

UNIVERZA V LJUBLJANI  
EKONOMSKA FAKULTETA

DIPLOMSKO DELO

ORGANIZACIJA OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V  
EU IN SLOVENIJI

Ljubljana, november 2006

GORAN NAGELJ

## **IZJAVA**

Goran Nagelj, študent, izjavljam, da sem avtor tega diplomskega dela, ki sem ga napisal pod mentorstvom mag. Petre Došenović Bonča in dovolim objavo diplomskega dela na fakultetnih spletnih straneh.

V Ljubljani, dne 8. 11. 2006

Podpis: \_\_\_\_\_

# Kazalo

<b>1. UVOD</b> .....	<b>1</b>
<b>2. OSNOVNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST</b> .....	<b>2</b>
2.1. RAZLIČNE DEFINICIJE OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI .....	2
2.2. SPLOŠNA MEDICINA IN DRUGA PODROČJA ZNOTRAJ OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI .....	3
2.3. LASTNINSKA STRUKTURA IN ORGANIZACIJA IZVAJALCEV .....	4
2.4. FINANCIRANJE OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI .....	5
<b>3. ORIS OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V DRŽAVAH EU</b> .....	<b>6</b>
3.1. OSNOVNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST V NEMČIJI .....	7
3.1.1. <i>Lastništvo in pogodbeni odnosi</i> .....	8
3.1.2. <i>Plačilo zdravnikov</i> .....	8
3.2. OSNOVNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST V VELIKI BRITANJI .....	9
3.2.1. <i>Lastništvo in pogodbeni odnosi</i> .....	10
3.2.2. <i>Plačilo zdravnikov</i> .....	11
3.3. OSNOVNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST NA ŠVEDSKEM .....	11
3.3.1. <i>Lastništvo in pogodbeni odnosi</i> .....	12
3.3.2. <i>Plačilo zdravnikov</i> .....	13
3.4. OSNOVNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST V ITALIJI .....	13
3.4.1. <i>Lastništvo in pogodbeni odnosi</i> .....	14
3.4.2. <i>Plačilo zdravnikov</i> .....	15
3.5. OSNOVNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST NA ČEŠKEM .....	15
3.5.1. <i>Lastništvo in pogodbeni odnosi</i> .....	16
3.5.2. <i>Plačilo zdravnikov</i> .....	16
<b>4. UREDITEV OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI</b> .....	<b>17</b>
4.1. OSNOVNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST PRED REFORMO LETA 1992 .....	17
4.2. OSNOVNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST PO REFORMI IN DEFINICIJE OSNOVNIH POJMOV .....	18
4.3. ORGANIZACIJSKE OBLIKE IZVAJALCEV OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI .....	20
4.3.1. <i>Javni zdravstveni zavod</i> .....	20
4.3.2. <i>Zasebni zdravstveni delavec</i> .....	21
4.4. JAVNO ZASEBNO PARTNERSTVO NA OSNOVNI RAVNI .....	21
4.4.1. <i>Potek privatizacije</i> .....	23
4.4.2. <i>Razlogi za odhod v zasebno dejavnost</i> .....	24
4.4.3. <i>Analiza trenutnega stanja v Sloveniji</i> .....	25
4.5. FINANCIRANJE ZDRAVSTVENIH STORITEV NA OSNOVNI RAVNI .....	27
4.5.1. <i>Proces alokacije virov</i> .....	27
4.5.2. <i>Mehanizmi plačevanja izvajalcev</i> .....	28
4.6. PROJEKT MREŽA IZVAJALCEV ZDRAVSTVENIH STORITEV NA OSNOVNI RAVNI .....	30
4.7. PRIHODNJE USMERITVE .....	32
<b>5. PRIMERJAVA SISTEMA SLOVENIJE Z ORISANIMI SISTEMI DRŽAV EU</b> .....	<b>32</b>
5.1. PRESKRBLJENOST PREBIVALSTVA S SPLOŠNIMI ZDRAVNIKI .....	33
5.2. UDELEŽBA SPLOŠNEGA ZDRAVNIKA PRI PRVEM STIKU Z BOLNIKOM .....	33
5.3. ZADOVOLJSTVO SPLOŠNIH ZDRAVNIKOV .....	35
5.4. FINANCIRANJE SPLOŠNIH ZDRAVNIKOV .....	36
<b>6. SKLEP</b> .....	<b>37</b>
<b>LITERATURA</b> .....	<b>39</b>
<b>VIRI</b> .....	<b>40</b>
<b>PRILOGA</b> .....	<b>1</b>



# 1. Uvod

Zdravstveni sistem je del širšega socialnega ali socialno-ekonomskega sistema, ki običajno vsebuje dejavnike obdavčitve, blaginje, javnih storitev in zaposlovanja. V Evropi srečamo štiri tipe sistemov: anglosaksonskega, celinskega, sredozemskega in skandinavskega, vsak od njih pa ima svoje značilnosti ali posebnosti tudi v sistemu zdravstvenega varstva in pri delovanju osnovne zdravstvene dejavnosti (Wikipedia, 2006).

V zadnjih desetletjih je močno narasel obseg in pomen osnovnega zdravstvenega varstva. Proces organizacijskih sprememb je bil dolgotrajen in zahteven, vpeljal pa je nova razmerja med bolnišničnim in osnovnim zdravstvom ter med specialisti in splošnimi zdravniki. Stroški za zdravstvo v evropskih državah nenehoma naraščajo, istočasno pa se povečujejo potrebe posameznih skupin ljudi, kronično bolnih, ostarelih, povečujejo se tudi potrebe po kakovostnejših zdravstvenih storitvah. Kljub vsemu vloga osnovnega varstva v zdravstvenem sistemu še ni popolnoma opredeljena, zdi pa se, da bi moralo imeti močnejšo in vodilno vlogo, ker se sicer kaže, da vodilne vloge enostavno nima nihče. Okrepljena vloga osnovnega zdravstvenega varstva je velikokrat omenjena kot rešitev slabo povezanih in koordiniranih zdravstvenih sistemov (Saltman et al., 2006, str. 1–5).

Osnovna zdravstvena dejavnost predstavlja vstopno točko v zdravstveni sistem in pomembno vpliva na učinkovito delovanje celotnega zdravstvenega sistema. V povprečju so države EU leta 2004 porabile 8,9 odstotka BDP za zdravstvene izdatke (Health for All Database, 2006), od tega povprečno četrtno za osnovno zdravstveno dejavnost (Saltman et al., 2006, str. 28). Če naštetemu dodamo še aktualno dogajanje na tem področju: težnje zasebnih zdravnikov po večjem vplivu, pomanjkanje splošnih zdravnikov v Sloveniji in pripravo mreže zdravstvenih delavcev na osnovni ravni, predstavlja to izvrstno osnovo za podrobnejše preučevanje izbrane teme v okviru diplomskega dela. Primarna zdravstvena dejavnost obsega osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost. Predmet tega diplomskega dela bo organizacija osnovne zdravstvene brez lekarniške dejavnosti, tako da se v nadaljevanju termin *osnovna zdravstvena dejavnost* nanaša zgolj na dejavnost zdravnikov na osnovni ravni. Diplomsko delo bo zajemalo tudi širše opise delovanja zdravstvenih sistemov, ki so potrebni za lažje razumevanje obravnavane problematike. Pri orisu organizacije sistema osnovne zdravstvene dejavnosti štirih starih članic EU (Nemčije, Velike Britanije, Švedske in Italije) in na novo pridružene članice (Češke) bom zajel kratek zgodovinski razvoj sistema zdravstvenega varstva s poudarkom na osnovni dejavnosti, njenem orisu in vlogi splošnega zdravnika ter načinu financiranja zdravnikov osnovne ravni po posameznih državah. Diplomsko delo je strukturirano tako, da prvi sklop poglavij zajema splošne značilnosti osnovne zdravstvene dejavnosti, v naslednjem sklopu sledijo orisi osnovne zdravstvene dejavnosti po omenjenih državah, v tretjem je podrobno predstavljena osnovna zdravstvena dejavnost v Sloveniji, v zadnjem pa primerjava med obravnavanimi državami in sklep.

## **2. Osnovna zdravstvena dejavnost**

V trenutnem evropskem okolju zdravstvenega varstva koncept osnovnega varstva razumemo kot: napotitve na ustrezno raven med neformalno in bolnišnično oskrbo, izbran nabor funkcij in storitev ali sredstev za njihovo izvajanje, ali kot skupek značilnosti organizacije zdravstvenih storitev. Skupna značilnost vseh različic je, da je osnovno varstvo sestavljeno iz poklicne odgovornosti v času prvega stika pacienta z zdravstvenim sistemom, ta opredelitev pa je bistveno širša kot le skupek vseh storitev, ki jih nudijo splošni zdravniki, zato omogoča poglobljene poizkuse izboljšanja razumevanja in koordinacije pri dostopu do zdravstvenih storitev (Saltman et al., 2006, str. 6).

### **2.1. Različne definicije osnovne zdravstvene dejavnosti**

Čeprav se razlage osnovnega varstva in področja v evropskih državah razlikujejo, nekatere funkcije lahko najdemo praktično v vsakem sistemu. Najbolj očitna je funkcija zagotavljanja prvega stika z zdravniškim osebjem, ki poteka v fazi identificiranja zdravstvene težave in zbiranja informacij o preteklih obiskih in težavah. Pri prvem obisku velik del pacientov pričakuje informacije, pomiritev ali nasvet, včasih tudi dodaten obisk. Drugi lahko potrebujejo diagnostični postopek, katerega namen je predvsem identifikacija zdravstvene težave in izključitev hujših bolezni. Fazi diagnostike lahko sledi obdobje zdravljenja, odločitev o tem pa je sprejeta skupaj z bolniki glede na njihove želje in možnosti uspeha pri zdravljenju. V obdobju zdravljenja je morda treba vključiti druge discipline v osnovni ali specialistični oskrbi. Če je v zdravljenje vključenih več zdravstvenih delavcev ali ustanov, je potrebno usklajevanje in stalnost zdravljenja. Z omenjenimi funkcijami zdravljenja (kurative) je močno povezana preventiva, ki se začne že z zbiranjem informacij o pacientu in njegovem življenjskem položaju med njegovimi obiski. Izvajanje preventivne funkcije je lahko razširjeno tudi na širšo skupnost ali posamezne skupine v njej. Osnovno varstvo tako ponuja povezane in dostopne zdravstvene storitve, ki jih zagotavljajo zdravniki, odgovorni za osebne zdravstvene potrebe bolnikov, s katerimi navežejo stik in delujejo povezano z njihovimi družinami in širšo skupnostjo. Osnovna zdravstvena dejavnost je velikokrat ponazorjena kot spodnja plast v piramidi zdravstvenega varstva, srednjo plast predstavljata specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost ter zgornjo znanstveno-raziskovalna zdravstvena dejavnost, neformalna oskrba pa predstavlja področje pod piramido. Osnovna dejavnost je odziv na pogoste in nespecifične zdravstvene primere večine prebivalstva, specialistična dejavnost obravnava bolj zahtevne primere, ki zahtevajo poglobljena znanja, znanstveno-raziskovalna dejavnost pa se ukvarja z zelo redkimi in večplastnimi primeri. Glede na značilnosti so storitve na osnovni ravni lahko dostopne in splošne ter organizirane v ambulantah znotraj skupnosti s poudarkom na posamezniku in njegovem zdravstvenem položaju. Osnovna zdravstvena dejavnost sama po sebi ni posebna stroka, ampak jo zagotavljajo posebej usposobljeni zaposleni (Saltman et al., 2006, str. 5–8).

Prvi stik je tako najbolj očitna funkcija osnovne zdravstvene dejavnosti, ravno njena organizacija pa določa, kako bo posameznik prišel do prvega stika z zdravnikom in kako bo potekalo njegovo zdravljenje. Posameznik ima tako lahko neomejen dostop do zdravnikov na osnovni in specialistični ravni ali pa zdravnik prevzame vlogo vratarja (an. *gatekeeper*) in govorimo o vratarskem sistemu. Vloga vratarja je tesno povezana z napotitvami (an. *referrals*) na specialistično raven. V vratarskih sistemih tako splošni zdravnik predstavlja vstopno točko v zdravstveni sistem in presodi, pri katerih pacientih je potrebna napotitev na specialistično raven. Za uvajanje takega načina organiziranja obstajata dva razloga. Prvič, vratar (splošni zdravnik) naj bi prispeval k večjemu nadzoru stroškov z zmanjšanjem nepotrebnih obiskov na specialistični ravni, in drugič, vratar na specialistično raven posreduje boljše informacije o pacientu, njegovem življenjskem slogu, kar prispeva k uspešnosti zdravljenja (Brekke, Nuscheler, Straume, 2005, str. 2–3).

## **2.2. Splošna medicina in druga področja znotraj osnovne zdravstvene dejavnosti**

Na območjih, kjer specialistična nega ni bila dostopna in so delovali samo splošni zdravniki, se je razvila osnovna zdravstvena dejavnost. Iz splošne dejavnosti so se nato razvile nekatere usmerjene specialnosti, ki še danes predstavljajo del osnovne oskrbe. V nekaterih državah, kjer je dejavnost splošnih zdravnikov dobro razvita, se naloge in značilnosti osnovne zdravstvene dejavnosti v veliki meri prekrivajo z dejavnostmi splošnih zdravnikov, v drugih pa je na osnovni ravni možen tudi dostop do nekaterih specialistov, ki prav tako zagotavljajo osnovno zdravstveno varstvo. To so lahko pediatri, ginekologi, specialisti interne medicine in kardiologi (Saltman et al., 2006, str. 7–8).

V večini držav je splošni ali družinski zdravnik obravnavan kot najpomembnejši poklic v osnovnem zdravstvenem varstvu in predstavlja vstopno točko v zdravstveni sistem. Pojma splošni in družinski zdravnik se uporabljata izmenično, vendar sta pomensko enaka. Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije (World Health Organization – WHO) sistemi, kjer splošni zdravnik na osnovni ravni napoti na specialistično in bolnišnično raven, pripomorejo k učinkovitosti, vendar to zahteva dobro izučene zdravnike, zaposlene v dobro organiziranih enotah, ki omogočajo dvosmerno izmenjavo informacij med različnimi ravnmi zdravstvene nege in zagotavljajo kontinuiteto zdravljenja. Splošni zdravnik je opredeljen kot glavni medicinski strokovnjak, ki s svojim delovanjem v enoti osnovnega zdravstva, običajno v okolici pacientove skupnosti, vzpostavi prvi stik z bolnikom (The European Definition of General Practice/Family Medicine, 2002, str. 6). Ta definicija ne izključuje zobozdravnikov, do katerih lahko prav tako dostopamo brez napotitve. Definicija je sprejeta po vsej Evropi, praktična izvedba po državah pa se lahko razlikuje (Koenis, 2003, str. 1–4).

Medicinske sestre prav tako igrajo pomembno vlogo na osnovni ravni, tradicionalno so najbolj znane patronažne sestre (an. *community/district nurses*), ki na domu skrbijo za najmlajše, ostarele in kronično bolne. Nega običajno vključuje umivanje pacientov, skrb za rane, oskrbo z zdravili, zagotavljanje informacij in pomoč po prihodu iz bolnišnice ali pomoč bolnikom v terminalni fazi. Dejavnosti ambulantnih sester (an. *practice nurses*) vključujejo promocijo zdravja, skrb za novorojenčke, cepljenja in redne preglede kronično bolnih. Poznamo tudi babice, ki običajno delujejo v kliničnem okolju, v nekaterih državah pa delujejo tudi v lokalni skupnosti, kjer skrbijo za nosečnice in porode. Naloge farmacevtov so priprava in distribucija zdravil, ki jih predpišejo zdravniki, prav tako pa obveščajo zdravnike in bolnike. Fizioterapevti negujejo bolnike s težavami mišičja in kosti, zaposleni so lahko kot posamezniki v lokalnih skupnostih ali v specializiranih ustanovah. Poleg naštetih obstajajo tudi druga področja v osnovni dejavnosti, ki jih izvajajo drugi delavci, najpomembnejši med njimi so prostovoljci, ki skupaj s patronažnimi sestrami nudijo nego na domu (Saltman et al., 2006, str. 9–10).

### **2.3. Lastninska struktura in organizacija izvajalcev**

V osnovni zdravstveni dejavnosti se z vidika lastnine pojavljata zasebna in javna lastnina, običajno pa se obe vrsti prepletata. Izvajalce osnovne zdravstvene dejavnosti bi lahko razdelili v štiri skupine (Saltman et al., 2006, str. 130):

1. javni izvajalci, upravljani s strani vlade, vladnih teles ali lokalnih oblasti,
2. javni izvajalci, s podobno organizacijsko strukturo kakor zasebni izvajalci,
3. neprofitne, predvsem dobrodelne organizacije,
4. zasebni izvajalci, zasebna podjetja, posamezni zdravniki in partnerstva.

Kot cilje zasebnega dela v zdravstvu bi lahko opredelili spodbujanje tekmovalnosti med zasebnim in javnim sektorjem, večjo možnost izbire in dostopnost, boljšo organiziranost in koordinacijo, manjši monopol javnih zdravstvenih ustanov in ohranjanje preskrbljenosti prebivalcev ter dosežkov zdravstvenega sistema brez krnitev, saj omejevanje dela zasebnikov povzroča neenake možnosti in postavlja posameznike v privilegiran položaj pri obravnavi posameznih storitev. Delež zasebnih zdravnikov je v posameznih evropskih državah precej različen. Izoblikovala sta se nekako dva koncepta, pri prvem gre za poudarek zasebni pobudi izvajalcev, pri drugem pa bolj za socialno naravnost države. Predstavniki prvega koncepta so predvsem zahodnoevropske države in nekatere nove države članice EU, predstavniki drugega pa predvsem skandinavske države, s poudarjenim pomenom javnega zdravstva (Bručan, 2005, str. 456).

Privatiziranje evropske osnovne zdravstvene dejavnosti je potekalo predvsem po letu 1990. V procesu sta bila prevladujoča dva modela, pri prvem je šlo za zamenjavo javnega financiranja z zasebnim financiranjem, ne torej za privatizacijo v smislu formalnega lastništva izvajalcev, temveč za okrepitev zasebnih sredstev pri financiranju izvajanja dejavnosti. Drugi način je predstavljal legalizacijo zasebnega dela hkrati z opravljanjem javne zdravstvene službe, oba



modela pa nista bila vedno usklajena. Tekmovalnost in privatizacija sta povzročila diverzifikacijo, razdrobljenost in tekmovalnost, kot posledica diverzifikacije, pa je še povečala željo oblasti po izboljšani kakovosti zdravstvenih storitev in sodelovanju med splošnimi zdravniki in drugimi izvajalci na osnovni ravni. Prav nasprotno kot v vzhodni in srednji Evropi, kjer so se uveljavile neodvisne zdravniške ordinacije, so se v zahodnem delu pojavili novi tipi izvajalcev, zaradi potrebe po koordinaciji in sodelovanju med zdravniki in drugimi izvajalci na osnovni ravni pa so nastale mreže med izvajalci na osnovni ravni (*PHC networks*). Na razvoj drugih prepletajočih se oblik zasebne in javne lastnine so vplivale številne reforme, novi modeli nege, organizacijske inovacije in odpiranje osnovne ravni novim izvajalcem (Saltman et al., 2006, str. 131–146).

## **2.4. Financiranje osnovne zdravstvene dejavnosti**

Procesi financiranja osnovne ravni vključujejo zbiranje in distribucijo virov za osnovno raven, načine plačevanja povračil izvajalcem osnovnih zdravstvenih storitev in postopke organiziranja storitev, ki se zagotavljajo na osnovni ravni. Po letu 1990 lahko zdravstvene sisteme v Evropi z vidika zbiranja virov razdelimo na tri širše modele: model socialnega zavarovanja (Bismarckov sistem), model financiranja z davki (Beveridgev sistem) in sovjetski model (Semashkov sistem), vseeno pa noben evropski zdravstveni sistem ni natančna kopija kateregakoli omenjenega modela, saj ima vsaka država svoje prilagoditve in posebnosti. Za načine plačevanja se večinoma uporabljajo mešani sistemi, kjer gre za prepletanje uporabe plačila glavarine, plačila storitev, plačila po posameznem primeru (an. *per case*) in plače (Saltman et al., 2006, str. 25, 190–191).

Pri plačevanju povračil izvajalcem prevladujeta dva pristopa: plačevanje glavarine (an. *capitation*) in plačilo opravljenih storitev (an. *fee per service*). Glavarino lahko opredelimo kot sredstva, namenjena zagotavljanju določenega nabora zdravstvenih storitev opredeljenim bolnikom v določenem časovnem obdobju (Mossialos et al., 2002, str. 253). Glavarina predstavlja plačilo za zagotavljanje vseh potencialnih zdravstvenih potreb na določeni ravni oskrbe (na primer v osnovnem zdravstvenem varstvu) za skupino ljudi v določenem časovnem obdobju, najpogosteje v letu dni. Večinoma se enostaven model nadgradi z dodatnim upoštevanjem razlik glede na spol, starost in socialno-ekonomski položaj. Na ravni osnovnega zdravstva predstavlja glavarina preprosto plačilo za določeno število opredeljenih oseb. Ob upoštevanju demografsko-socialno-ekonomskih meril je metoda zelo uporabna za razporejanje sredstev po specifičnih skupinah. Metoda je administrativno zelo enostavna, izvajalce pa spodbuja k celoviti in stroškovno učinkoviti obravnavi, pri čemer lahko uporabljajo inovativne oblike zadovoljevanja potreb svojih varovancev, ne sili jih torej samo v določeno vrsto vnaprej priznanih storitev. V sistemu glavarine običajno pride do zmanjšanja števila obiskov v ordinaciji, ker zdravnik ugotovi, da je v določenih primerih učinkoviteje opraviti obisk na domu ali svetovati po telefonu, prenesti določena dela na sodelavce, obvestiti večje skupine bolnikov z istimi boleznimi skupaj (namesto vsakega posebej) in podobno. Učinkovitejše

izvajanje kurativnega dela omogoča večji obseg preventivnega dela oziroma delno prerazporeditev pasivnega in stacionarnega dela v ambulantni v prid aktivnemu iskanju ogroženih posameznikov in skupin. Metoda plačevanja ima tudi nekatere pomanjkljivosti, kot so necelovita obravnava, manjša kakovost dela, opravljanje zgolj minimalnega števila storitev in zavračanje bolnikov, katerih zdravljenje predstavlja visoke stroške ali napotitev na višjo raven zdravstvenega varstva. Zaradi teh značilnosti je metoda plačevanja primerna za financiranje izvajalcev, ki imajo veliko pacientov in so odgovorni za omejen obseg storitev, kar je značilno prav za osnovno zdravstveno varstvo (Kornai, Eggleston, 2001, str. 88–91). Vse navedene slabosti te metode plačevanja so manjše, če se zagotovi večja konkurenčnost med izvajalci, kar je moč doseči s prosto izbiro zdravnika in možnostjo zamenjave zdravnika. Le v takem okolju se ustvarijo ustrezne spodbude za zagotavljanje ustrezne kakovosti (McKee, Healy, 2002, str. 154).

Plačilo opravljenih storitev ali plačilo po ceni storitve je metoda, pri kateri prejme izvajalec plačilo za opravljeno storitev z določeno ceno. Cena je lahko stalna ali v določenem razponu, izrazi se v relativnih točkah ali denarju. Vselej se upoštevajo opravljene in sporočene storitve z dogovorjenega nacionalnega seznama, ki vključuje različne preiskave, posege, oskrbne dneve, zdravila itd. Plačnik in izvajalec se dogovorita o količini storitev, kar določi obseg razpoložljivih sredstev za izvajalca. Metoda je administrativno zelo enostavna, zahteva pa natančnost pri sporočanju podatkov v predpisanih časovnih rokih. Izvajalce spodbuja k izvajanju večjega števila storitev, med katerimi so lahko tudi nepotrebne. To imenujemo s strani ponudnikov spodbujeno povpraševanje (an. *supplier-induced demand*), kjer zaradi finančnih spodbud zdravniki izvajajo dodatne in nepotrebne storitve (Bickerdyke et al., 2002, str. 1). Dvig storilnosti povečuje skupne stroške in lahko zmanjšuje kakovost storitev. Natančno opredeljen seznam in obseg kirurških posegov ter ambulantnih storitev izboljša dostopnost državljanov do sistema zdravstvenega varstva. Še vedno obstaja spodbuda za dvig učinkovitosti izvajalca, dokler stroški zagotavljanja določene zdravstvene storitve presegajo plačilo za to storitev (an. *reimbursement*). Negativni učinki metode se lahko omilijo z omejenimi skupnimi proračuni (an. *global budgets*) in delitvijo stroškov na strani izvajalcev (an. *supply-side cost sharing*). Metoda se uporablja v državah z velikim vplivom zasebnih zdravnikov (McKee, Healy, 2002, str. 156–157).

### **3. Oris osnovne zdravstvene dejavnosti v državah EU**

V naslednjih točkah sledi oris nekaterih tipičnih predstavnikov posameznih vrst sistemov s poudarkom na osnovni dejavnosti. Orisi zajemajo povzetek delovanja osnovne dejavnosti, lastninsko strukturo in pogodbeno razmerja v osnovni dejavnosti ter načine plačevanja zdravnikov. Orisi posameznih držav so dopolnjeni z nekaterimi številskimi podatki za boljši pregled.

### **3.1. Osnovna zdravstvena dejavnost v Nemčiji**

Najpomembnejša značilnost nemškega sistema zdravstvenega varstva je jasna zakonska razdelitev med javnimi zdravstvenimi storitvami, osnovno in specialistično ambulantno ter bolnišnično dejavnostjo. Glede na definicijo osnovne zdravstvene dejavnosti, bomo natančneje preučili osnovno in specialistično ambulantno dejavnost v nemškem zdravstvenem sistemu (Busse, Riesberg, 2004, str. 12).

Nemška ureditev zdravstvenega sistema nima jasne ločnice med osnovno in specialistično ravno, viri pa navajajo ambulantno dejavnost na osnovni in specialistični ravni, ki zajema podobne storitve, kot so opredeljene v definiciji osnovne zdravstvene ravni. Ambulantno dejavnost večinoma zagotavljajo zasebniki s profiitnim motivom, skrb za akutne in dolgoročne bolezni pa običajno zagotavljajo zasebni ali javni zavodi. Bolniki imajo svobodno izbiro zdravnika, fizioterapevta, zobozdravnika, farmacevta in negovalnega osebja, vendarle je povračilo stroškov možno le ob napotitvi zdravnika. Družinski zdravniki, takih je polovica vseh, ki delujejo v ambulantah, nimajo vloge vratarja, čeprav se je njihova vloga koordinatorjev v zadnjih letih okrepila. Ambulantni zdravniki pokrivajo širok spekter različnih specialnosti (Busse, Riesberg, 2004, str. 96–97).

Nemški zdravstveni sistem tradicionalno nima vratarskega sistema, tako da lahko bolniki prosto izbirajo med zdravniki, ki imajo sklenjene pogodbe z bolniškimi blagajnami. Bolniške blagajne z zbranimi zdravstvenimi prispevki financirajo izvajalce zdravstvene dejavnosti. Zdravnika lahko menjajo enkrat v četrtletju. Tako ni mehanizma vratarja in bolniki pogosto izberejo ambulantnega specialista. Kljub trudu vlade, da bi izboljšala status družinskih zdravnikov, se je v preteklosti hitreje povečevalo število specialistov, zaposlenih v ambulantah, kakor pa število družinskih zdravnikov. V letu 2002 je bil tako delež družinskih zdravnikov med vsemi, zaposlenimi v ambulantah, manjši kakor 35 odstotkov. Kot posledica teh sprememb so nekateri specialisti internisti in pediatri prevzeli poleg vloge specialista tudi vlogo družinskega zdravnika. V letu 2002 je tako delo družinskega zdravnika opravljalo kar 94 odstotkov pediatrov in 60 odstotkov internistov, ki so imeli sklenjeno pogodbo z bolniškimi blagajnami (Busse, Riesberg, 2004, str. 98).

Od leta 1993 so bolniške blagajne spodbujale pilotske projekte za vratarski zdravstveni sistem in ponujale nagrade svojim zavarovancem. Zaradi pravnih ovir, odpora regijskih zdravniških združenj in dodatnih stroškov se je obdržalo le malo takšnih projektov. Od leta 2004 pa morajo bolniške blagajne zavarovancem ponujati možnost vpisa v model zdravstvenega varstva zdravnika družinske medicine, pri čemer prejmejo bonus, če upoštevajo pravila vratarskega sistema. Udeleženci imajo pri vpisu v ta projekt 50-odstotni popust pri plačilu obiska zdravnika ter krajše čakalne dobe za obisk družinskega zdravnika in drugih

specialistov. Družinski zdravnik skupaj z drugimi specialisti zagotavlja tudi splošno nujno medicinsko pomoč in opravlja hišne obiske. Zadovoljstvo bolnikov je v Nemčiji v primerjavi z drugimi evropskimi državami visoko, pomemben dejavnik pri tem pa so prav hišni obiski (Busse, Riesberg, 2004, str. 99–103).

### 3.1.1. Lastništvo in pogodbeni odnosi

Večina zdravnikov ima lastne ordinacije, le 25 odstotkov si ordinacije deli z drugimi. Kljub drugačni zgodovinski ureditvi v vzhodni Nemčiji, kjer so prevladovali javne poliklinike, so te klinike nadomestili zasebni zdravniki. Delež zasebnih zdravnikov v Nemčiji v letu 2004 tako znaša blizu 100 odstotkov (Bručan, 2005, str. 457). V Nemčiji najdemo ambulantne zdravstvene službe večinoma pri priznanih, zasebnih zdravnikih, ki so včlanjeni v sistem socialnega zavarovanja (Busse, Riesberg, 2004, str. 96–97).

### 3.1.2. Plačilo zdravnikov

Regijska združenja zdravnikov se kolektivno pogajajo za vse zdravnike, ki imajo pogodbo z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, na svojem območju za vse leto. Bolniške blagajne nato plačajo združenjem zdravnikov *per capita* pavšalne zneske glede na število zavarovanih oseb v regiji, kar pripelje do fiksnega proračuna. Regijska združenja nato ta sredstva razdelijo na posamezne blagajne, ločeno za družinsko medicino in specialiste in nato sredstva delijo znotraj blagajne skladno s skupno lestvico vrednosti v točkah in posebnimi pravili zgolj za posamezno regijo.

Tabela 1: Število in delež zdravnikov glede na vrsto plačila, 2003

Vrsta plačila	Število	Delež (%)
Plačilo izključno s strani pacientov	6600	5
Plačilo iz obveznega zavarovanja	117.600	89
Plačilo s strani delodajalca	8200	6

Vir: Busse, Riesberg, 2004, str. 96.

Zdravniki s pogodbo z obveznim zdravstvenim zavarovanjem prejmejo svoje dohodke od regijskih združenj, tisti s pogodbami z zasebnimi zavarovalnicami pa večinoma na podlagi plačila storitev, čeprav se je v letu 2004 povišalo plačevanje z glavarino. Število zdravnikov glede na vrsto plačila ponazarja Tabela 1. Z večinskim deležem prevladujejo zdravniki s plačilom iz obveznega zavarovanja, sledijo tisti, ki so plačani s strani delodajalca, najmanjši pa je delež zdravnikov, ki jih plačujejo neposredno bolniki. Omejitve obsega storitev so določene s specialnostjo in starostno strukturo bolnikov, kontrolirajo in sankcionirajo pa jih regionalna združenja ali združene komisije združenj in bolniških blagajn, vendarle pa upoštevajo tudi utemeljene in dokumentirane povečane potrebe glede na bolnikove potrebe (Busse, Riesberg, 2004, str. 177–184).

Zadnja reforma nemškega sistema se je soočala z velikimi dvomi in nezadovoljstvom tako zdravnikov kakor bolnikov. Reforma je namreč uvedla plačilo obveznega prispevka v višini 10 € ob vsakem prvem obisku zdravnika v trimesečju. Prispevek se je plačeval tudi za druge storitve, kot na primer za reševalne prevoze in prvih 28 bolnišničnih dni. Poleg tega so letni znesek prispevka omejili na dva odstotka pacientovih dohodkov ali en odstotek pri bolnikih s kroničnimi boleznimi. Za zdravila, preventivo in preglede nosečnic se za zdaj prispevek ne plačuje. Njegov namen je zmanjšati število obiskov in prihraniti denar zdravstveni zavarovalnici, ki bi tako lahko prvič po več letih znižala prispevke za zdravstveno zavarovanje. Poleg tega reforma uvaja pakete, kjer zavarovanci pristanejo na začetni posvet pri splošnem zdravniku. S tem prispevkom bi torej bolniki na eni strani prispevali k manjšim stroškom zdravstvenega sistema z delnim kritjem stroškov, po drugi strani pa naj bi se zmanjšalo število nepotrebnih obiskov, čeprav takšnega učinka ne dokazujejo nobene empirične raziskave. Poleg tega naj bi z družinskim zdravnikom v neuradni vlogi vratarja dosegli tudi zmanjšanje nasprotujočih si učinkov zdravil, ki jih predpišejo različni zdravniki. Zdravniki so ob uvedbi tega prispevka nasprotovali predvsem načinu pobiranja prispevka, saj so z reformo postali administrativno osebje, ki od bolnikov pobira denar za korist zavarovalnice, učinkom, ki bi jih s tem prispevkom dosegli, pa niso oporekali. Dodatne stroške zdravniškega dela za pobiranje prispevka so ocenili na 250–1500 € na trimesečje. Prav tako je uvedba prispevka nekoliko zamajala svobodno izbiro zdravnika, saj so imeli nekateri zdravniki posebne ugodnosti, poleg tega se je tudi prvič zgodilo, da se je zavarovalnica pogajala s posamezniki, kar je nekoliko oslabilo monopolni položaj združenj pri pogajanjih. Tako ravnanje zavarovalnice naj bi v prihodnosti prisililo zdravnike k sodelovanju pri shemah družinskih zdravnikov mimo volje zdravniških združenj (Orellana, 2004).

### **3.2. Osnovna zdravstvena dejavnost v Veliki Britaniji**

Velika Britanija ima dobro razvit sistem osnovne zdravstvene dejavnosti, ki jo zagotavlja splošni zdravnik s sodelavci kot pomemben del nacionalne zdravstvene službe (National Health Service). Zavarovanih je več kot 99 odstotkov vseh prebivalcev, splošni zdravniki pa zagotavljajo 24-urni dostop, del diagnostike ter preventivno in kurativno dejavnost. Bolniki si lahko izberejo svojega splošnega zdravnika znotraj posameznega geografskega okoliša. Večinoma, razen ob spremembi zaposlitve, ljudje svojih zdravnikov ne menjajo. Splošni zdravnik napoti bolnika v bolnišnico, ima torej vlogo vratarja, kar je pomemben del nacionalne zdravstvene službe (Robinson, Dixon, 1999, str. 53).

Splošni zdravniki zagotavljajo velik del nacionalnih zdravstvenih storitev, po eni strani kot oskrbniki osnovnih zdravstvenih storitev in kot napotni zdravniki na specialistično raven. Z izjemo nesreč in nujnih primerov bolniki nimajo dostopa do bolnišnic, saj ima splošni zdravnik v Veliki Britaniji vlogo vratarja. Po obisku se splošni zdravnik odloči, če je potrebna napotitev k specialistu in če je, tudi h kateremu specialistu. Čeprav je odločitev o zdravljenju

odločitev bolnišnice, podatki kažejo močno povezavo med napotitvami splošnih zdravnikov in številom hospitaliziranih oseb. Na podlagi tega torej lahko sklepamo, da odločitve splošnih zdravnikov pomembno vplivajo na bolnišnično dejavnost, tako na število primerov kakor tudi na stroške zdravljenja. Kljub temu je delež napotitev iz osnovnega na specialistično raven nizek v primerjavi z drugimi državami (razmerje med obiski in napotitvami je 20 : 1), študije pa nenehno dokazujejo velike razlike pri tem razmerju med splošnimi zdravniki (Earwicker, Whyne, 1998, str. 711–722).

Od leta 1990 je bila osnovna zdravstvena dejavnost predmet mnogih reform, ki so posegale na področje organizacije osnovnega zdravstvenega varstva. Večinoma so bile spremembe usmerjene v zagotavljanje storitev, nekaj sprememb pa je posegalo tudi na področje izvajanja zdravstvenih storitev na osnovni ravni. Kot rezultat reform so se mnoge storitve izjemno razširile (svetovanje na osnovni ravni), nekatere pa so bile prenesene iz specialistične na osnovno raven. V letu 1990 je bila v okviru reform sprejeta nova pogodba za splošne zdravnike, ki jim je nalagala večjo odgovornost do zdravstvenih oblasti na področju družinske medicine. Zdravniki so morali začeti oddajati letna poročila, skrbeti, da poraba zdravil ostane v predpisanih okvirjih, prav tako pa so morali izpolnjevati določene cilje in skrbeti za preventivno dejavnost. Istočasno so spremenili tudi sistem financiranja, tako da so nagrajevali izboljšano učinkovitost in zdravnike poskušali približati potrebam bolnikov. Od leta 1999 so vsi splošni zdravniki del osnovnih zdravstvenih skupin, ki so pooblašene in dolžne nuditi zdravstvene storitve na osnovni ravni ter vplivati na potek zdravljenja na specialistični ravni. Zadnje reforme sicer želijo povečati možnost izbire specialistov, vendar opaznejših sprememb, kot recimo dejavnejše izbiranje specialistov, ni opaziti. V letu 1998 je povprečje znašalo nekje tri splošne zdravnike na prakso, samo 10 odstotkov pa je bilo praks z enim samim zdravnikom. V zadnjih desetih letih se je število opredeljenih bolnikov pri posameznem zdravniku zmanjšalo za okoli sedem odstotkov, za enak odstotek pa se je povečalo število posvetov (Robinson, Dixon, 1999, str. 9, 53–57).

### **3.2.1. Lastništvo in pogodbeni odnosi**

Splošni zdravniki so skozi zgodovino ohranili svoj neodvisen položaj zasebnikov s pogodbo z nacionalno zdravstveno službo, kar jim zagotavlja avtonomijo pri sklepanju pogodb. V zadnji različici te pogodbe v letu 1990 so vpeljali nekatere spremembe, s katerimi bi povečali možnost izbire zdravnika, in sicer več informacij o delovanju ter natančnejšo opredelitev njihovih storitev, pogodba pa je vpeljala tudi večjo odvisnost plačil od izvedbe storitev. Za porazdelitev praks splošnih zdravnikov skrbi Medical Practices Committee, ki razpiše območja, kjer se lahko ustanovijo nove prakse, na drugih območjih pa se nova praksa lahko odpre zgolj izjemoma. Zaradi visokega zadovoljstva z nacionalno zdravstveno službo je zasebno financiranega osnovnega zdravstvenega varstva zelo malo. Zobozdravstvene storitve so prav tako na voljo v okviru nacionalne zdravstvene službe, v nekaterih območjih pa so zaradi težav z dostopom do zobozdravnikov znotraj zdravstvene službe prešli k zasebnim

izvajalcem. Vlada načrtuje izboljšanje pogojev za dostop do zobozdravstvene nege znotraj zdravstvene službe in zmanjšanje razlik na tem področju (Robinson, Dixon, 1999, str. 53–54).

### **3.2.2. Plačilo zdravnikov**

Za plačila splošnih zdravnikov velja drugačen sistem kakor za plačevanje bolnišničnih zdravnikov. Splošni zdravniki imajo pogodbo z nacionalno zdravstveno službo za izvajanje zdravstvenih storitev. Pogoji teh pogodb so dogovorjeni v pogajanjih med ministrstvom in predstavniki splošnih zdravnikov. Dejanski sistem je sestavljen iz fiksnih dodatkov, glavarine in plačila storitev. Pogoje plačila sprejme državni sekretariat s priporočili združenja splošnih zdravnikov. Splošni zdravniki so plačani po metodi stroški plus (an. *cost plus principle*), plačila tako pokrivajo njihove stroške in dodatek. Splošni zdravniki tako ne prejemaajo plače, ampak so plačani skozi sistem plačil, ki je oblikovan tako, da povprečnemu zdravniku zagotavlja določeno raven dohodka. Osnovni elementi plačil so tako (Robinson, Dixon, 1999, str. 91):

- a) glavarina – letni znesek za vsakega registriranega pacienta, ki znaša skoraj polovico celotnega letnega dohodka, spodbuja zdravnike k ohranjanju starih in pridobivanju novih pacientov,
- b) fiksni dodatki – so naslednji največji element, pokrivajo stroške ustanovitve in vzdrževanja ambulante,
- c) dodatki za promocijo zdravja – obsegajo zneske, za promocijo zdravja, sodelovanje pri programih za obvladovanje kroničnih bolezni in drugo,
- d) plačilo storitev – znesek za vsako opravljeno storitev.

Združevanje zdravnikov v skupine na osnovni ravni nima vpliva na njihovo plačilo, saj ohranijo individualno pogodbo z nacionalno zdravstveno službo (Robinson, Dixon, 1999, str. 90–91).

### **3.3. Osnovna zdravstvena dejavnost na Švedskem**

Trenutna struktura švedskega zdravstvenega sistema odraža njegovo dolgo zgodovino. Mesta so že v 17. stol. zaposlovala zdravnike za zagotavljanje javne zdravstvene službe. V letu 1862 so bili ustanovljeni deželni zbori, skrb za zdravstveno varstvo pa je bilo eno njihovih osnovnih vodil. To je zaznamovalo tudi začetke razvoja osnovnega zdravstvenega varstva. Osnovna ambulantna oskrba je bila običajno na voljo pri zasebnih zdravnikih ali v bolnišnicah. Zakon o zdravstvenih storitvah leta 1982 je dal deželnim zborom polno odgovornost in pooblastila za zagotavljanje zdravstvenega varstva ter promocijo zdravja in preventivne dejavnosti. Po kratkem obdobju, ko so zdravniki lahko ustanavljali ambulante po svojih željah, so nadzor nad ustanovitvami prevzeli deželni zbori (Glenngård et al., 2005, str. 15–18).

Cilj osnovnega sektorja je izboljšati splošno zdravje prebivalstva in zdraviti bolezni ter poškodbe, ki ne zahtevajo hospitalizacije. Osnovne zdravstvene storitve vsebujejo osnovne kurativne in preventivne storitve, ki so dostopne v osnovnih zdravstvenih centrih. Glavne smernice osnovnega zdravstva so vsestranskost, bližina in dostopnost ter stalnost in zanesljivost. Skladno z zakonom mora švedsko osnovno zdravstvo brez omejitev glede bolezni ali starosti stremeti k izpolnitvi potrebe prebivalstva po osnovni zdravstveni negi, preventivnih storitvah in rehabilitaciji, ki ne potrebujejo bolnišničnih zdravniških ali tehnoloških sredstev. Osnovna dejavnost je odgovorna za usmerjanje posameznega bolnika na pravilno raven v zdravstvenem sistemu. Po letu 1995 morajo biti vsi splošni zdravniki specialisti splošne medicine. Izrazi *splošni zdravnik*, *družinski zdravnik* in *okrožni zdravnik* pomenijo zdravnika splošne medicine na osnovni ravni, uporaba izrazov pa je odvisna od lokalnih političnih in organizacijskih odločitev. Bolniki običajno zdravnika obiščejo po predhodnem dogovoru, zdravniki pa ponujajo zdravljenje, nasvete in preventivo. Drugi zaposleni na osnovni ravni so še sestre, babice, fizioterapevti in ginekologi (Glenngård et al., 2005, str. 78).

Osnovne zdravstvene storitve obsegajo tudi cepljenja otrok, preglede nosečnic, zdravstvene preglede in posvete, prav tako tudi določene postopke zdravljenja. Splošni zdravnik običajno skrbi tudi za ostarele z manjšimi fizičnimi ali psihičnimi težavami. Tisti z resnejšimi psihičnimi težavami gredo običajno neposredno k psihiatričnim službam. V večini primerov ima splošni zdravnik tudi prvi stik z otroki, čeprav si to funkcijo delijo s pediatri. Za nosečnice skrbijo porodničarji, ginekologi in babice. Posebno vlogo imajo tudi patronažne sestre, ki imajo velikokrat prvi stik z bolnikom in jih napotijo k splošnemu zdravniku v zdravstvenem centru ali specialistu v bolnišnico. Patronažne sestre so vključene tudi v domačo oskrbo in redno opravljajo domače obiske. Imajo tudi omejeno pravico predpisovanja zdravil, ne prevzemajo pa lastne odgovornosti, zato delajo pod nadzorstvom zdravnikov. Zaradi bogate tradicije v bolnišnični dejavnosti, osnovna dejavnost predvsem v mestih ni bila deležna ustrezne pozornosti. Slabost tega je, da bolniki pogosto izpustijo splošne zdravnike in gredo takoj na bolnišnične urgentne oddelke, prav tako pa obstaja pomanjkanje splošnih zdravnikov na nekaterih območjih (Glenngård et al., 2005, str. 78–80).

Splošni zdravnik na Švedskem nima uradne vloge vratarja, bolniki tako lahko obiskujejo specialiste brez napotitve splošnega zdravnika. Bolniki lahko prosto izbirajo splošnega zdravnika, omejujejo jih zgolj geografske ovire. Splošni zdravniki so čedalje bolj obremenjeni, zato si država prizadeva povečati njihovo število, zaradi pomanjkanja zdravnikov doma pa si pomagajo predvsem z »uvozom« iz drugih držav EU, predvsem Nemčije, Italije, Danske, Grčije in Avstrije (Kako probleme zaposlovanja rešujejo na Švedskem in Norveškem, 2005).

### **3.3.1. Lastništvo in pogodbeni odnosi**

V vsakem deželnem zboru se samostojno odločajo, kako bodo zagotovili osnovno zdravstveno varstvo, saj poleg javnih ponudnikov obstajajo tudi zasebni. Poleg lokalnih zdravstvenih



centrov in ordinacij družinskih zdravnikov osnovno zdravstveno varstvo izvajajo še zasebni zdravniki in fizioterapevti, klinike patronažnih sester, otroške klinike in klinike za ženske bolezni. Zasebni zdravstveni centri in zasebni zdravniki so pogosti v mestih in gosto naseljenih območjih. Delež zasebnih zdravnikov na Švedskem je v letu 2004 predstavljal 12 odstotkov vseh zdravnikov (Bručan, 2005, str. 457). V letu 2003 je bilo od 1100 zdravstvenih centrov okoli 300 zasebnih, od 12 milijonov pogodb v osnovnem sektorju jih je bilo 27 odstotkov podpisanih z zasebnimi ustanovami. Zasebni zdravniki imajo večinoma pogodbe z deželnimi zbori, tako da so plačani iz javnih sredstev, zelo malo pa je takih, ki prejmejo plačilo neposredno od bolnikov. Vsak, ki želi opravljati zasebno dejavnost, mora to javiti nacionalnemu svetu za zdravje in blaginjo (National Board of Health and Welfare) (Glenngård et al., 2005, str. 79-80).

### **3.3.2. Plačilo zdravnikov**

Švedski zdravstveni sistem se večinoma financira iz davkov. Deželni zbori in lokalne oblasti imajo pravico proporcionalno obdavčiti prihodke svojih prebivalcev. Ker je politična in finančna odgovornost decentralizirana, je težko vire sredstev povezati z različnimi dejavnostmi znotraj deželnih zborov. Ker so izvajalci v švedskem zdravstvenem sistemu večinoma zaposleni v javnem sektorju, zdravniki, zobozdravniki, farmacevti in drugi prejmejo plačo. Večina zdravnikov je včlanjenih v osrednje združenje švedskih akademikov (Central Organization of Swedish Academics), ki jih zastopa v pogajanjih. Zdravniki imajo 40-urni delovnik. Zaposleni v zasebnem sektorju prejmejo plačo, sestavljeno iz glavarine in plačila storitev. Povračila izplačuje švedska socialna zavarovalnica (Swedish Social Insurance Agency). Alokacija sredstev se razlikuje med posameznimi deželnimi zbori, večina pa je finančno odgovornost skozi proračune preložila na zdravstvena okrožja. Dejavnosti kot pediatrija, geriatrija in nujna medicinska pomoč se običajno financirajo iz teh proračunov. Med drugimi je tudi pet deželnih zborov, ki poskušajo zasnovati plačilo na osnovni ravni po posameznem primeru s posebnim glavarinskim modelom. Plačevanje z glavarino se je uveljavilo v letih 1993 in 1994, ko je bil sprejet zakon, ki ureja delovanje družinskih zdravnikov. Vsa plačila, ne glede na vrsto izvedenih storitev (po primeru, po opravljeni storitvi), tradicionalno temeljijo na kritju celotnih stroškov. Deželni zbori so finančno odgovorni za vso ambulantno dejavnost, tako za plačilo izvajalcem v javni kot tudi zasebni lasti, vendar samo tistim, ki z deželnim zborom sklenejo pogodbo. Zasebniki imajo pravico bolnikom zaračunati plačilo storitev po predpisih deželnih zborov, plačilo zasebnikov pa lahko urejajo tudi druge pogodbe (Glenngård et al., 2005, str. 51–52).

### **3.4. Osnovna zdravstvena dejavnost v Italiji**

Zakon o nacionalni zdravstveni shemi je vsakemu italijanskemu državljanu omogočil enake možnosti dostopa do zdravstvenega varstva na različnih ravneh, ne glede na geografsko lokacijo in finančni položaj, uvedel pa je tudi preventivne sheme za nekatere bolezni, teži k

zmanjšanju razlik pri geografski porazdelitvi zdravstvenih storitev in večjem nadzoru porabe javnih sredstev. Vpeljan je bil tudi mešani sistem financiranja z davki in prispevki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, cilj pa je bil, da bi postopoma celoten sistem financirali z davki. Nove reforme spodbujajo sodelovanje med izvajalci zdravstvenih storitev in partnerstva z lokalnimi oblastmi pri promociji zdravja, upoštevajo pa tudi bolj strnjen organizacijski okvir za boljše zagotavljanje zdravstvene nege revnim, invalidom in ostarelim (Donatini et al., 2001, str. 13–18).

Osnovno zdravstveno dejavnost zagotavljajo splošni zdravniki, pediatri in nekateri samozaposleni in neodvisni zdravniki, ki imajo sklenjeno pogodbo z nacionalno zdravstveno službo, plačani so z glavarino glede na število opredeljenih bolnikov. Čeprav obstajajo finančne spodbude za delitev klinik s kolegi, jih večina dela v samostojni ambulanti. Splošni zdravniki lahko delajo po dveletni specializaciji v splošni medicini, skupaj s pediatri pa zagotavljajo večino osnovne zdravstvene dejavnosti. Delujejo kot vratarji pri dostopu do storitev na specialistični ravni. Izdajajo recepte in potrdila, prav tako po potrebi opravljajo hišne obiske. Ljudje si lahko izberejo kateregakoli zdravnika, vendar splošni zdravnik ne sme imeti več kakor 1600 opredeljenih oseb ali 800, če gre za pediatra. V letu 1998 je imel osebni zdravnik povprečno 1060 opredeljenih bolnikov, zdravniki na severu pa so imeli v povprečju več opredeljenih pacientov kakor zdravniki na jugu. Povprečje opredeljenih pacientov na pediatra je znašalo 742. V nekaterih regijah so bili otroci opredeljeni pri splošnih zdravnikih namesto pri pediatrih, predvsem zaradi pomanjkanja pediatrov in tudi starih navad. Reforma leta 1999 je prinesla bistvene spremembe na osnovni ravni predvsem s finančnimi spodbudami za povezovanje zdravnikov v skupinske ambulante in povezovanje z drugimi okrožnimi storitvami socialnega varstva, področja zdravstvenega izobraževanja in zdravega življenjskega okolja (Donatini, 2001, str. 59–60).

### **3.4.1. Lastništvo in pogodbeni odnosi**

Zdravniki na osnovni ravni so v večini primerov samozaposleni in imajo pogodbo z nacionalno zdravstveno službo. Italijo uvrščamo med predstavnico zahodnoevropskega modela zasebnitva, kjer se delež zasebnikov giblje med 60 in 100 odstotki. Zneski plačil, dolžnosti in odgovornosti so dogovorjeni vsaka tri leta s posvetovanji med vlado in sindikati splošnih zdravnikov. V dogovoru tudi omejijo največje število opredeljenih pacientov, ki jih imajo lahko splošni zdravniki in pediatri. Zaposleni splošni zdravniki za polni delovni čas oz. pediatri imajo lahko 1600 oz. 800 opredeljenih bolnikov, zaposleni za polovični delovni čas pa 500 ali 400. Zaradi preteklih dogovorov in zakonov so imeli nekateri zdravniki višje predpisano največje število opredeljenih bolnikov, splošni zdravniki 1800 in pediatri 1000, takšni zdravniki lahko upoštevajo starejše omejitve (Donatini et al., 2001, str. 88–89).

### **3.4.2. Plačilo zdravnikov**

Struktura plačila zdravnikov je odvisna od sektorja nacionalne zdravstvene sheme, kjer delujejo zdravniki. Plačilo splošnih zdravnikov in pediatrov na osnovni ravni je osnovano na glavarini, bolnišnični zdravniki pa običajno prejemajo plačo. V preteklosti so bili do leta 1978 zdravniki plačani po opravljenih storitvah iz sklada, pri katerem je bil bolnik zavarovan. Od takrat se splošni zdravnik in pediater odločita, ali bosta delala polni ali polovični delovni čas, glede na število opredeljenih bolnikov pa jih plačujejo lokalne zdravstvene enote. Plačilo tako določa zmnožek zneska za posameznega bolnika in števila opredeljenih pacientov, lokalne oblasti pa lahko izplačajo posamezne dodatke za domačo oskrbo in invalidne paciente. Višina dodatkov je dogovorjena na nacionalni ravni. Splošni zdravniki in pediatri lahko opravljajo storitve tudi zasebno in prejmejo plačilo neposredno od bolnikov, če to ne ovira rednega zagotavljanja storitev na osnovni zdravstveni ravni (Donatini et al., 2001, str. 87–88).

### **3.5. Osnovna zdravstvena dejavnost na Češkem**

V letih 1990 in 1991 ob razpadu Češkoslovaške se je začela liberalizacija zdravstvenega sistema. Takrat se je začel tudi proces svobodne izbire zdravstvene ustanove. V sistem so uvedli obvezno zdravstveno zavarovanje, kjer zavarovanci financirajo izvajalce zdravstvenih služb na podlagi pogodb. Skozi reforme so zdravstveni delavci večkrat pokazali razočaranje nad nizkimi prihodki, saj so od reform pričakovali zelo veliko. V obdobju uvajanja regulacijskih mehanizmov so želeli zmanjšati razlike, ki so nastale v obdobju hitre liberalizacije, predvsem na področju financiranja zdravstvenih storitev. Na osnovni ravni so uspeli enostavno metodo plačevanja storitev kombinirati z glavarino (Rokosová, Háva, 2005, str. 11–14).

Iz celotne mreže izvajalcev zdravstvenih storitev bi lahko med izvajalce na osnovni ravni uvrstili splošne zdravnike za odrasle, splošne zdravnike za otroke in mladostnike, ginekologe na osnovni ravni, zobozdravnike na osnovni ravni, nujno medicinsko pomoč in nego na domu. Zakonska odgovornost za organizacijo osnovne zdravstvene dejavnosti ni nikjer posebej opredeljena, saj je zakon še v nastajanju. Prebivalci si sami izberejo osebnega zdravnika, ki ga lahko zamenjajo vsake tri mesece. Pri izbiri zdravnika in dostopu ni nikakršnih ovir, če zdravnik na osnovni ravni pacientu ne more pomagati, ga napoti v primerno specializirano ustanovo na specialistični ravni, ki ima pogodbo s pacientovim zavarovalnim skladom. Zdravnik svojo odločitev obrazloži bolniku in o dosedanjem zdravljenju obvesti specialista. Specialist prav tako o svojih odkritjih v postopku zdravljenja obvesti bolnikovega osebnega zdravnika. Bolnik za dostop do specialistov ne potrebuje napotnice splošnega zdravnika, gre le za priporočila. Obiski pri ginekologih in zobozdravnikih so vedno neposredni. Skupine zdravnikov, ki imajo prvi stik z bolniki so tako splošni zdravniki za odrasle, splošni zdravniki za otroke in mladostnike (pediatri), ambulantni ginekologi in zobozdravniki. V letu 2002 so

zdravniki na osnovni ravni predstavljali 51 odstotkov vseh ambulantnih zdravnikov. Zdravniki imajo veliko dela s predpisovanjem bolniških odsotnosti, prav tako ima Češka velik odstotek napotitev na specialistično raven. Zaradi finančnih spodbud, da zdravniki opravijo čim več primerov, so se nekateri specializirali v izvajanju posameznih storitev, rezultat tega pa je bila odločitev, da bo plačilo potekalo v obliki glavarine, pri najbolj pogostih storitvah pa tudi s plačilom posameznih primerov (Rokosová, Háva, 2005, str. 46–49).

### **3.5.1. Lastništvo in pogodbeni odnosi**

Okoli 95 odstotkov osnovnega zdravstvenega varstva so na Češkem privatizirali leta 2002. Vstop zdravnikov v osnovno zdravstvo nadzirajo češka zdravniška zbornica s postopkom licenciranja zdravnikov in regionalne oblasti z izdajanjem ustreznih dovoljenj. Zdravniki nato sklenejo pogodbe z zavarovalnimi skladi, od katerih prejemajo povračila. Zasebni zdravniki so organizirani drugače, odvisno od lokalnih razmer. Večinoma zdravniki na osnovni ravni delajo sami, nekaj pa jih deluje tudi skupaj v zdravstvenih centrih in na nekaterih poliklinikah, kjer ponujajo tudi osnovno zdravstveno varstvo. Zasebni zdravniki običajno delajo v zdravstvenih centrih, katerim plačujejo najemnino, ki je po njihovem mnenju visoka. Zasebniki, ki delajo v svojih lastnih ambulantah, imajo običajno dostop do manjšega števila pripomočkov, zato posledično nudijo ožji nabor storitev od tistih v zdravstvenih domovih (Rokosová, Háva, 2005, str. 49–50). Delež zasebnih zdravnikov na Češkem v letu 2004 znaša 95 odstotkov (Bručan, 2005, str. 457).

### **3.5.2. Plačilo zdravnikov**

Na Češkem obstaja jasna razmejitev med zasebnimi zdravniki in tistimi, ki jih zaposluje država. Slednji so večinoma zaposleni v bolnišnicah, ki so v državni lasti. Na začetku je plačilo v celoti temeljilo na plačilu posameznih storitev, glede na omejen proračun pa je večje število opravljenih storitev pomenilo nižje povračilo na posamezno storitev. Zaradi zmanjševanja povračil na posamezno storitev so zdravniki opravili še večje število storitev, kar je pomenilo še nižje povračilo na posamezno storitev. Da bi prekinili začarani krog, je ministrstvo za zdravstvo leta 1997 skupaj s splošnim zavarovalnim skladom pripravilo in vpeljalo posebna merila za splošne zdravnike in specialiste. Za splošne zdravnike so uvedli plačilo glavarine, bolniki so sedaj razvrščeni v 18 skupin glede na starost in ne glede na spol. Število bolnikov na zdravnika je omejeno, preseganje števila pa zmanjša plačilo glavarine za posameznega pacienta. Posamezne storitve se še vedno plačujejo posamično, takšni so hišni obiski, preventiva in podobno. Za plačila storitev ambulantnih specialistov uporabljajo sistem plačevanja posamičnih storitev, obstajajo pa posamezne omejitve glede števila opravljenih storitev. Posamična vrednost točke za povračilo splošnim zdravnikom se spreminja glede na povprečno dnevno opravljeno število ur, mejna vrednost je 9 ur na dan, če jo zdravnik preseže, se vrednost posamezne točke zmanjša za 20 odstotkov (Rokosová, Háva, 2005, str. 75–76).

## **4. Ureditev osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji**

Poglavje o ureditvi osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji bo zajemalo pregled osnovne zdravstvene dejavnosti pred letom 1992 in po njem, definicije nekaterih osnovnih pojmov iz veljavne zakonodaje, vlogo in položaj družinskega zdravnika v Sloveniji, podroben pregled pogodbenih in lastninskih odnosov v osnovni zdravstveni dejavnosti in plačevanje zdravnikov na osnovni ravni.

### **4.1. Osnovna zdravstvena dejavnost pred reformo leta 1992**

Od leta 1918 je bila Slovenija del novonastale Kraljevine Srbov, Hrvatov in Slovencev, zgrajene na območju razpadlega avstro-ogrskega cesarstva. Glede na druge dele kraljevine je izstopala po višji stopnji rodnosti, predvsem zato, ker je 80 odstotkov prebivalstva še vedno živelo na podeželju. Ugoden položaj v kraljevini je pripomogel k hitremu razvoju sistema osnovnega varstva. Splošni zdravniki so bili uvedeni v vse večje skupnosti in dostopnost do njih se je pomembno povečala. Čeprav so babice pridobile pomemben položaj že v 18. stol. (kar dokazuje ustanovitev šole za babišvo), je bila nega novorojenčkov še vedno dokaj nerazvita, kar se kaže v visoki stopnji umrljivosti dojenčkov na Slovenskem, ki je leta 1930 znašala kar 12 promilov (Pirc, Pirc, 1937, str. 7–31). Po načelih Andrije Štamparja (1888–1958, hrvaški zdravnik, postavil je temelje javne zdravstvene službe v takratni Jugoslaviji), ki je prišel v stik s socialističnimi idejami, je bil po letu 1920 vpeljan popolnoma nov pristop k zdravstveni politiki, kar se je na osnovni ravni kazalo predvsem v decentralizirani osnovni negi na podeželju, organizirani v obliki dispanzerjev, ki so skrbeli za zdravljenje tipičnih bolezni. Po njegovih načelih je bil leta 1926 ustanovljen tudi prvi zdravstveni center v Sloveniji (Švab, Markota, Albreht, 2000, str. 791–792).

Po drugi svetovni vojni in spremembi ideologije je bila prejšnja ureditev ukinjena in vpeljana nova, ki je odsevala socialistična načela, vpeljana že s Štamparjevimi načeli. Zasebno delo zdravstvenih delavcev je bilo ukinjeno, ukinili so zdravniško zbornico, zdravniki so poslali državni uslužbenci. Nekateri zasebniki so se umaknili na Hrvaško, kjer zasebno delo nikoli ni bilo ukinjeno. Ves čas po vojni je bilo opaziti močno sodelovanje skupnosti z ljudskimi odbori, ki so bili odgovorni za zagotavljanje infrastrukture zdravstvenega varstva v lokalni skupnosti. Predpisana je bila struktura zdravstvenih centrov, ki so morali zagotavljati osnovne zdravstvene storitve, kot so osnovne medicinske in zobozdravniške storitve, in imeti oddelke za splošno medicino, pediatrijo, šolsko medicino, ginekologijo in medicino dela. Slovenija je bila edina jugoslovanska država, ki si je lahko privoščila tako drago reformo osnovnega zdravstva, za financiranje zdravstvenih objektov so pritegnili celo nekaj zasebnega kapitala. Kljub razvejani novozgrajeni mreži je reforma povzročila upad splošne medicine, saj so bile vse druge dejavnosti specialistične in so imele zato v osnovni dejavnosti boljše izobrazbo in večji ugled od splošne medicine. Sistem samoupravljanja je bil kot posledica takratnega

jugoslovanskega ideološkega sistema sprejet z ustavnim zakonom leta 1974, pri katerem naj bi ljudje sami določili svoje potrebe in načine za njihovo zadovoljitev brez posredovanja države, v zdravstvu pa je prišlo do nove delitve na samoupravljalna območja, ki so predstavljala temeljni vir financiranja. Vsako območje je imelo svoj regionalni zdravstveni center, ki naj bi skrbel za bolnišnično in osnovno zdravstveno varstvo, lekarniško dejavnost ter regionalni inštitut za javno zdravje. Samoupravljalna območja so s svojim vplivom začela spreminjati organizacijsko strukturo in se vmešavati v poklicno delo zdravnikov, zdravstvene ustanove pa so bile še bolj razdrobljene. Edini učinek vseh sprememb je bilo močno povečanje birokracije v sistemu zdravstvenega varstva. Dobro razvit sistem osnovnega varstva je zagotavljal dobro preskrbljenost prebivalstva, univerzalnega zdravnika, lahek dostop, širok spekter storitev in zadosten obseg zdravnikov. Kmalu je postalo jasno, da zdravstveni sistem z naraščajočim in neomejenim dostopom do zdravstvenih storitev na eni strani in omejenim financiranjem na drugi dolgoročno ne more zdržati finančnega bremena, zato je sistem konec leta 1990 skorajda propadel (Švab, Markota, Albreht, 2000, str. 792–794).

#### **4.2. Osnovna zdravstvena dejavnost po reformi in definicije osnovnih pojmov**

V letu 1991 po osamosvojitvi je Slovenija začela proces tranzicije v tržno ekonomijo. Zaradi težav prejšnjega sistema je bila zdravstvena reforma nujno potrebna. Najpomembnejša sta bila novi Zakon o zdravstveni dejavnosti in Zakon o zdravstvenem zavarovanju, ki sta postavila temelje za sedanji sistem obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Najpomembnejše novosti so bile ustanovitev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje, zasebno delo na skoraj vseh področjih zdravstvenega varstva, ponovna uvedba Zdravniške zbornice in uvedba osebnega zdravnika na osnovni ravni. Pred reformo leta 1992 je bil posameznik dodeljen v najbližji zdravstveni dom svojemu bivališču ali mestu zaposlitve. Vez med zdravnikom in bolnikom ni bila poudarjena in pogosto se je zgodilo, da je imel posameznik več zdravnikov, ki so opravljali vlogo osebnega zdravnika. Najpogosteje so imeli enega zdravnika v zdravstvenem domu v okolici stalnega bivališča in enega v zdravstvenem domu pri službi. Ker plačilo ni temeljilo na glavarini, to ni predstavljalo ovir. Uvedba osebnega zdravnika je povzročila največ težav na osnovni ravni predvsem pri negi otrok in v medicini dela. V preteklosti so bili otroci namreč samodejno dodeljeni pediatru v bližnjem zdravstvenem domu, sedaj pa so starši lahko izbirali med zaposlenimi pediatri, čeprav so se redko odločali za to možnost. Z novimi zakoni je odgovornost preložena na posameznika, saj je posameznik odgovoren za svoje zdravje, prav tako pa so delodajalci dolžni zagotavljati zdravo delovno okolje (Švab, Markota, Albreht, 2000, str. 795).

Z reformo je bil sprejet Zakon o zdravstveni dejavnosti, po katerem zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno in lekarniško dejavnost. Osnovna zdravstvena dejavnost po definiciji (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005) obsega:

- spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev in predlaganje ukrepov za varovanje, krepitev in izboljšanje zdravja ter preprečevanje, odkrivanje, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov ter poškodovancev;
- preventivno zdravstveno varstvo rizičnih skupin in drugih prebivalcev v skladu s programom preventivnega zdravstvenega varstva in z mednarodnimi konvencijami;
- zdravstveno vzgojo ter svetovanje za ohranitev in krepitev zdravja;
- preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje ustnih in zobnih bolezni ter rehabilitacijo;
- zdravstveno rehabilitacijo otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
- patronažne obiske, zdravstveno nego, zdravljenje in rehabilitacijo bolnikov na domu ter oskrbovancev v socialnovarstvenih in drugih zavodih;
- nujno medicinsko pomoč in reševalno službo, če ta ni organizirana pri bolnišnici;
- zdravstvene preglede športnikov;
- zdravstvene preglede nabornikov;
- ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo;
- diagnostične in terapevtske storitve.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) pri sistemih financiranja ločuje zdravstveno dejavnost na osnovni ravni od lekarniške dejavnosti. Glede na definicijo iz Zakona o zdravstveni dejavnosti, gre za nedosledno uporabo terminologije in se izraz osnovna zdravstvena dejavnost v tem primeru nanaša zgolj na osnovno zdravstveno dejavnost. Osnovna zdravstvena dejavnost obsega dejavnosti (ZZZS, 2006):

- splošnih ambulant, otroških in šolskih dispanzerjev;
- ginekoloških dispanzerjev;
- zobozdravstva;
- laboratorija in RTG;
- dežurne službe in nujne medicinske pomoči;
- ločeno zaračunljivih materialov in storitev;
- reševalne službe;
- druge ožje dejavnosti osnovnega zdravstva.

Storitve s področja osnovne zdravstvene dejavnosti opravlja osebni zdravnik s sodelavci, bolnika lahko napoti tudi k drugim zdravnikom, hkrati pa vodi bolnikovo zdravstveno dokumentacijo. V razmerju do osebnega zdravnika so vsi drugi zdravniki, ki sodelujejo pri zdravstveni obravnavi posameznika na specialistični ali znanstveno-raziskovalni ravni napotni zdravniki. Izvajanje storitev napotnega zdravnika je praviloma časovno omejeno in vezano na napotitev osebnega zdravnika. Napotni zdravnik lahko prevzame bolnika v stalno oskrbo le izjemoma, kadar določena bolezen zahteva trajen nadzor na specialistični ravni (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005). Pri nas je zdravnik splošne medicine opredeljen kot zdravnik, ki »v okviru svoje stroke obravnava ali dolgoročno vodi slehernega posameznika ali skupine

posameznikov, z vsemi vrstami zdravstvenih motenj, ob upoštevanju in aktivnem sodelovanju celovite osebnosti in slehernega okolja« (Voljč, 1992, str. 2).

### **4.3. Organizacijske oblike izvajalcev osnovne zdravstvene dejavnosti**

Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci. Izvajalci, ki niso v zasebni lasti, so organizirani kot javni zavodi. V okviru osnovne zdravstvene dejavnosti za svoje oskrbovance opravljajo zdravstveno nego in rehabilitacijo tudi socialnovarstveni zavodi, zavodi za usposabljanje in izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v duševnem in telesnem razvoju (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005).

#### **4.3.1. Javni zdravstveni zavod**

Javni zdravstveni zavod na osnovni ravni se lahko ustanovi, spremeni, razširi dejavnost, preneha z delovanjem le s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje in po predhodnem mnenju ZZZS. Ministrstvo, pristojno za zdravje, predpiše tudi tehnične in strokovne pogoje, ki jih mora izpolnjevati zavod, ustanovitelj pa mora zagotoviti ustrezne materialne pogoje. Zdravstveni zavod upravlja svet zavoda, ki ga sestavljajo predstavniki ustanovitelja, delavcev zavoda in zavarovancev ali drugih uporabnikov. Direktorja imenuje svet zavoda in če strokovna in poslovodna funkcija nista ločeni, mora direktor imeti visoko izobrazbo ustrezne zdravstvene smeri. Sredstva za delo prejema zavod od ustanovitelja v skladu z ustanovitvenim aktom, s plačili za storitve, po pogodbi z ZZZS, po pogodbi z ministrstvom, pristojnim za zdravje, in za naloge, ki se financirajo iz republiškega proračuna (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005).

Zdravstveni dom je javni zdravstveni zavod, kjer je organizirano najmanj preventivno zdravstveno varstvo vseh skupin prebivalcev, nujna medicinska pomoč, splošna medicina, zdravstveno varstvo otrok in mladine, patronažno varstvo ter laboratorijska in druga diagnostika. Prav tako na svojem območju zagotavlja tudi družinsko medicino, preventivno in kurativno zobozdravstveno varstvo, medicino dela ter fizioterapijo, če opravljanje teh dejavnosti ni urejeno drugače. Zagotavlja tudi reševalno službo, če ta ni organizirana v bolnišnici. Zdravstveni dom se ustanovi za območje ene ali več občin ali mesta ob upoštevanju zbolewnosti prebivalstva, naseljenosti in prometnih povezav. V zdravstveni postaji, ki je tudi organizirana kot javni zdravstveni zavod, se izvaja najmanj nujna medicinska pomoč, splošna medicina, zdravstveno varstvo otrok in mladine, družinska medicina ter osnovne diagnostične preiskave. Če v občini ali mestu ni zdravstvenega doma, mora občina ali mesto v sodelovanju z ZZZS zagotoviti izvajanje preventivnih in drugih programov v osnovnem zdravstvenem varstvu s pogodbo z drugim izvajalcem javne zdravstvene službe na podlagi koncesije (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005).



### **4.3.2. Zasebni zdravstveni delavec**

Ko govorimo o zasebnosti, moramo razlikovati zasebnike, ki imajo koncesijo in so sestavni del javnega zdravstva, od tistih, ki prodajajo zdravstvene storitve in jim bolniki neposredno plačujejo, vendar slednjih v slovenskem zdravstvu skorajda ni z izjemo zobozdravstva, kjer pa tudi predstavljajo majhen delež (Poredoš, 2005, str. 455). Zasebni zdravstveni delavec lahko opravlja zasebno zdravstveno dejavnost, če izpolnjuje pogoje, ki jih določa zakon, torej ima zahtevano izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti in je usposobljen za samostojno delo, ni v delovnem razmerju, mu s pravnomočno sodbo sodišča ni prepovedano opravljanje zdravstvenega poklica, ima zagotovljene ustrezne prostore, opremo, kadre po potrebi ter pridobi mnenje ustrezne zbornice ali združenja. Kot ustrezni se štejejo tudi najeti prostori. Zdravstveni delavec, ki izpolnjuje te pogoje, lahko začne opravljati zasebno zdravstveno dejavnost z dnem izdaje odločbe o vpisu v register zasebnih zdravstvenih delavcev, ki ga trenutno vodi Zdravniška zbornica Slovenije. Zasebni zdravnik lahko izvaja storitve po koncesijski pogodbi z ZZZS, ki krije stroške teh storitev, ali samoplačniško (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005).

Poleg drugih zdravstvenih storitev mora zasebni zdravnik zagotavljati tudi stalno dostopno nujno medicinsko pomoč, reševalni prevoz, laboratorijske in druge diagnostične ter terapevtske postopke. V te namene se povezuje in sodeluje z najbližjim zdravstvenim domom, drugimi zdravstvenimi zavodi oziroma drugimi zasebnimi zdravstvenimi delavci. V primeru obsežnejše ali zahtevnejše dejavnosti se zasebni zdravniki lahko povezujejo v zdravniške zadrage. Zasebne zdravstvene dejavnosti ni mogoče opravljati na področjih preskrbe s krvjo in krvnimi pripravki, odvzema in hranjenja človeških organov za presajanje, socialnomedicinske, higienske, epidemiološke in zdravstveno-ekološke dejavnosti ter patoanatomske dejavnosti. Mrliško pregledno službo lahko na podlagi pooblastila občinskega upravnega organa, pristojnega za zdravstvo, izjemoma opravlja tudi zdravnik, ki opravlja zasebno zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije. Zdravnik se iz registra zasebnikov izbriše, če v enem letu po vpisu ne začne opravljati dejavnosti, odjavi opravljanje zasebne zdravstvene dejavnosti, umre, mu je s pravnomočno sodbo prepovedano opravljanje zdravniškega poklica ali se ugotovi, da ne izpolnjuje več pogojev za opravljanje dejavnosti (Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005).

### **4.4. Javno zasebno partnerstvo na osnovni ravni**

Tako javni kakor zasebni zdravstveni sistem sta namenjena zagotavljanju zdravstvenih storitev prebivalstvu v celotnem slovenskem prostoru. Njuno osnovno poslanstvo je enako, razlikujeta pa se do neke mere v načinu in obsegu izvajanja zdravstvenih storitev, v materialnih pogojih, načinu financiranja ter po lastništvu materialnih sredstev (oprema, prostori). Zasebnik ima natančno opredeljeno količino storitev, ki jih lahko opravi z razpoložljivimi sredstvi, povečevanje obsega dela in preseganje programa pa praktično ni možno, saj bi to ogrozilo

njegovo preživetje. Po drugi strani pa je v javnih zavodih zaradi omejenih finančnih sredstev preseganje programov pravilo, saj za preživetje javnega zavoda kljub izgubi skrbi država, kar je težava vseh javnih sistemov, ki naj bi zagotavljali univerzalno zdravstveno varstvo. Če bi tudi javni zavodi delovali v pogojih trdih proračunskih omejitev, bi lahko z ustreznim sistemom spodbud in nadzorom učinkovitosti ter uspešnosti dosegali racionalno poslovanje. Omejena in natančno določena količina razpoložljivih finančnih sredstev zasebnika sili v racionalizacijo, kar je lahko ena od pomembnih prednosti, hkrati pa je to lahko ovira za izvajanje dragih zdravstvenih storitev, ki jih zato zasebniki zaradi nezadostne materialne podpore prenašajo v javni sistem. Prav tako ni pričakovati, da bi zasebniki v prihodnosti pokrivali del urgence, ki je organizacijsko zelo zahtevna in terja izdatnejšo materialno podporo. Racionalizacija, ki je značilnejša za zasebnike, pa je lahko tudi omejujoč dejavnik pri uvajanju novih, praviloma dragih načinov zdravljenja. Glede na način in organiziranost zasebne zdravstvene dejavnosti imajo zasebniki manj možnosti za stalno podiplomsko izpopolnjevanje kot zaposleni v javnih zavodih, kar je povezano tudi z razvojem medicine in uvajanjem novosti, zato bo to verjetno še naprej domena javnih zavodov. Ne glede na omejitve in navedene pomanjkljivosti zasebnega zdravstva je zasebnništvo povečalo konkurenčnost in bolniki so zasebno dejavnost večinoma dobro sprejeli, kar potrjujejo tudi primerjalne analize in ankete o zadovoljstvu. Glavni razlogi za večje zadovoljstvo so dobra organiziranost, krajše čakalne vrste in na splošno boljša dostopnost do določenih zdravstvenih storitev, zato se upravičeno pričakuje, da se bo v bližnji prihodnosti še dodatno privatiziral večji del osnovne ravni na področju družinske medicine (Poredoš, 2005, str. 455). Kljub navedenim razlikam, javni in zasebni sistem zdravstvenega varstva nista izključujoča, temveč dopolnjujoča, dopolnjevanje pa je moč doseči z nadaljnjim razvojem javno zasebnih partnerstev.

Javno zasebno partnerstvo so različni tipi sporazumov med državo ali lokalnimi skupnostmi in pravnimi ali fizičnimi osebami zasebnega sektorja, katerih namen je zagotavljati ali javno infrastrukturo ali javne dobrine ali pa dobrine, ki jih določena skupnost opredeli kot javno dobro. Razmerje javno zasebnega partnerstva se lahko izvaja kot razmerje pogodbenega partnerstva ali kot razmerje statusnega partnerstva. Pogodbeno partnerstvo ima lahko naravo koncesijskega razmerja ali javno-naročniškega razmerja. Osnovne koristi javno-zasebnega partnerstva bi lahko iskali v prihrankih pri stroških, vključevanju zasebnega kapitala in zmanjševanju pritiska na javna sredstva, delitvi tveganja in učinkovitejšem izvajanju storitev. Možna tveganja v javno-zasebnih partnerstvih predstavljajo izguba nadzora lokalnih oblasti, povečanje stroškov za izvajanje javne službe in/ali izgradnje javne infrastrukture, tveganja, povezana z neizkušenostjo, nejasna delitev odgovornosti in tveganj med javnim in zasebnim sektorjem, nezanesljivost pri izvajanju pogodbenih obveznosti, nižja kakovost ali učinkovitost storitev in pristranskost pri izbiri partnerja. Javno-zasebno partnerstvo ne pomeni privatizacije, se pa skrajna oblika pogodbenega partnerstva (an. *BOO – Build, Own, Operate*) dejansko približa privatizaciji (Brezovnik, 2006). Ministrstvo za zdravje želi pri sklepanju javno-zasebnih partnerstev na mestu posrednika med državo in zdravstveno ustanovo zasebnega dolgoročnega upravljavca z nevladnimi sredstvi, tako partnerstvo pa naj bo projektno vodeno z

namenom večje učinkovitost in spodbujanja posodobitve zdravstvenega sistema ter preoblikovanja v omrežno locirani zdravstveno-varstveni dogovorni sistem (Bručan, 2005, str. 458).

Kot smo že omenili, javni in zasebni sistem zdravstvenega varstva nista izključujoča, temveč dopolnjujoča se načina zagotavljanja zdravstvenega varstva, zato sta se v večini razvitih držav uveljavila oba, le njuna zastopanost na posameznih ravneh se razlikuje od države do države. V Sloveniji so bile šele s spremembo družbenopolitičnega sistema dane možnosti za uveljavitev zasebne pobude v zdravstvu. V povezavi z oblikovanjem javno-zasebnih partnerstev se trenutno v Sloveniji pojavljata proces privatizacije, ki še vedno poteka, in koncesijska pogodba kot ena od oblik takšnega partnerstva, čeprav je do privatizacije prišlo zaradi spremembe družbenopolitičnega sistema. Poleg značilnosti koncesijske pogodbe in poteka privatizacije na osnovni zdravstveni ravni v Sloveniji bo to poglavje zajemalo tudi analizo trenutnega stanja v Sloveniji.

#### **4.4.1. Potek privatizacije**

Privatizacijo osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji je zakonsko omogočila reforma iz leta 1992. Zasebne zdravnike lahko delimo na zasebnike, ki prejemajo neposredna plačila za svoje storitve, in na zasebnike, ki se s pridobitvijo koncesije vključijo v javno zdravstveno mrežo. Koncesijo za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti podeli občinski ali mestni organ, pristojen za zdravstvo, s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje, predhodno pa morajo pridobiti soglasje od ZZZS in pristojne zbornice ali strokovnega združenja. S pogodbo o koncesiji koncedent in koncesionar uredita razmerja v zvezi z opravljanjem javne službe in pogoje, pod katerimi jo mora koncesionar opravljati, določijo pa se vrsta zdravstvene dejavnosti, obseg izvajanja javne službe, začetek izvajanja in rok za odpoved koncesije ter sredstva, ki jih za opravljanje javne službe zagotavlja koncedent. Če koncesionar javne službe ne opravlja v skladu s predpisi, odločbo in pogodbo o koncesiji, se mu določi rok za odpravo pomanjkljivosti, če pomanjkljivosti ne odpravi, pa se mu koncesija odvzame. Koncedent je v tem primeru dolžan poskrbeti, da bolnike pod enakimi pogoji v zdravljenje sprejme drug zdravstveni zavod ali zasebni zdravstveni delavec (Zakon o zdravniški službi, 2004; Zakon o zdravstveni dejavnosti, 2005).

Mrežo javnih zdravstvenih ustanov sestavljajo zdravstveni domovi, zasebni splošni zdravniki in zobozdravniki s koncesijo, lekarnе, specialistične ambulante in bolnišnice (Albreht et al., 2002, str. 21). Privatizacija kot tipičen tranzicijski proces v slovenskem zdravstvu ni bila skrbno načrtovana, zasebni izvajalci pa so prisotni večinoma na osnovni ravni. V odsotnosti jasne privatizacijske strategije se interesi države niso prenesli k direktorjem javnih zavodov, ki delujejo v okviru mehkih proračunskih omejitev, kar je pomenilo, da je izgube javnih zavodov pokrila država. Brez odločnejše privatizacije se prav tako nista razvili liberalizacija in povečana konkurenčnost v zdravstvenem sistemu, tako da znotraj zdravstvenega sistema še

vedno prevladuje mnenje, da se učinkovitost ne more povečati na račun konkurenčnosti (Tajnikar, Došenović, 2005, str. 153–154). Z odhodom zdravnikov v zasebno dejavnost je obstajala nevarnost, da zdravstveni domovi ne bodo sposobni zagotavljati vseh z zakonom določenih dejavnosti, zato se je porodila ideja, da bi zasebni zdravniki svojo dejavnost opravljali v najetih prostorih zdravstvenega doma. Pri tem so zagovorniki te zamisli prezrli dejstvo, da se zasebnik s koncesijo in javni zavod financirata iz istega vira, da obravnavata isto prebivalstvo in da ekonomska uspešnost in tržnost enega, drugega neizogibno pelje v težje poslovanje, saj zasebni zdravnik praviloma izvaja dejavnost z nizkimi materialnimi stroški, breme dražjih raziskav pa lahko prelaga na pleča javnih zavodov. Težave pri sklepanju dogovorov zasebnikov z zdravstvenimi domovi so povzročile gradnjo mnogih novih objektov, v katerih sedaj delujejo zasebni zdravniki, mnogo bolj splošne težave pa povzroča pomanjkanje nacionalne strategije pri koriščenju obstoječih zdravstvenih objektov (Švab, Markota, Albreht, 2000, str. 796–797; Židanik, 2005, str. 461–462). Zasebni zdravniki so z odhodom v zasebno dejavnost uspeli s slabšo stroškovno učinkovitostjo doseči večje zadovoljstvo bolnikov, kar bi moralo tudi javne zavode spodbuditi h komercializaciji, saj komercializacija ne zahteva privatizacije javnega sektorja. Izvajalci lahko pritegnejo bolnike k povpraševanju po novih storitvah tudi tedaj, ko delujejo na področju izobraževanja, informiranja in promocije zdravja. Komercializacija torej pomeni preusmeritev k bolnikovemu zadovoljstvu in oblikovanje celovite storitve za doseganje cilja, kar so morali zasebni izvajalci spoznati sami, javni zavodi pa zaradi konkurence zasebnih izvajalcev. Javni zavodi imajo zaradi svoje stroškovne učinkovitosti vse možnosti, da z uporabo novih pristopov, podjetništva in informatizacije, kljub pomanjkanju pritiska lastnikov (države in lokalnih skupnosti), zagotavljajo učinkovito in bolniku prijazno zdravstveno varstvo na osnovni ravni (Tajnikar, Došenović, 2005a, str. 16–17).

#### **4.4.2. Razlogi za odhod v zasebno dejavnost**

Zdravnike, ki se odločajo za odhod v zasebno dejavnost, lahko razdelimo v tri skupine: zobozdravniki na osnovni ravni, splošni zdravniki na osnovni ravni ter specialisti na specialistični ravni. Vsaka od skupin je na svoj način prešla v zasebno dejavnost, zobozdravniki so legalizirali svoje nelegalne zasebne ordinacije, ki so jih imeli že v prejšnjem političnem sistemu, specialisti so svoje storitve neposredno nudili ljudem, čeprav je splošni zdravnik ohranil vlogo vratarja tudi po reformah (to so jim omogočile dolge čakalne vrste na specialistični ravni), obe skupini pa sta se lahko zanašali na neposredna plačila, čeprav so imeli tudi možnost pridobitve koncesije. Splošni zdravniki in drugi na osnovni ravni pa so se skoraj izključno financirali z dohodkov, ki so izhajali iz koncesije. Zbiranja podatkov od zasebnikov državna statistika ne predpisuje, zato je bila izvedena raziskava, katere namen je bil med drugim zbrati tudi vzroke odhoda v zasebno dejavnost. Anketirani so bili 203 zasebni zdravniki, zaposleni kot samostojni podjetniki ali v družbah z omejeno odgovornostjo, zaradi običajno nizkega odziva na ankete pa so prejeli tudi pismo predsednika združenja zasebnikov,

ki je poudaril pomembnost vprašalnika. Na vprašalnik so se odzvali 103 ali 54,5 odstotkov vprašanih (Švab, Vatovec Progar, Vegnuti, 2001, str. 407–409).

Tabela 2: Pomembni vzroki za odhod v zasebno dejavnost med splošnimi zdravniki zobozdravniki in specialisti

Navedeni razlog	Splošni zdravniki	Zobozdravniki	Specialisti	Skupaj	p
Želim nuditi boljše storitve	4,45	4,67	4,47	4,58	0,42
Več neodvisnosti pri delu	4,60	4,23	4,37	4,33	0,38
Samostojna izbira sodelavcev	4,40	4,28	3,94	4,24	0,25
Boljše možnosti pri nakupu potrebne opreme	3,80	4,17	3,53	3,97	0,11
Samostojna izbira delovnega časa	4,00	3,93	3,95	3,95	0,98
Možnost večjega zaslužka	3,95	4,10	3,44	3,95	0,06
Samostojna izbira delovnega materiala	3,20	4,33	2,79	3,80	0,00
Lažja udeležba na dodatnih izobraževanjih	3,35	3,80	3,67	3,68	0,41

Vir: Švab, Vatovec Progar, Vegnuti, 2001, str. 410.

Tabela 2 prikazuje izsledke raziskave. Zadnji stolpec prikazuje stopnjo značilnosti med skupinami zdravnikov, merjeno s *t-preizkusom*. Za najpomembnejša vzroka odhoda v zasebno dejavnost je raziskava pokazala željo po zagotavljanju kakovostnejših storitev in večjo neodvisnost pri delu. Poleg tega so zasebniki menili, da so se po odhodu v zasebno dejavnost najbolj izboljšali odnosi med zdravnikom in bolnikom, boljša naj bi bila tudi lokacija in opremljenost ambulant ter krajši čakalni čas za obisk (Švab, Vatovec Progar, Vegnuti, 2001, str. 410–412).

#### 4.4.3. Analiza trenutnega stanja v Sloveniji

Zdravstvene storitve lahko izvajajo javni ali zasebni zavodi oziroma ambulante. Težave pri prikazu aktualnega stanja v Sloveniji povzročajo različni viri podatkov, ki obsegajo podatke z različnih vidikov. ZZZS v svoja poročila vključuje tiste zdravnike, ki imajo sklenjene koncesijske pogodbe, Zdravniška zbornica zagotavlja podatke samo za svoje člane. Člani so vsi z veljavno zdravniško licenco, ki je potrebna za delo z bolniki. Nabor podatkov, s katerim razpolaga Zdravniška zbornica je tako najbolj ustrezen, vendar manjkajo zdravniki, ki zdravniško službo opravljajo brez licence, čeprav je takih zdravnikov malo. ZZZS in Zbornica nimata ustrezne delitve na osnovno in specialistično raven, saj pri nekaterih področjih, kot sta pediatrija in ginekologija, ne moremo ločiti, kolikšen del zdravnikov dejavnost opravlja na osnovni ravni, saj nekateri opravljajo dejavnost tako na osnovni kakor tudi specialistični ravni.

Podatke za uradno statistiko sicer zagotavlja Inštitut za varovanje zdravja RS, vendar bom zaradi slabega posododabljanja uradnih podatkov za prikaz trenutnega stanja števila zdravnikov, ki delujejo na osnovni ravni, uporabil podatke Zdravniške zbornice.

Tabela 3: Število zdravnikov po specialnostih in ustanovah zaposlitve, značilnih za osnovno raven

Specialnost	Ustanova zaposlitve			Skupaj
	Zdravstveni dom	Zasebni sektor s koncesijo	Zasebni sektor brez koncesije	
Družinska medicina	536	176		712
Splošna medicina (brez spec.)	179	44	4	227
Pedriatrija	215	48		263
Ginekologija in porodništvo	72	43	2	117
Medicina dela, prometa in športa	102	25	15	142
Dentalna medicina	449	491	128	1068
<b>Skupaj</b>	<b>1553</b>	<b>827</b>	<b>149</b>	<b>2529</b>

Vir: Register Zdravniške zbornice Slovenije na dan 1.3.2006.

V Tabeli 3 so prikazane značilne specialnosti za osnovno raven, v število pa so vključeni zdravniki specialisti in specializanti. Številke predstavljajo fizično število oseb in ne vključujejo upokojenih zdravnikov. Največ zdravnikov je zaposlenih v zdravstvenih domovih, skupaj 61 odstotkov. Med medicinskimi specialnostmi prevladujejo specialisti družinske medicine in splošni zdravniki, ki predstavljajo 64 odstotkov vseh zdravnikov medicinskih specialnosti. Največji delež zasebnikov je med zobozdravniki, delež pa znaša kar 46 odstotkov.

V letu 2005 je bilo v postopku pridobitve koncesije okrog 100 kandidatov na osnovni ravni. V to številko so vključeni tako primeri iz prejšnjih let kakor tudi primeri v začetni fazi obravnave. V postopek podeljevanja koncesij na osnovni ravni so poleg Ministrstva za zdravje vključene tudi Zdravniška zbornica in občine. Podatki kažejo, da se je tudi v letu 2005 nadaljevala težnja umirjanja povečevanja zasebnikov v javni zdravstveni mreži. Cilji Ministrstva za zdravje na osnovni ravni so opredeljeni kot prizadevanje za pregledno uvajanje zasebnega dela na področja osnovnega zdravstva glede na sedanje zmogljivosti javne zdravstvene službe v sklopu nove zdravstvene zakonodaje in hkrati spodbujanje javno-zasebnih partnerstev (Bručan, 2005, str. 458).

## **4.5. Financiranje zdravstvenih storitev na osnovni ravni**

Sistem financiranja zdravstvenega varstva je izjemnega pomena za učinkovito izvajanje zdravstvenih programov, kakovostnih storitev in dostopnosti zavarovancev do pravic, dogovorjenih v državni zakonodaji. Pogoje in načine financiranja javne zdravstvene službe na osnovni zdravstveni ravni urejata Splošni dogovor in Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost. Vrednost programa zdravstvenih storitev za leto 2005 za osnovno dejavnost predstavlja 88.717.281 SIT ali 27,87 odstotkov vseh storitev, načrtovanih v Dogovoru 2005. Vrednost programa za specialistične ambulante in bolnišnično dejavnost predstavlja 195.827.866 ali 61,51 odstotkov vseh storitev, načrtovanih v Dogovoru 2005. Vrednost osnovne zdravstvene dejavnosti je tako približno polovica vrednosti specialistične zdravstvene dejavnosti, skupaj pa predstavljata skoraj 90 odstotkov celotne vrednosti načrtovanih storitev pri izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja (Poslovno poročilo ZZZS za leto 2005, 2006, str. 25). To poglavje bo v prvem delu obravnavalo proces alokacije virov, v drugem delu pa bo poudarek na mehanizmih plačevanja izvajalcev zdravstvenih storitev.

### **4.5.1. Proces alokacije virov**

V Zakonu o zdravstveni dejavnosti je določeno, da mrežo javne zdravstvene službe na osnovni ravni določa in zagotavlja občina oziroma mesto, ki izvajalcem zdravstvenih dejavnosti podeljuje koncesije, za katere ZZZS daje le svoje soglasje. Zavod nato na podlagi sprejetega Splošnega dogovora in ustreznega področnega dogovora javno razpiše zdravstvene programe in storitve, na katere se lahko prijavijo vsi izvajalci, ki imajo koncesijo in s tem tudi pravico sodelovati v mreži javne zdravstvene službe. Zavod nato med njimi izbere izvajalce, ki izpolnjujejo razpisne pogoje, in z njimi sklene pogodbo (ZZZS, 2006).

Besedilo Splošnega dogovora, v nadaljevanju Dogovora, je določeno z arbitražo, sestavljeno iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Skupnosti naravnih zdravilišč, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije in ZZZS. Dogovor določa program, ki opredeljuje vrsto in obseg programov zdravstvenih dejavnosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivosti, potrebne za izvedbo dogovorjenega programa, obseg sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za financiranje zdravstvenih dejavnosti, globalno delitev finančnih sredstev po zdravstvenih dejavnostih, opredeljenih v tem Dogovoru, izhodišča za oblikovanje vrednosti programa oziroma cen zdravstvenih storitev in druge podlage za sklepanje pogodb med ZZZS in javnimi zdravstvenimi zavodi ter drugimi pravnimi in fizičnimi osebami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije. Za natančnejšo opredelitev Dogovora posamezni partnerji sklenejo Področne dogovore, s katerimi opredelijo merila za določanje zmogljivosti za izvajanje programov in ugotavljanje specifičnosti pri vrednotenju programov, seznam ločeno

zaračunljivih materialov in storitev posameznega ožjega zdravstvenega področja, pravice in obveznosti izvajalcev ter ZZZS pri uresničevanju sklenjenih pogodb in izvajanju programov, načine in roke poravnavanja računov za opravljene storitve, merila za prerazporejanje sredstev med dejavnostmi, ki so med seboj funkcionalno soodvisne ter merila za razporeditev sredstev nujne širitve programov, opredeljenih v Dogovoru (Splošni dogovor za pogodbeno leto 2005).

S Področnim dogovorom za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost (Področni dogovor) partnerji podrobneje opredeljujejo merila in usmeritve iz Dogovora za sklepanje pogodb med ZZZS in zdravstvenimi domovi ter koncesionarji, ki opravljajo programe s področja osnovnega zdravstvenega varstva ter specialistično ambulantne dejavnosti, in sicer merila za določanje zmogljivosti in oblikovanje programov, merila za vrednotenje programov ter sklepanje in izvajanje pogodb ter reševanje sporov. Posamezni zdravnik za poln program ekipe v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih pri izračunu obveznosti lahko preseže sedanje povprečno število opredeljenih zavarovanih oseb na zdravnika (zavarovane osebe/splošni zdravniki). Izvajalci lahko uveljavljajo celoten program, ki presega sedanje realno povprečje s postavitvijo novih timov v okviru načrtovanih sredstev na ravni Slovenije. Izvajalci, ki so začeli z delom brez opredeljenih zavarovanih oseb, prejema prvo leto 80 odstotkov sredstev za glavarino, izračunano na podlagi povprečnega števila opredeljenih zavarovanih oseb v Sloveniji glede na dejavnost, po preteku tega obdobja pa se za obračun glavarine upošteva dejansko število opredeljenih oseb. V pogodbi med ZZZS in izvajalcem sta opredeljena obseg in struktura programa (kot ga določa že koncesijska pogodba), delovni čas, način poročanja izvajalca ZZZS in drugi pogoji izvajanja ter klavzule, kakor v vsaki običajni pogodbi o izvajanju storitev (Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2006).

#### **4.5.2. Mehanizmi plačevanja izvajalcev**

Za obračun obveznega zdravstvenega zavarovanja izvajalci uporabljajo urejen način poročanja o opravljenih zdravstvenih storitvah in programih. Na predpisanih dokumentih poročajo ali obračunajo stroške obveznega zdravstvenega zavarovanja v šifriranih enotah po šifrantih ZZZS. ZZZS šifrante objavlja v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in jih elektronsko objavlja na svojih spletnih straneh. V osnovni zdravstveni dejavnosti se za načrtovanje, beleženje in obračunavanje dela uporablja kombiniran sistem glavarine in storitev (ZZZS, 2006). Pred časom je Ministrstvo za zdravje uvedlo nov preventivni program, po katerem dobijo zdravniki osnovne ravni povrnjene vse stroške samo v primerih, ko je preventivni program v celoti izveden, ne presežejo povprečja napotitev, dogovorjenega v koncesijski pogodbi in nimajo dolgih čakalnih vrst. Ta merila Ministrstva za zdravje zagotavljajo določeno raven vratarstva v sistemu, saj omejujejo nepotrebne napotitve na specialistično raven. Glavarina je namreč takšen način financiranja, da vzpodbuja opravljanje čim manjšega števila storitev, vzrok za omejevanje storitev je torej omejevanje prelaganja



stroškov na specialistično raven. Zasebni zdravniki brez koncesije prosto oblikujejo cene svojih storitev, saj zanje ne prejema povračil od ZZZS (Albreht et al., 2002, str. 64).

Glavarina temelji na številu in starostni strukturi zavarovanih oseb, opredeljenih za posameznega zdravnika ali izvajalca. Število količnikov za glavarino, glede na starost, prikazuje Tabela 4. Glavarina predstavlja približno polovico prihodka. Količniki za glavarino se izračunajo na podlagi števila opredeljenih zavarovanih oseb, ki se ugotavljajo štirikrat na leto (28. februarja, 31. maja, 31. avgusta in 30. novembra). Ti se izračunajo tako, da se število opredeljenih zavarovanih oseb posameznega izvajalca množi s količnikom, ki je različen glede na starost zavarovane osebe. Število opredeljenih zavarovanih oseb na zdravnika je za plačilo v posamezni ambulanti omejeno navzgor in določeno v Področnem dogovoru. Pripadajoči glavarinski količniki se priznajo v celoti do 2250 opredeljenih zavarovanih oseb (2903 količnikov), nato pa v skladu z regresijsko formulo za vsakih preseženih 250 oseb zmanjšanje za 10 odstotkov količnikov (Primer: za 90 odstotkov količnikov za od 2250 do 2500 opredeljenih zavarovanih oseb. Ker si vsi prebivalci še niso izbrali osebnega zdravnika, se količniki iz glavarine pri vsakem nosilcu popravljajo navzgor, tako da so razporejeni vsi možni količniki. Cena količnika za glavarino je po vsej Sloveniji enaka. Tudi za področje ginekologije na osnovni ravni se za načrtovanje, beleženje in obračunavanje dela uporablja kombinirani sistem glavarin in storitev. Glavarina temelji na številu, starostni strukturi ter nosečnosti opredeljenih zavarovanih žensk. Število količnikov za glavarino, glede na starost in nosečnost opredeljene zavarovane ženske, prikazuje Tabela 5 (glej Tab. 5, na str. 30) (Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, 2006).

Tabela 4: Število količnikov iz glavarine glede na starostno strukturo opredeljenih zavarovanih oseb v otroških in šolskih dispanzerjih ter v splošni medicini

Starost (v letih)	Število količnikov
pod 1	3,00
1–6	1,90
7–18	0,88
19–49	0,84
50–64	1,40
65–74	2,20
75 in več	3,00

Vir: ZZZS, 2006.

Starostna struktura opredeljenih zavarovanih oseb vpliva na dejansko število količnikov za glavarino pri posameznem izvajalcu, kakor je razvidno iz Tabele 4 in Tabele 5, odvisno od dejavnosti. Tabela 4 prikazuje tudi zahtevnost posameznega opredeljenega bolnika. Opredeljeni bolnik, star manj kot eno leto, je enako zahteven kakor opredeljeni bolnik, star več kakor 75 let, medtem pa bolniki med 19. in 49. letom povprečno potrebujejo najmanj nege in so posledično tudi nižje vrednoteni. Iz Tabele 5 pa lahko jasno vidimo, da so najbolj pogosti

obiski pri ginekologih med 20. in 39. letom ter v nosečnosti. V primeru bolj zahtevne obravnave je osnovnemu količniku za posamezen pregled treba prišteti količnik za zahtevnost obravnave, ki je odvisen od starosti in invalidnosti zavarovane osebe (Sistemi financiranja zdravstvene dejavnosti na osnovni ravni, 2006).

Tabela 5: Število količnikov iz glavarine glede na starostno strukturo opredeljenih zavarovanih oseb v ginekologiji

Starost (v letih)	Število količnikov
13–19	0,20
20–39	0,55
40–64	0,26
65 in več	0,17
Dodatni količnik za nosečnice	2,20

Vir: ZZS, 2006.

Izvajalci zapisujejo opravljene storitve na podlagi šifer, opredeljenih s Sklepom o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (splošna ambulanta, dispanzer za otroke in šolarje, ginekološki dispanzer) in z Enotnim seznamom zdravstvenih storitev (»Zelena knjiga«). Seznam storitev vsebuje le ambulantne specialistične storitve, saj se te storitve obračunavajo po t. i. storitvenem obračunskem sistemu. Seznam vsebuje skupne storitve, ki jih opravljajo vse medicinske stroke, in storitve, ki se nanašajo na posamezno stroko. Vse storitve so po metodologiji Enotnega seznama zdravstvenih storitev relativno ovrednotene s točkami. Vrednost točke se izračuna iz finančnih sredstev, določenih z vsakoletnim Splošnim dogovorom in Področnimi dogovori. V posameznih medicinskih dejavnostih se lahko obračunavajo samo storitve, ki so na seznamu (v obračunski knjigi) te dejavnosti. Vsaka opravljena storitev se obračuna samo enkrat in obračuna jo le izvajalec, ki je kot prvi naveden v kadrovskem normativu. Pobudo za dopolnitev seznama, ko gre za nove storitve, ali črtanje obstoječih storitev, ko gre za zastarele storitve, ki se ne opravljajo več, praviloma daje razširjeni strokovni kolegij posamezne dejavnosti, Zdravniška zbornica Slovenije ali Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije (Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, 2006).

#### **4.6. Projekt Mreža izvajalcev zdravstvenih storitev na osnovni ravni**

Potrebo po analizi mreže so narekovale pritožbe zdravstvenih domov o pomanjkanju zdravnikov, pritožbe zdravnikov, da dnevno pregledajo preveliko število bolnikov in so preobremenjeni, ter pritožbe bolnikov, da so čakalne dobe predolge, obravnave pa prekratke, kar priča o neenakomerni porazdeljenosti in preobremenjenosti zdravnikov na območju Slovenije (Interno gradivo Ministrstva za zdravje, 2005).

Mreža izvajalcev zdravstvenih storitev na osnovni ravni (v nadaljevanju Mreža) je krajevno, časovno in strokovno primerna porazdelitev človeških in materialnih zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov ter koncesionarjev, s katero se državljanom zagotavlja enakomerna in pravična dostopnost do zdravstvene oskrbe, ki je financirana iz javnih sredstev. Krajevna primernost zagotavlja, da je zdravstvena oskrba glede na oddaljenost prebivališča in prometne povezave taka, da omogoča med dejavniki mreže primerljivo dostopnost pri iskanju zdravstvene pomoči. Časovna primernost je čas, v katerem je potrebna zdravstvena oskrba dostopna prebivalstvu. Strokovna primernost pomeni, da je kadrovska zasedba in opremljenost dejavnika mreže zadostna glede na potrebe državljanov, stopnjo razpoložljivih kadrovskih in materialnih zmogljivosti ter na uradni stopnji medicinskega znanja. Osnovna dejavnika mreže sta poimensko vodeno zdravniško delovno mesto (zdravnikov in zobozdravnikov z opredeljenimi bolniki) in poimensko vodeno delovno mesto patronažne sestre. Mreža kot podatkovni pojem pomeni posebno računalniško orodje s podatkovnimi zbirkami, ki omogoča preglede in analize izpopolnjenosti mreže, izpolnjevanja meril za mrežo na podlagi zemljevida Slovenije in prekrivnih map ter definiranih standardnih prikazov in analiz. Mreža kot podatkovni pojem bo tako pripomogla k boljši učinkovitosti in kakovosti dela zdravnikov na osnovni ravni z zagotavljanjem enakomernejše obremenjenosti zdravnikov. V preteklosti je bilo že več neuspešnih projektov pri postavitvi Mreže, razloge za neuspeh pa gre predpisati predvsem slabi opredelitvi pojma in pomanjkanju politične volje. Med poizkusi ureditve izstopa poizkus dr. Franceta Cukjatića, ki je leta 2000 pripravil posnetek dejanskega stanja, vendar njegov model ne omogoča modeliranja s spreminjanjem parametrov ali normativov za odločanje (Interno gradivo Ministrstva za zdravje, 2005).

Projekt po naročilu Ministrstva za zdravje izvaja delovna skupina Instituta Jožef Stefan. Namen projekta je z uporabo ustreznih sodobnih metod analize in rudarjenja podatkov ter metod analiz geografskega informacijskega sistema na podlagi oddaljenosti in dostopnosti zdravstvene službe, števila in starosti prebivalstva ter drugih meril izdelati mreže nosilcev zdravstvenih delavcev glede na specialnost, licenco in dejavnost, mesta dežurne službe in enote nujne medicinske pomoči ter predbolnišnične enote (v kombinaciji z lekarnami) na osnovni ravni za celotno Slovenijo. Raziskava temelji na podatkovnih zbirkah Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije, ZZZS, Zbornice zdravstvene nege, Lekarniške zbornice in Zdravniške zbornice ter Ministrstva za zdravje. Rezultati in analize projekta bodo predstavljali osnovo za strokovno in politično opredelitev do sistema obračunavanja potreb po kadrih iz ur, z dopolnilnimi podatki pa bo možno pravičneje določiti merila glede glavarine med posameznimi dejavnostmi. V okviru projekta bodo predstavljene tudi možne informacijske rešitve, podatkovni standardi za zbiranje podatkov kot predpogoj za uvedbo računalniške aplikacije na Direktoratu za zdravstveno varstvo na Ministrstvu za Zdravje (Interno gradivo Instituta Jožef Stefan, 2005).

## **4.7. Prihodnje usmeritve**

V zadnjih desetletjih smo doživeli korenite spremembe tako na političnem (osamosvojitve in tranzicija iz socialističnega v kapitalistični sistem) kakor na zdravstvenem področju. V tem času je Slovenija uspela obdržati relativno dobre kazalce zdravstvenega varstva, tudi v prihodnje pa mora slediti sodobnemu razvoju osnovne zdravstvene dejavnosti in družinske medicine kot ključne stroke v tej dejavnosti. Za uspešno zagotavljanje dejavnosti družinske medicine v prihodnosti je treba uvesti izboljšave na več področjih. Najpomembnejša je informatizacija, saj je trenutno v uporabi zastarela informacijska tehnologija, ki že sama po sebi zavira izvedbo kakovostnega dela. Kakovostna obdelava podatkov pa je najpomembnejše orodje sodobnega družinskega zdravnika. Sodoben elektronski zdravstveni karton, ki omogoča hitro obdelavo lastnih ambulantnih podatkov in lasten nadzor nad predpisovanjem zdravil, opozarja pred napakami predpisovanja ter omogoča kakovostno odločanje, je danost, ki je na voljo osebju v marsikateri državi, ki je po svoji razvitosti daleč za Slovenijo. Treba je spodbuditi delo na popolni informatizaciji zdravnikovih delovnih mest in uvajanje ekspertnih sistemov v delo zdravnika. Izdelati bi morali smernice kakovosti informacijske opreme ambulant. Brez ustrezne informacijske podpore v sodobni družinski medicini ni več mogoče varno delati. Kot del sistematičnega zviševanja kakovosti zdravniškega dela je treba najprej razbremeniti družinskega zdravnika in okrepiti sodelovanje zdravnikov na terenu z vrhom stroke, kar bi lahko dosegli z vpeljavo sistema zdravnikov mentorjev, ki bi kot koordinatorji kakovosti na regijski ravni sodelovali z zdravniki in ustanovami pri dvigovanju kakovosti dela (Interno gradivo Razširjenega strokovnega kolegija za družinsko medicino, 2006).

## **5. Primerjava sistema Slovenije z orisanimi sistemi držav EU**

Kljub naraščajočim težnjam povezovanja med državami EU, se organizacija in izvajanje zdravstvenega varstva med državami še naprej razlikujeta. Pravzaprav je organizacija zdravstvenega varstva še vedno večinoma domena posamezne države, čeprav obstajajo tudi posredni vplivi z drugih področij (kot na primer mobilnost delovne sile znotraj EU). Celoten proces oblikovanja zdravstvenega varstva tako ni voden z evropskimi direktivami, kar je en od vzrokov, da je za primerjavo organizacije zdravstvenih sistemov in storitev med državami na voljo zelo malo informacij in primerljivih podatkov. Pomanjkanje podatkov in informacij je razumljivo zaradi velikega števila reform zdravstvenih sistemov, mnoge pa so vplivale tudi na osnovno raven (Boerma, 2003, str. 13). Cilj primerjave je povzeti glavne značilnosti sistemov in skozi nekatere podatke z osnovne ravni pokazati vpliv različnih možnosti organiziranja osnovne zdravstvene dejavnosti na učinkovitost in zadovoljstvo s posameznim sistemom. Glavna vira podatkov s področja zdravstva sta *OECD, Health Database* in *WHO, Health for All Database*. Bazi zbirata podatke od nacionalnih inštitutov, vendar obstajajo razlike v

definicijah, parametrih in datumih posredovanih podatkov, zato ob manjkajočih podatkih in drugih nepravilnostih podatki niso najbolj primerni za podrobno primerjavo (Saltman et al., 2006, str. 28). Vsekakor pa so podatki dovolj objektivni za prikaz stanja po državah in za enostavno primerjavo, treba pa se je zavedati tudi pomanjkljivosti pri samih virih. Razpoložljivi podatki omogočajo primerjavo preskrbljenosti prebivalstva s splošnimi zdravniki, udeležbe zdravnikov pri prvem stiku s pacientom in zadovoljstva splošnih zdravnikov po obravnavanih državah.

### **5.1. Preskrbljenost prebivalstva s splošnimi zdravniki**

Preskrbljenost je izraz za specifično gostoto zdravnikov ali število zdravnikov na 1000 prebivalcev. Splošni zdravnik je nosilec dejavnosti na osnovni ravni, zato je zanimiv podatek o številu splošnih zdravnikov na 1000 prebivalcev.

Tabela 6: Preskrbljenost prebivalstva s splošnimi zdravniki za izbrane države.

Država	Št. splošnih zdravnikov na 1000 prebivalcev v letu 2002
Češka	0,72
Italija	0,94
Nemčija	1,05
Slovenija	0,46
Švedska	0,56
Velika Britanija	0,63

Vir: Health for All Database, 2006.

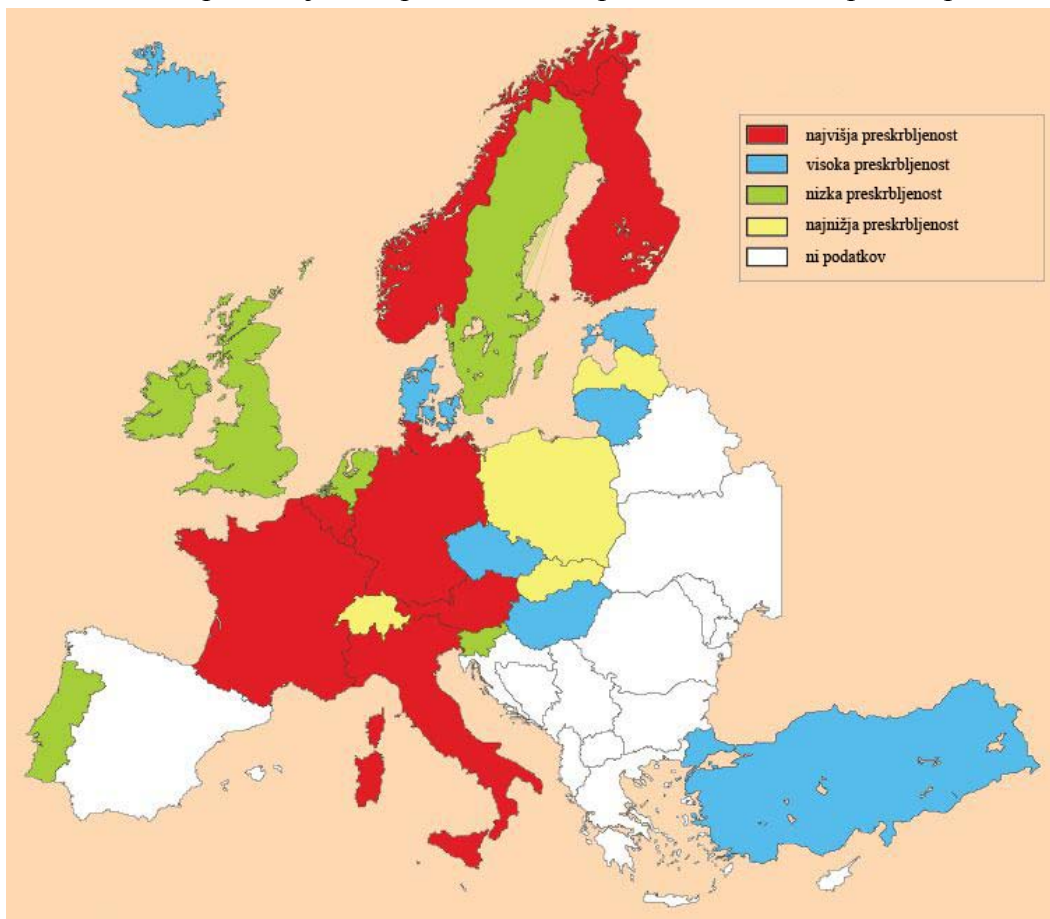
Tabela 6 prikazuje podatke za izbrane države. Izstopa Nemčija, kjer je na 1000 prebivalcev največ splošnih zdravnikov, na zadnjem mestu pa sta Slovenija in Švedska, za obe državi pa je značilno splošno pomanjkanje zdravnikov. Slika 1 (glej Slika 1, na str. 34) je grafični prikaz Tabele 6, vendar so prikazani podatki za vse evropske države, seveda če so podatki na voljo. Na sliki lahko vidimo, da imata med preučevanimi državami najvišjo preskrbljenost Nemčija in Italija, visoko Češka, nizko pa Velika Britanija, Švedska in Slovenija.

### **5.2. Udeležba splošnega zdravnika pri prvem stiku z bolnikom**

Prvi stik z bolnikom je ena od ključnih značilnosti osnovne zdravstvene ravni. Pomemben dejavnik pri tem je tudi vloga splošnega zdravnika, ki ima lahko vlogo vratarja ali ne. Smiselno je pričakovati, da imajo sistemi, kjer ima zdravnik vlogo vratarja, tudi bolj izrazit prvi stik. Tabela 7 (glej Tab. 7, na str. 34) prikazuje vlogo splošnega zdravnika kot vratarja po izbranih državah. Prvi stik so v raziskavi merili na podlagi 27 izjav, ki so vsebovale kratke opise zdravstvenih težav, zdravniki pa so ocenjevali, v katerih primerih bi bile težave najprej predstavljene njim. Težave so bile s področja akutnih bolezni, otroških in ženskih bolezni ter psiho-socialnih težav. Na Sliki 2 (glej Slika 2, na str. 35) je prikazana udeležba splošnih

zdravnikov pri prvem stiku z bolniki. Najvišjo udeležbo imajo v Veliki Britaniji in visoko v Italiji ter Sloveniji, kar je pričakovano glede na vratarsko vlogo splošnih zdravnikov. Nizko vlogo pa imajo splošni zdravniki na Češkem, v Nemčiji in na Švedskem. V državah z visoko udeležbo pri prvem stiku je večja vloga splošnih zdravnikov predvsem pri obravnavanju težav žensk in otrok, saj jih v drugih državah te težave običajno obidejo (Saltman et al., 2006, str. 35).

Slika 1: Prikaz preskrbljenosti prebivalstva s splošnimi zdravniki po evropskih državah



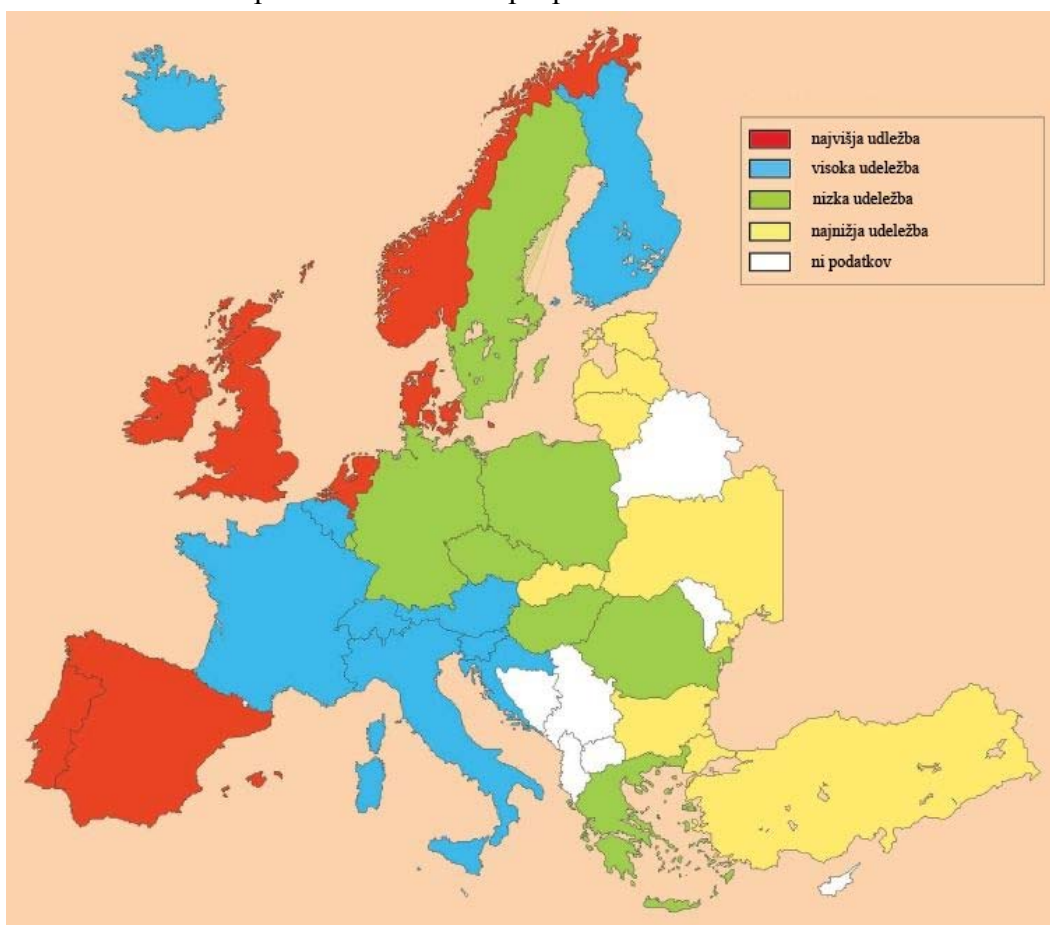
Vir: Saltman et al., 2006, str. 37.

Tabela 7: Vloga splošnega zdravnika kot vratarja

Država	Vloga vratarja	
	DA	NE
Češka		X
Italija	X	
Nemčija		X
Slovenija	X	
Švedska		X
Velika Britanija	X	

Vir: Saltman et al., 2006, str. 42.

Slika 2: Udeležba splošnih zdravnikov pri prvem stiku z bolniki

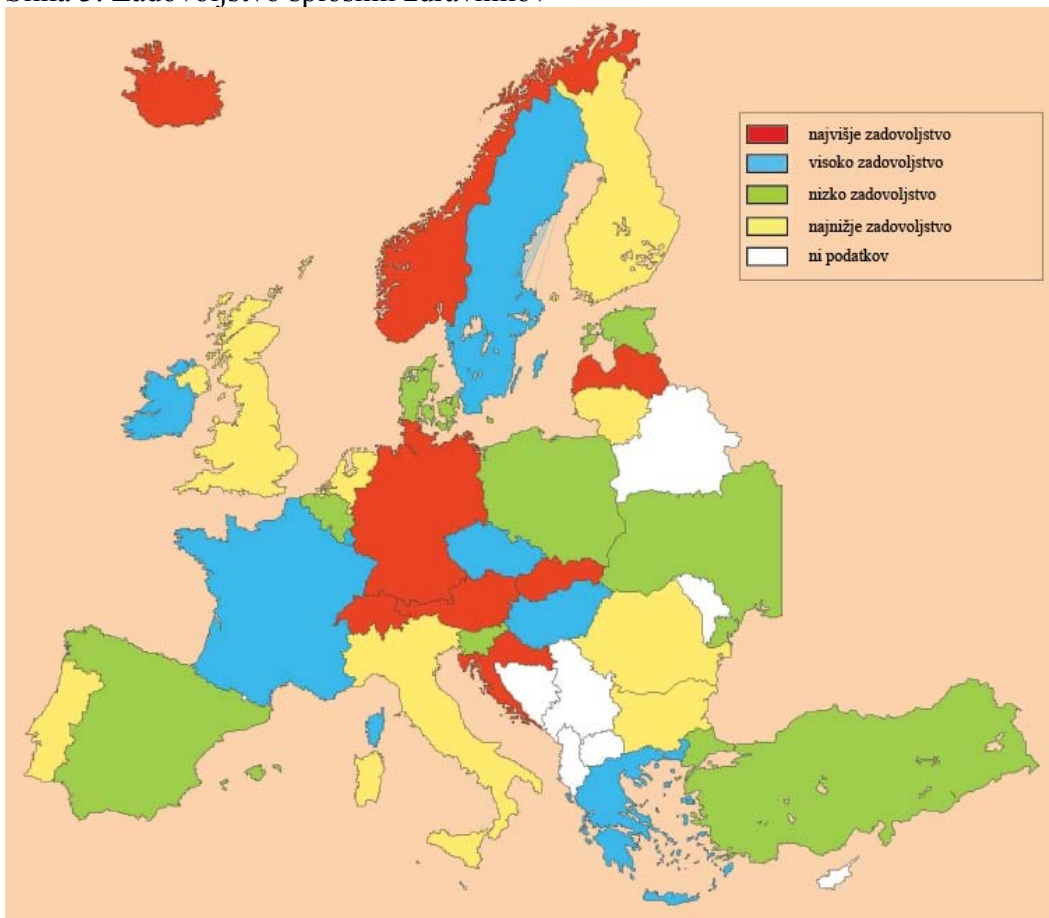


Vir: Saltman et al., 2006, str. 37.

### **5.3. Zadovoljstvo splošnih zdravnikov**

Zadovoljstvo splošnih zdravnikov je v veliki meri odvisno od organiziranosti osnovnega zdravstvenega varstva. Zadovoljstvo zdravnikov prikazuje Slika 3 (glej Slika 3, na str. 36), kjer lahko vidimo nižje zadovoljstvo pri državah z vratarsko vlogo splošnih zdravnikov, kar bi lahko pripisali večji izpostavljenosti zdravnikom tudi manj pomembnim opravilom. Najbolj zadovoljni so splošni zdravniki v Nemčiji, zelo zadovoljni so zdravniki na Švedskem in Češkem, nezadovoljni so zdravniki v Sloveniji, najbolj nezadovoljni pa so zdravniki v Veliki Britaniji in Italiji (Saltman et al., 2006, str. 40). V Sloveniji sta bili do sedaj izvedeni dve anketi o zadovoljstvu zdravnikov družinske medicine, prva v letu 1991 in druga v letu 1998, v letu 1998 je bilo več zdravnikov, ki so menili, da je plačilo primerno vloženim naporom, in tudi več zdravnikov, ki so menili, da je pri delu preveč administrativnih opravil. Glavni vzroki nezadovoljstva družinskih zdravnikov so tako preveliko število administrativnih opravil in prenatrpanost delovnika (Živčec Kalan, Kersnik, Zonik, 2004, str. 141–143).

Slika 3: Zadovoljstvo splošnih zdravnikov



Vir: Saltman et al., 2006, str. 39.

#### **5.4. Financiranje splošnih zdravnikov**

V Evropi so večinoma v uporabi mešani sistemi plačevanja, da bi kombinirali njihove prednosti in se izognili njihovim slabostim, sistemi pa ostajajo enostavni, da administrativni stroški ostanejo nizki. Sistemi plačevanja sicer vplivajo na finančne spodbude, vendar to ni edini dejavnik, ki vpliva na učinkovitost zdravstvenega varstva, vsekakor pa je nesmiselno spreminjanje sistema plačevanja brez upoštevanja celotnega zdravstvenega sistema in organiziranosti osnovne ravni. Tabela 8 (glej Tab. 8, na str. 37) prikazuje povzetek sistema plačevanja posameznih držav, bolj podrobno so sistemi opisani že v poglavjih o financiranju splošnih zdravnikov pri posamezni državi (Saltman et al., 2006, str. 190–191).



Tabela 8: Sistem plačevanja in značilnosti za izbrane države.

Država	Sistem plačevanja	Značilnosti
Češka	Mešani na ravni bolnika	Povračila zajemajo glavarino in plačilo storitev za nekatere storitve (nekje 30 % celote).
Italija	Mešani na ravni bolnika	Glavarina s plačilom posameznih storitev in nagrade za uspešen nadzor stroškov.
Nemčija	Plačilo storitev	Plačilo storitev, opredeljenih v točkah.
Slovenija	Mešani na ravni zdravstvenega sistema	Plača pri zaposlenih zdravnikih, glavarina in plačilo storitev pri zasebnikih s koncesijo, brez koncesije pa neposredna plačila.
Švedska	Mešan na ravni zdravstvenega sistema	V zdravstvenih centrih plača, pri zasebnikih glavarina.
Velika Britanija	Mešan na ravni bolnika	Glavarina, dodatki, plačilo storitev, dodatki za promocijo zdravja.

Vir: Saltman et al., 2006, str. 189–190.

Skoraj vse izbrane države z izjemo Nemčije uporabljajo mešane sisteme, kjer gre večinoma za prepletanje glavarine in plačila storitev ter redkeje plače. Plačilo storitev se običajno uporablja v sistemih, kjer splošni zdravnik nima vloge vratarja, bolniki pa imajo prost izbor med izvajalci osnovne dejavnosti. Posledično je oslabljen tudi prvi stik z bolnikom, splošni zdravnik pa nima močne vloge pri koordinaciji med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva. Glavarina uvaja sezname bolnikov, običajno pa imajo splošni zdravniki tudi vlogo vratarja. Zaradi svojega močnega položaja in plačilu po glavarini, so spodbujeni k izvajanju preventivnih ukrepov in zmanjšanju prihodnjih stroškov zdravljenja. Plačo prejemajo običajno zdravniki v zdravstvenih centrih in poliklinikah, ki običajno nimajo določenih bolnikov. Nizka stopnja povračil običajno povečuje spodbude za obstoj vzporednega zasebnega sistema z neposrednim plačilom s strani bolnikov (Saltman et al., 2006, str. 190–191).

## 6. Sklep

Glavna značilnost sistema osnovnega zdravstvenega varstva je, da predstavlja vstopno točko bolnika v celoten zdravstveni sistem. Ta značilnost mu daje veliko pomembnost, saj je od prvega stika močno odvisen nadaljnji potek zdravljenja, poleg tega pa je osnovna raven

zdravstvenega sistema v stiku z največjim odstotkom prebivalstva in lahko poleg uspešnega zdravljenja zagotavlja tudi pomembne preventivne storitve, ki izboljšujejo zdravstveno stanje ljudi in zmanjšujejo stroške morebitnega zdravljenja v prihodnosti. V Evropi poznamo več tipov organiziranosti sistemov osnovne ravni, ki se razlikujejo predvsem v različni vlogi splošnega zdravnika kot nosilca osnovne zdravstvene dejavnosti. Ker gre pri organiziranosti predvsem za medsebojno usklajeno delovanje posameznih delov, smo v diplomskem delu opazovali vlogo splošnega zdravnika kot nosilca dejavnosti, razmerja med zasebnim in javnim sektorjem, pogodbene odnose z nacionalnimi službami za zagotavljanje zdravstva in načine financiranja zdravnikov, kot eno od sredstev za doseganje maksimalne učinkovitosti. Pri vlogi zdravnika je treba omeniti vratarstvo, v nekaterih državah splošni zdravnik deluje kot vratar pri vstopu in napoti del bolnikov na specialistično raven, spet drugje lahko bolniki neposredno obiščejo specialista. Z vidika lastnine gre pri vseh sistemih za prepletanje zasebne in javne lastnine ali različne deleže javnega in zasebnega znotraj sistema zdravstvenega varstva. Pri opazovanju lastniške strukture so še posebej zanimive bivše tranzicijske države, kjer proces sprememb še vedno intenzivno poteka. Sama organiziranost osnovne ravni zdravstvenega varstva, lastniških razmerij in pogodbenih odnosov pa se kaže tudi v financiranju splošnih zdravnikov, kjer prevladujejo mešani sistemi plačil z glavarino, plačila storitev, ponekod pa še vedno prevladujejo zaposleni zdravniki s plačo. Projekti uvajanja kakovosti, informatizacija poslovanja in zdravstvene dejavnosti ter merjenje zadovoljstva bolnikov zahtevajo prilagodljiv sistem osnovne zdravstvene dejavnosti, ki bo v prihodnosti sposoben slediti tako medicinskemu napredku kakor tudi sodobnejšim načinom vodenja in sodelovanja v osnovni dejavnosti. Trenutno veljajo za bolj učinkovite in cenejše sistemi s splošnim zdravnikom v vlogi vratarja, vendar zaradi različnih zgodovinskih ozadij, navad ljudi, političnih sistemov in posledično političnih odločitev ter mnogih drugih dejavnikov ni mogoče najti enotnega in maksimalno učinkovitega modela sistema osnovnega zdravstvenega varstva, iskanje najboljšega pa se bo v prihodnosti zagotovo nadaljevalo z mnogimi novimi zamislimi in reformami, katerih rezultate je danes nemogoče napovedati.

## Literatura

1. Albrecht Tit et al.: Health Care Systems in Transition: Slovenia. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2002. 85 str.
2. Bickerdyke Ian et al.: Supplier-Induced Demand for Medical Services. Canberra : Productivity Commission (Staff Working Paper), 2002. 104 str.
3. Boerma W. G. Willem: Profiles of General Practice in Europe. Utrecht : Nivel, 2003. 240 str.
4. Brekke Kurt R., Nuscheler Robert, Straume Odd Rune: Gatekeeping in Health Care. Munich : Center for Economic Studies, Institute for Economic Research, 2005. 36 str.
5. Bručan Andrej: Ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 74(2005), 7/8, str. 456–460.
6. Busse Reinhard, Riesberg Anette: Health Care Systems in Transition: Germany. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems, 2004. 234 str.
7. Donatini Andrea et al.: Health Care Systems in Transition: Italy. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems, 2001. 131 str.
8. Earwicker Stephen C., Whynes David K.: General Practitioners' Referral Thresholds and Choices of Referreral Destination. Health Economics, West Sussex, 7(1998), 8, str. 711–722.
9. Glenngård Anna H. et al.: Health Systems in Transition: Sweden. Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2005, 127 str.
10. Koenis Hans: Draft Position Paper on General Practice. Bad Homburg : EPOS Health Consultants GmbH, 2003. 14 str.
11. Kornai Janos, Eggleston Karen: Welfare, Choice, and Solidarity in Transition. Cambridge : Cambridge University Press, 2001. 380 str.
12. McKee Martin, Healy Judith: Hospitals in a Changing Europe. Philadelphia : Open University Press, 2002. 295 str.
13. Mossialos Elias et al.: Funding Health Care: Options for Europe. Philadelphia : Open University Press, 2002. 309 str.
14. Orellana Claudia: German Patients Angered by New Charges for Consultations. The Lancet, London, 363(2004), 9409, str. 630.
15. Pirc Bojan, Pirc Ivo: Življenjska bilanca Slovenije v letih 1921–1935. Ljubljana : Higijenski zavod, 1937. 92. str.
16. Poredoš Pavel: Javno in zasebno zdravstvo. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 74(2005), 7/8, str. 455.
17. Robinson Ray, Dixon Anna: Health Care Systems in Transition: United Kingdom. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems, 1999. 117 str.
18. Rokosová Martina, Háva Petr: Health Care Systems in Transition: Czech Republic. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems, 2005. 97 str.

19. Saltman Richard B. et al.: Primary Care in the Driver's Seat. Copenhagen : European Observatory on Health Care Systems, 2006. 251 str.
20. Švab Igor, Markota Mladen, Albreht Tit: The Reforms of Slovenian Health Care System: From Capitalism to Socialism and Back. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 69(2000), 12, str. 791–798.
21. Švab Igor, Vatovec Progar Irena, Vegnuti Miljana: Private Practice in Slovenia after the Health Care Reform. European Journal of Public Health, Stockholm, 11(2001), 4, str. 407–412.
22. Tajnikar Maks, Došenović Petra: Kaj polaga na srce zasebnik javnemu zdravniku: McZdravstvo. Delo, Ljubljana, 47(2005), 82, str. 16–17.
23. Tajnikar Maks, Došenović Petra: Reform and Transitional Adjustment of the Health Care System in Slovenia. Zbornik radova Ekonomskog fakulteta u Rijeci. Rijeka, 23(2005a), 1, str. 151–165.
24. Voljč Božidar et al.: Splošna medicina, načela in tehnike. Ljubljana : Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev, 1992. 278 str.
25. Židanik Anton: Privatizacija v zdravstvu na osnovni ravni – prednosti in pomanjkljivosti. Zdravniški vestnik, Ljubljana, 74(2005), 7/8, str. 461–463.
26. Živčec Kalan Gordana, Kersnik Janko, Zonik Leopold: Obremenjenost, preobremenjenost in zadovoljstvo z delom pri zdravnikih družinske medicine. VI. Fajdigovi dnevi. Kranjska Gora : Združenje zdravnikov družinske medicine, 2004, str. 129–145.

## Viri

1. Brezovnik Boštjan: Predstavitev javno zasebno partnerstvo. Inštitut za lokalno samoupravo in javna naročila Maribor. [URL: <http://www.skupnostobcin.si/Aktualno/pdf/posvetPPP.ppt>], 18. 9. 2006.
2. Članstvo zdravniške zbornice Slovenije, 1. 3. 2006.
3. Health for All Database, WHO. [URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>], 30. 7. 2006.
4. Interno gradivo Instituta Jožef Stefan. 22. 11. 2005.
5. Interno gradivo Ministrstva za zdravje, 8. 6. 2005.
6. Interno gradivo Razširjenega strokovnega kolegija za družinsko medicino, 17. 5. 2006.
7. Kako probleme zaposlovanja rešujejo na Švedskem in Norveškem. Zavod RS za zaposlovanje. [URL: <http://www.ess.gov.si/slo/EURES/Dogodki/2005/28-10-05/28-10-05.htm>], 28. 10. 2005.
8. Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2006. [URL: <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/F4517E7D0ED5A6F8C12571AF003DE70E?OpenDocument>], 21. 8. 2006.
9. Poslovno poročilo ZZZS za leto 2005. Ljubljana : ZZZS. 2006. 130 str.

10. Sistemi financiranja zdravstvene dejavnosti na osnovni ravni. [URL: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/vrstagradiva/4EA1E245CE8821C7C1256D4700409B10?OpenDocument>], 21. 8. 2006.
11. Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev. [URL: <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/3401CB5C8BB6EB4EC1256B61003E275D?OpenDocument>], 21. 9. 2006.
12. Splošni dogovor za pogodbeno leto 2005. Občasnik, 2005, 3, 84 str.
13. The European Definition of General Practice/Family Medicine. The European Society of the General Practice (WONCA). Barcelona : WHO Europe, 2002, 48 str.
14. Wikipedia, prosta enciklopedija. [URL: [http://en.wikipedia.org/wiki/Health\\_care\\_system](http://en.wikipedia.org/wiki/Health_care_system)], 3. 6. 2006.
15. Zakon o zdravniški službi, ZZdrS-UPB2 (Uradni list RS, št. 36/2004).
16. Zakon o zdravstveni dejavnosti, ZZDej-UPB2 (Uradni list RS, št. 23/2005).
17. ZZZS. [URL: <http://www.zzzs.si/>], 1. 6. 2006.



# Priloga

## Slovar slovenskih prevodov tujih izrazov

<b>Tuji izraz</b>	<b>Slovenski prevod izraza</b>
BOO – Build, Own, Operate	izgradi, bodi lastnik, upravljaj
capitation	glavarina, fiksen znesek na osebo
community or. district nurse	patronažna sestra
cost plus principle	plačilo stroškov in dodatka za opravljeno storitev
fee per service	plačilo za opravljeno storitev
gatekeeping	vratarski sistem
practice nurse	ambulantna sestra
referral	napotitev
reimbursement	povračilo denarja, stroškov
supplier-induced demand	s strani ponudnikov spodbujeno povpraševanje
global budgets	skupni proračuni
supply-side cost sharing	delitev stroškov na strani ponudnikov