

UNIVERZA V LJUBLJANI
EKONOMSKA FAKULTETA

MAGISTRSKO DELO

**ANALIZA STROŠKOV IN DOBROBITI VRATARSKE VLOGE TIMA
DRUŽINSKE MEDICINE V SLOVENIJI**

Ljubljana, september 2016

PIA VRAČKO

IZJAVA O AVTORSTVU

Podpisana Pia Vračko, študentka Ekonomske fakultete Univerze v Ljubljani, avtorica predloženega dela z naslovom Analiza stroškov in dobrobiti vratarske vloge tima družinske medicine v Sloveniji, pripravljene v sodelovanju s svetovalcem prof. dr. Maksom Tajnikarjem

IZJAVLJAM

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

V Ljubljani, dne 17. septembra 2016

Podpis študentke: _____

KAZALO

UVOD	1
1 VRATARSTVO V ZDRAVSTVU	4
1.1 Opredelitev vratarstva	4
1.2 Vratarska vloga tima družinske medicine	6
1.3 Financiranje vratarstva	8
1.4 Zagotavljanje vratarstva v različnih zdravstvenih sistemih	11
2 VRATARSTVO V SLOVENIJI	13
2.1 Tim družinske medicine v Sloveniji	13
2.2 Storitve v ambulanti tima družinske medicine	14
2.3 Vratarska vloga tima družinske medicine v Sloveniji	18
2.3.1 Potek obravnave in razlogi za napotitev	18
2.3.2 Veljavnost napotitve	19
2.3.3 Nujnost napotitve	19
2.3.4 Prve in ponovne napotitve	20
2.3.5 Napotitve v Sloveniji	21
2.4 Izvajanje nujne medicinske pomoči v družinski medicini	23
2.5 Zadovoljstvo pacientov s storitvami družinske medicine	25
2.6 Financiranje tima družinske medicine v Sloveniji	25
2.6.1 Storitve tima družinske medicine v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja	26
2.6.2 Razporejanje sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja med izvajalce	26
2.6.3 Plačilo timu družinske medicine s sredstvi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja	27
2.6.4 Model plačevanja storitev tima družinske medicine	28
2.6.5 Storitve tima družinske medicine v okviru prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja	33
2.7 Plačevanje zaposlenih v timu družinske medicine	33
2.8 Vratarstvo in uspešnost poslovanja izvajalcev	33
2.9 Novi izzivi družinske medicine v zagotavljanju vratarstva	36
3 ANALIZA DOBROBITI IN STROŠKOV VRATARSTVA	38
3.1 Družbene dobrobiti vratarstva	39
3.2 Družbeni stroški vratarstva	44
3.3 Modeli vstopa bolnika v zdravstveni sistem in vratarstvo	45
3.3.1 Model zdravstvenega sistema z obstoječim vratarstvom	45
3.3.2 Model zdravstvenega sistema brez primarnega zdravstvenega varstva	48
3.3.3 Model zdravstvenega sistema z vstopom preko urgentnega centra	50
3.3.4 Model zdravstvenega sistema z okrepljenim vratarstvom	52
3.4 Analiza modelov vratarstva	52

3.4.1	Model 1: obstoječi sistem vratarstva.....	54
3.4.2	Model 2: sistem brez primarnega zdravstvenega varstva	60
3.4.3	Model 3: vstop preko urgentnega centra.....	66
3.4.4	Model 4: sistem z okrepljenim vratarstvom.....	71
	SKLEPI S PRIPOROČILI GLEDE VRATARSTVA V SLOVENIJI.....	78
	LITERATURA IN VIRI.....	86
	PRILOGA	

KAZALO TABEL

Tabela 1:	Vključenost tima družinske medicine v izvedbo nekaterih storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji	15
Tabela 2:	Obravnava bolnika v ambulanti družinske medicine pred prvo nenujno napotitvijo v Sloveniji	21
Tabela 3:	Napotitve iz ambulant družinske medicine na specialistično obravnavo na sekundarno raven, Slovenija, 2010 – 2014.....	22
Tabela 4:	Vrednotenje glavarinskih količnikov v družinski medicini glede na starost opredeljenih oseb v Sloveniji	29
Tabela 5:	Količniki za storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti v Sloveniji, določeni v Splošnem dogovoru za leto 2015.....	30
Tabela 6:	Povečanje števila količnikov pri značilnih populacijskih skupinah.....	31
Tabela 7:	Seznam in cenik ločeno zaračunljivih materialov in preiskav	32
Tabela 8:	Model 1 - Število in vrednost vseh obravnav ter povprečna cena ene obravnave v ambulanti družinske medicine v okviru vratarstva, Slovenija, 2012–2014.....	55
Tabela 9:	Model 1 – število in vrednost vseh obravnav ter povprečna cena ene obravnave v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni, Slovenija, 2012–2014.....	56
Tabela 10:	Število in vrednost vseh hospitalizacij ter povprečna cena ene hospitalizacije, Slovenija, 2012–2014.....	56
Tabela 11:	Model 2 – vrednost obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni v sistemu brez vratarstva, hipotetični model za Slovenijo, 2010–2014..	62
Tabela 12:	Razlika v vrednosti obravnav, povezanih z vratarstvom, med obstoječim sistemom vratarstva (model 1) in sistemom brez vratarstva (model 2)	63
Tabela 13:	Število in vrednost urgentnih obravnav ter povprečna cena ene urgentne obravnave, Slovenija, 2014	67
Tabela 14:	Model 3 – skupna vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine v okviru vratarstva in urgentnih obravnav ob upoštevanju urgence, hipotetični model za Slovenijo, 2014	67

Tabela 15: Razlika v vrednosti obravnav, povezanih z vratarstvom, med obstoječim sistemom vratarstva (model 1) in ob upoštevanju urgence (model 3).....	68
Tabela 16: Model 1 – skupna vrednost obravnav v okviru vratarstva v ambulantah družinske medicine in specialističnih ambulantah na sekundarni ravni, Slovenija, 2012–2014	73
Tabela 17: Model 4 – skupna vrednost obravnav v okviru vratarstva v ambulantah družinske medicine in specialističnih ambulantah na sekundarni ravni ob zmanjšanju napotovanja za 1 %, Slovenija, 2012–2014.....	74
Tabela 18: Razlika v vrednosti obravnav, povezanih z vratarstvom, med obstoječim sistemom vratarstva (model 1) in ob zmanjšanju napotovanja za 1 % (model 4), hipotetični model za Slovenijo, 2012–2014.....	75
Tabela 19: Znižanje stroškov bolnišničnih obravnav z zmanjšanjem hospitalizacij zaradi astme in srčnega popuščanja, ki jih je mogoče preprečiti, hipotetični model za Slovenijo, 2013	75
Tabela 20: Povprečna cena obravnave v različnih zdravstvenih službah, Slovenija, 2012–2014	78
Tabela 21: Razlike med modeli v skupnih vrednostih obravnav, povezanih z vratarsko vlogo tima družinske medicine	79

KAZALO SLIK

Slika 1: Model 1 – obstoječi sistem vratarstva	47
Slika 2: Model 2 – sistem brez primarnega zdravstvenega varstva.....	49
Slika 3: Model 3 – sistem z vstopom preko urgentnega centra	51
Slika 4: Neposredni stroški zdravstva v različnih modelih vratarstva, hipotetični model za Slovenijo, 2012–2014	80

UVOD

Tim družinske medicine izvaja zdravstveno dejavnost na primarni ravni zdravstvenega varstva. Ta dejavnost je namenjena je zagotavljanju vstopa v zdravstveni sistem oziroma zagotavljanju prvega stika z zdravstveno službo za diagnosticiranje in zdravljenje akutnih in kroničnih bolezni ter za preprečevanje bolezni in promocijo zdravega načina življenja. Pri tem tim svojim uporabnikom zagotavlja odprt in neomejen dostop ter obravnava vse vrste zdravstvenih težav, ne glede na starost, spol ali druge značilnosti obravnavane osebe (Kersnik & Švab, 2004).

Zdravstveni sistem, ki temelji na primarni ravni zdravstvenega varstva, lahko omogoča večjo dostopnost do zdravstvenih storitev, kontinuiteto in boljšo koordinacijo oskrbe pacienta, s čimer se zmanjšata neprimerna uporaba bolnišničnih specialističnih storitev in število nepotrebnih hospitalizacij, izboljša se zdravje prebivalstva in znižajo se stroški zdravljenja (Delnoij, van Merode, Paulus, & Groenewegen, 2000; Kringos, Boerma, Bourgueil, Cartier, Dedeu, Hasvold, Hutchinson, Lember, Oleszczyk, Rotar Pavlic, Svab, Tedeschi, Wilm, Wilson, Windak, van der Zee, & Groenewegen, 2013; Kringos, Boerma, van der Zee, & Groenewegen, 2013; Petrič & Žerdin, 2015; Shi, 2012; Starfield, Shi, & Macinko, 2005; Zentner, Velasco Garrido, & Busse, 2010). V takem sistemu tim družinske medicine v okviru svojih storitev vrši tudi t. i. vratarsko vlogo (Boerma, 2006; World Health Organization [WHO], 2008), to je odločanje o napotitvi pacienta na specialistično obravnavo na sekundarno raven zdravstvenega varstva. Vratarska vloga tima družinske medicine pomeni, da pacient do specialistične ambulantne ali bolnišnične obravnave na sekundarni ravni ne more dostopati neposredno, temveč le, če ga napoti njegov izbrani osebni zdravnik družinske medicine (Gatekeeper, b.l.).

V Sloveniji vsi timi družinske medicine izvajajo vratarsko vlogo (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Svetovna zdravstvena organizacija, & Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike, 2016; Rotar Pavlič, Švab, & Brinovec Pribaković, 2015). Rotar Pavličeva et al. (2015) ocenjujejo, da timi družinske medicine sami oskrbijo okoli 80% vseh stikov pacientov, delež napotitev pa v zadnjih letih narašča. Nedavna mednarodna raziskava o prednostih primarnega zdravstvenega varstva v 31 državah kaže, da je primarno zdravstveno varstvo v Sloveniji zelo dobro in boljše kot v sosednjih državah ter je dobro zasnovano za reševanje spreminjajočih se zdravstvenih potreb in potreb prebivalcev po zdravstveni oskrbi (Kringos, Boerma, Bourgueil, Cartier, Dedeu, Hasvold, Hutchinson, Lember, Oleszczyk, Rotar Pavlic, Svab, Tedeschi, Wilm, Wilson, Windak, van der Zee, & Groenewegen, 2013). Podobno kot v številnih drugih evropskih državah pa se sooča s staranjem populacije, povezanim s porastom bremena kroničnih bolezni, z vedno večjimi pričakovanji ljudi glede zdravstvene oskrbe, tehnološkim napredkom in sočasnimi finančnimi omejitvami, potrebo, da bi sredstva koristili učinkoviteje, ter z

razdrobljenostjo organizacije zdravstvenega varstva in zagotavljanja storitev (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije et al., 2016).

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije namerava ob načrtovani reformi prav posebno pozornost nameniti kreptvi primarnega zdravstvenega varstva, s čimer želi omogočiti celovito in kakovostno obravnavo vseh pacientov, izboljšati izrabo finančnih in človeških virov za večjo stroškovno učinkovitost obravnave pacientov ter povečati zadovoljstvo uporabnikov in zaposlenih (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016a; Poplas Susič et al., 2013). Prenos storitev s sekundarne na primarno raven, hiter razvoj kliničnih smernic in priporočil, večanje števila kroničnih in multimorbidnih bolnikov ter večje število opredeljenih oseb namreč zahtevajo spremembe na primarni ravni zdravstvenega varstva (Petrič & Žerdin, 2015).

Po ugotovitvah mednarodne primerjalne raziskave (Kringos, Boerma, Bourgueil, Cartier, Dedeu, Hasvold, Hutchinson, Lember, Oleszczyk, Rotar Pavlic, Svab, Tedeschi, Wilm, Wilson, Windak, van der Zee, & Groenewegen, 2013) so priložnosti za okrepitev primarnega zdravstvenega varstva v Sloveniji ravno v izboljšanju koordinacije obravnave pacienta, v okrepitvi sodelovanja in informiranja med primarno in sekundarno ravjo ter v povečanju celovitosti obravnave in obsega storitev v timu družinske medicine, kar pomeni okrepitev vratarske vloge.

Namen in cilji. Namen magistrskega dela je oceniti smiselnost izvajanja vratarske vloge tima družinske medicine v sedanjem obsegu ter odgovoriti na vprašanje, ali bi bilo smiselno vratarstvo razširiti ali omejiti, in sicer z zasebnega in družbenega vidika. Pri tem bomo upoštevali uvedbo novih urgentnih centrov po državi.

Poleg tega je namen magistrskega dela tudi raziskati, kakšne odločitve spodbuja obstoječi plačilni model družinske medicine, in predlagati nov model, ki bi bolj spodbujal vratarsko vlogo družinske medicine.

Cilji magistrskega dela so:

1. pojasniti, katere dejavnosti danes obsega vratarska vloga tima družinske medicine v Sloveniji;
2. pojasniti vstop bolnikov v zdravstvo, če ne bi bilo današnjih oblik vratarstva, ter opredeliti stroške in prihranke ob izpadu vratarstva za posameznika - pacienta in z vidika družbe;
3. opredeliti stroške in dobrobiti ob:
 - a) razširitvi vratarstva,
 - b) prenosu dela vratarstva na urgenco;

4. predlagati mehanizme za uveljavitev nove vloge vratarstva tima družinske medicine, vključno s spremembo plačilnih instrumentov in potrebnimi organizacijskimi spremembami.

Metodologija. Za opredelitev ključnih pojmov smo pregledali temeljno domačo in tujo strokovno literaturo s področja sistemov zdravstvenega varstva, opredelitve vratarske vloge tima družinske medicine, koordinatorske vloge tima družinske medicine v okviru integrirane zdravstvene obravnave, mehanizmov plačevanja osnovne zdravstvene dejavnosti oziroma primarne ravni v zdravstvu ter teorije ekonomskih vrednotenj v zdravstvu.

Na podlagi medicinskih smernic smo izdelali dva osnovna modela procesa vstopa bolnika v slovenski zdravstveni sistem:

1. model obstoječega procesa vstopa bolnika ob sedanji vlogi vratarstva.
Sedanje stanje glede izvajanja vratarske vloge družinskih zdravnikov v Sloveniji in obliko plačevanja njihovega dela smo preučili na podlagi obstoječe zakonodaje, dostopnih podatkov iz uradnih podatkovnih virov in ustrezne domače strokovne literature.
2. model vstopa bolnika v zdravstveni sistem brez vratarske vloge (teoretičen model).
Teoretičen model vstopa pacienta v zdravstveni sistem brez vratarstva smo oblikovali na podlagi zamisli o neposrednem vstopu pacientov v sekundarno zdravstveno varstvo.

Prvi model smo razširili v dva podmodela:

1. model procesa vstopa bolnika ob sedanji vlogi vratarstva z upoštevanjem novega sistema službe nujne medicinske pomoči (v nadaljevanju NMP),
2. model procesa vstopa bolnika z razširitvijo vratarske funkcije.

Vse štiri modele smo ovrednotili tako z zasebnega vidika izvajalcev kot z vidika celotne družbe ter poiskali razlike v interesih izvajalcev in družbenih interesih. Preučevanje družbenega vidika vratarske vloge tima družinske medicine zahteva uporabo analize dobrobiti in stroškov, mikroekonomske analize, ki poskuša pri vrednotenju posamezne aktivnosti upoštevati vse dobrobiti in vse stroške, ki nastanejo z njeno uresničitvijo, z namenom zagotoviti optimalno razporeditev sredstev v družbi (Tajnikar, 2001). Metoda vključuje proces identificiranja, merjenja in primerjanja družbenih stroškov in dobrobiti ukrepa, programa ali projekta (Campbell & Brown, 2003).

Na podlagi tako pridobljenih informacij v sklepu predlagamo nabor storitev, ki bi jih timi družinske medicine lahko opravili v svoji ambulanti, da bi učinkovito izvajali vratarsko in koordinatorsko vlogo. Da bi timi družinske medicine te storitve dejansko lahko izvajali, je

treba ustrezno prilagoditi tudi organizacijo in financiranje storitev, in to ne samo na primarni, ampak tudi na sekundarni ravni zdravstvenega varstva.

Rezultati raziskave so pomembni za opredelitev bodoče vloge in organizacijo vratarstva na primarni ravni zdravstvenega sistema v Sloveniji.

1 VRATARSTVO V ZDRAVSTVU

1.1 Opredelitev vratarstva

Vratarska vloga v zdravstvenem sistemu pomeni mehanizem, ko pacient v sistem zdravstvenega varstva vstopa pri izvajalcih na primarni ravni. Zdravstveni strokovnjaki na primarni ravni se na podlagi številnih dejavnikov odločajo o obravnavi pacienta, po potrebi zagotavljajo napotitev na specialistično ambulantno ali bolnišnično obravnavo, na diagnostične preiskave in na nekatere druge zdravstvene storitve, ter koordinirajo obravnavo pacienta (Gatekeeper, b.l.).

Koncept vratarstva in s tem reguliran dostop do specialistov na sekundarni ravni izhaja iz ugotovitev, da strokovnjaki na primarni ravni zdravstvenega varstva bolje poznajo sistem zdravstvenega varstva in so boljše informirani kot njihovi pacienti, zato pacientom z ustrezno usmeritvijo pomagajo bolj uspešno priti do kakovostne zdravstvene obravnave na sekundarni ravni (Brekke, Nuscheler, & Straume, 2005). Drugi argument v podporo vratarstva je, da reguliran dostop do specialistične obravnave na sekundarni ravni prispeva k nadzoru stroškov z zmanjševanjem »nepotrebnih« posegov (Brekke et al., 2005).

Kakovostna obravnava v ambulanti družinske medicine zagotavlja boljše izide zdravljenja (Forrest & Starfield, 1996; Starfield, 1998; Starfield et al., 2005), več preventivnih obravnav (Bindman, Grumbach, Osmond, Vranizan, & Stewart, 1996) in s tem manj napotitev na bolnišnično zdravljenje zaradi bolezni in stanj, ki jih je mogoče preprečiti (Freund et al., 2013; Parchman & Culler, 1998; Rosano et al., 2013; Schillinger et al., 2000), manj rehospitalizacij (Weinberger, Oddone, & Henderson, 1996) in manjšo uporabo urgentnih centrov (Carrier, Yee, & Holzwart, 2011; Gill, Mainous, & Nsereko, 2000; Kroneman et al. 2006; Mason et al., 2014; Velasco Garrido, Zentner, & Busse, 2011). Obravnava je osrediščena na pacienta, dostopna in celostna, omogoča hitro in neprekinjeno oskrbo, hkrati pa pacientu ne omejuje dostopa do specialistične obravnave, kadar je potrebna (Masseria et al., 2009).

Tim družinske medicine v okviru vratarske vloge izvaja tudi koordinacijo zdravstvenih storitev, kadar je v obravnavo pacienta vključenih več strokovnjakov. Koordinirano upravljanje potrebnih zdravstvenih storitev zmanjšuje nepotrebne storitve in s tem omejuje stroške zdravljenja (Gatekeeper, b.l.; Kroneman, Maarse, & van der Zee, 2006; Schoen et

al., 2007; Velasco Garrido et al., 2011; Zentner, Velasco Garrido, & Busse, 2010), preprečuje podvajanje storitev (na primer diagnostičnih testov), predpisovanje potencialno škodljivih kombinacij zdravil in zmedo med pacienti (Bodenheimer, 2008), preprečuje razdrobljenost obravnave (Haggerty et al., 2003) ter izboljša izide zdravljenja (Starfield, 1994).

Dobra koordinacija in kontinuiteta zdravljenja sta pomembni predvsem za kakovostno oskrbo kroničnih in multimorbidnih pacientov, vratarstvo na primarni ravni zdravstvenega varstva pa učinkovito spodbuja ti dve dimenziji kakovosti (Masseria, Irwin, Thomson, Gemmil, & Mossialos, 2009).

Neomejen dostop do vseh ravni zdravstvenega varstva je namreč povezan s pretiranim koriščenjem zdravstvenih storitev predvsem na sekundarni in terciarni ravni, ob tem pa zmanjšuje možnosti primarnega zdravstvenega varstva za zagotavljanje celovite in koordinirane oskrbe (Pichlhöfer & Maier, 2015).

Opredelitev za izbranega osebnega zdravnika omogoča vstop v zdravstveno oskrbo vedno pri istem timu družinske medicine, kar zagotavlja, da zdravnik in drugi člani tima dobro poznajo tako pacientovo zdravstveno stanje kot tudi širše družbene razmere, v katerih pacient živi (Hennen, 1975). Pri tem se vzpostavi dolgotrajen odnos med pacientom in timom družinske medicine, ki zagotavlja kontinuiteto zdravstvene obravnave in ustvarja medsebojno zaupanje in spoštovanje (Freeman, Olesen, & Hjortdahl, 2003; Hennen, 1975; Rogers & Curtis, 1980).

Glede zadovoljstva uporabnikov z vstopom v zdravstveno varstvo na primarni ravni rezultati raziskav niso enotni. Kroneman et al. (2006), Rosenblatt, Hart, Baldwin, Chan in Schneeweiss (1998) so ugotovili, da zdravstveno varstvo na primarni ravni kot redna vstopna točka izboljša zadovoljstvo pacientov, medtem ko Velasco Garrido et al. (2011) v znanstvenem pregledu strokovne literature ugotavljajo, da omejevanje neposrednega dostopa do specialistov na sekundarni ravni zmanjšuje zadovoljstvo uporabnikov.

Po drugi strani obstajajo posamezne študije, ki dokazujejo nasprotno. Kringosova, Boerma, van der Zee in Groenewegen (2013) prikazujejo, da imajo v nekaterih državah z močnim primarnim zdravstvenim varstvom boljše izide zdravljenja, vendar so njihovi zdravstveni sistemi relativno dražji glede na nacionalni dohodek. Da ima prestrogo vratarstvo lahko tudi »resne neželene učinke«, ugotavljata Vested in Olesen (2011) v študiji, in da je v nekaterih državah z močnim vratarskim sistemom preživetje bolnikov z rakom krajše, kar bi lahko bila posledica predolgega odlašanja z napotitvijo na sekundarno raven.

Tudi dokazi, da vratarska funkcija primarne ravni zmanjša uporabo storitev na sekundarni ravni, niso konsistentni. Nekateri raziskave kažejo, da prenos storitev s sekundarne na

primarno raven ne pomeni nujno zmanjšanja povpraševanja po storitvah na sekundarni ravni, druge raziskave potrjujejo prednost specialistične bolnišnične obravnave, ne pa specialistične ambulantne obravnave na sekundarni ravni (Atun, 2004).

Te raziskave pa je treba vrednotiti kritično, saj so izvedene v različnih državah z različnimi strukturami zdravstvenih sistemov, organizacijo, financiranjem in načinom izvajanja storitev, ki zaradi zgodovinske tradicije, ustaljenih navad uporabnikov in organizacije zdravstvenega sistema različno vplivajo na izvajanje vratarske vloge. Iz istega razloga rezultati študij niso neposredno prenosljivi na zdravstvene sisteme drugih držav.

1.2 Vratarska vloga tima družinske medicine

Vratarska vloga tima družinske medicine se spreminja skupaj s potrebami prebivalstva po zdravstveni oskrbi ter se odraža v razvoju družinske medicine in prilagoditvah zdravstvenih sistemov nasploh.

V zadnjih desetletjih se v svetu odvija epidemiološka tranzicija. Gre za kompleksne spremembe v vzorcih zdravja in bolezni, ki se v družbah odvijajo vzporedno z demografskimi, tehnološkimi, ekonomskimi in sociološkimi spremembami (Omran, 2005). Sedanja epidemiološka tranzicija v svetu je razvidna v upadu nalezljivih bolezni in porastu kroničnih bolezni kot primarnih vzrokov obolenosti in umrljivosti (Omran, 2005).

Ker ob podaljševanju življenjske dobe in staranju prebivalstva najpogostejše bolezni niso več nalezljive, temveč kronične bolezni, se temu ustrezno prilagaja tudi vratarska vloga tima družinske medicine. Prvotni namen vratarstva je bil zmanjšanje neustreznih napotovanj na sekundarno raven in s tem zmanjšanje stroškov zdravljenja, ob porastu kroničnih bolezni pa se preusmerja v koordinacijo oskrbe, katere namen je integracija primarne in sekundarne ravni zdravstvene obravnave, s čimer se doseže večja kakovost obravnave, uporabnik pa več storitev prejme na enem mestu. Da bi dosegli ta cilj, je potrebna tako sprememba delovnega procesa tima družinske medicine kakor tudi sprememba procesa napotovanja in plačevanja storitev (Bodenheimer, Lo, & Casalino, 1999).

Tim družinske medicine torej uspešno izvaja vratarsko in koordinatorsko vlogo takrat, ko pacient potrebne storitve prejme že v ambulanti družinske medicine in obiski drugih ustanov niso potrebni, dokler napotitev na sekundarno raven ni potrebna zaradi kakovostne zdravstvene oskrbe pacienta.

V ambulanti družinske medicine je mogoče ob ustrezno usposobljenem timu z ustrezno opremo in zadostnimi sredstvi izvajati storitve zgodnjega odkrivanja, diagnosticiranja in zdravljenja bolezni (prvi in kontrolni pregledi številnih akutnih in kroničnih bolezni),

preventivne storitve in promocijo zdravja, vodenje urejenih kroničnih bolnikov, rehabilitacijo in paliativno oskrbo (WHO, 2008; Boerma, 2006). Nabor storitev v ambulanti družinske medicine je različno velik in poleg osnovnega zdravljenja lahko obsega še manjše operativne posege, cepljenje, preventivne in presejalne preglede, različne diagnostične storitve (Boerma & Dubois, 2006).

Odločitev o napotitvi na specialistično obravnavo na sekundarno raven je odvisna od številnih dejavnikov, kot so zdravstveno stanje pacienta, veljavne smernice zdravstvene obravnave, razpoložljivost specialističnega zdravstvenega varstva na sekundarni ravni, usposobljenost in storitvene zmogljivosti tima družinske medicine ter finančne spodbude (Blank et al., 2015; Forrest, Nutting, & von Schrader, 2006; Iversen & Ma, 2011; Roland & Grimshaw, 1997; Tušek Bunc & Kersnik, 2004).

Pacient se lahko ob napotitvi k specialistu na sekundarno raven sam odloči, v kateri ustanovi in pri katerem zdravniku želi biti obravnavan, ali pa mu strokovnjaka priporoči (včasih pa celo izbere) kar izbrani osebni zdravnik ali kateri drug član tima družinske medicine. Ti izberejo strokovnjaka ob upoštevanju različnih dejavnikov, kot so usposobljenost, izkušnje s specialistom, kakovost komunikacije med njimi, geografska lokacija ambulante in preference bolnikov. Napotitev se v večini sistemov izvede z napotnim pismom, t. i. napotnico, ponekod pa tudi po telefonu. Vsebina napotnice je okvirno določena, saj specialisti na sekundarni ravni od specialista družinske medicine pričakujejo ključne informacije o zdravstvenih težavah pacienta in dotedanjih ugotovitvah zdravljenja. Zdravniki družinske medicine pa od specialista na sekundarni ravni pričakujejo jasen odgovor glede diagnoze, usmeritve za zdravljenje in tudi utemeljitev izvedenih postopkov zdravljenja. Pacienti od obeh zdravnikov pričakujejo jasne informacije in razlago diagnoze, zdravljenja in potrebnih aktivnosti v okviru spremljanja zdravljenja. Kadar ta pričakovanja niso izpolnjena, so pacient, zdravnik družinske medicine in specialist na sekundarni ravni na koncu nezadovoljni s procesom napotitve (Piterman & Koritsas, 2005).

Za obravnavo in vodenje pacientov s kroničnimi boleznimi na primarni ravni je timu družinske medicine treba zagotoviti konzultacije s specialisti na sekundarni ravni, kar olajša sprejemanje odločitev pri napotovanju pacientov na sekundarno raven in zmanjša število (predvsem nepotrebnih) napotitev (Kringos, Boerma, Bourgueil, Cartier, Dedeu, Hasvold, Hutchinson, Lember, Oleszczyk, Rotar Pavlic, Svab, Tedeschi, Wilm, Wilson, Windak, van der Zee, & Groenewegen, 2013). Ugotovitve mednarodne raziskave Winpenneyjeve et al. (2016) o učinkovitosti modelov za prenos obravnave pacientov s sekundarne na primarno raven, v katerih so obravnavali različne načine rednega sodelovanja med specialisti s sekundarne ravni in timom družinske medicine, ostajajo mešane. Vendar pa so nekatere države nedavno uvedle modele za izboljšanje sodelovanja, tako so na primer na Finskem uvedli pogodbeno sodelovanje med zdravstvenimi

ustanovami na primarni ravni in specialisti iz bolnišnic za skupne konzultacije, na katerih obravnavajo zdravljenje izbranih pacientov, na Nizozemskem pa se v nekaterih regijah več družinskih zdravnikov sočasno sestane s specialistom s sekundarne ravni za skupne konzultacije; tak način sodelovanja je omogočil zmanjšanje napotitev na sekundarno raven in zmanjšanje števila nekaterih diagnostičnih storitev na sekundarni ravni (Nolte et al., 2015).

Da bi zagotovili čim več storitev na enem mestu in izven bolnišnic, v številnih državah Evropske unije uvajajo klinike, kjer se vse dobi na enem mestu (angl. *one-stop shop clinics*), v katerih imajo pacienti dostop tako do tima družinske medicine kot do drugih specialističnih ter nekaterih laboratorijskih in drugih diagnostičnih storitev (Masseria et al., 2009). Tak sistem omogoča tudi bolj integrirano zdravstveno oskrbo in zato bolj ustreza trenutnim potrebam populacije.

1.3 Financiranje vratarstva

Vloga tima družinske medicine v sistemu zdravstvenega varstva je tesno povezana z njegovo organizacijo in načinom plačevanja storitev (Cashin, Chi, Smith, Borowitz, & Thompson, 2014; Roberts, Hsiao, Berman, & Reich, 2008; Roland & Grimshaw, 1997; WHO, 2010).

Način plačevanja storitev tima družinske medicine oblikuje nabor storitev, ki jih tim nudi (Fujisava & Lafortune, 2008; van den Berg, de Bakker, Westert, van der Zee, & Groenewegen, 2009), ter ima neposreden in pomemben vpliv na uresničevanje zdravstvenih programov ter na količino, strukturo in kakovost storitev (Roberts et al., 2008).

Uveljavljeni so različni načini plačevanja storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva: plačevanje glavarine (angl. *capitation*), plačilo po storitvi (angl. *fee for service*), plačevanje po uspešnosti (angl. *pay for performance*), doplačila iz žepa (angl. *out of pocket*), pavšal. Vsak način plačevanja storitev predstavlja različne priložnosti za vplivanje na vedenje zdravstvenih izvajalcev ter ima določena tveganja in spodbude tako za izvajalce kot za plačnika; idealnega modela plačevanja ni (Roberts et al., 2008). Različne države uporabljajo različne modele, ki so največkrat različne kombinacije navedenih načinov plačevanja.

Glavarina je plačilo izvajalcev zdravstvenih storitev glede na število opredeljenih oseb (Tajnikar et al., 2016). Pomeni, da je tim družinske medicine plačan za oskrbo omejenega števila opredeljenih oseb, ki so potencialni pacienti. Plačilo je fiksno glede na število in starost opredeljenih oseb in ga izvajalec prejme vnaprej, torej ni odvisno od števila in obsega storitev, ki jih tim dejansko izvede. Glavarina vsebuje namenska sredstva za plače

in materialne stroške za izvajanje storitev. Prednosti plačevanja z glavarino so, da spodbuja skrb za dobro zdravje opredeljene populacije, da je plačilo izvajalcem odvisno od števila opredeljenih oseb in zato spodbuja izvajalce k večanju števila opredeljenih oseb, da je način administrativno preprost ter omogoča nadzorovano rabo sredstev, da spodbuja racionalno in gospodarno ravnanje izvajalcev ter obvladovanje nepotrebnih stroškov z zmanjšanjem števila izvedenih preiskav (Svenšek & Wahl, 2007; Tajnikar, 2016; Toth, 2003).

Slabosti glavarinskega načina plačevanja so, da omogoča nekritično uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja (napotovanje na specialistične preglede, odsotnost z dela, predpisovanje zdravil in medicinskih tehničnih pripomočkov, prevozov), da vodi k slabši preskrbljenosti pacientov (spodbuja k manjši ponudbi dražjih zdravstvenih storitev, zaradi varčevanja z laboratorijskimi preiskavami izvajalci opustijo določene preiskave, ki jih ni mogoče ustrezno preverjati), da spodbuja zmanjševanje delovnih obremenitev (manj obiskov pacientov, več napotovanja na sekundarno raven), da ne omogoča preglednosti opravljenega dela in ne stimulira izvajalcev k izboljševanju kakovosti in razvoju stroke (Svenšek & Wahl, 2007; Tajnikar et al., 2016; Toth, 2003).

Plačilo po storitvi pomeni, da izvajalec prejme plačilo za opravljeno storitev po vnaprej določeni ceni. Plačilo je izvedeno po opravljeni storitvi, višina prihodka izvajalca pa je odvisna od obsega opravljenih storitev. Prednosti tega načina plačevanja so, da omogoča večjo preglednost opravljenega dela, da je plačilo izvajalcem odvisno od količine in strukture opravljenih storitev (med drugim spodbuja tudi hišne obiske) in da spodbuja k večjemu obsegu opravljenega dela, pa tudi k izvajanju določenih zaželenih storitev, na primer preventivnih programov. Slabosti načina plačevanja po storitvah so, da le šibko spodbuja izvajalce k stroškovno učinkovitemu poslovanju, da spodbuja povečevanje obsega storitev, ki niso nujno povezane z boljšim izidom zdravljenja, da omogoča podvajanje in izvajanje nepotrebnih storitev, nekontrolirano povečuje izdatke plačnikov zdravstvenih storitev, je administrativno zahtevno in usmerjeno k interesom izvajalca namesto k izboljševanju zdravja in kakovosti storitev (Svenšek & Wahl, 2007; Tajnikar et al., 2016; Toth, 2003). Če niso opredeljene omejitve glede števila opravljenih zdravstvenih storitev, izvajalci tudi ne tvegajo, da bi morali del stroškov izvajanja zdravstvenih storitev pokrivati sami. Ta model plačevanja storitev ustvarja tudi močne spodbude za nastajanje t. i. spodbujenega povpraševanja zaradi večje ponudbe (angl. *supply induced demand*), ki ga izzovejo izvajalci zdravstvenega varstva pri bolnikih, da bi povečali obseg svoje dejavnosti (Tajnikar et al., 2016). Krasnik et al. (1990) so z raziskavo dokazali, da so timi, ki so bili plačani po storitvah, izvedli več storitev in sami oskrbeli večje število pacientov (in manj napotovali na sekundarno raven) v primerjavi s timi, plačanimi z glavarino ali fiksno plačo.

Plačilo po uspešnosti je opredeljeno kot »prilagoditev modela plačevanja zdravstvenih storitev z vključitvijo posebnih spodbud in meritev, ki izrecno spodbujajo kakovost storitev

in druge cilje uspešnosti zdravstvenega sistema« (Cashin et al., 2014, str. 6). Takega načina plačevanja trenutno v Sloveniji ni. Zavedati se je treba, da plačilo po uspešnosti nikoli ni samostojen model plačevanja zdravstvenih storitev, ampak je sestavni del drugih osnovnih modelov plačevanja. Uvedbo plačila po uspešnosti je treba skrbno načrtovati in zagotoviti pogoje za zanesljivo spremljanje izvajanja storitev in kakovosti, sicer tvegamo, da bomo nagradili izvajalce, ki znajo dobro izkoristiti sistem za svoje lastne interese, in tako ogrozili doseganje osnovnih ciljev nagrajevanja za dodatne napore in izboljšano kakovost oskrbe (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije et al., 2016).

Pavšal pomeni plačilo po programu za določeno obdobje. Prednosti plačila s pavšalom so, da zagotavlja stabilno poslovanje in vnaprej znan obseg sredstev ter da je administrativno preprosto. Slabosti tega načina plačevanja so, da ne omogoča spremljanja dejansko opravljenega dela, da ne vsebuje stimulativnih elementov za izvajalce, ne omogoča primerljivosti med izvajalci, ne spodbuja izboljševanja kakovosti in zmanjševanja stroškov ter spodbuja generiranje čakalnih vrst (Svenšek & Wahl, 2007; Toth, 2003).

Novejši način plačevanja, ki je namenjen spodbujanju sodelovanja med izvajalci na isti ali na različnih ravneh zdravstvenega varstva in je potreben za zagotavljanje integrirane in celovite obravnave kroničnih bolnikov, se imenuje plačilo za koordinacijo (angl. *pay for coordination*); ta način je bil nedavno uveden v Avstriji, Franciji in Nemčiji.

Izvajalci zdravstvenih storitev na primarni ravni so največkrat plačani v različnih kombinacijah glavarine, ki je običajno utežena glede na starost opredeljene populacije (v nekaterih državah pa tudi glede na druge dejavnike), in plačila po storitvi, v nekaterih državah (Avstrija, Belgija, Francija, Nemčija) pa izključno s plačilom po storitvi. Poleg tega v Franciji in Nemčiji lahko nekatere storitve zaračunajo dodatno s plačilom iz žepa (Busse & Riesberg, 2004). Denarne stimulacije za izboljšanje kakovosti oskrbe oziroma plačilo po uspešnosti so bile v nekaterih evropskih državah uvedene v nedavnih letih (Masseria et al., 2009; Roland & Campbell, 2014).

Skoraj vse države, ki uporabljajo plačilo po glavarini za zdravstvene time na primarni ravni, uporabljajo neko vrsto prilagoditve po starosti, čeprav se razlikujejo glede točne definicije starostnih skupin (na primer tri v Estoniji proti sedmim v Litvi (Wilkens, 2011)). Poleg tega obtežitve pogosto prilagajajo glede na spol in socialno prikrajšanost.

Anglija ima precej napreden sistem prilagoditev obtežitev, ki temelji na tako imenovani Carr-Hillovi formuli, ki poleg starosti in spola upošteva še (Panteli et al., 2015):

- potrebe prebivalcev (na primer delež prebivalcev, ki živijo v domovih za ostarele – ti bolniki povzročajo večjo delovno obremenitev, ker posveti vedno vključujejo čas potovanja),

- dodatne potrebe prebivalcev po negi, povezane z obolevnostjo in umrljivostjo,
- dodatno delo v povezavi s spremembami prebivalstva (novi bolniki zahtevajo večjo delovno obremenitev) in
- delo v ruralnih predelih z nizko gostoto prebivalstva.

Načini plačevanja zdravstvenih timov na primarni ravni v različnih stopnjah spodbujajo vratarstvo. Allard, Jelovac in Léger (2014) so pokazali, da kadar so visoki stroški povezani z nepotrebni napotitvami na dražjo specialistično obravnavno na sekundarni ravni, je smiselno uporabiti plačilo po storitvi, kadar pa so finančne izgube povezane s prepoznimi napotitvami hudo bolnih oseb, je ustrežnejši način plačevanje glavarine.

Izvajanje vratarske funkcije spodbujajo modeli plačevanja z večjim deležem plačila po storitvi in plačila po uspešnosti, ki zmanjšujejo napotovanje pacientov na sekundarno raven. Glavarinski količniki zavirajo izvajanje vratarstva in spodbujajo napotovanje na sekundarno raven predvsem tistih pacientov, ki potrebujejo drage laboratorijske teste in diagnostične preiskave.

Nekatere države, v katerih lahko pacienti dostopajo neposredno do sekundarne ravni zdravstvenega varstva in torej nimajo uveljavljene stroge vratarske funkcije, imajo uvedena doplačila za storitve na sekundarni ravni, če paciente nanje ni napotil zdravnik družinske medicine s primarne ravni (angl. *skip-and-pay*) (Masseria et al., 2009). Na tak način spodbujajo ljudi, da bi v sistem vstopali na primarni ravni zdravstvenega varstva, ki vrši vratarsko vlogo. Najnovejše raziskave kažejo, da tak sistem ni uspešen pri zmanjševanju specialističnih storitev na sekundarni ravni, poleg tega pa pogloblja neenakosti v koriščenju zdravstvenih storitev (Schulz, 2016).

1.4 Zagotavljanje vratarstva v različnih zdravstvenih sistemih

V večini evropskih držav pacienti vstopajo v zdravstveni sistem na primarni ravni zdravstvenega varstva (Kringos, Boerma, Bourgueil, Cartier, Dedeu, Hasvold, Hutchinson, Lember, Oleszczyk, Rotar Pavlic, Svab, Tedeschi, Wilm, Wilson, Windak, van der Zee, & Groenewegen, 2013; Kroneman et al., 2006; Masseria et al., 2009). Močno vratarstvo imajo Velika Britanija, Danska, Španija, Portugalska, Slovenija, Norveška, Nizozemska, Italija, Hrvaška, Irska, Latvija, Litva, Estonija in Islandija (Boerma, van der Zee, & Fleming, 1997; Kringos, Boerma, Bourgueil, Cartier, Dedeu, Hasvold, Hutchinson, Lember, Oleszczyk, Rotar Pavlic, Svab, Tedeschi, Wilm, Wilson, Windak, van der Zee, & Groenewegen, 2013). Vratarstvo je uveljavljeno tako v zdravstvenih sistemih, financiranih z davki, na primer v Veliki Britaniji in Španiji, kakor tudi v sistemih socialnega zdravstvenega zavarovanja, kot sta na primer v Švici in na Nizozemskem (Velasco Garrido et al., 2011).

Prav tako vratarstvo uvajajo v Združenih državah Amerike (v nadaljevanju ZDA) v kontekstu programa Managed Care in je v zadnjih letih predmet strokovnih in političnih razprav (Cooper, Simon, & Vistnes, 2006; Fang, Liu, & Rizzo, 2009; Forrest, 2003; Franks, Clancy, & Nutting, 1992).

Kot ugotavljajo Masseria et al. (2009), je mogoče evropske države razvrstiti v dve skupini: tiste, ki od vseh prebivalcev/zavarovancev zahtevajo, da se opredelijo pri izbranem osebnem zdravniku družinske medicine in jih on z napotnico usmeri na sekundarno raven (Češka, Anglija, Finska, Italija, Litva, Nizozemska, Romunija, Slovaška, Slovenija in Španija), ter tiste, ki uporabljajo finančne spodbude (znižane prispevne stopnje) za vstop v sistem preko tima družinske medicine na primarni ravni (Belgija, Danska, Estonija, Francija, Nemčija, Poljska in Švedska). Evropske države, ki nimajo nacionalnega sistema vratarstva in v njih lahko pacienti dostopajo direktno do specialistov na sekundarni ravni, pa so Avstrija, Švedska in Poljska. V Avstriji pacienti samostojno dostopajo do izvajalcev zdravstvenih storitev na primarni ali sekundarni ravni, vendar tudi tam v zadnjih letih skušajo v zdravstvo uvesti sistem vratarstva (Masseria et al., 2009). Tudi na Švedskem pacienti dostopajo do specialistične obravnave neposredno, predvsem zaradi zgodovinskega ozadja in pomanjkanja zdravnikov družinske medicine (Masseria et al., 2009).

Napotovanje na sekundarno raven je obvezno v Bolgariji, Estoniji, na Madžarskem, v Italiji, Litvi, Latviji, na Nizozemskem, Norveškem, Portugalskem, v Romuniji, Sloveniji, Španiji, ne Švedskem in v Veliki Britaniji, direkten obisk specialista je možen s finančnim doplačilom na Češkem, Danskem, Finskem, v Franciji, Grčiji, Islandiji, na Irskem, Malti, Poljskem in Slovaškem, brez ovir pa do sekundarne ravni lahko uporabniki dostopajo v Avstriji, Belgiji, Nemčiji, Luksemburgu, Švici, Turčiji in na Cipru (Kringos, Boerma, Bourgueil, Cartier, Dedeu, Hasvold, Hutchinson, Lember, Oleszczyk, Rotar Pavlic, Svab, Tedeschi, Wilm, Wilson, Windak, van der Zee, & Groenewegen, 2013).

Po podatkih Organizacije za gospodarsko sodelovanje in razvoj (angl. *Organization for Economic Cooperation and Development*, v nadaljevanju OECD) v številnih srednjeevropskih državah upada delež sredstev, namenjenih ambulantni obravnavi na primarni ravni in narašča delež za dražje bolnišnične storitve (OECD, 2013). To pomeni, da specialisti v bolnišnicah opravljajo storitve, ki bi jih lahko opravil tim družinske medicine.

To prispeva k neučinkovitosti, s podaljševanjem čakalnih dob omejuje dostop do specialistične bolnišnične oskrbe in omejuje priložnost za celovito obravnavo, ki jo lahko zagotovi tim družinske medicine. Prav tako je bolnik prikrajšan za preventivno obravnavo, ki je zagotovljena na primarni ravni (WHO, 2008).

V ZDA, kjer v zdravstvenem sistemu prevladujejo specialisti na sekundarni ravni, imajo znatno višje stroške zdravstva in slabši dostop do zdravstva za ranljive populacije. Ti visoki stroški so pripisljivi nižjemu deležu zdravnikov na primarni ravni in posledično oslabljeni vratarški funkciji (Schroeder & Sandy, 1993). Območja v ZDA z nižjim deležem zdravnikov na primarni ravni imajo višje izdatke za zdravstvo (Welch, Miller, Welch, Fisher, & Wennberg, 1993).

Med državami OECD jih ima več kot polovica uveljavljen sistem vratarstva, tiste, med tistimi, ki imajo neomejen dostop do specialistične obravnave na sekundarni ravni, pa je prisoten trend krepitev vratarstva (Reibling & Wendt, 2012).

2 VRATARSTVO V SLOVENIJI

V Sloveniji vsi timi družinske medicine izvajajo vratarstvo vlogo (Albreht et al., 2016; Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije et al., 2016; Rotar Pavlič et al., 2015).

Njihove storitve so dostopne vsem osebam z vsaj osnovnim zdravstvenim zavarovanjem, ki se morajo, kot določata Zakon o pacientovih pravicah (Ur.l. RS, št. 15/2008) in Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur.l. RS, št. 23/2005–UPB1, 15/2008-ZPacP, 23/2008, 58/2008-ZZdrS-E, 77/2008-ZDZdr, 40/2012-ZUJF, 14/2013, v nadaljevanju ZZDej), opredeliti pri izbranem osebnem zdravniku.

Izbrani osebni zdravniki so specialisti splošne ali družinske medicine. Lahko so zaposleni v zdravstvenem domu ali pa so samozaposleni kot koncesionarji (Albreht et al., 2016; Markota, Švab, Sarazin Klemenčič, & Albreht, 1999; Rotar Pavlič et al., 2015). Pravi zasebniki na področju družinske medicine so v Sloveniji redkost.

2.1 Tim družinske medicine v Sloveniji

Tim družinske medicine v Sloveniji sestavljajo en zdravnik, ena medicinska sestra in en administrativni pomočnik, v referenčnih ambulantah družinske medicine pa je v polovičnem delovnem času zaposlena še univerzitetna diplomirana medicinska sestra z dodatnimi znanji za preventivno obravnavo in vodenje urejenih kroničnih bolnikov (Nolte et al., 2015).

Kadrovske zahteve za tim družinske medicine določajo kadrovske normativi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS), opredeljeni v Splošnem dogovoru (ZZZS, 2015a).

V začetku leta 2015 je v Sloveniji delovalo 857 timov družinske medicine, od tega 437 referenčnih ambulant (Nolte et al., 2015). Povprečno število opredeljenih oseb na tim

družinske medicine v letu 2004 je bilo 1789 (minimum 862, maksimum 3186 oseb) (Švab, Petek Šter, Kersnik, Živčec Kalan, & Car, 2005), v letu 2014 pa 1721 oseb (podatki ZZZS, 2015a).

Pacienti se sami odločajo, pri katerem zdravniku se želijo opredeliti. Dejansko pa je izbira omejena z glavarino, saj lahko vsak tim družinske medicine registrira le omejeno število oseb.

2.2 Storitve v ambulanti tima družinske medicine

Storitve, ki jih opravlja tim družinske medicine, opredeljuje ZZDej in vključujejo:

- diagnostične in terapevtske storitve (ugotavljanje in zdravljenje bolezni, spremljanje poteka zdravljenja in nujno medicinsko pomoč, če ta ni organizirana pri bolnišnici),
- preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni, vključno s presejanjem za nekatere kronične bolezni in cepljenjem proti tetanusu in gripi, in
- zdravljenje na domu s hišnimi obiski ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih.

Po ZZDej in Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur.l. RS, št. 79/1994, 73/1995, 39/1996, 70/1996, 47/1997, 3/1998, 3/1998, odl. US: 51/1998, odl. US: 73/1998, 90/1998, 6/1999 popr., odl. US: 109/1999, 61/2000, 64/2000 popr., 91/2000 popr., 59/2002, 18/2003, 30/2003, 35/2003 popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006 popr., 64/2007, 33/2008, 7/2009, 88/2009, 30/2011, 49/2012, 106/2012, 99/2013 – ZSVarPre-C, odl. US: 25/2014, 25/2014 in 85/2014, v nadaljevanju Pravila OZZ) je izbrani osebni zdravnik pooblaščen in dolžan tudi:

- ugotavljati začasno nezmožnost za delo,
- napotiti zavarovano osebo k imenovanemu zdravniku ZZZS in na invalidsko komisijo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje,
- predpisovati zdravila na recept,
- predpisovati medicinske tehnične pripomočke pri zdravljenju na domu,
- prenašati na ustreznega specialista del pooblastil, kar zadeva zdravljenje,
- napotiti na nadaljnje specialistične preglede oziroma v bolnišnico,
- napotiti k pooblaščenim specialistom za predpisovanje tehničnih pripomočkov v skladu s Pravili OZZ,
- odrejati prevoze z reševalnimi in drugimi vozili ter ocenjevati in potrditi njihovo nujnost, razen v primerih, ko je bila zavarovana oseba odpuščena iz bolnišnice,
- izstavljanje zavarovani osebi obrazce za povračilo potnih stroškov in drugih potrdil v skladu s Pravili OZZ ter

- zbirati in hraniti dokumentacijo o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, o njenem zdravljenju pri drugih izvajalcih, o zadržanosti od dela zaradi bolezni in poškodb ter zaradi nege, o predpisanih zdravilih na recept, o prejetih pripomočkih in o zdravljenju na domu.

V mednarodni primerjalni raziskavi o kakovosti primarnega zdravstvenega varstva so Kringosova, Boerma, Hutchinson in Saltman (2013) med drugim ugotavljali celovitost oskrbe, to je nabor različnih storitev, ki jih pacient v različnih evropskih državah prejme v ambulanti družinske medicine. Podatki za Slovenijo so prikazani v tabeli 1.

Tabela 1: Vključenost tima družinske medicine v izvedbo nekaterih storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji

Storitve, ki jih zagotovi tim družinske medicine	Skoraj vedno	Običajno	Redko	Nikoli
OSKRBA AKUTNEGA STANJA OB PRVEM STIKU				
35-letna ženska s psihosocialnimi težavami	X			
50-letna ženska z zadržilno v dojki	X			
28-letni moški s prvim epileptičnim napadom	X			
52-letni moški, odvisnik od alkohola	X			
18-letna ženska želi oralno kontracepcijo			X	
20-letna ženska pride za potrditev nosečnosti			X	
35-letna ženska z neredno menstruacijo			X	
Moški s suicidalnimi težnjami			X	
Otrok z močnim kašljem			X	
8-letni otrok z okvaro sluha			X	
ZDRAVLJENJE IN SPREMLJANJE PACIENTOV S KRONIČNO BOLEZNIJO				
Kronični bronhitis	X			
Blaga depresija	X			
Peptični ulkus	X			
Pljučnica	X			
Pacienti v domu za ostarele			X	
Kongestivno srčno popuščanje			X	
Nezapletena sladkorna bolezen tipa 2	X			
Revmatoidni artritis		X		
Palativna oskrba bolnika z rakom		X		

se nadaljuje

Tabela 1: Vključenost tima družinske medicine v izvedbo nekaterih storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji (nad.)

Storitve, ki jih zagotovi tim družinske medicine	Skoraj vedno	Običajno	Redko	Nikoli
MEDICINSKE TEHNIČNE STORITVE				
Pregled očesnega ozadja				X
Odstranitev bradavic				X
Odstranitev tujka iz roženice				X
Šivanje ran				X
Vstavljanje materničnega vložka				X
Vstavljanje intravenske infuzije	X			
Klinasta ekscizija vračnega nohta				X
Odstranitev sebacealne ciste na lasišču				X
Injekcije v sklepe				X
Imobilizacija gležnja			X	
PREVENTIVNE STORITVE				
Cepljenje proti tetanusu	X			
Cepljenje proti gripi	X			
Testiranje za spolno prenosljive bolezni				X
Presejanje za HIV/AIDS				X
Preventivno merjenje ravni holesterola v krvi	X			
Presejanje za raka materničnega vratu				X
Presejanje za raka dojke				X
Imunosenzibilizacija pri alergijah				X
Načrtovanje družine/kontracepcija				X
Rutinsko prenatalno spremljanje in pediatrično spremljanje				X
PROMOCIJA ZDRAVJA				
Svetovanje pri debelosti	X			
Svetovanje pri nezadostni telesni dejavnosti	X			
Svetovanje za opuščanje kajenja	X			
Svetovanje pri tveganem ali škodljivem pitju alkohola	X			
Skupinska zdravstvenovzgojna edukacija				X

Povzeto in prirejeno po D. Rotar Pavlič, I. Švab, & R. Brinovec Pribaković, Slovenia, v D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, & R. B. Saltman (ur.), Building primary care in a changing Europe – case studies, 2015, str. 249, tabela A26.2.

Z raziskavo je bilo ocenjeno, da je slovenska družinska medicina šibka v zagotavljanju celovitosti oskrbe (Kringos, Boerma, Hutchinson, & Saltman, 2013). Vendar je pri interpretaciji tega rezultata treba upoštevati, da so bili v raziskavo vključeni le timi družinske medicine, ne pa tudi drugi specialistični timi na primarni ravni. V Sloveniji imamo na primarni ravni zdravstvenega varstva poleg timov družinske medicine tudi pediatrične in ginekološke time, ki izvajajo nekatere v raziskavi obravnavane storitve. Te storitve v posameznih evropskih državah izvajajo kar timi družinske medicine.

Kljub temu imamo v Sloveniji priložnosti za razširitev nabora storitev, ki jih opravlja tim družinske medicine. Kot ugotavljajo Rotar Pavličeva et al. (2015), bi nabor storitev v ambulantni družinske medicine lahko razširili, saj določene paciente lahko oskrbi zdravnik družinske medicine v svoji ambulanti ob posvetovanju z ustreznim specialistom na sekundarni ravni, vendar je tako sodelovanje timov družinske medicine s specialisti na sekundarni ravni še vedno zelo redko. V nekaterih primerih poteka v obliki telefonske konzultacije, medtem ko skupne konzultacije ali obiski specialistov s sekundarne ravni na primarni ravni v sistemu niso uveljavljeni (Rotar Pavlič et al., 2015). Nabor storitev bi lahko razširili tudi z nekaterimi diagnostičnimi in medicinskimi tehničnimi storitvami.

Priložnost za okrepitev vloge tima družinske medicine v Sloveniji je tudi v koordinaciji oskrbe in spremljanju zdravstvenega stanja kroničnih bolnikov. Pogosto uporabljan kazalnik kakovosti primarnega zdravstvenega varstva je stopnja hospitalizacij zaradi nekaterih kroničnih bolezni, ki jih je mogoče preprečiti, če je pacient ustrezno spremljan in oskrbljen na primarni ravni, da se preprečijo zapleti bolezni. Visoka stopnja hospitalizacij zaradi teh bolezni med drugim kaže na slab dostop do primarne ravni zdravstvenega varstva (Bindman et al., 1996; Rosano et al., 2013) in/ali na pomanjkanje koordinacije med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva (O'Malley, Reschovsky, & Saiontz-Martinez, 2015). OECD v okviru kazalnikov kakovosti zdravstvenih sistemov poroča o kakovosti primarnega zdravstvenega varstva v državah članicah s kazalniki stopnje hospitalizacij zaradi astme, kronične obstruktivne pljučne bolezni (v nadaljevanju KOPB), sladkorne bolezni in popuščenja srca. Ob tem navaja, da bi moralo biti dobro delujoče primarno zdravstveno varstvo zmožno preprečiti akutna poslabšanja zdravstvenega stanja pri pacientih s temi boleznimi in bi moralo preprečiti hospitalizacije teh pacientov (OECD, 2015).

V Sloveniji je visoka predvsem stopnja hospitalizacij zaradi astme in popuščenja srca (OECD, 2015; Thygesen et al., 2015), priložnost za zmanjšanje hospitalizacij zaradi zapletov teh bolezni pa je predvsem v izboljšanju sodelovanja med izvajalci na primarni in sekundarni ravni ter v boljši koordinaciji zdravljenja pacientov s kompleksnimi zdravstvenimi stanji (Nolte et al., 2015).

2.3 Vratarska vloga tima družinske medicine v Sloveniji

2.3.1 Potek obravnave in razlogi za napotitev

Ko pacient pride na pregled v ambulanto družinske medicine, se zdravnik z njim pogovori, ga klinično pregleda in po potrebi opravi nekatere osnovne diagnostične preiskave. Nato se glede na pacientovo zdravstveno stanje odloči o nadaljnjem poteku zdravstvene obravnave. Možni poteki obravnave so (Živčec Kalan & Skačej, 2005):

- popolna obravnava zbolele osebe v ambulanti družinske medicine (postavitev diagnoze in zdravljenje),
- napotitev na dodatne diagnostične preiskave v specializirano ustanovo na sekundarno raven, nato postavitev diagnoze in zdravljenje v ambulanti družinske medicine,
- nujna napotitev na stacionarno bolnišnično ali na ambulantno zdravljenje na sekundarno raven brez predhodnih diagnostičnih preiskav in zdravljenja,
- nenujna napotitev na ambulantno zdravljenje na sekundarno raven s predhodno opravljenimi diagnostičnimi preiskavami v ambulanti družinske medicine, lahko tudi z izvedenim začetnim zdravljenjem.

Vratarsko vlogo vrši tim družinske medicine z napotovanjem na diagnostične preiskave ali na ambulantno ali bolnišnično specialistično zdravljenje na sekundarni ravni.

Izbrani osebni zdravnik se odloči za napotitev na podlagi ugotovitev, pridobljenih z dotedanjo obravnavo bolnika. Razlog za napotitev na sekundarno raven zdravstvenega varstva je lahko (Živčec Kalan & Skačej, 2005; Fras & Poredoš, 2008):

- strokovno posvetovanje (konzultacija),
- diagnostična preiskava in/ali
- zdravljenje.

Razlogi za napotitev pacienta k specialistu na sekundarno raven ne izvirajo samo iz zdravstvenega stanja pacienta, temveč iz širšega konteksta obravnave. Živčec Kalanova in Skačejeva (2005) kot glavne razloge za napotitev navajata:

- nujna stanja, ker je neposredno ogroženo zdravje bolnika ali ker bi se zaradi čakanja na napotitev stanje bolnika bistveno poslabšalo,
- bolnikovo zdravstveno stanje terja zahtevno diagnostiko ali način zdravljenja,
- bolnikovo zdravstveno stanje zahteva timsko zdravljenje,
- doktrinarne zahteve ali smernice,
- zdravnik na primarni ravni nima zadostne opreme ali znanja,

- napotitev zahteva pacient ali njegovi svojci,
- etične dileme,
- nezaupanje v družinskega zdravnika,
- zdravnik ali bolnik želi potrditev diagnoze ali načina zdravljenja,
- ponovne napotitve in kontrolni pregledi,
- zniževanje stroškov za tim družinske medicine – če zdravnik družinske medicine svojega pacienta brez preiskav napoti k specialistu, se lahko izogne strošku za preiskave in ga »preloži« na ustanovo na sekundarni ravni. To po nepotrebnem obremenjuje specialiste na sekundarni ravni in podaljšuje čakalne dobe.

Poleg navedenih vzrokov na število napotitev vplivajo tudi lastnosti opredeljene populacije in krajevna umeščenost ambulante družinske medicine (Živčec Kalan & Skačej, 2005):

- značilnost opredeljene populacije posameznega zdravnika – če je populacija pretežno mlajša, prevladujejo poškodbe in akutne bolezni, pri starejši populaciji pa kronične bolezni,
- razlike med urbanim in ruralnim okoljem – v ruralnem okolju zaradi težje dostopnosti in oddaljenosti specialistov zdravniki družinske medicine sami prevzamejo izvajanje storitev sekundarne ravni in zato je tam napotitev manj.

Z napotnico zdravnik družinske medicine pooblasti specialista na sekundarni ravni za storitve, ki jih od njega zahteva.

2.3.2 Veljavnost napotitve

Glede na vrsto pooblastila je določena tudi časovna veljavnost napotnice, kar opredeljujejo Pravila OZZ. Kadar gre le za pregled in strokovno posvetovanje, velja napotnica za enkratni pregled. Kadar je pacient napoten na sekundarno raven z namenom zdravljenja, mora specialist na sekundarni ravni zagotoviti pacientu vse potrebne storitve, vključno z ustreznimi recepti za zdravila, kontrolnimi pregledi, laboratorijskimi in diagnostičnimi preiskavami ter rehabilitacijskimi storitvami (Rotar Pavlič et al., 2015). Napotnica za zdravljenje velja praviloma tri mesece, za obravnavo kroničnih bolezni in stanj pa eno leto.

Poleg tega lahko zdravnik družinske medicine pooblasti specialista na sekundarni ravni tudi za nadaljnje napotitve pacienta k drugim specialistom ali v bolnišnico, če oceni, da je to potrebno (Pravila OZZ).

2.3.3 Nujnost napotitve

Po nujnosti ločimo napotitve na (Fras & Poredoš, 2008; Pravila OZZ; Švab & Rotar Pavlič, 2012):

- nujne, ko mora biti pacient obravnavan na sekundarni ravni najpozneje v 24 urah, ker gre za bolnika ogrožajoče stanje,
- hitre, ko mora biti pacient obravnavan na sekundarni ravni najpozneje v treh mesecih, saj lahko ob odloženi obravnavi pride do hitrega znatnega poslabšanja bolnikovega stanja ali bistveno počasnejšega izboljševanja bolezni,
- redne, ko mora biti pacient obravnavan na sekundarni ravni najpozneje v šestih mesecih in gre praviloma za kronična stanja ali za bolezni, ki napredujejo počasi.

Nujna stanja, pri katerih je potrebna takojšnja napotitev k specialistu oziroma v bolnišnico, ker je neposredno ogroženo zdravje pacienta ali ker bi se zaradi čakanja na napotitev pacientovo stanje bistveno poslabšalo, so (Fras & Poredoš, 2008):

- nujna bolezenska stanja, na primer sum na srčni infarkt, možgansko kap, akutno vnetje v trebušni votlini, šokovno stanje in druga,
- napredovalo stanje bolezni, pri kateri je predviden nevaren potek, na primer napredovalo srčno popuščanje, poslabšanje kronične obstruktivne pljučne bolezni, sum na meningitis, zastrupitev, ter
- poškodbe, ki jih ni mogoče ustrezno oskrbeti na primarni ravni.

Nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč lahko opravi zdravnik specialist na sekundarni ravni tudi brez napotnice (Pravila OZZ; Živčec Kalan & Skačej, 2005). V nenujnih primerih pa je neposreden dostop do specialista na sekundarni ravni (brez napotnice) možen le, če bolnik pregled plača sam (Pravila OZZ).

2.3.4 Prve in ponovne napotitve

Napotitve delimo na (Fras & Poredoš, 2008):

- prve in
- ponovne – ko je bil pacient zaradi iste težave že obravnavan pri istem specialistu na sekundarni ravni.

Zdravnik družinske medicine vpliva predvsem na prvo napotitev k specialistu na sekundarni ravni, pri ponovnih napotitvah pa ima pomembnejšo vlogo specialist na sekundarni ravni, ki bolniku sam priporoči kontrolo. Večina napotitev v Sloveniji, več kot 70 %, je ponovnih (Švab & Rotar Pavlič, 2012).

Kadar gre za prvo nenujno napotitev k specialistu na sekundarni ravni, mora izbrani osebni zdravnik pred napotitvijo opraviti določene diagnostične preiskave, ki so opredeljene v Prilogi IX/b Splošnega dogovora (ZZZS, 2015a). V tabeli 2 so prikazane diagnostične preiskave, ki jih mora opraviti izbrani osebni zdravnik pred nenujno napotitvijo na

zdravljenje k specialistu na sekundarni ravni. Bolezni, pri katerih specifične preiskave niso potrebne, so pljučne bolezni, nevrološke bolezni, ortopedske bolezni, bolezni dojk, dermatološke bolezni, rakave bolezni, očesne bolezni, otorinolaringološke bolezni ter psihiatrične bolezni (ZZZS, 2015a).

Tabela 2: Obravnava bolnika v ambulanti družinske medicine pred prvo nenujno napotitvijo v Sloveniji

Bolezen ali skupina bolezni	Preiskava														
	SR ali CRP*	Hemogram	DKS	Urin**	Krvni sladkor	Bilirubin	AST ALT gGT	Sečnina	Kreatinin	Sečna kislina	Kalij	TG, H	EKG	UZ trebuha	Ostalo
Bolezni srca in ožilja		+		+	+				+	+	+	+	+		Rtg pc
Arterijska hipertenzija		+		+	+				+	+	+	+	+	+	
Sladkorna bolezen				+	+				+			+			
Bolezni prebavil		+				+	+							+	Alkalna fosfataza
Hematološke bolezni	+	+	+												
Nefrološke bolezni		+		+					+	+	+	+		+	
Revmatološke bolezni	+	+													CRP
Ščitnične bolezni															TSH
Urološke bolezni		+		+					+					+	PSA***
Ginekološke bolezni		+		+											
Infekcijske bolezni	+	+	+	+											CRP

Legenda: SR – sedimentacija, CRP – C reaktivni protein, DKS – diferencialna krvna slika, AST – aspartat transaminaza, ALT – alanin transaminaza, gGT – gama glutamil transferaza, TG – trigliceridi, H – holesterol, EKG – elektrokardiogram, UZ – ultrazvok, Rtg pc – rentgen pljuč in srca, TSH – ščitnico stimulirajoči hormon, PSA – prostatični specifični antigen, * SR se počasi nadomešča s CRP. ** Urin – sladkor, bilirubin, ketoni, specifična teža, kri, pH, proteini, urobilinogen, nitriti, levkociti, sediment. *** PSA – v skladu s strokovnimi priporočili.

Vir: ZZZS, Splošni dogovor za pogodbeno leto 2015, Priloga IX/b, 2015a, str. 67, tabela 1.

2.3.5 Napotitve v Sloveniji

Pri preučevanju napotitev v Sloveniji so Rotar Pavličeva et al. (2015), Švab et al. (2005) in Vajd (2009) ugotovili, da je k specialistu na sekundarno raven napotenih okoli 20 % pregledanih bolnikov, medtem ko Živčec Kalanova in Skačejeva (2005) ugotavljata, da je skoraj tretjina bolnikov, ki so prišli k izbranemu osebnemu zdravniku na prvi obisk,

napoteni na specialistični pregled. Med vsemi (prvimi in ponovnimi) obiski pri izbranih osebnih zdravnikih je ta delež dosegel skoraj 15 % in je višji kot v drugih evropskih državah, kjer je delež napotitev iz ambulante zdravnika družinske medicine med 2 in 10 %.

Rotar Pavličeva et al. (2015) še ugotavljajo, da je med napotitvami na sekundarno obravnavo okoli 4–6 % na lasten interes pacienta, do 40 % napotitev je na željo specialista na sekundarni ravni za kontrolno spremljanje, torej je le dobra polovica napotitev posledica odločitve zdravnika družinske medicine. Enako sta ugotovili že Živčec Kalanova in Skačejeva (2005), da med napotitvami prevladujejo ponovne napotitve, ki so večinoma po navodilu specialista na sekundarni ravni. Švab et al. (2005) navajajo, da se okoli 20,2 % stikov s pacientom v ambulanti družinske medicine konča z napotitvijo na sekundarno raven, od tega 17 % kot nujne in 83 % kot nenujne napotitve. Napotitev na podlagi odločitve zdravnika družinske medicine je 46 %, 32 % napotitev je na željo specialista na sekundarni ravni zaradi nadaljevanja ali spremljanja zdravljenja. Vajd (2009) je z analizo 12.296 obiskov v ambulanti družinske medicine v Sloveniji ugotovil, da je k specialistu na sekundarno raven napoteni 20,2 % pregledanih bolnikov. Najpogosteje so pacienti napoteni, po vrstnem redu padajoče, k internistu, ortopedu, otorinolaringologu, dermatologu, nevrologu, onkologu, ginekologu, fiziatru in infektologu. Rotar Pavličeva et al. (2015) tudi ugotavljajo, da delež napotitev v zadnjih letih narašča, predvsem zaradi visoke delovne obremenitve tima družinske medicine. Enako ugotavljata tudi Živčec Kalanova in Skačejeva (2005), napotitve k specialistu na sekundarno raven so se v obdobju 1995–2005 povečale skoraj za trikrat, stopnja sprejemov v bolnišnico pa je v Sloveniji v tem obdobju le malenkostno naraščala. To pomeni, da se je bistveno povečalo število ambulantnih bolnišničnih obravnav.

Podatki Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljevanju NIJZ) potrjujejo, da je napotovanje iz ambulant družinske medicine na specialistično obravnavo na sekundarni ravni v letih med 2010 in 2014 naraščalo (tabela 3).

Tabela 3: Napotitve iz ambulant družinske medicine na specialistično obravnavo na sekundarno raven, Slovenija, 2010 – 2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Število obravnav v ambulantah družinske medicine	5.209.303	5.335.807	5.430.225	5.591.017	5.700.518
Število napotitev na sekundarno raven	823.356	850.552	851.508	900.419	921.631
Delež vseh obravnav, ki se izidejo z napotitvijo (v %)	15,81	15,94	15,68	16,10	16,17

Vir podatkov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Podatki iz računalniško podprtega poročila ZUBSTAT, 2016.

Delež napotitev je narasel s 15,81 % v letu 2010 na 16,17 % v letu 2014. Prikazan je odstotek vseh obravnav v ambulanti družinske medicine (prve in ponovne obravnave). Število vseh obravnav je v tem obdobju naraslo za 9,5 %. Odstopanje med podatki NIJZ in podatki objavljenih raziskav je mogoče razložiti tako, da podatki NIJZ prikazujejo delež napotitev med vsemi obravnavami, medtem ko so avtorji raziskav navajali delež napotitev med prvimi pregledi.

Poleg zmanjšanja napotovanja pacientov z akutnimi stanji na zdravljenje na sekundarno raven bi bilo mogoče število napotitev v Sloveniji zmanjšati tudi z izboljšanjem oskrbe kroničnih pacientov na primarni ravni. Pogosto uporabljeni kazalnik kakovosti primarnega zdravstvenega varstva je stopnja hospitalizacij zaradi zapletov nekaterih kroničnih bolezni (astme, KOPB, popuščanja srca, sladkorne bolezni, hipertenzije), ki jih je mogoče preprečiti, če je pacient ustrezno spremljan in oskrbljen na primarni ravni (OECD, 2015).

Po podatkih OECD je stopnja hospitalizacij zaradi astme v Sloveniji štirikrat višja kot v Italiji in dvakrat višja kot na Portugalskem, Švedskem in v Nemčiji in je bila v letu 2013 približno za 20 % nad povprečjem 11 držav Evropske unije. Stopnja hospitalizacij zaradi KOPB je bila v letu 2013 približno za 50 % višja kot v Italiji in na Portugalskem ter približno za 35 % pod povprečjem 11 držav Evropske unije, stopnja hospitalizacij zaradi popuščanja srca pa je bila med najvišjimi med primerjanimi državami Evropske unije in je za trikrat preseгла stopnjo v Združenem kraljestvu in za enainpolkrat stopnjo na Nizozemskem in Portugalskem (OECD, 2015). Stopnja hospitalizacij zaradi hipertenzije v Sloveniji je med letoma 2009 in 2013 dokaj strmo upadla, medtem ko je stopnja hospitalizacij pacientov s sladkorno boleznijo brez zapletov v tem obdobju naraščala, stopnja pacientov z diabetičnim stopalom pa je ostajala na približno enaki ravni (Nolte et al., 2015). Uvedba referenčnih ambulant družinske medicine v letu 2011 je omogočila zgodnejše odkrivanje navedenih kroničnih bolezni in hitrejši začetek njihovega zdravljenja (Poplas Susič et al., 2015).

Tudi Thygesen et al. (2015) v raziskavi hospitalizacij, ki bi jih bilo mogoče preprečiti (zaradi zapletov astme, KOPB, popuščanja srca, sladkorne bolezni, dehidracije pri starejših in angine pectoris), v petih državah Evropske unije, ugotavljajo, da je stopnja v Sloveniji visoka predvsem na račun zdravljenja pacientov s popuščanjem srca.

2.4 Izvajanje nujne medicinske pomoči v družinski medicini

V Sloveniji je zagotavljanje NMP organizirano z vključevanjem izvajalcev primarne in sekundarne ravni. V zagotavljanje NMP se s primarne ravni vključujejo vsi izbrani osebni zdravniki (zdravniki družinske medicine in pediatri), s sekundarne ravni pa specialisti kirurgi, specialisti internisti, specialisti nevrologi, specialisti infektologi, specialisti radiologi in drugi zdravstveni delavci (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015).

Za Slovenijo je značilno visoko število urgentnih obravnav, v letu 2014 je bilo izvedenih 641.847 intervencij za življenje ogrožajoča zdravstvena stanja in tudi za stanja, ki neposredno niso življenje ogrožajoča (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015).

Delovanje službe NMP je financirano iz sredstev OZZ v skladu s Pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči in v skladu s Splošnim dogovorom, Priloga ZD ZAS II/a-3. Sredstva za NMP izvajalcem na primarni ravni zdravstvenega varstva ZZZS plačuje v pavšalu, za izvajalce na sekundarni ravni pa je financiranje vključeno v akutno bolnišnično obravnavo in se financira po sistemu skupin primerljivih primerov (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015).

V obstoječem sistemu financiranja zdravstveni domovi prejemajo ločena namenska sredstva za NMP, bolnišnice pa ločena sredstva za službo kirurške nujne pomoči in internistične nujne pomoči, oba klinična centra pa poleg tega prejemata še ločena sredstva za nevrološko urgentno dejavnost in infekcijsko urgentno dejavnost. Financiranje urgentne službe/NMP temelji na združevanju namenskih sredstev iz različnih enot v enotno stroškovno mesto za dejavnost urgentnih centrov in enotno stroškovno mesto za dejavnost nujnih reševalnih prevozov, saj sta ti dve službi logistično specifični glede dejavnosti, amortizacije in lokacije dejavnosti (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015).

Da zdravniki družinske medicine ob svojem rednem delu opravljajo tudi NMP, je edinstven primer v Evropski uniji. Poleg tega zagotavljajo tudi 24-urno dežurno službo za nenujne primere.

V letu 2015 uvedena nova organizacija NMP bo z mrežo urgentnih centrov v 10 regionalnih bolnišnicah, mrežo satelitskih urgentnih centrov v večjih zdravstvenih domovih, široko mrežo nujnih reševalnih vozil s kratkim dostopnim časom, mrežo reanimobilov z zdravnikom ter dispečersko službo omogočila sodobne pogoje za izvajanje NMP, in sicer z združitvijo primarne in bolnišnične urgentne službe na enem mestu, s čimer bo uporabnikom omogočena hitrejša in učinkovitejša zdravstvena obravnava z bistveno izboljšanimi možnostmi diagnostike in terapevtske obravnave. V novem sistemu v vseh enotah urgentnega centra delujejo urgentni timi z zdravniki specialisti urgentne medicine, razen v enoti za hitre preglede, ki obravnava paciente, ki niso življenjsko ogroženi, vendar imajo akutne zdravstvene težave, in v kateri delujejo zdravniki družinske medicine – ti se tako vključujejo v dežurno službo. Timi družinske medicine se v novo organizacijo NMP ne vključujejo več, ostajajo pa na lokacijah izven krajev, v katerih stojijo urgentni centri in njihovi sateliti, do nadaljnjega aktivne dežurne ambulante družinske medicine, ki zagotavljajo neprekinjeno zdravstveno varstvo v nenujnih primerih in izvajajo nenujne hišne obiske (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016b).

Nov sistem NMP uvaja tudi nov način financiranja te službe s plačilom po storitvi. Osnovo predstavlja nova uvedena lastno stroškovno mesto urgentnega centra kot oddelka znotraj bolnišnice. Osnovni prihodki urgentnega centra so opravljeni pregledi: kratek urgentni pregled, razširjeni urgentni pregled, oskrba v opazovanju, posebne diagnostične preiskave, posebne storitve, oskrba življenjsko ogroženega (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015).

Novi sistem NMP bo v celoti vzpostavljen v letu 2019, v prehodnem obdobju se bodo spremembe uvajale postopoma in nadzorovano (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016b).

Nadgradnja sistema NMP je bila nujna zaradi potrebne ločitve NMP in neprekinjenega zdravstvenega varstva, ki ga izvajajo timi družinske medicine.

2.5 Zadovoljstvo pacientov s storitvami družinske medicine

Raziskava o zadovoljstvu pacientov s storitvami družinske medicine v Sloveniji iz leta 2001 (Kersnik, 2001) je pokazala, da je bilo 72,9 % vprašanih zadovoljnih z organizacijo zdravstvene oskrbe, 95,5 % vprašanih je bilo zadovoljnih z možnostjo samostojne izbire osebnega zdravnika in 58 % vprašanih je bilo zelo zadovoljnih z zdravstveno oskrbo, ki so jo prejeli v ambulanti družinskega zdravnika.

V leto prej izvedeni raziskavi (Kersnik, 2000) so bili uporabniki zmerno zadovoljni s časom, ki jim je bil ob obravnavi namenjen (51,6 % odlično, 40 % dobro), z zanimanjem zdravnika za njihovo osebno stanje (46,5 %) in z občutkom, da lahko zaupajo svoje težave zdravniku (49,1 %), zadovoljni pa so bili z zaupnostjo zdravniške dokumentacije (77,0 %), zmožnostjo poslušanja njihovega zdravnika (69,4 %) in z možnostjo, da se s svojim zdravnikom lahko posvetujejo po telefonu (72,0 %). Raziskava je tudi izpostavila, da so izboljšave potrebne pri skrajševanju čakalnega časa v čakalnici in pri komunikacijskih veččinah (Kersnik, 2000). Kasneje sistematične raziskave o zadovoljstvu pacientov z zdravstveno oskrbo v timu družinske medicine niso bile več izvedene.

2.6 Financiranje tima družinske medicine v Sloveniji

V Sloveniji proces nakupovanja zdravstvenih storitev ureja Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju iz leta 1992 (Ur.l. RS, št. 72/2006–UPB, 114/2006-ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/2010-ZUPJS, 87/2011, 40/2012-ZUJF, 21/2013-ZUTD-A, 63/2013-ZIPTDSV, 91/2013, 99/2013-ZUPJS-C, 99/2013-ZSVarPre-C, 111/2013-ZMEPIZ-1, 95/2014-ZUJF-C, v nadaljevanju ZZVZZ).

Plačniki storitev tima družinske medicine so ZZZS v okviru OZZ in prostovoljne zdravstvene zavarovalnice v okviru dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

2.6.1 Storitve tima družinske medicine v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja

Storitve, ki jih tim družinske medicine izvaja v okviru OZZ, določajo Pravila OZZ. Tim družinske medicine:

- ugotavlja in zdravi bolezni in poškodbe, po potrebi na domu s hišnim obiskom,
- nadzoruje okrevanje po bolezni ali poškodbi,
- predpiše potrebna zdravila in medicinske pripomočke, za katere je pooblaščen,
- skrbi za preprečevanje in zgodnje odkrivanje bolezni ter pacientom svetuje o zdravem življenjskem slogu,
- napoti na diagnostične preiskave ali na zdravljenje k specialistu na sekundarni ravni ali v bolnišnico,
- odreja prevoze z reševalnimi in drugimi vozili ter izdaja potrebne listine za povračilo potnih stroškov,
- ugotavlja začasno nezmožnost za delo,
- pripravlja dokumentacijo za invalidsko komisijo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije,
- zbira in hrani osebno medicinsko dokumentacijo.

V nekaterih primerih so potrebna doplačila iz žepa, čeprav ima pacient urejeno obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje. ZZDej določa, da je storitve treba doplačati, če pacient:

- v času izven rednega delovnega časa ali v času dežurstva (v nočnem času med 20. in 6. uri ter ob nedeljah in dela praznikih) zahteva storitve, ki niso nujne,
- uveljavlja storitve, ki niso nujne, pri zdravniku, ki ni njegov izbrani osebni zdravnik,
- zahteva storitve zaradi uveljavljanja pravic na drugih področjih in ne zaradi zdravljenja (na zahtevo sodišča, zavarovalnice, za vozniški izpit),
- obišče samoplačniško ambulanto oziroma zdravnika, ki nima pogodbe z ZZZS.

2.6.2 Razporejanje sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja med izvajalce

Skladno z ZZVZZ sta za razporejanje sredstev OZZ izvajalcem zdravstvenih storitev določena dva ključna mehanizma, in sicer Splošni dogovor med partnerji in individualne pogodbe z izvajalci.

Splošni dogovor je rezultat partnerskih pogajanj, ki v skladu z ZZVZZ predstavlja pravno podlago za razpise za izvajanje zdravstvene dejavnosti in za sklepanje pogodb z javnimi zdravstvenimi zavodi in zasebniki. Sprejme se vsako koledarsko leto. V pogajanjih poskuša združiti različne predloge in interese partnerjev v okviru razpoložljivih sredstev in določa, katere storitve, obseg in cene mora ZZS plačati izvajalcem.

Vsebine, pogoji in načini financiranja programa družinske medicine so podrobneje opredeljeni v Prilogi ZD ZAS II/a Splošnega dogovora (ZZS, 2015a).

ZZVZZ določa tudi partnerje, ki so vključeni v pogajanja za oblikovanje vsakoletnega Splošnega dogovora, in vsak od njih zastopa svoje interesne skupine:

- Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije (ni točno opredeljeno, čigave interese zastopa: na primer vladajoče koalicije, ustanovitelja in lastnika bolnišnic ali volivcev),
- ZZS (zastopa plačnike prispevkov in uporabnike zdravstvenih storitev),
- Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije (zastopa javne zdravstvene ustanove: bolnišnice in zdravstvene domove),
- Zdravniška zbornica Slovenije (zastopa koncesionarje),
- Lekarniška zbornica Slovenije (zastopa lekarne: javne lekarne in lekarne s koncesijo),
- Skupnost socialnih zavodov Slovenije (zastopa socialne zavode in posebne socialne zavode: javne in tiste s koncesijo),
- Skupnost organizacij za usposabljanje otrok s posebnimi potrebami v Republiki Sloveniji (zastopa svoje člane),
- Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč (zastopa svoje člane).

Skupine bolnikov pri pogajanjih o Splošnem dogovoru niso zastopane oziroma so zastopane le posredno prek ZZS, ki zastopa interese plačnikov prispevkov, ki vključujejo zavarovane osebe (Panteli et al., 2015).

2.6.3 Plačilo timu družinske medicine s sredstvi iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

V Sloveniji sredstva, ki jih tim družinske medicine prejme od plačnika (to je ZZS), vsebujejo sredstva za plače članov tima (zdravnik, srednja medicinska sestra, administrator), materialne stroške (prostori, oprema, laboratorijske preiskave, zavarovanje itd.), amortizacijo in informacijsko podporo. V sredstvih za materialne stroške so vključena tudi sredstva za plačevanje laboratorijskih preiskav, ki jih tim družinske medicine plačuje neposredno laboratorijem.

Sredstva za plače delavcev se načrtujejo na podlagi Zakona o sistemu plač v javnem sektorju in na njegovi podlagi izdanih podzakonskih aktov ter kolektivnih pogodb (Panteli et al., 2015).

Od leta 2011 poteka projekt referenčnih ambulant družinske medicine, v okviru katerega ZZZS zagotavlja dodatna sredstva za plačo 0,5 diplomirane medicinske sestre, ki izvaja preventivno dejavnost in vodi stabilne kronične bolnike, ter za materialne stroške; ta sredstva so ambulant plačana s pavšalom. V začetku leta 2015 je v Sloveniji delovalo 437 referenčnih ambulant družinske medicine od skupno 857 ambulant družinske medicine (Nolte et al., 2015).

2.6.4 Model plačevanja storitev tima družinske medicine

Financiranje tima družinske medicine je zagotovljeno s pogodbo med izvajalcem in ZZZS in temelji na kombinaciji glavarine, plačila določenih izvedenih storitev (pregledi oziroma obiski in medicinski posegi) in plačila preventivnega programa (ZZZS, 2015b). Petdeset odstotkov sredstev je odvisnih od realizacije glavarine, 42 % od opravljenih storitev in 8 % od realizacije preventivnih pregledov. Za financiranje referenčne ambulante tim družinske medicine prejme dodatna pavšalna sredstva. Tudi vključevanje v izvajanje NMP in dežurno službo ZZZS plačuje v pavšalu (ZZZS, 2016a).

Posebej ZZZS plačuje še t. i. ločeno zaračunljiv material za izbrane dražje diagnostične preiskave (ZZZS, 2015a).

2.6.4.1 Izračun plačila glavarine

Način izračunavanja glavarine za tim družinske medicine je opredeljen v Sklepu o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (ZZZS, 2015b) in v Navodilih o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov (ZZZS, 2016a). Glavarina se izraža v glavarinskem količniku, to je enota za obračunavanje, katere cena je enaka za vse izvajalce.

Plačilo glavarine za tim družinske medicine se izračuna na podlagi števila opredeljenih zavarovanih oseb in njihove starosti (Panteli et al., 2015). Vrednotenje količnikov glede na starost opredeljenih oseb je prikazano v tabeli 4.

Tim družinske medicine prejme glavarinske količnike za vsakega opredeljenega bolnika. Vsota vseh glavarinskih količnikov za opredeljene bolnike določa skupno višino programa za plačilo glavarine in storitev (Panteli et al., 2015).

Vrednost glavarinskega količnika v evrih (v nadaljevanju €) se določi vsako leto tako, da se celoten nacionalni program (letni proračun) za družinsko medicino deli s skupnim številom glavarinskih količnikov (določeno glede na skupno število zavarovanih oseb).

Tabela 4: Vrednotenje glavarinskih količnikov v družinski medicini glede na starost opredeljenih oseb v Sloveniji

Starost	Število količnikov na mesec
Do 1 leta	3,00
1 do 6 let	1,90
7 do 18 let	0,88
19 do 49 let	0,84
50 do 64 let	1,40
65 do 74 let	2,20
Nad 75 let	3,00

Vir: ZZZS, Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, 2015b, str. 2.

Program za en tim družinske medicine se izračuna za 2400 glavarinskih količnikov (kar predstavlja povprečno 1800 opredeljenih oseb) in je za leto 2015 znašal 116.670 € (Panteli et al., 2015).

Posamezni izvajalec za poln program tima družinske medicine pri izračunu obveznosti lahko preseže povprečno število opredeljenih zavarovanih oseb na nosilca. Pripadajoči glavarinski količniki se priznajo v celoti za do 2250 opredeljenih zavarovanih oseb (kar pomeni 3037 količnikov), nato pa po regresijski formuli: 90 % glavarinskih količnikov za od 2250 do 2500 opredeljenih zavarovanih oseb (od 3038 do 3374 količnikov), 80 % glavarinskih količnikov za od 2500 do 2750 opredeljenih zavarovanih oseb (od 3375 do 3712 količnikov) in 70 % glavarinskih količnikov za od 2750 do 3000 opredeljenih zavarovanih oseb (od 3713 do 4049 količnikov) (Panteli et al., 2015).

ZZZS je po pogodbah za leto 2015 financiral 1177,13 tima družinske medicine (ZZZS, 2016b).

Povprečno število opredeljenih oseb na pogodbenega nosilca ambulante družinske medicine, po stanju opredeljenih oseb na dan 31. 12. 2014, je bilo 1921 oziroma 2398 glavarinskih količnikov. V ambulantah družinske medicine javnih zavodov je bilo po tem stanju v povprečju opredeljenih manj oseb, kot je slovensko povprečje, to je 1623 oseb na pogodbenega nosilca oziroma 2265 glavarinskih količnikov. Pri koncesionarjih pa je bilo v povprečju opredeljenih več oseb, kot je slovensko povprečje, in sicer 1924 oseb na pogodbenega nosilca oziroma 2673 glavarinskih količnikov (ZZZS, 2015b).

Obstoječi model plačevanja je bil oblikovan pred več kot 20 leti in kasneje postopno nadgrajen, kar je razvidno iz zgodovine sprememb Sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev na spletni strani ZZZS (b.l.; 2015b). Model plačevanja je bil nadgrajen z:

- modelom stimulacije izvajanja preventive in destimulacije napotovanja na sekundarno raven (slednje je bilo pred leti ukinjeno),
- dodatnim nagrajevanjem izvajanja malih, srednjih in velikih posegov in obsežnega dela,
- plačilom celotne realizacije aplikacij zdravil s seznama A,
- modelom referenčnih ambulant.

2.6.4.2 Izračun plačila po storitvi

Timi družinske medicine zaračunavajo storitve na podlagi standardov za ambulanto družinske medicine iz Splošnega dogovora. Seznam storitev, ki jih izvajalci obračunavajo ZZZS, opredeljuje Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (ZZZS, 2015b).

Storitve obsegajo obiske v ambulanti ali na domu ter medicinske posege in se za obračun izražajo v količnikih. Število količnikov je odvisno od obsežnosti pregleda in posega, ki je bil narejen med obiskom. Višino količnikov določa ZZZS v Splošnem dogovoru (tabela 5).

Tabela 5: Količniki za storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti v Sloveniji, določeni v Splošnem dogovoru za leto 2015

Šifra	Storitev	Število količnikov
K 0001	kratki obisk	1,5
K 0002	prvi kurativni pregled	3,6
K 0003	ponovni kurativni pregled	2,3
K 0005	preventivni pregled odraslega	13,0
K 0006	priprava bolnika za oceno na invalidski komisiji	13,0
K 0007	obsežni pregled	28,0
K 0008	lažje dostopen hišni obisk	12,0
K 0009	težje dostopen hišni obisk	20,0
K 00020	mali poseg	2,0
K 00021	srednji poseg	4,0
K 00022	veliki poseg	7,0
K 00023	obsežno delo	18,0

Povzeto in prirejeno po ZZZS, Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, Priloga 2.1: Seznam storitev splošnih ambulant ter dispanzerjev za otroke in šolarje, 2015c.

Denarna vrednost enega količnika je med 2,50 in 3,00 €, odvisno od vrednosti skupnega letnega programa za družinsko medicino (Panteli et al., 2015; ZZZS, 2015a).

Vrednost storitev s šifro K0001–K0007 se lahko poveča pri značilnih populacijskih skupinah pri obiskih in pregledih z naslednjim povečanjem števila količnikov (tabela 6) (ZZZS, 2015a).

Tabela 6: Povečanje števila količnikov pri značilnih populacijskih skupinah

Populacijske skupine	Povečanje števila količnikov
65–74 let	za 1,00 K
75 let in starejši	za 2,00 K
Invalidi z več kot 70-odstotno prizadetostjo	za 2,00 K

Povzeto in prirejeno po ZZZS, Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, 2015b, str. 2.

Prihodek od storitev v povprečju predstavlja manj kot 50 % celotnega prihodka tima družinske medicine. Timi družinske medicine večinoma brez težav dosežejo in presežejo letni normativ storitev (Panteli et al., 2015).

Pri plačevanju storitev tima družinske medicine ni dodatnega nagrajevanja za izvedene storitve preko dogovorjenega obsega. Plačilo tima družinske medicine tudi ni odvisno od kakovosti izvajanja storitev (Panteli et al., 2015).

2.6.4.3 Plačila s pavšalom

ZZZS timu družinske medicine s pavšalom plačuje vse stroške referenčne ambulante, vključno z laboratorijskimi preiskavami, NMP in dežurno službo (ZZZS, 2016a).

Višina sredstev je vsako leto določena v Splošnem dogovoru (ZZZS, 2015a).

2.6.4.4 Ločeno zaračunljivi material in preiskave

Timi družinske medicine posebej zaračunavajo ZZZS nekatere laboratorijske storitve oziroma preiskave, ki so opredeljene v Prilogi III Splošnega dogovora kot ločeno zaračunljiv material oziroma preiskave (ZZZS, 2015a).

Seznam ločeno zaračunljivega materiala in preiskav s pripadajočimi cenami je prikazan v tabeli 7.

Tabela 7: Seznam in cenik ločeno zaračunljivih materialov in preiskav

Ločeno zaračunljivi materiali in preiskave	Merska enota	Tekoča cena za enoto (v €)
Preskrba s kisikom	kg	0,19
Zdravila za ambulantno zdravljenje tuberkuloze (antituberkulotiki)		po nabavni vrednosti zdravil
Infuzijski sistem pri zdravljenju borelioze	kos	0,99
Intravenska kanila pri zdravljenju borelioze	kos	0,65
Serološke preiskave na boreliozo		
Ugotavljanje protiteles z ELISA metodo ali indirektnim imunofluorescenčnim testom	test	27,37
Imunoblot (IgM ali IgG)	test	97,45
Testiranje na HIV	preiskava	14,86
Histopatološke preiskave	točka	1,74
Tumorski markerji za dejavnost boleznij dojke	preiskava	22,12
Preiskave TSH	test	5,78
FT3	test	5,78
FT4	test	5,78
Določitev PSA v skladu s strokovnimi priporočili (laboratorijska preiskava in odvzem)	preiskava	15,50
Laboratorijske preiskave za nadzor bolnika zaradi vnetne revmatične bolezni med zdravljenjem z imunomodulirajočimi zdravili pri izbranem osebnem zdravniku		
Hemogram in DKS	preiskava	3,26
Kreatinin	preiskava	2,33
AST	preiskava	1,45
ALT	preiskava	1,45
Albumin	preiskava	1,63
Preiskave seča	preiskava	2,90
Infuzijski sistem	kos	0,99
Intravenska kanila	kos	0,65

Legenda: ALT – alanin transaminaza, AST – aspartat transaminaza, DKS – diferencialna krvna slika, FT3 – trijodtironin, FT4 – tiroksin, HIV – humani imunodeficientni virus, IgG – imunoglobulini G, IgM – imunoglobulini M, PSA – prostatični specifični antigen, TSH – ščitnico stimulirajoči hormon.

Privzeto in prirejeno po ZZZS, Splošni dogovor za pogodbeno leto 2015, Priloga III, 2015a, str. 55.

2.6.5 Storitve tima družinske medicine v okviru prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja

Iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja so timu družinske medicine plačane storitve, ki jih opravi preko letnega plana, in sicer v vrednosti 15 % cene storitev (ne glavarine).

Dovoljenje za izvajanje prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja imajo v Sloveniji tri zavarovalnice: Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, Adriatic Slovenica in Triglav zdravstvena zavarovalnica.

2.7 Plačevanje zaposlenih v timu družinske medicine

Ne glede na sredstva, ki jih v Sloveniji tim družinske medicine (bodisi v zdravstvenem domu ali koncesionar) prejme za izvajanje svojih storitev, so plače zaposlenih v javnem sektorju (med katere se s pogodbo z ZZZS uvrščajo tudi koncesionarji) določene s kolektivno pogodbo za zaposlene v javnem sektorju (Albreht et al., 2016; Tajnikar et al., 2016).

Plače zaposlenih v timu družinske medicine so fiksne, odvisne od stopnje izobrazbe, delovnega mesta in let delovne dobe. Učinkovitost dela v pogodbah ni opredeljena in se v praksi večkrat kaže kot ugajanje nadrejenim namesto zagotavljanja učinkovitosti in izboljšav delovnega procesa. Nagrajevanje zaposlenih s fiksno plačo stimulira zaposlene k zmanjševanju obsega dela in k napotovanju k drugim izvajalcem, s čimer se skrajša čas obravnave pacienta v ambulanti (Roberts et al., 2008). Vendar pa je ta način nagrajevanja zaposlenih administrativno najmanj zahteven tako za plačnika kot za izvajalce.

V Sloveniji torej model nakupovanja zdravstvenih storitev vpliva le na poslovno bilanco zdravstvene ustanove, ne pa na plače zaposlenih. Zato vzvod za vpliv na ravnanje zaposlenih modelom nakupovanja storitev nima prave moči.

2.8 Vrtarstvo in uspešnost poslovanja izvajalcev

Pri obravnavi vratarske vloge tima družinske medicine s poslovnega vidika izvajalca se srečamo s problemom agenta, ko izvajalec in zaposleni ne ravnavo izključno skladno z interesi in željami principala, v našem primeru je to država, temveč ga vodijo lastni motivi (Tajnikar et al., 2016). Ker principal in agent ne zasledujeta enakih ciljev, je zelo pomembno, da principal z ustreznimi spodbudami usmerja delovanje agenta in ustvari razmere, v katerih uresničevanje ciljev agenta vodi tudi k uresničevanju ciljev principala (Tajnikar et al., 2016).

Problem agenta je mogoče obvladovati z nadziranjem ali pa s finančnimi in nefinančnimi spodbudami; zgolj pogodbeni dogovori običajno niso učinkoviti. Zaradi značilnih lastnosti zdravstvenega sistema, kot so na primer monopoli, asimetrija informacij, skrite značilnosti ali moralna tveganja, je v zdravstvu treba oblikovati sistem spodbud, ki vplivajo neposredno na obnašanje agentov – zdravstvenih izvajalcev in zaposlenih. Vse oblike spodbud izvajalcev so namenjene zniževanju stroškov zdravljenja ob ohranjanju ustrezne kakovosti storitev, običajno z različnimi oblikami udeležbe izvajalcev pri kritju stroškov (Tajnikar et al., 2016).

Pri mreži izvajalcev v javnem zdravstvenem sistemu, ki temelji na izvajalcih v državni lasti, se postavlja vprašanje, na koga lahko vplivajo spodbude za večjo učinkovitost in kakovost, ki izvirajo iz plačilnega sistema. Če država želi izkoristiti učinke stimulatивnih plačilnih instrumentov in se umakniti iz neposrednega vodenja izvajalcev, so zaposleni tisti, ki lahko uresničevanje svojih zasebnih interesov vidijo v večji učinkovitosti in kakovosti opravljenih storitev ter delujejo kot posamezniki v smeri, ki naj bi jo zasledoval javni izvajalec. Da pa bi zaposleni lahko maksimirali svoje osebne prejemke z večjo učinkovitostjo in kakovostjo opravljenih storitev, mora izvajalec uvesti stimulatивno oblikovanje osebnih prejemkov zaposlenih na podlagi ustrezne politike plačevanja, država pa zagotoviti tudi konkurenco med izvajalci (Tajnikar et al., 2016).

Da v zdravstvu finančne spodbude pomembno vplivajo na vedenje organizacij in posameznikov in s tem na kakovost, vrsto in obseg storitev, ki jih bo tim družinske medicine izvajal, ugotavljajo tudi Cutler in Zeckhauser (2000) ter Roberts et al. (2008). Odsotnost konkurenčnih odnosov v javnem zdravstvenem sistemu pri tem še dodatno upravičuje uporabo stimulatивnih oblik plačevanja izvajalcev in zaposlenih (Tajnikar et al., 2016).

Način plačevanja zdravstvenih storitev, ki jih opravlja tim družinske medicine, pomembno vpliva tudi na odločitve o napotovanju na sekundarno raven, to je o vršenju vratarške funkcije.

V zdravstvu so za oblikovanje spodbud na strani ponudbe uveljavljeni različni modeli plačevanja storitev, katerih osnovni namen je spodbujati ponudnike – izvajalce k stroškovno učinkovitemu poslovanju in ki uvajajo različne vrste delitve stroškov med izvajalcem in plačnikom (Tajnikar et al., 2016). Najbolj uveljavljena modela plačevanja storitev izvajalcem na primarni ravni zdravstvenega varstva sta plačilo glavarine in plačilo po storitvi in sta podrobneje opisani v poglavju 1.3 Financiranje vratarstva. Na tem mestu različne modele plačevanja obravnavamo le s poslovnega vidika izvajalca.

Glavarinski sistem močno spodbuja izvajalca k zmanjšanju delovne obremenitve in k zmanjševanju stroškov obravnave pacientov, tako z zmanjševanjem števila izvedenih

zdravstvenih storitev pri posameznem pacientu kot tudi z omejevanjem ponudbe dražjih zdravstvenih storitev, saj jim ti s poslovnega vidika povzročajo nepotrebne stroške (Tajnikar et al., 2016). Za poslovno uspešnost je ekonomsko racionalno, da tim družinske medicine pacientu izvede tiste storitve (diagnostične ali terapevtske), katerih cena je ustrezno ovrednotena v okviru plačila, ki ga prejme od plačnika. Kadar pa pacient potrebuje bolj kompleksno obravnavo z zahtevnejšimi in dražjimi diagnostičnimi ali terapevtskimi storitvami, ga večinoma napoti na zdravljenje na sekundarno raven. Pacienta napoti na sekundarno raven tudi takrat, kadar potrebuje diagnostične ali terapevtske storitve, ki jih plačnik (zdravstvena zavarovalnica) timu družinske medicine ne plača.

Glavarinski sistem je po drugi strani primeren način plačevanja izvajalcev na primarni ravni zdravstvenega varstva, kjer se osebe opredelijo pri izbranem osebnem zdravniku in kjer je verjetnost nastanka izrednih stroškov manjša. Obvezna opredelitev pri izbranem osebnem zdravniku zagotavlja stalen dohodek. Večje število opredeljenih oseb, ki bodo potencialno koristili storitve izvajalca, pomeni za izvajalca razpršitev tveganja za nastanek stroškov (Tajnikar et al., 2016). Plačevanje glavarine tudi nagrajuje izvajalce, ki skrbijo za zdravo populacijo s spodbujanjem svojih varovancev k aktivnostim za ohranjanje in krepitev zdravja (Svenšek & Wahl, 2007).

Plačilo po storitvi vodi k povečanju števila opravljenih storitev, saj timi družinske medicine zaslužijo več, če sami oskrbijo pacienta. Finančne spodbude za pogostejše stike sicer zmanjšujejo napotovanje pacientov na sekundarno raven, vendar pa tudi stimulirajo povečanje števila ne vedno nujnih obravnav sicer zdravih oseb. Izvajalci so le šibko spodbujeni k stroškovno učinkovitemu poslovanju (Tajnikar et al., 2016). Ker je cena zdravstvene storitve vnaprej dogovorjena s plačnikom, je za izvajalce sicer smiselno, da storitev izvedejo s čim nižjimi stroški, vendar pa si povečajo prihodek s povečanjem obsega izvedenih storitev.

Zaradi značilnosti zdravstvenega sistema, da plačnik (v Sloveniji je ZZZS plačnik storitev iz sredstev OZZ) izvedene zdravstvene storitve plača zdravstvenim ustanovam in ne neposredno zaposlenim, pa nastane še en problem, namreč da spodbud ne čutijo vsi zaposleni v zdravstveni ustanovi (Tajnikar et al., 2016).

V sistemu, kjer so zdravstvene ustanove neprofitne organizacije in torej ni neposrednih spodbud za ustvarjanje presežka, je torej treba tudi plačila zaposlenih oblikovati tako, da bodo vsebovala finančne spodbude za vedenja, ki jih želi plačnik zdravstvenih storitev. Vendar pa zaposleni pogosto prejemajo plačo, katere višine je določena na primer z doseženo stopnjo izobrazbe in številom let delovne dobe, kar ne vsebuje stimulativnih elementov za izvajanje večjega obsega in bolj kakovostnih storitev.

Plačevanje tima družinske medicine mora torej biti zasnovano tako, da finančno spodbuja celovito obravnavo pacienta na primarni ravni, vključno z izvajanjem preventivnih dejavnosti in s koordiniranjem obravnave kroničnih bolnikov, hkrati pa ne zavira napotovanja na sekundarno raven. V preteklosti smo v Sloveniji imeli uvedene finančne spodbude za zmanjšanje napotovanja pacientov na sekundarno raven, vendar so bili ti mehanizmi ukinjeni, saj so se izkazali za neustrezne (ZZZS, b.l.). Finančne spodbude za zmanjšanje napotovanja namreč lahko povzročijo etične konflikte, ko zdravstveni izvajalci pretehtavajo na eni strani koristi za bolnika in na drugi strani izgubo dohodka za zdravstvene storitve, ki jih njihova organizacija lahko ponudi (Forrest, 2003).

2.9 Novi izzivi družinske medicine v zagotavljanju vratarstva

Razvoj medicinske stroke in demografske spremembe tudi v Sloveniji postavljajo pred dejavnost družinske medicine nove izzive. Prenos storitev s sekundarne na primarno raven, hiter razvoj kliničnih smernic in priporočil, večanje števila kroničnih in multimorbidnih bolnikov ter večje število opredeljenih oseb zahtevajo spremembe na primarni ravni zdravstvenega varstva (Petrič & Žerdin, 2015).

V mednarodni primerjalni raziskavi primarnega zdravstvenega varstva v 31 evropskih državah, ki jo je koordiniral Nizozemski inštitut za raziskave zdravstvenih sistemov v sodelovanju z Evropskim observatorijem za zdravstvene sisteme in politike (Kringos, Boerma, Hutchinson, & Saltman, 2013), so preučevali pet ključnih področij primarnega zdravstvenega varstva: strukturo, dostopnost, kontinuiteto, koordinacijo in celovitost oskrbe. Raziskava kaže, da je primarno zdravstveno varstvo v Sloveniji zelo dobro in boljše kot v sosednjih državah (Kringos, Boerma, Hutchinson, & Saltman, 2013) predvsem pri zagotavljanju dostopnosti, povprečno pri koordinaciji, ter šibko pri zagotavljanju kontinuitete in celovitosti oskrbe.

Analiza zdravstvenega sistema v Sloveniji, ki so jo izvedli Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Svetovna zdravstvena organizacija in Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike (2016), je pokazala, da ima Slovenija sicer dobro zasnovano primarno zdravstveno varstvo za reševanje spreminjajočih se zdravstvenih potreb in potreb prebivalcev po zdravstveni oskrbi, vendar pa se, podobno kot v številnih drugih evropskih državah, sooča s staranjem populacije, povezanim s porastom bremena kroničnih bolezni, vedno večjimi pričakovanji ljudi glede zdravstvene oskrbe, tehnološkim napredkom in sočasnimi finančnimi omejitvami ter potrebo, da bi sredstva koristili učinkoviteje. Poraja se skrb, da se vse več storitev prenaša na dražjo bolnišnično raven, kar spodjeda močne temelje osnovnega zdravstva. Zaskrbljujoči so podatki, da v zadnjih letih poraba sredstev za drage bolnišnične obravnave narašča hitreje kot poraba sredstev za ambulantne obravnave (OECD, 2013).

Kot ključni izzivi, povezani z zagotavljanjem vratarske funkcije in načinom financiranja tima družinske medicine, so bili v analizi Ministrstva za zdravje Republike Slovenije et al. (2016) ugotovljeni:

- razdrobljenost organizacije in zagotavljanja zdravstvenih storitev;
- ovire za boljšo koordinacijo med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva v zdravstvenem sistemu v Sloveniji so: pomanjkanje časa za obravnavo pacienta (veliko število obravnavanih pacientov na primarni ravni zdravstvene oskrbe), pomanjkanje ustrezne informacijske tehnologije, organizacijske omejitve (nejasne vloge in odgovornosti izvajalcev, slab dostop do specialistične bolnišnične obravnave, pomanjkanje kontinuitete na primarni ravni zdravstvene oskrbe, pomanjkanje komunikacije med primarno in sekundarno ravno), pomanjkanje strokovne avtonomije patronažnih sester (in s tem dodatna obremenitev tima družinske medicine) ter nekatere druge omejitve (na primer način povračila stroškov, ki daje prednost obravnavi akutnih zdravstvenih težav);
- okrepitev primarnega zdravstvenega varstva s konzultacijami s specialisti na sekundarni ravni bi olajšala sprejemanje odločitev pri napotovanju pacientov na sekundarno raven in zmanjšala število (predvsem nepotrebnih) napotitev;
- celovita podpora in koordinacija pri odpustu iz bolnišnice lahko zmanjša število ponovnih sprejemov v bolnišnico, izboljša izid zdravljenja in zniža stroške zdravljenja. Primer dobre prakse je model koordiniranega odpusta z medicinsko sestro za kontinuirano in koordinirano oskrbo v severozahodni regiji Slovenije, ki bi ga bilo smiselno razširiti na druge dele države;
- zelo jasno je izražena potreba po okrepitvi informacijsko-tehnološke podpore za izmenjavo informacij med ravnmi zdravstva, s čimer bi se zmanjšalo podvajanje diagnostičnih storitev in izboljšala kontinuiteta zdravljenja;
- glavne slabosti v sistemu plačevanja zdravstvenih storitev v osnovnem zdravstvu so neustrezne obtežitve glavarinskih količnikov glede na starost bolnikov in/ali druge elemente ter šibke spodbude za učinkovitost in kakovost oskrbe (plačuje se storitev in ne učinek). Kot ključna težava je izpostavljeno neustrezno nagrajevanje zdravnikov in drugih strokovnjakov na primarni ravni.

Analiza sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji, ki jo je opravila Ekonomska fakulteta Univerze v Ljubljani pod vodstvom prof. dr. Maksa Tajnikarja, je pokazala, da so glavne slabosti nenormalne čakalne vrste, nesposobnost financiranja kakovostnejše ponudbe in systemske izgube že pri povprečno učinkovitih izvajalcih (Tajnikar et al., 2016). Vzroki za takšno stanje so številni, med drugim odsotnost koordinacije med sredstvi, zbranimi v okviru OZZ, in potrebami, ki naj bi jih s temi sredstvi zadovoljili, neučinkovito upravljanje zdravstvenih ustanov ter nelogične vloge vodilnih usmerjevalnih teles slovenskega zdravstvenega sistema. Te in še številne druge vzroke slabega stanja slovenskega zdravstva so Tajnikar et al. (2016) sistematično analizirali. Opisane slabosti in izzivi pa so povezani

tudi z določenimi vidiki izvajanja vratarske funkcije, in tudi z organizacijo, načinom financiranja in upravljanjem primarne ravni zdravstvenega varstva.

Mednarodna strokovna javnost in ključne mednarodne organizacije na področju zdravja in zdravstvenega varstva jasno sporočajo, da je treba razvoj zdravstvenih sistemov usmeriti v krepitev primarne ravni zdravstvenega varstva, kar je mogoče doseči z (WHO, 2008; OECD, 2016):

- močnim vratarstvom, se pravi, da vstop v zdravstveni sistem poteka preko tima družinske medicine,
- izbiro osebnega zdravnika, ki zagotavlja kontinuiteto obravnave,
- zagotavljanjem celovite obravnave s strani multidisciplinarnih timov,
- razvojem novih modelov oskrbe, ki bo temeljila na potrebah pacienta in bo zagotavljala bolj koordinirano obravnavo predvsem kroničnih pacientov, in
- skupinsko ambulantno organiziranostjo za zagotavljanje 24-urne dostopnosti.

Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije z načrtovano reformo prav posebno pozornost namenja družinski medicini, s čimer želi omogočiti kakovostno obravnavo vseh pacientov do stopnje, ko je nujna napotitev na sekundarno raven, povečati kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave pacientov ter povečati zadovoljstvo uporabnikov in zaposlenih na primarni ravni (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2016a; Petrič & Žerdin, 2015; Poplas Susič et al., 2013).

Povzamemo lahko, da je število napotitev s primarne na sekundarno raven zdravstvenega varstva v Sloveniji veliko in v zadnjih letih narašča. Vse več je napotitev pacientov, ki bi lahko bili ustrezno oskrbljeni v ambulanti družinske medicine. Razlogov za te nepotrebne napotitve je veliko, številne med njimi je mogoče nasloviti s sistemskimi ukrepi in ustreznim sodelovanjem med strokovnjaki na primarni in sekundarni ravni. Na drugi strani pa je za zdravje pacientov pomembno pravočasno in pravilno napotovanje na sekundarno raven, kadar je to potrebno.

3 ANALIZA DOBROBITI IN STROŠKOV VRATARSTVA

Preučevanje družbenega vidika vratarske vloge tima družinske medicine zahteva uporabo analize dobrobiti in stroškov; to je mikroekonomska analiza, ki poskuša pri vrednotenju posamezne aktivnosti upoštevati vse dobrobiti in vse stroške, ki nastanejo z njeno uresničitvijo, z namenom zagotoviti optimalno razporeditev sredstev v družbi. Pri tem primerja stanje v družbi, ko je aktivnost izvedena, s stanjem v družbi, če aktivnost ni izvedena (Tajnikar, 2001).

Analiza dobrobiti in stroškov je pripomoček pri odločanju, ko je treba izmed številnih projektov izbrati tiste, katerih izvedba bo prinesla največje povečanje družbene blaginje. V javnem sektorju se analiza dobrobiti in stroškov uporablja za zagotavljanje optimalne porabe javnih sredstev. Tudi v zdravstvu se analiza dobrobiti in stroškov uporablja, ima pa nekatere posebnosti zaradi dejavnikov, značilnih za zdravstveni sektor (vladne intervencije, negotovost, zunanji učinki, izzivi vrednotenja življenja in drugi).

Pri analizi dobrobiti in stroškov se opredeli in določi vrednosti vseh vložkov (angl. *inputs*) in vseh izidov (angl. *outputs*) aktivnosti, nato se obe vrednosti primerjata (Zerbe & Bellas, 2006). V osnovi velja, da je aktivnost ekonomsko smiselno izvesti, če je vrednost dobrobiti večja od vrednosti stroškov.

Ker glavni namen projektov javnega sektorja običajno ni dobiček, kot je značilno za investicijske projekte v gospodarstvu, so še posebej pri sprejemanju odločitev v javnem sektorju sredstva pogosto razporejena zaradi razlogov, ki niso povezani zgolj z alokacijsko (razporeditveno) učinkovitostjo; takšni pravični razlogi lahko preglasijo celo velike neto dobrobiti (Brent, 2006). Zato je pomembno pri ekonomskem vrednotenju večjih in drugih z narodnogospodarskega vidika pomembnih projektov (infrastrukturni, razvojni projekti ipd.) upoštevati tudi dobrobiti, ki jih ni mogoče izraziti v denarju. V analizo je treba vključiti vse dobrobiti in vse stroške (Evropska komisija, 2006):

- zasebne in družbene / javne,
- oprijemljive in neoprijemljive,
- poleg neposrednih še posredne učinke in nemerljive vplive projekta, kakor je na primer izboljšanje kakovosti življenja ipd.

Končni cilj analize dobrobiti in stroškov v zdravstvu je maksimiranje neto zdravstvenih (in drugih) dobrobiti za vse osebe v ciljni populaciji z izvajanjem obsežnega nabora zdravstvenih ukrepov in v okviru omejenih sredstev (Schulman & Seils, 2002). Ker zdravstveni sektor predstavlja znatni del nacionalne porabe, je postala učinkovitost pomemben cilj določevalcev politik v večini zdravstvenih sistemov.

Strokovne polemike o prednostih in slabostih vratarke vloge zdravstvenih timov na primarni ravni zdravstvenega varstva so aktualne že več kot desetletje, še posebej v okviru reforme zdravstvenega sistema v ZDA, pa tudi v nekaterih evropskih državah. Ni pa v strokovni literaturi zaslediti ekonomskega vrednotenja vratarstva.

3.1 Družbene dobrobiti vratarstva

Z vidika družbe tim družinske medicine uspešno izvaja vratarstvo vlogo takrat, ko čim več obravnavanih pacientov potrebne storitve prejme že v ambulanti družinske medicine in

obiski drugih ustanov niso potrebni do stopnje, ko je napotitev na sekundarno raven potrebna za kakovostno oskrbo pacienta. Vratarska funkcija tima družinske medicine je povezana z izvajanjem širšega nabora storitev v ambulanti in ne vpliva na kakovost diagnostične in terapevtske obravnave ali izid zdravljenja (Atun, 2004; Boerma et al., 1997; Forrest, 2003; Velasco Garrido et al., 2011) oziroma na koordinacijo zdravljenja pacienta (Forrest, Nutting, Werner, Starfield, von Schrader, & Rohde, 2003). To pomeni, da je pacientu zagotovljena enako kakovostna obravnava ne glede na to ali je oskrbljen na primarni ali na sekundarni ravni zdravstvenega varstva.

Družbene dobrobiti vratarstva so številne, povezane so z zniževanjem neposrednih stroškov zdravstva in z nekaterimi drugimi posrednimi učinki za paciente in za celotno družbo.

Vratarstvo je preprost in učinkovit ukrep za obvladovanje stroškov zdravstva z zmanjšanjem obsega nepotrebnih storitev (Schwenkglens, Preiswerk, Lehner, Weber, & Szucs, 2006). Reguliran dostop do specialistične obravnave na sekundarni ravni in koordinirano upravljanje potrebnih zdravstvenih storitev zmanjšujeta nepotrebne napotitve in podvajanje diagnostičnih preiskav, rehospitalizacije po odpustih iz bolnišnic in uporabo urgentnih centrov; s tem zmanjšujeta stroške zdravljenja.

Primarno zdravstveno varstvo je v primerjavi s sekundarnim zdravstvenim varstvom cenejše, ker so storitve na sekundarni ravni običajno dražje zaradi nagnjenosti k uporabi dražjih tehnologij in zaradi usmeritve h kurativni in ne k preventivni medicini (Franks et al., 1992).

Murphy et al. (1996) tudi ugotavljajo, da zdravniki družinske medicine opravijo prvo obravnavo pacienta z nižjimi stroški kot specialisti v urgentnih centrih. Pacienti redkeje potrebujejo ponovno obravnavo, napišejo jim manj receptov in izvedejo manj diagnostičnih preiskav. Na kontrolne preglede jih pogosteje naročajo v ambulanto družinske medicine in ne v specialistične ambulante na sekundarni ravni.

Močno primarno zdravstveno varstvo pomeni boljše zdravje populacije, saj je oskrba bolj celovita (usmerjena v zdravljenje pacienta kot celovite osebe in ne le v zdravljenje diagnoze, ki mu je pripisana, kar je pogosto značilnost specialistične obravnave na sekundarni ravni) in vključuje več preventivnih dejavnosti, s čimer skrbi za ohranjanje in krepitev zdravja prebivalstva.

Vratarstvo vpliva na to, kje in kdaj pacient prejme zdravstveno storitev. Z učinkovitim izvajanjem vratarstva namreč pacient prejme bolj celovito in hitrejšo diagnostično in terapevtsko oskrbo že v ambulanti svojega izbranega osebnega zdravnika in mu v večini primerov ni treba obiskati specialista na sekundarni ravni. Pacient tako prejme ustrezne

storitve že ob prvem obisku zdravnika; to pomeni, da je bolezen hitreje diagnosticirana in se tudi ustrezno zdravljenje začne prej, kar načeloma prispeva k hitrejšemu okrevanju. Pacient tako prihrani čas, ki bi ga sicer potreboval za obisk bolnišnice, in sredstva za pot do bolnišnice in nazaj. Zaradi kratkotrajnejšega zdravljenja in manj izvedenih posegov se znižajo tudi stroški celotne zdravstvene oskrbe.

Ambulanta družinske medicine je običajno v lokalni skupnosti, torej v bližini pacientovega doma, kar pacientu omogoča hiter dostop z nizkimi stroški (prihranek časa, prihranek denarja za prevoz, saj obisk oddaljene bolnišnice ni potreben). To tudi pomeni, da lahko pacient zdravnika obišče pogosteje. Tim družinske medicine tudi pozna okoljske in socialne razmere v lokalnem okolju in te dejavnike lahko upošteva pri načrtovanju zdravstvene obravnave pacienta.

Vratarstvo pomeni boljše izide zdravljenja po nižji ceni tudi zaradi usmerjanja pacientov, ki potrebujejo oskrbo na sekundarni ravni, k »pravim« specialistom, kar skrajša pot in čas bolnika pri iskanju ustrezne in kakovostne oskrbe na sekundarni ravni. V primerjavi s sistemi, ki ne poznajo vratarstva, je bolnik tudi takoj ustrezno oskrbljen, saj je ugotovljeno, da pacienti, ki lahko prosto dostopajo do specialistov, pogosteje prejmejo storitve, ki niso potrebne (Forrest, 2003), s tem pa so izpostavljeni dodatnim tveganjem za zdravje. S tem, ko pacient prej prejme ustrezno zdravstveno oskrbo, se tudi skrajša čas njegove bolezni in je hitreje ponovno sposoben za vrnitev na delo in k ostalim vlogam, ki jih opravlja v svojem socialnem okolju. S hitrejšo postavitvijo pravilne diagnoze in hitrim ustreznim zdravljenjem se znižajo tudi stroški celotne zdravstvene oskrbe.

Ker tim družinske medicine bolje pozna zdravstveni sistem in ima več informacij o kakovosti obravnave na sekundarni ravni, v primeru napotitve na sekundarno raven pacient prejme informacije glede izbire izvajalca, kar ga razbremeni izbire, h kateremu specialistu bi moral iti (pogosto pacienti obiščejo kar več različnih specialistov), ter zmanjšuje nepotrebne in drage obiske sekundarne ravni (Scott, 2000). Temu ustrezno tudi vpliva na zmanjšanje povpraševanja po storitvah na sekundarni ravni in skrajšanje čakalnih dob. Tovrstno usmerjanje pacienta skozi zdravstveni sistem izboljšuje kakovost zdravljenja.

Številne dobrobiti vratarstva za posameznega pacienta so povezane z obvezno opredelitvijo (izbiro) pri izbranem osebnem zdravniku. To omogoča razvoj dolgotrajnega odnosa med timom družinske medicine in pacientom, poglobljeno poznavanje zdravstvenega stanja pacienta, njegove družine ter širših okoljskih in družbenih determinant pacientovega zdravja, spodbuja sposobnost večdimenzionalnega pristopa k postavitvi diagnoze, omogoča sistematično izvajanje preventivnih dejavnosti in koordinacijo obravnave z drugimi strokovnjaki. Izbrani osebni zdravnik tudi prevzame skrb za celovito zdravstveno spremljanje in obravnavo pacienta. Izgradnja dobrega medosebnega odnosa med pacientom in timom družinske medicine je pomembna za vzpostavitev medsebojnega

zaupanja in spoštovanja (Freeman, Olesen, & Hjortdahl, 2003), kar izboljša zadovoljstvo uporabnika.

Zaradi dolgotrajnega poznanstva med zdravnikom in pacientom se tudi skrajša čas, potreben za obravnavo v ambulanti (Saultz & Albedaiwi, 2004), kar prispeva k zmanjšanju celotnih stroškov zdravstvene obravnave. Obisk vedno istega osebnega zdravnika družinske medicine lahko zmanjša tudi stroške za pacienta (manj časa je potrebnega za enako kakovostno obravnavo; fleksibilnost glede termina obiska ambulante) in izboljša se zadovoljstvo pacienta z obravnavo (Grumbach et al., 1999).

Kontinuiteta odnosa med pacientom in timom družinske medicine ter boljša koordinacija oskrbe pacienta zmanjšata neprimerno uporabo bolnišničnih specialističnih storitev in število nepotrebnih hospitalizacij (Velasco Garrido et al., 2011). Koordinirano upravljanje potrebnih zdravstvenih storitev ob prehajanju med primarno in sekundarno ravno, katerega namen je integracija zdravstvene obravnave, preprečuje podvajanje storitev (npr. diagnostičnih testov), predpisovanje potencialno škodljivih kombinacij zdravil in razdrobljenost obravnave, s čimer se doseže večja kakovost obravnave in izboljšajo izidi zdravljenja (Nolte et al., 2015).

Ko je potrebno kontrolno spremljanje zdravljenja, je zdravljenje najbolj učinkovito nadaljevati pri istem zdravniku. V večini sistemov ravno timi družinske medicine omogočajo to vrsto kontinuitete.

Kontinuiteta odnosa med pacientom in zdravnikom spodbuja sposobnost večdimenzionalnega pristopa k postavitvi diagnoze, ki temelji na biopsihosocialnem modelu in upošteva celoten kontekst pacientovih življenjskih okoliščin.

S posredovanjem zdravstvene dokumentacije specialistom na sekundarni ravni se tudi preprečuje podvajanje diagnostičnih storitev, omogoča se hitrejša postavitev diagnoze in skrajša čas do začetka zdravljenja.

Zmanjšanje povpraševanja po specialistični obravnavi na sekundarni ravni skrajša čakalne dobe. S tem je izboljšana dostopnost do specialističnega zdravljenja za tiste paciente, ki ga zares potrebujejo.

Mreža izvajalcev na primarni ravni je tipično gostejša od mreže izvajalcev na sekundarni ravni. Krajša pot do zdravstvene ustanove pacientu prihrani čas, ki bi ga sicer potreboval za obisk bolnišnice, prihranjena pa so mu tudi sredstva za pot do bolnišnice in nazaj.

Vratarstvo omogoča tudi lažjo in bolj enako (pravično) dostopnost do zdravstvenega varstva za vse prebivalce, ne glede na starost, spol, socialno-ekonomsko stanje, izobrazbo ali vrste zdravstvenih težav.

Pri preučevanju družbenega vidika vratarstva je treba obravnavati tudi načine plačevanja storitev izvajalcem, saj ob odsotnosti elementov konkurence v javnem zdravstvenem sistemu država z uporabo stimulativnih vidikov različnih plačilnih modelov izvajalce spodbuja k čim višji kakovosti in učinkovitosti delovanja (Tajnikar et al., 2016), način plačevanja storitev izvajalcem pa ima tudi neposredne učinke na celotne stroške zdravstvenega sistema (Roberts et al., 2008).

Odločitev zdravnika družinske medicine, da pacienta napoti na sekundarno raven zdravstvenega varstva, ima največji vpliv na višino stroškov zdravljenja v zdravstvenem sistemu, kjer timi družinske medicine vršijo vratarsko vlogo. S tem je tim družinske medicine posredno odgovoren za uporabo in stroške bolnišničnih in drugih zdravstvenih storitev na sekundarni ravni. Načini plačevanja izvajalcev in zaposlenih so poleg strokovnih smernic in etičnih načel zdravljenja ključni mehanizmi, ki usmerjajo vedenje zdravnikov družinske medicine in tudi vplivajo na odločitve glede napotovanja. Načrtovalci zdravstvene politike in sistema morajo zato upoštevati učinke posameznih modelov plačevanja izvajalcev in zaposlenih in jih uporabiti na tak način, da bodo podpirali doseganje družbenih koristi.

Pri plačilu storitev po sistemu glavarine, ki po eni strani močno spodbuja izvajalce k zniževanju stroškov zdravstvene obravnave, po drugi strani pa jih spodbuja k napotovanju pacientov v obravnavo na sekundarno raven, je za zmanjševanje družbenih stroškov ključno, da plačnik storitev natančno določi, katere storitve mora izvajalec pokriti iz glavarine (Tajnikar et al., 2016).

Plačevanje po storitvi je z družbenega vidika problematično, ker ne omogoča nadzora porabe sredstev in spodbuja povečevanje obsega storitev pri izvajalcih. Da bi to preprečili, so v večini sistemov vpeljane omejitve glede števila plačanih storitev, vendar pa v tem primeru obstaja tveganje, da med pacienti obstaja potreba po določenih storitvah, izvajalci pa jih ne izvajajo več, ker zanje na prejmejo plačila (Tajnikar et al., 2016). Smiselno pa je ta način plačevanja za storitve, ki so zaželeni, na primer za preventivne storitve.

Pomemben vpliv na način dela ima tudi število timov družinske medicine v državi. Če je timov veliko, imajo manjše število opredeljenih pacientov, kar pomeni manjši zaslužek. V ekstremnih primerih bodo zato timi, da ustvarijo nujen prihodek, izvajali dodatne nenujne storitve.

Konkurenca med timi družinske medicine ima dva nasprotujoča si učinka. Več konkurence med timi spodbuja izvajalce in zaposlene k takemu načinu dela, da bodo pacienti bolj zadovoljni, običajno to pomeni večjo zavzetost pri oskrbi, z več porabljenega časa, pa tudi več napotitvami na sekundarno raven. Po drugi strani več konkurence spodbuja time k temu, da več pacientov oskrbijo sami (pri plačilu storitev), in torej zmanjšuje število napotitev. Godager, Iverse in Ma (2013) so ugotovili, da ima večanje števila timov družinske medicine zaradi učinka konkurence nepomemben ali pozitiven učinek na napotovanje pacientov na sekundarno raven; z raziskavo niso uspeli potrditi, da bi večje število timov družinske medicine bistveno zmanjšalo število napotitev na sekundarno raven. Pri pomanjkanju timov družinske medicine pa sekundarna raven postane substitut za zdravstveno oskrbo na primarni ravni in ne vrši več le komplementarne vloge (Atella & Deb, 2008).

3.2 Družbeni stroški vratarstva

V znanstveni in strokovni literaturi ni zaslediti raziskav stroškov vratarstva. Kot slaba stran vratarstva in močnega primarnega zdravstvenega varstva z obveznim vstopom v zdravstveni sistem v ambulanti družinske medicine je izpostavljeno predvsem omejevanje svobodne izbire lečečega zdravnika, kar naj bi zamajalo zaupanje uporabnikov, da je primarni cilj zdravstvenega sistema optimalno oskrbljen posameznik in ne zniževanje stroškov zdravljenja z namenom maksimiranja zdravja populacije (Grumbach et al., 1999) ali finančni dobiček zdravstvenih ustanov (Forrest, 2003).

Ker potrošniki visoko cenijo svobodno izbiro, je omejitev izbire zdravnika lahko razlog za nezadovoljstvo; vendar pa ima pacient svobodo pri izbiri, pri katerem timu družinske medicine se bo opredelil, kar zmanjšuje občutek omejevanja izbire. Če zdravstveno varstvo ni dobro organizirano ali če tim družinskega zdravnika zaradi kakršnihkoli razlogov pacientov ne oskrbi sam, temveč jih v velikem deležu napotuje na sekundarno raven, so sredstva za plačevanje tima družinske medicine porabljena neučinkovito (Forrest, 2003) in pacient po nepotrebnem porabi čas in denar za obisk ambulante družinske medicine.

Stroški za družbo nastanejo tudi, če pacientu v ambulanti družinske medicine ne izvedejo diagnostičnih preiskav in terapevtskih posegov, ki so vključeni v glavarino, temveč ga na preiskave usmerijo bodisi kot samoplačnika ali pa ga z napotnico napotijo na specialistično obravnavo na sekundarno raven. V tem primeru je storitev plačana dvojno.

Z zagotovljeno takojšnjo dostopnostjo do zdravstvenih storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva blizu doma uporabnikov lahko pride do povečane uporabe zdravstvenih storitev, saj ambulantno obiščejo tudi pacienti, ki se sicer bodisi zaradi narave zdravstvenih težav bodisi zaradi ekonomskih ali časovnih omejitev ne bi odločili za obisk bolj oddaljene zdravstvene ustanove oziroma bi z obiskom odlašali (Atun, 2004; Kringos,

Boerma, van der Zee, & Groenewegen, 2013). Povečano povpraševanje sicer lahko poveča neposredne stroške zdravstva, vendar pa so ta sredstva porabljena učinkovito, saj z njimi preprečimo napredovanje bolezni, zagotovimo boljše zdravje prebivalstva in zmanjšujemo neenakosti v zdravju.

Družbeni stroški vratarstva so lahko tudi povezani z zmanjšanjem uporabe specialističnih storitev na sekundarni ravni in odsotnostjo nekaterih prednosti, ki jih ima neposreden dostop do specialistične oskrbe na sekundarni ravni. Ena od teh je daljši čas do diagnostičnih preiskav (Vedsted & Olensen, 2011), ki pa ni izoliran učinek vratarstva samega, temveč je povezan z organizacijo in financiranjem diagnostičnih storitev na sekundarni ravni.

3.3 Modeli vstopa bolnika v zdravstveni sistem in vratarstvo

Za analizo zdravstvenega sistema z vidika vratarstva smo uvedli štiri modele zdravstvenega sistema, s katerimi prikazujemo različne možne načine vstopa v zdravstveni sistem in poti obravnave pacienta. Modeli so:

- model 1: obstoječi sistem vratarstva,
- model 2: sistem brez primarnega zdravstvenega varstva,
- model 3: vstop preko urgentnega centra in
- model 4: sistem z okrepljenim vratarstvom.

Procesno so modeli pravzaprav trije, saj se model 1 in model 4 razlikujeta le količinsko, medtem ko je proces vstopa in obravnave pacienta v obeh modelih isti. Pri uporabi različnih modelov obravnave pacientov izhajamo iz predpostavke, da je zdravstvena obravnava v vseh modelih enako uspešna in varna, med modeli torej ni razlik v izidih zdravljenja (izjema so nepotrebne in nepravilne obravnave v modelu 2).

3.3.1 Model zdravstvenega sistema z obstoječim vratarstvom

Model 1 opisuje sedanje stanje v slovenskem sistemu zdravstvenega varstva (slika 1). Pacient vstopa v zdravstveni sistem na primarni ravni, s pregledom v ambulanti družinske medicine.

Ob pojavu zdravstvenih težav, bodisi zaradi akutne bolezni ali ob poslabšanju kronične bolezni, ali pa zaradi preventivnega pregleda pacient obišče ambulanto družinske medicine. Ob prvem pregledu zdravnik družinske medicine pri vseh pacientih opravi razgovor (vzame anamnezo) in usmerjen klinični pregled. Pri nekaterih pacientih že samo na podlagi razgovora in kliničnega pregleda postavi diagnozo in odredi ustrezno zdravljenje.

Pri drugih pacientih so potrebne dodatne diagnostične preiskave, nekatere osnovne (npr. osnovne laboratorijske preiskave, EKG, spirometrija, merjenje krvnega tlaka, merjenje saturacije kisika v krvi) se izvedejo v ambulanti družinske medicine, za zahtevnejše preiskave (npr. radiološke, nefrofiziološke, nuklearnomedicinske, endoskopske, biopsije in druge preiskave, ki jih izvajajo za to specializirani strokovnjaki) pa pacient prejme napotnico in mora obiskati drugo specializirano ustanovo. Z napotnico mora na preiskavo čakati v čakalni vrsti, lahko pa jo opravi takoj, če si jo plača sam in storitev opravi izven javne zdravstvene službe. Z izvidi preiskav potem ponovno obiše izbranega osebnega zdravnika, ki na podlagi izvidov in kliničnih ugotovitev postavi diagnozo in odredi ustrezno zdravljenje, nekatere paciente pa napoti na specialistično obravnavo na sekundarno raven. Pri nenujnih napotitvah je določeno, katere diagnostične preiskave mora pacient opraviti v ambulanti družinske medicine pred napotitvijo.

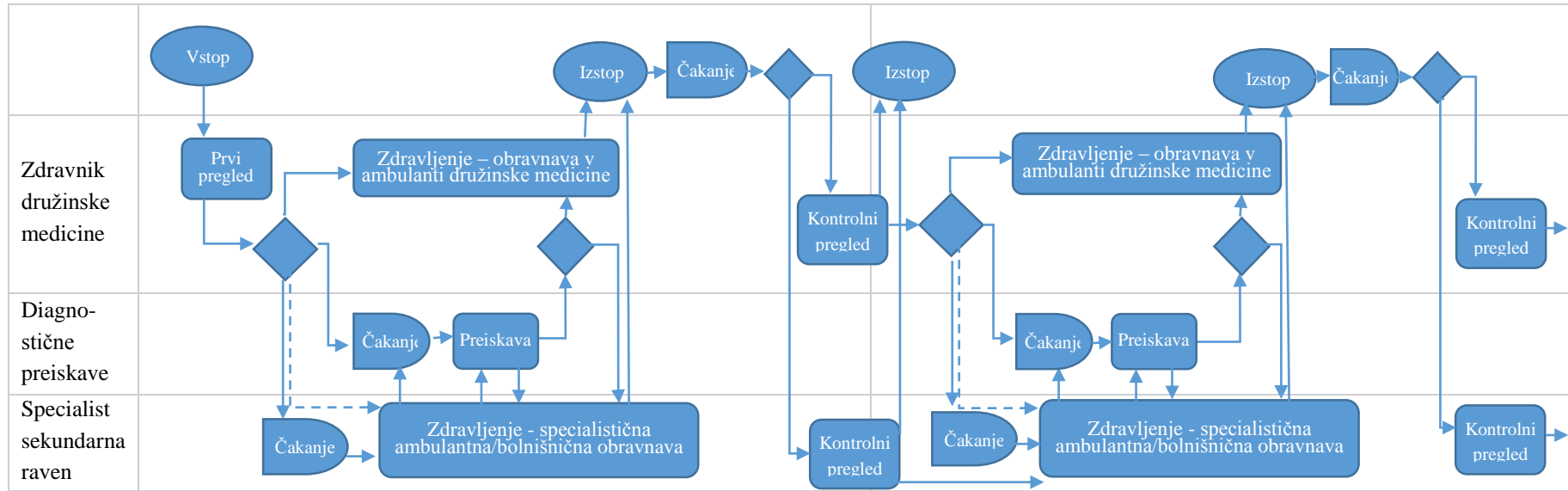
Pri tretji skupini pacientov zdravnik družinske medicine že takoj ob prvem pregledu oceni, da potrebujejo specialistično obravnavo na sekundarni ravni, zato jih brez dodatnih preiskav napoti bodisi v bolnišnico bodisi na ambulantni specialistični pregled. Pacienti v bolnišnični obravnavi (hospitalizirani pacienti) imajo prednost pri dostopu do vseh diagnostičnih preiskav in preskočijo čakalne vrste.

Na kontrolne preglede, ki so namenjeni spremljanju zdravljenja, v ambulanto družinske medicine pridejo pacienti, ki jih zdravi izbrani osebni zdravnik družinske medicine, pacienti, oskrbljeni v urgentni službi (npr. za odstranitev šivov, preglede po poškodbah in po drugih nujnih stanjih), ter pacienti, ki so zaključili specialistično ambulantno ali bolnišnično obravnavo na sekundarni ravni in so usmerjeni v nadaljnjo oskrbo na primarno raven.

Pri tem so pacienti, zdravljeni pri specialistih na sekundarni ravni, na kontrolni pregled lahko naročeni bodisi v specialistično ambulanto na sekundarni ravni ali pa so usmerjeni na kontrolno spremljanje v ambulanto družinske medicine. Predvsem kronične bolnike pogosto vodijo specialisti na sekundarni ravni, tudi kadar je bolezen dobro nadzorovana in zdravstveno stanje pacienta stabilno. Te kronične bolnike bi enako uspešno vodil tudi izbrani osebni zdravnik.

V opisanem sistemu z vratarstvom neposreden dostop do specialista na sekundarni ravni v okviru javne zdravstvene službe ni mogoč, izjeme so specialist medicine dela, prometa in športa, psihiater in okulist ter urgentna stanja. Lahko pa pacienti dostopajo neposredno do specialistov na sekundarni ravni kot samoplačniki.

Slika 1: Model 1 – obstoječi sistem vratarstva



Opomba: Črtkana črta pomeni nujno napotitev.

V obstoječem sistemu je tim družinske medicine financiran večinoma iz sredstev OZZ. Sredstva za plačilo timov družinske medicine se uskladijo z vrednostjo programa na letni ravni, v tem okviru pa se timom prerazporejajo na osnovi kombiniranega modela plačila glavarine, plačila po storitvi in pavšalnega zneska za dogovorjene (preventivne) programe, dodatno pa so plačani še določen material in nekatere diagnostične preiskave (t. i. ločeno zaračunljiv material). Ta način plačevanja pokriva tako prve kot kontrolne preglede.

Vratarska vloga tima družinske medicine vključuje sredstva za plačilo glavarinskih količnikov in plačilo po storitvi, ne vključuje pa pavšalnih sredstev za programe preventive in sredstev za ločeno zaračunljiv material.

Ko je pacient napoten na diagnostične preiskave ali zdravstveno obravnavo na sekundarno raven, prestopi v drug model financiranja zdravstvenih storitev. Diagnostične preiskave na sekundarni ravni so plačane po storitvi, prav tako je po storitvi plačano ambulantno specialistično zdravljenje, medtem ko je bolnišnično specialistično zdravljenje plačano po sistemu skupin primerljivih primerov za vsakega hospitaliziranega pacienta.

3.3.2 Model zdravstvenega sistema brez primarnega zdravstvenega varstva

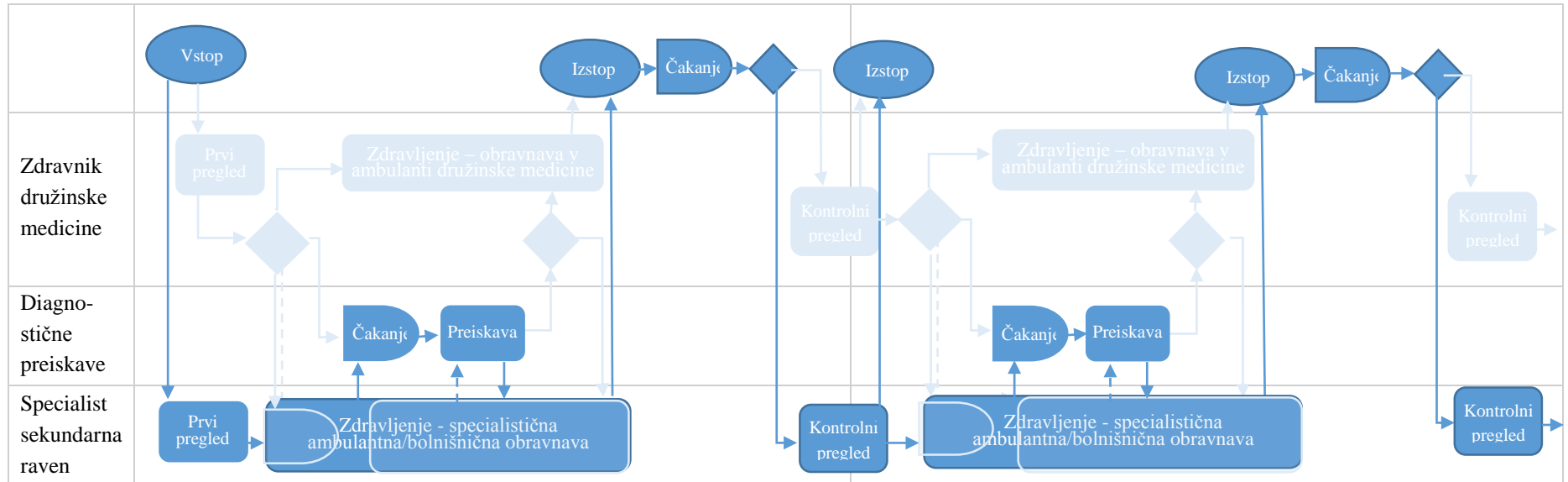
Model 2 prikazuje hipotetični zdravstveni sistem brez primarne ravni zdravstvenega varstva in kako bi potekala obravnava, če bi pacienti imeli možnost neposrednega dostopa do specialistične obravnave na sekundarni ravni brez predhodnega obiska ambulante družinske medicine (slika 2). Ambulante družinske medicine v takem hipotetičnem modelu ne obstajajo.

Ob nastanku zdravstvenih težav pacient obišče enega od specialistov, za katerega sam meni, da bi bil najbolj primeren za obravnavo njegovega zdravstvenega stanja.

Enako kot v modelu 1 tudi v modelu 2 zdravnik specialist na sekundarni ravni pri nekaterih pacientih že samo s pogovorom in kliničnim pregledom postavi diagnozo in odredi ustrezno zdravljenje, pri drugih pacientih so potrebne dodatne diagnostične preiskave, ki jih lahko specialist izvede v svoji ambulanti ali pa usmeri pacienta v drugo specializirano ustanovo, nekatere paciente pa sprejme na bolnišnično zdravljenje.

Čakalne dobe za diagnostične preiskave so odvisne od načina financiranja zdravstvenega sistema in od vrste pacientovega zdravstvenega zavarovanja in so lahko kratke ali pa dolge. Pacienti, ki so sprejeti na bolnišnično zdravljenje, imajo takojšen dostop do vseh diagnostičnih preiskav. Pacient z več boleznimi sočasno obiskuje več različnih specialistov, katerih obravnava ni koordinirana. Tudi vsi kontrolni pregledi potekajo na sekundarni ravni.

Slika 2: Model 2 – sistem brez primarnega zdravstvenega varstva



Pacientova izbira specialista je lahko pravilna ali pa tudi ne, saj vsi pacienti niso dovolj usposobljeni in informirani, da bi znali izbrati pravega specialista. Ob nepravilni izbiri specialist pacienta usmeri k pravemu specialistu za obravnavo njegovega zdravstvenega stanja in tako opravi nadomestno vlogo družinskega zdravnika. Nadomestno vlogo družinskega zdravnika specialist opravlja tudi pri obravnavi pacientov z enostavnimi zdravstvenimi težavami, ki ne potrebujejo specialistične obravnave.

Izvajalci specialističnih storitev na sekundarni ravni so bolnišnice in posamezni zasebni izvajalci, ki izvajajo ambulantno dejavnost. Enako kot v modelu 1 so izvajalci na sekundarni ravni za ambulantno specialistično dejavnost plačani po izvedenih storitvah, bolnišnično specialistično zdravljenje pa je plačano bodisi po sistemu skupin primerljivih primerov (za obravnavo akutnih bolezni in stanj) bodisi po oskrbovalnem dnevu (za obravnavo neakutnih stanj, to so podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstvena nega in paliativna oskrba) za vsakega hospitaliziranega pacienta.

3.3.3 Model zdravstvenega sistema z vstopom preko urgentnega centra

V urgentnem centru so obravnavani pacienti z nujnimi zdravstvenimi stanji, ki potrebujejo takojšnjo oskrbo. V urgentni center pacienti pridejo lahko direktno v roku 24 ur od nastanka poškodbe oz. poslabšanja zdravstvenega stanja, lahko pa v urgentno obravnavo pacienta napoti tudi zdravnik družinske medicine, kadar meni, da je nujna takojšnja oskrba pacienta.

Na odločitev pacienta, da oskrbo poišče v urgentnem centru oz. enoti NMP, vpliva relativna dostopnost do teh ustanov (geografska oddaljenost, čas čakanja v čakalnici, delovni čas), pa tudi dejstvo, da v urgentnih centrih oz. enotah NMP pacienti lažje in hitreje pridejo do specialista na sekundarni ravni.

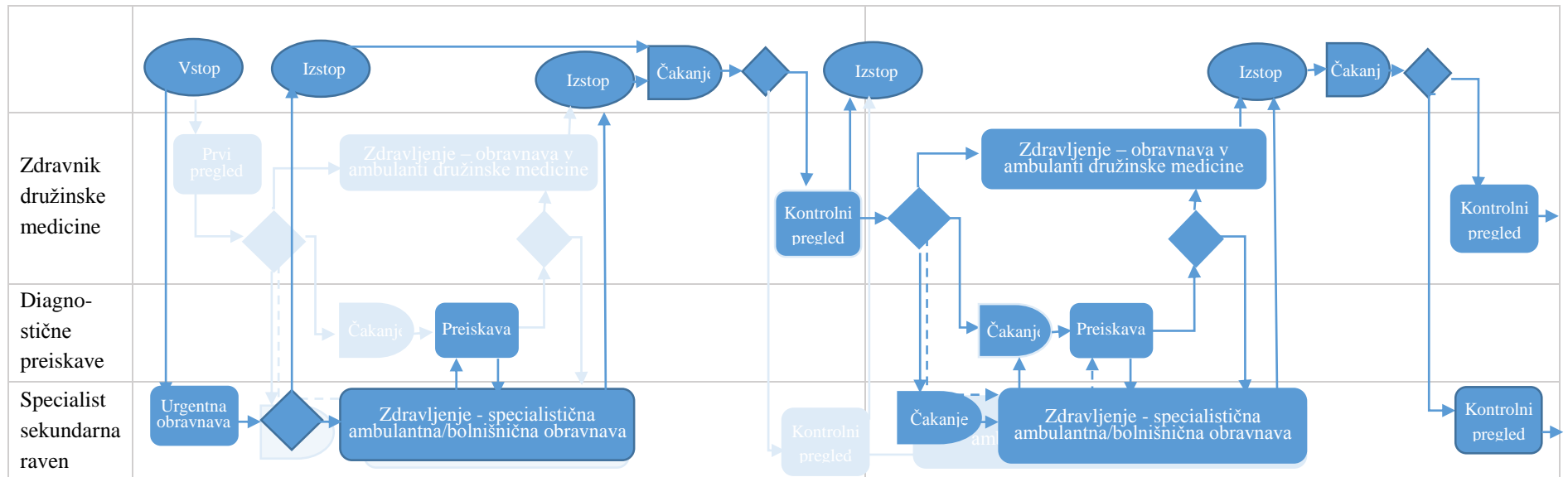
Ob vstopu v zdravstveni sistem preko urgentnega centra, ki je prikazan v modelu 3, pacient zaobide pregled v ambulanti družinske medicine in takoj dostopa do nekaterih specialistov na sekundarni ravni, s čimer preskoči čakalno vrsto za specialistično obravnavo (slika 3).

V urgentnem centru pacient tudi takoj opravi vse nujne diagnostične preiskave. Glede na zdravstveno stanje je nato bodisi sprejet v bolnišnico, bodisi je zdravljen v hospitalni enoti urgentnega centra ali pa je oskrbljen v ambulantah urgentnega centra.

Na kontrolni pregled je nato napoten bodisi k izbranemu osebnemu zdravniku družinske medicine bodisi v specialistično ambulanto na sekundarni ravni.

Plačilo oskrbe v urgentni službi/NMP je sestavljeno iz plačila pavšalnih sredstev za NMP in sredstev za urgentno ambulantno specialistično obravnavo po sistemu skupin primerljivih primerov. V novem sistemu, ki se postopoma uveljavlja od leta 2015, so urgentni centri plačani po storitvi (Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, 2015).

Slika 3: Model 3 – sistem z vstopom preko urgentnega centra



Opomba: Črtna črta pomeni nujno napotitev.

3.3.4 Model zdravstvenega sistema z okrepljenim vratarstvom

V modelu 4 obravnavamo sistem primarnega zdravstvenega varstva z okrepljenim vratarstvom. Procesno je enak modelu 1 z vstopom v zdravstveni sistem na primarni ravni zdravstvenega varstva s pregledom v ambulanti družinske medicine in po potrebi z napotitvijo na diagnostične preiskave ali na specialistično obravnavo na sekundarno raven. Od modela 1 se razlikuje količinsko v povečanju števila pacientov, ki so v celoti oskrbljeni na primarni ravni, in v zmanjšanju števila pacientov, ki so napoteni na zdravljenje na sekundarno raven. V modelu 4 tudi več pacientov prihaja na kontrolne preglede v ambulanto družinske medicine, prav tako je v ambulanti družinske medicine vodenih več kroničnih pacientov. Zaradi bolj kakovostne oskrbe kroničnih pacientov se zmanjša tudi število hospitalizacij zaradi akutnih zapletov nekaterih kroničnih bolezni (astma, popuščanje srca).

Načini plačevanja izvajalcev na primarni in sekundarni ravni so enaki kot v modelu 1.

3.4 Analiza modelov vratarstva

V analizi dobrobiti in stroškov vratarske vloge tima družinske medicine ugotavljamo neposredne stroške zdravstva, ki so povezani z vratarsko vlogo družinske medicine v opisanih štirih modelih vstopa v zdravstveni sistem, ter učinke za posameznika in za celotno družbo pri vsakem od teh modelov.

Pri izračunu neposrednih stroškov zdravstva, povezanih z vratarstvom, upoštevamo stroške, ki nastanejo z obravnavami v ambulantah družinske medicine v okviru vratarske vloge, stroške obravnav na sekundarni ravni, ki nastanejo z napotovanjem pacientov iz ambulant družinske medicine, ter stroške nekaterih hospitalizacij zaradi akutnih poslabšanj kroničnih bolezni, ki so tipično povezane s kakovostjo oskrbe na primarni ravni zdravstvenega varstva in so preprečljive, če je pacient ustrezno oskrbljen.

Neposredne stroške v različnih modelih izračunamo z uporabo povprečnih cen obravnav v vsaki od zdravstvenih služb. Povprečne cene smo izračunali iz podatkov ZZZS o celotnih vrednostih programov za posamezne zdravstvene službe na letni ravni in podatkov NIJZ o številu izvedenih obravnav v posamezni zdravstveni službi v istem letu.

Učinke vratarske vloge tima družinske medicine za posameznika in za celotno družbo vrednotimo z določenimi značilnostmi, ki se uporabljajo za vrednotenje uspešnosti zdravstvenega sistema na primarni ravni zdravstvenega varstva (Kringos, Boerma, Bourgueil, Cartier, Dedeu, Hasvold, Hutchinson, Lember, Oleszczyk, Rotar Pavlic, Svab, Tedeschi, Wilm, Wilson, Windak, van der Zee, & Groenewegen, 2013; Starfield, 1998).

Pri vrednotenju učinkov vratarske vloge tima družinske medicine za posameznika ugotavljamo naslednje značilnosti:

- dostopnost do obravnave: vključuje tako geografsko dostopnost kot časovno razpoložljivost izvajalcev in čakalne vrste;
- kontinuiteta obravnave: pacient obiskuje istega zdravnika za obravnavo različnih zdravstvenih težav, s čimer se vzpostavi trajen odnos med pacientom in zdravnikom, ki zagotavlja višjo kakovost obravnave;
- celovitost obravnave: pacient prejme obravnavo, ki vključuje vse zdravstvene težave in se ne osredotoča le na posamezne organske sisteme; to vključuje tudi preskrbljenost z ustrežno medicinsko opremo, zdravljenje in spremljanje zdravljenja za široko paleto različnih diagnoz, zagotavljanje medicinskih tehničnih postopkov, kot npr. manjše operacije, cepljenje in presejanja, ter zagotavljanje preventivnih aktivnosti (promocije in krepitev zdravja);
- koordinacija obravnave: multispecialistični timi zagotavljajo koordinacijo različnih zdravstvenih strokovnjakov, sodelovanje med primarno in sekundarno ravno (na primer s skupnimi posvetovanji, podporo pri odločanju in prisotnostjo specialističnih ambulant na primarni ravni), vključitev nekaterih javnozdravstvenih funkcij (npr. uporabo podatkov o bolniku za ugotavljanje zdravstvenih potreb in prioritet);
- pacientov čas in potni stroški za obisk zdravstvenih ustanov;
- pacientovi stroški zaradi izgube produktivnosti v času bolezni (izguba dohodka).

Pri vrednotenju učinkov vratarske vloge tima družinske medicine za celotno družbo ugotavljamo naslednje značilnosti:

- celotni stroški zdravstva (stroški dela, opreme, materiala, prostorov, informacijske tehnologije itd.);
- učinkovitost izvajanja storitev: zagotavljanje ustreznih zdravstvenih storitev, ki temeljijo na znanstvenih spoznanjih, za vse paciente, ki imajo od njih koristi, ter preprečitev opravljanja storitev za tiste paciente, ki od njih ne bodo imeli koristi (preprečevanje izvajanja nepotrebnih storitev);
- povezanost obravnave: zagotavljajo jo sezname opredeljenih oseb pri izbranem osebnem zdravniku in sistematično vodenje celotne zdravstvene dokumentacije za vse opredeljene paciente (vključno z avtomatiziranim prejemanjem informacij o zdravstvenih obravnavah pacientov v dežurnih službah, sprotnim posredovanjem informacij o specialističnem zdravljenju na sekundarni ravni izbranemu osebnemu zdravniku), sprotna izmenjava informacij o zdravstvenem stanju pacienta in izvidih diagnostičnih preiskav med različnimi izvajalci;
- pravočasnost obravnave: zagotoviti zdravljenje v zgodnjem obdobju poteka bolezni s čim manj čakanja in včasih škodljivimi zamudami; zgodnje zdravljenje prepreči

dodatne stroške, ki bi nastali z zdravljenjem težje oblike bolezni (angl. *averted treatment costs*);

- stroškovna učinkovitost sistema: preprečevanje trošenja sredstev z nesmotrno in nepotrebno rabo opreme, materiala, idej in energije;
- pravičnost/enakost obravnave: zagotavljanje enako kakovostne obravnave za vse paciente, ne glede na njihove osebne značilnosti, kot so spol, narodnost, starost, geografska lokacija ali socialno-ekonomski položaj;
- družbeni stroški zaradi izgube produktivnosti v času bolezni.

3.4.1 Model 1: obstoječi sistem vratarstva

Vratarstvo omogoča, da so napotitve k specialistu na sekundarno raven ustrezne, to pomeni, da je napotitev upravičena in da je pacient napoten k pravemu specialistu.

Vratarstvo tudi zagotavlja, da napotitev ni preveč (preveč napotitev pomeni nepotrebne stroške) in ne premalo (premalo napotitev lahko pomeni neustrezno obravnavo pacienta, prihaja lahko do zamud v zdravljenju).

Pri upravičenih napotitvah bi se strošek pregleda v ambulanti družinske medicine lahko zdel nepotreben, vendar zagotavlja, da bo napotitev pravilna (k pravemu specialistu na sekundarni ravni); s tem preprečimo neustrezne (to je neupravičene in/ali nepravilne) obravnave in zmanjšamo število nepotrebnih obravnav pri specialistu na sekundarni ravni.

Namen vratarstva ni, da ovira zdravstveno oskrbo ali omejuje dostop do specialistov na sekundarni ravni, temveč poudariti načelo, da mora biti zdravljenje kontinuirano in izvedeno na najnižji učinkoviti ravni oskrbe.

3.4.1.1 Neposredni stroški zdravstva, povezani z vratarstvom, v obstoječem sistemu

Število obravnav v ambulantah družinske medicine je v letih 2012, 2013 in 2014 naraščalo s 5,4 milijona leta 2012 na 5,7 milijona leta 2014.

Povprečna cena ene obravnave je padla s 6,32 € leta 2012 na 6,00 € v letu 2014.

Kljub porastu števila obravnav je zaradi padca cene obravnave celotna vrednost vseh obravnav v tem obdobju padla za 0,3 %, s 34,32 milijona € na 34,2 milijona € (tabela 8).

Tabela 8: Model 1 - Število in vrednost vseh obravnav ter povprečna cena ene obravnave v ambulanti družinske medicine v okviru vratarstva, Slovenija, 2012–2014

	2012	2013	2014
Število obravnav v ambulantah družinske medicine*	5.430.225	5.591.017	5.700.518
Povprečna cena ene obravnave (v €)	6,32	6,05	6,00
Vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine v okviru vratarstva (v €)	34.324.519,00	33.806.178,00	34.208.489,00

Legenda: * Podatki o številu obravnav v ambulantah družinske medicine vključujejo samo prve in ponovne kurativne preglede, ne vključujejo pa preventivnih pregledov, hišnih obiskov in nekaterih drugih vrst pregledov.

Opomba: V tabeli so zajeti podatki za obdobje 2012–2014 zaradi razpoložljivosti podatkov.

Vir podatkov: NIJZ, Podatki iz računalniško podprtega poročila ZUBSTAT, 2016; ZZZS, Podatki o planu in realizaciji zdravstvenih storitev, b.l.

V stroške obravnav v ambulantah družinske medicine so v modelu 1 vključene tudi urgentne obravnave. Ob tem so v zdravstvu nastajali tudi stroški obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni in stroški hospitalizacij.

Število vseh obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni v Sloveniji v letih 2010 do 2014 je prikazano v tabeli 9. Posebej sta navedena število prvih in ponovnih kurativnih obiskov ter razmerje med njimi.

V tem obdobju beležimo porast števila obravnav v specialistični ambulantni dejavnosti, ki je posledica povečanja števila ponovnih obiskov. Število ponovnih kurativnih obiskov se je v celotnem obdobju povečalo za 37 %, medtem ko se je število prvih obiskov zmanjšalo za slabih 10 %. V zadnjih letih tako beležimo na en prvi obisk tudi en ponovni obisk (Zaletel, Vardič, & Hladnik, 2016).

Vrednost specialističnih ambulantnih obravnav je padala s skoraj 63 milijonov € leta 2010 na slabih 62 milijonov € leta 2014. Povprečna cena ene obravnave v specialistični ambulanti na sekundarni ravni je v letih med 2010 in 2013 padala s 14,55 € na 12,78 € in se je v letu 2014 nekoliko dvignila na 13,07 €, vendar ostaja nižja kot v letih 2010 in 2011.

Med prvimi kurativnimi obiski, prikazanimi v tabeli 9, so tako pacienti, ki so jih napotili zdravniki družinske medicine, kot tudi pacienti, ki so jih napotili specialisti na sekundarni ali terciarni ravni. Število prvih kurativnih obiskov pacientov, napotenih iz ambulant družinske medicine, je enako številu napotitev iz ambulant družinske medicine na specialistično obravnavo na sekundarno raven.

Tabela 9: Model 1 – število in vrednost vseh obravnjav ter povprečna cena ene obravnave v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni, Slovenija, 2012–2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Število obravnjav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni*	4.330.444	4.370.687	4.441.876	4.697.563	4.739.749
prvi kurativni obisk	2.581.609	2.371.637	2.266.053	2.383.538	2.333.514
ponovni kurativni obisk	1.748.835	1.999.050	2.175.823	2.314.025	2.406.235
število ponovnih/prvi obisk	0,68	0,84	0,96	0,97	1,03
Vrednost specialističnih ambulantnih obravnjav (v EUR)	62.988.952	61.766.400	62.472.500	60.013.873	61.959.864
Povprečna cena ene obravnave v specialistični ambulanti na sekundarni ravni (v EUR)	14,55	14,13	14,06	12,78	13,07

Legenda: *Svetovanja po telefonu, kurativne obravnave skupin pacientov v specialistični ambulanti na sekundarni ravni, triažni obiski, preventivni obiski ter nepravilno beleženi obiski niso vključeni.

Vir podatkov: ZZZS, Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št. 1/11 (za obdobje januar–december 2010), 2011; ZZZS, Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št. 1/12 (za obdobje januar–december 2011), 2012; ZZZS, Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št. 1/13 (za obdobje januar–december 2012), 2013a; ZZZS, Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št. 1/14 (za obdobje januar–december 2013), 2014a; ZZZS, Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št. 1/15 (za obdobje januar–december 2014), 2015d; M. Zaletel, D. Vardič, & M. Hladnik, Zdravstveni statistični letopis 2014, 2016.

Število bolnišničnih obravnjav (hospitalizacij) v Sloveniji se je v letih od 2010 do 2014 gibalo med 274.816 in 278.468 (tabela 10).

Tabela 10: Število in vrednost vseh hospitalizacij ter povprečna cena ene hospitalizacije, Slovenija, 2012–2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Število hospitalizacij	274.816	277.770	274.946	270.751	278.468
Vrednost hospitalizacij	1.252.368.000 €	1.288.548.000 €	1.271.523.000 €	1.266.223.000 €	1.287.892.000 €
Povprečna cena ene hospitalizacije	4.557,11 €	4.638,90 €	4.624,63 €	4.676,71 €	4.624,92 €

Vir podatkov: NIJZ, Zbirka bolnišničnih obravnjav zaradi bolezni, b.l.; SURS, Izdatki za zdravstveno varstvo po dejavnostih in virih financiranja, 2014; lastni izračuni.

Vrednosti hospitalnih programov v tem obdobju so bile med 1252,4 milijona € leta 2010 in 1287,9 milijona € leta 2014. Povprečna cena ene hospitalizacije v tem obdobju se giblje med 4.500 € in nekaj čez 4.600 €.

3.4.1.2 Učinki za posameznika v obstoječem sistemu vratarstva

Dostopnost do obravnave.

Z dokaj gosto in dobro razvejano mrežo timov družinske medicine ter zagotavljanjem 24-urne dežurne službe je omogočena hitra in neprekinjena oskrba blizu uporabnikovega doma, ki hkrati pacientu ne omejuje dostopa do specialistične obravnave, kadar je potrebna.

V praksi se soočamo s pomanjkanjem izvajalcev na geografsko oddaljenih območjih in z motnjami zagotavljanja dežurne službe v občinah z visokim deležem koncesionarjev, ki ne sodelujejo z zdravstvenimi domovi pri zagotavljanju dežurne službe. Dostopnost ponekod omejujeta tudi ne najbolj ustrezen delovni čas ambulant in odsotnost nadomeščanja med ambulantami izven uradnih ur, kar povzroči, da so pacienti, ki potrebujejo zdravstveno oskrbo izven uradnih ur, usmerjeni v urgentne centre.

Kontinuiteta obravnave.

Obstoječi sistem z obvezno opredelitvijo pri izbranem osebnem zdravniku načeloma zagotavlja dobro kontinuiteto obravnave.

Izjema so nekateri zdravstveni centri na primarni ravni, ki zaposlujejo večje število strokovnjakov za skrajšan delovni čas, kar pomeni, da so nekateri zaposleni na delovnem mestu prisotni le npr. dvakrat tedensko. Tako se dogaja, da ob obisku ambulate pacienta ne obravnava njegov izbrani osebni zdravnik, temveč drug zdravnik, ki je v tistem času v ambulanti. Na ta način se ruši sistem zagotavljanja kontinuitete, ki temelji na konceptu izbranega osebnega zdravnika.

Celovitost obravnave.

Ambulanta družinske medicine na primarni ravni zdravstvenega varstva v Sloveniji naj bi v obstoječem sistemu zagotavljala celovito obravnavo pacienta z diagnosticiranjem in zdravljenjem akutnih in kroničnih bolezni ter s preprečevanjem bolezni in promocijo zdravega načina življenja.

V praksi je zaradi preobremenjenosti timov družinske medicine na voljo premalo časa za kakovostno celovito obravnavo, kar je pripeljalo med drugim do visoke stopnje napotovanja (okoli 16 % obravnavanih pacientov je napotenih na sekundarno raven, delež v zadnjih letih narašča) in do velikih razlik v celovitosti obravnave med posameznimi izvajalci oziroma zaposlenimi strokovnjaki. Po drugi strani se predvsem v ruralnih območjih Slovenije pojavljajo primeri dobrih praks, kot na primer telefonski posveti s

specialisti na sekundarni ravni, ki omogočajo bolj celovito obravnavo pacientov v ambulanti družinske medicine in nižjo stopnjo napotovanja.

Koordinacija obravnave.

Tim družinske medicine vključuje zdravnika družinske medicine, zdravstvenega tehnika in diplomirano medicinsko sestro (za izvedbo preventivnih dejavnosti in vodenje urejenih kroničnih pacientov) ter sodeluje s patronažno službo, psihologi, fizioterapevti, delovnimi terapevti in drugimi izvajalci storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti, kot jih opredeljuje ZZDej. Tim družinske medicine sodeluje tudi z ustanovami v lokalni skupnosti za vključevanje ranljivih populacij in zmanjševanje neenakosti v zdravju.

Koordinator obravnave pacienta med vsemi različnimi strokovnjaki tako znotraj primarne ravni kot tudi ob prehodu na sekundarno raven je tim družinske medicine, ki spremlja potek obravnave pacienta in ga usmerja po zdravstvenem sistemu. V praksi pacient, ki je napoten na sekundarno raven, poleg napotnice potrebuje tudi natančne informacije in usmeritve, kam naj napotnico pošlje oziroma nese, saj pogosto sam nima dostopa do informacij, na podlagi katerih bi lahko izbral specialista, pri katerem se želi zdraviti.

V praksi danes številni zdravstveni domovi ne ponujajo več vseh zdravstvenih storitev, določenih z ZZDej. Čeprav mednarodna stroka zagovarja učinkovitost tovrstnih klinik, kjer se vse dobi na enem mestu, in jih države, ki želijo okrepiti primarno zdravstveno varstvo, uspešno uvajajo, se ta koncept v Sloveniji v zadnjih desetletjih počasi in vztrajno razkraja.

Pacientov čas in potni stroški.

Z obiskom ambulante družinske medicine naj bi čim večje število pacientov potrebne storitve prejelo na enem mestu ob enkratnem obisku. Koncept zdravstvenih domov, v katerih imajo pacienti dostop tako do tima družinske medicine kot do drugih specialističnih ter nekaterih laboratorijskih in drugih diagnostičnih storitev, vključuje pa tudi patronažno službo, zagotavlja širok nabor storitev na enem mestu s takojšnjim dostopom, kar omogoča bolj integrirano zdravstveno oskrbo in zato bolj odgovarja trenutnim potrebam populacije.

Kadar vratarstvo ni ustrezno in prihaja do nepotrebnih napotitev na sekundarno raven, to predstavlja za pacienta dodatne potne stroške, po nepotrebnem mu vzame običajno tudi več ur časa za pot do sekundarne ustanove.

Pacientovi stroški zaradi izgube produktivnosti.

Optimalna oskrba pacienta vključuje čim krajši čas do ozdravitve in s tem čim krajši bolniški stalež. Z napotovanjem na diagnostične preiskave v druge ustanove s čakalnimi

vrstami in na specialistične preglede na sekundarni ravni, ki imajo prav tako čakalne vrste, se čas zdravljenja lahko občutno podaljša.

3.4.1.3 Učinki za družbo v obstoječem sistemu vratarstva

Celotni stroški zdravstva.

Boljša dostopnost do izvajalcev in več preventivnih obravnav zagotavljata manj napotitev na specialistično ambulantno obravnavo na sekundarni ravni in manj hospitalizacij zaradi bolezni in stanj, ki jih je mogoče preprečiti, ter manjšo uporabo urgentnih centrov. Storitve na primarni ravni zdravstvenega varstva so s ceno 6,00 € za eno obravnavo (tabela 8) cenejše od enakih storitev v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni, kjer je cena ene obravnave 13,07 € (tabela 9), ali hospitalizacij, kjer je povprečna cena obravnave 4.625 € (tabela 10) (podatki za leto 2014).

Prekomerno napotovanje povečuje skupne stroške zdravstvenega varstva in lahko izpostavi pacienta nepotrebnim tveganjem, stroškom in porabi časa.

Učinkovitost izvajanja storitev.

Sistem vratarstva zagotavlja, da so na obravnavo k specialistom na sekundarno raven napoteni tisti pacienti, ki jo resnično potrebujejo. Torej napotitev ni niti preveč, niti premalo.

S povečanjem stopnje napotitih pacientov na sekundarno raven v zadnjem desetletju se je povečalo število pacientov, obravnavanih na sekundarni ravni, ki bi lahko bili enako učinkovito oskrbljeni tudi v ambulanti družinske medicine. S tem se povečujejo število diagnostičnih in terapevtskih storitev, ki niso nujno potrebne, in celotni stroški zdravljenja.

Po drugi strani pa tudi nezadostno napotovanje lahko škodi zdravju pacienta, saj ga prikrajša za zdravstvene obravnave, ki bi lahko pripomogle k hitrejšemu okrevanju in ozdravljenju.

Povezanost obravnave.

Obvezna izbira osebnega zdravnika družinske medicine in obvezno sistematično vodenje celotne zdravstvene dokumentacije za vse opredeljene paciente predstavljata dobro osnovo za povezano zdravstveno obravnavo, vendar je zaradi pomanjkanja komunikacije med različnimi izvajalci tako znotraj primarne ravni zdravstvenega varstva kot tudi ob prehajanju med primarno in sekundarno ravno in zaradi pomanjkanja avtomatiziranega sporočanja podatkov o obravnavah v urgentnih centrih in v ustanovah na sekundarni ravni

izbranemu osebnemu zdravniku zdravstvena obravnava v Sloveniji razdrobljena. To poslabšuje kakovost in zdravstvene izide oskrbe, hkrati pa povečuje stroške zdravljenja zaradi podvajanja diagnostičnih preiskav.

Pravočasnost obravnave.

V obstoječem sistemu je zagotovljena pravočasnost obravnave pri timu družinske medicine, zaradi dolgih čakalnih dob na diagnostične preiskave in na specialistične preglede na sekundarni ravni pa prihaja do časovnih zamikov zdravljenja. To lahko vpliva na slabše izide zdravljenja, daljše trajanje zdravljenja in večje stroške.

Stroškovna učinkovitost sistema.

Zdravstveni sistem je stroškovno najbolj učinkovit takrat, ko so pacienti zdravljeni zgodaj v poteku bolezni, za nepotrebno izvajanje diagnostičnih in terapevtskih storitev in preprečevanje zapletov zdravljenja pa je ključna dobra strokovna usposobljenost zaposlenih strokovnjakov.

Pravičnost/enakost obravnave.

Enakost v dostopu do obravnave je odvisna od sistema zdravstvenega zavarovanja. V Sloveniji imajo dostop do obravnave na primarni ravni zdravstvenega varstva vse osebe z urejenim OZZ, ne glede na starost, spol ali druge značilnosti. Zavarovane osebe se morajo obvezno opredeliti pri izbranem osebnem zdravniku družinske medicine in imajo s tem zagotovljen dostop do vseh storitev v okviru osnovnega zdravstvenega zavarovanja, vključno s preventivnimi programi.

Družbeni stroški zaradi izgube produktivnosti.

Širok dostop do izvajalcev na primarni ravni omogoča zdravljenje zgodaj v poteku bolezni, kar pomeni boljši izid in kratkotrajnejše zdravljenje. Zdravljenje se lahko pomembno podaljša, kadar mora pacient dolgo čakati na diagnostične preiskave ali obravnavo pri specialistu na sekundarni ravni. Čakalne dobe torej povečujejo družbene stroške zaradi izgube produktivnosti.

3.4.2 Model 2: sistem brez primarnega zdravstvenega varstva

V sistemu brez primarnega zdravstvenega varstva, v katerem pacienti dostopajo neposredno do specialistov in se sami odločajo, katerega specialista bodo obiskali, se poveča število obiskov na sekundarni ravni, tako ambulantnih specialističnih obravnav kot

hospitalizacij. Poveča se število neustreznih obiskov zaradi pacientove izbire nepravega specialista, poveča pa se lahko tudi število nepotrebnih obravnav, kadar se zaradi velikega povpraševanja poveča število izvajalcev na sekundarni ravni, kar lahko vodi v napihovanje storitev na sekundarni ravni (angl. *supply-induced demand*). Povečata se tudi število in trajanje hospitalizacij, mnoge med njimi niso potrebne in bi pacienti lahko bili oskrbljeni ambulantno.

Ko pacienti lahko sami izbirajo, h kateremu specialistu bodo šli, prihaja do napak pri odločitvah pacientov. Predpostavljamo, da so pacienti slabo informirani tako glede svoje bolezni kot glede storitev, ki jih nudi sekundarna raven zdravstvenega varstva, zato lahko paciente obravnava specialist, ki ni najbolj primeren za obravnavo njihovega zdravstvenega stanja. Poleg tega se specialist osredotoči na zdravljenje enega organskega sistema, zato oskrba pacienta ni celovita in ne vključuje preventivnih vsebin. V sistemu brez primarnega zdravstvenega varstva nihče od strokovnjakov ne prevzame vloge koordinatorja oskrbe med različnimi strokovnjaki, ki jih pacient obišče, kar je še posebej težava pri multimorbidnih pacientih.

Ponudniki specialističnih storitev na sekundarni ravni so bolnišnice in posamezni zasebni izvajalci, ki izvajajo ambulantno in hospitalno dejavnost. Sekundarno zdravstveno varstvo zahteva kapitalsko intenzivne tehnologije in je zato povezano z večjo optimalno velikostjo izvajalcev. Da bi to zagotovili, je treba oblikovati manj gosto mrežo izvajalcev in znižati dostopnost, kar povečuje stroške uporabnikov zdravstvenih storitev, zahteva od njih večjo racionalizacijo pri odločitvah o uporabi zdravstvenih storitev ter bolj selekcionira in racionalizira povpraševanje po storitvah zdravstvenega varstva. Načrtovanje mreže izvajalcev zdravstvenega varstva je tako pogosto kompromis med zagotavljanjem geografske dostopnosti in hitrostjo dostopa do izvajalcev ter med njihovo učinkovitostjo in optimalno velikostjo (Tajnikar et al., 2016).

Storitve na sekundarni ravni so dražje od enakih storitev na primarni ravni zaradi nagnjenosti k uporabi dražjih tehnologij in zaradi usmeritve h kurativni in ne k preventivni medicini.

V takem sistemu se povečajo celotni stroški zdravstva zaradi močno povečanega obsega storitev na sekundarni ravni.

3.4.2.1 Neposredni stroški zdravstva, povezani z vratarstvom, v sistemu brez primarnega zdravstvenega varstva

V modelu 2, kjer prikazujemo sistem zdravstvenega varstva brez vratarstva in brez primarne ravni, predpostavljamo, da vsi pacienti pridejo na obravnavo neposredno v specialistične ambulante na sekundarni ravni.

Število obravnav na sekundarni ravni v modelu 2 smo izračunali tako, da smo sešteli število obravnav v ambulantah družinske medicine (tabela 8) in število obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni (tabela 9) iz modela 1 ter odšteli število napotitev iz ambulant družinske medicine na specialistično obravnavo na sekundarni ravni (tabela 3) in tako dobili število obiskov v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni, če bi vsi pacienti vstopali v zdravstveni sistem neposredno pri specialistih. To število smo pomnožili s povprečno ceno ene obravnave v specialistični ambulanti na sekundarni ravni in rezultat predstavlja vrednost specialističnih ambulantnih obravnav na sekundarni ravni v modelu 2 brez primarne ravni zdravstvenega varstva (tabela 11).

Tabela 11: Model 2 – vrednost obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni v sistemu brez vratarstva, hipotetični model za Slovenijo, 2010–2014

	2010	2011	2012	2013	2014
Število obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni, model 2*	8.618.116	8.806.075	9.020.593	9.438.028	9.616.911
Povprečna cena ene obravnave v specialistični ambulanti (v €)	14,55	14,13	14,06	12,78	13,07
Vrednost specialističnih ambulantnih obravnav na sekundarni ravni, model 2 (v €)	125.355.759	124.447.152	126.869.592	120.575.842	125.716.045

Legenda: *Vsota števil obravnav v ambulanti družinske medicine in obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni iz modela 1, zmanjšana za število napotitev iz ADM.

Razliko v vrednosti obravnav, povezanih z vratarstvom, med modelom 1 in modelom 2 prikazuje tabela 12.

S predpostavko, da ostane povpraševanje po storitvah zdravstvenega sistema enako in da cene zdravstvenih storitev ostanejo nespremenjene, bi bili ob odsotnosti vratarstva in primarnega zdravstvenega varstva v celoti, ko bi torej pacienti dostopali neposredno do specialistov na sekundarni ravni, skupni stroški zdravstva večji za 30 milijonov € v letu 2012, za 26,7 milijona € v letu 2013 in za 29,5 milijona € v letu 2014.

Tabela 12: Razlika v vrednosti obravnav, povezanih z vratarstvom, med obstoječim sistemom vratarstva (model 1) in sistemom brez vratarstva (model 2)

	2012	2013	2014
Model 1: skupna vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine in obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni v obstoječem sistemu (v €)	96.797.019	93.820.051	96.168.353
Model 2: vrednost obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni v sistemu brez vratarstva (v €)	126.869.592	120.575.842	125.716.045
Razlika med modelom 1 in modelom 2 (v €)	30.072.573	26.755.791	29.547.692

3.4.2.2 Učinki za posameznika v sistemu brez primarnega zdravstvenega varstva

Dostopnost do obravnave.

V zdravstvenem sistemu brez primarnega zdravstvenega varstva je dostopnost do zdravstvene oskrbe odvisna od mreže izvajalcev na sekundarni ravni, ki temelji na bolnišnicah in posameznih zasebnih izvajalcih. Tovrstna mreža ne more biti enako gosta in razvejana, kot je mreža izvajalcev na primarni ravni. Geografska dostopnost do zdravstvenih ustanov je zato pomembno slabša. Vendar pa ob obisku bolnišnice pacient prejme potrebne storitve na enem mestu, pri tem je pogosto hospitaliziran. Bolnišnice zagotavljajo tudi 24-urno dežurno službo.

Kontinuiteta obravnave.

Sistem brez primarnega zdravstvenega varstva deloma lahko zagotavlja kontinuiteto obravnave, kadar pacient obiskuje istega specialista, ki obravnava tudi nekatera stanja, ki niso z njegovega specialnega področja. V večini primerov pa je kontinuiteta obravnave v sistemu brez primarnega zdravstvenega varstva slaba.

Celovitost obravnave.

V sistemu brez primarnega zdravstvenega varstva je pacient takoj deležen specialistične obravnave, kar je koristno v primerih, ko je tovrstna obravnava potrebna in pravilna. Za dostop do specialista ni čakalnih dob. Vendar pa obravnava pri specialistu na sekundarni ravni ni celostna, ampak je namenjena obrnavi zdravstvenih težav z določenega specialističnega področja, in ne vključuje preventivnih pregledov in vsebin promocije zdravja. Pacient tako sočasno lahko obiskuje več različnih specialistov.

Koordinacija obravnave.

Pomanjkanje koordinacije oskrbe med različnimi specialisti vodi v neprimerno uporabo bolnišničnih specialističnih storitev, v podvajanje diagnostičnih preiskav in v večje število nepotrebnih hospitalizacij s posledično višjimi stroški zdravljenja.

Pacientov čas in potni stroški.

Zaradi manj goste mreže izvajalcev in zaradi večjega števila obiskov različnih specialistov pacient porabi več časa za zdravstvene obravnave, povišajo se tudi potni stroški.

Pacientovi stroški zaradi izgube produktivnosti.

Čas zdravljenja je lahko v sistemu brez primarnega zdravstvenega varstva po eni strani krajši, kadar pacient pride takoj v obravnavo k pravemu specialistu, ki lahko hitro opravi vse potrebne diagnostične preiskave in terapevtske storitve. Čas zdravljenja se skrajša tudi, ker ni čakalnih dob za obravnavo pri specialistu.

Po drugi strani se lahko čas zdravljenja tudi zelo podaljša, če pacient izbere napačnega specialista, če so čakalne dobe na diagnostične preiskave dolge ali če specialist z dodatnimi preiskavami in terapevtskimi storitvami podaljšuje trajanje zdravljenja.

3.4.2.3 Učinki za družbo v sistemu brez primarnega zdravstvenega varstva

Celotni stroški zdravstva.

Zdravstveni sistem z neposrednim dostopom do specialistične obravnave na sekundarni ravni je dražji od sistema, kjer pacienti v sistem vstopajo preko primarne ravni zdravstvenega varstva. Cena ene obravnave v specialistični ambulanti na sekundarni ravni je bila v letu 2014 13,07 €, medtem ko je bila cena enake obravnave v ambulanti družinske medicine 6,00 €.

V sistemu, v katerem pacient dostopa neposredno do kateregakoli specialista, se močno povečata število ambulantnih specialističnih obravnav na sekundarni ravni ter število in trajanje hospitalizacij. Število storitev se dodatno poveča tudi zaradi neustreznih (nepotrebnih, nepravilnih) obravnav. Število hospitalizacij naraste po eni strani zaradi več ponudbe v primerih, ko bi pacienti lahko bili oskrbljeni ambulantno, po drugi strani pa tudi zaradi manj celovite obravnave in pomanjkanja preventivnih storitev. Zaradi slabe povezanosti obravnave in pomanjkanja sodelovanja med različnimi izvajalci in strokovnjaki prihaja do podvajanja diagnostičnih preiskav.

Dodatno k povečanju števila obravnav prispeva intenzivnejša obravnava pacientov z večjim številom izvedenih storitev in pregledov zaradi načina plačevanja izvajalcev, ki so v tovrstnih sistemih običajno plačani po izvedenih storitvah.

Učinkovitost izvajanja storitev.

Pri primerni uporabi so storitve specialistov na sekundarni ravni učinkovite.

Ker so izvajalci plačani po izvedenih storitvah, niso motivirani za izvajanje preventivnih storitev, ki bi pomagale ohranjati dobro zdravje pacientov, po drugi strani pa izvajajo diagnostične in kurativne zdravstvene storitve, ki morda niso vse nujno potrebne.

Več sredstev, namenjenih zdravstvu, in več pacientov na sekundarni ravni omogočajo intenzivnejši strokovni razvoj in hitrejšo vpeljavo novih zdravstvenih tehnologij, kar omogoča zdravljenje v skladu z najsodobnejšimi znanstvenimi spoznanji.

Povezanost obravnave.

V sistemu brez primarnega zdravstvenega varstva ni opredeljevanja oseb pri izbranem osebnem zdravniku in torej nihče od izvajalcev ne vodi pacientove celotne zdravstvene dokumentacije. Obravnava je razdrobljena. Skrb za prenos informacij o zdravstvenem stanju, za hranjenje izvidov diagnostičnih preiskav in njihovo posredovanje drugim zdravnikom je prepuščena pacientu.

Pravočasnost obravnave.

Pravočasnost obravnave je odvisna od čakalnih dob za diagnostične in terapevtske storitve. Neposreden dostop do specialista na sekundarni ravni brez dolgih čakalnih dob zagotavlja pravočasno obravnavo pacientov, kar izboljša izide zdravljenja, skrajša čas boleznin in zmanjša potrebo po zdravstvenih storitvah, kar vse vpliva na nižje celotne stroške zdravljenja in nižje družbene stroške zaradi izgube produktivnosti.

Stroškovna učinkovitost sistema.

Pacient se sam odloči katerega specialista bo obiskal in kadar je obisk specialista ustrezen, torej pravilen in upravičen, se prihrani del stroškov obiska ambulante družinske medicine, deloma pa specialist opravi storitve, ki bi jih sicer izvedel zdravnik družinske medicine. V določenem delu primerov je obisk specialista sicer potreben/upravičen, vendar nepravilen (pacient izbere napačnega specialista), in v teh primerih pacient lahko ne prejme optimalne zdravstvene obravnave, kar lahko škoduje končnemu izidu zdravljenja in poveča stroške zdravljenja. Izbrani specialist lahko pacienta tudi preusmeri k ustreznemu specialistu, v

tem primeru je obisk prvega specialista nadomestek za obisk ambulante družinske medicine, vendar dražji. Določen del pacientov obišče specialista na sekundarni ravni za storitve, ki bi jih sicer opravil družinski zdravnik (specialist nadomesti družinskega zdravnika) in v teh primerih so storitve primarne ravni izvedene na sekundarni ravni in zato dražje.

Sistem je dražji zaradi večjega števila ambulantnih specialističnih obravnav in zaradi večjega števila hospitalizacij in zaradi daljših hospitalizacij.

Pomanjkanje koordinacije oskrbe med različnimi specialisti vodi v neprimerno uporabo ambulantnih specialističnih storitev (na sekundarni ravni), v podvajanje diagnostičnih preiskav in v večje število nepotrebnih hospitalizacij s posledično višjimi stroški zdravljenja.

Pravičnost/enakost obravnave.

Obravnava pri specialistih na sekundarni ravni je omogočena vsem pacientom z ustreznim zdravstvenim zavarovanjem oziroma proti plačilu. Enakost v dostopu do obravnave je odvisna od sistema zdravstvenega zavarovanja.

Družbeni stroški zaradi izgube produktivnosti.

Načeloma je v sistemu z neposrednim dostopom do specialistične oskrbe, če je zagotovljen takojšen dostop, pacient oskrbljen hitro, zato se pri nekaterih pacientih lahko skrajša čas bolniškega staleža.

3.4.3 Model 3: vstop preko urgentnega centra

3.4.3.1 Neposredni stroški vstopa preko urgentnega centra

V modelu 3 ugotavljamo, koliko bi se povečali stroški v primerjavi z modelom 1, če bi določen del pacientov namesto v ambulantah družinske medicine v zdravstveni sistem vstopil na urgenci. Analiza se nanaša zgolj na leto 2014, ker so bili tega leta uvedeni novi urgentni centri in so podatki o urgentnih obravnavah dostopni le za to leto.

V tabeli 13 je prikazano, da je bilo v letu 2014 v Sloveniji v urgentni službi izvedenih 641.847 obravnav, katerih skupna vrednost je bila 86.031.675,00 €.

Povprečna cena ene obravnave v urgentni službi je bila 134,04 € in je 22,33-krat višja od cene ene obravnave v ambulanti družinske medicine, ki je v letu 2014 znašala 6,00 € (tabela 8).

Tabela 13: Število in vrednost urgentnih obravnav ter povprečna cena ene urgentne obravnave, Slovenija, 2014

	2014
Število urgentnih obravnav	641.847
Vrednost urgentnih obravnav (v €)	86.031.675,00
Povprečna cena ene urgentne obravnave (v €)	134,04

Vir podatkov: Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Enotna metodologija organizacije urgentnih centrov v Republiki Sloveniji, 2015; lasten izračun.

Skupno vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine v okviru vratarstva v modelu 3 smo izračunali tako, da smo število obravnav v ambulantah družinske medicine v modelu 1 (tabela 8) zmanjšali za število urgentnih obravnav (tabela 13), jih pomnožili s povprečno ceno ene obravnave v ambulanti družinske medicine (tabela 8) in dobljeno vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine ob upoštevanju urgentnih obravnav prišteli vrednosti urgentnih obravnav (tabela 14). Pri izračunu stroškov v modelu 3 nismo upoštevali stroškov obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni.

Tabela 14: Model 3 – skupna vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine v okviru vratarstva in urgentnih obravnav ob upoštevanju urgence, hipotetični model za Slovenijo, 2014

	2014
Število urgentnih obravnav	641.847
Vrednost urgentnih obravnav (v €)	86.031.675,00
Število obravnav v ambulantah družinske medicine ob upoštevanju urgence	5.058.671
Vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine ob upoštevanju urgence (v €)	30.356.801,13
Skupna vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine in urgentnih obravnav ob upoštevanju urgence (v €)	116.388.476,13

Razliko v vrednosti obravnav ob upoštevanju urgentnih obravnav med modelom 1 in modelom 3 prikazuje tabela 15.

Če upoštevamo, da del pacientov (v modelu 3 je to 11,2 %) v zdravstveni sistem ne vstopa preko ambulant družinske medicine temveč preko urgence, so skupni stroški zdravstva višji za 82,2 milijona €.

Tabela 15: Razlika v vrednosti obravnav, povezanih z vratarstvom, med obstoječim sistemom vratarstva (model 1) in ob upoštevanju urgence (model 3)

	2014
Model 1: vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine v okviru vratarstva (v €)	34.208.489,00
Model 3: Skupna vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine in urgentnih obravnav ob upoštevanju urgence (v €)	116.388.476,13
Razlika med modelom 1 in modelom 3 (v €)	82.179.987,13

Opomba: Pri modelu 3 so upoštevani samo stroški obravnav v ambulantah družinske medicine in v urgentnih centrih, stroški obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni niso upoštevani.

3.4.3.2 Učinki za posameznika ob vstopu preko urgentnega centra

Dostopnost do obravnave.

V urgentnih centrih sta omogočena neposreden dostop do specialistične obravnave na sekundarni ravni (internistična, kirurška, ginekološka služba) in takojšen dostop do nujnih diagnostičnih preiskav. Urgentni centri v obravnavo sprejmejo vse osebe z zdravstvenimi težavami, ki so nastopile v zadnjih 24 urah.

Namenjeni so obravnavi pacientov z nujnimi zdravstvenimi stanji, ki ogrožajo življenje. Pacienta lahko na obravnavo v urgentni center napoti tudi izbrani osebni zdravnik, kadar meni, da zdravstveno stanje pacienta zahteva takojšnjo diagnostično in terapevtsko obravnavo na sekundarni ravni. Zdravniško pomoč v urgentnih centrih poiščejo tudi pacienti, ki obravnavo potrebujejo izven uradnih ur ambulante svojega izbranega osebnega zdravnika.

V praksi so dobro dostopnost do specialistične obravnave na sekundarni ravni in diagnostičnih storitev začeli izkoriščati posamezniki, ki se z vstopom v zdravstveni sistem preko urgentnih centrov izognejo obravnavi v ambulantni družinske medicine ter preskočijo čakalne vrste za diagnostične preiskave in za pregled pri specialistu na sekundarni ravni.

Kontinuiteta obravnave.

Zdravstvena obravnava v urgentnem centru ne zagotavlja kontinuirane zdravstvene obravnave. O obravnavi v urgentnem centru se ne obvešča izbrani osebni zdravnik. Zdravstveno dokumentacijo o obravnavi z izvidi preiskav pacient sam odnese svojemu izbranemu osebnemu zdravniku, če sam tako želi ali če je k njemu naročen na kontrolni pregled.

Celovitost obravnave.

Zdravstvena obravnava v urgentnem centru je izrazito usmerjena v reševanje nujnih stanj in se osredotoča na reševanje omejenega nabora diagnoz. Pacient v urgentni obravnavi bo oskrbljen izključno za težavo, ki je vodilni razlog obiska urgence. Celovitost obravnave v urgentnem centru je močno omejena.

Koordinacija obravnave.

Za nujno oskrbo pacientov v urgentnem centru skrbi interdisciplinarni tim strokovnjakov, katerih delo je medsebojno sicer dobro koordinirano, vendar gre za enkratno obravnavo pacienta. Obravnava v urgentnem centru ni koordinirana s službami izven njega in ne omogoča dolgotrajnejšega zdravljenja. Pogosto so v okviru urgentne obravnave diagnosticirane bolezni, ki zahtevajo dolgotrajnejše zdravljenje, zato so pacienti usmerjeni bodisi v bolnišnično zdravljenje, ambulantno specialistično zdravljenje na sekundarni ravni ali na zdravljenje v ambulantno družinske medicine.

Pacientov čas in potni stroški.

Urgentna obravnava je časovno zelo zamudna, običajno traja minimalno 2 uri, lahko pa tudi 6 ur in več. Čakalna vrsta je nepredvidljiva in ob dnevih z večjim obiskom lahko mine tudi več ur, preden pride pacient na vrsto za obravnavo. Mreža urgentnih centrov je razpršena in zagotavlja enakomerno pokritost po državi, vendar je bistveno redkejša od mreže ambulant družinske medicine, zato je čas potovanja daljši in potni stroški višji.

Pacient, ki bi bil oskrbljen v ambulanti družinske medicine, bi isto storitev opravil v bistveno krajšem času in v bližini svojega doma.

Pacientovi stroški zaradi izgube produktivnosti.

Dolgo trajanje obravnave v urgentnem centru lahko pomeni, da mora pacient ta dan v celoti izostati z delovnega mesta. To v primeru obravnave v ambulanti družinske medicine ne bi bilo potrebno.

Po drugi strani pacient v enem dnevu prejme tudi nekatere diagnostične stitve, za katere bi sicer moral posebej obiskati specializirane ustanove in bi tako moral z delovnega mesta izostati več dni.

Pri obravnavi stanj, ki zahtevajo daljše zdravljenje, na dolžino odsotnosti z delovnega mesta vpliva predvsem zdravstveno stanje pacienta in ne toliko ustanova obravnave.

3.4.3.3 Učinki za družbo ob vstopu preko urgentnega centra

Celotni stroški zdravstva.

Zaradi pacientov, ki urgentne oskrbe ne potrebujejo in jo izrabljajo zato, da preskočijo čakalne vrste in zaobidejo obravnavo na primarni ravni, se močno povečajo celotni stroški zdravstva, saj je obravnava v okviru urgentnega centra s ceno 134,04 € (podatek za leto 2014) bistveno dražja od obravnave z enakim izidom zdravljenja v ambulanti družinske medicine, katere cena v letu 2014 je bila 6,00 €.

Učinkovitost izvajanja storitev.

V okviru urgentne obravnave so pri pacientih izvedene nekatere napredne diagnostične preiskave, ki v okviru zdravljenja v ambulanti družinske medicine ne bi bile izvedene oziroma bi jih nadomestili z drugimi cenejšimi preiskavami, ki pa bi vodile v enako uspešno zdravljenje.

Urgentna obravnava je namenjena oskrbi nujnih stanj in je v teh primerih tudi učinkovita glede izvajanja storitev.

Povezanost obravnave.

Povezanost obravnave ni značilnost zdravstvene obravnave v urgentnem centru in njena odsotnost vpliva na izide zdravljenja. Je pa pomembno, da se o zdravstveni obravnavi v urgentnem centru in izvidih opravljenih diagnostičnih preiskav obvesti izbranega osebnega zdravnika družinske medicine in po potrebi drugega specialista na sekundarni ravni, ki bo nadaljeval zdravljenje pacienta.

Pravočasnost obravnave.

Zdravstvena obravnava v urgentnem centru je takojšnja. Na enem mestu in ob enem obisku pacient prejme vse nujne specialistične diagnostične in terapevtske storitve, ki pa so omejene le na oskrbo nujnega zdravstvenega stanja.

Stroškovna učinkovitost sistema.

Urgentni centri so namenjeni reševanju življenje ogrožajočih stanj, multidisciplinarni tim strokovnjakov pri tem uporabi vsa razpoložljiva sredstva, tehnike in procedure. Takšna oskrba ima zelo visoko ceno.

Oskrba nenujnih stanj v urgentnem centru stroškovno ni upravičena, saj je mogoče enako učinkovito oskrbo zagotoviti po nižji ceni v ambulanti družinske medicine oziroma v specialistični ambulanti na sekundarni ravni.

Pravičnost/enakost obravnave.

Oskrba življenje ogrožajočih stanj v urgentnem centru je zagotovljena vsaki osebi, ne glede na to, ali ima urejeno zdravstveno zavarovanje ali ne. Oskrba drugih nujnih stanj je zagotovljena osebam z urejenim OZZ.

Družbeni stroški zaradi izgube produktivnosti.

Družbeni stroški zaradi izgube produktivnosti pacientov, ki vstopajo v zdravstveni sistem preko urgentnih centrov, so lahko nižji kot v primeru obravnave v ambulanti družinske medicine ali specialistični ambulanti na sekundarni ravni, saj pacienti takoj prejmejo ustrezno diagnostično obravnavo in specialistično zdravljenje, kar pomeni, da so zdravljeni hitreje in se zato v nekaterih primerih lahko hitreje vrnejo na delo. Pacienti, ki ne potrebujejo specialističnih storitev sekundarne ravni, so enako hitro in enako učinkovito obravnavani v ambulanti družinske medicine.

Zaradi čakalnih dob na diagnostične preiskave in na specialistično obravnavo na sekundarni ravni se lahko zdravljenje pri pacientih, obravnavanih v ambulanti družinske medicine ali v specialistični ambulanti na sekundarni ravni, močno zavleče in podaljša bolniški stalež.

3.4.4 Model 4: sistem z okrepljenim vratarstvom

Okrepljeno vratarstvo pomeni okrepitev primarnega zdravstvenega varstva. Pri tem se več obravnav v celoti opravi v ambulanti družinske medicine in se pacienti manj napotujejo v druge specializirane ustanove na diagnostične preiskave in zdravljenje, ki jih lahko izvede tim družinske medicine v svoji ambulanti. Ambulanti družinske medicine se zagotovi tudi dostop do več tehnične opreme in podpornih storitev za izvedbo širšega nabora diagnostičnih preiskav in terapevtskih storitev.

Pri okrepljenem vratarstvu se torej poveča število diagnostičnih preiskav in terapevtskih storitev, izvedenih v ambulanti družinske medicine. Število napotitev na diagnostične preiskave v druge specializirane ustanove se pri tem bistveno ne zmanjša, lahko se celo poveča, saj paciente, ki bi jih sicer napotili na zdravljenje k specialistom na sekundarni ravni, sedaj obravnavajo sami, za to pa potrebujejo ustrezno diagnostično podporo. Te diagnostične preiskave bi pacienti sicer opravili v okviru zdravljenja na sekundarni ravni.

Čakalne dobe za diagnostične preiskave v drugih ustanovah morajo biti ustrezno kratke, saj bi sicer paciente, ki potrebujejo hitro diagnostiko, zdravniki družinske medicine napotili na sekundarno raven samo zato, da hitreje pridejo do potrebne diagnostične preiskave (bolnišnično zdravljeni pacienti imajo prednost pri dostopu do diagnostičnih preiskav pred ambulantno zdravljenimi pacienti). Pri tem je treba še enkrat poudariti, da se v sistemu z okrepljenim vratarstvom poveča število napotitev na diagnostične preiskave iz ambulant družinske medicine, in sicer na račun pacientov, ki bi bili sicer napoteni na zdravljenje na sekundarno raven, kjer bi jim izvedli iste preiskave. Vendar kljub temu, da se poveča število pacientov, napotnih na diagnostične preiskave iz ambulante družinske medicine, ostane skupno število izvedenih diagnostičnih preiskav približno nespremenjeno, saj se ustrezno zmanjša število pacientov, katerim preiskave izvedejo v okviru obravnav na sekundarni ravni.

Manjše število napotitev na zdravljenje na sekundarno raven pomeni tudi manjše obremenitve specialistov na sekundarni ravni, rezultat pa so tudi krajše čakalne dobe. Krajše čakalne dobe pa pomenijo, da tisti pacienti, ki nedvomno potrebujejo obravnavo pri specialistu na sekundarni ravni, hitreje pridejo do obravnave in do ustreznega zdravljenja, kar lahko skrajša trajanje ter zniža stroške in izboljša izide zdravljenja.

Glede kontrolnih pregledov se v sistemu z okrepljenim vratarstvom poveča število pacientov, ki so na kontrolni pregled usmerjeni k izbranemu osebnemu zdravniku družinske medicine, in zmanjša število pacientov za kontrolne preglede pri specialistih na sekundarni ravni. To dodatno razbremeni specialiste na sekundarni ravni in skrajša čakalne dobe, po drugi strani pa poveča obremenitev timov družinske medicine.

Sistem z okrepljenim vratarstvom zagotavlja tudi okrepitev preventivnih storitev s presejalnimi pregledi za pogostejše bolezni in dejavnike tveganja zanje ter s svetovanjem za zdrav življenjski slog. Model referenčnih ambulant, ki jih v Sloveniji uvajamo od leta 2011 in so ob koncu leta 2015 obsegale približno tri četrtine vseh ambulant družinske medicine v Sloveniji, s centri za krepitev zdravja za izvajanje programa za podporo pri spreminjanju življenjskega sloga, že zdaj zagotavlja izvajanje potrebnih preventivnih aktivnosti, v primeru okrepitve vratarstva pa bi bilo treba zagotoviti povečanje kapacitet izvajalcev.

Okrepljeno vratarstvo pomeni tudi zmanjšanje števila hospitalizacij, ki se jim je mogoče s kakovostno obravnavo v ambulanti družinske medicine izogniti, saj bolj temeljito vodenje kroničnih bolnikov zmanjša število akutnih zapletov bolezni, ki pogosto zahtevajo hospitalizacije pri boleznih, kot so astma, popuščanje srca, KOPB, arterijska hipertenzija, sladkorna bolezen in druge.

3.4.4.1 Neposredni stroški povezani z vratarstvom v sistemu z okrepljenim vratarstvom

V modelu 4 ugotavljamo, za koliko se zmanjšajo celotni stroški zdravstva, povezani z vratarstvom, za vsak 1 % nižji delež napotitev iz ambulant družinske medicine na sekundarno raven.

Izhodiščno število in vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine ter število in vrednost obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni za obdobje 2012–2014 (model 1) prikazuje tabela 16, medtem ko so število in vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine ter število in vrednost obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni ob zmanjšanem napotovanju za 1 % (model 4) prikazani v tabeli 17.

Tabela 16: Model 1 – skupna vrednost obravnav v okviru vratarstva v ambulantah družinske medicine in specialističnih ambulantah na sekundarni ravni, Slovenija, 2012–2014

	2012	2013	2014
Število obravnav v ambulantah družinske medicine	5.430.225	5.591.017	5.700.518
Vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine (v €)	34.324.519	33.806.178	34.208.489
Število obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni	4.441.876	4.697.563	4.739.749
Vrednost obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni (v €)	62.472.500	60.013.873	61.959.864

Vir podatkov: ZZZS, Podatki o planu in realizaciji zdravstvenih storitev, 101 Osnovna dejavnost, Plan in realizacija za obdobje od 1. 2012 do 12. 2012, 2013b; ZZZS, Podatki o planu in realizaciji zdravstvenih storitev, Q86.210 Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost, Plan in realizacija za obdobje od 1. 2013 do 12. 2013, 2014b; ZZZS, Podatki o planu in realizaciji zdravstvenih storitev, Q86.210 Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost, Plan in realizacija za obdobje od 1. 2014 do 12. 2014, 2015e; ZZZS, Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št.1/13 (za obdobje januar–december 2012), 2013a, str. 7, tabela 3.4.1; ZZZS, Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št.1/14 (za obdobje januar–december 2013), 2014, str. 7, tabela 3.4.1; ZZZS, Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št.1/15 (za obdobje januar–december 2014), 2015d, str. 7, tabela 3.4.1.

Število obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni obsega število prvih in število ponovnih obiskov. Med prvimi obiski so tako pacienti, ki so jih v specialistične ambulante napotili zdravniki družinske medicine, kot tudi pacienti, ki so jih napotili specialisti na sekundarni ali terciarni ravni.

Iz ambulant družinske medicine je bilo na obravnavo v specialistične ambulante na sekundarni ravni napotenih 851.508 pacientov v letu 2012, 900.419 v letu 2013 in 921.631

pacientov v letu 2014, kar predstavlja 15,68 %, 16,10 % in 16,17 % vseh obravnav zaporedno v istih letih (tabela 3, poglavje 2.3.5).

Tabela 17: Model 4 – skupna vrednost obravnav v okviru vratarstva v ambulantah družinske medicine in specialističnih ambulantah na sekundarni ravni ob zmanjšanju napotovanja za 1 %, Slovenija, 2012–2014

	2012	2013	2014
Število obravnav v ambulantah družinske medicine ob zmanjšanem napotovanju za 1 %	5.482.365	5.645.297	5.759.300
Vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine ob zmanjšanem napotovanju za 1 % (v €)	34.654.097	34.134.381	34.561.235
Število obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni ob zmanjšanem napotovanju za 1 %	4.335.434	4.587.373	4.623.962
Vrednost specialističnih ambulantnih obravnav ob zmanjšanem napotovanju za 1 % (v €)	60.975.449	58.606.140	60.446.253

Ob zmanjšanem napotovanju za 1 % je število napotenih pacientov iz ambulant družinske medicine v specialistične ambulante na sekundarni ravni 797.206 v letu 2012, 844.509 v letu 2013 in 864.626 v letu 2014.

V modelu 4 je zaradi manjšega števila napotitev manj prvih in manj ponovnih pregledov v ambulantah na sekundarni ravni. Število obravnav na sekundarni ravni se zmanjša za število prvih pregledov nenapotenih pacientov iz ambulant družinske medicine in za število ponovnih pregledov teh pacientov.

Ponovne preglede nenapotenih pacientov v modelu 4 opravijo ambulante družinske medicine, zato se število obravnav v ambulantah družinske medicine poveča za število ponovnih pregledov pri nenapotenih pacientih.

Iz izračunov izhaja, da bi bila skupna vrednost obravnav ambulantah družinske medicine in specialističnih ambulantah na sekundarni ravni v povezavi z vratarstvom za vsak 1 % manj napotitev iz ambulant družinske medicine manjša za skoraj 1,2 milijona € v letu 2012, za dober milijon € v letu 2013 in za 1,16 milijona € v letu 2014 (tabela 18).

Tabela 18: Razlika v vrednosti obravnjav, povezanih z vratarstvom, med obstoječim sistemom vratarstva (model 1) in ob zmanjšanju napotovanja za 1 % (model 4), hipotetični model za Slovenijo, 2012–2014

	2012	2013	2014
Model 1: skupna vrednost obravnjav v ambulantah družinske medicine in obravnjav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni v obstoječem sistemu (v €)	96.797.019	93.820.051	96.168.353
Model 4: skupna vrednost obravnjav v ambulantah družinske medicine in obravnjav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni ob zmanjšanem napotovanju za 1 % (v €)	95.629.546	92.740.520	95.007.487
Razlika med modelom 1 in modelom 4 (v €)	-1.167.473	-1.079.531	-1.160.866

Z okrepljenim vratarstvom se izboljša tudi oskrba kroničnih bolnikov, kar se kaže z zmanjšanjem števila hospitalizacij zaradi akutnih poslabšanj in zapletov. Do tovrstnih hospitalizacij, ki se jim je s kakovostno oskrbo na primarni ravni mogoče izogniti, tipično pride pri neustrezno vodenih kroničnih bolnikih z astmo, KOPB, srčnim popuščanjem, arterijsko hipertenzijo in sladkorno boleznijo. V Sloveniji je po poročanju Nolte et al. (2015) število hospitalizacij bolnikov s sladkorno boleznijo, KOPB in arterijsko hipertenzijo pod povprečjem držav OECD, priložnosti za povečanje učinkovitosti pa so predvsem v visokem številu hospitalizacij bolnikov s srčnim popuščanjem, pa tudi z astmo.

Če bi se število hospitalizacij zaradi astme in srčnega popuščanja približalo povprečju držav OECD, bi v letu 2013 zmanjšali stroške bolnišničnih obravnjav za 9,8 milijona € (tabela 19).

Tabela 19: Znižanje stroškov bolnišničnih obravnjav z zmanjšanjem hospitalizacij zaradi astme in srčnega popuščanja, ki jih je mogoče preprečiti, hipotetični model za Slovenijo, 2013

	Število hospitalizacij	Delež preseganja povprečja držav OECD	Zmanjšano število zaradi okrepljenega vratarstva	Razlika	Cena hospitalizacije v 2013 (v €)	Prihranek z okrepljenim vratarstvom 2013 (v €)
Astma	1344	20%	1120	224	4.676,71	1.047.582,29
Popuščanje srca	5623	50%	3749	1874	4.676,71	8.765.707,15
Skupaj prihranek						9.813.289,44

Vir podatkov: Nacionalni inštitut za javno zdravje, Podatkovni portal, b. l.

3.4.4.2 Učinki za posameznika v sistemu z okrepljenim vratarstvom

Dostopnost do obravnave.

Da bi okrepili sistem vratarstva, bi bilo treba povečati število timov družinske medicine in zmanjšati število opredeljenih pacientov. Ob tem je nujno treba zagotoviti mrežo tudi na geografsko odročnih območjih. Zagotoviti je treba tudi daljši delovni čas ambulant in nadomeščanja v času izven uradnih ur (da v tem času pacienti ne bi iskali oskrbe v urgentnih centrih). Vse to bi izboljšalo dostopnost do obravnave.

Širši nabor diagnostičnih in terapevtskih storitev, izvedenih v ambulanti družinske medicine, bi zagotovil takojšen dostop do teh storitev, brez čakalnih vrst.

Kontinuiteta obravnave.

Obvezna opredelitev pri izbranem osebnem zdravniku zagotavlja dobro kontinuiteto obravnave v sistemu z močnim vratarstvom.

Celovitost obravnave.

Močno primarno zdravstveno varstvo z okrepljenim vratarstvom omogoča izvajanje celovite zdravstvene obravnave pacientov.

Koordinacija obravnave.

V sistemu z okrepljenim vratarstvom je vloga tima družinske medicine tudi koordinacija obravnave pacienta, ko tega obravnavajo drugi strokovnjaki na primarni ravni zdravstvenega varstva ali specialisti na sekundarni ravni.

Pacientov čas in potni stroški.

Ko pacient ob enem obisku prejme celovito diagnostično in zdravstveno oskrbo v ustanovi blizu njegovega doma, so minimizirani potni stroški in čas, ki ga pacient porabi za obravnavo.

Koncept zdravstvenih domov, v katerih imajo pacienti dostop tako do ambulante družinske medicine kot laboratorijskih in nekaterih drugih diagnostičnih storitev, pa tudi do nekaterih drugih specialističnih storitev (fizioterapija, delovna terapija, logopedija, psihologija ipd.), zagotavlja širok nabor storitev na enem mestu s takojšnjim dostopom.

Pacientovi stroški zaradi izgube produktivnosti.

Celovita obravnava pacienta pripomore k boljšemu zdravju, v primeru bolezni pa hitra in pravočasna obravnava na enem mestu pomeni krajši čas do ozdravitve in s tem krajši bolniški stalež.

3.4.4.3 Učinki za družbo v sistemu z okrepljenim vratarstvom

Celotni stroški zdravstva.

Močno primarno zdravstveno varstvo z močnim vratarstvom ne pomeni nujno nižjih celotnih stroškov zdravstva, pomeni pa boljše zdravje prebivalstva in torej večjo učinkovitost zdravstvenega sistema.

Učinkovitost izvajanja storitev.

Sistem z okrepljenim vratarstvom zagotavlja, da so na obravnavo k specialistom na sekundarno raven napoteni tisti pacienti, ki jo resnično potrebujejo. Ostali pacienti so učinkovito oskrbljeni na primarni ravni.

V sistemu z okrepljenim vratarstvom se skrajšajo čakalne dobe za obravnavo pri specialistu na sekundarni ravni, kar pomeni, da bodo tisti pacienti, ki jo zares potrebujejo, hitreje prišli do potrebne zdravstvene oskrbe.

Povezanost obravnave.

Povezanost obravnave se dodatno izboljša, če je zagotovljena dobra komunikacija med različnimi izvajalci in strokovnjaki tako znotraj primarne ravni kot ob prehajanju med primarno in sekundarno ravno zdravstvenega varstva. Dodatno k temu pripomore dobra informacijsko tehnološka podpora.

Pravočasnost obravnave.

Za pravočasno obravnavo v sistemu z okrepljenim vratarstvom je pomembno, da čakalne dobe na diagnostične preiskave v specializiranih ustanovah niso dolge oziroma da jih ni.

Stroškovna učinkovitost sistema.

Sistem z močnim primarnim zdravstvenim varstvom ni nujno cenejši, zagotavlja pa boljše izide zdravljenja in tudi manj obolenja, torej je stroškovno učinkovit.

Pravičnost/enakost obravnave.

Dobra dostopnost do celovite zdravstvene oskrbe blizu doma zagotavlja enako in pravično obravnavo pacientov, seveda povezano s sistemom zdravstvenega zavarovanja. Okrepljeno primarno zdravstveno varstvo vključuje tudi uporabo posebnih pristopov za vključevanje ranljivih populacij, kar zmanjšuje neenakosti v dostopu do zdravstvenega varstva in neenakosti v zdravju.

Družbeni stroški zaradi izgube produktivnosti.

Celovita oskrba opredeljenih pacientov, vključno s presejanjem za zgodnje odkrivanje bolezni, ter programi preventive in promocije zdravja, pripomore k ohranjanju zdravja prebivalstva, z zagotavljanjem hitre in pravočasne oskrbe pa tudi h krajšemu poteku bolezni, kadar ta nastopi. Družbeni stroški zaradi izgube produktivnosti so zato manjši.

SKLEPI S PRIPOROČILI GLEDE VRATARSTVA V SLOVENIJI

Analizo dobrobiti in stroškov vratarske vloge timov družinske medicine v Sloveniji smo izvedli s primerjavo štirih modelov vstopa pacientov v zdravstveni sistem. Model 1 opisuje obstoječ sistem vratarstva, model 2 je hipotetičen model z opisom sistema brez primarne ravni zdravstvenega varstva in torej brez vratarstva, model 3 opisuje sistem ob upoštevanju vstopa preko urgentnih centrov in model 4 opisuje sistem z okrepitevijo vratarske vloge tima družinske medicine.

Vse štiri modele smo primerjali glede na neposredne stroške zdravstva, povezane z vratarsko vlogo tima družinske medicine, glede na učinke za pacienta in glede na učinke za celotno družbo. Pri tem smo izhajali iz predpostavke, da je zdravstvena obravnava v vseh modelih enako uspešna in varna, da med modeli torej ni razlik v izidih zdravljenja.

Za izračun neposrednih stroškov zdravstva smo upoštevali dejanske cene obravnav v različnih zdravstvenih službah (tabela 20).

Tabela 20: Povprečna cena obravnave v različnih zdravstvenih službah, Slovenija, 2012–2014

Povprečna cena obravnave	2012	2013	2014
Ambulanta družinske medicine (v €)	6,32	6,05	6,00
Specialistična ambulanta na sekundarni ravni (v €)	14,06	12,78	13,07
Bolnišnična obravnava (hospitalizacija) (v €)	4.624,63	4.676,71	4.624,92
Urgentna obravnava (v €)	/	/	134,04

Opomba: Urgentne obravnave so prikazane samo za leto 2014 zaradi dostopnosti podatkov.

Rezultati primerjave štirih modelov glede na neposredne stroške zdravstva, povezane z vratarско vlogo tima družinske medicine, so prikazani v tabeli 21.

V obstoječem sistemu (model 1) je skupna vrednost obravnav v okviru vratarstva v ambulantah družinske medicine in obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni leta 2012 znašala 96,8 milijona €, leta 2013 93,8 milijona € in leta 2014 96,2 milijona €.

Ob odsotnosti vratarstva in primarnega zdravstvenega varstva v celoti, če bi torej pacienti vstopali v zdravstveni sistem neposredno pri specialistih na sekundarni ravni (model 2), bi bili skupni stroški zdravstva večji za preko 30 milijonov € v letu 2012, za 26,7 milijona € v letu 2013 in za dobrih 29,5 milijona € v letu 2014.

Tabela 21: Razlike med modeli v skupnih vrednostih obravnav, povezanih z vratarско vlogo tima družinske medicine

	2012	2013	2014
Model 1 – obstoječi sistem: skupna vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine in obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni (v €)	96.797.019	93.820.051	96.168.353
Model 2 – sistem brez primarnega zdravstvenega varstva: vrednost obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni v sistemu brez vratarstva (v €)	126.869.592	120.575.842	125.716.045
Razlika med modelom 1 in modelom 2 (v €)	30.072.573	26.755.791	29.547.692
Model 1 – obstoječi sistem: vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine v okviru vratarstva (v €)	/	/	34.208.489
Model 3 – sistem ob upoštevanju urgence: skupna vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine in urgentnih obravnav (v €)	/	/	116.388.476
Razlika med modelom 1 in modelom 3 (v €)	/	/	82.179.987
Model 4 – za 1 % manj napotitev: skupna vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine in obravnav v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni ob zmanjšanem napotovanju za 1 % (v €)	95.629.546	92.740.520	95.007.487
Razlika med modelom 1 in modelom 4 (v €)	-1.167.473	-1.079.531	-1.160.866

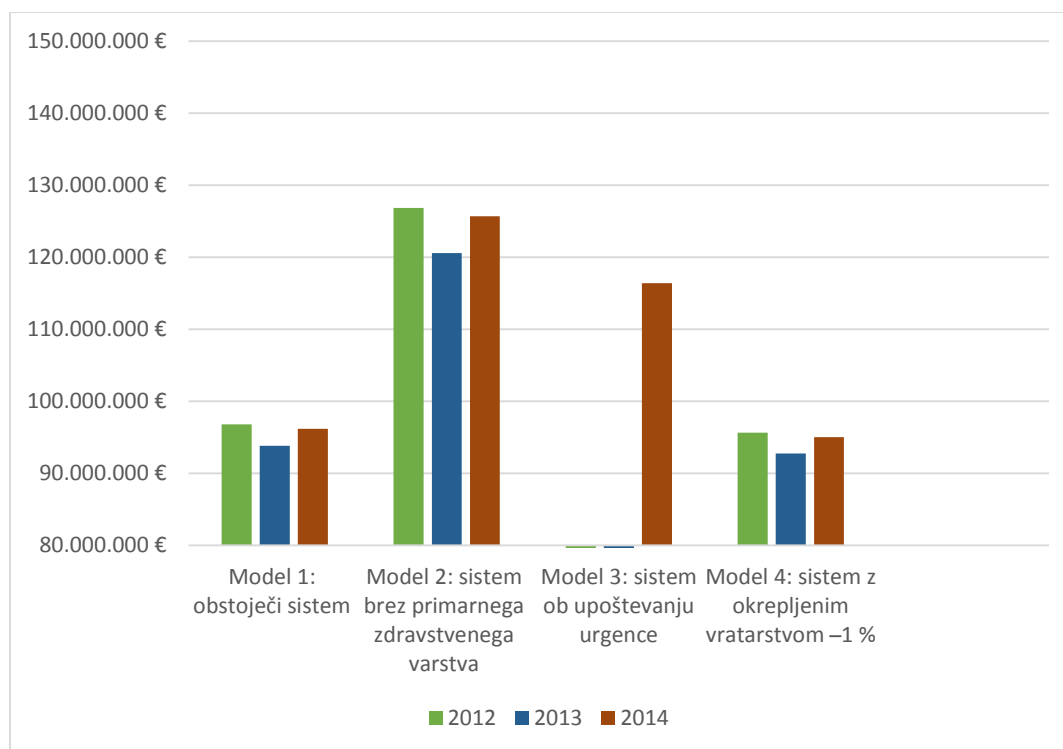
Vrednost obravnav v ambulantah družinske medicine v letu 2014 je znašala 34,2 € milijona €. Če upoštevamo, da del pacientov (v našem primeru je to 11,2 %) ni vstopil v zdravstveni sistem v ambulantah družinske medicine temveč preko urgentnih centrov (model 3), so skupni stroški zdravstva višji za 82,2 milijona €.

Pri zmanjšanju števila napotitev za vsak 1 % (model 4) bi bila skupna vrednost obravnav v povezavi z vratarstvom v ambulantah družinske medicine in v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni v letu 2012 manjša za skoraj 1,17 milijona €, v letu 2013 za dober milijon € in v letu 2014 za 1,16 milijona €.

K temu lahko dodamo še znižanje stroškov ob zmanjšanju števila hospitalizacij zaradi zapletov astme in popuščanja srca, katerim se je mogoče izogniti s kakovostno obravnavo kroničnih bolnikov na primarni ravni, ki bi bili v enem koledarskem letu (v našem primeru v letu 2013) nižji za 9,8 milijona €.

Primerjava neposrednih stroškov zdravstva v povezavi z vratarstvom med različnimi modeli vstopa v zdravstvo so prikazani na sliki 4.

Slika 4: Neposredni stroški zdravstva v različnih modelih vratarstva, hipotetični model za Slovenijo, 2012–2014



Opomba: Pri modelu 3 so upoštevani samo stroški obravnave v ambulantah družinske medicine in v urgentnih centrih, stroški obravnave v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni niso upoštevani. Pri modelih 1, 2 in 4 so prikazane vsote stroškov obravnave v ambulantah družinske medicine in stroški obravnave v specialističnih ambulantah na sekundarni ravni.

S primerjavo modelov smo ugotovili, da se stroški zdravstvenega sistema močno povišajo ob odsotnosti vratarstva in ob vstopu pacientov v zdravstveni sistem preko urgentnih

centrov. Za vsak 1 % nižjo stopnjo napotitev na specialistično obravnavo na sekundarni ravni se celotni stroški zdravstva znižajo za dober milijon €.

Primerjava štirih modelov glede na učinke, povezane z vratarsko vlogo tima družinske medicine, za pacienta, kaže, da močno primarno zdravstveno varstvo z razvejano mrežo izvajalcev, sistemom vratarstva z obvezno izbiro osebnega zdravnika, neomejenim dostopom do obravnave v ambulanti družinske medicine in zagotavljanjem multidisciplinarne obravnave ter nekaterih specialističnih diagnostičnih in terapevtskih storitev v isti ustanovi omogoča boljšo dostopnost do zdravstvenega varstva, boljšo kontinuiteto in večjo celovitost obravnave, vključno s sistematičnim izvajanjem preventivnih dejavnosti. Pacientom s kroničnimi boleznimi in multimorbidnim pacientom zagotavlja koordinirano obravnavo med različnimi strokovnjaki in ustanovami, s sprotnim spremljanjem bolezni pa zmanjšuje število akutnih poslabšanj bolezni in njihovih zapletov. Ko pacient na enem mestu in ob enem obisku prejme potrebne storitve multidisciplinarnega tima strokovnjakov, se mu prihrani čas in zmanjšajo potni stroški, ki bi nastali z obiski številnih različnih izvajalcev na sekundarni ravni. Optimalna oskrba pacienta vključuje tudi kratek čas do ozdravitve in s tem čim krajši bolniški stalež, kar zmanjšuje pacientove stroške zaradi izgube produktivnosti. Seveda sistem pri tem ne omejuje dostopa do specialistične obravnave, kadar jo pacient potrebuje.

Prednost sistema z neposrednim dostopom do specialistične obravnave na sekundarni ravni je, da ni dolgih čakalnih vrst in da pacient prejme obravnavo takoj, potrebne specialistične storitve lahko prejme na enem mestu, vendar je pogosto pri tem hospitaliziran.

Prednost vstopa preko urgentnih centrov za paciente je, da preskočijo čakalne vrste za specialistične diagnostične in terapevtske storitve. Za ta obvod se pacienti odločajo, kadar so čakalne dobe za te storitve nerazumno dolge.

Primerjava štirih modelov glede na učinke, povezane z vratarsko vlogo tima družinske medicine, za celotno družbo kaže, da močno primarno zdravstveno varstvo z vratarstvom zmanjšuje celotne stroške zdravstva predvsem zaradi nižje cene storitev v ambulanti družinske medicine, zaradi načrtne skrbi za ohranjanje pacientovega dobrega zdravja in ne samo zaradi zdravljenja bolezni in hitrejšega zdravljenja bolezni, ko do te pride. Pravočasno in hitro zdravljenje tudi izboljša izide zdravljenja in s tem znižuje tako celotne stroške zdravljenja kot tudi družbene stroške zaradi izgube produktivnosti. Ključno pri tem je seveda skrajšanje čakalnih dob za diagnostične preiskave, kar omogoča hitrejši začetek zdravljenja.

Sistem vratarstva zagotavlja tudi učinkovito izvajanje zdravstvenih storitev, saj so na obravnavo k specialistom na sekundarno raven napoteni tisti pacienti, ki jo resnično potrebujejo, napoteni so tudi k pravemu specialistu, ki lahko pacientu najbolje pomaga. Z

izmenjavo podatkov o pacientu med izvajalci v zdravstvenem sistemu se preprečuje podvajanje diagnostičnih preiskav in izboljšuje kakovost oskrbe, kadar je potrebno sodelovanje več različnih strokovnjakov.

Vključenost celotnega obsega storitev na primarni ravni zdravstvenega varstva v sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja enakost v dostopu do zdravstvene obravnave za vse prebivalce države.

Prednost sistema z neposrednim dostopom do specialistične obravnave na sekundarni ravni je, da več sredstev, namenjenih zdravstvu, in več pacientov na sekundarni ravni omogočajo intenzivnejši strokovni razvoj in hitrejšo vpeljavo novih zdravstvenih tehnologij.

Vstop preko urgentnih centrov je namenjen obravnavi pacientov z nujnimi zdravstvenimi stanji, ki ogrožajo življenje. V primerih, ko morajo pacienti, ki vstopajo v zdravstvo na primarni ravni, za dostop do specialističnih diagnostičnih in terapevtskih storitev čakati v dolgih čakalnih vrstah, začnejo izkoriščati obvod z vstopom preko urgence, kar pa je za zdravstveni sistem zelo draga praksa. Po drugi strani so stroški zaradi izgube produktivnosti lahko nižji kot v primeru vstopa v ambulantni družinske medicine, saj pacienti takoj prejmejo ustrezno diagnostično obravnavo in specialistično zdravljenje, kar skrajša čas bolezni.

Vratarska vloga pomeni, da pacient do specialistične obravnave na sekundarni ravni ne more dostopati neposredno, temveč le, če ga napoti njegov izbrani osebni zdravnik na primarni ravni. Tim družinske medicine vratarsko vlogo uspešno izvaja takrat, ko je pacient oskrbljen že v ambulantni družinske medicine in niso potrebni obiski drugih ustanov, ob tem pa dostop do specialističnih storitev na sekundarni ravni ni omejen, kadar so potrebne za kakovostno zdravstveno oskrbo pacienta. S tem se zmanjša uporaba bolnišničnih specialističnih storitev, izboljša se zdravje prebivalstva in bolj učinkovito se uporabijo sredstva za zdravstvo.

Vratarska vloga tima družinske medicine v Sloveniji v obstoječem sistemu načeloma obsega pravočasno, kakovostno in celovito obravnavo pacienta z diagnosticiranjem in zdravljenjem akutnih in kroničnih bolezni ter s preprečevanjem bolezni in promocijo zdravega načina življenja v okviru multidisciplinarne timske obravnave. Koncept zdravstvenih domov, v katerih imajo pacienti dostop tako do tima družinske medicine kot do drugih specialističnih ter nekaterih laboratorijskih in drugih diagnostičnih storitev, vključuje pa tudi patronažno službo, zagotavlja širok nabor storitev na enem mestu s takojšnjim dostopom, kar omogoča celovito zdravstveno oskrbo in zato bolj odgovarja trenutnim potrebam populacije. V praksi pa smo priča razkrajanju koncepta zdravstvenega doma, predvsem zaradi neustrezne organizacije dela in načina financiranja izvajalcev, ter naraščanju napotovanja pacientov na sekundarno raven s stopnjo napotovanja okoli 16 %

in z velikimi razlikami v celovitosti obravnave med posameznimi izvajalci oziroma zaposlenimi strokovnjaki, kar je pogosto posledica preobremenjenosti timov družinske medicine, ki imajo na voljo premalo časa za kakovostno celovito obravnavo pacientov. Po drugi strani se predvsem v ruralnih območjih Slovenije pojavljajo primeri dobrih praks, kot na primer telefonski posveti s specialisti na sekundarni ravni, ki omogočajo bolj celovito obravnavo pacientov v ambulanti družinske medicine in nižjo stopnjo napotovanja.

Da bi okrepili vratarsko vlogo tima družinske medicine v Sloveniji, je treba ukrepati v treh segmentih zdravstvenega sistema, ki so med seboj povezani: povečati je treba nabor diagnostičnih in terapevtskih storitev, ki jih izvaja tima družinske medicine, zagotoviti je treba takšno organizacijo izvajanja storitev na primarni ravni, ki bo podpirala okrepitev vratarstva, in vpeljati je treba tak način financiranja izvajalcev in zaposlenih, ki bo nagrajeval učinkovito izvajanje vratarske vloge. Zaradi tesne povezave s sekundarno ravno zdravstvenega varstva, je treba ustrezno prilagoditi tudi organizacijo in način financiranja izvajalcev na sekundarni ravni.

Nekateri konkretni ukrepi, s katerimi bi v Sloveniji v trenutnem sistemu okrepili izvajanje vratarske vloge timov družinske medicine, so:

- okrepitev mreže ambulant družinske medicine; za delo na geografsko oddaljenih območjih, ki so manj zanimiva za izvajalce in zaposlene, je treba uvesti stimulacije – organizacijske, finančne in take povezane z zagotavljanjem dobrih pogojev dela;
- znižanje števila opredeljenih pacientov v okviru glavarine za ambulante družinske medicine;
- čimprejšnja zagotovitev sredstev za razširitev referenčnih ambulant na vse ambulante družinske medicine;
- zmanjšanje administrativnih obremenitev zdravstvenih strokovnjakov, da bodo imeli več časa na voljo za obravnavo pacientov;
- zagotovitev neprekinjenega zdravstvenega varstva na primarni ravni z dostopnostjo 24 ur na dan, na primer s povezovanjem in sodelovanjem med timi družinske medicine za nadomeščanje v času izven uradnih ur, v času izobraževanj, dopustov in drugih odsotnosti članov tima;
- zagotovitev delovnega časa ambulant družinske medicine, ki bo prilagojen potrebam pacientov, na primer vsaj dvakrat tedensko v popoldanskem času;
- izboljšanje komunikacije in sodelovanje med izvajalci na primarni in sekundarni ravni zdravstvenega varstva, med drugim tudi z vpeljavo novih načinov dela z zagotavljanjem konzultacijskih posvetov zdravnikov družinske medicine s specialisti na sekundarni ravni, pa tudi z drugimi strokovnjaki, ki sodelujejo v multidisciplinarni obravnavi pacienta;

- racionaliziranje organizacije dela, na primer v naseljih z večjo gostoto prebivalstva je smiselno v eni ustanovi povezati vsaj 3 time družinske medicine, ki se med seboj nadomeščajo in dopolnjujejo v izvajanju določenih storitev;
- približanje storitev specialistov s sekundarne ravni pacientom. Povezovanje več timov v eni ustanovi tudi omogoča, da v isti ustanovi izvajajo nekatere specialistične ambulantne storitve sekundarne ravni, npr. nevrološke, kardiološke, gastroenterološke, diabetološke in druge internistične storitve, okulistične, ortopedske, otorinolaringološke in druge storitve. Specialistično svetovanje izvajajo zdravniki specialisti, ki so sicer zaposleni v bolnišnicah in v okviru svoje službe na primer enkrat tedensko delujejo v ustanovah izven svoje matične;
- skrajšanje čakalnih dob na diagnostične preiskave, kar je treba zagotoviti z zadostnimi finančnimi sredstvi za izvedbo potrebnega števila preiskav;
- uvedba večinoma glavarinskega načina plačevanja storitev timov na primarni ravni, kar spodbuja izvajanje preventivnih aktivnosti in omejuje napihovanje storitev, dodatno naj bodo po storitvi plačane tiste storitve, ki so na prehodu med primarno in sekundarno ravno in jih je torej mogoče izvajati bodisi na primarni bodisi na sekundarni ravni;
- ukinitvev plačevanja zaposlenih v zdravstvu po sistemu javnih uslužbencev in uvedba takega načina plačevanja in nagrajevanja, ki bo stimuliral zaposlene h kakovostnemu in učinkovitemu delu ter k ravnanju skladno s cilji zdravstvene politike.

V magistrskem delu smo raziskali, katere dejavnosti obsega vratarška vloga tima družinske medicine v Sloveniji, koliko je napotitev na specialistično zdravljenje na sekundarni ravni, kateri so dejavniki, ki vplivajo na napotovanje pacientov ter kako na napotovanje vpliva obstoječi način plačevanja izvajalcev in zaposlenih na primarni ravni zdravstvenega varstva. Smiselnost izvajanja vratarške vloge v obstoječem sistemu smo ocenili z vidika pacienta in z vidika celotne družbe ter poiskali odgovor na vprašanje ali bi bilo smiselno vratarstvo razširiti ali omejiti. Pri oceni smo upoštevali tako neposredne stroške zdravstva, povezane z izvajanjem vratarške vloge, kot tudi druge manj oprijemljive učinke za posameznika in za družbo. To analizo smo izvedli s primerjavo različnih modelov vstopa bolnika v zdravstveni sistem.

Zaključimo lahko, da je vratarstvo pomembna vloga primarne ravni zdravstvenega varstva s številnih vidikov: z vidika bolj učinkovite uporabe sredstev zdravstvenega varstva, z vidika zagotavljanja kakovostne, celovite, kontinuirane in koordinirane zdravstvene oskrbe, z vidika zagotavljanja dobre dostopnosti do zdravstvene obravnave vsem prebivalcem na primarni ravni zdravstvenega varstva, s skrajšanjem čakalnih dob pa tudi do sekundarne ravni zdravstvenega varstva, kakor tudi z vidika izboljšanja zadovoljstva uporabnikov ob zmanjšanju porabe časa in stroškov, povezanih z obiskom zdravstvenih ustanov. Učinkovito vratarstvo na primarni ravni zdravstvenega varstva bo zagotovilo tudi bolj učinkovito in bolj dostopno izvajanje storitev na sekundarni ravni z boljšo

dostopnostjo do sodobnih zdravstvenih tehnologij in boljšimi pogoji dela, kar bo izboljšalo tudi zadovoljstvo zaposlenih zdravstvenih strokovnjakov.

Pri tem je treba izpostaviti, da z dodatnim naborom storitev v ambulanti družinske medicine, kot na primer z izvajanjem malih kirurških posegov ali osnovnih ultrazvočnih preiskav, seveda zmanjšamo stopnjo napotitev, vendar pa za okrepitev vratarstva povečan nabor storitev ni ključen. Ključno je izboljšati način plačevanja izvajalcev in zmanjšati število opredeljenih pacientov, da bodo imeli zaposleni na voljo dovolj časa za oskrbo pacienta in da bodo storitve, ki jih naredijo, ustrezno plačane. Že danes imajo timi družinske medicine dovolj znanja, veščin, opreme, da bi lahko sami oskrbeli več pacientov, pa jih predvsem zaradi organizacijskih in finančnih omejitev napotujejo na obravnavo na sekundarno raven.

Zato je pomembno, da načrtovalci zdravstvene politike in politični odločevalci z načinom organizacije izvajanja zdravstvenih storitev in z vpeljavo ustreznih načinov financiranja zdravstvenih izvajalcev in nagrajevanja zaposlenih zagotovijo močno primarno zdravstveno varstvo, ki bo učinkovito opravljalo vratarsko vlogo.

LITERATURA IN VIRI

1. Albreht, T., & Pribaković Brinovec, R. (2004). Delivery of primary health care in Slovenia in view of transition. *European Journal of Public Health, 14*(4), 57-58.
2. Albreht, T., Pribaković Brinovec, R., Jošar, D., Poldrugovac, M., Kostnapfel, T., Zaletel, M., Panteli, D., & Maresso, A. (2016). Slovenia: Health system review. *Health Systems in Transition, 18*(2), 1-232.
3. Allard, M., Jelovac, I. & Léger, P. (2014). Payment mechanism and GP self-selection: capitation versus fee for service. *International Journal of Health Care Finance and Economics, 14*(2), 143-160.
4. Atella, V., & Deb, P. (2008). Are primary care physicians, public and private sector specialists substitutes or complements? Evidence from a simultaneous equations model for count data. *Journal of Health Economics, 27*, 770-785.
5. Atun, R. (2004). *What are the advantages and disadvantages of restructuring a health care system to be more focused on primary care services?* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network Report).
6. Bindman, A. B., Grumbach, K., Osmond, D., Vranizan, K., & Stewart, A. L. (1996). Primary care and receipt of preventive services. *Journal of General Internal Medicine, 11*(5), 269-276.
7. Blank, L., Baxter, S., Woods, H. B., Goyder, E., Lee, A., Payne, N., & Rimmer, M. (2015). What is the evidence on interventions to manage referral from primary to specialist non-emergency care? A systematic review and logic model synthesis. *Health Services and Delivery Research, 3*(24), 1-431.
8. Bodenheimer, T. (2008). Coordinating care – a perilous journey through the health care system. *New England Journal of Medicine, 358*(10), 1064-1071.
9. Bodenheimer, T., Lo, B., & Casalino, L. (1999). Primary care physicians should be coordinators, not gatekeepers. *Journal of American Medical Association, 281*(21), 2045-2049.
10. Boerma, W. (2006). Coordination and Integration in European Primary Care. V R. Saltman, A. Rico & W. Boerma (ur.), *Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care* (str. 3-21). Buckingham: Open University Press.
11. Boerma, W., van der Zee, J., & Fleming, D. M. (1997). Service profiles of general practitioners in Europe. *British Journal of General Practice, 47*(421), 481-486.
12. Boerma, W., & Dubois, C. (2006). Mapping Primary Care Across Europe. V R. Saltman, A. Rico & W. Boerma (ur.), *Primary Care in the Driver's Seat? Organisational Reform in European Primary Care* (str. 22-49). Buckingham: Open University Press.
13. Brekke, K. R., Nuscheler, R., & Straume, O. R. (2005). *Gatekeeping in healthcare. CESifo working paper No. 1552*. Najdeno 1. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.cesifo->

group.de/ifoHome/publications/workingpapers/CESifoWP/CESifoWPdetails?wp_id=14558727

14. Brent, R. J. (2006). *Applied Cost-Benefit Analysis* (2nd ed.). Northampton: Edward Elgar Publishing Limited.
15. Busse, R., & Riesberg, A. (2004). *Health care systems in transition: Germany*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe on behalf of the European Observatory on Health systems and Policies.
16. Campbell, H. F., & Brown, R. P. C. (2003). *Benefit-Cost Analysis: Financial and Economic Appraisal Using Spreadsheets*. Cambridge: Cambridge University Press.
17. Carrier, E., Yee, T., & Holzwart, R. A. (2011). *Coordination between emergency and primary care physicians*. NIHCR research brief No. 3. Najdeno 1. februarja 2016 na spletnem naslovu <http://www.nihcr.org/ED-Coordination>
18. Cashin, C., Chi, Y. L., Smith, P., Borowitz, M., & Thomson, S. (ur.). (2014). *Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability*. Berkshire: Open University Press.
19. Cooper, P. F., Simon, K. I., & Vistnes, J. (2006). A closer look at the managed care backlash. *Medical Care*, 44, I4-I11.
20. Cutler, D., & Zeckhauser, R. J. (2000). The Anatomy of Health Insurance. V A. J. Culyer & P. Joseph (ur.), *Handbook of Health Economics, Volume 1* (str. 563-643). Amsterdam: Elsevier.
21. Delnoij, D., van Merode, G., Paulus, A., & Groenewegen, P. (2000). Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure? *Journal of Health Services & Research Policy*, 5(1), 22-26.
22. Evropska komisija, Generalni direktorat za regionalno politiko. (2006). *Novo programsko obdobje 2007-2013, metodološki dokumenti: Smernice glede metodologije za izvedbo analize stroškov in koristi*. Najdeno 31. januarja 2016 na spletnem naslovu: http://ec.europa.eu/regional_policy/sources/docoffic/2007/working/wd4_cost_sl.pdf
23. Fang, H., Liu, H., & Rizzo, J. A. (2009). Has the use of physician gatekeepers declined among HMOs? Evidence from the United States. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 9, 183-95.
24. Forrest, C. B. (2003). Primary care gatekeeping and referrals: effective filter or failed experiment? *British Medical Journal*, 326(7391), 692-695.
25. Forrest, C. B., & Starfield, B. (1996). The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*, 43(1), 40-48.
26. Forrest, C. B., Nutting, P., Werner, J. J., Starfield, B., von Schrader, S., & Rohde, C. (2003). Managed health plan effects on the specialty referral process: results from the Ambulatory Sentinel Practice Network referral study. *Medical Care*, 41(2), 242-253.
27. Forrest, C. B., Nutting, P. A., & von Schrader, S. (2006). Primary Care Physician Specialty Referral Decision Making: Patient, Physician, and Health Care System Determinants. *Medical Decision Making*, 26, 76-85.

28. Franks, P., Clancy, C. M., & Nutting, P. A. (1992). Gatekeeping revisited, protecting patients from overtreatment. *New England Journal of Medicine*, 327, 424-429.
29. Fras, Z., & Poredoš, P. (2008). *Stopnje nujnosti in kaj je potrebno opraviti pri bolniku pred napotitvijo na specialistični pregled k specialistu internistu*. Ljubljana: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta.
30. Freeman, G. K., Olesen, F., & Hjortdahl P. (2003). Continuity of care: an essential element of modern general practice? *Family Practice*, 20, 623-627.
31. Freund, T., Campbell, S. M., Geissler, S., Kunz, C. U., Mahler, C., Peters-Klimm, F., & Szecsenyi, J. (2013). Strategies for reducing potentially avoidable hospitalizations for ambulatory care-sensitive conditions. *Annals of Family Medicine*, 118(4), 363-370.
32. Fujisava, R., & Lafortune, G. (2008). *The remuneration of general practitioners and specialists in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries? OECD Health Working Papers No. 41*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
33. Gatekeeper. (b.l.). V *Farlex Partner Medical Dictionary*. Najdeno 31. januarja 2016 na spletnem naslovu <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/gatekeeper>
34. Gill, J. M., Mainous, A. G., & Nsereko, M. (2000). The effect of continuity of care on emergency department use. *Archives of Family Medicine*, 9(4), 333-338.
35. Godager, G., Iverse, T., & Ma, C. A. (2013). *Competition, Gatekeeping, and Health Care Access*. Najdeno 20. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.bu.edu/econ/files/2014/05/Ma-Competition-Gatekeeping-and-Health-Care-Access-May-2013.pdf>
36. Grumbach, K., Selby, J. V., Damberg, C., Bindman, A. B., Quesenberry, C., Truman, A., & Uratsu, C. (1999). Resolving the Gatekeeper Conundrum. What Patients Value in Primary Care and Referrals to Specialists. *Journal of American Medical Association*, 282(3), 261-266.
37. Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *British Medical Journal*, 327, 1219.
38. Hennen, B. K. (1975). Continuity of care in family practice. Part 1: Dimensions of continuity. *Journal of Family Practice*, 2, 371-2.
39. Iversen, T., & Ma, C. A. (2011). Market conditions and general practitioners' referrals. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 11, 245-265.
40. Kersnik, J. (2000). An evaluation of patient satisfaction with family practice care in Slovenia. *International Journal of Quality in Health Care*, 12, 143-147.
41. Kersnik, J. (2001). Determinants of customer satisfaction with the health care system, with the possibility to choose a personal physician and with a family doctor in a transition country. *Health Policy*, 57, 155-164.
42. Kersnik, J., & Švab, I. (ur.). (2004). *Evropska definicija družinske medicine*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine. Najdeno 20. marca 2016 na

- spletnem naslovu http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Evropska_definicija_druzinske_medicine.pdf
43. Kopčavar Guček, N. (2012). Sodelovanje splošnega družinskega zdravnika s specialisti – mednivojsko sodelovanje. *Onkologija*, 16(2), 101-102.
 44. Krasnik, S., Groenewegen, P. P., Pederse, P. A., Scholten, P., Mooney, G., Gottschau, A., Flierman, H. A., & Damsgaard, M. T. (1990). Changing remuneration system: Effects on activity in general practice. *British Medical Journal*, 360, 1698-1701.
 45. Kringos, D., Boerma, W., Bourgueil, Y., Cartier, T., Dedeu, T., Hasvold, T., Hutchinson, A., Lember, M., Oleszczyk, M., Rotar Pavlic, D., Svab, I., Tedeschi, P., Wilm, S., Wilson, A., Windak, A., van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *British Journal of General Practice*, 63, e742-e750.
 46. Kringos, D., Boerma, W., van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2013). Europe's strong primary care systems are linked to better population health but also to higher health spending. *Health Affairs*, 32, 686-694.
 47. Kringos, D., Boerma, W., Hutchinson A., & Saltman, R. B. (ur.). (2013). *Building primary care in a changing Europe – case studies*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe on behalf of the European Observatory on Health systems and Policies.
 48. Kroneman, M. W., Maarse, H., & van der Zee, J. (2006). Direct access in primary care and patient satisfaction: a European study. *Health Policy*, 76(1), 72-79.
 49. Markota, M., Švab, I., Sarazin Klemenčič, K., & Albreht, T. (1999). Slovenian experience on health care reform. *Croatian Medical Journal*, 40(2), 190-194.
 50. Mason, S., Mountain, G., Turner, J., Arain, M., Revue, E., & Weber, E. J. (2014). Innovations to reduce demand and crowding in emergency care; a review study. *Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine*, 22, 55.
 51. Masseria, C., Irwin, R., Thomson, S., Gemmil, M., & Mossialos, E. (2009). *Primary care in Europe. Policy brief*. Najdeno 1. februarja 2016 na spletnem naslovu ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=4739&langId=en
 52. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2015). Enotna metodologija organizacije urgentnih centrov v Republiki Sloveniji. Najdeno 1. avgusta 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/NMP/enotna_metodologija_or_ganizacije_UC.pdf
 53. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2016a). *Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva 2016 – 2025 »Skupaj za družbo zdravja«*. Najdeno 20. februarja 2016 na spletni strani http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/ResNPZV_16-25/ResNPZV_2016-25_v2.pdf
 54. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije. (2016b). *Izboljšanje sistema nujne medicinske pomoči*. Najdeno 1. februarja 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/sistem_nujne_medicinske_pomoci/izboljsanje_sistema_nujne_medicinske_pomoci/

55. Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Svetovna zdravstvena organizacija, & Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politike. (2016). *Analysis of the health system in Slovenia. Summary and key findings. Final report*. Najdeno 20. marca 2016 na spletni strani http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/08032016_Summary_and_Key_Findings_Report_amended_25_Jan_2016_clean_with_cover.pdf
56. Murphy, A. W., Bury, G., Plunkett, P. K., Gibney, D., Smith, M., Mullan, E., & Johnson, Z. (1996). Randomised controlled trial of general practitioner versus usual medical care in an urban accident and emergency department: process, outcome and comparative cost. *British Medical Journal*, 312, 1135–1142.
57. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (b.l.). *Zbirka bolnišničnih obravnjav zaradi bolezni*. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
58. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (b.l.). Podatkovni portal. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletni strani <https://podatki.nijz.si/pxweb/sl/NIJZ%20podatkovni%20portal>
59. Nacionalni inštitut za javno zdravje. (2016). Podatki iz računalniško podprtega poročila ZUBSTAT. Ljubljana: Nacionalni inštitut za javno zdravje.
60. Nolte, E., Zaletel, J., Robida, A., Gabrovec, B., Horvat, M., Jazbinšek, S., Oprešnik, D., Buzeti, T., Pribaković Brinovec, R., Albrecht, T., Vračko, P., & Petrič, V. K. (2015). *Analysis of the health system in Slovenia: Optimizing service delivery. Final report*. Najdeno 20. marca 2016 na spletni strani http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/21012016/21012016_optimizing_service_delivery_ds5.pdf
61. O'Malley, A. S., Reschovsky, J. D., & Saiontz-Martinez, C. (2015). Interspecialty communication supported by health information technology associated with lower hospitalization rates for ambulatory care-sensitive conditions. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 28(3), 404-17.
62. Organisation for Economic Cooperation and Development. (2011). *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Najdeno 20. marca 2016 na spletni strani <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013.pdf>
63. Organisation for Economic Cooperation and Development. (2015). *Health Care Quality Indicators*. Najdeno 20. avgusta 2016 na spletni strani <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-care-quality-indicators.htm>
64. Organisation for Economic Cooperation and Development. (2016). *Health at a Glance: Europe 2016*. Paris: OECD Publishing.
65. Omran, A. R. (2005). The Epidemiologic Transition: A Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Quarterly*, 83(4), 731–757.
66. Panteli, D., van Ginneken, E., Quentin, W., Maresso, A., Robida, A., Poldrugovac, M., Jarc, S., Kramberger, B., Ceglar, J., Popovič, B., Kostnapfel, T., Mate, T., Rotar Pavlič, D., & Čufar, A. (2015). *Analysis of the health system in Slovenia: Purchasing and payment review. Final report*. Najdeno 20. marca 2016 na spletni strani

- http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/Analiza/Report__Purchasing_and_Payment_Review_Final_29_Octoboeer_2015_FORMATTE_D_without_cover.pdf
67. Parchman, M. L., & Culler, S. D. (1998). Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *Journal of Family Practice*, 39(2), 123–128.
 68. Petrič, D., & Žerdin, M. (2013). *Javna mreža primarne zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji*. Najdeno 1. februarja 2016 na spletnem naslovu http://www.mz.gov.si/fileadmin/mz.gov.si/pageuploads/mreza_na_primarni__sekundarni_in_terciarni_ravni/Mreza_za_ZS_13-11-2013-lektorirano.pdf
 69. Pichlhöfer, O., & Maier, M. (2015). Unregulated access to health-care services is associated with overutilization – lessons from Austria. *European Journal of Public Health*, 25(3), 401-403.
 70. Piterman L, & Koritsas S. (2005). Part II. General practitioner-specialist referral process. *Internal Medicine Journal*, 35(8), 491-6.
 71. Poplas Susič, T., Švab, I., Kersnik, J., Klančič, D., Živčec Kalan, G., Klemenc, D., Završnik, J., Petrič, V. K., & Prevolnik Rupel, V. (2013). *Predlog nacionalne strategije razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji do leta 2020*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine. Najdeno 1. februarja 2016 na spletnem naslovu http://www.drmed.org/wp-content/uploads/2014/06/Strategija_DM-8.-4.-2013.pdf
 72. Poplas Susič, T., Švab, I., Klančar, D., Vodopivec Jamšek, V., Bulc, M., Kersnik, J., & Petrovski, B. E. (2015). Screening and registering patients with asthma and COPB in Slovenian primry care: first results. *Zdravstveno varstvo*, 54, 161-167.
 73. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. *Uradni list RS* št. 79/1994, 73/1995, 39/1996, 70/1996, 47/1997, 3/1998, 3/1998, 90/1998, 6/1999 popr., 61/2000, 64/2000 popr., 91/2000 popr., 59/2002, 18/2003, 30/2003, 35/2003 popr., 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006 popr., 64/2007, 33/2008, 7/2009, 88/2009, 3020/11, 49/2012, 106/2012, 99/2013–ZSVarPre-C, 25/2014, 85/2014; *Odl. US*: 51/1998, 73/1998, 109/1999, 25/2014.
 74. Reibling, N., & Wendt, C. (2012). Gatekeeping and provider choice in OECD healthcare systems. *Current Sociology*, 60(4), 489-505.
 75. Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P., & Reich, M. (2008). *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*. Oxford: Oxford University Press.
 76. Rogers, J., & Curtis, P. (1980). The concept and measurement of continuity in primary care. *American Journal of Public Health*, 70, 122–7.
 77. Roland, M., & Grimshaw, J. (1997). Do general practitioner attitudes and characteristics of their practices explain patterns of specialist referral? *European Journal of General Practice*, 3(4).
 78. Roland, M., & Campbell S. (2014) Successes and Failures of Pay for Performance in the United Kingdom. *New England Journal of Medicine*, 370, 1944-1949.

79. Rosano, A., Loha, C. A., Falvo, R., van der Zee, J., Ricciardi, W., Guasticchi, G., & de Belvis, A. G. (2013). The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 23(3), 356-360.
80. Rosenblatt, R. A., Hart, L. G., Baldwin L. M., Chan, L., & Schneeweiss, R. (1998). The generalist role of specialty physicians: is there a hidden system of primary care? *Journal of the American Medical Association*, 279(17), 1364-1370.
81. Rotar Pavlič, D., Švab, I., & Brinovec Pribaković, R. (2015). Slovenia. V D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson & R. B. Saltman (ur.), *Building primary care in a changing Europe – case studies* (str. 243-252). Copenhagen: WHO Regional office for Europe on behalf of the European Observatory on Health systems and Policies.
82. Saultz, J. W., & Albedaiwi, W. (2004). Interpersonal Continuity of Care and Patient Satisfaction: A Critical Review. *Annals of Family Medicine*, 2(5), 445-451.
83. Schillinger, D., Bibbins-Domingo, K., Vranizan, K., Bacchetti, P., Luce, J. M., & Bindman, A. B. (2000). Effects of Primary Care Coordination on Public Hospital Patients. *Journal of General Internal Medicine*, 15(5), 329-336.
84. Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Bishop, M., Peugh, J., & Murukutla, N. (2007). Toward Higher-Performance Health systems: Adult's Health Care Experiences in Seven Countries. *Health Affairs*, 26(6), w717-w734.
85. Schroeder, S. A., & Sandy, L. G. (1993). Specialty distribution of US physicians – the invisible driver of health care costs. *New England Journal of medicine*, 328, 961-963.
86. Schulman, K. A., & Seils, D. (2002). Clinical Economics. V M. B. Max & J. Lynn (ur.), *Interactive Textbook on Clinical Symptom Research*. Bethesda: National Institutes of Health.
87. Schulz, M. (2016). Do Gatekeeping Schemes Influence Health Care Utilization Behavior Among Patients With Different Educational Background? An analysis of 13 European countries. *International Journal of Health Services*, 46(3), 448-464.
88. Schwenkglenks, M., Preiswerk, G., Lehner, R., Weber, F., & Szucs, T. (2006). Economic efficiency of gatekeeping compared with fee for service plans: a Swiss example. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(1), 24-30.
89. Scott, A. (2000). Economics of general practice. V A. J. Culyer & J. P. Newhouse (ur.), *Handbook of Health Economics*. Amsterdam: North-Holland.
90. Shi, L. (2012). The impact of primary care: a focused review. *Scientifica*,_Article ID 432892, 22 pages. Najdeno 1. februarja 2016 na spletnem naslovu <http://www.hindawi.com/journals/scientifica/2012/432892/>
91. Starfield, B. (1998). *Primary care: balancing health needs, services, and technology*. New York: Oxford University Press.
92. Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly*, 83, 457-502.

93. Statistični urad Republike Slovenije. (2014). *Izdatki za zdravstveno varstvo po dejavnostih in virih financiranja*. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.stat.si/StatWeb/prikazi-novico?id=5700&idp=10&headerbar=8>
94. Svenšek, R., & Wahl, J. (2007). Sistem financiranja izvajalcev zdravstvenih storitev. *Bilten ekonomika, organizacija in informatika v zdravstvu*, 23(1), 5-20.
95. Švab, I., Petek Šter, M., Kersnik, J., Živčec Kalan, G., & Car, J. (2005). Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. *Zdravstveno varstvo*, 44, 183-192.
96. Švab, I., & Rotar Pavlič, D. (ur.). (2012). *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
97. Tajnikar, M. (2001). *Mikroekonomija*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
98. Tajnikar, M. (ur.), Došenović Bonča, P., Čok, M., Domadenik, P., Korže, B., Sambt, J., & Skela Savič, B. (2016). *Prenova gospodarskih vidikov slovenskega zdravstva*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
99. Thygesen, L. C., Christiansen, T., Garcia-Armesto, S., Angulo-Pueyo, E., Martinez-Lizaga, N., & Bernal-Delgado, E. (2015). Potentially avoidable hospitalizations in five European countries and time trends from 2002 to 2009 based on administrative data. *The European Journal of Public Health*, 25, 35-43.
100. Toth, M. (2003). *Zdravje, zdravstveno varstvo, zdravstveno zavarovanje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
101. Tušek Bunc, K., & Kersnik, J. (2004). Napotitev h konzultantu kot del odločanja v družinski medicini. V R. Hojs, I. Kranjc & A. Pahor (ur.), *Zbornik predavanj in praktikum 15. srečanje internistov in zdravnikov splošne medicine Iz prakse za prakso z mednarodno udeležbo* (str. 155-166). Maribor: Splošna bolnišnica Maribor.
102. Vajd, R. (2009). Pregled bolnika zaradi novonastale zdravstvene težave in napotitev na sekundarno raven. V D. Petek, & N. Kopčavar Guček (ur.), *Kakovostna obravnava bolnika v družinski medicini: zbornik predavanj 35. srečanja delovnih skupin*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine.
103. Van den Berg, M. J., de Bakker, D. H., Westert, G. P., van der Zee, J., & Groenewegen, P. (2009). Do list size and remuneration affect GPs' decision about how they provide consultations? *Health Services Research*, 9, 39-49.
104. Velasco Garrido, M., Zentner, A., & Busse, R. (2011). The effects of gatekeeping: A systematic review of the literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29, 28-38.
105. Vested, P., & Olesen, F. (2011). Are the serious problems in cancer survival partly rooted in gatekeeper principles? An ecologic study. *The British Journal of General Practice*, 61(589), e508-12.
106. Weinberger, M., Oddone, E. Z., & Henderson, W. G. (1996). Does increased access to primary care reduce hospital readmissions? Veterans affair cooperative study group on primary care and hospital readmission. *New England Journal of Medicine*, 334(22), 1441-1447.

107. Welch, W. P., Miller, M. E., Welch, H. G., Fisher, E. S., & Wennberg, J. E. (1993). Geographic variation in expenditures for physicians' services in the United States. *New England Journal of Medicine*, 328, 621-627.
108. Wilkens, J. (2011). Funding Primary Health Care in the Baltic Sea Area: Differences, similarities, and challenges in funding primary health care to achieve the objectives of ImPrim. Blekinge: Blekinge Centre of Competence. Najdeno 20. maja 2016 na spletni strani <http://ltblekinge.se/globalassets/forskning-och-utveckling/blekinge-kompetenscentrum/projekt/imprim/publications/synthesis-report-paying-for-phc-wp3-110815.pdf>
109. Winpenny, E., Miani, C., Pitchforth, E., Ball, S., Nolte, E., King, S., Greenhalgh, J., & Roland, M. (2016). Outpatient services and primary care: scoping review, substudies and international comparisons. *Health Services and Delivery Research*, 4(15).
110. World Health Organization (2008). *The World Health Report 2008: Primary Health Care - Now More Than Ever*. Geneva: World Health Organization.
111. World Health Organization (2010). *World Health Report 2010 – Health System Financing – the path to universal coverage*. Geneva: World Health Organization.
112. Zakon o pacientovih pravicah. *Uradni list RS* št. 15/2008.
113. Zakon o zdravstveni dejavnosti. *Uradni list RS* št. 23/2005-UPB1, 15/2008-ZPacP, 23/2008, 58/2008-ZZdrS-E, 77/2008-ZDZdr, 40/2012-ZUJF, 14/2013.
114. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. *Uradni list RS*, št. 72/2006-UPB, 114/2006-ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 62/2010-ZUPJS, 87/2011, 40/2012-ZUJF, 21/2013-ZUTD-A, 63/2013-ZIUPTDSV, 91/2013, 99/2013-ZUPJS-C, 99/2013-ZSVarPre-C, 111/2013-ZMEPIZ-1, 95/2014-ZUJF-C.
115. Zaletel, M., Vardič, D., & Hladnik, M. (ur.). (2016). *Zdravstveni statistični letopis 2014*. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.nijz.si/sl/publikacije/zdravstveni-statisticni-letopis-2014>
116. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (b.l.). *Elektronska gradiva. Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev*. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/3401CB5C8BB6EB4EC1256B61003E275D?OpenDocument>
117. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (b.l.). *Podatki o planu in realizaciji zdravstvenih storitev*. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/zdravstvene_storitve/plan_in_realizacija/podatki_o_planu_in_realizaciji_zdrav_storitve
118. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2011). *Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št. 1/11 (za obdobje januar – december 2010)*. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/pod_OZZ?OpenView&count=1000
119. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2012). *Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št. 1/12 (za obdobje januar – december 2011)*. Najdeno 25.

- avgusta 2016 na spletnem naslovu http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/pod_OZZ?OpenView&count=1000
120. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2013a). *Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št. 1/13 (za obdobje januar – december 2012)*. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/pod_OZZ?OpenView&count=1000
 121. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2013b). *Podatki o planu in realizaciji zdravstvenih storitev, 101 Osnovna dejavnost, Plan in realizacija za obdobje od 1.2012 do 12.2012*. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/pao/izvajalci.nsf/ZbirniPlanRealizacija?openview&count=1000>
 122. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2014a). *Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št. 1/14 (za obdobje januar – december 2013)*. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/pod_OZZ?OpenView&count=1000
 123. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2014b). *Podatki o planu in realizaciji zdravstvenih storitev, Q86.210 Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost, Plan in realizacija za obdobje od 1.2013 do 12.2013*. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/pao/izvajalci.nsf/ZbirniPlanRealizacija?openview&count=1000>
 124. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015a). *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2015*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Najdeno 5. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/egradivap/2EC3F2AC07922434C1257E7C0040094A>
 125. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015b). *Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Najdeno 25. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/3401CB5C8BB6EB4EC1256B61003E275D?OpenDocument>
 126. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015c). *Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev. Priloga 2.1: Seznam storitev splošnih ambulant ter dispanzerjev za otroke in šolarje*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/3401CB5C8BB6EB4EC1256B61003E275D?OpenDocument>
 127. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015d). *Podatki o obveznem zdravstvenem zavarovanju št. 1/15 (za obdobje januar – december 2014)*. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/pod_OZZ?OpenView&count=1000
 128. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2015e). *Podatki o planu in realizaciji zdravstvenih storitev, Q86.210 Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost, Plan*

- in realizacija za obdobje od 1.2014 do 12.2014.* Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/zzzs/pao/izvajalci.nsf/ZbirniPlanRealizacija?openview&count=1000>
129. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2016a). *Navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov.* Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Najdeno 25. avgusta 2016 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/BCD1FD05407A8894C1256B67002B5B9D?OpenDocument>
 130. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. (2016b). *Poslovno poročilo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za leto 2015.* Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Najdeno 25. maja 2016 na spletnem naslovu <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/817E8F5609C531D2C1257F7600499948?OpenDocument>
 131. Zentner, A., Velasco Garrido, M., & Busse, R. (2010). Do primary care physicians acting as gatekeepers really improve health outcomes and decrease costs? A systematic review of the gatekeeping concept. *Gesundheitswesen*, 72(8-9), e38-44.
 132. Zerbe, R. O., & Bellas, A. S. (2006). *A primer for benefit-cost analysis.* Northampton: Edward Elgar Publishing.
 133. Živec Kalan, G., & Skačej, H. (2005). Kako zmanjšati število napotitev in izboljšati njihovo kakovost? *Medicinski razgledi*, 44, 479–87.

PRILOGA

PRILOGA 1: Seznam kratic

€	evro
EKG	elektrokardiogram
KOPB	kronična obstruktivna pljučna bolezen
NIJZ	Nacionalni inštitut za javno zdravje
NMP	služba nujne medicinske pomoči
OECD	Organizacija za gospodarsko sodelovanje in razvoj
OZZ	obvezno zdravstveno zavarovanje
SURS	Statistični urad Republike Slovenije
WHO	Svetovna zdravstvena organizacija
ZDA	Združene države Amerike
ZZDej	Zakon o zdravstveni dejavnosti
ZZVZZ	Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS	Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije