

Družinska medicina v Sloveniji: pregled stanja in predlogi izboljšav

Family medicine in Slovenia: overview of the state of affairs and suggestions for improvement

Igor Švab,¹ Zalika Klemenc-Ketiš,^{1,2,3} Tonka Poplas Susič,^{1,2} Danica Rotar Pavlič,^{1,4} Marija Petek Šter,^{1,5} Eva Cedilnik Gorup,^{1,6} Marko Kolšek^{1,7}

Izvleček

Osnovna zdravstvena dejavnost in z njo družinska medicina je temelj vsakega zdravstvenega sistema. V Sloveniji imamo sistem osnovne zdravstvene dejavnosti, ki ga po svojem konceptu priznavajo kot zelo dobrega mednarodni strokovnjaki in organizacije. Ob tem pa se soočamo z resnimi kritikami in težavami. Prispevek pregledno prikazuje probleme, s katerimi se sooča družinska medicina v Sloveniji danes. V devetih točkah so zbrani predlogi za ukrepanje, ki bi jih bilo potrebno izpolniti, če želimo, da se stanje na področju družinske medicine ohrani in izboljša.

Abstract

Primary health care and family medicine represent the cornerstone of any health care system. In Slovenia, we have a primary health care system the concept of which is internationally recognised as very good by renowned experts and organisations. But, nevertheless, we are faced with serious criticism and difficulties. The article presents an overview of the problems that family medicine in Slovenia is facing today. Nine points summarise action proposals which should be met if the situation in the field of family medicine is to be maintained and improved.

Citirajte kot/Cite as: Švab I, Klemenc-Ketiš Z, Poplas Susič T, Rotar Pavlič D, Petek Šter M, Cedilnik Gorup E, et al. Družinska medicina v Sloveniji: pregled stanja in predlogi izboljšav. Zdrav Vestn. 2021;90(1–2):112–25.

DOI: <https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.3010>

¹ Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Ljubljani, Ljubljana, Slovenija

² Zdravstveni dom Ljubljana, Ljubljana, Slovenija

³ Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru, Maribor, Slovenija

⁴ Ambulanta družinske medicine, Brezovica pri Ljubljani, Slovenija

⁵ Zdravstveni dom Trebnje, Trebnje, Slovenija

⁶ Zdravstveni dom Vrhnika, Vrhnika, Slovenija

⁷ Zdravstveni dom Litija, Litija, Slovenija

Korespondenca/ Correspondence:

Eva Cedilnik Gorup, e: eva.gorup@gmail.com

Ključne besede:

primarno zdravstveno varstvo; družinska medicina; zdravstveni sistem; zdravstvena reforma

Key words:

primary health care; family medicine; health system; healthcare reform



Avtorske pravice (c) 2021 Zdravniški Vestnik. To delo je licencirano pod Creative Commons Priznanje avtorstva-Nekomercialno 4.0 mednarodno licenco.

1 Uvod

1.1 Splošna izhodišča

Posebna delovna skupina strokovnega odbora (*angl.* Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health) evropske komisije opredeljuje osnovno zdravstveno dejavnost (OZD) kot zagotavljanje

univerzalno dostopne, v osebo usmerjene, celovite zdravstvene in skupnostne oskrbe.

To dejavnost naj bi izvajala skupina strokovnjakov, odgovornih za obravnavo velike večine osebnih zdravstvenih potreb. Poteka v trajnem partnerstvu

Prispelo: 22. 11. 2019
Sprejeto: 21. 7. 2020



z bolniki in neformalnimi oskrbovalci v okviru družine in skupnosti ter igra osrednjo vlogo pri usklajevanju in kontinuiteti oskrbe ljudi. Strokovnjaki, vključeni v tim primarne zdravstvene oskrbe, pa lahko med drugim vključujejo zobozdravnike, dietetike, splošne zdravnike oziroma zdravnike družinske medicine, babice, medicinske sestre, delovne terapevte, optike, farmacevte, fizioterapevte, psihologe in socialne delavce (1).

Vizija OZD za 21. stoletje po stališču Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) in UNICEF-a leta 2018 pa je pristop k zdravju celotne družbe, katerega cilj je čim bolj povečati raven in porazdelitev zdravja in dobrobiti prebivalcev s tem, da se osredinja na potrebe in preference ljudi (posameznikov in skupnosti), vse od promocije zdravja in preprečevanja bolezni, do zdravljenja, rehabilitacije in paliativne oskrbe, kolikor je mogoče blizu vsakdanjemu okolju prebivalstva (2).

OZD je temelj vsakega zdravstvenega sistema. To načelo so prvič izrecno predstavili na konferenci v Alma Ati pred več kot štiridesetimi leti (3). Od tedaj je bilo napisanih precej deklaracij, ki so ponovno poudarjale znana dejstva in načela (4,5). Dokazano je, da dobra osnovna zdravstvena oskrba pomaga v boju proti neenakostim z boljšim finančnim dostopom do oskrbe, izboljšuje zdravje z usmerjenimi preventivnimi ukrepi znotraj skupnosti in s programi za obvladovanje bolezni, spodbuja opolnomočenost bolnikov, izboljšanje zdravstvene pismenosti in v osebo usmerjeno oskrbo in poveča učinkovitost zdravstvenega sistema, npr. z zmanjšanjem stopenj hospitalizacij, ki se jim je mogoče izogniti, in zlasti nepotrebnih hospitalizacij (6,7).

Po mnenju Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) igra ustrezno zasnovana OZD pomembno vlogo pri

zmanjševanju neenakosti v zdravju, zato si SZO prizadeva, da bi se uveljavili zdravstveni sistemi, ki bi poudarjali univerzalnost, enakost, trajnostno usmerjenost in visoko kakovost (1).

Evropsko združenje za kakovost in varnost v družinski medicini (*angl.* European Association for Quality in General Practice/Family Medicine, EQUIP), ki je ena od organizacij evropskega združenja zdravnikov družinske medicine (*angl.* WONCA Europe), je izdalo glede enakosti posebno izjavo. V njej so izrazili stališče, da je enakost, tako kot so učinkovitost, zmogljivost, varnost, pravočasnost, usmerjenost v osebo, bistvena razsežnost kakovosti zdravstvene oskrbe (8).

Za zagotavljanje kakovostne OZD je potrebno zagotoviti ustrezne pogoje, kar pomeni, da morajo države zagotoviti ustrezno organiziranost in človeške vire. Kljub dokaj jasnim stališčem in usmeritvam OECD v svojem priporočilu o usmeritvah navaja, da veliko držav še vedno namenja veliko sredstev za specialistično in v bolezni usmerjeno zdravstveno varstvo, zanemarljivo pa predvsem osnovno zdravstveno dejavnost (6).

V Sloveniji je sistem zdravstvenega varstva zasnovan na načelih, ki jih SZO podpira. V primerjalni raziskavi o OZD v evropskih državah raziskovalci ugotovljajo, da je v OZD v Sloveniji na večini področij zelo dobra (9). Poročilo OECD o zdravstvenem profilu države iz leta 2017 prav tako navaja, da ima Slovenija učinkovito in močno OZD, vendar pa imamo na zdravstvenem področju tudi več problemov, med katerimi sta omenjena predvsem dolgoročna fiskalna nestabilnost in pomanjkanje zdravnikov (10).

Slovenija tudi še ni sprejela deklarativnega dokumenta, ki bi predstavljal strategijo razvoja OZD. Izdelava takega

dokumenta je naloga in odgovornost stroke in zdravstvene politike. Slovenski strokovnjaki s področja družinske medicine so sodelovali pri pripravi vrste dokumentov, ki so predstavljali osnovo za izdelavo take strategije. Res pa je, da ti dokumenti niso splošno znani, ker niso bili objavljeni in dostopni javnosti. Edini članek, ki je obravnaval to področje in ki je bil objavljen v strokovni reviji, je bil članek o viziji zdravstvenega doma, objavljen pred skoraj desetimi leti (11).

1.2 Namen prispevka

Namen tega prispevka je podati pregled stanja na področju dela OZD, ki ga pokriva družinska medicina v Sloveniji in prikazati vizijo prihodnjega razvoja OZD v Sloveniji. To bi omogočilo načrtovalcem zdravstvene politike sprejeti jasna stališča glede smeri razvoja stroke družinske medicine. Prav tako želimo s tem prispevkom obvestiti slovensko strokovno in laično javnost glede strokovnih stališč in pogledov na razvoj stroke družinske medicine in jih na tak način ločiti od političnih in sindikalističnih pogledov na organiziranost OZD.

2 Stanje v Sloveniji

2.1 Vodenje sistema in odločanje

Področje OZD naj bi upravljalo Ministrstvo za zdravje RS (MZ), ki je zanj po zakonu tudi formalno odgovorno na strateški ravni (12), sicer pa je odločanje prepuščeno občinam. Na žalost MZ samo po sebi nima ustrezne kadrovske strukture, ki bi mu omogočila strateško upravljanje z zdravstvenim sistemom. Za področje javnega zdravja ima MZ celoten direktorat s številnimi javnimi uslužbenci, ki sodelujejo z NIJZ in se

ukvarjajo z vprašanji javnega zdravstva. Taka ureditev se je v preteklosti pokazala za koristno, saj so se v osnovni zdravstveni dejavnosti izvedli marsikateri koristni javnozdravstveni ukrepi. Žal pa se v Sloveniji javnozdravstveni ukrepi pre pogosto enačijo z ukrepi na ravni OZD, ki sodijo na področje družinske medicine, kar gre na škodo OZD. Ukrepi v OZD, ki ne sodijo na področje javnega zdravja, se praviloma izvajajo bistveno teže tudi zato, ker OZD na MZ nima pravega predstavnika. MZ je sicer imelo ob uvedbi projekta referenčnih ambulant posebnega svetovalca za primarno zdravstveno varstvo, kar pa je bistveno premalo. MZ za reševanje strokovnih dilem za področje OZD nima institucije, ki bi mu lahko pomagala s strokovnimi rešitvami. To se je v preteklosti pokazalo npr. pri posodobitvi preventivnih metod v pediatriji in v sistemu prenove dela v ambulantah družinske medicine (projekt t.i. referenčnih ambulant družinske medicine), katerega uvajanje je trajalo bistveno dlje, kot je bilo predvideno ob začetku projekta.

Poseben problem je dejstvo, da je odgovornost za izvajanje OZD prepuščena občinam, ki so pogosto kadrovsko podhranjene in nesposobne izpeljati razvoj OZD. Prenos velikega dela odločanja o OZD na raven občin pomeni, da za to področje MZ težko uveljavlja dolgoročno politiko in vpliva na izvajanje te ravni zdravstvenega varstva. Direktorji zdravstvenih domov so tako odgovorni županom občin, ne pa MZ, ne glede na to, da je OZD ključni del celovitega sistema zdravstvenega varstva.

Sistem odločanja o izvajanju zdravstvene dejavnosti je zasnovan na sklepanju splošnega dogovora, ki se odvija vsako leto med deležniki v zdravstvu. O spremembah se dogovarjajo izvajalci, ki jih predstavljajo njihove organizacije,

zdravniška zbornica, ministrstvo in plačnik. Tak način dogovarjanja onemogoča kakršno koli pomembno uvajanje novosti zato, ker vnaprej načrtuje obseg letnih storitev, kar onemogoča strokovni razvoj OZD in prilagodljivost posameznih izvajalcev, predvsem pa onemogoča odzivanje na aktualno nastale zdravstvene potrebe. Gre za sistem, ki deluje kot indeksacija prejšnjih let z minimalnimi spremembami.

2.2 Sistem plačevanja

Način plačevanja osnovne zdravstvene dejavnosti v veliki meri vpliva na način dela izvajalcev. V Sloveniji je način plačevanja iz javnih sredstev urejen v Splošnem dogovoru, ki določa obseg programa in cene storitev. Na osnovi dogovora glavni plačnik Zavod za zdravstveno zavarovanje (ZZZS) sklene pogodbe s posameznimi izvajalci. Pogodba torej prospektivno določa število storitev ter njihove cene. Osnovni način plačevanja storitev v družinski medicini je kombinacija glavarine in plačila za storitve, pri čemer vsak od njiju predstavlja približno polovico finančnih sredstev. V preteklih letih so bila v sistem plačevanja občasno dodana tudi sredstva, ki so spodbujala doseganje ciljev zdravstvene politike. Med letoma 2001 in 2011 so bile posebne spodbude namenjene izvajanju preventivnih storitev. Če zdravnik s timom ni izvedel preventivnega programa za srčno-žilne bolezni, je ambulanta lahko izgubila do 4 % svojih prihodkov. Ta ureditev se je spremenila z uvedbo referenčnih ambulant v letu 2011, ko so diplomirane sestre prevzele izvajanje preventivnih storitev za odraslo populacijo.

Glavarinski sistem plačevanja kot tudi sistem plačevanja po storitvah imata vsak svoje prednosti in pomanjkljivosti, nobeden od njiju pa sam po sebi ne

spodbuja kakovosti opravljenega dela (13). Prav tako mora družinski zdravnik upoštevati veliko administrativnih navodil, ki mu grenijo vsakdanje delo, še posebej, če je njihova uporabna vrednost majhna. Ena od njih je zahteva ZZZS, da plačnik ob obisku pacienta plača storitve le za eno zdravstveno težavo, ne glede na to, da pacienti pogosto potrebujejo obravnavo zaradi več zdravstvenih težav hkrati. Pogostost več sočasnih bolezni je v zadnjih desetletjih s staranjem prebivalstva nekaj običajnega. Boljše rešitve, ki bi olajšale delo družinskih zdravnikov, bi se lahko našle tudi v sistemu napotitev ter v sistemu izdajanja bolniških listov in doslednosti meril za nadzor obeh. Prav tako bi družinski zdravniki ob ustrezni finančni stimulaciji lahko izvajali več storitev, kar bi zmanjšalo število napotitev na višjo raven. Obravnava bolnika bi tako lahko postala bolj celovita. Timski posveti, lastna ocena kakovosti dela, konzultacije s specialisti, krožki kakovosti in predvsem multidisciplinarni pristop k bolniku nimajo mesta v vsebini financiranja OZD, čeprav je znano, da lahko omenjeni pristopi pomembno izboljšajo vsebino obravnave, zadovoljstvo in sam zdravstveni izid za pacienta. Družinska medicina je tudi edina klinična stroka, ki nima priznane in financirane terciarne dejavnosti, kar zavira odločitve tistih mladih zdravnikov za delo v OZD, ki načrtujejo tudi akademski razvoj.

2.3 Infrastruktura in kadri

Osnovna zdravstvena dejavnost je v Sloveniji zasnovana na sistemu zdravstvenih domov, ki omogočajo možnost timskega dela in medpoklicnega sodelovanja. Razen tega so primerno opremljeni in predstavljajo dobro osnovo za vzpostavitev dobro delujočega zdravstvenega sistema. Postali so tudi del

kulture slovenskega zdravstva, na katerega so se pacienti navadili in ga tudi sprejeli. Mreža koncesionarjev predstavlja dobro dopolnitev tega sistema (14).

Izobrazbena struktura kadrov, ki delajo v osnovni zdravstveni dejavnosti, je v Sloveniji na visoki ravni v primerjavi z drugimi državami (9). V zadnjem času so se v osnovni zdravstveni dejavnosti zaposlovali v večji meri tudi diplomirane medicinske sestre, kar je dodatno dvignilo izobrazbeno strukturo kadra ter kakovost obravnave bolnikov (15,16).

Z ustanovitvijo Katedre za družinsko medicino na Univerzi v Ljubljani pred dobrimi 20 leti in aktivnim delovanjem njenih članov se je omogočil tudi akademski razvoj družinske medicine. Zdravniki družinske medicine dosegajo najvišje akademske nazive in prevzema-jo vodilna mesta na akademskih in raziskovalnih področjih doma in v tujini (17). Akademski položaj družinske medicine v Sloveniji je še dodatno utrdila ustanovitev Katedre za družinsko medicino na Univerzi v Mariboru.

Obe katedri izvajata pouk družinske medicine za študente medicine in sta s svojimi metodami poučevanja vpeti v kurikulumu obeh fakultet.

Specializacija družinske medicine se je oblikovala v letu 2000. Pred tem je v Sloveniji potekala specializacija iz splošne medicine, ki je bila med najstarejšimi v Evropi (18,19). Njeno izvajanje služi za model drugim državam, v katere smo ta program izvozili (Makedonija, Črna gora) (20). Na področju družinske medicine je možno tudi doktorirati (21).

Poseben problem pa je zmanjšani interes za delo v družinski medicini (22). Gre za kompleksen problem, ki ni lahko rešljiv (23). Med dodiplomskim poukom imajo študentje stik z družinsko medicino že od prvega letnika dalje (24). Družinska medicina se jim med študijem

zdi zanimiva in privlačna (25). Ko pa se študentje po končani fakulteti soočijo z realnostjo slovenskega zdravstva, njihov interes za odločitev, da postanejo specialisti družinske medicine, upade. Kot glavni razlog za zmanjšanje navdušenja nad delom omenjajo togost sistema, pretirano birokratizacijo in nezmožnost vplivanja na spremembe, bistveno manj pa npr. sam osebni dohodek (26).

2.4 Usmerjenost v populacijo

Značilnost slovenske OZD je izrazita usmerjenost v populacijo, kar se kaže v najrazličnejših oblikah. S stališča strukture imamo v Sloveniji npr. mrežo centrov za krepitev zdravja, katerih cilj je izboljšanje zdravja v lokalni skupnosti. Obstaja dolgo izročilo sodelovanja zdravnikov družinske medicine v takih dejavnostih, ki izvira še iz časov projekta CINDI.

Tudi sistem izobraževanja je tak, da poudarja populacijsko usmerjenost osnovne zdravstvene dejavnosti v izobraževanju vseh kadrov, ki delajo na tej ravni.

Zdravstvenovzgojni centri (ZVC) oz. zdaj centri za krepitev zdravja (CKZ) so samostojne organizacijske enote v zdravstvenih domovih, čeprav v celoti ne delujejo v vseh zdravstvenih domovih. V njih so zaposlene diplomirane medicinske sestre, lahko pa tudi fizioterapevti in psihologi, delno lahko tudi zdravniki. Organizirajo skupinske delavnice in individualna svetovanja, na katerih občani lahko pridobijo strokovne informacije, večšine in podporo za dolgotrajno spremembo življenjskih navad (prehrana, telesna dejavnost, kajenje, pitje alkohola) ter obvladovanje nenalezljivih kroničnih bolezni in stanj (krvni tlak, povišana telesna teža, maščobe v krvi, sladkorna bolezen, stres, depresija, tesnoba). Ob

teh centrih normalno poteka tudi zdravstvena in zobozdravstvena vzgoja otrok in mladine (od vrtcev naprej), ki se uveljavlja že več desetletij. Ti centri naj bi se povezovali tudi z lokalnim okoljem – z društvi, z delovnimi organizacijami, izobraževalnimi institucijami in ostalimi, ki lahko prispevajo k zdravju prebivalstva v lokalnem okolju (27).

2.5 Timsko delo in medpoklicno sodelovanje

Timsko delo je predpogoj za dobro delovanje zdravstvenega sistema, zlasti v osnovni zdravstveni dejavnosti. V Sloveniji imamo uveljavljeno tradicijo timskega dela, ki je dediščina še iz časov hrvaškega zdravnika Andrije Štamparja.

Slovenija je uvedla celo vrsto služb, ki rešujejo posamezne elemente OZD: urgentne centre, paliativno oskrbo, diabetične in trombotične ambulante. V Sloveniji so začeli uvajati delo kliničnih farmacevtov v zdravstvene domove v letu 2012 (28).

Avtorji vidimo stranski učinek teh projektov v tem, da se namesto podpiranja celovitih rešitev rešujejo parcialni problemi, s čimer se siromaši osnovno poslanstvo zdravnika, oziroma lahko pride do zapostavljanja celostnega pristopa, ki je temelj dela v OZD. Stroka družinske medicine del svojega poslanstva prepušča drugim strokam in programom, ki se razvijajo.

Projekt referenčnih ambulant družinske medicine v letu 2011 predstavlja pomembno inovacijo (29). Gre za edini projekt, ki je bil namenjen razvoju osnovne zdravstvene dejavnosti in je bil tudi sprejet v financiranje na državni ravni. Njegovo nadaljevanje je predstavljal projekt CPC+, ki je bil namenjen krepitvi timskega dela in razširitvi (30). Žal projekt referenčnih ambulant

ni bil deležen znanstvene ocene svoje učinkovitosti.

2.6 Sistem kakovosti in varnosti

Dober sistem OZD potrebuje specifičen nadzor. Varnost bolnikov na osnovni ravni zdravstvenega varstva se močno razlikuje od varnosti bolnikov na sekundarni ali terciarni ravni. Na primarni ravni je zelo veliko stikov z bolniki, gre za pogosto zapletene interakcije, pri čemer je zelo pomembno obvladovanje negotovosti. Le-ta je namreč ena od bistvenih lastnosti primarne ravni zdravstva, saj bolniki pogosto prihajajo z nediferenciranimi stanji oz. zgodaj na začetku poteka bolezni, zato se morajo timi na primarni ravni vsak dan soočati z veliko mero negotovosti (31). Narava dela v družinski medicini pogosto onemogoča preprosto merjenje kakovosti in učinkovitosti, saj se ključne pristojnosti v družinski medicini, npr. v osebo usmerjena oskrba ali dolgotrajna oskrba, težko izmerijo (32,33).

V Sloveniji trenutno poteka ocenjevanje kakovosti dela ambulant družinske medicine s pomočjo 28 kazalnikov kakovosti, ki se mesečno zbirajo v centralni elektronski bazi. Opredeljeni so strukturni (9 kazalnikov) in procesni kazalniki (15 kazalnikov) ter kazalniki izida (4 kazalniki) (33). Kazalniki pokrivajo področje preventive (6 kazalnikov) in najpogostejših kroničnih bolezni (22 kazalnikov). Opredeljujejo se na ravni ene ambulante in na ravni vseh ambulant družinske medicine v Sloveniji. Tudi pregled mednarodno priznanih kazalnikov je pokazal, da je večina kazalnikov kakovosti na primarni ravni procesnih in pokrivajo področje vodenja bolnikov s kroničnimi boleznimi (34). Npr. za ocenjevanje vodenja bolnikov s sladkorno

boleznijo v svetu prednjačijo procesni kazalniki, in sicer ustrezno pogoste meritve krvnega sladkorja oz. glikiranega hemoglobina, meritve lipidov, krvnega tlaka in ledvične funkcije, pregled očesnega ozadja in diabetičnega stopala. Od kazalnikov izida najpogosteje najdemo vrednost krvnega sladkorja oz. glikiranega hemoglobina, vrednosti lipidov in testov ledvične funkcije (35,36). Slovenski kazalniki kakovosti s tega področja so podobni: register bolnikov s sladkorno boleznijo, vsaj enkrat letno določena vrednost glikiranega hemoglobina, vsaj enkrat letno opravljen pregled stopal in delež bolnikov z izmerjenim glikiranim hemoglobinom pod 7 %. Podobno je z ostalimi kazalniki kakovosti, ki se uporabljajo v Sloveniji, zato nabor kazalnikov ocenjujemo kot ustrezen.

Podatki vrednosti kazalnikov kakovosti od leta 2011 do 2019 kažejo postopno naraščanje vrednosti le-teh, a večinoma se standardi kakovosti (razen registrov kroničnih bolnikov) še ne dosegajo. Vzroki so večplastni, od sistemskih dejavnikov, načina financiranja, organizacije zdravstvenega sistema in njegove zmogljivosti, kulturoloških dejavnikov, epidemiologije bolezni, delovanja informacijskega sistema, dostopnosti, sistematičnosti odkrivanja težave s kakovostjo in varnostjo in trajanje posveta (37-40).

Vrednosti kazalnikov kakovosti se enkrat letno analizirajo. Poročilo se objavi in je dostopno vsem ambulantam. Vse ambulante imajo tudi dostop do agregirane baze podatkov o vrednostih kazalnikov kakovosti, kjer lahko vidijo vrednosti za svojo ambulanto in povprečje vrednosti za njihovo regijo ter za celotno državo. Tako lahko posamezne ambulante v vsakem trenutku primerjajo kakovost svojega dela z drugimi, kar je pomembna metoda (samo)izboljševanja

kakovosti (41). Vendar so za učinkovito in stalno izboljševanje kakovosti potrebni sistemski ukrepi (glej Predlagane usmeritve). Za to je potrebna ustrezna infrastruktura in finančna podpora, ki pa trenutno ni zagotovljena.

Podobno stanje je na področju varnosti obravnave bolnikov. Za izboljšanje varnosti bolnikov je pomemben prvi korak, tj. obravnava in razumevanje kulture varnosti organizacije, kar pri nas še ni sistemsko urejeno (42-44). Ocenjevanje kakovosti mora biti namenjeno izboljševanju kakovosti dela v zdravstvu in ne nadzoru ter kaznovanju, kar pa žal še vedno prevladuje v Sloveniji. Kultura kaznovanosti oz. krivdne odgovornosti močno omejuje izboljševanje varne obravnave bolnika.

2.7 Informatizacija

Z razvojem medicinske znanosti in tehnike prihaja v družinsko medicino veliko sprememb. Gre za novo revolucijo v medicini, ki bo od zdravnika zahtevala, da postane menedžer podatkov o svojih bolnikih. Genomika prinaša nove možnosti za preventivo, pa tudi druge vplive (npr. farmakogenomika) (45). Slovenska družinska medicina se bo morala prilagoditi temu tehničnemu razvoju. Obsežne zbirke podatkov (Big Data), ki že trkajo na vrata ambulant, bodo zahtevale bistveno boljšo digitalizacijo slovenskega zdravstva. Število podatkov se skokovito povečuje, kar terja bistvene spremembe tako na področju izobraževanja kot na področju čisto organizacijskih pristopov (večja računalniška zmogljivost, novi člani tima, ki bodo sposobni analizirati podatke in jih interpretirati).

Informacijski sistem v Sloveniji sicer obstaja, vendar je izrazito usklajen s potrebami plačnika in ne upošteva potreb izvajalcev. Digitalizacija slovenskega

zdravstva sledi potrebam administracije, ne pa potrebam stroke. Zato izvajalci tega sistema ne doživljajo kot pomočnika pri svojem delu, ampak kot še eno oviro. Novosti, ki jih ponujajo tehnološko napredne firme, ne najdejo svoje poti v zdravstveno oskrbo bolnikov in v načine plačevanja storitev. Pri uvajanju teh sprememb se je mnenje medicinske stroke vedno spregledalo ali pa je predstavljalo samo okrasek, ki naj bi zadostil formalnim zahtevam za izvedbo projekta. Prava elektronska zdravstvena kartoteka še vedno ni zaživela. V OZD zdravniki družinske medicine ob elektronski kartoteki še vedno vodijo tudi papirnato, ker tako zahteva zakon.

Posledice vseh naštetih slabosti se kažejo predvsem v nezadovoljstvu in večjih obremenitvah izvajalcev. Njihovi protesti se sicer rešujejo s kratkoročnimi ukrepi, vendar čez čas protesti znova izbruhnejo, saj se osnovni razlogi zanje ne odstranijo.

3 Predlagane usmeritve

3.1 Vodenje sistema in odločanje

Da bi rešili problem, povezan z vodenjem sistema, bi moralo MZ ustanoviti nacionalno institucijo, katere naloga bi bila dajati strokovne podlage za razvoj osnovne zdravstvene dejavnosti. Te naloge ne morejo prevzeti komisije, ki jih ima MZ že ustanovljene. Pobudo za ustanovitev te institucije je stroka slovenske družinske medicine že večkrat posredovala ministrstvu.

Pretirano normiranje zdravstvenega sistema je potrebno poenostaviti in bistveno zmanjšati število najrazličnejših pravil, s katerimi se zdaj dnevno soočajo zdravniki družinske medicine in drugi izvajalci osnovne zdravstvene dejavnosti.

Sistem odločanja v celotnem zdravstvu, zlasti pa v osnovni zdravstveni dejavnosti, je potrebno spremeniti tako, da bo preko njega mogoče uvajati novosti in preverjati njihovo učinkovitost. Sedanji sistem tega ne omogoča, saj se odločanje večinoma omeji na indeksiranje obstoječih programov, v finančnih načrtih pa ni mehanizma, kako bi se strokovne rešitve in inovacije sistematično uvajale v zdravstveni sistem.

Stroka družinske medicine je v preteklosti že večkrat predlagala ustanovitev terciarne institucije za to raven, vendar se pobuda ni uresničila. Pobude so dali tako Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani kot tudi Zdravstveni dom Ljubljana in Zdravstveni dom Maribor. Zadnji dve pobudi so zavrnil iz formalnih razlogov, ker slovenska zakonodaja ne omogoča, da bi primarna raven imela terciarnost.

Taka terciarna institucija bi bila odgovorna za določanje strokovnih podlag za razvoj OZD, za sodelovanje pri pripravi strokovnih smernic za delo na OZD, določanje standardov kakovosti. Izvajala bi nadzor nad kakovostjo dela v OZD. Morala bi vzpostaviti sistem, ki bo omogočil kritično presojo tehnologij, ki se ponujajo, in njihovo enostavno in sistematično prehajanje v OZD. Postavila bi raziskovalne prioritete v OZD ter sodelovala pri pripravi in izvedbi strukturnih, organizacijskih in zakonskih sprememb v OZD. Za to bi potrebovala tako ustrezen kader kot moč.

3.2 Sistem plačevanja

Sistem financiranja primarne dejavnosti preko kombinacije glavarinskih količnikov ter plačila za opravljene storitve se zdi na prvi pogled ustrezen, saj prednosti ene metode omilijo pomanjkljivosti druge. Težava glavarine je

predvsem v glavarinskih količnikih, ki ne temeljijo na stroškovni analizi. Zato ne zrcalijo dejanskih stroškov, ki se nanašajo na obravnavo bolnikov. Predvsem je, glede na količnike nekaterih drugih držav, nizek glavarinski količnik za najstarejšo skupino (>75 let). Prav tako so starostne skupine preveč široke. Po podatkih drugih držav so razlike v stroških znotraj tako široko definirane starostne skupine zelo visoke. Glavarinski količniki v razvitih državah poleg starosti upoštevajo tudi spol in socialni položaj regije, iz katere prihaja bolnik (46). Prevetritev količnikov bi tako bila nujna in bi izenačila plačilo zdravnikov za enako opravljeno delo.

Druga velika pomanjkljivost je neustreznost financiranja storitev. Čeprav je planirano število količnikov (točk), ki jih mora tim doseči z opravljanjem storitev, 27.488, izvajalec dobi celotno plačilo že, če opravi le polovico planiranih količnikov (47). Tako nizko postavljeni prag izvajalcev nikakor ne spodbuja za opravljanje več storitev na primarni ravni. Sistem plačevanja storitev tudi ni v nobenem primeru odvisen od kakovosti, ki se sistemsko ne meri. Izvajalec, ki storitve opravlja odlično, dobi popolnoma enako plačilo kot slabši izvajalec. Sistem kakovosti v smislu merjenja rezultatov dela (ne procesa dela in števila opravljenih storitev) mora vendarle najti mesto v slovenski družinski medicini. Kljub temu, da je pomanjkanje družinskih zdravnikov kritično, še posebej kritično pa je v ruralnih območjih, sistem plačevanja ne dopušča posebnih spodbud za delo v socialno šibkih območjih (ne govorimo o ruralnih območjih) ter ne dopušča prilagajanja sestave timov potrebam lokalnega prebivalstva. Sistem financiranja mora spodbujati timsko

delo in interdisciplinarno sodelovanje ter omogočati, da bo razvoj IT podpore in mobilnega zdravja našel mesto v OZD.

3.3 Infrastruktura in kadri

Zaradi staranja prebivalstva in drugih s tem povezanih izzivov (naraščajoča večobolevnost, zahtevnost smernic in protokolov) bomo v Sloveniji morali povečati število timov, ki bodo nudili zdravstveno oskrbo na primarni ravni. Julija 2019 je bilo v sistemu izobraževanja 262 specializantov družinske medicine, ki pa ne bodo mogli zapolniti primanjkljaja zdravnikov družinske medicine. Primanjkljaj se bo z upokojitvami v naslednjih letih še poglobljajal (48).

Ker je jasno, da profesionalni kader ne bo mogel obravnavati vseh zdravstvenih izzivov prihodnosti, je nujno zagotoviti prenos pristojnosti in odgovornosti za zdravje na bolnike same ter tudi na neformalne oskrbovalce (prenos pristojnosti v vertikalni smeri navzdol). Deloma smo se tega že lotili s konceptom referenčnih ambulant, ko je del tima postala tudi diplomirana medicinska sestra. Priporočljivo pa bi bilo, da bi vsak tim imel diplomirano medicinsko sestro s polnim delovnim časom, ne samo s polovičnim. Potrebno bo izboljšati patronažno oskrbo in druge oblike oskrbe bolnikov na domu.

Pomanjkanje interesa za družinsko medicino je kompleksen problem, ki ga stroka ne more uspešno rešiti sama. V reševanje situacije pa je potrebno vključiti tudi mlade, ki naj povedo, kaj bi jih pritegnilo k odločitvi za delo na področju družinske medicine, ter pri odločevalcih doseči, da naredijo korak dlje in se lotijo reševanja problema celostno, pri

tem pa upoštevajo mnenje stroke.

3.4 Usmerjenost v populacijo

V Sloveniji OZD že spodbuja v osebo oziroma v populacijo usmerjeno obravnavo. Pozitiven korak v to smer je tudi uvedba CKP, ki pa bi jih lahko organizacijsko še izboljšali. Vsebino dela teh centrov določa NIJZ, medtem ko je za zaposlitev kadra in doseganje realizacije programov odgovoren pristojni zdravstveni dom. To ovira prožno prilagajanje vsebine programov teh centrov potrebam bolnikov in tudi ne daje snovalcu programov odgovornosti, kadar programi niso zanimivi za bolnike, ker ni finančne odgovornosti, ki se je v celoti prenesla na zdravstvene domove. Smiselno bi bilo, da bi bili snovalec vsebine, izvajalec in zaposlovalec ista pravna oseba, torej NIJZ ali ZD, saj se le tako sklene t. i. krog PDCA (*angl.* plan, do, check, act), ki omogoča sprotni razvoj in prilagajanje programov.

Projekt skupnostne psihiatrije naj bi omogočil, da bi se tudi v Sloveniji pacienti vse bolj zdravili v domačem okolju in manj v bolnišnicah. Ne glede na to, da gre za trend, ki je priznано potreben in ima podporo SZO, Slovenija tu zaostaja (49).

3.5 Timsko delo

Na tem področju je v zadnjem času Slovenija naredila veliko. Potrebno je še naprej spodbujati interdisciplinarno sodelovanje in vključevati v osnovno zdravstveno dejavnost nove kadre, ob tem pa ne pozabiti na celovitost oskrbe. Možnosti so predvsem na področju sodelovanja z medicinskimi sestrami, kot je pokazal projekt CPC+. Ob tem je potrebno okrepiti sodelovanje med različnimi strokami na tem področju in

omogočiti koordiniranje njihovega dela, ki mora biti stalno, a tudi formalizirano.

3.6 Sistem kakovosti in varnosti

Če želimo zagotoviti kakovost in varnost zdravstvenega sistema na osnovni ravni in kakovost stalno izboljševati, je treba zagotoviti nadzorovanje kakovosti, ki temelji na strokovnosti. Namen ocenjevanja kakovosti dela ambulant družinske medicine mora biti v prvi vrsti izboljševanje kakovosti, ne pa kaznovanje (31). Na nacionalni ravni je potrebno ustanoviti strokovno institucijo, ki bo prevzela nadzorovanje kakovosti dela v družinski medicini. To bo omogočilo sistemski in nenehni nadzor kakovosti, analizo kazalnikov kakovosti, povratne informacije ter preverjanje uresničevanja sprememb ter napredovanje na področju kakovosti. Prvi korak v to smer je že bil storjen, saj sta v letu 2017 MZ RS in Katedra za družinsko medicino na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani sprožila pobudo za razvoj sistema zagotavljanja in izboljševanja kakovosti na področju družinske medicine v Sloveniji. Ta pobuda se je povezala z uvedbo novega modela dela v družinski medicini, ki temelji na referenčnih ambulantah družinske medicine. Pripravljen je bil načrt za celosten, sistemski in kontinuirani nadzor kakovosti, ki temelji na načelih kroga izboljševanja kakovosti. Povezuje vse deležnike v zdravstveni oskrbi bolnikov. Operativno in kontekstualno jedro sistema nadzora kakovosti temelji na stalnem izmenjevanju povratne informacije med timi družinske medicine in uradom za nadzor kakovosti (50).

Na področju varnosti je potrebno najprej analizirati trenutno stanje, predvsem kulturo varnosti, nato pa predlagati ustrezne ukrepe. Ključnega pomena

pa je, da se ukine politika kaznovanja oz. krivdnega pristopa k varnostnim odklonom ter uvede tak nekrivdni pristop, ki omogoča učenje iz napak ter sistemske spremembe procesov, ki preprečujejo, da bi do ponovnih napak še prihajalo.

3.7 Informatizacija

Informatizacija mora omogočiti bistveno razbremenitev administrativnih opravil vseh članov tima v OZD in s tem omogočiti več časa za neposreden človeški odnos med strokovnjakom (zdravnikom in medicinsko sestro) in bolnikom. Potrebno je postaviti jasne pogoje za uvedbo izključno elektronskega hranjenja podatkov. Prav tako je potrebno spodbuditi razvoj elektronskega kartona, ki bo namenjen v prvi vrsti zdravstvenim delavcem za bolj učinkovito delo z bolnikom, izkoriščati pa možnosti, ki jih informatizacija ponuja za poenostavljanje dela in izboljšanje varnosti in kakovosti.

4 Povzetek potrebnih ukrepov

Da bi ohranili kakovostno osnovno zdravstveno dejavnost, so potrebni naslednji ukrepi.

- Kadrovsko okrepiti MZ za področje osnovne zdravstvene dejavnosti.
- Ustanoviti inštitut za družinsko medicino ali pa za to delo pooblastiti katero od že obstoječih ustanov.
- Spremeniti način odločanja in uvajanja novosti.

- Spremeniti način financiranja.
- Okrepiti interdisciplinarno sodelovanje.
- Povečati zanimanje za družinsko medicino s spodbudami za mlade zdravnike, tudi s finančnimi.
- Zmanjšati administrativna opravila.
- Posodobiti informatizacijo.
- Uvesti sistematičen način spremljanja in izboljševanja kakovosti ter varnosti.

5 Zaključek

Če želi Slovenija ohraniti kakovosten zdravstveni sistem, ga mora stalno posodabljanje in prilagajati novim izzivom. Doslej je Slovenija na marsikaterem področju predstavljala svetel vzgled dobro organiziranega sistema osnovne zdravstvene dejavnosti. Predlagani ukrepi, ki jih je izdelala stroka družinske medicine, naj bi bili v pomoč odločevalcem v slovenski zdravstveni politiki zato, da bi še naprej ostali primer dobrega zdravstvenega sistema.

6 Zahvala

Dokument je rezultat dela strokovnjakov, ki ni bil posebej financiran. Avtorji se zahvaljujemo vsem članom Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete v Ljubljani, članom Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete v Mariboru, dr. Valentini Rupel in tudi vsem drugim neodvisnim strokovnjakom, ki so prispevali znanje in delo pri nastanku tega dokumenta.

Literatura

1. European Commission. Report of the Expert Panel on effective ways of Investing in Health (EXPH). Definition of a Frame of Reference in relation to Primary Care with a special emphasis on Financing Systems and Referral Systems. Brussels: European Commission; 2014 [cited 2019 Nov 11]. Available from: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/004_definitionprimarycare_en.pdf.

2. World Health Organization; United Nations Children's Fund (UNICEF). A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the sustainable development goals. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2020 Feb 12]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>.
3. World Health Organization Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: World Health Organization; 1978 [cited 2019 Nov 11]. Available from: https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf.
4. World Health Organization. The World Health Report: Primary health care - Now More than Ever. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2019 Nov 11]. Available from: <https://www.who.int/whr/2008/en/>.
5. World Health Organization. Declaration of Astana. Global Conference on Primary Health Care. 25-26 Oct 2018; Astana, Kazakhstan. Geneva: World Health Organization; New York: UNICEF; 2018 [cited 2019 Nov 11]. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>.
6. Berchet K. Realising the Full Potential of Primary Health Care. Policy Brief. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2020 Feb 12]. Available from: https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf?fbclid=IwAR08o2UbHtgCAf5FtFqZY5yhOk_Qu2K3All-SuNwL3Rk0YlgzgeUVGPbyYg.
7. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;83(3):457-502. DOI: [10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x) PMID: [16202000](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16202000/)
8. European Association for Quality and Safety of General Practice/Family Medicine. Equity: a core dimension of quality of primary care. Consensus statement. Netherlands: WONCA Europe; 2017 [cited 2019 Nov 11]. Available from: <https://equip.woncaeurope.org/sites/equip/files/documents/publications/official-documents/equip-position-paper-equity.pdf>.
9. Kringos D, Boerma W, Bourgueil Y, Cartier T, Dedeu T, Hasvold T, et al. The strength of primary care in Europe: an international comparative study. *Br J Gen Pract*. 2013;63(616):e742-50. DOI: [10.3399/bjgp13X674422](https://doi.org/10.3399/bjgp13X674422) PMID: [24267857](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24267857/)
10. European Commission. State of Health in the EU: Slovenia: Country Health Profile 2017. Paris: OECD; 2017 [cited 2020 Feb 12]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/355996/Health-Profile-Slovenia-Eng.pdf?ua=1.
11. Klančar D, Švab I, Kersnik J. Vizija prihodnosti zdravstvenih domov v Sloveniji. *Zdr Varst*. 2010;49(1):37-43.
12. Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej). *UI RS*. 2005(05).
13. De Maeseneer J, Willems S, De Sutter A, et al. Primary health care as a strategy for achieving equitable care: a literature review commissioned by the health systems knowledge network. Ghent: Ghent University; 2007.
14. Klančar D. Zdravstveni dom. In: Švab D, Rotar-Pavlič D, eds. *Družinska medicina: učbenik*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2012. pp. 137-44.
15. Klemenc-Ketiš Z, Poplas-Susič A. Are characteristics of team members important for quality management of chronic patients at primary care level? *J Clin Nurs*. 2017;26(23-24):5025-32. DOI: [10.1111/jocn.14002](https://doi.org/10.1111/jocn.14002) PMID: [28793377](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28793377/)
16. Klemenc-Ketiš Z, Terbovc A, Gomiscek B, Kersnik J. Role of nurse practitioners in reducing cardiovascular risk factors: a retrospective cohort study. *J Clin Nurs*. 2015;24(21-22):3077-83. DOI: [10.1111/jocn.12889](https://doi.org/10.1111/jocn.12889) PMID: [26248610](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26248610/)
17. Petek Šter M, Švab I, Petek D. Raziskovanje v družinski medicini v Sloveniji. *Zdrav Vestn*. 2018;87(11-12):547-56. DOI: [10.6016/ZdravVestn.2718](https://doi.org/10.6016/ZdravVestn.2718)
18. Pašič K, ed. *Desetletje družinske medicine: kronika razvoja družinske medicine v Sloveniji v letih 2005-2015*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2016.
19. Klemenc-Ketiš Z. Desetletje družinske medicine. In: Pašič K, ed. *Desetletje družinske medicine: kronika razvoja družinske medicine v Sloveniji v letih 2005-2015*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine; 2016.
20. Šter MP, Kezunović LC, Cojić M, Petek D, Švab I. Specialty Training in Family Medicine in Montenegro - an Evaluation of The Programme By the First Generation of Trainees. *Zdr Varst*. 2018;57(2):96-105. DOI: [10.2478/sjph-2018-0013](https://doi.org/10.2478/sjph-2018-0013) PMID: [29651321](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29651321/)
21. Petrović D, Kuhar M. Analiza podiplomskega študijskega programa Biomedicina na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani v letih 1995-2010. *Zdrav Vestn*. 2012;81(12):831-7.
22. Petek Šter M, Švab I, Šter B. Prediction of intended career choice in family medicine using artificial neural networks. *Eur J Gen Pract*. 2015;21(1):63-9. DOI: [10.3109/13814788.2014.933314](https://doi.org/10.3109/13814788.2014.933314) PMID: [25223737](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25223737/)
23. Dafallah AAE. How to make primary healthcare a favourable career choice for medical students: strategies and reflections. 2019 May 19 [cited 2019 Jul 07]. Available from: <https://europeansting.com/2019/05/19/how-to-make-primary-healthcare-a-favourable-career-choice-for-medical-students-strategies-and-reflections/>.

24. Petek Šter M, Švab I, Zalar B, Tomori M. Sporazumevanje - nov predmet na Medicinski fakulteti v Ljubljani. *Zdrav Vestn.* 2011;80(11):865-72.
25. Petek Šter M, Švab I. Ali je družinska medicina res nezaželena kot poklicna odločitev študentov? *Isis.* 2018;10:21-2.
26. Pelikon K, Pavlin T, Pšeničny E, Petek K, eds. Poročilo o anketi študentov medicine o slovenskem zdravstvenem sistemu in družinski medicini. Ljubljana: Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Študentski svet; 2019.
27. Centri za krepitev zdravja. [cited 2020 Nov 05]. Available from: <http://skupajzazdravje.nijz.si/sl/centri-za-krepitev-zdravja/>.
28. Krajnik M. Vpliv kliničnega farmacevta na primarni ravni na delo zdravnikov družinske medicine in na zmanjšanje polifarmacije pri kroničnih bolnikih: [specialistična naloga]. Žlebe: M. Krajnik; 2018.
29. Poplas-Sušič T, Švab I, Kersnik J. The project of model practices in family medicine in Slovenia. *Zdrav Vestn.* 2013;82(10):635-47.
30. Klemenc-Ketis Z, Benkovič R, Poplas-Susič A. A Slovenian Model of Comprehensive Care for Patients with Difficulties Accessing Healthcare: A Step Towards Health Equity. *J Community Health Nurs.* 2019;36(3):139-46. DOI: [10.1080/07370016.2019.1630996](https://doi.org/10.1080/07370016.2019.1630996) PMID: [31291772](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31291772/)
31. Parker D, Wensing M, Esmail A, Valderas JM. Measurement tools and process indicators of patient safety culture in primary care. A mixed methods study by the LINNEAUS collaboration on patient safety in primary care. *Eur J Gen Pract.* 2015;21(sup1):26-30. DOI: [10.3109/13814788.2015.1043732](https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1043732) PMID: [26339832](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26339832/)
32. Arvidsson E, Dijkstra R, Klemenc-Ketiš Z. Measuring quality in primary healthcare – opportunities and weaknesses. *Zdr Varst.* 2019;58(3):101-3. DOI: [10.2478/sjph-2019-0013](https://doi.org/10.2478/sjph-2019-0013) PMID: [31275436](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31275436/)
33. Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. *Int J Qual Health Care.* 2003;15(6):523-30. DOI: [10.1093/intqhc/mzg081](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzg081) PMID: [14660535](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14660535/)
34. Ramalho A, Castro P, Gonçalves-Pinho M, Teixeira J, Santos JV, Viana J, et al. Primary health care quality indicators: an umbrella review. *PLoS One.* 2019;14(8):e0220888. DOI: [10.1371/journal.pone.0220888](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220888) PMID: [31419235](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31419235/)
35. Calsbeek H, Ketelaar NA, Faber MJ, Wensing M, Braspenning J. Performance measurements in diabetes care: the complex task of selecting quality indicators. *Int J Qual Health Care.* 2013;25(6):704-9. DOI: [10.1093/intqhc/mzt073](https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt073) PMID: [24150483](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24150483/)
36. Schneiders J, Telo GH, Bottino LG, Pasinato B, Neyeloff JL, Schaan BD. Quality indicators in type 2 diabetes patient care: analysis per care-complexity level. *Diabetol Metab Syndr.* 2019;11(1):34. DOI: [10.1186/s13098-019-0428-8](https://doi.org/10.1186/s13098-019-0428-8) PMID: [31073334](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31073334/)
37. Klemenc-Ketiš Z, Švab I, Poplas Susič A. Implementing Quality Indicators for Diabetes and Hypertension in Family Medicine in Slovenia. *Zdr Varst.* 2017;56(4):211-9. DOI: [10.1515/sjph-2017-0029](https://doi.org/10.1515/sjph-2017-0029) PMID: [29062395](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29062395/)
38. Smith PC. Measuring health system performance. *The European journal of health economics. HEPAC Health Econ Prev Care.* 2002;3(3):145-8. DOI: [10.1007/s10198-002-0138-1](https://doi.org/10.1007/s10198-002-0138-1)
39. Groenewegen P, Heinemann S, Greß S, Schäfer W. Primary care practice composition in 34 countries. *Health Policy.* 2015;119(12):1576-83. DOI: [10.1016/j.healthpol.2015.08.005](https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2015.08.005) PMID: [26319096](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26319096/)
40. Engels Y, Campbell S, Dautzenberg M, van den Hombergh P, Brinkmann H, Szécsényi J, et al.; EPA Working Party. Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe. *Fam Pract.* 2005;22(2):215-22. DOI: [10.1093/fampra/cmi002](https://doi.org/10.1093/fampra/cmi002) PMID: [15722398](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15722398/)
41. Ettorchi-Tardy A, Levif M, Michel P. Benchmarking: a method for continuous quality improvement in health. *Healthc Policy.* 2012;7(4):e101-19. DOI: [10.12927/hcpol.2012.22872](https://doi.org/10.12927/hcpol.2012.22872) PMID: [23634166](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23634166/)
42. Klemenc-Ketis Z, Makivič I, Poplas-Susič A. Safety culture in the primary health care settings based on workers with a leadership role: the psychometric properties of the Slovenian-language version of the safety attitudes questionnaire - short form. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):767. DOI: [10.1186/s12913-018-3594-8](https://doi.org/10.1186/s12913-018-3594-8) PMID: [30305161](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30305161/)
43. Klemenc-Ketiš Z, Deilkas ET, Hofoss D, Bondevik GT. Patient Safety Culture in Slovenian out-of-hours Primary Care Clinics. *Zdr Varst.* 2017;56(4):203-10. DOI: [10.1515/sjph-2017-0028](https://doi.org/10.1515/sjph-2017-0028) PMID: [29062394](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29062394/)
44. Deilkas ET. Patient safety culture - opportunities for healthcare management. Oslo, Norway: University of Oslo; 2010.
45. Rozman D, Videtič Paska A. Genomika v družinski medicini: dobrodošli v prihodnosti. *Med Razgl.* 2019;58 Suppl 3:149-55.
46. British Medical Association. Focus on the global sum allocation formula (Carr-Hill Formula). London: BMA; 2015 [cited 2020 Feb 08]. Available from: <https://www.bma.org.uk/-/media/files/pdfs/practical%20advice%20at%20work/contracts/gps/focus%20on%20global%20sum%20allocation%20formula.pdf?la=en>.
47. Zavod za zdravstveno zavarovanje. Splošni dogovor za leto 2019. Ljubljana: ZZZS; 2019.

48. Zdravniška zbornica Slovenije. Statistika in analize Zdravniške zbornice Slovenije na dan 15.7.2019. Ljubljana: Zdravniška zbornica Slovenije; 2019 [cited 2020 Feb 08]. Available from: https://www.zdravniskazbornica.si/docs/default-source/statistika-in-analize/%C4%8Dlanstvo-tabela-15-7-2019.pdf?sfvrsn=422f3136_4.
49. Vesna Švab. Skupnostna psihiatrija. Ljubljana: Varuh človekovih pravic; 2019 [cited 2020 Nov 05]. Available from: http://www.varuh-rs.si/fileadmin/user_upload/word/STROKOVNI_CLANKI_-_razni/Skupnostna_psihiatrija_-_Vesna_Svab.pdf.
50. Klemenc-Ketis Z, Švab I, Stepanović A, Susič AP. Transition from a traditional to a comprehensive quality assurance system in Slovenian family medicine practices. *Int J Qual Health Care*. 2019;31(4):319-22. DOI: 10.1093/intqhc/mzy157 PMID: 30010930