

Klasične delitve postopoma izginjajo, ker jih zbrisuje spremenjeni način obravnavanja tako akutnih kot kroničnih problemov. V tem sklopu prihaja tudi do premika določenih storitev in dejavnosti, predvsem s sekundarne na primarno raven. V letu 2003 je bilo v Sloveniji 9.989.555 ambulantnih stikov na primarni ravni, kar je približno 1,2% manj kot leta 2002. Dve tretjini med temi je bilo stikov v dejavnosti splošne/družinske medicine. Ambulantna specialistika je obravnavala 3,47 milijona stikov, s čimer v skupnem številu ambulantnih stikov zajema 26% delež. V celoti imamo v ambulantni dejavnosti 6,8 stika na prebivalca, od katerih je 5,1 stik na prebivalca na primarni ravni in 1,7 na sekundarni specialistični ravni. Zaradi procesa premika obravnave s stacionarne v dnevne oblike in tudi v popolnoma ambulantno obravnavo se bo večalo število obravnav v ambulantni specialistiki.

Stanje po različnih evropskih državah

Po številu obiskov in organizaciji ambulantne dejavnosti lahko razvrstimo države v različne skupine, in sicer:

- severnoevropske, ki imajo majhno število obiskov, skupen pa jim je tudi velik vpliv družinske medicine (2,8 do 5 obiskov na prebivalca);
- evropsko večino, ki ima srednje število obiskov, na katere vpliva vrsta različnih dejavnikov, poleg tega pa je prisotna tudi različna razporeditev med ravnmi (6 do 8 obiskov na prebivalca);
- nekatero srednje- (Češka, Slovaška in Madžarska) in vzhodnoevropske države (Belorusija, Ukrajina) ter Švica, ki jim je skupno veliko število obiskov (v vseh naštetih primerih več kot 10 obiskov na prebivalca).

Švedska

Gre za državo z zelo majhnim številom obiskov na prebivalca, saj je povprečje le 2,8 obiska. Med temi jih je 60% na primarni ravni, kar je nekaj manj kot pri nas, vendar je to vseeno le toliko, kot je pri nas obiskov le na ambulantni specialistični ravni. Seveda gre za svojevrsten fenomen, na katerega vplivata majhno povpraševanje in zelo usmerjene obravnave. Poleg tega je povpraševanje po storitvah na ambulantni ravni tradicionalno nizko, s čimer ta država izrazito izstopa (tako v svoji regiji kot sicer), saj je po tem podatku bolj podobna državam v razvoju kot drugim najbolj razvitim državam.

Velika Britanija

Sistem temelji na močnem vratarškem sistemu in veliki vlogi primarne ravni. Število obiskov je, kljub tem navideznim podobnostim, vendarle manjše kot v Sloveniji (približno 5,4 obiska na prebivalca). Posebej zanimivo pa je, da tudi tam prihaja do zmanjševanja števila hišnih obiskov, ki jih je bilo pred 30 leti še 14%, danes jih je le še 4%. Po drugi strani pa narašča število stikov po telefonu, ki so posebej opredeljeni in tudi vrednoteni.

Nizozemska

Tudi v tem primeru gre za državo, kjer ima primarna raven ključno vlogo, vzpostavljen pa je tudi tipičen in odločen vratarški sistem. Ponovno gre za situacijo, ko je tudi število obiskov s 5,6 na prebivalca manjše od števila v Sloveniji. Ena od značilnosti in razlik do Slovenije pa je v tem, da so za bolniške odsotnosti pristojni posebni pooblašeni zdravniki, ki sami (administrativno) urejajo postopke z bolnikom ter pridobivajo potrebne podatke. Ambulantna specialistika je močno povezana z bolnišnicami in je skoraj izključno tudi organizirana na poliklinični način. Zanimiva posebnost je tudi v tako imenovanem transmuralnem sodelovanju, tj. sodelovanju med različnimi ravnmi dejavnosti – posredovanje pri potovanju bolnika z ene na drugo raven v obeh smereh.

Avstrija

Stanje je podobno kot v Sloveniji, kar ni presenetljivo, čeprav je res, da je organizacija primarne ravni drugačna v tem, da je izvajanje predvsem na samostojnih individualnih zasebnih praksah. Tudi pri njih je zadnja leta prišlo do večanja števila stikov, tako da so se tega problema lotili z uvajanjem določenih omejitev (vaučersko opredeljevanje števila letno »dopustnih« stikov). Vsekakor pa imajo v Avstriji zelo veliko in pomembno vlogo bolnišnice.

Sklepne misli

Ambulantna dejavnost doživlja pomembne in hitre spremembe. Na primarni ravni prihaja do uvedbe novih načinov komuniciranja med izvajalci in bolniki. Tipičen osebni stik seveda ohranja ključno mesto, vendar se je že popolnoma udomačil telefonski stik, prihajajo pa še internetne oblike (forumske in osebne) ter komunikacija po elektronski pošti. Na sekundarni ravni se krepi ambulantna oblika dela na račun stacionarne in ta trend se bo še nadaljeval.

Ni moč govoriti o »primernem« ali »ciljnem« številu obiskov na prebivalca. Na število stikov vpliva vrsta dejavnikov, vendar velja posebej izpostaviti močno sistemsko in kulturno pogojenost vzorcev uporabe zdravstvene službe na ambulantni ravni.

MEJE MED PRIMARNO IN SEKUNDARNO ZDRAVSTVENO DEJAVNOSTJO

Igor Švab

Izvleček – Izhodišča. *Primarno zdravstveno varstvo in sekundarna dejavnost sta komplementarni ravni zdravstvene varstva. Med seboj se ločita po okolju, v katerem delujeta, odnosu med bolnikom in zdravnikom, boleznih, ki jih obravnavata, zahtevah po zdravnikovih lastnostih in možnostih ukrepanja, ki jih imata na voljo. Komunikacija med ravnema v Sloveniji praviloma poteka z nepotnicami.*

Zaključki. *V Sloveniji v zadnjem času opazamo rast odstotka in števila napotitev na sekundarno raven, kar je odraz krize slovenskega sistema zdravstvenega varstva. Razlogi za ta porast so zaenkrat še nepojasneni. Stanje na tem področju bi lahko izboljšali z izboljševanjem komunikacije med obema ravnema in uporabo novih tehnologij.*

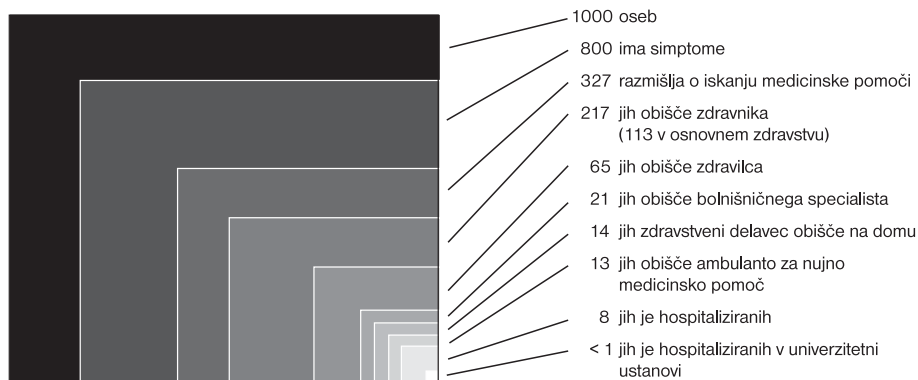
Uvod

Zdravnik v primarnem zdravstvenem varstvu v vseh sistemih zmora sam skrbeti za večino problemov, zaradi katerih iščejo pomoč njegovi varovanci. V manjšem delu primerov zaradi dragega in zahtevnega zdravljenja, zaradi posebnega znanja ali, ker gre za redko bolezen, potrebuje pomoč zdravnika specialista (1). Pravčasno in pravilno pošiljanje bolnika na specialistično raven je pomembna veščina zdravnika družinske medicine, saj z nepotrebnim odlašanjem lahko zamudimo čas za ustrezno zdravljenje, s prepogostim ali nepotrebnim pošiljanjem bolnikov pa jih izpostavljamo tveganju zaradi za bolnika zahtevne diagnostike in zdravljenja, naredimo bolnika zaskrbljenega, po nepotrebnem trošimo denar za zdravstvo in posledno povzročamo zastoje v specialistični oskrbi (2–5). Svetovna zdravstvena organizacija poudarja, da naj ima vsak prebivalec pravico do dostopne kakovostne zdravstvene službe (6).

Zaradi vsega tega je odnos med primarno in sekundarno dejavnostjo pomemben in pogosta tarča polemik. Življenje pogosto razlikuje v pristopu in načinu dela med obema dejavnostima. Zato je vsaka v svojem okolju primernejša od druge, obe pa si, vsaka na svoj način, prizadevata za dobro bolnikov. Eden pomembnih razlogov za težave je v nerazumevanju razlik med obema oblikama dela. Namen tega prispevka je pojasniti nekatere razlike med obema dejavnostima in razložiti težave, pri katerih se soočamo, ko govorimo o sodelovanju med primarno in sekundarno ravni.

Vpliv na zdravje prebivalstva

Iz mednarodnih študij je znano, da se samo 1% vseh ljudi, ki v določenem času opazi zdravstveno motnjo, znajde v bolnišnici, 2% na pregledu pri specialistu in kar 20% v primarnem zdravstvenem varstvu (7, glej Sliko 1). Ker pa bolnišnice oskrbijo tako majhen odstotek bolnikov, je njihov vpliv na splošna bolezenska dogajanja v populaciji majhen. Tega pa ne bi mogli trditi za osnovno zdravstveno dejavnost. Splošni premiki zboleznosti, podaljševanje povprečne življenjske dobe, zmanjšanje umrljivosti dojenčkov so, če so od kakšne zdravstvene dejavnosti sploh odvisni, tudi dosežek osnovne zdravstvene in preventivne dejavnosti (8). Po drugi strani pa je specialistična zdravstvena dejavnost zaradi narave svojega dela bistveno dražja od primarne.



Sl. 1. Iskanje pomoči po različnih ravneh zdravstvenega varstva.

Razlike med okoljema

Bolnišnično okolje ima lastna pravila, kjer je možnost nenadnih in nepričakovanih dogodkov manjša kot v primarnem zdravstvenem varstvu. Okolje bolnišnice je tudi strokovno zoženo na določeno področje, medtem ko je okolje primarne zdravstvene dejavnosti široko in nepredvidljivo, saj je spekter zdravstvenih problemov bistveno širši in o tem, katere probleme mora zdravnik obravnavati, odloča bolnik.

Odnos med bolnikom in zdravnikom

Trajnost odnosa

Obisk specialistične ustanove (zlasti bolnišnice) je za bolnika praviloma redek dogodek, kar tudi vpliva na njegov odnos do specialistov. Ta je praviloma vezan na epizodo bolezni ali na poseg, le redko na dolgotrajno vodenje. Po drugi strani je odnos bolnika z izbranim zdravnikom v primarnem zdravstvenem varstvu kolikor mogoče trajen, s tem pa pri zdravljenju in sodelovanju stopijo v ospredje drugačne vrednote, razmerja in zakonitosti. Če hoče zdravnik v tem okolju uspešno delovati, je zelo pomembna večina sporazumevanja in sodelovanja z bolnikom. Bolnik naj bi vedel, da mu zdravnik lahko pomaga le z njegovim dejavnim sodelovanjem. Poudarek je na sodelovanju, uspeh pripada obema. Ker zdravnik pravilo-

ma bolnika pozna daljše obdobje, mu je to lahko pogosto v veliko diagnostično pomoč. Če je klinični specialist strokovnjak za isto bolezen pri različnih ljudeh, je prednost zdravniške na osnovni ravni, da ve, kako se isti človek odziva na različne bolezni. Zdravnik mora tu vsako zdravstveno motnjo zato presojati bolj v luči bolnikovega vedenjskega vzorca, ki njeno pojavnost svojstveno obarva.

Samostojnost

S sprejemom v bolnišnico se bolniku svet korenito spremeni. Podrediti se mora pravilom bolnišničnega okolja, odredi se mora dobršnemu delu svojih navad ali razvad, v celoti se mora posloviti od vajenega, utečenega in svojstvenega domačega okolja. V bolnišnici je glavna naloga bolnika, da uboga navodila. Vse drugače pa je z bolnikom v ambulanti. Običajno tudi v času bolezni ohrani svojo poklicno dejavnost, v nobenem primeru pa se mu ni treba posloviti od domačega okolja in se na silo odpovedovati svojim navadam. V vajenem okolju se z zdravnikom srečuje kot samostojna oseba.

Kritičnost

Ne glede na pogosto prepričanje o nezadovoljstvu bolnikov študije kažejo, da so bolniki v Sloveniji z zdravniki zadovoljni. Res pa je, da bolnik zdravnikove nasvete in ukrepe presoja drugače in bolj kritično kot v bolnišnici.

Bolezen

Resnost bolezni

Pogosto prepričanje je, da je resnost bolezni na specialistični ravni večja kot na primarni. To je v osnovi res. V bolnišnicah je na področjih njihove zboleznosti zbranega izredno veliko znanja in možnost ukrepanja, zato so usposobljene, da se lotevajo resnejših stanj, medtem ko je resnost na primarni ravni manjša. Res pa je, da obstajajo tu pomembne izjeme, saj se zdravnik na primarni ravni pri svojem delu srečuje tudi s hudimi in najhujšimi stanji (npr. umirajoči bolnik, urgentna stanja).

Razvitost bolezni

Sprejem v bolnišnico mora biti utemeljen, bolezen torej dovolj nevarna, pa tudi razvita hkrati. Ko odmislimo bolnikovo okolje in del njegovih osebnih značilnosti, postane bolezen v veliki meri takšna, kakršna je opisana v učbenikih. Organski vzrok bolezni je sicer tudi v primarni zdravstveni dejavnosti pomemben dejavnik, vendar pa niti edini, niti ključni. To še posebej velja za kronične bolezni. V primarnem zdravstvenem varstvu so pogostejša začetna stanja bolezni, ko njene značilnosti še niso povsem jasne in ko se bolnik odloča, da bo obiskal zdravnika. Slika take bolezni je v okolju, v katerem je nastala, drugačna. Komaj še lahko govorimo o stereotipu. Zdravnik na primarni ravni se pogosto srečuje s pritožbami, ki jih ne more organsko opredeliti in s takimi kliničnimi slikami, ki jih ne najdemo v nobenem medicinskem učbeniku. Ena njegovih najpomembnejših nalog je prevesti bolnikove neznačilne simptome in znake v »medicinski jezik« in ločiti normalne reakcije od nenormalnih.

Epidemiologija

Pomembna razlika med obema ravnema je tudi epidemiološke narave. Bolnišnično okolje je okolje, v katerem je epidemiologija povsem drugačna od okolja, v katerem deluje zdrav-

nik na primarni ravni. Večja je verjetnost rezistentnih sevov bakterij, zaradi česar je odločanje o antibiotičnem zdravljenju drugačno kot na primarni ravni. Bolniki, ki so sprejeti v bolnišnico, so skozi sistem napotovanja selekcionirani: gre za bolj ogrožene bolnike, s stanji, ki jih na primarni ravni ni mogoče zdraviti. Zaradi takega mehanizma selekcije bolnikov iz primarne na sekundarno raven so tudi napovedne vrednosti testov povsem drugačne kot na primarni ravni. To pa pomeni, da rezultatov študij, narejenih na sekundarni ravni, pogosto ne smemo prenašati na primarno raven. Gre za napako, ki se pogosto dogaja pri pisanju smernic.

Zdravnikove lastnosti

Lastnosti, ki krasita kliničnega specialista, sta analitičnost in znanstvenost. Vsako pritožbo skuša opredeliti, najti zanj vzrok in ga odpraviti. V bolnišničnem okolju je vse to nujno, saj je važna bolezen, bolnikove osebne in ostale značilnosti pa manj. Pomemben je predvsem dober nadzor. To je moč doseči zaradi posebnosti bolnišničnega okolja. Zato je tudi učinek usmerjenega bolnišničnega zdravljenja učinkovit v kratkem času. Po drugi strani bo zdravnik v primarni dejavnosti le težko prišel na glas dobrega zdravnika, če ne bo imel dobrih odnosov z bolniki, če bo zanemarjal socialno okolje in družinske razmere. Pozornost mora posvečati bolniku in njegovemu odzivanju v vsakovrstnem okolju. Naenkrat skrbi za veliko število bolnikov in družin, od katerih je vsaka svet zase. Bolnikov in družin ne more nadzirati, ampak le usmerjati in spodbujati. Ker se v življenju telesna dogajanja nenehno prepletajo s čustvenimi, ga bo zgolj analitični pristop rad pustil na cedilu. Znanje o bolniku je zato prav tako pomembno kot znanje o bolezni. Njegovo kratkoročno in dolgoročno zdravljenje mora biti prilagojeno vsem posebnostim tako bolnika kot njegovega okolja.

Možnosti ukrepanja

Orodja, ki jih imata na voljo obe ravni zdravstvenega varstva, so različna in komplementarna. Moderna specialistična medicina predvsem sloni na razvoju tehnike in znanosti, medtem ko je na primarni ravni tovrstne tehnologije manj. Vse bolj pomembno postaja na primarni ravni obdelovanje množice podatkov o bolnikih in populaciji, kar naj bi omogočilo populacijski pristop in večjo učinkovitost zdravstvenih ukrepov. Specifični ukrepi na primarni ravni so tudi obiski na domovih, potrebno je poznavanje javnega zdravja in njemu lastnih ukrepov (npr. dispanzerske metode dela) in družinske dinamike. Zdravniku na primarni ravni je tako na voljo veliko orodij. Upoštevati mora vse, kar se v zvezi z boleznijo v okolju dogaja. Njegov pristop mora biti zato v bolnika usmerjen in celosten.

Napotitve

Tak razvoj medicinskih specialnosti je kljub svojim nespornim prednostim prinesel tudi nove probleme. Sistem zdravstvenega varstva je postal vse bolj zapleten, drag in nepregleden. Kmalu je postalo tudi jasno, da je potrebno sodelovanje med osnovno in specialistično ravni urediti tako, da bo kar se da racionalna. Tako se je večina držav v Evropi odločila za sistem, kjer je dostop do specialista na račun javnih sredstev možen le preko napotnice, ki jo izda zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti. Tak sistem omogoča pravičnost v dostopu do specialista, integracijo specialistične oskrbe na ravni družinskega zdravnika in omogoča odgovornost družinskega zdravnika, specialista in bolnika in boljšo kakovost oskrbe (9-12).

Slovenija je v svojem zdravstvenem sistemu sledila značilnostim večine evropskih držav. Tako je za sistem zdravstvenega varstva v Sloveniji značilno, da je dostop do velike večine spe-

Razpr. 1. Povzetek razlik med bolnišničnim in primarnim zdravstvenim varstvom. (Prirejeno po 8.)

	Bolnišnica	Primarno zdravstveno varstvo
Javnozdravstveni učinek	Majhen vpliv na populacijo Visoka cena	Velik vpliv na populacijo Nižja cena
Okolje	Urejeno Predvidljivo	Neurejeno Nepredvidljivo
Odnos med bolnikom in zdravnikom	Epizoden odnos z bolnikom Nesamostojen bolnik Manj kritičen Ni odgovoren za učinek Pomemben	Trajen odnos z bolnikom Samostojen bolnik Zelo kritičen Soodgovoren za učinek Ključen
Bolezen	Praviloma resne bolezni Značilna klinična slika Visoko tveganje za resno bolezen	Praviloma manj resne bolezni Pomemben preplet organskega, duševnega in socialnega Nizko tveganje za resno bolezen
Zdravnik	Analitičen, znanstven, poglobljen	Široko znanje
Ukrepi	Tehnika	Dispanzerska metoda dela, družinska dinamika, komunikacija, populacijski ukrepi

cialistov in za vse neurgentne sprejeme v bolnišnico potrebna napotnica. Z napotnico lahko družinski zdravnik specialista pooblasti za enkratni pregled, lahko pa se pooblastilo glasi za daljši čas (do največ enega leta), v katerem zdravnik specialist lahko tudi samostojno odloča o sprejemih v bolnišnico in nadaljnjih pregledih v okviru pooblastila.

Vrste napotitev

Po tipu napotitve jih delimo na *prve* in *ponovne*. Ponovne so vse tiste napotitve, pri katerih je bil bolnik zaradi istega problema že pregledan pri istem specialistu. Pomembna razlika med obema je v tem, da družinski zdravnik vpliva predvsem na prvi pregled pri specialistu, manj na ponovnega, pri katerem ima pomembno vlogo zdravnik specialist, ki bolniku sam priporoči kontrolo (13). Večina napotitev v Sloveniji je ponovnih in marsikatero od njih so nepotrebne, saj bi marsikateri nadzor nad zdravstvenim stanjem lahko prevzel družinski zdravnik ob ustreznih navodilih.

Napotitve delimo tudi na *direktne* in *indirektne*. Direktne napotitve so tiste, pri katerih je zdravnik iz osnovne zdravstvene dejavnosti poslal bolnika k specialistu, indirektne pa so tiste, pri katerih je specialist poslal bolnika k drugemu specialistu (npr. iz sekundarne v terciarno ustanovo).

Glede nujnosti napotitve ločimo na *rutinske* in *nujne*. Večina napotitev je rutinskih (več kot 70 odstotkov), po čemer je Slovenija v evropskem vrhu (14).

Vplivi na napotitve

Na napotitve vplivajo številni dejavniki. S strani bolnika so to predvsem resnost njegove bolezni, njegova želja po specialistični oskrbi, zaupanje zdravniku, spol, starost in izobrazba. Dejavniki s strani zdravnika so njegovo znanje in opremljenost, oddaljenost od specialistične ustanove (15). Znano je tudi, da izkušeni zdravniki, ki so sposobni tolerirati negotovost, pošiljajo k specialistu manj svojih bolnikov (16) in da tisti zdravniki, ki se svojemu delu bolj posvečajo in kritično ocenjujejo lastno delo, pošiljajo svoje bolnike k specialistu redkeje (17). Zdravstveni sistem s svojim načinom plačevanja storitev pomembno vpliva na pogostnost specialističnih pregledov in napotitev.

Odstotek napotitev rutinsko spremlja zdravstvena statistika, ki prikazuje, da je bil le-ta že dolga leta ustaljen in znašal pri-

blizno 8 odstotkov. V zadnjih desetih letih pa je porasel na 21 odstotkov. Ob tem pa so bile v Sloveniji doslej narejene tudi tri raziskave s področja napotitev (13, 14, 19), ki so vse pokazale na velike razlike med zdravniki. Rezultati teh raziskav in podatkov zdravstvene statistike kažejo na nekatere značilnosti napotitev v Sloveniji. Odstotek napotitev je v primerjavi z drugimi evropskimi državami sorazmerno visok. Med napotitvami prevladujejo ponovne napotitve, večina napotitev je rutinskih in nanje bolniki nimajo vpliva. Podatki med zdravniki v osnovni zdravstveni dejavnosti in specialističnimi ustanovami se izmenjujejo hitro (14), vprašanje pa je, kakšna je njihova učinkovitost. Kaže pa, da je ravno kakovost napotitev v Sloveniji majhna, saj je bilo v slovenski študiji ugotovljeno, da je npr. samo polovica napotnic berljivih in da so znaki slabe komunikacije med zdravnikom specialistom in zdravnikom v osnovni zdravstveni dejavnosti ugotovljeni v kar 67% primerov napotitev (20).

Variabilnost in kakovost

Poseben problem je velika variabilnost med zdravniki (21, 22). Avtorji, ki se ukvarjajo z izdelavo meril za kakovost zdravnikovega dela, se strinjajo, da je odstotek bolnikov, ki jih zdravnik družinske medicine pošlje k specialistu, eden izmed kazalcev uspešnosti njegovega dela (23–25), vendar je težava pri ocenjevanju primernosti dejstva, da samo odstotek napatentih bolnikov ni primeren kazalec za vrednotenje kakovosti zdravnikovega dela. Zaradi tega obstajajo le zelo ohlapna priporočila, ki pravijo, da naj bi bila zgornja meja napotitev 10% in spodnja 2%. Zdravnik, ki pošilja k specialistu pogosteje od zgornje ali redkeje od spodnje meje, naj bi to znal utemeljiti (26). Zadnji objavljeni predlog meja za Slovenijo naj bi bil med 5 in 15% (15), vendar je bil tudi ta v zadnjem času presežen, kar kaže na krizo..

Pomembnejši kot odstotek pa je vsebina napotitve. Žal se zdravniki bolj podreajo administrativnim zahtevam po ustrezni napotnici kot strokovnim. Prihodnost, ki bo prinesla tudi druge možnosti komunikacije med zdravnikom v osnovni in specialistični dejavnosti, od katerih se nekatere že uvajajo: od preprostega telefona do elektronske pošte, interneta in video-povezav s specialistično službo (29–31) bo izboljšala stanje na tem področju, vendar se v zadnjem času na tem področju ni zgodilo nič omembe vrednega in nas tako prehitevajo nekatere države, ki so po razvitosti daleč za nami.

Zaključki

V Sloveniji se soočamo z rastočim povečevanjem potreb po specialističnih storitvah, kar kaže na krizo sodelovanja med primarno in sekundarno ravni in strokovno utemeljenih ukrepov na tem področju.

V kakršni koli obliki sodobnega zdravstvenega varstva bolnik vedno potrebuje obe ravni zdravstvenega varstva. Od njihovega sodelovanja je odvisen nadaljnji razvoj zdravstvenega varstva. Tudi ugled in uspešnost enih in drugih rasteta le z dobrim sodelovanjem. Delovne okoliščine obeh so sicer različne, a povsem enakovredne..

Literatura

1. Anon. Specialisation, centralised treatment, and patient care. *Lancet* 1995; 345: 1251–2.
2. German K, Nuwahid F, Matthews P, Stephenson T. Dangers of long waiting times for outpatient appointments at a urology clinic. *BMJ* 1993; 306: 429.
3. Anon. Wide variations in hospital waiting times and lists. *Br Med J* 1985; 290: 577–8.
4. Golding J. Waiting time for urgent appointments. *Br Med J* 1987; 294: 370.
5. Anon. Waiting times for diagnosis and treatment: DHSS initiative. *Br Med J* 1986; 292: 1154.
6. Targets for health for all. Copenhagen: WHO Regional office for Europe; 1985.
7. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. *N Engl J Med* 2001; 344: 2021–5.

8. Voljč B. Razlike med bolnišnično in splošno medicino. In: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev – SZD; 1992. p. 89–95.
9. Westin S, Johnsen R. List-based systems and gatekeeping on the international agenda. *European Journal of General Practice* 1998; 4(2): 53–4.
10. Olesen F, Fleming D. Patient registration and controlled access to secondary care. *European Journal of General Practice* 1998; 4(2): 81–3.
11. Halm EA, Causino N, Blumenthal D. Is gatekeeping better than traditional care? *JAMA* 1997; 278: 1677–81.
12. Taylor TR. Pity the poor gatekeeper: a transatlantic perspective on cost containment in clinical practice. *Br Med J* 1989; 299: 1323–5.
13. Voljč B. Analiza specialističnih pregledov zavarovancev občinske zdravstvene skupnosti Ribnica s predlogi za cenejšo doktrino (magistrska naloga). Zagreb: Medicinska fakulteta, Škola narodnog zdravlja »Andrija Štampar«; 1981.
14. Švab I. Multivariatna analiza vzrokov napotitev iz splošnih ambulant (doktorska disertacija). Ljubljana: Medicinska fakulteta; 1993.
15. Košir T. Napotitve bolnikov k drugim zdravnikom. In: Voljč B, Košir T, Švab I, Urlep F. Splošna medicina. Ljubljana: Sekcija splošne medicine Zveze zdravniških društev – SZD; 1992. p. 188–92.
16. Hemenay D. Testing for physician - induced demand with hypothetical cases. *Med Care* 1985; 23: 344–9.
17. Grol R, Whitfield M, DeMaessener J, Mokkink H. Attitudes to risk taking in medical decision making among British, Dutch and Belgian general practitioners. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 134–6.
18. Roland M, Grimshaw J, Grol R, Shanks D, Johnson A, Russell I, Taylor R. Do general practitioner attitudes and characteristics of their practices explain patterns of specialist referral? *The European Journal of General Practice* 1997; 3(4): 143–7.
19. Ratkajec I. Napotitve pacientov na specialistične preglede in bolnišnično zdravljenje v okviru integriranega zdravstvenega varstva v občinah Sentjur in Šmarje (magistrska naloga). Zagreb: Medicinska fakulteta; 1979.
20. Govc-Eržen J. Sporazumevanje med zdravniki v osnovni in specialistični dejavnosti. *Zdrav Var* 1994; 33: 9–12.
21. Crombie DL, Fleming DM. Practice activity analysis. *JR Coll Gen Pract* 1988; 41: 1–47.
22. Crombie DL, Fleming DM. Comparison of Second national morbidity study and General household survey 1970–71. *Health Trends* 1986; 18: 158.
23. Sheldon MG. Medical audit in general practice. *JR Coll Gen Pract* 1988; 20: 1–21.
24. Difford F. Defining essential data for audit in general practice. *Br Med J* 1990; 300: 92–4.
25. Penney TM. Delayed communication between hospitals and general practitioners: where does the problem lie? *Br Med J* 1988; 297: 28–9.
26. Fleming DM. The European study of referrals from primary to secondary care. London: *JR Coll Gen Pract* 1992; 56.
27. Jacques LB. Family practice in an era of rapid change. In: Sloane PD, Slatt LM, Curtis P, Ebell MH, eds. *Essentials of family medicine*. Baltimore: Williams and Wilkins; 1998. p. 70.
28. Newton J, Hutchinson A, Hayes V, McColl E, Mackee I, Holland C. Do clinicians tell each other enough? An analysis of referral communications in two specialties. *Fam Pract* 1994; 11: 15–20.
29. Grundmeijer H. General practitioner and specialist: why do they communicate so badly? *European Journal of General Practice* 1996; 2: 53–4.
30. Manian FA, Janssen DA. Curbside consultations. *JAMA* 1996; 275: 145–7.
31. Kersnik J, Berčič B, Rems M. Elektronska izmenjava medicinskih podatkov med primarno in sekundarno ravni v okviru elektronskega regijskega omrežja. *Zdrav Vestn* 1999; 68: 503–5.

RAZMERJE MED ZASEBNIM IN DRŽAVNIM JAVNIM ZDRAVSTVOM

Anton Židanik

Zakon o zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS št. 9/92 uradno prečiščeno besedilo Ur. l. RS št. 36/2004) je že leta 1992 omogočil izvajanje zasebne zdravstvene dejavnosti.

Pomemben je drugi odstavek tretjega člena, ki pravi: »Zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije.«

Izjeme določa 38. člen, ki prepoveduje zasebno zdravstveno dejavnost na področjih:

- preskrbe s krvjo, krvnimi pripravki, odvzema in hranjenja človeških organov za presajanje,