	1.378	1.340	- 3 %	503	404	- 20 %
1930P	Okulistični pregled zaradi očal/leč – prvi	22	62	+ 182 %	152	229	+ 51 %	1.121	1.020	- 9 %
1028P	Okulistični – prvi*	1.926	2.347	+ 22 %	6.440	7.113	+ 10 %	5.093	4.919	- 3 %
1195	Operacija sive mreže (katarakte)	305	285	- 7 %	2.044	1.964	- 4 %	4.170	3.302	- 21 %
Skupaj		5.404	6.658	+ 23%	16.891	17.907	+ 6 %	14.893	12.917	-13 %

Opomba: * pregled (razen pregled vida za očala in pregleda zaradi kontaktnih leč).

4 Razprava

V raziskavi smo na primeru nujnih ukrepov za zagotovitev stabilnosti slovenskega zdravstvenega sistema — *interventni ukrepi* (8, 9, 24–26) ter prvih rezultatov (50, 51), *izvedli sumativno* vrednotenje, primerno za vrednotenje javne zdravstvene politike (1–3, 27). Z namenom razumevanje koncepta vrednotenja (ne)uspeha javne politike (1, 27) in teorije dostopa do zdravstvenih storitev (29, 32, 35, 37), smo pri pregledu literature, sledili hermenevtičnemu pristopu — teoriji interpretacije (53, 54). Obe glavni temi smo v nadaljevanju raziskovanja razširili na področje merjenja pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev s kazalniki ter oblikovanju ukrepov upravljanja (dopustnih) čakalnih dob in čakalnih vrst, vključno z značilnostmi slovenskega zdravstvenega sistema (6–9, 23).

Na podlagi pregleda virov in literature, kjer smo sledili hermenevtičnem in narativnem pristopu analize pomena (besedila) diskurza (53, 54) ugotavljamo, da je bil cilj interventnih ukrepov, že v začetni fazi oblikovanja besedila, torej v pomenu besedila nejasen, dvoumen, terminološko zmeden. V začetni fazi procesa nastajanja ukrepov je bil cilj določen kot »skrajšanje nedopustno dolgih čakalnih dob, nastalih kot posledica pandemije covid-19« (6, 7). S sprejetjem oziroma spremembo zakonodaje o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (24) je bil cilj re-definiran in predstavljen, kot »vse zdravstvene storitve v javnem zdravstvenem sistemu, od 1. septembra 2022 dalje, do konca leta 2023 plačane sproti, kar bo pomembno skrajšalo čakalne vrste« (25). V nadaljevanju diskurza so sledile opredelitve kot so: »prebivalstvu RS zagotoviti enakopravno, primerno, kakovostno in varno zdravstveno obravnavo – to je odpraviti nedopustno dolge čakalne dobe, nastale zaradi preprečevanja in obvladovanja nalezljive bolezni covid-19« (25) ter »skrajševanje čakalnih dob« (24, 51), ali celo z »odprava oziroma skrajšanje čakalnih dob« (25, 51).

Primerjava pomena (besedila) ciljev interventnih ukrepov, kot so »pomembno skrajšanje čakalnih vrst«, »skrajšanje nedopustno dolgih čakalnih dob«, »odprava nedopustno dolgih čakalnih dob«, »skrajšanje čakalnih dob« ali »odprava oziroma skrajšanje čakalnih dob«, nakazuje na odsotnost razumevanja pomena pojmov — skrajšanje, pomembno skrajšanje, odprava oziroma skrajšanje, v povezavi s kazalniki — čakalne vrste, (dopustne) čakalne dobe, kar ni značilno za znanstveno-strokovno razpravo (11).

Znanstveno-strokovna razprava o obvladovanju čakalnih dob in čakalnih vrst razlikuje med čakalnimi dobami in čakalnimi vrstami, ker zajemajo različne razsežnosti dostopa. Če velja, da paciente čakalne vrste ne zanimajo, ker je zanje pomembna čakalna doba – koliko časa čakajo na zdravljenje, so za oblikovalce zdravstvene politike pomembne tudi čakalne vrste, ker merijo število ljudi, ki jih prizadenejo dolge čakalne dobe (11).

Ker so čakalne dobe in čakalne vrste prepleteni pojmi, ki imajo kompleksno dinamično interakcijo je za oblikovanje uspešnih interventnih ukrepov potreba po razumevanju pomena ter interakcije med obravnavanimi pojmomoma več kot potrebna (64). Kot izhaja iz znanstveno-strokovnega opazovanja kompleksne dinamične interakcije med čakalnimi vrstami in čakalnimi dobami je potrebno razumeti, kot poudarjajo Siciliani in drugi (11, 64), da se čakalne vrste in čakalne dobe, praviloma sčasoma povečajo, ko število pacientov na čakalnem seznamu preseže število obravnavanih pacientov (op. pri čemer avtorji izhajajo, da se število čakajočih na čakalnem seznamu zmanjša, ko je zdravstvena storitev opravljena, in ne ko je pacient dobil datum za obravnavo). Vendar pa to ne velja vedno, kar pomeni, da je interakcija med čakalnimi vrstami in čakalnimi dobami lahko drugačna — če je število obravnavanih pacientov večje od števila pacientov na čakalnem seznamu, se bo čakalna doba verjetno skrajšala, medtem ko se bo čakalna vrsta lahko še podaljšala, vsaj začasno, če staranje prebivalstva in tehnološki napredek povzročata povečanje potreb po zdravstvenih storitvah in s tem več pacientov, ki se zdravijo v zdravstvenem sistemu (64). Siciliani in drugi (11, 64), opozarjajo tudi, da so pri interakciji med čakalnimi vrstami in čakalnimi dobami možni tudi povratni učinki. Zaradi daljših čakalnih dob se lahko nekateri pacienti odločijo za zdravljenje pri drugem izvajalcu, lahko se pacientom med čakanjem zdravstveno stanje celo izboljša – ali obratno, med čakanjem lahko umrejo, lahko se zgodi, da zdravniki napotijo manj pacientov k specialistom, kar lahko zmanjša rast čakalnih vrst (11, 12, 64), ne pa tudi čakalnih dob.

Iz navedenega izhajamo, da koncept interventnih ukrepov s plačevanjem vseh zdravstvenih storitev na podlagi (dopustnih) čakalnih dob in čakalnih vrst, ki ne sledi znanstveno-strokovnim dognanjem, omenjene interakcije med čakalnimi vrstami in čakalnimi dobami (11, 12, 64), ne more biti uspešen. Slednje ugotovitve pogloblja nekonsistentna opredelitve ciljev v fazi implementacije, ki se odraža v neustreznem nadzoru (*ang. monitoring*) gibanja čakalnih vrst in čakalnih dob ter opravljenimi dodatnimi zdravstvenimi storitvami, saj ločene evidence o številu opravljenih zdravstvenih storitev ne omogočajo nadzora nad odlivom pacientov, ki so pred tem čakalni na čakalnih seznamih (24).

V empiričnem delu znanstvene monografije, smo na podlagi analize podatkov ter v raziskavi definiranih kriterijev na podlagi veljavne zakonodaje ter raziskovanja za vrednotenje (ne)uspeha interventnih ukrepov po specifičnih kazalnikih, kategorijah – stopnjah nujnosti obravnave ter izboru trinajstih vrst zdravstvenih storitev, petih specialnosti – diabetologiji, kardiologiji, urologiji, pulmologiji ter okulistiki vrednotili po štirih vrstah kriterijev.

Po kriteriju skrajšanja povprečnih čakalnih dob po kategorijah — stopnjah nujnosti obravnave, kjer so se povprečne čakalne dobe *skrajšale* so interventni ukrepi v prvih štirih mesecih izvajanja dosegli pozitivne učinke pri operacijah sive mreže (katarakte) zelo hitro (– 41 %), hitro (– 32 %) in redno (– 24 %) ter pri prvih specialističnih pregledih v diabetologiji zelo hitro (– 14 %), hitro (– 6 %) in redno (– 1 %), v okulistiki zelo hitro (– 13 %), ter pri pregledu vida zaradi očal in kontaktnih leč zelo hitro (– 3 %). Manj uspešni so bili interventni ukrepi, kjer so se povprečne čakalne dobe *podaljšale* in sicer pri prvih specialističnih pregledih v kardiologiji zelo hitro (+ 3 %), hitro (+ 2 %) in redno (+ 27 %), v pulmologiji zelo hitro (+ 10 %), hitro (+ 16 %) in redno (+ 17 %), v urologiji zelo hitro (+ 13 %), hitro (+ 5 %) in redno (+ 12 %), v okulistiki hitro (+ 10 %) in redno (+ 12 %), ter pri pregledu vida zaradi očal in kontaktnih leč redno (+ 1 %).

Na podlagi kriterija dopustnih čakalnih dob v primerjavi s povprečnimi čakalnimi dobami interventni ukrepi niso pokazali pozitivne učinke, saj so povprečne čakalne dobe, pri vseh prvih specialističnih pregledih po kategorijah – stopnjah nujnosti obravnave (zelo hitro, hitro in redno) ostale nad dopustno čakalno dobo, razen pri prvih specialističnih pregledih pri kategoriji »hitro« v diabetologiji (32 dni) in pulmologiji (56 dni), in pri kategoriji »redno« pri pregledih vida za očala in kontaktne leče (155 dni), v pulmologiji (79 dni) ter v diabetologiji (50 dni), kjer so bile povprečne čakalne dobe že pred uvedbo interventnih ukrepov pod dopustnimi čakalnimi dobami.

Ugotovili smo, da so se interventni ukrepi izvajali, in da so analizirani interventni ukrepi v prvih štirih mesecih izvajanja, dosegli pozitivne učinke *po kriteriju zmanjšanja števila čakajočih na čakalnih seznamih* po vseh treh kategorijah — stopnjah nujnosti obravnave in sicer pri operacijah sive mreže (katarakte) zelo hitro (– 4 %), hitro (– 3 %) in redno (– 19 %) ter pri izboljšanju dostopa do prvih specialističnih pregledov pri stopnji redno v kardiologiji (– 35 %), v diabetologiji (– 14 %), v urologiji (– 15 %), v okulistiki (– 9 %), pulmologiji (– 1 %).

Pomembno manj pa so bili interventni ukrepi uspešni, pri izboljšanju dostopa do prvih specialističnih pregledov, kjer so se čakalne vrste vseh čakajočih podaljšale po vseh treh kategorijah pri pregledu vida zaradi očal in kontaktnih leč zelo hitro (+ 98 %) , hitro (+ 76 %), redno (+ 5 %), in dveh kategorijah v kardiologiji zelo hitro (+ 25 %) in hitro (+ 7 %), v diabetologiji zelo hitro (+ 6 %) in hitro (+ 10 %), v urologiji zelo hitro (+ 13 %) in hitro (+ 21 %), v pulmologiji zelo hitro (+ 1 %) in hitro (+ 17 %), v okulistiki zelo hitro (+ 21 %) in hitro (+ 11 %).

Na podlagi *kriterija zmanjšanja števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo* smo ugotovili smo, da so v prvih štirih mesecih izvajanja interventni ukrepi dosegli pozitivne učinke pri vseh treh kategorijah – stopnjah nujnosti obravnave in sicer pri operacijah sive mrežnice (katarakte) zelo hitro (– 7 %), hitro (– 4 %) in redno (– 21 %) ter pri prvih specialističnih pregledov v kardiologiji redno (– 32 %), v diabetologiji hitro (– 8 %) in redno (– 44 %), v urologiji hitro (– 3 %) in redno (– 20 %), v okulistiki redno (– 3 %) ter pregledu vida zaradi očal in kontaktnih leč redno (– 9 %). Pomembno manj pa so bili interventni ukrepi uspešni, pri izboljšanju dostopa do prvih specialističnih pregledov, kjer so se čakalne vrste čakajočih nad dopustno čakalno dobo podaljšale v kardiologiji zelo hitro (+ 38 %) in hitro (+ 2 %), v diabetologiji zelo hitro (+ 20 %), v urologiji zelo hitro (+ 16 %), v pulmologiji zelo hitro (+ 4 %), hitro (+ 27 %) in redno (+ 10 %), v okulistiki zelo hitro (+ 22 %) in hitro (+ 10 %) ter pri pregledu vida zaradi očal in kontaktnih leč zelo hitro (+ 1,2-krat) in hitro (+ 51 %).

Primer vrednotenja rezultatov (ne)uspeha interventnih ukrepov, predstavljenega v znanstveni monografiji, obravnavamo kot zaključno fazo procesa izvajanja interventnih ukrepov, ki podaja objektivno sintezo predhodnih faz delovanja javne zdravstvene politike, ter razkriva dejstva med zamišljenim in dejanskim uresničevanjem ciljev javne zdravstvene politike (1, 24, 27). V znanstveni monografiji uporabljen koncept vrednotenja javne politike je teoretičen, s pomočjo katerega smo raziskovali primer (ne)uspeha interventnih ukrepov: »z ukrepi interventne zakonodaje do večje dostopnosti do zdravstvenih storitev«, sprejetih v letu 2022 (49). Koncept vrednotenja smo izbrali, ker omogoča raziskovanja dobrih in slabih učinkov javne politike ter s tem učenje in seznanjanje s posledicami izvajanja politike, kar je osnovni namen koncepta vrednotenja ukrepov (1, 27). Čeprav zametki evalvacije javne politike segajo na področje javnega zdravstva (1, 27), vrednotenja dostopnosti do zdravstvenih storitev v Sloveniji, razen zbiranja mesečnih podatkov (19–21) še ni bilo deležno znanstveno-raziskovalne pozornosti z vidika vrednotenja ukrepov javne zdravstvene politike.

Iz obravnavanega primera vrednotenja interventnih ukrepov, v znanstveni monografiji, lahko zaključimo, da ukrepi zdravstvene politike, ne morejo delovati učinkovito, če že v predhodnih oziroma začetnih faza določanja vsebine interventnih ukrepov (fazi načrtovanja in oblikovanja javne zdravstvene politike), ni predvidena tudi formalna faza vrednotenja interventnih ukrepov na podlagi kriterijev določenih s cilji (3). Koncept vrednotenja (ne)uspešnosti interventnih ukrepov v obravnavanem primeru razkriva razhajanja med razumevanjem zamišljenega (25) in dejanskega uresničevanja ciljev (1, 24, 27), ki so bili sprva načrtovani obetavno z obstoječim sistemom nadzora ter definicijami pojmi, nato pa je sledila terminološko-strokovna nasladnost (6, 22, 24, 25, 49–52). Odsotnost formalne faze vrednotenja (ne)uspešnosti interventnih ukrepov, ocenjujemo kot ključni razlog, da interventni ukrepi med procesom izvajanja niso biti spremenjeni.

Na podlagi koncepta vrednotenja interventnih ukrepov je moč povzeti, da je šlo pri oblikovanju interventnih ukrepov za dajanje prednosti perspektivi tistih, ki imajo formalno moč za interpretacijo podatkov (53, 55, 56, 65) Pripovedi posameznikov, ki izhajajo iz znanstveno-strokovnega opazovanja kompleksno dinamične interakcije med čakalnimi vrstami in čakalnimi dobami, kot na primer Siciliani in drugih (11, 64), ter tistih, ki se ukvarjajo s merjenjem pravočasnega dostopa do zdravstvenih storitev, kot so Penchansky in Thomas (29, 32), Donabedian (33–35), Penchansky in Thomas, Millman (36), Saurman (32), Fortney in drugi (37), so v nasprotje s meta-pripovedmi, ki jih ustvarijo oblikovalci politik, ki težave opredeljujejo na drugačen način, in jih označujejo kot bolj ali manj pomembne (53). Na podlagi vrednotenja interventnih ukrepov, lahko zaključimo, da je bilo plačevanje zdravstvenih storitev pomembnejše, od skrajševanja čakalnih vrst, predvsem tistih nad dopustno čakalno dobo (24, 25), kar potrjuje analiza podatkov opravljena v empiričnem delu te znanstvene monografije. Slednje se izraža tudi v razlagalnem pomenu »čakalne dobe« in »čakalne vrste«, ki nista sinonima.

5 Zaključki

Dodatno financiranje zdravstvenih storitev, kot izhaja iz dinamične interakcije med čakalnimi vrstami in čakalnimi dobami, ne da bi pri tem upoštevali neposreden vpliv zmanjšanje števila čakajočih na čakalnih seznamih s številom opravljenih zdravstvenih storitev, ne more doseči željenega učinka, to je skrajšanje nedopustno dolgih čakalnih dob. Tako je odločitev, da se interventni ukrepi vrednotijo na podlagi ločenih evidenc o čakajočih na čakalnih seznamih ter posebej o opravljenih zdravstvenih storitvah omogočila glavno omejitev raziskovanja. Posledično se postavlja vprašanje, ali so dodatne zdravstvene storitve dejansko prejeli pacienti, ki so na dan uvedbe interventnih ukrepov (1. septembra 2022), čakali na pravočasno zdravstveno obravnavo, in so bili vpisani v čakalni seznam. Slednje vidimo kot glavno omejitev vrednotenja rezultatov interventnih ukrepov, in možnost za izboljšave, pri nadaljnjem oblikovanju interventnih ukrepov. Koncept vrednotenja rezultatov interventnih ukrepov zdravstvene politike, prikazan v empiričnem delu raziskave, pa kot koncept za vrednotenje rezultatov (ne)uspeha, upoštevan v začetni fazi izvajanja interventnih ukrepov.

Vrednotenje rezultatov s teorijo vrednotenja je pokazalo, da so zdravstvene politike lahko uspešnejše, če obstaja formalna faza vrednotenja ukrepov glede na merila doseganja ciljev v pripravljalni fazi (načrtovanje in oblikovanje). Zaključujemo, da je šlo v fazi vrednotenja za postavljanje prioritet, ki ne ustrezajo z dokazi podprti zdravstveni politiki glede na predhodno dogovorjene in jasno definirane spremljanje ukrepov, ki veljajo za kompleksne in dinamične interakcije med čakalnimi vrstami in čakalnimi dobami.

6 Financiranje in drugi podatki o avtorju

Retrospektivna, opazovalna raziskava je potekala v okviru projekta: Ukrepi na področju obvladovanja širitve covid-19 s poudarkom na ranljivih skupinah prebivalstva, Vpliv epidemije covid-19 na zagotavljanje pravočasne zdravstvene obravnave in zdravstvenega varstva (DP8). Naložbo sofinancirata Republika Slovenija in Evropska unija iz Evropskega socialnega sklada v okviru odziva Unije na pandemijo covid-19.

Znanstvena monografija je plod multidisciplinarnega raziskovanja avtorice, pridobljenega v okviru procesa doktorskega študija na Univerzi v Ljubljani, Fakulteti za družbene vede, smer politologija. V znanstveni monografiji avtorica sledi konceptu, raziskovanja policy problema z vidika teorije in praks, kar omogoča interakcijo med znanstvenimi disciplinami, ki jih v

znanstveni monografiji tudi obravnava značilni za področje javnega zdravja, zdravstvene ekonomije ter politologije v okviru procesa oblikovanja in vrednotenja javnih zdravstvenih politik.

Raziskovanje zdravstvene politike, ukrepov, analiza podatkov ter pregled literature je potekalo med 7. julijem 2022 in 30. avgustom 2023. Drugih oblik financiranja, pri zbiranju, analizi ali poročanju med izvajanjem raziskave s strani sofinancerjev ni bilo.

7 Literatura in viri

1. Fink-Hafner D. Uvod v analizo politik. 2007;
2. Dunn WN. Public policy analysis : an integrated approach. Sixth Edit. New York: Routledge; 2018.
3. Lipicer SK. Primer vladnega programa sofinanciranja nevladnih organizacij v času predreferendumskega odločanja. 2003;
4. Setiyawan. An Introduction to the Policy Process - Theories, Concepts, Models of PPM. Let. 53, Journal of Chemical Information and Modeling. 2013. 1689–1699 str.
5. Polin K, Hjortland M, Maresso A, van Ginneken E, Busse R, Quentin W. “Top-Three” health reforms in 31 high-income countries in 2018 and 2019: an expert informed overview. Health Policy. 2021;125(7):815–32.
6. Kuhar M, Gabrovec B, Albreht T. Pregled politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu : primerjalna analiza Pregled politik skrajševanja čakalnih dob v zdravstvu : primerjalna analiza. 2022.
7. Rupel VP, Kuhar M, Marušič D. Decision-making in slovenian outpatient care: Can financial incentives reduce patient waiting lists? Medical Writing. 2021;30(3):28–31.
8. Kuhar M, Gabrovec B, Albreht T. Access to health services in the Republic of Slovenia during the epidemic [Dostopnost do zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji med epidemijo]. 2021.
9. Albreht T, Kuhar M, Rupel VP. Timely access to healthcare during the COVID-19 epidemic in Slovenia. Health Systems and Policy Monitor Network Annual Meeting 13-15 October 2021. 2021;(October).
10. Rathnayake D, Clarke M, Jayasinghe VI. Health system performance and health system preparedness for the post-pandemic impact of COVID-19: A review. International Journal of Healthcare Management. 2021;14(1):250–4.
11. Ewout van Ginneken, Luigi Siciliani, Sarah Reed, Astrid Eriksen FT and TZ. Addressing backlogs and managing waiting lists during and beyond the COVID-19 pandemic. Eur J Public Health. 2022;32(Supplement_3).
12. OECD. Waiting Times for Health Services: Next in Line, OECD Health Policy Studies, OECD. Paris; 2020. <https://doi.org/10.1787/242e3c8c-en>.
13. Sheard S. Space, place and (waiting) time: Reflections on health policy and politics. Health Economics, Policy and Law. 2018;13(3–4):226–50.
14. Ministrstvo za zdravje. Smernice zdravstvene politike 2023. Ljubljana; 2023.
15. Komisija evropske skupnosti [Internet]. Let. COM(2007). Bruselj; 2007. str. 10 Bela knjiga „Skupaj za zdravje: strateški pristop EU za obdobje 2008–2013“. Dostopno na: [file:///C:/Users/marje/Downloads/bela_knjiga - skupaj za zdravje_ strateški pristop-COM_2007_630_SL_ACTE_f.pdf](file:///C:/Users/marje/Downloads/bela_knjiga_-_skupaj_za_zdravje_-_strateški_pristop-COM_2007_630_SL_ACTE_f.pdf)
16. Urad RS za makroekonomske analize in razvoj. Evropski steber socialnih pravic, Slovenija 2000–2020. Ljubljana; 2021.
17. Bersano A, Kraemer M, Touzé E, Weber R, Alamowitch S, Sibon I, idr. Stroke care during the COVID-19 pandemic: experience from three large European countries. European Journal of Neurology. 2020;27(9):1794–800.
18. Kalanj K, Marshall R, Karol K, Tiljak MK, Orešković S. The Impact of COVID-19 on Hospital Admissions in Croatia. Frontiers in Public Health. 2021;9(September):1–11.

19. National institute of public health Slovenia. Monthly reported Waiting time for January 2021 [Mesečno poročilo o čakalnih dobah, 1. januar 2021] [Internet]. 2021. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/mesecno-porocilo-o-cakalnih-dobah-1-januar-2021>
20. National institute of public health Slovenia. Monthly reported Waiting time for January 2020 [Mesečno poročilo o čakalnih dobah, 1. januar 2020] [Internet]. 2020. Dostopno na: <https://www.nijz.si/sl/publikacije/mesecno-porocilo-o-cakalnih-dobah-1-januar-2020>
21. National institute of public health Slovenia. Monthly reported Waiting time for January 2019 [Mesečno poročilo o čakalnih dobah, 1. januar 2019]. 2019.
22. Ministrstvo za zdravje. Ministrstvo za zdravje. Ljubljana; 2022 [citirano 8. julij 2022]. Sporočilo za javnost - Akcijski načrt za skrajševanje čakalnih vrst. Dostopno na: <https://www.gov.si/novice/2022-07-08-strategija-za-skrajsevanje-cakalnih-dob/#:~:text=Akcij%20na%C4%8Drt%20poleg%20a%C5%BEurnega%20zagotavljanja%20podatkov%20%C4%8Dakalnih%20seznamov,zaklju%C4%8Dka%20zdravljenja%20ter%20pripravo%20ukrepov%20ob%20nespo%C5%A1tovanju%20le-te.>
23. Kuhar M. Kakovost upravljanja in vodenja čakalnih seznamov v zdravstvu – Kakovost upravljanja in vodenja čakalnih seznamov v zdravstvu – II . sklop. Ljubljana; 2022.
24. Act Determining Emergency Measures to Ensure Stability of Healthcare System [Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema, Uradni list RS, št. 100/22 in 141/22 – ZNUNBZ] [Internet]. Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO8643>
25. MMC RTV Slovenija. MMC RTV SLO, Ljubljana. 2022. Interventni zakon o zdravstvu skoraj usklajen. Ukrepi bodo stali manj, kot so predvidevali. Dostopno na: <https://www.rtvsl.si/slovenija/interventni-zakon-o-zdravstvu-skoraj-usklajen-ukrepi-bodo-stali-manj-kot-so-predvidevali/633651>
26. Ministrstvo za zdravje. Ministrstvo za zdravje. 2022. Navodilo o spremljanju in poročanju o obsegu izvajanja zdravstvenih storitev nad rednim obsegom programa zdravstvene dejavnosti. Dostopno na: <https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/ZDRAVJE/organiziranost/izvajalci-zdravstvene-dejavnosti/Navodilo-o-spremljanju-in-porocanju-o-obsegu-izvajanja-zdravstvenih-storitev-nad-rednim.pdf>
27. Kustec S. Vrednotenje javnih politik. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 2009. 182 str.
28. Lipicer S, Lajh D. Monitoring Systems of Governance in Sport: Looking for Best Practices From the European Union and Beyond/Sistemi Za Spremljanje Vladanja V Sportu: Iskanje Dobrih Praks Na Območju Evropske Unije in Izven Nje. *Kinesiologia Slovenica*. 2013;19(3):43.
29. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*. 1981;19(2):127–40.
30. Jean-Frederic Levesque MFH and GR. Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*. 2013;12(18):9.
31. McLaughlin CG, Wyszewianski L. Editorial Column Access to Care: Remembering Old. *Health Services Research*. 2002;37(3):1441–3.
32. Saurman E. Improving access: Modifying penchansky and thomas’s theory of access. *Journal of Health Services Research and Policy*. 2016;21(1):36–9.
33. Institute of Medicine. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century. *America C on Q of HC in*, urednik. National Academies Press (US). Washington, D.C.: National Academies Press (US); 2001. 231–233 str.

34. Beaussier AL, Demeritt D, Griffiths A, Rothstein H. Steering by their own lights: Why regulators across Europe use different indicators to measure healthcare quality. *Health Policy*. 2020;124(5):501–10.
35. Donabedian A. Models for Organizing the Delivery of Personal Health Services and Criteria for Evaluating Them. *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1972;50(4):103.
36. Care H, Millman AM, Access M, Health P, Services C, Isbn M, idr. *Access to Health Care in America*. 2009.
37. Fortney JC, Burgess JF, Bosworth HB, Booth BM, Kaboli PJ. A re-conceptualization of access for 21st century healthcare. *Journal of general internal medicine*. 2011;26 Suppl 2:639–47.
38. WHO. *The Health for All policy framework for the WHO European Region: 2005 update*. DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark: WHO Regional Office for Europe; 2005.
39. Siciliani L, Hurst J. Tackling excessive waiting times for elective surgery: A comparative analysis of policies in 12 OECD countries. *Health Policy*. 2005;72(2):201–15.
40. McIntyre D, Chow CK. Waiting Time as an Indicator for Health Services Under Strain: A Narrative Review. *Inquiry (United States)*. 2020;57.
41. Ewout van Ginneken, Luigi Siciliani, Sarah Reed, Astrid Eriksen, Florian Tille TZ. *DURING AND BEYOND THE COVID-19*. 2022;28(1):35–40.
42. OECD. *OECD Health Policy Studies – Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* Let. 3001. 2013. 1–328 str.
43. Babitsch B, Gohl D, von Lengerke T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998-2011. *Psycho-social medicine*. 2012;9:Doc11.
44. Cullis JG, Jones PR, Propper C. Chapter 23 Waiting lists and medical treatment: Analysis and policies. *Handbook of Health Economics*. 2000;1(PART B):1201–49.
45. Siciliani L, Moran V, Borowitz M. Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. *Health Policy*. 2014;118(3):292–303.
46. Slovenija: *Zdravstveni profil države 2021, State of Health in the EU*. Brussels; 2021.
47. Hofmarcher MM, Perić N, Simon J. *Headline Indicators for Structured Monitoring of Health System Performance in Europe*. *Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies*. 2017;23(4):13–5.
48. Vlada Republike Slovenije. *Državno poročilo o stanju varstva pacientovih pravic za leto 2022*. Ljubljana;
49. Ministrstvo za zdravje. Ministrstvo za zdravje. 2022 [citirano 21. november 2022]. *Sporočilo za javnost - Z ukrepi interventne zakonodaje do večje dostopnosti zdravstvenih storitev*. Dostopno na: <https://www.gov.si/novice/2022-11-21-z-ukrepi-interventne-zakonodaje-do-vecje-dostopnosti-zdravstvenih-storitev/>
50. Državnega Zbora Republike Slovenije. 16. nujna seja Odbora za zdravstvo, prenos z dne 11. 5. 2023. Ljubljana, Slovenija: RTV SLO; 2023.
51. Ministrstvo za zdravje. *Poročilo o izvajanju zdravstvenih storitev iz prvega odstavka 15. člena Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (ZNUZSZS) za obdobje oktober 2022 do februar 2023; gradivo za 16. nujno sejo Odbora za zdravstvo*. 2023.

52. National institute of public health Slovenia. Type of healthcare services code lists, version 13.1 – THS. Last time update in 3. July. 2022. [Šifrant vrst zdravstvenih storitev – VZS, verzija 13.1, zadnjič posodobljeno na dan 3. julij 2021].
53. Greenhalgh T. Health Evidence Network synthesis report 49 Cultural contexts of health: the use of narrative research in the health sector. WHO Regional Office for Europe. DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark; 2016.
54. Boell SK, Cecez-Kecmanovic D. A hermeneutic approach for conducting literature reviews and literature searches. *Communications of the Association for Information Systems*. 2014;34(1):257–86.
55. Shaw SE. Reaching the parts that other theories and methods can't reach: How and why a policy-as-discourse approach can inform health-related policy. *Health*. 2010;14(2):196–212.
56. Stevens A. Telling policy stories: An Ethnographic study of the use of evidence in policy-making in the UK. *Journal of Social Policy*. 2011;40(2):237–55.
57. Bevir M, Rhodes RAW. Interpretation and its others. *Australian Journal of Political Science*. 2005;40(2):169–87.
58. Colebatch HK. Interpretation in the analysis of policy. *Australian Journal of Public Administration*. 2014;73(3):349–56.
59. Eisenkraft Klein D, Hawkins B, Schwartz R. Understanding experts' conflicting perspectives on tobacco harm reduction and e-cigarettes: An interpretive policy analysis. *SSM - Qualitative Research in Health*. 2022;2(July):100197.
60. Bacchi C. Problematizations in Health Policy: Questioning How “Problems” Are Constituted in Policies. *SAGE Open*. 2016;6(2).
61. Ahačič J, Bagari Bizjak N, Bogataj B, Božič Povše R, Dragan Frlež O, Erjavec B, idr. HIIS Annual Report for 2020 [ZZZS Letno poročilo 2020]. Ljubljana; 2021.
62. Rules on the referral of patients, the management of waiting lists, and the maximum permissible waiting times [Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah, Uradni list RS, št. 3/18].
63. Patients' Rights Act [Zakon o pacientovih pravicah, Uradni list RS, št. 15/08] [Internet]. Dostopno na: <http://pisrs.si/Pis.web/pregledPredpisa?id=ZAKO4281>
64. Siciliani L. A note on the dynamic interaction between waiting times and waiting lists. *Health Economics*. 2008;17(5):639–47.
65. Stone D. *Policy Paradox: The art of Political Decision Making*, 3rd ed. New York: Norton; 2012. 408 str.

8 Stvarno kazalo

A

akcijski načrt, 13, 23
 analiza dostopa, 37, 39, 42, 44, 46, 49, 51
 analize pomena
 besedila, 58
 diskurza, 58
 argumentacija, 27, 28, 29

B

Boell in Cecez-Kecmanović, 28, 29

C

CABG – operacija obkroga koronarnih arterij, 20
 cilj zdravstvene politike
 preveriti zmogljivosti slovenskega zdravstvenega sistema, 25
 cilj zdravstvene politike, 61
 odprava nedopustno dolgih čakalnih dob, 13, 58
 odprava oz. skrajšanje čakalnih dob, 58
 pomembno skrajšanje čakalnih vrst, 58
 skrajšanje čakalnih vrst, 25
 skrajšanje čakalnih dob, 58
 skrajšanje nedopustno dolgih čakalnih dob, 58

Č

čakalna doba, 72
 čakalna doba nad dopustno, 72
 čakalni seznam, 72
 časovna dostopnost, 16
 časovna študija, 30

D

dejansko uresničevanje ciljev, 61
 diabetologija, 27, 31, 33, 54, 55, 56, 60, 61
 diabetološki prvi in kontrolni pregledi, 37, 38
 digitalna dostopnost, 16
 Donabedian, 62
 dopustna čakalna doba, 35, 72
 Dunn, 14
 Dye, 12

E

ekonomska dostopnost, 16
 empirično vrednotenje
 interventnih ukrepov, 30
 eNaročanje, 19, 21, 23, 26, 32, 72, 77, 78
 Estonija, 20
 etična dostopnost, 16
 Eurostat, 13
 Evropska unija, 13

F

faze procesa oblikovanja-implementacije javnih politik
 1. oblikovanje dnevnega reda, 12
 2. določitev alternativnih rešitev, 12
 3. legalizacija (uzakonitev) rešitev, 12
 4. implementacija (izvajanje) rešitev, 12
 5. vrednotenje (evalvacija) rešitev, 12
 fenomen
 proučevanje, 30
 vrednotenje, 14
 finančna dostopnost, 16
 Fortney in drugi, 16, 62
 Freman, 15

G

geografska dostopnost, 16
 Greenhalgh, 28, 29

H

hermenevtičen cikel, 28
 hermenevtičen pristop, 26, 28, 58
 hermenevtičen proces, 28
 histerektomija, 20

I

informacijska dostopnost, 16
 interpretacija, 28, 72
 interpretacija besedila, 28
 interpretacija kategorij, 72
 interpretacija pomena
 čakalna doba, 34
 čakalni seznam, 34
 dopustna čakalna doba, 34
 kontrolni (specialistični) pregled, 34
 prvi (specialistični) pregled, 34
 stopnja nujnosti obravnave, 34
 vrsta zdravstvene storitve, 34
 interpretacija specifičnih kazalnikov, 72
 interpretativni postopek, 28
 Irska, 20
 izvajanje interventnih ukrepov
 začetna faza, 63
 izvajanje javne politike
 dejansko, 14
 zamišljeno, 14
 izvajanje ukrepov politike
 zbiranje dejstev (*ang. monitoring*), 14

J

javna politika, 12
 javna zdravstvena politik, 23

K

kardiologija, 27, 31, 33, 54, 55, 56, 60, 61
 kardiološki prvi in kontrolni pregledi, 39, 40
 kategorizacija specifičnih kazalnikov
 po stopnjah nujnosti obravnave, 30
 po vrstah zdravstvenih storitev, 30
 kontrolni (specialistični) pregled, 72
 kriterij vrednotenja
 interventnih ukrepov, 34
 preseganje povprečnih čakalnih dob nad
 dopustnimi po stopnjah nujnosti obravnave, 54
 zmanjšanje povprečnih čakalnih dob po stopnjah
 nujnosti obravnave, 54
 zmanjšanje števila čakajočih nad dopustno čakalno
 dobo, 56
 zmanjšanje števila vseh čakajočih, 55
 kršitve pacientovih pravic, 73
 kulturna dostopnost, 16

L

Lipsey, 15
 ločene evidence
 čakalni sezname po podatkih NIJZ, 63
 opravljene zdravstvene storitve po podatkih ZZS, 63

M

Madžarska, 20
 merila za merjenje doseganja ciljev
 pripravljala faza interventnih ukrepov, 63
 metodologija izračunavanja
 povprečnih čakalnih dob, 34
 Millman, 62
 Morgan, 16
 MZ – Ministrstvo za zdravje, 25

N

najdaljša dopustna čakalna doba, 72
 narativni
 pregled virov in literature, 30
 pristop, 29
 NIJZ–Nacionalni inštitut za javno zdravje, 11, 25

O

ocenjevanje (ne)uspešne
 zdravstvene politike, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 29, 35,
 61, 62, 63
 OECD, 11, 18, 19, 20
 okulistični prvi in kontrolni pregledi, 46, 47
 okulistični prvi in kontrolni pregledi vida
 zaradi očal in kontaktnih leč, 49, 50
 okulistika, 27, 31, 33, 54, 55, 56, 60, 61
 omejitev vrednotenja rezultatov
 interventnih ukrepov, 63
 operacije sive mreže (katarakte), 20, 51, 53
 opredelitev ciljev

nekonsistentno, 59

P

Penchansky in Thomas, 16, 62
 Poljska, 20
 pomen ciljev interventnih ukrepov, 58
 Portugalska, 20
 posledice izvajanja politike, 15, 61
 povprečna čakalna doba, 34
 prostatotomija, 20
 prožna zdravstvena politika, 19
 prvi in kontrolni pregled
 v diabetologiji, 38
 v kardiologiji, 41
 v okulistiki, 48
 v pulmologiji, 43
 v urologiji, 46
 zaradi očal in kontaktnih leč, 50
 prvi pregled, 72
 prvi rezultati interventnih ukrepov
 poročilo MZ, 25
 prvi specialistični pregled, 72
 PTCA – perkutana transluminalna koronarna
 angioplastika, 20
 pulmologija, 27, 31, 33, 54, 55, 56, 60, 61
 pulmološki prvi in kontrolni pregledi, 42

R

razlika med časovnimi točkama, 31
 razvijanje argumenta, 28
 rezultati vrednotenja javnih politik, 15
 Rossi, 15

S

Saurman, 16, 62
 Siciliani, 59
 interakcija med čakalnimi dobami in vrstami, 63
 Siciliani in drugi, 62
 Siciliani in Hurst, 18, 27
 siva literatura (*ang. grey literature*), 29, 34
 Skriven, 15
 Slovenija, 12, 13, 19, 20, 25
 stopnje nujnosti obravnave v Sloveniji
 nujno, zelo hitro, hitro, redno, 34

Š

Španija, 20
 Švedska, 20

T

teorija dostopa do zdravstvenih storitev
 pet dimenzij – geografska, finančna, kulturna,
 časovna in digitalna, 16
 štiri dimenzije - ekonomska, geografska, informacijska
 in etična, 16, 62
 teorija interpretacije, 30, 58

teorija vrednotenja javne politike, 61
 tipologija vrednotenja javnih politik, 15

U

učenje, 15, 61
 ukrepi zdravstvene politike za izboljšanje časovne dostopnosti
 po epidemiji covid-19, 19
 pred epidemijo covid-19, 18
 urologija, 27, 31, 33, 54, 55, 56, 60, 61
 urološki prvi in kontrolni pregledi, 44, 45
 ustvarjanje pomena
 kaj pomeni pravočasen dostop do zdravstvenih storitev, 30
 kako se ti pomeni sporočajo, 30
 kateri elementi politike nosijo pomen, 30
 s katerimi metodami analiziramo pomen, 30

V

vloga analitika, 30
 vrednotenje, 12, 14, 15, 63
 (ne)dostopa do zdravstvenih storitev, 17
 (ne)uspeha ukrepov zdravstvene politike, 12, 13
 formativno (plastično), 15
 metodološko objektivno raziskovanje, 15
 pred uvedbo ukrepov, 14
 programirano, 15
 prospektivno (*ang. ex-ante evaluation*), 14
 retrospektivno (*ang. ex-post evaluation*), 14, 27
 sumativno, 15, 26, 30, 58
 vsestransko (celovito), 15

vrednotenje (ne)uspeha interventnih ukrepov
 določitev specifičnih kazalnikov, 30
 vrednotenje interventnih ukrepov, 27, 29, 30, 34, 62, 72
 vrednotenje javne politike, 12, 15
 akademske strokovno, 14
 rezultati doseganje zastavljenih ciljev, 30
 splošno, 14
 zdravstvene, 26, 58
 vrednotenje na podlagi specifičnih kazalnikov
 skrajšanje čakalnih dob pod dopustno, 30
 zmanjšanje števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo, 30
 zmanjšanje števila vseh čakajočih, 30

W

Weiss, 15
 Wittgensteina, 28

Y

Yanow, 30

Z

Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema – ZNUZSZS, 75
 Zakon o pacientovih pravicah – ZPacP, 74
 zamenjava kolena, 20
 zamenjava kolka, 20
 zamišljeno uresničevanje ciljev, 61
 zdravstvena politik, 17
 ZZS – Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, 13

9 Priloge

Priloga A: Interpretacija specifičnih kazalnikov in kategorij za izvedbo vrednotenja interventnih ukrepov

Pregled definicij pojmov, kot jih določa veljavna zakonodaja in institucionalni dokumenti	Interpretacija oziroma re-definicija pomena specifičnih kazalnikov in kategorij
<p>Čakalna doba je izražena v dnevih, od datuma vpisa pacienta na čakalni seznam do termina dejanske izvedbe zdravstvene storitve. Šteje se, da čakalna doba obstaja, če navedeno obdobje znaša več kot en dan.</p>	<p>Čakalna doba je v dnevih in mesecih izražen čas od datuma uvrstitve pacienta na čakalni seznam do datuma termina predvidenega za izvedbo zdravstvene storitve. Šteje se, da čakalna doba obstaja, če je pacient na čakalni seznam vpisa več kot 24 ur.</p>
<p>Najdaljša dopustna čakalna doba – doba, v kateri mora biti opravljena neka zdravstvena storitev, da se z vidika objektivne medicinske presoje zdravstvenih potreb pacienta ne poslabša njegovo zdravstveno stanje ali kakovost življenja. V sistemu eNaročanje se za osebo šteje, da čaka nad dopustno dolgo čakalno dobo takoj, ko je vpisana v čakalni seznam, v kolikor je njen termin ali dodeljeni termin kasnejši od meje za dopustno čakalno dobo.</p>	<p>Dopustna čakalna doba je z Zakonom o pacientovih pravicah določena »dopustnost«, kot jo določi minister pristojen za zdravje po posameznih stopnjah nujnosti obravnave in vrstah zdravstvene storitve. Če je čakalna doba daljša od dopustne, pomeni, da je leta presežena oziroma je čakalna doba nad dopustno (nad DČD). Pojem »najdaljša«, v skupaj s pojmom »dopustna« je irelevanten, ker oba pomenita »strokovno dopustnost«, ki jo izmed štirih stopenj nujnosti obravnave, ki jih določi minister pristojen za zdravje, izbere napotni zdravnik.</p>
<p>Stopnja nujnosti določi zdravnik, ki pacienta napoti na zdravstveno storitev, na podlagi uveljavljenih sodobnih medicinskih smernic, svoje strokovne presoje in ob upoštevanju »v skladu z največjo zdravstveno koristjo pacienta, pri čemer se upošteva razumen čas«. Stopnja nujnosti se označi na napotni listini. Stopnje nujnosti so: nujno, zelo hitro, hitro, redno.</p>	<p>Stopnja nujnosti obravnave izbere napotni zdravnik iz nabora stopenj nujnosti določenih (nujno, zelo hitro, hitro, redno), določenih z Zakonom o pacientovih pravicah na podlagi uveljavljenih sodobnih medicinskih smernic, svoje strokovne presoje, »v skladu z največjo zdravstveno koristjo pacienta, pri čemer se upošteva razumen čas«, kar označi na eNapotnici.</p>
<p>Najdaljša dopustna čakalna doba v Republiki Sloveniji je spoštovana, če je čakalna doba za neko zdravstveno storitev pri najmanj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob. Najdaljšo dopustno čakalno dobo za posamezno vrsto zdravstvene storitve glede na stopnjo nujnosti zdravstvene storitve določi minister, pristojen za zdravje.</p>	<p>Dopustna čakalna doba v Republiki Sloveniji je spoštovana oziroma dosežena, če je le ta manjša ali enaka povprečni čakalni dobi vseh čakajočih na čakalnih seznamih za posamezno vrsto zdravstvenih storitev, glede na stopnjo nujnosti obravnave, vsaj pri enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe.</p>
<p>Čakalni seznam je elektronska zbirka podatkov zaporedno vpisanih pacientov, ki čakajo na izvedbo določene zdravstvene storitve pri izbranem izvajalcu zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenem delavcu.</p>	<p>Čakalni seznam je elektronska zbirka podatkov, ki čakajo na izvedbo določene zdravstvene storitve pri izbranem izvajalcu zdravstvene dejavnosti na nacionalni ravni – seštevek vseh čakalnih seznamov izvajalcev v mreži javne zdravstvene dejavnosti, ki sporočajo podatke v sistem eNaročanje.</p>
<p>Prvi pregled je pregled, ki je namenjen opredelitvi novonastalega zdravstvenega stanja oziroma akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja in načrtovanju potrebnih preiskav in zdravljenja, vključno z morebitnim zdravljenjem, opravljenim neposredno po tem pregledu. Kot prvi pregled se šteje tudi samostojno opravljena diagnostika.</p>	<p>Prvi specialistični pregled je v raziskavi definiran prvi specialistični pregled, za ugotavljanje novega zdravstvenega stanja pacienta ali akutnega poslabšanja kroničnega obolenja ter načrtovanje potrebnih preiskav oziroma zdravljenja, vključno z morebitnim zdravljenjem, opravljenim neposredno po prvem pregledu. Kot prvi pregled se šteje tudi diagnostika, brez izvedbe specialističnega pregleda.</p>
<p>Kontrolni pregled je pregled, ki je namenjen preverjanju učinkov začetega zdravljenja, morebitnemu načrtovanju dodatnih preiskav in končanju zdravstvene obravnave, ki se je začela na podlagi prvega pregleda in ni vezan na posamezno koledarsko leto. Pri kontrolnem pregledu se ob uvrščanju na čakalni seznam upošteva le medicinska indikacija, stopnja nujnosti pa se ne določa.</p>	<p>Kontrolni specialistični pregled je pregled specialista, ki je namenjen preverjanju učinkov začetnega zdravljenja, načrtovanju dodatnih preiskav do zaključka zdravljenja, začetno na podlagi prvega pregleda, po strokovni oceni izbranega specialista.</p>

Vir: povzeto po (19–21, 62, 63).

Priloga B: Deleži in vsebina obravnav prijav kršitev glede na posamezno pravico pacienta v letu 2022

Pravice po ZPacP do:	Najbolj izpostavljena področja ter vsebina kršitev pacientovih pravic		Pojavnost v deležih*
primerne, kakovostne in varne zdravstvene obravnave	družinska medicina urgentna medicina kirurgija ortopedija zobozdravstvo odraslih otorinolaringologija	<ul style="list-style-type: none"> - neprimerna zdravstvena oskrba na primarni ravni - ne-izdajanje potrebnih napotnih listin - odrekanje laboratorijskih preiskav - ne poglobljeni in površni pregledi - časovno omejevanje zdravstvenih obravnav - odrekanje izdajanja potrdil - pomanjkljiva diagnostika - neakovostna zdravstvena oskrba na sekundarni in terciarni ravni - časovno omejevanje zdravstvenih obravnav - neprofesionalna komunikacija zdravnikov in drugega osebja s pacientom - komunikacija (neprofesionalen odnos osebja do pacientov) 	24 %
spoštovanja pacientovega časa (vse pripombe se nanašajo na čakalne dobe)	nevrologija fizioterapija interna medicina ortopedija protetika dermatologija revmatologija	<ul style="list-style-type: none"> - ne-uvrščanje na čakalni seznam v roku iz ZPacP - predstavljane določenih terminov za zdravstveno oskrbo zaradi nezmožnosti izvajalca znova na začetek čakalne vrste - ne-zagotavljanje nadomestnih terminov - ne-sporočanje termina in okvirnega termina v zakonskem roku - neenakopravne možnosti za naročanje) - kršitev ordinacijskega časa - kršitev čakalnega časa - naročanje več pacientov ob isti uri - sprejemanje nenaročenih (ne nujnih) pacientov v terminih za naročene paciente 	22 %
dostopa do zdravstvene obravnave in zagotavljanja preventivnih storitev	družinska medicina ortodontija otroško in mladinsko zobozdravstvo otorinolaringologija ortopedija psihiatrija specialistične ambulante	<ul style="list-style-type: none"> - pravica do osebnega obiska pri zdravniku - triažiranje izvajalcev zdravstvene nege - dostopnost do zdravnika - neprijaznost - pacienti nimajo možnosti izbire osebnega zdravnika v svojem večjem kraju – mestu - kršitev pravice do nujne medicinske pomoči 	21 %
proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvene dejavnosti	družinska medicina obrnava pri specialistih ortodontija psihiatrija nevrokirurgija	<ul style="list-style-type: none"> - zavrnitev novega pacienta na primarni ravni ne glede na nezasedenost želenega osebnega zdravnika - pacienti nimajo možnosti izbire osebnega zdravnika v svojem večjem kraju - nespoštovanje poimenske izbire specialista s strani izvajalca 	17 %
enakopravnega dostopa do zdravstvene obravnave in do enakopravne zdravstvene obravnave	družinska medicina ortodontija otroško in mladinsko zobozdravstvo pediatrija zobozdravstvo	<ul style="list-style-type: none"> - ignoriranje nekaterih pacientov - predvsem starejših in malo bolj odločnih - ignoriranje naglušnosti - nestrpnost pri obravnavanju pacientov drugih narodnosti - ureditev povratnega reševalnega ali sanitetnega prevoza v dom za ostarele - neenaka obravnava starostnikov 	8 %
brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic	družinska medicina fizioterapija nevrokirurgija interna medicina zobozdravstvo onkologija	<ul style="list-style-type: none"> - ne obravnava/zamude pri obravnavi pritožb pri izvajalcu po določenih ZPacP 	3 %
obveščenosti in sodelovanja	družinska medicina ortopedija infektologija psihiatrija onkologija nevrologija	<ul style="list-style-type: none"> - kršitev pravice do pojasnilne dolžnosti na vseh treh ravneh – neizvedena ali zelo pomanjkljivo izvedena pojasnilna dolžnost - predstavitev informacij o posegu, povezanem z večjim tveganjem za zdravje in življenje pacienta, s strani nepristojne zdravstvene osebe ali sploh ni predstavitev ali pa se opravi pisno - ne predstavljane pacientom (priloge na neustreznem delu telesa ali jih ni) - ne izdajanje odpustnic ob odpustu - telefonski pogovori zdravnika med zdravstveno obravnavo pacienta, - ne obveščanje pacientov o postopkih in načinih zdravljenja, ki v Sloveniji niso dosegljivi 	3 %

Nadaljevanje Priloga B.

Pravice po ZPacP do:	Najbolj izpostavljena področja ter vsebina kršitev pacientovih pravic		Pojavnost v deležih*
seznanitve z zdravstveno dokumentacijo	pediatrija travmatologija ortopedija nevrologija kardiologija in vaskularna medicina dermatovenerologija ginekologija in porodništvo radiologija	<ul style="list-style-type: none"> - specialistične ambulante in koncesionarji: ne izdajajo se kopije vse zahtevane dokumentacije, ne izdajajo se kopije zahtevane dokumentacije po pacientovi smrti, nedoločen način dodajanja pripomb pacienta v njegovo - zdravstveno dokumentacijo, pogojevanje izdaje kopij zdravstvene dokumentacije s soglasjem zdravnika, zaračunavanje kopij dokumentacije po komercialnih cenah 	2 %
upoštevanja vnaprej izražene volje	N/A	- N/A	2 %
drugega mnenja	ortopedija nevrologija zobozdravstvo medicina dela, prometa in športa	- nezakonito razlaganje izvajalca pacientu , da drugo mnenje ni potrebno	1 %
obravnave kršitev pacientovih pravic	družinska medicina	<ul style="list-style-type: none"> - ne obravnava pritožb pri izvajalcu - ne obravnava pritožb po določilih ZPacP - zamude pri obravnava pritožb 	1 %
samostojnega odločanja o zdravljenju	kardiologija psihiatrija	<ul style="list-style-type: none"> - ne izdajanje kopij privolitvenega obrazca - neizvajanje drugega odstavka 37. člena ZPacP na vseh treh ravneh (če duševno bolni ni sposoben privolitve v medicinski poseg in nima zakonitega zastopnika, izvajalec zdravstvene dejavnosti obvesti pristojni organ za začetek postopka za postavitve zakonitega zastopnika) - neizvajanje četrtega odstavka 37. člena ZPacP na vseh treh ravneh, zlasti pa v domovih za starejše (dokler pacientu, ki ni sposoben odločanja o sebi, ni postavljen zakoniti zastopnik, lahko privolitev v medicinski poseg oziroma zdravstveno obravnavo dajo osebe, ki so sposobne odločanja o sebi in so dopolnile 18 let starosti, v zakonsko določenem izključujočem vrstnem redu) 	1 %
varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov	družinska medicina medicina prometa, dela in športa interna medicina psihiatrija specialistična obravnava	<ul style="list-style-type: none"> - ni zvočne izolacije - uhajanje poklicnih skrivnosti - vstopanje pacientov v ordinacijo med obravnavo drugega pacienta - vročanje in komentiranje (razlaganje) izvidov v čakalnici - dajanje navodil v čakalnici - več pacientov v predprostoru pred ordinacijo - odprta vrata ordinacije med zdravstveno obravnavo pacienta - vstopanje zdravstvenega osebja v ordinacijo med obravnavo pacienta - v čakalnicah, sprejemnih pisarnah, ordinacijah se sliši pogovore med zdravstvenimi delavci o drugih pacientih - uhajanje poklicnih skrivnosti o poznanih pacientih - pisarniško osebje jih širi v okolje, ki pozna pacienta 	1 %
preprečevanja in lajšanja trpljenja	N/A	<ul style="list-style-type: none"> - neizvajanje paliativne oskrbe v bolnišnicah - ne lajšanje zobnih bolečin - ne izdajanje kopij privolitvenega obrazca - komunikacija 	0 %

Opomba: *Pri posameznem primeru je bil lahko razlog kršitev več pravic, zato seštevek pojavnosti zaznanih domnevnih kršitev pravic znaša več kot 100 odstotkov. Gre za zaznane kršitve z vidika zastopnikov pacientovih pravic. ZPacP – Zakon o pacientovih pravicah.

Vir: Povzeto po (48, 63).

Priloga C: Predstavitev rezultatov učinkov interventnih ukrepov Ministrstva za zdravje (september 2022 do marec 2023)

Razlika v številu čakajočih po VZS (september 2022 do marec 2023)				
VZS šifra	VZS naziv	Skupno število čakajočih na dan 01.09.2022	Skupno število čakajočih na dan 31.03.2023	Razlika
9999	VZS Ostalo	19.489	9.449	-10.040
1028K	Okulistični pregled (razen pregled vida za očala in pregleda zaradi kontaktnih leč)- kontrolni	47.909	43.110	-4.799
1311	Operacija krčnih žil	10.247	7.513	-2.734
1195	Operacija sive mreže (katarakte)	13.295	11.018	-2.277
1018K	Kardiološki pregled - kontrolni	29.613	27.863	-1.750
1050K	Urološki pregled - kontrolni	25.871	24.170	-1.701
1053K	Diabetološki pregled - kontrolni	70.377	68.798	-1.579
1045K	Revmatološki pregled - kontrolni	17.395	15.981	-1.414
1039K	Pulmološki pregled - kontrolni	22.662	21.295	-1.367
1026K	Nevrološki pregled - kontrolni	19.630	18.338	-1.292
1724	CT prsnih organov s KS	2.892	1.604	-1.288
1989	Celoten UZ ven spodnjih okončin	4.513	3.258	-1.255
1010K	Dermatološki pregled - kontrolni	18.332	17.097	-1.235
1725	CT trebušnih organov s KS	2.604	1.382	-1.222
2325	Presejanje diabetične retinopatije	19.557	18.356	-1.201
1626	Endoproteza kolena	9.297	8.126	-1.171
1624	Endoproteza kolka delna (PEP)/totalna (TEP)	6.383	5.341	-1.042
1607	Operacija nožnega palca (hallux)	4.022	2.995	-1.027
2361K	Okulistični pregled pri diabetični retinopatiji - kontrolni	8.989	8.006	-983
1035K	Otorinolaringološki pregled - kontrolni	9.830	8.892	-938
2408K	Pregled ščitnice (vključuje UZ ščitnice, ob indikaciji UZ vodeno tankoigelno biopsijo ščitnice) - kontrolni	14.622	13.715	-907
1006K	Abdominalni kirurški pregled - kontrolni	6.271	5.455	-816
2639P	Splošni zobozdravstveni pregled zaradi protetike - prvi	20.293	19.516	-777
1325	Ezofagogastroduodenoskopija (EGDS)	12.111	11.352	-759
1024K	Nefrološki pregled - kontrolni	9.771	9.027	-744
1342	Operacija kile	4.980	4.272	-708
2006	Artroskopija kolena (diagnostična in terapevtska)	2.958	2.271	-687

Opomba: Izsek iz gradiva »Poročilo o izvajanju zdravstvenih storitev iz prvega odstavka 15. člena Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (ZNUZSZS) za obdobje oktober 2022 do februar 2023«; obravnavano na 16. nujni seji Odbora za zdravstvo Državnega zbora Republike Slovenije.

Vir: Povzeto po (50, 51).

Priloga D: Analiza števila čakajočih pred uvedbo interventnih ukrepov – izbira vrst zdravstvenih storitev

Skupina VZS	VZS šifra	VZS naziv	Št. čakajočih na dan 01.09.2022	Št. čakajočih na dan 31.03.2023	Zmanjšanje št. čakajočih
KP	1053K	Diabetološki pregled - kontrolni	70.377	68.798	- 1.579
KP	1028K	Okulistični pregled (razen pregled vida za očala in pregleda zaradi kontaktnih leč) - kontrolni	47.909	43.110	- 4.799
KP	1018K	Kardiološki pregled - kontrolni	29.613	27.863	- 1.750
KP	1050K	Urološki pregled - kontrolni	25.871	24.170	- 1.701
KP	1039K	Pulmološki pregled - kontrolni	22.662	21.295	- 1.367
PP	2639P	Splošni zobozdravstveni pregled zaradi protetike - prvi	20.293	19.516	- 777
KP	1026K	Nevrološki pregled - kontrolni	19.630	18.338	- 1.292
DP-TP	2325	Presejanje diabetične retinopatije	19.557	18.356	- 1.201
KP	1010K	Dermatološki pregled - kontrolni	18.332	17.097	- 1.235
KP	1045K	Revmatološki pregled - kontrolni	17.395	15.981	- 1.414
KP	2408K	Pregled ščitnice (vključuje UZ ščitnice, ob indikaciji UZ vodeno tankoigelno biopsijo ščitnice) - kontrolni	14.622	13.715	- 907
DP-TP	1195	Operacija sive mrežnice (katarakte)	13.295	11.018	- 2.277
DP-TP	1325	Ezofagogastroduodenoskopija (EGDS)	12.111	11.352	- 759
DP-TP	1311	Operacija krčnih žil	10.247	7.513	- 2.734
KP	1035K	Otorinolaringološki pregled - kontrolni	9.830	8.892	- 938
KP	1024K	Nefrološki pregled - kontrolni	9.771	9.027	- 744
DP-TP	1626	Endoproteza kolena	9.297	8.126	- 1.171
KP	2361K	Okulistični pregled pri diabetični retinopatiji - kontrolni	8.989	8.006	- 983
KP	2007K	Kardiološki pregled zaradi srčnega spodbujevalnika - kontrolni	7.920	7.446	- 474
KP	2016K	Razvojni ambulanta - kontrolni	7.035	6.457	- 578
PP	1045P	Revmatološki pregled - prvi	6.471	5.963	- 508
PP	1014P	Gastroenterološki pregled - prvi	6.427	5.977	- 450
DP-TP	1624	Endoproteza kolka delna (PEP)/totalna (TEP)	6.383	5.341	- 1.042
KP	1006K	Abdominalni kirurški pregled - kontrolni	6.271	5.455	- 816
DP-TP	1198	Poseg na mrežnici, žilnici ali zadnjem prekatu	5.749	5.256	- 493
DP-TP	1342	Operacija kile	4.980	4.272	- 708
DP-TP	1755	MR glave brez kontrasta	4.963	4.439	- 524
DP-TP	1989	Celoten UZ ven spodnjih okončin	4.513	3.258	- 1.255
KP	1025K	Nevrokirurški pregled - kontrolni	4.261	3.641	- 620
KP	1062K	Alergološki pregled otroka - kontrolni	4.161	3.747	- 414
DP-TP	1607	Operacija nožnega palca (hallux)	4.022	2.995	- 1.027
DP-TP	1512	Obremenitveno testiranje (Cikloergometrija)	3.821	3.389	- 432
DP-TP	1360	Cistoskopija	3.769	3.268	- 501
DP-TP	2006	Artroskopija kolena (diagnostična in terapevtska)	2.958	2.271	- 687
DP-TP	1724	CT prsnih organov s KS	2.892	1.604	- 1.288
DP-TP	1725	CT trebušnih organov s KS	2.604	1.382	- 1.222
KP	2586K	Kardiokirurški pregled v subspecialistični ambulanti - kontrolni	2.353	1.748	- 605
KP	1017K	Internistični pregled - kontrolni	2.084	1.561	- 523
DP-TP	1657	Druge ekscizije kože in podkožnega tkiva (vklj.sinusi, razjede, odstranitev nohtov)	2.064	1.566	- 498
KP	2728K	Žilno kirurški pregled za arterije - kontrolni	1.667	1.026	- 641
DP-TP	1423	Odstranitev osteosintetskega materiala (OSM ex)	1.555	1.097	- 458
DP-TP	1987	UZ perifernih arterij spodnjih okončin	1.494	1.036	- 458
DP-TP	1032Z	Ortodontski pregled - začetek zdravljenja	1.341	897	- 444
DP-TP	2313	Kompleksna rehabilitacijska bolnišnična obravnava	1.311	742	- 569
DP-TP	2100	Injiciranje zdravila v sklep	738	241	- 497
Skupaj			483.608	438.248	- 45.360
NN	9999	VZS Ostalo	19.489	9.449	-10.040

Opombe: NN – Nedefinirane zdravstvene storitve; KP – kontrolni specialistični pregledi; PP – prvi specialistični pregledi; DP-TP – diagnostično-terapevtski postopki.

Vir: Podatki povzeti po (50, 51).

Priloga E: Nabor podatkov NIJZ za izvedbo raziskave s stanjem na dan 1. september 2022

VZS šifra	VZS naziv	Povprečna ČD na prvi prosti termin			Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
Diabetologija – prvi in kontrolni pregledi												
1053P	Diabetološki pregled - prvi	22,6	33,8	50,5	155	315	643	1.113	75	53	96	224
1053K	Diabetološki pregled - kontrolni	47,6	48,2	80,4	2.578	3.771	64.019	70.368	/	/	/	/
Kardiologija – prvi in kontrolni pregledi												
1018P	Kardiološki pregled - prvi	98,5	216,2	286,8	2.681	8.162	7.284	18.127	1.694	5.793	2.606	10.093
1018K	Kardiološki pregled - kontrolni	92,3	158,8	201,9	2.152	5.237	22.219	29.608	/	/	/	/
Pulmologija – prvi in kontrolni pregledi												
1039P	Pulmološki pregled - prvi	26,5	48,6	65,9	1.012	2.803	3.407	7.222	617	1.031	1.304	2.952
1039K	Pulmološki pregled - kontrolni	21,0	29,5	36,5	1.651	2.677	18.329	22.657	/	/	/	/
Urologija – prvi in kontrolni pregledi												
1050P	Urološki pregled - prvi	61,5	116,4	209,4	1.017	2.517	1.890	5.424	765	1.378	503	2.646
1050K	Urološki pregled - kontrolni	42,7	45,6	54,4	1.417	2.281	22.159	25.857	/	/	/	/
Okulistika – prvi in kontrolni pregledi ter operacija sive mreže												
1028P	Okulistični pregled - prvi*	93,9	181,3	230,7	2.378	9.276	13.416	25.070	1.926	6.440	5.093	13.459
1028K	Okulistični pregled - kontrolni*	88,8	117,2	152,8	1.756	4.306	41.828	47.890	/	/	/	/
1930P	Okulistični pregled zaradi očal/leč - prvi	71,4	117,5	152,0	42	353	4.290	4.685	22	152	1.121	1.295
1930K	Okulistični pregled zaradi očal/leč - kontrolni	40,9	58,4	92,4	47	176	3.118	3.341	/	/	/	/
1195	Operacija sive mreže (katarakte)	98,8	215,1	294,2	508	3.275	9.512	13.295	305	2.044	4.170	6.519

Opomba: *razen pregled vida za očala in pregleda zaradi kontaktnih leč.

Vir: Podatki iz sistema eNaročanje, Zdravstveno podatkovni center NIJZ, dne 21. 4. 2023.

Priloga F: Nabor podatkov NIJZ za izvedbo raziskave s stanjem na dan 31. december 2022

VZS šifra	VZS naziv	Povprečna ČD na prvi prosti termin			Število čakajočih				Število čakajočih nad DČD			
		Zelo hitro	Hitro	Redno	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj	Zelo hitro	Hitro	Redno	Skupaj
Diabetologija – prvi in kontrolni pregledi												
1053P	Diabetološki pregled - prvi	19,6	31,9	50,1	164	348	550	1.062	90	49	54	193
1053K	Diabetološki pregled - kontrolni	47,1	55,1	89,7	2.972	4.137	62.218	69.327	/	/	/	/
Kardiologija – prvi in kontrolni pregledi												
1018P	Kardiološki pregled - prvi	101,6	220,9	301,4	3.341	8.693	5.042	17.076	2.345	5.903	1.782	10.030
1018K	Kardiološki pregled - kontrolni	75,6	117,4	155,3	2.351	5.638	20.257	28.246	/	/	/	/
Pulmologija – prvi in kontrolni pregledi												
1039P	Pulmološki pregled - prvi	29,2	56,2	78,6	1.019	3.282	3.388	7.689	641	1.309	1.436	3.386
1039K	Pulmološki pregled - kontrolni	29,0	35,4	42,2	1.987	3.041	15.920	20.948	/	/	/	/
Urologija – prvi in kontrolni pregledi												
1050P	Urološki pregled - prvi	69,6	122,6	233,5	1.148	3.044	1.599	5.791	888	1.340	404	2.632
1050K	Urološki pregled - kontrolni	35,5	45,9	75,3	1.831	2.720	19.695	24.246	/	/	/	/
Okulistika – prvi in kontrolni pregledi ter operacija sive mreže												
1028P	Okulistični pregled - prvi*	91,1	199,3	259,5	2.873	10.273	12.169	25.315	2.347	7.113	4.919	14.379
1028K	Okulistični pregled – kontrolni*	65,7	110,6	161,0	1.996	4.839	35.576	42.411	/	/	/	/
1930P	Okulistični pregled zaradi očal/leč - prvi	61,1	116,6	154,5	83	623	4.517	5.223	62	229	1.020	1.311
1930K	Okulistični pregled zaradi očal/leč - kontrolni	28,0	68,0	101,5	58	269	3.178	3.505	/	/	/	/
1195	Operacija sive mreže (katarakte)	58,0	146,3	223,5	489	3.176	7.693	11.358	285	1.964	3.302	5.551

Opomba: *razen pregled vida za očala in pregleda zaradi kontaktnih leč.

Vir: Podatki iz sistema eNaročanje, Zdravstveno podatkovni center NIJZ, dne 21. 4. 2023.