

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nataša Stevanović

**Privatizacija zdravstvene dejavnosti:  
Primer psihiatrične ambulante**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2012

UNIVERZA V LJUBLJANI  
FAKULTETA ZA DRUŽBENE VEDE

Nataša Stevanović

Mentor: akad. red. prof. dr. Veljko Rus

**Privatizacija zdravstvene dejavnosti:  
Primer psihiatrične ambulante**

Magistrsko delo

Ljubljana, 2012

Oči, tebi.

*Zahvala*

*Hvala vsem sogovornikom, ki ste sodelovali pri oblikovanju magistrskega dela in mi poklonili dragoceni čas.*

*Posebej hvala mojim najbližjim, mami Jožici, sestri Karmen, nečakinji Nini, nečaku Aljažu in mojima hčerčama Laura Maji in Karolina Juliji, ki so mi vsa leta študija stali ob strani, me vzpodbujali in podpirali na dolgi trnovi poti do uresničitve zastavljenega cilja.*

## **Privatizacija zdravstvene dejavnosti: Primer psihiatrične ambulante**

Magistrska naloga obravnava privatizacijo zdravstvene dejavnosti v psihiatrični ambulanti.

Izzivi v zdravstvu so v sodobni družbi mnogo bolj kompleksni kot izzivi pred nekaj leti. Vse države po svetu se soočajo s problemom naraščajočih zdravstvenih stroškov na eni strani ter omejeni viri financiranja na drugi strani. Razlogov za naraščanje stroškov je več, med najpomembnejše uvrščamo podaljševanje življenjske dobe prebivalstva ter naraščanje stroškov novih tehnologij in zdravil. Ljudje pa imajo glede zdravja tudi vedno večje potrebe in pričakovanja. Države tako poskušajo z različnimi reformami zdravstvenega sistema najti ustrezno razmerje in ravnovesje med ekonomsko racionalnostjo in socialno pravičnostjo.

Ustrezen odgovor na nastale probleme naj bi bilo sproščanje zasebne ponudbe, svobodnega podjetništva ter tržnih zakonitosti. Predpogoj za vzpostavitev teh mehanizmov je določena mera privatizacije zdravstvene dejavnosti. Številne evropske države se tako že nekaj let srečujejo s procesom privatizacije. Tudi v Sloveniji se tem trendom nismo mogli izogniti. V zadnjih letih se je v zdravstvenem varstvu okrepil zasebni sektor, kar je vplivalo tudi na delovanje javnega zdravstva.

Zato je v magistrskem delu velik poudarek na vprašanjih: »Čemu sploh privatizacija družbenih dejavnosti? Mar niso prednosti javnega urejanja teh dejavnosti večje od njenih slabosti? Ali so slabosti javnega sektorja že zadosten razlog za njegovo privatizacijo? Ali je privatizacija v zdravstveni dejavnosti ustrezen odgovor na krizo države blaginje? Ali privatizacija v zdravstveni dejavnosti pripomore k racionalnejši, hkrati pa tudi k kakovostnejši ponudbi zdravstvenih storitev? Kakšne naj bi bile optimalne oblike sodelovanja med zasebnim in javnim sektorjem na področju zdravstvene dejavnosti in še posebej na področju psihiatričnih ambulant, oziroma katera pot zagotavlja takšno sodelovanje, da bi upoštevali in dosegli cilje in interese vseh vpletenih akterjev? Ali so odnosi med zasebnimi izvajalci in javnimi plačniki kot pomemben dejavnik pri obvladovanju stroškov javnih zdravstvenih programov dobro nadzorovani ali ne?

V magistrskem delu so obravnavane različne izkušnje pacientov oziroma uporabnikov zdravstvenih storitev v treh različnih psihiatričnih ambulantah in sicer v ambulanti v javnem sektorju, v ambulanti, ki dela na koncesijo in v samoplačniški ambulanti. Za oceno izkušenj pacientov sem uporabila standardiziran anketni vprašalnik, ki meri zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev.

**KLJUČNE BESEDE:** zdravstveno varstvo, zdravstveni sistem, reforme zdravstvenega sistema, privatizacija zdravstva, koncesija.

## **Privatization of health care: An example of a psychiatric clinic**

Master's thesis deals with the privatization of health care in a psychiatric clinic.

Health challenges in modern society is much more complex challenges than a few years ago. All countries around the world face the problem of rising medical costs on the one hand and limited sources of funding on the other side. Reasons for the rising costs over a top ranked in longevity of the population and the rising costs of new technologies and medicines. People have on health and the increasing needs and expectations. Country to try the various reforms the health care system to find an appropriate relationship and balance between economic rationality and social justice.

Appropriate response to the problems raised would be the release of private offers, free enterprise and market laws. Prerequisite for the establishment of these mechanisms is a degree of privatization of health services. Many European countries are already experiencing a few years the process of privatization. Also in Slovenia, this trend could not be avoided. In recent years, the healthcare strengthen the private sector, which also affected the health service.

Therefore, the master of the great emphasis on the questions: "Why does the privatization of social activities? Are not the benefits of public regulation of these activities are greater than its disadvantages? Are the weaknesses of the public sector is already sufficient reason for its privatization? Is privatization in health care an appropriate response to the crisis of the welfare state? Or privatization in the health sector contributes to more rational, as well as to offer better quality health services? What should be the optimal form of cooperation between private and public sectors in health care and especially in the field of psychiatric clinics, and which provides a way for such cooperation in order to reflect and achieve the goals and interests of all stakeholders? Are the relationships between private operators and public payers as an important factor in controlling the cost of public health programs are well controlled or not?

In this thesis deals with different experiences of patients and users of health services in three psychiatric outpatient clinic and in the public sector, in the clinic, who works at the concession and in private dispensaries. To assess patients' experience, I used a standardized questionnaire, which measures customer satisfaction of health services.

**KEY WORDS:** health, health system, health reform, health care privatization, concession.

## KAZALO VSEBINE

<b>1 UVOD</b> .....	<b>8</b>
1.1 <i>Temeljna opredelitev problema magistrskega dela</i> .....	9
1.2 <i>Namen in cilji</i> .....	10
1.3 <i>Delovna hipoteza</i> .....	11
1.4 <i>Metodološki okvir proučevanja</i> .....	13
<b>2 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA</b> .....	<b>15</b>
2.1 <i>Opredelitev zdravstvenega varstva</i> .....	15
2.2 <i>Razvoj zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji</i> .....	17
2.3 <i>Slabosti sedanjega zdravstvenega zavarovanja</i> .....	18
2.4 <i>Pojem zdravstvene dejavnosti</i> .....	19
2.5 <i>Mreža javne zdravstvene službe</i> .....	20
2.6 <i>Posebnosti zdravstvene zakonodaje sprejete leta 1992</i> .....	21
<b>3 REFORME ZDRAVSTVENEGA SISTEMA</b> .....	<b>26</b>
3.1 <i>Reforma zdravstvenega sistema v Sloveniji</i> .....	27
<b>4 PRIVATIZACIJA DRUŽBENIH DEJAVNOSTI</b> .....	<b>31</b>
4.1 <i>Pojem privatizacije</i> .....	31
4.2 <i>Politika privatizacije</i> .....	32
4.3 <i>Prednosti in slabosti zasebnega in javnega zdravstvenega sistema</i> .....	33
4.4 <i>Oblike privatizacije zdravstvene dejavnosti</i> .....	36
4.5 <i>Učinki in posledice privatizacije</i> .....	37
4.6 <i>Ravnesje med javnim in zasebnim sektorjem</i> .....	38
4.7 <i>Oblike ravnovesja med javnim in zasebnim sektorjem</i> .....	40
4.7.1 <i>Prikrite oblike privatizacije</i> .....	41
4.7.2 <i>Hibridne oblike privatizacije</i> .....	43
4.7.2.1 <i>Koncesija</i> .....	43
4.7.3 <i>Popolne oblike privatizacije</i> .....	44
4.7.3.1 <i>Lizing</i> .....	44
4.7.3.2 <i>ESOP</i> .....	45
4.8 <i>Zasebnštvo v različnih zdravstvenih sistemih</i> .....	46
<b>5 POLITIKA PRIVATIZACIJE DRUŽBENIH DEJAVNOSTI</b> .....	<b>47</b>
5.1 <i>Oblikovanje politike privatizacije</i> .....	49
5.2 <i>Instrumenti privatizacije</i> .....	51
<b>6 PRIVATIZACIJA V ZDRAVSTVU</b> .....	<b>53</b>
6.1 <i>Problemi povezani z uvajanjem zasebne dejavnosti v slovensko zdravstvo</i> .....	54

6.1.1	Možnosti za« čiste« zasebnike .....	54
6.1.2	Zasebnik v mreži javne zdravstvene službe .....	55
6.1.3	Konkurenčna klavzula.....	56
6.2	<i>Podeljevanje koncesij</i> .....	56
<b>7</b>	<b>PODJETIZACIJA JAVNIH BOLNIŠNIC .....</b>	<b>58</b>
<b>8</b>	<b>EMPIRIČNI DEL .....</b>	<b>63</b>
8.1	<i>Namen raziskave</i> .....	63
8.2	<i>Osnovna teza in metoda za njeno preverjanje</i> .....	63
8.3	<i>Rezultati ankete – sumarnik</i> .....	70
8.3.1	Kakšen je bil sprejem v ambulanto .....	75
8.3.2	Kako so vas obravnavali zdravniki .....	75
8.3.3	Kako so vas obravnavale medicinske sestre .....	76
8.3.4	Kako ste bili zadovoljni s potekom zdravljenja .....	78
8.3.5	Ambulantno okolje .....	79
8.3.6	Odhod iz ambulante .....	79
8.4	<i>Rezultati ankete – primerjava med ambulantami</i> .....	80
8.4.1	Kakšen je bil sprejem v ambulanto .....	80
8.4.2	Kako so vas obravnavali zdravniki .....	83
8.4.3	Kako so vas obravnavale medicinske sestre .....	91
8.4.4	Kako ste bili zadovoljni s potekom zdravljenja .....	101
8.4.5	Ambulantno okolje .....	105
8.4.6	Odhod iz ambulante .....	108
8.4.7	Demografski podatki o anketiranih – primerjava po različnih vrstah ambulant ...	111
8.4.8	Preverjanje hipoteze .....	112
<b>9</b>	<b>RAZPRAVA .....</b>	<b>115</b>
<b>10</b>	<b>SKLEP.....</b>	<b>124</b>
<b>11</b>	<b>LITERATURA .....</b>	<b>126</b>
<b>PRILOGA A:</b>	<b>VPRAŠALNIK.....</b>	<b>132</b>

# 1 UVOD

Magistrska naloga se ukvarja s privatizacijo zdravstvene dejavnosti v psihiatrični ambulanti.

Zdravstvo je eno najkompleksnejših in najobčutljivejših področij vsake države. Predstavlja področje, ki je vselej deležno velikega zanimanja, tako s strani posameznika kot družbe. Vse naše dejavnosti so namreč odvisne od našega dobrega zdravja. Zagotavljanje ustrezne zdravstvene in socialne varnosti je tako v interesu države kot tudi posameznika (Albreht in drugi 2002, 82).

Izhodišče sociološke pozicije v odnosu do (ne) zdravja je, da je vanj vpisana družbena dimenzija (Malnar 2002, 4). Zdravja oziroma bolezni ne moremo razložiti zgolj z biološkimi dejavniki, ampak je potrebno upoštevati vsaj še družbene in ekonomske dejavnike, ki vplivajo na posameznika. Vzorci zdravja in bolezni se v različnih družbah močno razlikujejo, kot se razlikuje način zdravljenja bolnih in odnos do njih. O določeni družbi se lahko veliko naučimo s preučevanjem vzorcev zdravja in bolezni ter oblik zdravstvenega varstva, ki so značilni zanjo (Doyal 1984, 34).

Izzivi v zdravstvu pa so v sodobni družbi mnogo bolj kompleksni kot izzivi pred nekaj leti. Vse države po svetu se soočajo s problemom naraščajočih zdravstvenih stroškov na eni strani ter omejenimi viri financiranja na drugi strani. Razlogov za naraščanje stroškov je več, med najpomembnejše uvrščamo podaljševanje življenjske dobe prebivalstva ter naraščanje stroškov novih tehnologij in zdravil (Rus v Možina in drugi 1994). Vzporedno s tem se povečuje število kroničnih bolezni in invalidnosti. Stroške v zdravstvu povečujejo tudi nove tehnologije, ki sicer izboljšujejo kakovost zdravstvenih storitev, a jih tudi dražijo. Zaradi vedno večje dostopnosti do novih zdravljenj in tehnologij so hkrati pričakovanja ljudi glede zdravstvenih storitev vedno večja (Rus 1990).

Države tako poskušajo z različnimi reformami zdravstvenega sistema najti ustrezno razmerje in ravnovesje med ekonomsko racionalnostjo in socialno pravičnostjo. Na eni strani imamo torej večje povpraševanje, enako velik problem, pa je vse večja ponudba, ki jo narekuje medicinska in farmacevtska industrija. Moč nekaterih tovrstnih industrij ter zdravniških združenj je včasih precej večja od moči države ali uporabnika, in ta industrija odločilno vpliva na porabo finančnih sredstev (Rus 1990).



Zdravstveni sistem v vsaki državi je izjemno kompleksen. V njem je poleg povečevanja in povpraševanja in ponudbe zaradi več dejavnikov vpliven tudi politični sistem, ki financira in nadzoruje proračunsko porabo. Odločitve v tem sektorju pomembno vplivajo na zdravstvo, vendar pa so veliki premiki oziroma zmanjšanje porabe za zdravstvo malo verjetni, saj je zdravje v vsaki državi politično izjemno občutljivo vprašanje. Korenite spremembe namreč vladajočim strankam prinašajo ali odvzemajo volilne glasove (Rus 1990).

Ustrezen odgovor na nastale probleme naj bi bilo sproščanje zasebne ponudbe, svobodnega podjetništva ter tržnih zakonitosti. Predpogoj za vzpostavitev teh mehanizmov je določena mera privatizacije zdravstvene dejavnosti. Številne evropske države se tako že nekaj let srečujejo s procesom privatizacije. Tudi v Sloveniji se tem trendom nismo mogli izogniti. V zadnjih letih se je v zdravstvenem varstvu okrepil zasebni sektor, kar je vplivalo tudi na delovanje javnega zdravstva (Albreht in drugi 2002, 82).

Zdravstveni sistem v Sloveniji se praktično od leta 1991 ni nič spremenil, zato se je na tem področju nabralo toliko nepreglednosti in neučinkovitosti, da so spremembe nujne. Z privatizacijo zdravstva v obliki koncesij in čistega zasebnitva, sledimo organiziranosti zdravstva v razvitem svetu. Koncesionarstvo je v zdravstvu upravičeno le, če gre za javni interes in da se s tem glede na storitve, ki jih nudi javni zavod izboljša dostopnost, kakovost in stroškovna učinkovitost zdravstvenih storitev (Židanik in Košir 1999).

### ***1.1 Temeljna opredelitev problema magistrskega dela***

Težnja po privatizaciji tako zdravstva kot drugih družbenih dejavnosti izvira kot že omenjeno predvsem iz krize države blaginje. Vzrokov krize je več, različni strokovnjaki pa opozarjajo na različne aspekte krize: ekonomisti na neučinkovitost, sociologi na homogenizacijo srednjih slojev in marginalizacijo nižjih, politologi na invazijo države nad civilno družbo, psihologi nad povečevanjem odvisnosti državljanov od države blaginje in vse večjo nebogljenost. Med vzroki krize države blaginje je za to razpravo zanimiva predvsem Gretschmannova delitev na endogene in eksogene dejavnike krize (Rus 1993a). Eksogeni dejavniki krize – torej tisti, ki jih povzročajo zunanje okoliščine, so posledica predvsem zmanjševanja sredstev za financiranje družbenih dejavnosti in so rezultat zmanjševanja gospodarske rasti. Endogeni dejavniki pa izhajajo predvsem iz teženj nenehne rasti, ki so zasidrani v naravi javnih služb samih. Posledica teh vzrokov je predimenzioniranje in razraščanje države blaginje v civilni

družbi. Endogeni dejavniki izvirajo iz statusa in funkcije države blaginje, privatizacija pa je usmerjena predvsem v odpravljanje teh, saj je izhod iz krize mogoč le, kadar zmanjšamo vpliv endogenih dejavnikov (Rus 1993a).

Čeprav so pogosti očitki, da je za družbene dejavnosti namenjenega premalo denarja, pa je po drugi strani res, da nikoli v človekovi zgodovini ni bilo na voljo toliko javnih sredstev za družbene dejavnosti, kot jih je sedaj. Kljub temu je kriza države blaginje vse večja predvsem zaradi slabega upravljanja sredstev. Navadno kritiki opozarjajo na neučinkovitost (merimo jo z razmerjem med porabljenimi stroški in dobljenimi rezultati) in neuspešnost socialne politike (merimo jo s stopnjo doseganja vnaprej opredeljenih ciljev) (Rus 1993a).

Glede na nezadržno povečevanje sredstev za socialno politiko so v ospredju kritike neučinkovitosti; vzrok neučinkovitosti je nedvomno rigidnost javnih služb. Drucker pravi, da imajo javne službe še sedaj značilnosti, ki so se izoblikovale pred sedmimi desetletji, se pravi v času, ko so bile socialne inovacije na vrhuncu in ko se je oblikovala večina sedanjih javnih služb. Poglavitno vlogo sedanjih generacij vidi prav v tem, da v obstoječe institucije vključijo podjetniško upravljanje (Drucker 1992). Namen privatizacije družbenih dejavnosti je ravno revitalizacija ali »podjetizacija« družbenih dejavnosti (Rus 1997).

## ***1.2 Namen in cilji***

**Namen** - ugotoviti, v kateri ambulanti so pacienti bolj zadovoljni z zdravstvenimi uslugami, saj so le ti najbolj relevantni evalvatorji - edini izkusijo zdravstveno storitev in njihova izkušnja zdravstvene storitve je celovita (od naročanja do dosežka zdravstvene storitve – izboljšanja zdravstvenega stanja) in sicer na področju psihiatrije. To so specialistične ambulante, ena od ambulant je v javnem sektorju, nato je ambulanta, ki dela koncesijo, in samoplačniška ambulanta.

### **Cilji**

- Predstaviti zdravstveni sistem v Sloveniji in privatizacijo zdravstvenega sistema v Sloveniji
- Ugotoviti odnos med javno in zasebno dejavnostjo. Posebna pozornost je namenjena problematiki uvajanja zasebne zdravstvene dejavnosti v zdravstvu

- Predstaviti prednosti in slabosti javnega in zasebnega zdravstva ter priložnosti in nevarnosti vključevanja zasebne dejavnosti v javno zdravstveno dejavnost
- Ugotoviti, v kateri od omenjenih ambulant so pacienti bolj zadovoljni z zdravstvenimi uslugami

### ***1.3 Delovna hipoteza***

#### **Predpostavljam:**

**H1: Pacienti v koncesijski ambulanti so bolj zadovoljni z zdravstvenimi storitvami, kot v ambulanti v javnem sektorju in v samoplačniški ambulanti**

Zadovoljstvo pacientov je pomemben kazalnik kakovosti in prikazuje predvsem kakovost sporazumevanja, medsebojnih odnosov in organizacije dela. Seveda ima pacient o tem, kakšno zdravstveno oskrbo in na kakšen način jo bo dobil, svoje predstave. Pozitivni odgovori o zadovoljstvu pacientov še ne pomenijo kakovosti, ampak so samo eden od kazalcev stopnje kakovosti. Merjenje pacientovega zadovoljstva omogoča pacientom izraziti svoje mnenje in tako sodelovati pri odločanju o zdravstveni oskrbi in zdravstveni negi (Robida 2006).

Med zdravstveno oskrbo se pacienti srečajo s pogoji dela (prostor, oprema) in postopki oskrbe (prijaznost, pozornost, naklonjenost, komunikacija, strokovna usposobljenost) (Kersnik 1999).

Najpogosteje so pacienti nezadovoljni, če jih ne poslušamo, jim namenimo premalo časa, jih ne pustimo do besede, ne dobijo zelenega izida zdravstvene oskrbe in jim ne posredujemo dovolj informacij in napotkov (Kersnik 1999).

Pri merjenju zadovoljstva pacientov naletimo na določene ovire, saj pacienti nimajo dovolj strokovnega in tehničnega znanja za ocenjevanje kakovosti, so v takšnem zdravstvenem stanju, da ne morejo objektivno izražati mnenj in ocen, izpostavljeni so hitrim pregledom, preiskave pogosto zameglijo predstavo o tem, kaj se z njimi dogaja, pacienti in zdravstveni delavci imajo pogosto različne cilje, ter zaznavanje kakovosti je odvisno od kulturnih vrednot v različnih deželah (Bohinc 2005).

Študije o zadovoljstvu pacientov so zdravstvenemu kadru v pomoč pri odkrivanju organizacijskih problemov in pomanjkljivosti pri zdravstveni oskrbi pacienta, ugotavljanju izobraževalnih potreb osebja ter nagrajevanju in krepitevi delovne motivacije osebja (Bohinc 2005).

Družbene spremembe so vplivale na drugačno razumevanje uporabnikov zdravstvenih storitev. Giese in Cote (2000, 14) zadovoljstvo opisujeta kot kognitivni in/ali afektivni odziv na storitev/izdelek. Nekateri avtorji, kot npr. Kersnik (2001a, 8) ugotavlja, da igra pomembno vlogo pri zadovoljstvu sistem zdravstvenega varstva, kajti le ta določa dostopnost, organizacijo, dosegljivost in privoščljivost zdravstvene oskrbe, in dodaja, da poleg same kakovosti oskrbe na zadovoljstvo vplivajo tudi lastnosti pacienta in njegova pričakovanja. Snój (1998, 158) ugotavlja, da je zadovoljstvo uporabnikov emocionalna reakcija uporabnikov na izkušnje v zvezi z določenimi storitvami.

Osrednji cilj delovanja zdravstvenih ustanov je zadovoljevanje potreb svojih primarnih uporabnikov – pacientov. Za ugotavljanje poslanstva zdravstvene ustanove je zato treba spremljati poglede potencialnih in sedanjih uporabnikov. Zadovoljstvo uporabljamo kot enega izmed kazalcev kakovosti dela. Zadovoljstvo pacientov je tudi pomemben cilj zdravstvene politike, saj se je marsikateri pacient prisiljen obrniti na najbližjega izvajalca, v nujnem primeru pogosto niti ne more odločati o tem, kdo naj mu nudi zdravstveno oskrbo. Mnenje pacientov je zato treba upoštevati s še večjo pozornostjo (Kersnik 1999).

Čeprav pacienti nimajo visokega strokovnega znanja in jim je tudi po izkustvu določene oskrbe težko podati ustrezno oceno, mnenje pacientov predstavlja dragoceno sredstvo za načrtovanje sprememb in izboljšav. Pacienti se v načrtovanje in izvajanje oskrbe lahko vključujejo na tri načine:

- vnaprej,
- med oskrbo,
- po oskrbi.

Vključevanje »vnaprej« dosežemo z ugotavljanjem potreb in želja celotne ali ciljne skupine prebivalcev že pred načrtovanjem in samo izvedbo oskrbe. V odločanje o oskrbi se pacient med samo oskrbo vključuje s poučenim pristankom in sodelovanjem pri zdravljenju. Po

oskrbi mora pacient imeti možnost spregovoriti o svojih izkušnjah z izvedbo oskrbe in jo primerjati s svojimi pričakovanji, kar mu omogoča pritožni sistem. Merjenje zadovoljstva je pri tem lahko del pritožnega sistema ali pa ga izpeljemo ločeno. Pacienti so praviloma z oskrbo zelo zadovoljni. Kadar pacient ni zadovoljen, ima navadno resne pripombe in celo pritožbe. V takem primeru je zadovoljstvo pomemben jeziček na tehtnici odločitve, ali bo pacient doživel škodljivosti ali nedoseženi pričakovani koristi pripisal krivdo odgovornosti (posameznega) izvajalca ali pa ga bo sprejel kot posledico običajnega različka oziroma odstopanja.

Pacienti imajo glede postopka in izida svoje zdravstvene oskrbe svoje poglede. Svoja pričakovanja oblikujejo na podlagi:

- lastnih prejšnjih izkušenj,
- mnenja znancev, ki so izkusili določeno oskrbo,
- oskrbe, obljubljene s strani izvajalcev,
- splošno veljavnih norm (Kersnik 1999).

#### ***1.4 Metodološki okvir proučevanja***

V teoretičnem delu sem uporabila tujo in domačo literaturo, primarne in sekundarne vire, ki se nanašajo na proces privatizacije in zdravstvene dejavnosti. Pri tem sem uporabila deskriptivni pristop za opisovanje dejstev, procesov in pojavov. Poleg omenjenih virov bom uporabila še internet, v pomoč pa mi bodo tudi pridobljene izkušnje.

V drugem, empiričnem delu sem hipotezo testirala na naslednji način:

- Uporabila sem standardizirani vprašalnik (Ministrstvo za zdravje 2007) in izvedla »Anketo o izkušnjah in zadovoljstvu pacientov« v treh različnih vrstah psihiatričnih ambulant. To so bile:
  1. ambulanta v javnem sektorju,
  2. ambulanta na koncesijo in
  3. samoplačniška ambulanta
- vprašanja so zaprtega tipa, z dvema ali več možnimi izbirami za odgovor,
- enota analize vprašalnika je pacient – uporabnik zdravstvenih storitev,

- vzorec je enak in sicer po deset priložnostno izbranih pacientov v vsaki od omenjenih ambulant.

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko (KME), je na seji 10. januarja 2012 ocenila, da je raziskava etično sprejemljiva, in mi s tem izdala svoje soglasje.

## **2 SISTEM ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**

### ***2.1 Opredelitev zdravstvenega varstva***

Po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je zdravstveno varstvo sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov in storitev za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Poleg tega zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerim se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti (ZZVZZ 2005).

Osnovni cilj vseh sistemov zdravstvenega varstva je zagotoviti univerzalen dostop do zdravstvenih pravic ob hkratnem ohranjanju stroškov na določeni ravni. Dostop do zdravstvenega varstva mora biti pravičen, zagotovljena mora biti enaka kakovost zdravstvenih storitev za ljudi, ki imajo enake zdravstvene potrebe (Keber in drugi 2003).

Zdravstveno varstvo lahko opredelimo na več načinov, ki so odvisni od tega, s katerega vidika to dejavnost opazujemo. Bolj ekonomska opredelitev je na primer sledeča: »Sistem zdravstvenega varstva je družbeni mehanizem, ki spreminja splošne vire – inpute (človeške, materialne, finančne) v specializirane učinke – outpute (zdravstvene storitve) in prave učinke zdravstvenih aktivnosti – outcome (zdravstvene rezultate), ki so usmerjeni v zdravstvene probleme dane družbe« (Česen 1998, 10).

Sistem je zelo dinamičen, saj v njem potekajo procesi preoblikovanja človeških, materialnih in finančnih prvin v zdravstvene storitve in nato v zdravstvene rezultate. Ti procesi pa ne potekajo avtomatično, ampak jih je potrebno upravljati. To vlogo je že zgodaj pridobila država, ki je skozi čas to funkcijo čedalje bolj krepila. Tako si danes države razvitega sveta prizadevajo čim bolj učinkovito nadzirati delovanje in razvoj tega sistema. Za to obstaja namreč smiselna razlaga, saj učinek zagotavljanja zdravstvenega varstva ni le subjektivno povečanje blaginje, temveč prispeva tudi k ekonomskemu razvoju družbe (Česen 1998, 14).

Današnja družba in sistem, v katerem imajo prevladujoči vpliv kupci, zahtevata jasno ovrednotenje učinkovitosti, uspešnosti in pravičnosti.

Učinkovitost je odnos med količino ali vrednostjo vložka v proces in učinki. Učinkovito delamo takrat, ko delamo stvari prav, na pravi način. Učinkovito zagotavljanje zdravstvenih storitev pomeni, da se morajo vložki (zdravstveni delavci, zdravila, oprema itd.) uporabljati tako, da imajo maksimalen učinek na zdravje. V zdravstvu je za učinkovitost pomembno, da mora biti maksimum možnega učinka na voljo vsem zavarovanim osebam.

Uspešnost je odnos med učinki proizvodnih procesov (v zdravstvu so to zdravstvene storitve) in cilji, tako posameznikov kot organizacije. Uspešno delamo tedaj, ko delamo prave stvari na pravi način. Uspešen je tisti, ki je sposoben dosegati pričakovane rezultate. V zdravstvu je najboljši rezultat ozdravitev oziroma boljše zdravje. Gre za izbiro take zdravstvene storitve, ki da bolniku zanesljivo najboljši zdravstveni rezultat.

Pravičnost kot princip enakosti oziroma enakih možnosti, je etična ocena o poštenosti. Gre za poštenost pri delitvi dohodka, vrednosti, stroškov in koristi, pri dostopnosti do zdravstvenega varstva in storitev nasploh, pri izpostavljenosti in tveganju za zdravje. Pravičen in pošten je tisti, ki ravna v skladu z določenimi normami oziroma priznanimi načeli in pravili obnašanja.

Sistem zdravstvenega varstva tako razdelimo z vidika zadovoljevanja človeških zdravstvenih potreb in potreb, ki sledijo zaradi izgube in poslabšanja zdravja, na:

- podsystem, ki služi za zadovoljevanje potrebe po zdravstvenih storitvah in na
- podsystem, ki služi za zadovoljevanje potrebe do socialne varnosti; to je na primer pravica do denarnih nadomestil in povračil v primeru, da je človeku zaradi sprememb v zdravstvenem stanju zmanjšana sposobnost za pridobivanje prihodkov za preživljanja in tudi kot denarna pomoč svojcem v primeru smrti (Česen 1998, 16).

Hkrati pa lahko sistem zdravstvene dejavnosti z vidika udeležencev v samem zdravstvenem procesu delimo na dva sestavna dela oziroma podsystema (Brus 1994, 25):

- medicinski podsystem, v katerem se opravljajo storitve, neposredno povezane z zdravjem in krepitvijo zdravja ljudi,
- nemedicinski podsystem, ta obsega vsa področja, ki so nujno potrebna za funkcioniranje sistema zdravstvene dejavnosti kot celote in tudi njenih posameznih delov.

Zaradi vpliva zdravja na delovno sposobnost ljudi in s tem na večjo ekonomsko uspešnost, postavljajo nekateri ekonomisti zdravstveno varstvo visoko na lestvici zadovoljevanja potreb.



Ekonomske koristi od vlaganj v zdravstvo ocenjujejo z vidika, da je cena zdravja v sodobni družbi zelo visoka, toda cena za izgubljeno ali poslabšano zdravje še višja.

Medicina lahko prispeva k boljši ekonomski učinkovitosti družbe s ponudbo boljše, bolj zdrave delovne sile, zato je država pripravljena plačati ustrezno ceno za določene zdravstvene programe, ki so na različnih stopnjah ekonomske razvitosti različni (Brus 1994, 25).

Poglavitni cilj takšnih programov, ki jih financira država, so naslednji (Česen 1998, 20):

1. Prvi cilj je popolno izkoreninjenje nalezljivih bolezni, ki so nekoč v velikih epidemijah zahtevale ogromno žrtev, ta žrtev pa je bila namreč potencialna delovna sila.
2. Drugi cilj dosega z neprestanim nadzorovanjem nad določenimi boleznimi zaradi bojazni, da se ne bi ponovno pojavile. Opustitev tega nadzorstva bi lahko povzročila vedno večje stroške ob morebitni ponovni pojavi določene bolezni.
3. Tretji cilj je zgodnje odkrivanje bolezni z raznimi preventivnimi programi, kajti bolezen se veliko lažje in ceneje ozdravi, če jo odkrijemo pravočasno.

## ***2.2 Razvoj zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji***

Po osamosvojitvi Slovenije leta 1991 je tako ob drugih splošnih spremembah v slovenski družbi prišlo tudi do reforme zdravstvenega sistema. V okviru reforme je bila marca 1992 sprejeta nova zakonodaja na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki je prinesla naslednje novosti (Fortuna 2007,7).

- Prekinitev izvajanja sistema nacionalnega zdravstvenega varstva in uvedbo sistema zdravstvenega zavarovanja;
- Uvedbo obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja;
- Uvedbo doplačil;
- Postavitev ZZZS – ja kot javnega zavoda, ki izvaja obvezno in prostovoljno zavarovanje;
- Uvedbo zasebne zdravniške prakse, ki lahko storitve opravlja tudi kot del javne zdravstvene dejavnosti – to pomeni nastanek konkurence med javnim in zasebnim zdravstvom, kar lahko prispeva k izboljšanju kakovosti zdravstvenih storitev;
- Partnerski pristop k oblikovanju in vsebini programov ter elementov cen zdravstvenih

storitev – partnerji (izvajalci zdravstvenih storitev, država ter zavarovane osebe) tako skupaj odločajo o programu zdravstvenih storitev ter izhodiščih za njihovo uresničevanje.

Današnji model zdravstvenega varstva v Sloveniji lahko uvrstimo v Bismarckov model zdravstvenega varstva. Delež javnih izdatkov za zdravstvo se je v BDP od leta 1992 po uvedbi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja zmanjševal, medtem ko so zasebni izdatki v obdobju 1992 -2002 pospešeno rasli. Breme dodatnega financiranja zdravstva se je prevalilo predvsem na zasebna sredstva prebivalcev v obliki premij prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja in neposrednih plačil.

### ***2.3 Slabosti sedanjega zdravstvenega zavarovanja***

Prostovoljna zavarovanja so veliko pripomogla k razbremenjevanju javne porabe in večjemu financiranju zdravstvenega sistema z zasebnimi sredstvi, hkrati pa so povzročila zmanjšanje solidarnosti in pravičnosti. Delni umik države s področja financiranja zdravstvenega varstva je namreč z uvedbo doplačil za večino zdravstvenih pravic zmanjšal dotedanjo skoraj popolno solidarnost pri zbiranju sredstev in breme financiranja v povečani meri prenesel na ekonomsko šibkejšo sloje prebivalstva (Keber 2003, 57).

***Slabosti sedanjega zdravstvenega zavarovanja se nanašajo predvsem na naslednja področja:***

- **Doplačila za zdravstvene storitve** - Uvedba doplačil za zdravstvene pravice je zmanjšala solidarnost in breme financiranja delno prenesla z zdravih na bolne in od ekonomsko močnejših na ekonomsko šibkejšo sloje. Zakon ne predvideva niti minimalnega svežnja pravic, ki bi jih v celoti pokrivalo obvezno zdravstveno zavarovanje in ki bi vsaj najmanj zahtevnim državljanom zadoščal za njihov zdravstvene potrebe brez poseganja v njihove zasebne vire (Keber in drugi 2003, 57). Državljanom ni tako nobena pravica več v celoti zagotovljena iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- **Prostovoljno dodatno zdravstveno zavarovanje** – Prostovoljno zavarovanje je izboljšalo vzajemnost in pripomoglo k solidarnosti med zdravimi in bolnimi (odpravilo je tveganje pred velikim plačilom iz žepa v primeru bolezni), ki so jo okrnili doplačila, ne pa tudi solidarnosti med bogatimi in revnimi. Zavarovanje tako ni pravično. Prispevki za obvezno zavarovanje so sorazmerni z višino dogodka, prispevki za prostovoljno

zavarovanje pa so vsi enaki. S tem so privilegirani ljudje z višjimi dohodki, revnejši državljani pa prispevajo za zdravstveno varstvo relativno znatno več kot bogatejši (Hindl 2003, 5–6).

Zavarovanje za doplačila pa tudi ni pravo prostovoljno zavarovanje, saj ljudje brez njega praktično ne morejo uveljaviti pravic iz obveznega zavarovanja. Sama distribucija zdravstvenih pravic med obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem namreč ni razumno urejena. Kar 95 odstotkov ljudi je namreč vključenih tudi v prostovoljno zavarovanje. To kaže, da gre v bistvu za prikrito obvezno zavarovanje, ki ga je izsilila zakonska uredba: zanj se ljudje odločajo predvsem zaradi bojazni, da v primeru bolezni ne bodo mogli uveljaviti nobene od stroškovno zahtevnejših pravic (Keber in drugi 2003, 70).

- **Sveženj pravic, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje** seznam zdravstvenih pravic ni natančno opredeljen niti po vrstah niti po številu posameznih storitev. Večinoma je določen le z globalnimi potrebami prebivalstva, kot so število pregledov in število hospitalizacij, le izjemoma pa s številom posameznih storitev. Če se primerjamo z drugimi državami v Evropi, imamo glede na BDP na prebivalca zelo visoko raven pravic, vendar so najzahtevnejše in s tem tudi najdražje premalo dostopne. V naši košarici pravic so tudi takšne, ki vanjo ne sodijo, kot na primer pogrebne (v košarici zdravstvenih pravic jih nima nobena druga država) in prevozní stroški (Zupančič 2005a, 7 - 8).

## ***2.4 Pojem zdravstvene dejavnosti***

V zdravstveni dejavnosti so združene tiste zdravstveno usmerjene aktivnosti, za katere država na določeni stopnji ekonomske in socialne razvitosti presodi, da morajo biti ljudem na voljo za zadovoljevanje zdravstvenih potreb. Z opravljanjem zdravstvene dejavnosti želi doseči dva cilja (Česen 1998, 14):

- vzdrževati delovno sposobnost prebivalstva, predvsem aktivnega, na ravni, ki omogoča nemoten potek proizvodnih procesov in
- prispevati k blaginji in kakovosti življenja posameznika.

Zdravstvena dejavnost obsega ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije opravljajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, pri preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju pacientov in poškodovancev. Opredelitev najavlja vsebino zdravstvene dejavnosti, delavce, ki jo opravljajo in način izvajanja (kaj, kdo in kako).

Zdravstveno dejavnost sestavlja zelo veliko preventivnih in kurativnih ukrepov in aktivnosti, ki jim v vsakdanjem življenju pravimo zdravstvene storitve. Ime » zdravstvena storitev« se je uveljavilo kot enota za oblikovanje programov zdravstvene dejavnosti, čeprav ne gre vedno za storitve, marveč tudi za drugačne ukrepe in aktivnosti (na primer na področju higiene in epidemiologije ter kolektivne preventive) (Česen 2007, 5).

## ***2.5 Mreža javne zdravstvene službe***

Kot je zapisano v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva Republike Slovenije pokriva mreža javne zdravstvene službe potrebe po zdravstvenem varstvu državljanov Republike Slovenije in vseh drugih, ki iščejo zdravstveno pomoč. Mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni na podlagi meril in navodil Ministrstva za zdravje za svoje območje določi občina ali mestna občina, mrežo na sekundarni ravni in terciarni ravni pa določi Vlada.

V mrežo javne zdravstvene službe so enakopravno vključeni javni zdravstveni zavodi in zasebniki ter tudi gospodarske družbe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost s pridobitvijo koncesije. Koncesija pomeni dovoljenje za vstop v mrežo javne zdravstvene službe.

S sklepanjem pogodb med Zavodom za zdravstveno zavarovanje in izvajalci se prebivalstvu zagotavlja enakomerno in časovno dostopnost do zdravstvenih storitev v okviru dogovorjenih standardov in normativov (Petrović 2003, 5). Zavarovane osebe lahko uveljavljajo pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v zavodih oziroma pri zdravnikih, ki delujejo v okviru mreže javne zdravstvene službe.

Poleg zasebnikov v javni zdravstveni mreži, ki imajo pogodbo z Zavodom, opravljajo zasebno zdravstveno dejavnost tudi »čisti zasebniki«, ki niso vključeni v javno zdravstveno mrežo. Vse njihove storitve, razen za nujno zdravniško pomoč, morajo pacienti plačati sami (Petrović 2003, 5).

## 2.6 Posebnosti zdravstvene zakonodaje sprejete leta 1992

Leta 1991 je Slovenija postala neodvisna in samostojna država. Začel se je proces tranzicije in prehod v tržno ekonomijo. Razmere v sistemu zdravstvenega varstva so bile daleč od zadovoljivih, zato je bilo potrebno reformirati zdravstveni sistem (Albreht in drugi 2002, 67).

Zdravstvena dejavnost je pomemben segment družbenega življenja, zato se mora vsaka družba soočiti s problemom, kakšen obseg sredstev nameniti za zdravstveno varstvo. V razvitem svetu je zdravstvena dejavnost organizirana na naslednjih osnovah (Česen 1993, 32):

1. Opravljanje zdravstvenih storitev je lahko predmet povpraševanja in ponudbe, kjer sta znana tako prodajalec kot kupec. Pacient bi moral biti zelo dobro poučen o svoji bolezni, poteku zdravljenja ter o ceni in bi moral imeti sposobnost in možnost izbire. Najpogosteje tega ne ve, zato je njegova izbira omejena na to, da poišče zdravniško pomoč v primeru bolezni. Posebnost trga zdravstvenih storitev je v tem, da je pacient v podrejenem položaju. Da bi država to preprečila je prisilila zdravnike, da »prodajajo« le kakovostne izdelke.
2. Potrebno je poskrbeti vsaj za minimalno zdravstveno zavarovanje vseh ljudi na področju zdravstvenega varstva. Bolezen je nenadni dogodek, ki nastopi neodvisno in proti volji človeka. Poleg telesnih in duševnih bolečin zadenejo pacienta tudi ekonomske posledice, če mora stroške zdravljenja plačati sam. To preprečimo z obveznim zdravstvenim zavarovanjem.
3. V zadnjih letih naraščajo obseg in stroški zdravstvene dejavnosti, zato je potrebno zdravstveno dejavnost smotrno načrtovati in urejati. Razvite države menijo, da je z narodno gospodarskega vidika cenejše kolektivno zadovoljevanje zdravstvenih potreb.

Razvite države, katerih cilj je socialna in zdravstvena varnost vseh državljanov, si prizadevajo tako za izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva kot tudi za višjo kakovost zdravstvenih storitev. Finančnemu obvladovanju zdravstvene dejavnosti pa namenjajo posebno pozornost (*ibid.*, 32).

Ob vseh spremembah je potrebno najprej spremeniti miselnost. Del tega procesa je bilo tudi uvajanje privatne prakse in družinskega zdravnika. K preobrazbi miselnosti je prispevalo tudi vzpostavljanje pogojev za napredovanje in utrjevanje zdravja (Letica 1989, 63).

Tem usmeritvam je želela slediti tudi Slovenija, zato je bila v letu 1992 sprejeta nova zdravstvena zakonodaja, ki je utemeljila zgraditev novega zdravstvenega sistema. Prišlo je do oblikovanja novih rešitev na področju celotnega zdravstva, ki prevzemajo izkušnje razvitih držav, hkrati pa upoštevajo naše pozitivne pridobitve na tem pomembnem področju. Osnovni način za doseg zastavljenih ciljev je bila uvedba zdravstvenega zavarovanja, ki nudi socialno varnost v primeru bolezni. Obvezno zavarovanje se zagotavlja s sistemom obveznega plačevanja prispevkov, ki omogočajo pokritje zavarovanih tveganj, na novo pa je bila dodana možnost dodatnega prostovoljnega zavarovanja.

Zdravstveno zakonodajo sestavljajo naslednji zakoni:

- Zakon o zavodih (sprejet že leta 1991),
- Zakon o zdravstveni dejavnosti,
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Za celotno populacijo ja najpomembnejši Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki ureja pravice in obveznosti v zvezi z zdravjem in boleznijo.

Najpomembnejši cilji in usmeritve opredeljeni z zdravstveno zakonodajo so uvedba zavarovanja, ki se deli na obvezno in prostovoljno ter uvedba zasebne zdravstvene dejavnosti, ki naj bi konkurirala javni zdravstveni službi. V zdravstvo uvaja določene ekonomske zakonitosti in elemente trga.

Ta zakonodaja opušča sistem nekakšnega nacionalnega zdravstvenega zavarovanja, za katerega je bilo značilno, da država zagotavlja državljanom vse pravice zdravstvenega varstva s pomočjo najširše solidarnosti in vzajemnosti vseh državljanov. Vsi so prispevali za zdravstvo in hkrati vsi koristili usluge zdravstva, vendar pa obseg koriščenja ni bil odvisen od lastnega prispevka. Vsem je bil omogočen dostop do zdravstvenih storitev ne glede na zmožnost plačila. Obseg pravic s področja zdravstvenega varstva se je širil brez materialnega kritja, saj naj bi solidarnost vseh omogočila dobrine vsem s tega področja. Povečeval se je delež starejših občanov. Tudi število kroničnih bolezni je naraščalo, kar je povzročilo vse večje potrebe po zdravstvenih storitvah. Razvoj medicinske znanosti in tehnologije je pripeljal do novih posegov in s tem vplival na širitev zmožljivosti zdravstvene dejavnosti. Potrebe po ekonomskih sredstvih so se tako povečale, da jih država ni mogla več zagotoviti. Zaradi tega je prišlo do neskladja med ekonomskimi možnostmi in neomejenimi pravicami, kar je povzročilo težave pri zagotavljanju obsega zdravstvenih storitev in pri poslovanju zdravstvenih ustanov.

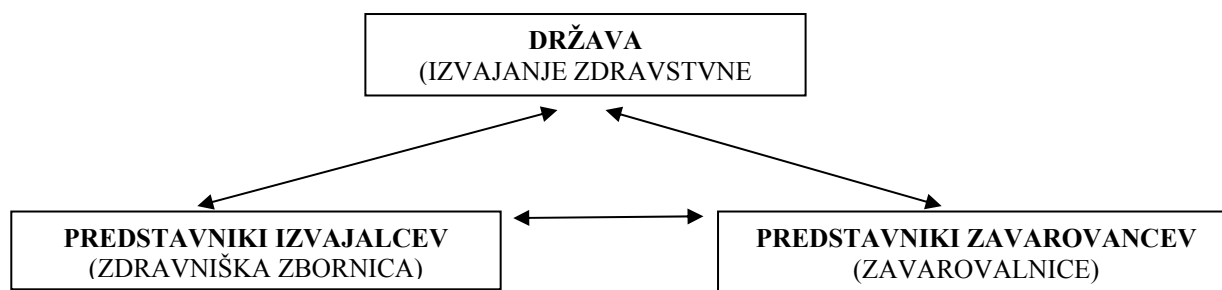
Zdravstvena dejavnost je bila zelo razdrobljena, za kar ni bilo nobene strokovne razlage, vzroki so bili predvsem politične narave. Prišlo je do podvajanja diagnostičnih postopkov, popolne odsotnosti konkurence na strokovni ravni in neizkoriščenosti kapacitet. Mreža zdravstvene dejavnosti je bila neprimerna. Zasebno delo ni bilo dovoljeno, zato so zdravstveno dejavnost opravljali samo v javnih zdravstveni službi.

Delo v zdravstvu je bilo vedno bolj moteno, čeprav so bila sredstva zbrana v potrebni višini. Temeljno načelo, na katerem je temeljilo zbiranje sredstev, je bilo sedežno načelo. To pomeni, da so se sredstva zbirala v občinah, kjer je bil delavec zaposlen, kar je povzročilo nesoglasja med občinami. Zdravstvene skupnosti so plačevale storitve le do dogovorjene vsote, potrebe pa so bile vedno večje. Zdravstveni zavodi so morali opravljati storitve brez finančnega kritja. Zaradi visoke inflacije in finančnih prekoračitev, ki so bile posledica prevelikih zdravstvenih potreb, so zavodi poslovali z izgubami. Izgube so se pokrivale z višjimi prispevnimi stopnjami. Proračunska sredstva, namenjena za zdravstveno dejavnost, so se prelivala v druge dejavnosti. Zmanjšanje sredstev je pripeljalo do krčenja obsega zdravstvenih storitev (Košir in Mencej 1992, 15). Z uvajanjem sprememb na gospodarskem in družbenem področju so se pokazale potrebe po spremembah na področju zdravstvenega varstva.

Star sistem se je zamenjal z novim sistemom zdravstvenega varstva, kjer so pravice do določene meje omejene in vedno vezane na določen prispevek. Zavarovanje je obvezno za vse, vendar je obseg pravic določen v deležu od vrednosti storitev oziroma zdravljenja.

Novost, pridobljena z novo zakonodajo, je tudi partnerski odnos države, predstavnikov izvajalcev in predstavnikov zavarovancev k oblikovanju zdravstvene politike. Imenujemo ga tripartitni sistem dogovarjanja (slika 2.1). Omenjeni subjekti se dogovorijo o obsegu programov, zmogljivostih, prednostnih področjih in o oblikovanju cen zdravstvenih storitev, ki zagotavljajo zakonsko zagotavljanje obsega pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer pa obvezno upoštevajo globalne ekonomske usmeritve v državi. Zavarovalnica se zavzema za zavarovance, zdravniška zbornica za izvajalce, država pa skrbi za izvajanje zdravstvene politike in načrtuje kapacitete v zdravstvu ter program obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Slika 2.1: Tripartitni sistem dogovarjanja k oblikovanju zdravstvene politike



Vir: (Košir 1993, 13 - 18).

Za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja je bil ustanovljen Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki ima status neprofitnega javnega zavoda. ZZZS ima nalogo zbiranja sredstev od zavarovancev, ta sredstva pa razdeljuje izvajalcem na osnovi pogodb, ki jih ti sklepajo z jim. Na ta način se je financiranje zdravstva izločilo iz državnega proračuna.

Z novim zdravstvenim zavarovanjem naj bi bil storjen korak naprej v smislu večje finančne discipline zavezancev, večje učinkovitosti zdravstvene dejavnosti, enakih pogojev za javno in zasebno zdravstveno službo ter odprave črnega trga (Košir 1993, 13).

Uvedba zdravstvenega zavarovanja in preobrazba sistema zdravstvenega varstva sta bili izpeljani tako, da je prebivalstvu zagotovljena visoka stopnja zdravstvenega varstva. Le gospodarsko najrazvitejše države sveta izkazujejo tako raven. Kljub temu pa ne moremo biti povsem zadovoljni z delovanjem zdravstvene službe, ker zavarovane osebe čedalje težje uveljavljajo potrebe in zahteve po zdravstvenih storitvah. To se kaže predvsem pri daljšanju čakalnih dob, opuščanju dispanzerske dejavnosti, različnemu omejevanju pravic, neupravičenemu zaračunavanju doplačil in razraščanju nenadzorovanega samoplačništva.

Z Zakonom o zavodih iz leta 1992 so vsi javni zavodi, kamor sodijo tudi zdravstveni domovi, prišli pod nadzor države ali občine, ki so postale ustanoviteljice javnih zavodov. Državni organi imajo v zavodih velika pooblastila, ki obsegajo pravico do ustanavljanja in ukinjanja zavodov, določanja dejavnosti in organov, imenovanja direktorja ter financiranja (Rus 1992, 187). V zdravstvu je financiranje javnega sektorja prevzel ZZZS, kljub temu pa vpliv in kontrola države nista odpravljena.



Izkušnje iz preteklosti so pokazale, da je monopoliziranje kateregakoli od treh partnerjev, torej države, strokovnjakov ali uporabnikov, lahko škodljivo. Za normalno delovanje javnih zavodov je bistvenega pomena, da se vzpostavi ravnotežje moči med partnerji. Strokovnjaki morajo imeti avtonomijo nad strokovnim delom zavodov, uporabniki (zastopajo jih predstavniki ZZS) pa naj imajo vlogo ravnatelja v sporih med ustanoviteljem in strokovnjaki.

### 3 REFORME ZDRAVSTVENEGA SISTEMA

Vzrokov za reformo zdravstvenega varstva je zelo veliko, vendar pa je s procesom reform skoraj nemogoče izpolniti vse zahteve hkrati. Glede na različne vzroke in cilje, ki se pojavljajo v posameznih državah, vsaka država ubere svojo strategijo za doseganje želenih ciljev. Poglavitni cilj zdravstvenih reform v splošnem je splošno izboljšanje zdravstvenega stanja prebivalstva na eni strani ter kontrolirana rast porabe sredstev, namenjenih za zdravstvene storitve ter zdravila na drugi strani (Stepan in drugi 1999, 7).

Od sedemdesetih let preteklega stoletja velja, da končni cilj človekovega razvoja niso ekonomski, ampak socialni: dosegljiva blaginja in varnost za vse ljudi, ne le za peščico zmagovalcev (Česen 2003,5). Z reformami naredimo nekakšne radikalne spremembe, s katerimi uredimo položaje in statute drugače, kot so bili urejeni do sedaj. Reforme prinašajo velike spremembe, ki so lahko pozitivne ali negativne, kar se pokaže s časom. Izvedemo jih, ko so nujno potrebne. Reforme so danes stvarnost Evrope. Pri tem se ne smemo odrehati evropskim vrednotam, kot so socialna kohezija in solidarnost, visoka raven blaginje, kakovost življenja, dostopnost izobraževanja in zdravja, sodelovanje državljanov pri odločanju ali trajnost razvoja (Česen 2007,5).

Najpomembnejši dejavniki, ki vplivajo na zdravstveno varstvo in silijo države v zdravstvene reforme so (Česen 1998, 52–53; Keber 2003, 57–58):

- **Ekonomske in socialne spremembe** – zaradi prestrukturiranja in globalizacije gospodarstva ter posledično potrebe po konkurenčnosti so vedno bolj prisotne težnje po zmanjševanju stroškov na enoto dela, kar pomeni zaostrovanje pritiskov po omejevanju javne porabe. Tu pa so še tehnološki napredek in z njim nove tehnologije in zdravila, ki povečujejo stroške zdravstvenega sistema.
- **Demografske spremembe** – zaradi boljših postopkov zdravljenja se podaljšuje življenjska doba ljudi ter povečuje število kroničnih bolnikov. To pomeni povečanje stroškov zdravstvene oskrbe ter posledično večjo obremenitev delovno aktivnega prebivalstva. To še posebej velja ob dejstvu, da v populaciji delež mladih in s tem za delo sposobnih zmanjšuje. V Sloveniji so demografske spremembe med najneugodnejšimi, saj se število otrok zmanjšuje in starejših ljudi povečuje, stroški za zdravje pa so pri slednjih skoraj petkrat večji od stroškov v predhodnih življenjskih obdobjih.

- **Socialno – kulturne spremembe** – povečuje se ozaveščenost ljudi o možnostih uveljavljanje določenih zdravstvenih storitev, povečuje se zahtevnost prebivalstva glede izvajanja storitev. Z družbenim razvojem in vse večjo dostopnostjo informacije se izboljšuje osveščenost državljanov, hkrati pa tudi njihove zahteve. Pričakujejo nove programe, večjo možnost izbire, boljšo odzivnost izvajalcev ter bolj k pacientu orientiran pristop zdravnikov ter lastno sodelovanje pri zdravstveni oskrbi, ki so jo deležni.
- **Politične spremembe** – zaradi kratkoročnih ciljev političnih oblasti, da bi si pridobili volilno telo, se v času pred in po volitvah spreminjajo tudi politične odločitve v zvezi z reformo zdravstva.

V svetu danes veliko držav pripravlja zdravstveno reformo. Z reformo izvajanja, organizacije in financiranja zdravstvenega varstva želijo zmanjšati razkorak med povečanimi pričakovanji in omenjenimi možnostmi.

Zdravstvene reforme, ki se jih lotevajo razvite države v zadnjem desetletju, si za svoja temeljna izhodišča zastavljajo podobne vrednote in načela, in sicer:

- Središče pozornosti zdravstvenega sistema mora biti državljanov interes, zato morajo biti interesi izvajalcev ter spremljajočih dejavnosti temu podrejeni
- Dostop do zdravstva mora biti omogočen vsem državljanom, kar pomeni univerzalno zdravstveno varstvo, ki upošteva potrebe vseh ljudi ne glede na njihov materialni položaj, iz česar izhaja tudi solidarnost pri financiranju zdravstvenega varstva
- Dostop do zdravstvenih storitev mora biti tudi pravičen, kar pomeni enako dobro zdravstveno oskrbo za vse ljudi z enakimi zdravstvenimi potrebami (Česen 1998).

### ***3.1 Reforma zdravstvenega sistema v Sloveniji***

Tudi v Sloveniji teče reforma zdravstvenega sistema. Cilji reforme zdravstva so v veliki meri usklajeni s cilji Evropskega urada Svetovne zdravstvene organizacije. V prihodnje bodo tako potrebni postopni in evropsko primerljivi reformni procesi, seveda ob zagotovitvi najširšega družbenega soglasja, to pomeni soglasja med prebivalstvom, stroko in civilnimi združenji (Bručan 2004, 5).

V nadaljevanju bodo na kratko predstavljeni nekateri cilji reforme zdravstvenega sistema v Sloveniji. Treba je poudariti, da se različni strokovnjaki zavzamejo za različno reševanje nastalih problemov in neučinkovitosti slovenskega zdravstvenega sistema, v magistrski nalogi

pa bo predstavljena le ena od možnih rešitev, ki pa ni nujno, da je tudi najboljša.

**Prvi cilj reforme** je ureditev sistema zdravstvenih zavarovanj. Problemi, povezani z njim, so opisani v poglavju o slabostih zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji, če na kratko povzamem, predstavlja glavni problem zmanjšanje solidarnosti in pravičnosti pri uvedbi prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja ter neustrezna distribucija pravic med obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem.

Rešitev predstavlja združitev obeh zavarovanj v obvezno zavarovanje, ki bi krilo tudi doplačila. Namesto današnjega prostovoljnega dopolnilnega zavarovanja z enotnimi premijami bi vzpostavili obvezno dopolnilno zavarovanje, ki bi bilo odvisno od višine prejemkov. Doplačila bi lahko obstajala še naprej, vendar ljudi ne bi več silila v prostovoljno zavarovanje, ampak bi le odprla možnosti za nove oblike prostovoljnih zavarovanj. Prostovoljno zavarovanje bi obstajalo še naprej, vendar pa bi pokrivalo storitve, ki niso bistvene (dostop do zdravstvenih storitev, kjer so v javnem sistemu čakalne dobe, samostojna izbira zdravnika in bolnišnice, v kateri se želi bolnik zdraviti, soba s televizorjem in zasebnim straniščem, boljša hrana itd). Vse za zdravje pomembne storitve pa bi morale zajemati obvezno zavarovanje (Hindl 2003, 4–6).

V prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju se v Sloveniji tako odpira »zavarovalniški trg«, na katerem se bosta srečala povpraševanje in ponudba po zdravstvenih in nezdravstvenih storitvah, ki ne bodo vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje. Vsebina prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja bo postajala vse bogatejša in poslovno zanimiva za komercialne zavarovalnice (Česen 1999, 40). S tem bodo nastala prva privatna zavarovanja, primerljiva s tistimi v razvitih evropskih državah.

**Drugi cilj reforme** je povezan z modeli plačevanja izvajalcev. Vsi dosedanji načini razporejanja sredstev zdravstvenega zavarovanja med javne zdravstvene izvajalce so sledili potrebam izvajalcev in ne državljanov. Sedanji sistem financiranja ne daje podlage za večjo učinkovitost, prav tako pa tudi ne vsebuje nobenih spodbud za kakovostno, racionalno in učinkovito delo zdravstvenega osebja (Bručan 2004, 3). Ravno nasprotno, spodbuja izvajalce k prenosu obravnave, odgovornosti in stroškov od sebe na višjo raven, kar podaljšuje ležalne dobe, povzroča prepogoste hospitalizacije in nepotrebne napotitve k specialistom. Ne vzpodbuja pa učinkovitejših in cenejših oblik dela, kot so dnevna kirurgija, ambulantno

zdravljenje in zdravljenje na domu (Keber 2003, 57–58).

Z novim modelom plačevanja, ki bi temeljil na celovitosti in zahtevnosti zdravstvene oskrbe posameznega državljan, bi državljan tudi v finančnem smislu postal osrednja točka zdravstvenega sistema. Usmeritev, da bo denar sledil bolniku in ne potrebam zdravstvenih ustanov, bi izboljšala dostopnost do zdravstvenih pravic in povečala izenačenost državljanov, ki te pravice potrebujejo. Novi modeli financiranja zdravstvenih izvajalcev naj bi se uvedli na vseh ravneh zdravstvene dejavnosti. Na primarni oziroma osnovni ravni naj bi se ohranil glavarinski model plačevanja, vendar naj bi bil le-ta nadgrajen in naj bi bolj kot doslej upošteval demografske, socialne in ekonomske razloge, ki vplivajo na zdravstvene potrebe ljudi. Na sekundarni oziroma bolnišnični ravni pa naj bi bilo uvedeno plačevanje po skupinah primerljivih primerov (SPP) oziroma metoda plačevanja primerov po zahtevnosti obravnave.

**Tretji cilj reforme** pa je povezan z izboljšanjem organizacije, vodenja in upravljanja sistema zdravstvenega varstva v Sloveniji. Za zdravstveni sistem je značilno neracionalno trošenje javnih sredstev, slaba in neelastična organiziranost, avtoritarno vodenje namesto vodenja z učenjem, koruptivni odnosi na področju nabave zdravil, opreme in potrošnega materiala itd.

Izvajalci zdravstvenih storitev strukturno in organizacijsko izvajajo zdravstvene programe v zastarelih, zastarelo oblikovanih zdravstvenih zavodih ter pri zasebnih koncesionarjih. Zaradi omejevanja delovanja samega sistema, predvsem dela koncesionarjev, obstajajo neenake možnosti in tudi privilegiji posameznikov pri obravnavi posameznih storitev (Bručan 2004, 11). V Sloveniji naj bi tako zadostovalo manjše število splošnih bolnišnic in zdravstvenih domov, ki bi bolnike celostno obravnavale. Četudi bi bilo bolnišnic manj in bi bile te večje, bi to bilo bolj racionalno, predvsem pa na višji strokovni ravni. Drugih bolnišnic pa ne bi bilo potrebno ukiniti, ampak spremeniti v specialne ustanove, priključiti večjim bolnišnicam ali jih preoblikovati v negovalne bolnišnice, ki pa so nujno potrebne zaradi staranja prebivalstva in velike potrebe po posteljnih zmogljivostih v domovih za ostarele (Ključna je drugačna organizacija zdravstva 2003, 5 - 6).

Slabost zdravstvenega sistema pa je tudi njegovo vodenje in upravljanje. Za vodenje zdravstvenih zavodov direktor ne potrebuje le znanja medicine, ampak tudi vse več podjetniškega znanja. Zato bi bilo smiselno, da bi zdravniki del poslovnega in podjetniškega znanja pridobilo že med rednim šolanjem (Tajnikar in Došenovič 2005, 16–17).

**Četrty cilj** reforme pa je privatizacija zdravstva. V prihodnje naj bi upravljanje zdravstvene dejavnosti ter tudi lastništvo nad materialnimi zmogljivostmi v mreži javne zdravstvene službe v večjem obsegu prevzeli zasebni izvajalci. Država naj bi prenašala odgovornosti zlasti za naloge s področja organiziranja in vodenja javne zdravstvene in zavarovalniške dejavnosti, v njeni pristojnosti pa naj bi ostale ključne naloge pri načrtovanju in nadzorovanju sistema.

Potrebna pa je tudi ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu, predvsem na primarni ravni. Uvajanje zasebnega dela mora biti pregledno ter v okviru obstoječih zmogljivosti. Razmišljanja pa tečejo tudi v smeri uvedbe svobodnih zdravnikov, specialistov. Ti naj bi delovali v okviru združništva, in sicer v zasebnih zadrugah v okviru javnega sistema, ki naj bi bile na določenem območju organizirane za določene bolezni (Bručan 2004, 8).

Spodbujati pa bi bilo potrebno tudi tekmovalnost med zasebnimi in javnimi zdravstvenimi izvajalci ter krepiti konkurenco na trgu javnih zdravstvenih storitev. Konkurenčnost bi bilo potrebno spodbujati tudi med zdravstvenimi zavarovalnicami. Vpeljati bi bilo potrebno zasebni sistem zdravstvenega zavarovanja in omogočiti vsem zavarovalnicam v Sloveniji, da oblikujejo pakete zdravstvenega zavarovanja in jih ponujajo na trgu (Stojanov 2006, 9). Zavarovalnice bi tako morale med sabo tekmovati za čim nižje prispevke ter s tem tudi za zavarovance. V Sloveniji zaenkrat to ni mogoče, saj ima država enotno javno zdravstveno zavarovanje, z uvedbo privatnih zavarovanj pa bi se tudi to uredilo (Česen 2003, 14).

## 4 PRIVATIZACIJA DRUŽBENIH DEJAVNOSTI

»Privatizacija je najpomembnejši, čeprav ne tudi edini instrument NJM« (Rus 2001, 41).

Privatizacijo se pojmuje (Rus 1990) kot:

1. Prehod od državne k tržni regulaciji družbenih služb.
2. Uvajanje privatne lastnine na področju družbenih dejavnosti.
3. Prenos proizvodnje storitev od javnih organizacij na privatne.
4. Deregulacijo, ki odpravlja državne monopole.
5. Prehod od enakega k neenakemu dostopu do storitev.

Privatizacija je najpogostejši ukrep v vzhodnoevropskih državah, saj šibka gospodarstva v prehodu (tranziciji) niso prenesla vrtooglavega povečevanja stroškov na področju zdravstva. Ker se je dejavnost financirala skoraj izključno iz javnih sredstev, se je želelo z mobilizacijo ali aktiviranjem zasebnih sredstev ublažiti krizo. Povrh tega je bila v teh državah prisotna želja po prilagajanju zahodnim sistemom, ki obstajajo v razvitih demokratičnih državah zahodne Evrope (Letica 1999).

### 4.1 *Pojem privatizacije*

Privatizacijo se pojmuje v širšem smislu z navedbo več pojavnih oblik in učinkov:

- Podjetizacija javne uprave s prenosom menedžerskih metod iz zasebnega v javni sektor;
- Korporativizacija posameznih delov uprave s preходом le – teh v tržno regulacijo;
- Koncesije – prenos javnih funkcij v obliki javnih služb na nejavne organizacije;
- Ekonomska, tradicionalna privatizacija kot delno, postopno ali dokončano prenašanje lastninskih upravičenj iz javnega v privatni (nejavni) sektor (Rus 2001, 58).

## ***4.2 Politika privatizacije***

Politika privatizacije je opredeljena z hierarhijo ciljev. Cilj privatizacije ni samo uveljavitev zasebnega sektorja na račun državnega ter nadomestitev državne regulacije s tržno. Vključuje namreč tudi druge cilje, kot so učinkovitejša poraba sredstev ter s tem večja stroškovna učinkovitost, večji pretok možnih virov ter s tem boljša kakovost storitev, možnost večje izbire za uporabnika ter s tem večja neodvisnost od države itd. Optimalni cilj privatizacije je tako, da javni in zasebni sektor zagotavljata učinkovito porabo javnih, zasebnih človeških in materialnih virov za zdravstveno varstvo (Bručan 2005, 456 - 460).

### ***Najpogostejši cilji privatizacije zdravstva so:***

- Omejevanje oz. oslabitev vloge in moči države, večja individualizacija proizvodnje in koriščenja zdravstvenih storitev;
- Oblikovanje lastninskih oblik, ki bodo spodbujale profesionalno samostojnost in odgovornost, ki bodo omogočale razvoj podjetniških inovacij ter skrbnejše gospodarjenje s sredstvi;
- Omejevanje porabe proračunskih sredstev: z dopolnjevanjem javnega financiranja z zasebnim se rešuje problem naraščajočih stroškov v zdravstvu;
- Alokacijska učinkovitost: problema ne predstavljajo le redki viri, ampak tudi neenakomerna distribucija – privatizacija posameznih področij bi sprostila pretirano financiranje določenega sektorja (nekatero države namenjajo velik del proračunskih sredstev bolnišnicam, primarna zdravstvena raven pa je slabo razvita in ni dostopna vsem državljanom);
- Kakovost storitev: javne zdravstvene službe pogosto izvajajo storitve slabše kakovosti kot zasebne, predvsem zaradi slabše organizacije, managementa in izvajanja storitev: s privatizacijo naj bi se tako zaradi povečane tekmovalnosti med izvajalci povečala kakovost storitev tako v zasebnem kot v javnem sektorju, izboljšala pa naj bi se tudi organiziranost in koordiniranost;
- Podjetizacija javnih ustanov: višja fleksibilnost starih birokratskih sistemov in revitalizacija le teh;
- Svoboda izbire ter večja odzivnost na potrebe uporabnikov: s privatizacijo naj bi zaradi zasebnega sektorja zdravstvo postalo pacientu prijaznejše, ta lastnost pa naj bi se razširila tudi na javni sektor; s privatizacijo pa naj bi se povečala tudi možnost izbire ter dostopnost zdravstvenih storitev (Bručan 2005, 156 - 460).



### ***4.3 Prednosti in slabosti zasebnega in javnega zdravstvenega sistema***

Javni in zasebni zdravstveni sektor nista izključujoča, temveč dopolnjujoča se načina zagotavljanja zdravstvenega varstva. V večini razvitih držav sta se zato uveljavila oba, le njuna zastopanost na posameznih ravneh se od države do države razlikuje. V prejšnjem desetletju je stalno prihajalo do konfliktov med njima, zato je potrebno v prihodnosti stremeti k iskanju rešitev za kompetitivno sodelovanje obeh sektorjev (Rus 2005, 9 - 10).

#### ***Glavne prednosti zasebnega izvajanja zdravstvene dejavnosti so naslednje:***

- Zasebne naložbe v materialne zmogljivost javne zdravstvene službe;
- Večja možnost izbire osebnega zdravnika zaradi večjega števila izvajalcev;
- Višja produktivnost dela, pravočasna zdravstvena oskrba brez čakalnih vrst (velja predvsem za izvajalce, ki so plačani po opravljenih storitvah);
- Pocenitev storitev zaradi večje konkurence;
- Višja celovita kakovost, zlasti laična kakovost, ki jo vidijo ljudje (prijaznost, zavzetost, sodelovanje pacienta) in večje zadovoljstvo pacientov (Česen 1999, 38 - 42);
- Vzpostavljanje konkurence in tekmovalnosti med izvajalci; predmet konkurence med izvajalci zdravstvene dejavnosti so predvsem nezdravstvene storitve (prijaznost, prizadevnost v procesih zdravljenja, kakovost nastanitve in bivanja v bolnišnici itd.);
- Večja poslovna samostojnost (prožnost v organizaciji dela, gospodarno ravnanje z viri, stroškovna zavest);
- Večja izkoriščenost kapacitet;
- Večja dostopnost do zdravstvene službe z delovanjem v odročnih krajih, ki za javne zavode zaradi visokih stroškov niso zanimivi;
- Večja preglednost in nadzor porabe sredstev;
- Gospodarnejše ravnanje ter odgovornost za poslovni uspeh (Židanik 2005, 95 - 104).

#### ***Nasprotniki privatizacije zdravstva pa opozarjajo na naslednje pomanjkljivosti zasebnega sektorja:***

- Profitna naravnost zasebnikov;

- Možnost mešanja zdravstvene dejavnosti na javni in zasebni račun (odsotnost ali nespoštovanje konkurenčne klavzule – zdravnik, ki je v rednem delovnem razmerju, bodisi v javnem bodisi v zasebnem zavodu, ne sme hkrati opravljati tudi zasebne zdravstvene dejavnosti, samoplačniške ordinacije – ambulantni specialist sam ustvari nekaj tednov dolgo čakalno dobo, zato se njegovi pacienti odločijo za samoplačništvo);
- Dajanje prednosti kurativi pred preventivo;
- Napotitve bolnikov po koncu delovnega časa v javni sektor (Česen 1999, 38 - 42);
- Slabo sodelovanje z javnimi zdravstvenimi zavodi pri opravljanju nujne medicinske pomoči, zagotavljanju dežurne službe ter nadomeščanju v času dopustov;
- Nepravična dostopnost ljudi do zdravstvene oskrbe (zavračanje in usmerjanje »dragih« ali »nedonosnih« pacientov v javni sektor, razlike v čakalnih dobah med ljudmi, razlike v zavzetosti zdravstvenega osebja do pacientov);
- Nesodelovanje zasebnikov koncesionarjev pri financiranju posodobitve laboratorijske opreme javnih zavodov;
- Težavno usklajevanje finančnih interesov z javnim plačnikom;
- Nepotrebno zdravljenje in pretirana ustrežljivost do pacientov na javni račun (predpisovanje zdravil, napotitev k specialistom in v bolnišnice, odobravanje bolniške odsotnosti);
- Nelegalno pridobivanje dohodka (neupravičeno doplačevanje, pridobivanje »dobička iz bolezni«);
- Odhodi dobro usposobljenih kadrov iz javnega sektorja v zasebnštvo, kar povzroča višek kadrov v javnem zdravstvu, s tem pa je ogrožen obstoj javnih zavodov;
- Slabša dostopnost do zdravstvenega varstva ter slabši javni nadzor zaradi zemljepisne in strokovne razpršenosti izvajalcev (Poredoš 2005, 455);
- Zasebniki za svoje delovanje izbirajo centralne lokacije, selijo se iz periferije v center, mreža postaja nepokrita oz. za javni zavod še dražja (Česen 2005).

***Prednosti za javni sektor:***

- Proračunska nevtralnost oziroma razbremenitev javnih financ;
- Prenos tveganj na zasebni sektor;

- Izkoriščanje know - howa in izkušenj zasebnega partnerja;
- Stimulacija zasebnika, ki bo ob uspešno zasnovanem in realiziranem projektu ter upravljanju lahko povrnil vložena sredstva in ustvaril načrtovani dobiček;
- S konkurenco v fazi izbire zasebnega partnerja zagotovitev cenejšega in kvalitetnejšega izvajanja dejavnosti;
- Optimizira se izpolnjevanje javnih nalog;
- Dosega se optimalno razmerje med stroški in učinki;
- Premošča omejenost proračunskih virov;
- Nadomešča se odsotnost ekonomskih strategij v javnem sektorju;
- Podpira outsourcing zaradi potrebne prenove javnega sektorja (Loxley in Loxley 2007, 267 - 276).

***Slabosti za javni sektor:***

- Osredotočenost podjetij na kratkoročne rezultate s klasičnimi manjšimi investicijskimi vložki; manj so izpostavljeni tveganju;
- Strah podjetij pred tveganjem, spremembami in uvajanjem novih načinov poslovanja;
- Projektne aktivnosti se izvajajo počasneje, kot če bi sami organizirali proces;
- Podjetja imajo posplošene predsodke pri vključitvi v te projekte zaradi prevelike birokracije in omejenega uradniškega poslovanja (ang. "red tape");
- Nejasna delitev dela med javnim in zasebnim sektorjem vpliva na prelaganje odgovornosti;
- Javni sektor mora ščititi javni interes ter zagotavljati nadzor nad kakovostjo storitev, če ima premajhno vlogo v partnerstvu, lahko izgubi ta nadzor, ali je le ta pomanjkljiv (Loxley in Loxley 2007, 267 - 276).

#### ***4.4 Oblike privatizacije zdravstvene dejavnosti***

Različni cilji in različne okoliščine zahtevajo uporabo različnih oblik privatizacije. Večjo ali manjšo stopnjo privatizacije dejavnosti dosegamo bodisi z deregulacijo, decentralizacijo, demokratizacijo, komercializacijo ali pa s participacijo uporabnikov. Povečana vloga zasebnega sektorja ne pomeni nujno manjšo vlogo države. Država mora še vedno ohranjati pomembno vlogo, razlika je le v naravi in ne v stopnji intervencije. Vsekakor pa mora zagotavljati uspešen nadzor nad dejavnostjo javnega in zasebnega sektorja. Bolj ko se vlada umika iz zdravstva, večje so možnosti zasebnih podjetij za kovanje dobičkov, meni Hindle (2003, 4).

Privatizacija zdravstvene dejavnosti poteka v dveh oblikah in sicer:

- v obliki kvaziprivatizacije prek koncesijskih pogodb in
- v obliki prave privatizacije z nastajanjem zasebnih zdravstvenih zavodov ali z opravljanjem zasebne zdravniške prakse.

S kvaziprivatizacijo razumemo privatizacijo v okviru javnega sektorja, kjer javni organi (v našem primeru ZZZS) sklene pogodbo z zasebnikom o vrsti, obsegu in kakovosti storitev ter o sredstvih, ki so potrebna za uresničitev pogodbenih določil. Taka oblika kvaziprivatizacije se imenuje koncesija. Koncesije pomenijo javno financiranje zasebnih izvajalcev in so najpogostejši instrument privatizacije (Rus 2001, 63). Pri koncesiji se pogodbenega partnerja pravilo izbira preko javnega razpisa. Na razpis se lahko javijo javna podjetja in zasebniki, pri tem pa se izberejo najkonkurenčnejši med njimi. Pogodbeni odnosi med partnerji imajo določene prednosti kot so spodbuda za zaposlovanje kvalitetnega kadra, z uvajanjem konkurenčnih razmerij se izvaja pritisk na manj učinkovite izvajalce, s hitrejšim vključevanjem in izločanjem pogodbenih partnerjev se poveča fleksibilnost financiranja, omogoča se primerjava kalkulativnih stroškov in kontrola dejanskih stroškov med kandidati. Med slabostmi pa se najpogosteje omenjajo odpuščanje delavcev, povečanje celotnih stroškov zaradi stroškov razpisa in kontrole realizacije pogodbenih določil, zaradi izkušenj in poslovnih prednosti posameznih izvajalcev se zmanjša možnost prave konkurence, slabša se kakovost storitev in manjša se zanesljivost redne oskrbe.

V zdravstvu je privatizacija potekala predvsem v obliki koncesij zasebnikom – ti so tako še vedno ostali v javni zdravstveni mreži, »čistih« zasebnikov pa je 1 %.

#### ***4.5 Učinki in posledice privatizacije***

Z ustanovitvijo zdravstvene zavarovalnice, ki je skoraj v celoti prevzela financiranje javno-zdravstvenih programov in pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, je zdravstvo opustilo proračun kot vir in način financiranja dejavnosti. Klub temu pa zdravstvena dejavnost ostaja v pretežnem delu v sferi javnih financ in tako ne brez vpliva in kontrole države. Nejavna zdravstvena služba pa se financira iz razpoložljivih sredstev za potrošnjo, s katerimi razpolaga prebivalstvo (Kamnar 1992, 292).

Država je tudi edini lastnik in »skrbnik« nad vsemi obstoječimi zdravstvenimi zmogljivostmi in kot taka tudi edina, ki skrbi za financiranje investicij na tem področju. Država je tista, ki z opredelitvijo obveznega zdravstvenega programa uravnava obseg javne zdravstvene službe in prek sklepanja koncesijskih pogodb nadzira obseg kvaziprivatizacije.

Preko pogodbenega pogajanja o ceni posameznih zdravstvenih storitev, diagnoz ali programov, se dosega pričakovana povečana racionalizacija pri zaposlovanju tudi v javnih zavodih, povečuje se produktivnost dela, večja se tudi varčnost pri času in pri porabi materiala. Prostor za razvoj »pravega« zasebnega sektorja ostaja razmeroma majhen in omejen predvsem z ekonomsko močjo prebivalcev na eni strani in z javnimi zavodi na drugi strani. Če upoštevamo tudi koncesionirano javno službo, lahko ugotovimo, da je prostor za razvoj zasebne zdravstvene dejavnosti dosti večji.

Ovire za proces privatizacije so na strani ponudbe in povpraševanja. Med dejavnike ponudbe prištevamo pomanjkanje znanja in, kar je še pomembnejše, kapital. Pri kvaziprivatizaciji, kjer lahko zasebnik najame prostore in opremo v javnih zdravstvenih ustanovah, kapital ne predstavlja posebne ovire (*ibid.*, 289). Pravi zasebniki morajo za prostore in opremo poskrbeti sami. Zaradi relativno nizkih dohodkov v zdravstvu morajo zdravniki, če želijo postati zasebniki v pravem pomenu besede, poleg lastnih sredstev iskati še druge vire financiranja. Na ta način je zasebnik v primerjavi z javnim zavodom postavljen v manj ugoden položaj. Na strani povpraševanja se postavlja kot ovira širok obseg pravic iz OZZ, zaradi česar je težko pričakovati, da bi ljudje za storitve, ki so del OZZ, plačevali zasebnikom polno ceno.

V vzhodnoevropskih državah je nekritično uvajanje privatizacije povečalo izdatke zdravstvenega varstva in ni izpolnilo pričakovanj po njihovem zmanjšanju (Saražin Klemenčič 1998, 236). Tudi Rus (2001, 33) ugotavlja, da obsežna privatizacija ne pomeni

rešitve za sistem zdravstvenega varstva. V evropskih državah, kjer so jo izvedli, ni imela pričakovanih pozitivnih ekonomskih učinkov na zmanjšanje stroškov in /ali povečanje kakovosti storitev, ampak je pomenila predvsem porazdelitev sredstev in moči v korist višjih slojev in v škodo nižjih. Kljub temu pa prednosti zasebnega sektorja ostajajo, ker se lahko doseže določena stopnja tekmovalnosti z javnim sektorjem.

#### ***4.6 Ravnovesje med javnim in zasebnim sektorjem***

Zastavlja se vprašanje, v kateri točki je doseženo ravnovesje med javno in zasebno zdravstveno dejavnostjo? Pri tem je potrebno upoštevati objektivno protislovje med interesi javnega sektorja (varnost, blaginja) ter interesi zasebnega sektorja (svoboda trga, dobiček). Ob upoštevanju socialne in zdravstvene varnosti prebivalcev, mora zdravstvena politika učinkovito in neposredno uravnavati razmerja (pravne podlage) v javnem in zasebnem zdravstvu. Kot pravi Košir (1999, 682) pa povsem zasebno zdravstvo uporabnikom ne more zagotavljati enakovrednega dostopa do zadostne količine storitev, ki si jih še lahko privoščijo oziroma zagotovijo.

»Idealen model privatizacije v zdravstvu omogoča ravnovesje med misijo in dobičkom, socialno varnostjo in svobodno izbiro storitev, med usmerjenostjo v ljudi in stroko ter usmerjenost v dobiček posameznikom in njegovim vključevanjem v družbo« (Gorjup 1999, 25).

Glede na določitev obsega pravic iz OZZ lahko ugotovimo, da je še vedno velik del zdravstvenih storitev v javnem sektorju. Država prek javne zdravstvene mreže zagotavlja določeno raven zdravstvenega varstva, ki je opredeljena z obsegom pravic in z mrežo javne zdravstvene službe. Obseg mreže javne zdravstvene službe pa določa obseg javnega sektorja.

Regulacija na področju zdravstvene dejavnosti omogoča velik obseg kvaziprivatizacije in bistveno manjši obseg prave privatizacije na ravni produkcije zdravstvenih storitev, veliko obseg podrejanja državnih oblasti na ravni financiranja zdravstvenih programov in pretežno zasebno uravnavanje distribucije storitev (Kamnar 1992, 292).

Po mnenju Arneža (2000, 35) mora zasebnitvo potekati nemoteno, a nadzorovano. Doslej so se koncesije večinoma podeljevale le splošnim zdravnikom (in še to predvsem mlajšim) in zobozdravnikom za odrasle. V Sloveniji je približno 80 odstotkov javnega in 20 odstotkov

zasebnega koncesijskega zdravstva, pri čemer gre predvsem za osnovno zdravstveno in odraslo zobozdravstvo (v novem predlogu zdravstvene reforme je zaslediti podatek, da zasebno delo presega 15 odstotkov). »Čistih« zasebnikov je manj kot 1 %. Oviri sta predvsem dve. Premajhna kupna moč in dejstvo, da ljudje za storitve krite iz zdravstvenega zavarovanja neradi plačujemo kar iz žepa. Po mnenju nekaterih avtorjev naj delež zasebnitva ne bi presegel praga 30-ih odstotkov.

V letu 1998 je Inštitut za družbene vede v sklopu raziskovalnega projekta o privatizaciji na področju družbenih dejavnosti s poudarkom na zdravstvu, izvedel anketo med zdravniki zaposlenimi na primarni zdravstveni ravni, v javnih zdravstvenih zavodih in zasebnih zdravstvenih organizacijah, na ožjem območju mesta Ljubljane. Anketa je razkrila stališča zdravnikov do privatizacije. Zdravniki v zavodih in zdravniki zasebniki so si enotnega mnenja glede uravnoveženosti razmerja med javnim in zasebnim sektorjem, ki naj nudita konkurenčnost iste vrste. Le peščica zasebnih zdravnikov je mnenja, da naj bodo storitve v zasebnem sektorju povsem nadstandardne ter za sloje prebivalstva z višjimi dohodki.

Možna varianta je izvajanja zasebne zdravstvene dejavnosti v objektih (lahko tudi z opremo), ki so v državni ali občinski lasti. Država ali občina lahko z lastništvom objektov, spremljajoče infrastrukture in opreme vzdržuje javne zdravstvene službe in s tem zagotavlja enake možnosti dostopa do dogovorjene ravni zdravstvenih storitev. Pomembno je, da se ustvarijo razmere za strokovno in poslovno samostojnost, v katerih imajo uporabniki večji vpliv. Zdravniki bi svoja sredstva vlagali le v dejavnosti in razvoj stroke, ne pa tudi v naložbe in objekte. Ker pa gre za zasebna sredstva bi se istočasno večala učinkovitost poslovanja (Rus 1996, 15).

Možnost skupnega dela javnih in zasebnih zdravnikov pod eno streho je možna le pod enakimi pogoji za javne zdravstvene delavce in zasebnike v mreži javne zdravstvene službe. Zasebnik naj v celoti zaposli »standardiziran« kader, v nasprotnem primeru pa naj bi ga ZZS priznal tistemu javnemu zavodu, ki zasebniku zagotavlja prostore ter diagnostične in laboratorijske storitve. Zasebnik naj javnemu zavodu prispeva tudi tisti delež sredstev, ki ga ima priznanega v materialnih stroških za potrebe investicijskega in tekočega vzdrževanja. V taki kombinaciji javnega in zasebnega naj bi se vzpostavilo ravnotežje med državo, managementom, izvajalci zdravstvenih storitev in uporabniki.

Za vzpostavitev enakopravnega in korektnega sodelovanja zasebnih in javnih nosilcev javne zdravstvene službe, je potreben kakovosten preskok v novo organizacijsko obliko osnovnega varstva, ki jo mora zagotoviti država. Po mnenju Hindla (2003, 4) je razmerje med javnim in zasebnim v slovenskem zdravstvu blizu idealnemu, potrebne naj bi bila sicer manjše spremembe, toda v celoti naj bi bilo ravnotežje pravo. Pravi, da imamo dober zdravstveni model, ki vsebuje nekaj očitnih pomanjkljivosti, ki pa jih ni mogoče odpraviti s privatizacijo, ampak s posamičnim spopadanjem z vsako od njih.

#### ***4.7 Oblike ravnovesja med javnim in zasebnim sektorjem***

Pojem privatizacija pomeni prenos lastninskih pravic iz javnega na zasebne subjekte. Ne obstaja pa samo javni zavod na eni strani in zasebna dejavnost z zasebnimi sredstvi na drugi strani, ampak med njima obstaja več vrst lastninjenja z bolj poudarjenimi prvinami bodisi javnega bodisi zasebnega (Rus 1996, 264). Številne države si tako zastavljajo vprašanje, kakšno naj bo razmerje med javnim in zasebnim delom zdravstvene dejavnosti oz. do katere mere naj gre privatizacija v zdravstvu.

Ne čista privatna ne čista državna lastnina ne zagotavljata pogojev bodisi za profesionalno avtonomijo bodisi za poslovno pobudo, bodisi za enake možnosti dostopa do pomembnih storitev ter za nadzor uporabnikov nad izvajanjem storitev (Rus 1996, 264). Kot že povedano, imata tako javni kot zasebni sektor svoje prednosti in pomanjkljivosti, predvsem pa različne interese delovanja. Naloga zdravstvene politike je tako učinkovito uravnavanje razmerja med javnim in zasebnim zdravstvom.

Najboljši model privatizacije bi bil tisti, pri katerem bi bilo vzpostavljeno ravnotežje med vsemi štirimi udeleženci procesov v zdravstvenem sistemu: managementom, uporabniki, državo ter zdravniki. Idealen model privatizacije v zdravstvu naj bi tako omogočal ravnovesje med misijo in dobičkom, socialno varnostjo in svobodno izbiro storitev, med usmerjenostjo v ljudi in stroko ter usmerjenostjo v dobiček med posameznikom ter njegovim vključevanjem v družbo (Gorjup 1999).

Idealnemu tipu privatizacije v zdravstvu v smislu vzdrževanja ravnotežja vseh štirih udeležencev se bi lahko po mnenju Gorjupove (1999) najbolj približali v kombinaciji:

- privatizirane izvajalske funkcije,



- državnega (oz. občinskega) lastništva stavb in opreme in
- javnega financiranja življenjsko pomembnih storitev.

*Glede na intenzivnost ločimo različne oblike privatizacije* (Rus v Beltram in drugi 1993, 37; Rus 1993, 139). V Tabeli 4.1. so različne oblike privatizacije klasificirane na:

- **prikrite**, kamor sodijo pogodbeni plani, menedžerske pogodbe in javne korporacije,
- **hibridne**, med katere uvrščamo koncesije, franšize, vavčerje in
- **popolne**, kot so lizing, prodaja delnic in delničarstvo zaposlenih (Employee Stock Ownership Plan - ESOP<sup>1</sup>).

Tabela 4.1: Najpogostejše oblike privatizacije

<b>PRIKRITE</b>	<b>HIBRIDNE</b>	<b>POPOLNE</b>
—	—	—
pogodbeni plani	koncesije	lizing
menedžerske pogodbe delnic	franšize	prodaja
Javne korporacije	vavčerji	ESOPs*

Vir: Savas v Rus (1993, 139).

#### 4.7.1 Prikrite oblike privatizacije

Med prikrite oblike privatizacije uvrščamo pogodbene plane, menedžerske pogodbe, javne korporacije, javna naročila in oddajo dejavnosti. Takšna oblika privatizacije pomeni vladno deregulacijo in ne prenosa lastništva na zasebni sektor. Država začasno pogodbeno odda upravljanje oziroma vodenje javnih zavodov, v svojih rokah pa zadrži razpolagalno lastninsko pravico (*ius disponendi*) in si tem povezani konstitutivno ter nadzorno funkcijo. S takim načinom vodenja (večja avtonomija) in upravljanja zavoda se doseže večja zanesljivost planiranja stroškov, večja učinkovitost porabe sredstev in učinkovitejša kontrola le-te. Tako javna naročila kot oddaja stranske dejavnosti sta primera v zavodih, torej domovih za starejše,

<sup>1</sup> Employee stock ownership plan – zaposleni del svojega dohodka vlagajo v delnice podjetja in lahko prevzamejo nadzor v podjetju

ki bosta obravnavana v nadaljevanju. Javna naročila so pogostejša praksa v javnih zavodih. Dobro bi bilo, če bi se tudi oddaja stranskih dejavnosti pojavljala pogosteje, saj bi se menedžment lahko usmeril na osnovno dejavnost (Rus 2001).

#### **4.7.1.1 Javna naročila**

Javna naročila so skupek dejanj, ki jih naročniki opravijo s ciljem gospodarne nabave blaga, storitev ali gradbenih del. Država mora težiti k racionalni porabi sredstev, saj bi se to v nasprotnem primeru izkazalo kot velikanska izguba za tako velikega kupca. V javno naročniških razmerij se na podlagi javnih razpisov zgolj odda naročilo za dobavo blaga, ki je predmet izvajanja dejavnosti javne službe, ne podeli pa se pravica za javne službe. K izvajanju javnih naročil so zavezani posredni in neposredni uporabniki državnega in lokalnih proračunov. To področje urejata dva zakona, in sicer Zakon o javnem naročanju in Zakon o javnem naročanju na vodnem, energetske, transportnem področju in področju poštne storitev (Rus 2001).

#### **4.7.1.2 Oddaja stranske dejavnosti**

Ko govorimo o oddaji dejavnosti (outsourcing<sup>2</sup>), imamo v mislih prenos nekdanjih notranjih dejavnosti na zunanega, zasebnega izvajalca. S tem se zasleduje cilj konkurenčnega izvajanja stranskih, podpornih dejavnosti. Javni zavodi pogosto oddajajo stranske dejavnosti, saj se na ta način vodstvo razbremeni in se ukvarja le s strokovnimi vidiki. Splošne prednosti outsourcinga so:

- *osredotočanje na lastno dejavnost*, saj menedžment več energije in časa vložijo v razvoj in izvajanje lastne dejavnosti. Ostale storitve, ki niso neposredno povezane z dejavnostjo podjetja, opravijo za to usposobljena podjetja in strokovnjaki;
- *profesionalna storitev*, saj jo izvaja strokovnjak s točno določenega področja;
- *manjša osnovna vlaganja*; končni uporabnik ima veliko manjša začetna vlaganja v nakup opreme, izobraževanje kadra, stroškov zaradi uvodnih težav, manj tveganja;
- *manjše kadrovske potrebe*, saj z najemom zunanjega izvajalca od njega prejmemo poleg znanja tudi osebje. Stroške zaposlovanja in izobraževanja je skrb in breme ponudnika in ne več breme uporabnika koristi;

---

<sup>2</sup> Pojem outsourcing je angleški kompozitni izraz, sestavljen iz treh besed, "outside" (nazaj), "resource" (vir), in "using" (raba), ki s spojitvijo v besedno zvezo pomenijo uporabljanje zunanjih virov oz. zunanje izvajanje dejavnosti.

- *amortizacija*, saj za redno vzdrževanje opreme skrbi ponudnik opreme (Rus 2001).

## 4.7.2 Hibridne oblike privatizacije

Med hibridne oblike privatizacije (imenovana tudi kvaziprivatizacija) štejemo koncesije, franšize in vavčerje. Pri kvaziprivatizaciji gre za intenzivnejšo obliko privatizacije, saj del lastninskih pravic (*Ius Utendi*) država v celoti prenese z javnih na zasebne izvajalce, razpolagalna pravica pa ostane javnemu sektorju. Država zadrži tudi del konstitutivnih in nadzornih funkcij (Rus 2001).

### 4.7.2.1 Koncesija

Koncesija javne službe pomeni pooblastilo in ne samo dovoljenje države (lokalne skupnosti) osebi zasebnega prava za izvajanje javne službe. Medtem ko se pri izdaji dovoljenja samo ugotavlja, da z vidika javnega interesa ni ovir za opravljanje določene dejavnosti oziroma so zanj izpolnjeni pogoji, pa se s koncesijo prenašajo na koncesionarje popolnoma nova pooblastila, ki jih sicer v civilnopравни sferi ne bi bilo mogoče opraviti. Koncesija ima pozitivno vsebino, saj koncesionarja zavezuje k izvajanju dejavnosti (Mužina 2004, 38).

Pri koncesijah gre za to, da bodisi država bodisi lokalna skupnost skleneta pogodbo z zasebnim izvajalcem o vrsti, obsegu, kakovosti in dostopnosti storitev (Domberger v Rus 1993, 40). Koncesija se praviloma podeljuje prek javnih natečajev, vendar je zelo pomembno, da naročnik ni pod vplivom lobijev oziroma političnih strank.

Na področju socialnega varstva koncesije poleg Zakona o socialnem varstvu opredeljuje tudi Pravilnik o koncesijah na področju socialnega varstva. Ta podrobneje določa način podelitve koncesije in pogoje, ki jih mora izpolnjevati koncesionar za podelitev, ter dokazila o njihovem izpolnjevanju, možnost poznejšega izpolnjevanja določenih pogojev in način njihove izpolnitve, trajanje koncesije za različne vrste storitev ter pogoje in omejitve podaljšanja, način dela komisije za koncesije, način sklenitve koncesijske pogodbe in njeno podrobnejšo vsebino, način plačevanja koncesionarja za storitve, ki jih opravlja na podlagi koncesije, poročanja koncesionarja koncedentu<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Koncedent je država oziroma občina

Koncesija se podeli za določen čas in sicer:

- za storitve prve socialne pomoči, osebne pomoči, pomoči družini na domu in pomoči družini za dom za 10 let;
- za storitev institucionalnega varstva:
  - v obliki celodnevne varstva ali v oskrbnem domu za 40 let,
  - v obliki dnevnega varstva ali v oskrbovanem stanovanju za 20 let in
  - za storitev vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji za 20 let.

Koncesija se pod pogoji in način, ki ga določa ta pravilnik, na predlog koncesionarja lahko podaljša, vendar največ za čas, za katerega je bila sklenjena koncesijska pogodba.

### **4.7.3 Popolne oblike privatizacije**

Popolna privatizacija (lizing, prodaja delnic in ESOP) pomeni prenos celotnih lastninskih pravic z javnega na zasebni sektor. Funkcija, ki ostane državi, pa je zagotavljanje enakih možnosti dostopa do storitev, ki so opredeljene kot javno dobro, ter s tem kontrola in nadzor nad izvajanjem.

Pri popolni privatizaciji javnih zavodov so najpogosteje uveljavljata bodisi lizing bodisi Esop, za kar Rus (1993, 51) navaja dva razloga:

1. Politične in socialne funkcije javnih zavodov so pomembnejše od ekonomskih funkcij, zato je treba zagotoviti učinkovito javno kontrolo nad privatiziranimi zavodi. Javni zavodi na področju družbenih dejavnosti imajo praviloma visoko kvalifikacijsko strukturo. V večini primerov je vrednost intelektualnega kapitala večja od finančnega oziroma materialnega.
2. Odkup javnih zavodov na podlagi knjigovodske vrednosti materialnih virov je najustreznejša oblika glede na naravo zavodov in sestavo njihovega kapitala. Do sedaj se v Sloveniji še ni zgodila popolna privatizacija doma za starejše občane.

#### **4.7.3.1 Lizing**

Lizing je ena izmed oblik postopne popolne privatizacije, ki so ob nerazvitem trgu kapitala primernejše kot enkratne oblike (Rus 1993, 49). Opredeljen je kot pogodbeno razmerje med

dajalcem in jemalcem lizinga, ko dajalec prepusti jemalcu v uporabo predmet za dogovorjeno časovno obdobje in mu tako prizna ekonomsko lastništvo, za kar jemalec plačuje obroke v času trajanja lizinga. Pri financiranju ločimo med finančnim in poslovnim (operativnim) lizingom. Glavna razlika med njima je, da po poteku obdobja lizinga pri finančnem lastnik nepremičnine postane jemalec lizinga, pri poslovnem oziroma operativnem pa lastnik nepremičnine ostane dajalec. Finančni lizing je primerljiv z dolgoročnim kreditom, poslovni pa z dolgoročnim najemom.

#### **4.7.3.2 ESOP**

ESOP (Employee Stock Ownership Plan) je lastništvo zaposlenih, ko je družba v celoti ali delno v lasti svojih zaposlenih. V ZDA so Esopi najbolj razširjena oblika lastništva zaposlenih, ki pa so bili ob enem najmanj demokratični v smislu kontrole, saj do nedavnega zaposleni delničarji niso imeli glasovalne pravice. Na ta način je bila to bolj oblika varčevanja kot lastništva, vendar so sindikati v 90.letih vplivali na izenačevanje pravic zaposlenih in drugih delničarjev (Kanjuo-Mrčela 1999,63). Gates in Saghir (v Kanjuo-Mrčela 1999, 64) definirata Esop kot mehanizem, ki za delničarstvo zaposlenih uporablja prihodnje dobičke poslovanja.

Motivi za to pa so:

- razpršitev lastništva,
- skrb za produktivnost in uspešnost podjetja,
- skrb za razmerja med delavci in menedžmentom in
- potreba po investicijah.

Zaposleni običajno dobijo delež družbe po določenem času trajanja zaposlitve, oziroma ko se zaposlijo za nedoločen čas, oziroma kupijo delnice ob vsakem času.

The ESOP Association (2009) predlaga, da se v procesu vzpostavitve ESOPA najprej razvije ideja za načrt, ki bo najbolje služila družbenim interesom. Družbe so ustvarile ESOP kot upokojitveni načrt za zaposlene za neprekinjenost poslovanja, financiranja, povečano motivacijo zaposlenih ali kot kombinacijo vseh.

#### ***4.8 Zasebnost v različnih zdravstvenih sistemih***

Delež zasebnega sektorja je v posameznih državah precej različen. Izoblikovala sta se dva koncepta glede na to, ali gre bolj za poudarek zasebni pobudi izvajalcev ali bolj za socialno naravnost države:

- **Zahodnoevropski koncept**; ki poudarja zasebnost z deležem 60 % - 100 %. Ta koncept uporabljajo naslednje države: Avstrija, Nemčija, Belgija, Francija, Irska, Italija, Švica, Luksemburg itd. Temu konceptu se v zadnjih letih približuje tudi del novih vzhodnoevropskih držav, pristopnic Evropske unije. Prisoten je v glavnem trendu povečevanja deleža zasebnih splošnih zdravnikov. Te države so Madžarska, Poljska, Slovaška, Češka itd.
- **Skandinavski koncept**, za katerega je značilen manjši delež zasebnih splošnih zdravnikov (pod 12 %), daje pa večji pomen javnemu zdravstvu, predvsem zaradi poudarjene socialne note. Uporabljata ga Finska in Švedska (Albreht 2005).

## 5 POLITIKA PRIVATIZACIJE DRUŽBENIH DEJAVNOSTI

Najprej bi si morali odgovoriti na preprosto, toda temeljno vprašanje; Čemu sploh privatizacija družbenih dejavnosti? Mar niso prednosti javnega urejanja teh dejavnosti večje od njenih slabosti? In naprej; ali so slabosti javnega sektorja že zadosten razlog za njegovo privatizacijo? Ali ne bomo s privatizacijo prišli z "dežja pod kap", se pravi, da bomo izgubili vse prednosti javnega sektorja in prevzeli vse slabe strani zasebnega? Ali nimajo bolj prav tisti, ki dajejo prednost revitalizaciji javnega sektorja pred njegovo odpravo in tveganim prehodom v zasebni sektor? Če je slabost javnega sektorja, da je pretog, da so njegovi programi preveč standardizirani in storitve preveč brezosebne, ali ni nujno, da poskusimo odpraviti najprej te njegove slabosti in s tem ohraniti prednosti, ki jih ima in zaradi katerih se je tudi razvil na začetku tega stoletja. Ali niso težave, v katere so zabredle družbene dejavnosti v nekdanjih vzhodnoevropskih državah, dovolj jasen znak, da moramo namesto privatizacije uveljavljati revitalizacijo javnega sektorja?

Če pa kljub pomislekom vztrajamo pri privatizaciji, ali ni naša dolžnost, da dovolj prepričljivo pokažemo, da so zdajšnje slabosti zasebnega. In še; da se teh slabosti z revitalizacijskimi programi ne da odpraviti.

S tem, da dokazujemo slabosti javnega sektorja in prednosti zasebnega, še nismo navedli dovolj razlogov za uveljavljanje privatizacije. Treba je tudi kolikor toliko prepričljivo dokazati, da so prednosti javnega sektorja v vsakem primeru manjše kot prednosti zasebnega sektorja. Značilnost večine besedil, v katerih se utemeljuje potreba po privatizaciji, se omejuje prav na to, da se enostransko poudarjajo slabosti javnega in rednosti zasebnega sektorja. Takšno enostransko utemeljevanje privatizacije lahko najdemo tudi pri avtorju tega besedila (Rus 1990; Rus 1993). Med redke izjeme pa lahko uvrstimo besedilo Davida Parkerja (1994), ki postavi pod vprašaj tudi prednosti javnega sektorja pri urejanju družbenih dejavnosti. Pod vprašaj postavi na videz povsem veljavno "ekonomijo javne izbire" (EJI), ki se ukvarja z naravo odločanja v javnem sektorju. Parker namreč zavrača Webrovo hipotezo o nevtralni naravi javne uprave in opozarja, da se s strankarskim sistemom ta nevtralnost vse bolj izgublja. Vladna politika je toliko bolj "sprivatizirana"(se pravi v službi zadovoljevanja interesov strank in drugih "distributivnih koalicij"), kolikor bolj imajo stranke v zakupu državo. Pri tem ne gre le za delne interese posamezne stranke, ampak tudi za skupne interese

vseh strank, da preživijo do naslednjih volitev in da delujejo tako, da se njihove možnosti za ponovno izvolitev čim bolj povečujejo. Zaradi tega je država vse manj zastopnik javnih interesov.

Alternativa je jasna: namesto omenjene neformalne izven pogodbene privatizacije javnega sektorja je boljša formalna, pogodbeno zavezana in s tem odgovorna privatizacija. Nobena formalno izpeljana privatizacija družbenih dejavnosti ne more privedi do takšne korupcije, kot jo povzroča neformalna privatizacija javnega sektorja.

Drugi razlog, zaradi katerega je prehod iz javnega v zasebni sektor pri urejanju družbenih dejavnosti nujen, je po Parkerju neučinkovitost javne lastnine. Pri tem ne gre samo za to, da je veliko težje vzpostaviti učinkovit sistem kolektivne odgovornosti kot sistem individualne odgovornosti ali celo "avtomatske odgovornosti", ki se uveljavlja z institutom dobička in izgube. Gre predvsem za to, da deluje javni sektor učinkovito le tedaj, ko z deregulacijo odpravlja monopole, se pravi, ko omejuje lastninska upravičenja. Država oziroma javni sektor je učinkovit le pri omejevanju lastninskih upravičenj in pri nadzoru nad zasebnim sektorjem, ni pa učinkovit tedaj, ko gre za to, da bi ta lastninska upravičenja spodbujal, se pravi, da bi jih uveljavljal kot sredstvo za podjetniško inovativnost.

Ta problem regulacije se v zadnjih desetletjih hitro zaostrojuje zaradi naraščajoče kompleksnosti in dinamičnosti produktivnega in reproduktivnega sektorja (zdravstvo, šolstvo). Naraščajoče negotovosti - ki je produkt obeh - pa ni več mogoče uspešno regulirati s pasivnim omejevalnim nadzorom, ampak jo je treba premagovati z dejavnim podjetniškim vodenjem.

Tretji razlog za privatizacijo je v tem, ker javni sektor uporabnike ločuje od plačnikov (Jackson in Price 1994). Če uporabnik ni hkrati plačnik, ni mogoče preprečiti prevelikega uporabnikovega povpraševanja po storitvah niti ni mogoče doseči, da se bo izvajalec storitve pretirano zanimal za to, kakšne so dejanske potrebe uporabnika in koliko je njegove potrebe zadovoljil s svojo storitvijo. Res pa je, da je mogoče z uvedbo vavčerjev v javni sektor ta problem omiliti.

Omenit je treba seveda tudi to, da z radikalno privatizacijo, ki temelji zgolj na trženju storitev, ni mogoče rešiti teh težav, ne da bi sprožili nove, nič manjše težave. Bistvo privatizacije na



področju družbenih dejavnosti torej ni v prehodu v "tržno stihijo", ampak v prehodu v pogodbeno razmerja med javnim in zasebnim sektorjem, ki omogočajo enakopravne partnerske odnose, vzajemen nadzor in institucionalizirano arbitražo. (kadar gre za kršenje pogodbenih določil). Pri tem ni bistveno, ali je pogodba sklenjena v obliki menedžerske pogodbe, v obliki franšize ali koncesije. Bistveno je, da postane urejanje družbenih dejavnosti "joint venture" oziroma vzajemna skrb partnerjev iz obeh sektorjev.

### ***5.1 Oblikovanje politike privatizacije***

Jasno politiko lahko oblikujemo le s hierarhijo ciljev. Če hierarhije ni in če so si cilji enakovredni, smo namesto jasne politike izoblikovali sistemski konflikt. Drugo merilo zadeva ustreznost. Pri tem gre najmanj za dve razsežnosti:

- a) za to, da upoštevamo vse pomembne cilje in hkrati samo pomembne cilje, in
- b) drugič, gre za ustreznost ciljev; razumemo jo tako, da so ti cilji,
  - b1) dovolj splošni, da lahko veljajo za celotno področje, ki ga politika zajema, ter
  - b2) da jih je mogoče operacionalizirati, se pravi meriti tako, da lahko z evalvacijo ugotovimo stopnjo njihove uresničitve.

Če so izhodiščni cilji lahko tudi merila ovrednotenja, imajo regulativno funkcijo, če pa se ne dajo meriti in če ne morejo postati hkrati tudi merila ovrednotenja, nimajo regulativne vrednosti, ampak so v najboljšem primeru le sredstvo za mobilizacijo članov organizacije.

Temeljne cilje privatizacije, ki so hkrati kriterij evalvacije, opredeljujejo različni avtorji različno, vendar pa se razlike med njimi zmanjšujejo. Soglasje je predvsem v tem, da v družbenih dejavnostih ne moremo uveljavljati samo ekonomskih ciljev, čeprav je uresničevanje teh lažje meriti kot neekonomskih. Zaradi tega so nehote v ospredju, kadar gre za evalvacijske analize. Posledica tega so prepogosto enostranske evalvacije, ki merijo ekonomske koristi, ne upoštevajo pa socialnih stroškov.

S privatizacijo ekonomski cilji pogosto prevladajo tudi v praksi. najpogostejši v tej zvezi je pojav, ki ga označujemo s "cream-skinnig"; pri tem gre za namerno selekcijo takšnih programov ali takšnih ciljnih skupin, ki prinašajo več dobička in manj stroškov, medtem ko se nasprotnim primerom izogibajo (Jackson in Price 1994).

Sicer pa se pogosto dogaja, da se tudi pri zgolj ekonomskih ciljih (oziroma merilih)

upoštevajo eni samo v javnem sektorju, drugi pa samo v zasebnem; tako se pogosto dogaja, da se proizvodna (ne)učinkovitost upošteva samo v javnem sektorju, alokativna pa samo v zasebnem. Posledice za urejanje so tudi v tem primeru lahko zelo resne: v prvem primeru je pozornost enostransko usmerjena v stroškovno varčevanje (cost cutting policy), v drugem pa je enostransko usmerjena v zniževanje cene (price cutting policy) (Jackson in Price 1994). Če povzamemo: v javnem in zasebnem sektorju moramo upoštevati socialne in ekonomske stroške storitev. Prav tako moramo upoštevati socialno in ekonomsko ceno storitev ne glede na to, ali gre za zdravstveno, izobraževalno, socialnovarstveno ali drugo storitev.

V tabeli 5.1 navajam klasifikacijo regulativnih ciljev dveh avtorjev, ki skušata vzpostaviti ravnotežje med socialnimi in ekonomskimi merili.

Tabela 5.1: Regulativni kriteriji družbenih dejavnosti

<b>Po Gormieju (1991):</b>	<b>Po Clarku (1994):</b>
- učinkovita alokacija virov	- gospodarnost programov oziroma storitev
- učinkovito zniževanje stroškov	- (stroški oz. vložki)
- uspešno doseganje ciljev	- učinkovitost ( ki se meri z razmerjem med vložki in rezultati)
- horinzotalna pravičnost (enakomerno porazdeljeni stroški in koristi)	- uspešnost (v doseganju zastavljenih ciljev)
- vertikalna pravičnost (izenačevanje ciljev med sloji)	- profesionalnost (tehnična ustreznost storitev)
- zanesljivost storitev	- pravičnost (oziroma korektnost v porazdelitvi stroškov in koristi)
- kakovost storitev	
- odgovornost do uporabnikov	
- legitimnost privatizacije	
- pooblaščenost (sodelovanje uporabnikov)	
- možnost izbire izvajalca (storitve)	

Vir: Rus (2001, 61).

## 5.2 Instrumenti privatizacije

Instrumenti so sredstva, s katerimi skušajo politična telesa uresničevati svojo politiko. Funkcija instrumentov je v tem, da povezujejo cilje politik z danimi pogoji. Instrumenti so ustrezni, če so hkrati sprejemljivi in uresničljivi. Sprejemljivi so tedaj, ko so skladni s cilji oziroma s hierarhijo ciljev, uresničljivi pa so tedaj, ko so skladni s pogoji, pod katerimi se morajo cilji uresničiti.

Če ta dvojna ustreznost z izbiro določenega instrumenta ni dosežena, pride neizogibno do:

- a. nenadzorovane, spontane spremembe ciljev (goal displacement) ali pa do
- b. systemskega konflikta med normami in pogoji realizacije ter posledično do neuspešnega uresničevanja ciljev.

Med tako imenovane posredne instrumente uvršča Salamon skoraj vse vrste financiranja, predvsem pa:

- *POSOJILNA JAMSTVA*: država jamči bankam ali drugim posojilodajalcem morebitno povrnitev sredstev, če jih posojilojemalec ne bo zmožen povrniti; jamstva pridejo v poštev predvsem pri štipendiranju na visokih šolah, v stanovanjskem gospodarstvu in pri novih tveganih (npr. raziskovalnih) projektih;
- *POMOČI*: dodeljujejo se glede na podrobno opredeljena splošna merila (Formula grants) ali pa se nanašajo na bolj okvirno opredeljene kompleksne dejavnosti (Block grants); v zadnjem času se uveljavljajo predvsem te druge, bolj okvirno opredeljene oblike pomoči;
- *INDIVIDUALNA POSOJILA*: gre za neposrednejše odločanje upravnih organov o dodeljevanju posojil za določeno dejavnost; najpogosteje gre pri tem za neposredno dodeljevanje štipendij, ki jih morajo prejemniki vračati, potem ko se zaposlijo;
- *DAVČNE OLAJŠAVE ALI IZJEME*: so vse pogostejši instrumenti posredne privatizacije;
- *KONCESIJE*: pomenijo javno financiranje zasebnih izvajalcev in so najpogostejši instrumenti privatizacije;
- *FRANŠIZE*: pomenijo podeljevanje javnih monopolov zasebnim izvajalcem pod določenimi pogoji;
- *PROJEKTNA POMOČ*: se nudi za izvedbo povsem določenega projekta, zasebnega izvajalca;
- *VAVČER*: pomeni posredno systemsko financiranje zasebnih izvajalcev prek vavčerjev za uporabnike.

- Med neposredne instrumente uvršča avtor naslednje;
  - *POMOČ V OBLIKI STORITEV*: pogosta je zlasti v nekdanjih državah realnega socializma, v katerih so se namesto finančne pomoči zagotavljale storitve oziroma "pomoč v naravi" (in kind);
  - *OMEJEVANJE DOSTOPA DO OPRAVLJANJA STORITEV*: praviloma se uvaja s podeljevanjem licence za opravljanje storitev zasebnih izvajalcev;
  - *NEPOSREDNA ZAKONSKA REGULACIJA*: storitvenih dejavnosti, ki jih izvajajo zasebniki, te se lahko uveljavlja tudi s prisilo (Rus 2001, 63).

## 6 PRIVATIZACIJA V ZDRAVSTVU

Nova zdravstvena zakonodaja iz leta 1991 je povzročila spremembe celotnega zdravstvenega varstva in zavarovanja zdravstvene dejavnosti ter omogočila začetek uvajanja zasebne zdravniške prakse. Poleg uvedbe zavarovalniškega modela ter nekaterih drugih novosti v ZZVZZ in v Zakonu o zdravstveni dejavnosti je bila zasebna praksa oz. zasebno izvajanje zdravstvene dejavnosti ena temeljnih novosti. Pred tem je bila ta dovoljena le izjemoma. Nov zakon je na široko odprl vrata koncesijskemu opravljanju zdravstvene dejavnosti (Dobnikar 2005).

Zdravniki lahko opravljajo zasebno dejavnost pod določenimi pogoji, ki so določeni v Zakonu o zdravstveni dejavnosti. Ti določajo, da mora imeti zasebnik zahtevano izobrazbo za opravljanje predvidene dejavnosti in je usposobljen za samostojno delo, da ni v delovnem razmerju (konkurenčna klavzula), da mu ni s pravnomočno sodbo sodišča prepovedano opravljanje zdravstvene službe oz. poklica, da ima zagotovljene ustrezne prostore, opremo in če zahteva narava dela, tudi ustrezne kadre, ter da pridobi licenco pristojne zbornice ali strokovnega združenja (Zakon o zdravstveni dejavnosti 2004).

V letu 2007 je ZZZS sklenil pogodbe skupno s 1.738 izvajalci, od tega z 224 javnimi zavodi in s 1.514 zasebnimi izvajalci s koncesijo. V celotnem obdobju od spremembe zdravstvene zakonodaje se je število zasebnih izvajalcev povečevalo najhitreje med leti 1994 in 2000 ter ponovno po letu 2004. Na primarni ravni je trenutno ena tretjina koncesionarjev, večina je organiziranih v samostojne prakse, ki so del sistema javnega zdravstvenega varstva (Poslovno poročilo ZZZS 2008).

Poleg števila zasebnih izvajalcev je pomemben obseg storitev, za katerega sklepajo koncesionarji pogodbe z ZZZS; le-ta v delu, ki ga vsako leto opravijo zdravniki s koncesijo in zdravstveni zavodi na račun zdravstvenega zavarovanja, ne sme presegati finančnih okvirov, ki jih za posamezno leto določa dogovor med partnerji in omogoča prispevna stopnja za zdravstvo. To pomeni, da zdravstveni zavodi z odhodom zdravnikov in drugih zaposlenih med zasebnike izgubijo ustrezen obseg dogovorjenega programa dela, ker se izvaja v drugi organizacijski obliki. Delež zasebnikov finančnih sredstvih za vse zdravstvene storitve v letu 2007 po podatkih ZZZS izkazuje 13,8 % programa, javni zavodi pa so izvedli 86,92 % vrednosti programa (Poslovno poročilo ZZZS 2008).

## ***6.1 Problemi povezani z uvajanjem zasebne dejavnosti v slovensko zdravstvo***

Ovire za proces privatizacije se pojavljajo tako na strani ponudbe kot povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Med dejavnike ponudbe spadajo pomanjkanje znanja in izkušenj ter še pomembnejše, pomanjkanje kapitala. Omejitve na strani povpraševanja pa predstavljajo majhna kupna moč prebivalstva. Omejitev pa predstavlja tudi širok obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, zaradi česar je težko pričakovati, da bodo ljudje za storitve, ki jih lahko dobijo brezplačno in so del obveznega zavarovanja, pripravljeni zasebnikom plačevati polno ceno (Kamnar 1992).

### **6.1.1 Možnosti za« čiste« zasebnike**

Kapital v primeru kvaziprivatizacije ne predstavlja nepremagljive ovire, saj zasebnikom s koncesijami prostore in opremo lahko zagotavljajo javni zavodi, za katere zasebniki plačujejo najemnino. Za »čiste« zasebnike, ki sredstva nujno potrebujejo za pridobitev ustreznih prostorov ter nakup drage tehnične opreme, pa lahko kapital predstavlja zelo veliko oviro (Kamnar 1992). Ker opravljanje zdravstvene službe predstavlja nedobičkonosna dejavnost, se postavlja tudi vprašanje, ali in kdaj se naložbe v javno službo sploh povrnejo. Zasebne naložbe v javne službe so zato ekonomsko manj privlačne, posojila pa za posojilodajalca visoko tvegana in nezanesljiva (Česen 1999).

Omejitve za razvoj »čistega« zasebnništva obstajajo tudi na strani povpraševanja. Kot že omenjeno, je tudi prostor za razvoj pravega privatnega sektorja razmeroma majhen in omejen predvsem z ekonomsko močjo prebivalstva na eni strani ter širokim obsegom pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter z javnimi zdravstvenimi zavodi na drugi strani (Kamnar 1992).

Vse to so razlogi, da je pravih zasebnikov v Sloveniji zelo malo, pojavljajo pa se predvsem na področju zobozdravstva. Regulacija na področju zdravstvene dejavnosti pa omogoča velik obseg koncesionarskega opravljanja storitev ter bistveno manjši obseg prave privatizacije.

»Čisti« zasebniki oz. pravi privatni sektor naj bi tako v prihodnosti deloval predvsem kot alternativa oz. dopolnilna dejavnost javni zdravstveni službi. Predstavljal naj bi dodatno ponudbo zdravstvenih storitev za tiste, ki to ekonomsko zmorejo, ne pa ponudbo za nujne potrebe prebivalstva. Gre predvsem za ponudbo, ki naj bi predstavljala predvsem boljšo

kvaliteto storitev ter omogočala krajše čakalne dobe (Kamnar 1992).

### **6.1.2 Zasebnik v mreži javne zdravstvene službe**

Teoretično so sicer pogoji zaposlovanja koncesionarjev in zdravnikov zaposlenih v javnem zdravstvu enaki, vendar pa se koncesionarji v praksi, pogojev, ki jih vsebuje koncesijska pogodba, velikokrat ne držijo. Poleg tega pa njihovega ravnanja nihče sistematično in redno ne nadzoruje.

#### ***Najpogostejše kršitve zasebnikov so naslednje:***

1. Predpisano je, da mora imeti zdravnik medicinsko ekipo, zasebniki pa se tega pravila ne držijo in zaradi prihrankov zaposlijo minimalno število zdravniškega osebja. Z odhodom zdravnikom med zasebnike ZZZS odšteje pripadajoče število zdravstvenih delavcev, ki pa skoraj vedno ostanejo v zavodu. Ker zasebniki ne prevzamejo kadrov, prihaja do viška kadra v javnih ustanovah (Arnež 2000).
2. Zasebniki se ne držijo pravil, po katerih bi morali svojim pacientom nuditi neprekinjeno zdravniško pomoč. Poleg tega bi se morali zasebniki vključevati v dežurstva ter nujno medicinsko pomoč, vendar se to ne dogaja. Problemi nastajajo tudi pri medsebojnem nadomeščanju v času rednih letnih dopustov, bolezni ter strokovnega izobraževanja.
3. Medtem, ko javni zavodi poslujejo po knjigovodskih in računovodskih predpisih, ki veljajo za javne zavode, poslujejo zasebniki po predpisih, ki veljajo za samostojne podjetnike. Pri tem morajo javni zavodi upoštevati vse kolektivne pogodbe, zasebnikom to ni potrebno. Čeprav je znano, da koncesionarji ne namenjajo za davke in prispevke enakih sredstev, kot jih imajo s standardizacijo priznane v ceni svojih storitev, tega problema država še ni rešila (Židanik 2005).
4. Problem predstavlja tudi dejstvo, da ZZZS vsako leto najprej sklene pogodbe z zasebniki koncesionarji, kader in program pa odšteje javnim zavodom, čeprav bi ti lahko ponudili nižjo ceno in kvalitetnejše storitve. ZZZS bi moral namesto tega vzpodbujati konkurenčnost tudi z javnimi razpisi ter podpisi pogodb s kvalitetnejšimi in cenejšimi izvajalci (Židanik 1999).

### **6.1.3 Konkurenčna klavzula**

Zakon o zdravstveni dejavnosti od izvajalca, ki želi pridobiti koncesijo, zahteva, da ni v delovnem razmerju. V Sloveniji tako popoldansko delo ni dovoljeno, kar ni v skladu z običajno prakso evropskih držav. Zasebno popoldansko delo v zahodnoevropskih državah dviguje ugled ustanove, v elitnem popoldanskem času prihajajo premožnejši pacienti, ki večino storitev plačajo iz lastnega žepa (evropske zavarovalnice za take aranžmaje pacientom ne povrnejo polne cene storitev). S takim ravnanjem pa se krajšajo tudi čakalne dobe za posamezne posege in preglede v dopoldanskem času (Rus 1996, 125). Nezdržljivost opravljanja javne in zasebne zdravstvene službe tako predstavlja nevarnost, da javne zdravstvene zavode zapustijo kvalitetni zdravniki, ki bodo proti plačilu cele vrednosti zdravstvenih storitev na voljo le premožnejšim (Kamnar 1992, 291).

Poleg tega ta odločba sili v pollegalno popoldansko ordiniranje tiste izvajalce, ki ne želijo izgubiti stika z zadnjimi dosežki svoje stroke, z napredkom na področju tehnologije in diagnostike ter vsem drugim, kar omogoča zaposlitev v javnih ustanovah, hkrati pa želijo izboljšati svoj materialni položaj (Rus 1996, 125).

## **6.2 Podeljevanje koncesij**

Koncesije so se v preteklosti podeljevale nekontrolirano. Podeljene so bile vsakemu zdravniku, ki je zanj zaprosil, praviloma zdravnikom v najbolj produktivnem življenjskem obdobju, z največjo glavarino in v okolju s koncentriranim prebivalstvom, kjer ni obstajala nevarnost, da ne bi imeli zdravniki dovolj storitev (Židanik in Košir 1999). Koncesije se niso razpisovale na demografsko ogroženih območjih, v regijah s pomanjkanjem kadra ter tam, kjer so bili ljudje nezadovoljni s kakovostjo in dostopnostjo zdravstvenih storitev.

Tudi današnji sistem podeljevanja koncesij v zdravstvu je neustrezen. To še posebno velja za bolnišnične zdravnike, kjer bi ponekod odhod samo enega zdravnika lahko ogrozil delovanje celotnega oddelka (Zajc 2005). Pri podeljevanju koncesij se velikokrat odloča od primera do primera, brez javnih razpisov in pravičnih pravil, občine pa s podeljevanjem ne prevzemajo nikakršne odgovornosti glede nadaljnjega poslovanja zavodov. Zaradi nepremišljenega podeljevanja koncesij se tako vzpostavlja neenakopraven položaj zaposlenih v zdravstvu ali



tistih, ki hočejo postati koncesionarji. Pri podeljevanju koncesij tudi niso zagotovljeni dodatni finančni viri oz. širitev mreže, javne finance pa se praviloma preusmerjajo na zasebno področje. Računsko sodišče tudi nima pristojnosti, da bi nadziralo, kako porabljajo javna sredstva koncesionarji in »čisti« zasebniki (Gačéša 2005, 9).

Problem predstavlja tudi že omenjena določba, da koncesije podeljujejo občine. Zaradi neenotnih kriterijev in neenotne uporabe obstoječih pravnih podlag je tako podelitev koncesije pogosto odvisna od dobre volje župana, lobijev občinske uprave, pristojne za zdravstveno varstvo, in drugih interesov. Problemi nastajajo tudi zaradi nasprotujočih si interesov med občinami in v okviru občin, nekatere občine podelijo koncesijo (skoraj) vsem prosilcem, druge nikomur (Dobnikar 2005, 464 - 471).

Rešitve problema v zvezi s koncesijami Arnež (2000) ne vidi v omejevanju njihovega podeljevanja, mora pa država sama vedeti, do katere meje ji je zasebnštvo v pomoč in kdaj postane breme. Zasebnštvo mora potekati nemoteno, vendar nadzorovano, vlada pa mora zagotoviti enakopravnost pri podeljevanju koncesij. Skupaj s strokovno javnostjo mora popraviti smernice za spremembe in razvoj zdravstvenega sistema ter določiti ustrezno razmerje med javnim in zasebnim (Gačéša 2005, 9).

## 7 PODJETIZACIJA JAVNIH BOLNIŠNIC

Bolnišnice predstavljajo tisti del državne blaginje, ki je za Slovenijo najdražji, zato bi imela vsaka učinkovitejša in racionalnejša alokacija virov na tem področju pozitivne učinke na razbremenjevanje javnih izdatkov (Rus 1996, 169). Prav te učinke pa bi dosegli s podjetizacijo bolnišnic.

S podjetizacijo bolnišnic bi posodobili organizacijski model bolnišnic, prišlo bi do decentralizacije upravljanja ter povečane avtonomije ob povečani odgovornosti bolnišničnih vodstev. Podjetizacije bolnišnic ne gre razumeti kot razvoja v smeri ohlapnejšega nadzora bolnišnic ali celo odpravljanja javnega nadzora nad njimi. Gre namreč za učinkovitejšo prerazdelitev funkcij med državnimi organi ter nedržavnimi subjekti na eni strani ter izpostavljanje javnih bolnišnic kvazi trgu na drugi strani (Rus 1996).

Če hoče javni sektor bolj slediti razvojnim trendom nejavnega sektorja, si mora pač sposoditi oblike in metode upravljanja, ki so se v zadnjem stoletju razvijale v zasebnem sektorju. To pomeni, da mora na nekaterih področjih opuščati birokratske modele in uvajati podjetniške modele. Ne sme se izčrpavati izključno s tako imenovano "racionalizacijo" upravljanja, ampak si mora bolj prizadevati za odkrivanje novih priložnosti. Racionalizacija upravljanja v smislu nenehnega vsesplošnega omejevanja stroškov namreč ne more niti približno toliko prispevati k večji učinkovitosti in uspešnosti državnega upravljanja kot podjetizacija, ki je razumljena kot "inovativni menedžment" (Drucker 1990). Podjetizacija države je ključno razvojno vprašanje, saj je očitno da razvojna moč skandinavskih držav prav nič ne zaostaja za vzhodnoazijskimi tigri, čeprav prve porabijo čez polovico BDP, druge pa le eno tretjino. Težava torej ni v količini sredstev, ki jih porabi država, ampak v njihovi kakovostni porabi.

Podjetizacija državne uprave danes ni več tvegano eksperimentiranje, saj se Slovenija lahko marsičesa nauči iz desetletnega izkustva, ki se je kopičilo ob uvajanju novega javnega menedžmenta v anglosaksonske in skandinavske države. Najpomembnejši proces, ki poteka ob uvajanju novega javnega menedžmenta, je privatizacija, vendar se pri tem ne misli le na privatizacijo državnih ali javnih sredstev, ampak tudi na privatizacijo kot "menjavo enega aranžmaja, za katerega je značilna visoka udeležba države, z drugim z manjšo udeležbo

države" (Savas 2000, 107). Gre torej za razdržavljanje družbene regulacije z uvajanjem številnih novih aranžmajev, v katerih ima večjo vlogo civilna družba. Med tovrstne aranžmaje uvršča Savas predvsem koncesijske pogodbe med javnim in zasebnim sektorjem, franšize, vavčerje, nakupe storitev, prodajo sredstev, financiranje prostovoljnih organizacij in financiranje samoprodukcije storitev.

Nekateri aranžmaji so primernejši za individualne, drugi pa za kolektivne storitve. Tako so na primer za kolektivne storitve primernejše koncesije in pogodbe s prostovoljnimi organizacijami, za individualne storitve pa vavčerji in tržna regulacija. Pri tem je treba poudariti, da se neracionalnost javnega sektorja kaže predvsem v vse večjem deležu sredstev, ki je namenjen zadovoljevanju individualnih storitev, in vse manjšem deležu sredstev za zadovoljevanje kolektivnih storitev. Tako je šlo npr. v ZDA ob koncu devetdesetih let kar 57% vseh federalnih sredstev za zadovoljevanje individualnih storitev, trideset let prej pa le 27% vseh federalnih sredstev. Privatizacija na področju individualnih storitev je torej več kot primerna ne glede na to, kakšni aranžmaji se bodo pri tem uveljavili. Poleg tega s privatizacijo na področju individualnih storitev odpravljamo enega od glavnih vzrokov za krizo sodobne državne blaginje.

Če je prvo polovico 20. stoletja zaznamovala rast javnega sektorja na račun zasebnega in če je konec tega stoletja potekal v obratni smeri - v znamenju privatizacije javnega sektorja, se na začetku novega, 21. stoletja bolj ali manj spontano in neopazno uveljavlja nov upravljavski vzorec, ki bi ga lahko označili kot sodelovanje med javnim in zasebnim sektorjem.

Sodelovanje med javnim in zasebnim sektorjem je dvosmeren proces, ki poteka tako, da se izločajo nekatere dejavnosti iz javnega v zasebni sektor in uvajajo nekatere menedžerske metode v javni sektor. Obojestransko korigiranje pospešuje zблиževanje teh dveh sektorjev, to pa olajšuje njuno medsebojno sodelovanje in s tem omogoča sinergijske učinke.

Prav tako pa lahko zблиževanje med javnim in zasebnim sektorjem povzroča tudi zelo velike negativne posledice, bodisi s tem, da en sektor kolonizira drugega, bodisi da zaradi zabrisanih mej med sektorjema nastaja hotena ali nehotena korupcija. Koiiman je omenjene dvosmerne procese označil z neoinstitucionalizmom in s sociopolitičnim upravljanjem. V prvem primeru gre za to, da se hkrati z uvajanjem menedžerskih metod iz zasebnega sektorja vnaša v javni sektor tudi soupravljanje predstavnikov civilne družbe, v drugem primeru pa za to, da se z

izločanjem storitvenih dejavnosti širi tudi državni nadzor na pridobitne, nepridobitne in prostovoljske organizacije, če te opravljajo vlogo javnih služb (Rus 2001).

Neravnotežje med tema dvema procesoma ima lahko zelo velike posledice bodisi v smeri prevlade javnega sektorja med zasebnim sektorjem ali pa obratno. Če prevlada neokonstitucionalizem, se lahko zgodi, da se prek predstavnikov civilne družbe v svetih javnih teles ali državnih organov uveljavljajo delni interesi na račun javnega interesa, ki ga sicer mora ščititi in uveljavljati država. Če pa prevlada novi model socialnopolitičnega upravljanja, se lahko zgodi, da se nadzor države začne širiti nad civilno družbo.

Pod določenimi kulturnozgodovinskimi okoliščinami se lahko obe možnosti pojavljata v obeh primerih, zato lahko naši hipotezi posplošimo, tako da rečemo; če v teh procesih prevlada državna ali javna uprava nad civilno družbo, pride do politizacije civilne družbe, če pa prevlada civilna družba, lahko korporativizem (in distributivne koalicije, ki stojijo za njim) postavi pod vprašaj obstoj javnega interesa, brez katerega nista mogoči niti minimalna socialna integriteta niti politična legitimitet države (Rus 2001).

Tako javni kot zasebni sektor imata svoje prednosti in slabosti. Tudi v sistemu socialnega varstva v Sloveniji se uvajajo tržni mehanizmi. Slovenija se tako postopoma vključuje v tretji val privatizacije, prihodnji razvoj strokovnih socialnih mrež pomoči naj bi vsem, ki bodo iskali strokovno pomoč, zagotovil večjo izbiro med različnimi storitvami.

*Kaj sili zdravnike, da se odločajo za zasebno dejavnost?*

Predvsem nemoč managementa javnih zavodov, da bi nagrajeval zaposlene v skladu z njihovim prispevkom pri obravnavi pacientov.

Neprofitno naravnani javni zavodi, ki morajo morebitni dobiček prelivati v razširjeno reprodukcijo in nove programe, imajo le minimalne možnosti za stimulacijo dobrih delavcev. Izhodiščna plača je določena, razredi in način napredovanja prav tako, za stimulacijo je na voljo 2 % skupne mase plač oziroma 20 % individualne stimulacije, nadurno delo je z zakonom omejeno (Židanik 1995).

Zato zaposlenega v javnem zavodu stroški praviloma ne zanimajo. Srb za pacienta je v ospredju, blagohotna opozorila po racionalnejšem obnašanju pa jemlje kot vmešavanje v

stroko. Ob prehodu v zasebno dejavnost postane njegova prva skrb strošek in ustvarjanje dobička. Zmanjšuje režijo, minimizira pri sebi zaposleni kader, krči tiste laboratorijske storitve, kjer se pojavlja kot plačnik oziroma je širokogruden do napotitev tistih, katerih plačnik je ZZZS, je restriktiven do ampuliranih zdravil in sanitetnega obvezilnega materiala, drage paciente pa hitro napoti na sekundarno raven (Židanik 1995).

Postane tržno naravnani v bolezen in storitve, drage hišne obiske zreducira na minimum, uvaja različna doplačila, izvaja nadstandardne in samoplačniške storitve. Pri tem ima idealne pogoje tako specialist zasebnik kot zobozdravnik, ki si iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja ustvarita nekajtedensko čakalno dobo s korektno vodeno čakalno knjigo, zato jima ni težko prepričati bolnega, da raje koristi samoplačniške storitve, kot da počaka na redno vrsto. Marsikateri koncesionar razširi svojo ponudbo tudi z zdravstvenimi storitvami, ki jih pri njem opravljajo bolnišnični specialisti (Židanik in Košir 1999).

Zanimivo je, da so morali javni zavodi ukinjati samoplačniške ambulante, saj je bila teza Ministrstva za zdravje, da si umetno ustvarjajo čakalne dobe, da lahko preusmerjajo paciente v samoplačniške storitve, Vendar obstajajo tudi v načinu poslovanja razlogi, da lahko ob enakih standardih in istem obsegu financiranja dosežajo boljše finančne rezultate.

Medtem, ko javni zavodi poslujejo po knjigovodskih in računovodskih predpisih, ki veljajo za javne zavode, poslujejo zasebniki po predpisih, ki veljajo za samostojne podjetnike. Pri tem morajo javni zavodi upoštevati vse kolektivne pogodbe, kateri uresničevanje budno nadzorujejo sindikati v zdravstvu. Ti so v preteklosti, predvsem zaradi nizkih plač zaposlenih v zdravstvu, izbojevali nenormalno veliko ugodnosti, ki danes bistveno dražijo delo v javnih zavodih. V Evropi smo na vrhu pravic glede trajanja letnih dopustov in odsotnosti zaradi izobraževanja delavcev. Vse te odsotnosti je ob pomanjkanju kadra potrebno pokrivati z nadurnim in pogodbenim delom, kar seveda dodatno draži stroške javnih zavodov. Plačnik storitev (ZZZS) tega ne upošteva, ima pa sam tudi posredno korist, saj dobi za enak obseg opravljenih storitev za pol več sredstev, ki se stekajo v zdravstveno blagajno v obliki prispevkov, posledično pa je tudi temu primerno višje plačana dohodnina. Nadalje javni zavodi dosledno nakazujejo prispevke v sklad pokojninsko invalidskega zavarovanja, zdravstvenega zavarovanja, za zaposlovanje in porodniško varstvo, za poškodbe pri delu in poklicne bolezni (Židanik in Košir 1999).

Čeprav se »država« že leta zaveda, da zasebnik – koncesionar ne namenja za davke in prispevke enakih sredstev, kot jih ima s standardizacijo priznane v ceni svojih storitev, ni sposobna tega problema razrešiti. Kako naprej? Mogoče bi se bilo potrebno vprašati, ali bi bil ob izenačenem načinu poslovanja in posledično manjšem dobičku še vedno interes kolegov po zasebni praksi, ali ne bi bilo mogoče bolje iskati rešitve v fleksibilnejšem nagrajevanju v javnih zavodih. Pri tem bi zadržali uravnotežen mešani sistem in možnost konkurenčne izbire (Židanik 1995).

Cilj Ministrstva za zdravje je tudi vzpodbujanje javno – zasebnega partnerstva. Pomembna predpostavka v ureditvi razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu je določitev in obnavljanje mreže javne zdravstvene službe z določitvijo normativov in meril (Bručan 2005b, 459–460). Država mora pred nadaljnjo privatizacijo izboljšati tudi davčno zakonodajo, določiti mrežo zasebnikov in vsebino sklenjenih pogodb, določiti strokovne standarde zdravniških storitev in strogo razmejiti javno zdravstveno službo od zasebne dejavnosti za samoplačnike.

V prihodnosti se bo moral bolj kot doslej razvijati tudi javno – zasebni sistem. Ker je denarja v zdravstvu premalo in ga z javnimi sredstvi ni mogoče zbrati, ga bo potrebno zbirati z zasebnimi sredstvi. Rešitev predstavlja povečanje deleža zasebnih sredstev, kar pomeni več prostovoljnih zavarovanj, neposrednih plačila storitev in participacij pri obiskih zdravnika in pri receptih (Zupančič 2005a, 7 - 8). Možna naj bi bila tudi izbira različnih zdravstvenih zavarovanj. S tem namenom je bil sprejet tudi Zakon o izravnalnih shemah, s katerim so se uredila razmerja med zavarovalnicami (Zupančič 2005c, 3 - 4).

## 8 EMPIRIČNI DEL

### *8.1 Namen raziskave*

Namen raziskave je ugotoviti, kako in v kateri psihiatrični ambulanti so pacienti bolj zadovoljni z zdravstveno obravnavo. Ali je to v ambulanti v javnem sektorju, ali je to v ambulanti na koncesijo, ali je to v samoplačniški ambulanti?

Z raziskavo sem želela pridobiti informacije o tem, koliko so pacienti zadovoljni pri njihovem prvem stiku z zdravstvenim osebjem, o odnosu zdravstvenega osebja do pacientov, o poteku obravnave, trajanju obravnave, prostorski ureditvi ambulante, čistoči prostorov in informiranosti pacienta.

### *8.2 Osnovna teza in metoda za njeno preverjanje*

***H1: Pacienti v koncesijski ambulanti so bolj zadovoljni z zdravstvenimi storitvami kot v ambulanti v javnem sektorju in v samoplačniški ambulanti***

Eden izmed kazalnikov kakovosti je zadovoljstvo bolnika, ki ga opredelimo kot izraženo uporabnikovo dožemanje lastne izkušnje z zdravstveno oskrbo, s posameznim izvajalcem, z zdravstveno ustanovo v celoti ali z njenim delom in s sistemom zdravstvenega varstva (Kersnik 2003).

Zadovoljstvo bolnikov je pomemben cilj zdravstvene oskrbe in se odraža v končnem izidu. Končni izid lahko opredelimo kot spremenjeno zdravstveno stanje ali pa so izidi bolj neposredne narave (npr. napotitev, izstavitev recepta, izvedba posega ali občutena škodljivost). Zadovoljstvo bolnikov je v veliki meri pogojeno z učinkovitostjo in uspešnostjo izvajanja postopkov in ga lahko opredelimo kot skladnost med pričakovanji bolnika glede zdravstvene oskrbe ter resničnostjo, ki jo doživlja (zadovoljstvo ali nezadovoljstvo z zdravstvenim izidom, medosebni odnosi z izvajalci zdravstvenih storitev, zdravstveno ustanovo v celoti ali njenim delom in s celotnim sistemom zdravstvenega varstva) (Česen 2003; Tomšič in drugi 2004; Gazvoda 2004).

Stopnja zadovoljstva je odvisna tudi od zdravstvenega stanja bolnika, saj nanjo vpliva neugoden potek bolezni oziroma slabo odzivanje bolezni na zdravljenje (Skela Savič 2002).

Bolniki so z zdravstveno oskrbo zadovoljni, če temelji na vrednotah, kot so razumevanje, odkritost in zaupanje, ki pa jih podpira in vzdržuje tudi celoten zdravstveni sistem (Goričan 2011).

### **8.2.1 Anketni vprašalnik**

Z anketo, ki je metodološki inštrument merimo zadovoljstvo pacientov v treh različnih vrstah psihiatričnih ambulant.

Anketa je standardizirana in je namenjena pacientom v specialističnih ambulantah v treh različnih sektorjih. To so javni sektor, koncesijska ambulanta in samoplačniška ambulanta.

Z anketo smo skušali zbrati podatke o tem, kakšne so izkušnje pacientov v različnih vrstah psihiatričnih ambulant. Vprašanja v anketi smo zastavili v skladu z različnimi vsebinskimi sklopi, za katere menimo, da so pomembni za celotno izkušnjo v ambulanti. Ti sklopi so obravnavali naslednja področja:

- a kakšen je bil sprejem v ambulanto;
- b1 kako so paciente obravnavali zdravniki;
- b2 kako so paciente obravnavale medicinske sestre;
- c kako so bili pacienti zadovoljni s potekom zdravljenja;
- d kako so bili pacienti zadovoljni z ambulantnim okoljem;
- e kako so pacienti ocenili odhod iz ambulante.

Anketirani so odgovarjali na zaprta vprašanja z dvema ali več možnimi odgovori.

Zadovoljstvo je v anketnem vprašalniku definirano oziroma zadovoljstvo razumemo kot:

#### **SKLOP A: SPREJEM V AMBULANTO**

1. Pri prvem vprašanju razumemo večje zadovoljstvo, ko so pacienti sprejeti kot nujni primer, zaradi tega, ker v tem primeru pridejo takoj na vrsto za pregled in pogovor pri psihiatru. Opažamo, da nekateri pacienti prihajajo z napotnico, kjer je stopnja nujnosti 1 velikokrat ravno iz razloga, ker so seznanjeni z dolgo čakalno dobo, ki je dolga tudi po več mesecev. Manjše zadovoljstvo pa ocenjujemo pri načrtovanem sprejemu zaradi



načrtovane diagnostike in/ali zdravljenja, ker pridejo pacienti na vrsto šele po nekaj mesecih čakanja na pregled za specialista psihiatra.

2. Pri drugem vprašanju ali so sodelovali pri dogovoru datuma njihovega sprejema v ambulanti in sicer v primeru, da so pri 1. vprašanju označili načrtovani sprejem, pa je večje zadovoljstvo, če je bil odgovor pritrdilen, kar pomeni, da so pacienti lahko izrazili svoje želje glede dneva, datuma in ure prihoda.
3. Pri tretjem vprašanju pomeni večje zadovoljstvo, če so pacienti odgovorili z ne, kajti to pomeni, da so planirani pregledi bili izvedeni takrat, ko so bili pripravljene za to in manjše zadovoljstvo, če so odgovorili z več kot enkrat, ker to pomeni, da so planirani pregledi bili prestavljeni na druge dneve, posledično morajo zato pacienti takrat zopet planirati ves svoj urnik in obveznosti.
4. Pri četrtem vprašanju kjer sprašujemo, če so dobili dovolj informacij o svojem zdravstvenem stanju in nadaljnji obravnavi v ambulanti, je bilo kot večje zadovoljstvo obravnavano, če so pacienti odgovorili z da oziroma pritrdilno, kar pomeni, da so lahko vprašali vse tisto, kar jih je zanimalo in kot nezadovoljstvo, če so odgovorili z ne.
5. Pri petem vprašanju je obravnavana dimenzija časa in večje zadovoljstvo razumemo, če so pacienti čakali manj kot eno uro in manjše zadovoljstvo, če so čakali več kot dve uri.

### **SKLOP B1: KAKO SO VAS OBRAVNAVALI ZDRAVNIKI**

6. Šesto vprašanje se nanaša na obravnavo, ki so jo bili pacienti deležni s strani zdravnika psihiatra. Večje zadovoljstvo pomeni, če so jih zdravniki obravnavali zelo prijazno in nezadovoljstvo pri pacientih pomeni, če so jih zdravniki obravnavali zelo neprijazno.
7. Pri sedmem vprašanju, kjer sprašujemo, če so pacienti na vprašanja, ki so jih zastavili zdravniku, dobili odgovore na njim razumljiv način, ocenjujemo, da je večje zadovoljstvo, če so odgovorili vedno in nezadovoljstvo, če so odgovorili nikoli.
8. Osmo vprašanje sprašuje, če so se pacienti, ko jih je kaj skrbelo lahko o tem tudi pogovorili z zdravnikom. Ocena večjega zadovoljstva pomeni takrat, ko so pacienti odgovorili z vedno in manjše zadovoljstvo, če so pacienti odgovorili z nikoli.
9. Deveto vprašanje je podobno osmemu, tudi tu pomeni večje zadovoljstvo takrat, ko so se pacienti lahko pogovorili z zdravnikom, če so se česa bali in na to odgovorili z vedno in nezadovoljstvo, če so odgovorili z nikoli.
10. Pri desetem vprašanju, kjer jih sprašujemo, če so bili zadovoljni z celotnim postopkom pri zdravljenju, je kot večje zadovoljstvo razumljeno, če so pacienti odgovorili z pritrdilnim odgovorom in nezadovoljstvo, če so pacienti odgovorili z negativnim odgovorom.

11. Pri enajstem vprašanju sprašujemo paciente, če jim je zdravnik zagotovil zasebnost pri pogovoru in ocenjujemo, da je večje zadovoljstvo, če so odgovori z da in manjše zadovoljstvo oziroma nezadovoljstvo, če so odgovorili z ne.
12. Pri dvanajstem vprašanju sprašujemo paciente, če jim je zdravnik zagotovil možnost individualnega pogovora in ocenjujemo, da je večje zadovoljstvo, če so odgovori pritrdilni in nezadovoljstvo, če so odgovorili z ne.
13. Pri trinajstem vprašanju sprašujemo, če so kdaj zdravniki pred njimi govorili, kot, da jih ni in ocenjujemo da je večje zadovoljstvo, če so pacienti odgovorili z nikoli in kot nezadovoljstvo, če so pacienti odgovorili z vedno.

## **SKLOP B2: KAKO SO VAS OBRAVNAVALE MEDICINSKE SESTRE**

14. Pri štirinajstem vprašanju, kako so jih obravnavale medicinske sestre je kriterij za večje zadovoljstvo, če so pacienti odgovorili zelo prijazno in kriterij za izraženo nezadovoljstvo, če so pacienti odgovorili zelo neprijazno.
15. Pri petnajstem vprašanju, če so pacienti na zastavljena vprašanja medicinski sestri dobili njim razumljive odgovore so pacienti izražali zadovoljstvo, če so odgovorili z vedno in izražali nezadovoljstvo, če so odgovorili nikoli.
16. Šestnajsto vprašanje sprašuje, če je paciente kaj skrbelo ali so se lahko o tem pogovorili z medicinsko sestro. Kriterij za zadovoljstvo je, če so pacienti odgovorili z vedno in za nezadovoljstvo, če so pacienti odgovorili z nikoli.
17. Sedemnajsto vprašanje je podobno, vendar sprašuje paciente, če so se lahko pogovorili z medicinsko sestro, ko so se česa bali in opisuje zadovoljstvo pacientov, ko so odgovorili z vedno in nezadovoljstvo, če so odgovorili z nikoli.
18. Osemnajsto vprašanje sprašuje, če so jim medicinske sestre zagotovile zasebnost pri pogovoru in opravljanju posegov kaže, da so pacienti zadovoljni takrat, če so odgovorili z da in nezadovoljni, če so odgovorili z ne.
19. Na vprašanje devetnajst, če so jih medicinske sestre zaščitile pred neželenimi pogledi so pozitivni odgovori oziroma odgovori, ki kažejo na zadovoljstvo pacientov, če so odgovorili z vedno in odgovori nikoli, kažejo na nezadovoljstvo pacientov.
20. Dvajseto vprašanje sprašuje paciente, če so se medicinske sestre kdaj pogovarjale pred njimi, kot, da jih ni. Odgovori z nikoli, kažejo na zadovoljstvo pacientov in odgovori z vedno na nezadovoljstvo.
21. Enaindvajseto vprašanje se nanaša na dimenzijo časa in sprašuje paciente, koliko časa so čakali, da je prišla medicinska sestra, ko so jo potrebovali in prosili za pomoč. Odgovori

do 5 minut kažejo na večje zadovoljstvo pacientov in odgovori več kot 10 minut, kažejo na manjše zadovoljstvo.

### **SKLOP C : VAŠE ZDRAVLJENJE**

22. Pri dvaindvajsetem vprašanju razumemo večje zadovoljstvo, če so pacienti odgovorili, da se jim ni zgodilo, da bi jim zaposleni dali napačne informacije o njihovi bolezni, zdravljenju in negi in nezadovoljstvo, če so pacienti na to vprašanje odgovorili pritrdilno.
23. Pri tem vprašanju sprašujemo o družinskih članih in če so se lahko njihovi družinski člani pogovorili z njihovim psihiatrom. Če so pacienti odgovorili z vedno, razumemo, da je takrat večje zadovoljstvo pri pacientih in manjše zadovoljstvo, če bi odgovorili nikoli.
24. Na vprašanje, če so pacienti imeli občutek, da njihove pritožbe in pripombe zdravniki in medicinske sestre jemljejo resno, je večje zadovoljstvo opredeljeno, če so odgovori da in manjše zadovoljstvo, če so odgovori ne.
25. Na vprašanje ali so vam pojasnili razloge za jemanje zdravil je opredeljeno zadovoljstvo, ko so odgovori pacientov pritrdilni in nezadovoljstvo, če so odgovori nikalni.

### **SKLOP D: AMBULANTNO OKOLJE**

26. Na vprašanje ali zdravstveno obravnavo, ki ste je bili deležni, ocenjujete kot dobro merimo večje zadovoljstvo pacientov, če so odgovorili zelo dobro in če so odgovorili zelo slabo je manjše oziroma so pacienti nezadovoljni.
27. Na vprašanje ali so bili prostori čisti razumemo zadovoljstvo pacientov, če so odgovorili, da so prostori zelo čisti in kot nezadovoljstvo, če so prostori zelo nečisti.
28. V vprašalniku sprašujemo paciente, če so bili in v kolikšni meri seznanjeni s pravicami in dolžnostmi, ki jih imajo kot pacienti. Zadovoljni pacienti so odgovorili, da so zelo seznanjeni in nezadovoljni pacienti so odgovorili, da so povsem neseznanjeni.

### **SKLOP E: ODHOD IZ AMBULANTE**

29. Če so pacienti ob odhodu dobili ustne in pisne informacije o tem, katera zdravila in kako jih morajo jemati doma in odgovorili na to vprašanje pritrdilno, pomeni, da so pacienti zadovoljni in če so odgovorili negativno so pacienti nezadovoljni.
30. Vprašanje je podobno prejšnjemu, tako, da je zadovoljstvo pri tem vprašanju razumljeno, če so pacienti odgovorili, da so ob odhodu dobili ustne in pisne informacije o tem, kakšni so stranski učinki zdravil in da je nezadovoljstvo pri pacientih, če niso dobili informacij.

31. In ravno tako pri tem vprašanju, zadovoljni pacienti so, če so ob odhodu dobili pisne informacije o tem, na katere opozorilne znake morajo biti pozorni v zvezi s svojo boleznijo, in nezadovoljni, če o tem niso dobili informacije.
32. Tudi na vprašanje, ali so ob odhodu dobili navodila za nadaljnjo obravnavo, pacienti zadovoljni, če so te informacije dobili in nezadovoljni, če jih niso dobili.

## **VPRAŠANJA IZ SKLOPA F SO DEMOGRAFSKA VPRAŠANJA.**

Anketa je bila izvedena med ambulantnimi pacienti v vseh treh različnih sektorjih in sicer po deset pacientov v vsaki ambulanti. Pri naši raziskavi smo preučevali populacijo pacientov v psihiatričnih ambulantah. Anketirani smo želeli 10 oseb v vsaki ambulanti in ta cilj smo dosegli. Realizirani vzorec obsega 30 enot. Administrativni vzorčni okvir so bili vsi pacienti, ki so prijavljeni v eni od ambulant, v katerih smo izvedli anketiranje. To je bila ena od ambulant, ki dela na koncesijo, ambulanta v javnem sektorju in ena od samoplačniških ambulant. Odločili smo se za neverjetnostni priložnostni vzorec, v katerem smo določili, da bodo anketiranci tisti pacienti, ki se bodo v času anketiranja nahajali v prostorih ambulante. Anketiranje je potekalo v več terminih, in sicer v mesecu novembru 2011 v ambulanti, ki dela na koncesijo, in v ambulanti v javnem sektorju, v mesecu decembru ravno tako leta 2011 pa v samoplačniški ambulanti. Termini so bili določeni naključno.

Naš vzorec ni reprezentativen, kar pomeni da rezultatov in svojih ugotovitev ne moremo posplošiti na celotno ciljno populacijo torej na vse uporabnike zdravstvenih storitev v psihiatričnih ambulantah v Sloveniji. Vendar pa nam ne glede na to, rezultati prinašajo določene nove informacije o raziskovani problematiki in so za potrebe tega raziskovalnega dela dovolj uporabni. Analiza anketnih vprašalnikov je za našo magistrsko nalogo pomembna iz tega vidika, ker nam je omogočila vpogled v prakso in dejansko stanje na področju preučevanje problematike ter tako predstavlja osnovo za sintezo podatkov in izpeljavo zaključkov in predlogov.

V anketi je sodelovalo dobre tri četrtine žensk in slabo četrtino moških. Slaba četrtina anketiranih je starih do 40 let, 40 odstotkov jih ima med 40 in 59 let, ostali pa so še starejši ali pa na vprašanje o starosti niso odgovorili. Glede na strukturo izobrazbe lahko sklenemo, da gre za dokaj dobro izobraženo populacijo, saj ima skoraj 60 odstotkov anketiranih

srednješolsko ali višjo oz. visoko stopnjo izobrazbe. Takih s končano osnovno šolo je dobra četrtina, nekaj več kot 15 odstotkov anketiranih pa je končalo poklicno šolo.

Tabela 8.1: Demografski podatki o anketiranih

		Skupaj	
		f	%
Spol	Moški	7	23,3
	Ženski	23	76,7
	Skupaj	30	100,0
Starost	do 40 let	7	23,3
	med 40 in 59 let	12	40,0
	60 let ali več	10	33,3
	brez odgovora	1	3,3
	Skupaj	30	100,0
Vaša izobrazba	Osnovna	8	26,7
	Poklicna	5	16,7
	Srednja	9	30,0
	višja ali visoka	8	26,7
	Skupaj	30	100,0

Po vnosu podatkov v elektronsko obliko (bazo podatkov), smo s programom SPSS opravili obdelavo podatkov.

Pripravili smo osnovno univariatno analizo podatkov, kar pomeni da smo za vse spremenljivke prikazali frekvenčne porazdelitve (frekvence in odstotke), za tiste z ordinalno mersko lestvico pa smo dodatno izračunali še povprečne vrednosti. Rezultate za celoten vzorec predstavljamo v obliki sumarnika na začetku analize. Ker nas je zanimala primerjava rezultatov med različnimi vrstami ambulant, smo rezultate povsod prikazali primerjalno in z ustrezno bivariatno metodo preverili ali so razlike glede na vrste ambulant statistično značilne. Kjer smo imeli opraviti z nominalnim tipom spremenljivk smo morebitne razlike testirali s hi-kvadrat testom in rezultate prikazali v kontingenčni tabeli v kateri smo prikazali frekvence ter odstotke po stolpcih in podatek o testni statistiki in stopnji značilnosti. Tam kjer pa so anketiranci dejavnik ocenjevali na ordinalni 5-stopenjski merski lestvici, pa smo razlike med povprečji preverili z enosmerno analizo variance, s katero preverjamo ali so povprečja odvisne spremenljivke v skupinah na populaciji enaka in spremenljivki nista statistično značilno povezani, ali pa lahko trdimo, da gre za statistično značilne razlike med več skupinami. Domnevo o enakosti oz. različnosti povprečij testiramo s pomočjo F statistike in njene stopnje značilnosti, zato ti vrednosti v vseh tabelah tudi informativno navajamo.

Kot dodatno omejitev raziskave lahko izpostavimo velikost našega vzorca (n=30), ki do določene mere lahko vpliva tudi na uporabnost rezultatov. Uporabljen hi-kvadrat test ima namreč nekaj slabih lastnosti, in sicer je manj zanesljiv, če je v poljih kontingenčne tabele velikost pričakovanih frekvenca nizka (nekateri avtorji navajajo, da ne sme biti manjša od 5, drugi da polj s tako nizko frekvenco ne sme biti več kot 20 %). Poleg tega pa je zanesljivost hi-kvadrat testa oz. višina izračunane testne statistike odvisna od števila anketiranih enot, kar pomeni, da bi lahko na večjem vzorcu dobili drugačne rezultate glede statistične značilnosti. Navedenih omejitev se zavedamo, vendar rezultate v tem delu informativno navajamo in interpretiramo.

### 8.3 Rezultati ankete – sumarnik

Sumarni pregled podatkov (n=30):

#### A0. Tip ambulante:

1 – koncesija	33,3 %
2 – javni sektor	33,3 %
3 – samoplačnik	33,3 %

#### A. SPREJEM V AMBULANTO

##### 1. Ali ste bili v ambulanto sprejeti kot:

1 – načrtovani sprejem zaradi načrtovane diagnostike in-ali zdravljenja	53,3 %
2 – nujni primer	46,7 %

Na vprašanja 2., 3. in 4. odgovarjajo samo tisti, ki so imeli načrtovan sprejem; n=16

##### 2. Ali ste sodelovali pri dogovoru datuma vašega sprejema v ambulanto?

1 – ne	25,0 %
2 – da	68,8 %
3 – brez odgovora	6,3 %

##### 3. Ali so v ambulanti kdaj spremenili datum sprejema tako, da je bil sprejem preložen na kasnejši čas?

1 – ne	75,0 %
2 – enkrat	18,8 %
3 – več kot enkrat	0,0 %
4 – brez odgovora	6,3 %

##### 4. Ali ste v ambulanti dobili dovolj informacij o svojem zdravstvenem stanju in nadaljnji obravnavi v ambulanti?

1 – Ne	0,0 %
2 – Da	100,0 %

**5. Kako dolgo od vašega prihoda v ambulanto ste čakali, da ste prišli na vrsto?**

1 – manj kot 1 uro	86,7 %
2 – 1 uro in več	13,3 %

**B1. OBRAVNAVA ZDRAVNIKOV**

**6. Kako so vas obravnavali zdravniki?**

1 – zelo neprijazno	0,0 %
2 – neprijazno	0,0 %
3 – včasih prijazno včasih neprijazno	10,0 %
4 – prijazno	20,0 %
5 – zelo prijazno	66,7 %
6 – brez odgovora	3,3 %

**7. Ali ste na vprašanja, ki ste jih zastavili zdravniku, dobili odgovore na vam razumljiv način?**

1 – nikoli	0,0 %
2 – redko	0,0 %
3 – včasih	3,3 %
4 – pogosto	20,0 %
5 – vedno	66,7 %
6 – nisem imel(a) potrebe, da bi spraševal(a)	3,3 %
7 – brez odgovora	6,7 %

**8. Če vas je kaj skrbelo, ali ste se o tem lahko pogovorili z zdravnikom?**

1 – nikoli	0,0 %
2 – redko	0,0 %
3 – včasih	10,0 %
4 – pogosto	10,0 %
5 – vedno	73,3 %
6 – nisem imel(a) skrbi	6,7 %

**9. Če ste se česa bali, ali ste se o tem lahko pogovorili z zdravnikom?**

1 – nikoli	6,7 %
2 – redko	3,3 %
3 – včasih	13,3 %
4 – pogosto	13,3 %
5 – vedno	56,7 %
6 – nisem imel(a) strahu	6,7 %

**10. Ali ste bili zadovoljni z celotnim postopkom pri zdravljenju?**

1 – ne	13,3 %
2 – da	83,3 %
3 – brez odgovora	3,3 %

**11. Ali vam je zdravnik zagotovil zasebnost pri pogovoru?**

1 – ne	0,0 %
2 – da	96,7 %
3 – brez odgovora	3,3 %

**12. Ali vam je zdravnik zagotovil možnost individualnega pogovora?**

1 – ne	3,3 %
2 – da	90,0 %
3 – brez odgovora	6,7 %

**13. Ali so zdravniki kdaj pred vami govorili o vas, kot da vas ni?**

1 – nikoli	86,7 %
2 – redko	3,3 %
3 – včasih	6,7 %
4 – pogosto	0,0 %
5 – vedno	0,0 %
6 – brez odgovora	3,3 %

**B1. OBRAVNAVA MEDICINSKIH SESTER****14. Kako so vas obravnavale medicinske sestre?**

1 – zelo neprijazno	0,0 %
2 – neprijazno	0,0 %
3 – včasih prijazno včasih neprijazno	6,7 %
4 – prijazno	20,0 %
5 – zelo prijazno	60,0 %
6 – brez odgovora	13,3 %

**15. Ali ste na vprašanja, ki ste jih zastavili medicinski sestri, dobili odgovore na vam razumljiv način?**

1 – nikoli	6,7 %
2 – redko	3,3 %
3 – včasih	0,0 %
4 – pogosto	0,0 %
5 – vedno	56,7 %
6 – nisem imel(a) potrebe, da bi spraševal(a)	20,0 %
7 – brez odgovora	13,3 %

**16. Če vas je kaj skrbelo, ali ste se lahko o tem pogovorili z medicinsko sestro?**

1 – nikoli	10,0 %
2 – redko	6,7 %
3 – včasih	6,7 %
4 – pogosto	10,0 %
5 – vedno	33,3 %
6 – nisem imel(a) skrbi	20,0 %
7 – brez odgovora	13,3 %

**17. Če ste se česa bali, ali ste se lahko o tem pogovorili z medicinsko sestro?**

1 – nikoli	13,3 %
2 – redko	3,3 %
3 – včasih	6,7 %
4 – pogosto	3,3 %
5 – vedno	36,7 %
6 – nisem imel(a) strahu	20,0 %
7 – brez odgovora	16,7 %

**18. Ali so vas pri izvajanju negovalnih postopkov medicinske sestre zaščitile pred nezaželenimi pogledi?**

1 – nikoli	13,3 %
2 – redko	0,0 %
3 – včasih	0,0 %
4 – pogosto	3,3 %



5 – vedno	50,0 %
6 – brez odgovora	33,3 %

**19. Ali so kdaj medicinske sestre govorile pred vami, kot da vas ni?**

1 – nikoli	73,3 %
2 – redko	0,0 %
3 - včasih	6,7 %
4 - pogosto	0,0 %
5 - vedno	3,3 %
6 - brez odgovora	16,7 %

**20. Ali so vam medicinske sestre zagotovile zasebnost pri pogovoru in opravljanju posegov?**

1 – ne	6,7 %
2 – da	73,3%
3 – brez odgovora	20,0 %

**21. Koliko časa ste čakali, da je prišla medicinska sestra, ko ste jo potrebovali in prosili za pomoč?**

1 – do 10 minut	20,0 %
2 – več kot 10 minut	10,0 %
3 – nisem imel(a) potrebe, da bi poklical(a)	50,0 %
4 – brez odgovora	20,0 %

### C. VAŠE ZDRAVLJENJE

**22. Ali se vam je zgodilo, da so vam zaposleni dali napačne informacije o vaši bolezni, zdravljenju in negi?**

1 – ne	93,3 %
2 – da	6,7 %

**23. Ali so se vaši družinski člani lahko pogovorili z vašim zdravnikom?**

1 – nikoli	3,3 %
2 – redko	6,7 %
3 – včasih	13,3 %
4 – pogosto	13,3 %
5 – vedno	26,7 %
6 – nisem želel(a), da govorijo z zdravnikom	13,3 %
7 – nisem imel(a) nikogar od družine	16,7 %
8 – brez odgovora	6,7 %

**24. Ali ste imeli občutek, da vaše pritožbe zdravniki in medicinske sestre jemljejo resno?**

1 – ne	10,0 %
2 – da	50,0 %
3 – nisem imel(a) pritožb	36,7 %
4 – brez odgovora	3,3 %

**25. Ali so vam pojasnili razloge za jemanje predpisanih zdravil?**

1 – ne	0,0 %
2 – da	93,3 %
3 - nisem imel(a) predpisanih zdravil	3,3 %
4 – brez odgovora	3,3 %

## D. AMBULANTNO OKOLJE

### 26. Ali zdravstveno obravnavo, ki ste je bili deležni, ocenjujete kot dobro?

1 – zelo slabo	0,0 %
2 – slabo	0,0 %
3 – včasih dobro včasih slabo	6,7 %
4 – dobro	50,0 %
5 – zelo dobro	40,0 %
6 – brez odgovora	3,3 %

### 27. Ali so bili prostori čisti?

1 – zelo nečisti	0,0 %
2 – nečisti	0,0 %
3 – včasih čisti včasih nečisti	0,0 %
4 – čisti	53,3 %
5 – zelo čisti	46,7 %
6 – brez odgovora	0,0 %

### 28. V kolikšni meri ste bili seznanjeni s pravicami in dolžnostmi, ki jih imate kot pacient?

1 – povsem neseznanjen	0,0 %
2 – neseznanjen	3,3 %
3 – delno seznanjen	10,0 %
4 – seznanjen	53,3 %
5 – zelo seznanjen	16,7 %
6 – brez odgovora	16,7 %

## E. ODHOD IZ AMBULANTE

### 29. Ali ste ob odhodu dobili ustne in pisne informacije o tem, katera zdravila in kako jih morate jemati doma?

1 – ne	3,3 %
2 – da	93,3 %
3 – brez odgovora	3,3 %

### 30. Ali ste ob odhodu dobili ustne in pisne informacije o tem, kakšni so stranski učinki zdravil?

1 – nisem dobil(a)	26,7%
2 – sem dobil(a)	70,0%
3 – brez odgovora	3,3%

### 31. Ali ste ob odhodu dobili pisne informacije o tem, na katere opozorilne znake morate biti pozorni v zvezi s svojo boleznijo?

1 – nisem dobil(a)	33,3%
2 – sem dobil(a)	63,3%
3 – brez odgovora	3,3%

### 32. Ali ste ob odhodu dobili navodila za nadaljnjo obravnavo (uporaba služb in storitev blizu kraja, kjer živite)?

1 – nisem dobil(a)	30,0%
2 – sem dobil(a)	66,7%
3 – brez odgovora	3,3%

### 33. Ali ste se že kdaj prej zdravili v naši ambulanti?

1 – ne	53,3%
2 – da	46,7%

### **8.3.1 Kakšen je bil sprejem v ambulanto**

Med anketiranci je bila dobra polovica pacientov z načrtovanim sprejemom (53,3 %), to so tisti, katerih sprejem ni bil nujen in slaba polovica takšnih, ki so bili obravnavani kot nujni primeri (46,7 %).

Pri pacientih z načrtovanim sprejemom smo dodatno preverili, kako so bili kot pacienti obravnavani pri sprejemu in jim zastavili tri dodatna vprašanja, ki so predstavljena v spodnji tabeli. Večina vprašanih (68,8 %) navaja, da so sami sodelovali pri dogovoru datuma glede sprejema v ambulanto, ter da jim v ambulanti niso spremenili datuma sprejema (75 %), da so v ambulanti dobili dovolj informacij o svojem zdravstvenem stanju in nadaljnji obravnavi v ambulanti, pa se strinjajo vsi anketiranci, ki so na vprašanje odgovarjali.

Skoraj 90 odstotkov (86,7 %) vprašanih navaja, da so prišli na vrsto v manj kot eni uri, preostali pa so na sprejem čakali več časa (eno uro in več).

### **8.3.2 Kako so vas obravnavali zdravniki**

Skupna povprečna ocena zdravnikove prijaznosti na 5-stopenjski lestvici, kjer 1 pomeni, da je bil zdravnik zelo neprijazen in 5 da je bil zelo prijazen, je med ocenama 4 in 5 (znaša 4,59). Skupno je skoraj 90 odstotkov anketiranih obravnavo zdravnika ocenila kot prijazno (20 %) ali kot zelo prijazno (66,7 %), torej lahko sklenemo, da so pacienti z obravnavo zdravnikov zadovoljni.

Sledi analiza štirih vprašanj, pri katerih so anketiranci s pomočjo 5-stopenjske lestvice ocenjevali pogostost razreševanja določenih vprašanj z zdravnikom na spoštljiv in uvideven način, kar nam omogoča sklepanje o načinu obravnave pacientov. Anketirance smo prosili naj ocenijo ali so določeno ravnanje zaznali vedno (ocena 5), pogosto (ocena 4), včasih (ocena 3), redko (ocena 2) ali nikoli (ocena 1).

Skoraj 70 odstotkov vprašanih (66,7 %) je potrdilo, da so od zdravnika vedno prejeli razumljive odgovore na postavljena vprašanja in dodatna petina (20 %) jih je dobila pogosto. Najvišji odstotek pacientov, ki so vedno dobili razumljive odgovore, smo zabeležili v

ambulantah z koncesijo. Povprečna ocena pogostosti podajanja razumljivih odgovorov s strani zdravnika je zelo visoka, saj ustreza oceni 5 – vedno (ocena znaša 4,70).

Skoraj tri četrtine pacientov (73,3 %) navaja, da so se z zdravnikom lahko vedno pogovorili o svojih skrbeh, dodatna desetina navaja, da je bil zdravnik pogosto pripravljen na pogovor, desetina pacientov pa, da je bil zdravnik na pogovor pripravljen le včasih. Povprečna ocena znaša 4,68.

Dobra polovica je zdravnikov, ki so vedno pripravljeni na pogovor o strahovih pacientov in je pod 60 odstotkov (56,7 %). Dobra desetina pacientov (13,3 %) je uteho glede strahov pri zdravnikih našla pogosto in enak odstotek le včasih. Nekaj jih prav tako navaja, da z zdravnikom v primeru strahu niso imeli primerne pogovora. Skupna povprečna ocena pogostosti dostopnosti pri odgovarjanju na vprašanja o strahovih je nekoliko nižja kot pri predhodno prestavljenih indikatorjih in znaša 4,18.

Večina anketiranih (86,7 %) ni nikoli doživela, da bi zdravniki vpričo njih govorili o njih, kot da sami niso prisotni. Temu ustreza je tudi povprečna ocena pogostosti pri obravnavanem indikatorju, le-ta znaša 1,17.

Predstavljeni so še rezultati odgovorov na tri dodatna vprašanja glede obravnave zdravnika. Večina sodelujočih v raziskavi (83,3 %) je bila zadovoljnih s celotnim postopkom zdravljenja. Skoraj vsi anketirani (96,7 %) so odgovorili, da jim je zdravnik pri pogovoru zagotovil ustrezno zasebnost in 90 odstotkov jih je imelo možnost individualnega pogovora.

### **8.3.3 Kako so vas obravnavale medicinske sestre**

Podobno analizo kot pri sklopu zadovoljstvo z obravnavno zdravnikov smo pripravili tudi za oceno medicinskih sester. V nadaljevanju bomo prikazali analizo šestih vprašanj, od tega so pri enem anketiranci s pomočjo 5-stopenjske lestvice ocenili prijaznost medicinske sestre, (obravnavo medicinskih sester so anketiranci ocenili z ocenami od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenilo »zelo neprijazno« in 5 »zelo prijazno«) pri ostalih pa so s pomočjo 5-stopenjske lestvice ocenjevali pogostost razreševanja določenih vprašanj z medicinsko sestro na spoštljiv in uvideven način. Tako so anketiranci ocenjevali, ali so določeno ravnanje zaznali vedno (ocena 5), pogosto (ocena 4), včasih (ocena 3), redko (ocena 2) ali nikoli (ocena 1). Zaradi

določenega odstotka anketirancev, ki niso imeli stika z medicinsko sestro in je delež manjkajočih odgovorov pri tem vsebinskem sklopu nekoliko višji.

80 odstotkov anketiranih je prijaznost medicinske sestre ocenilo pozitivno, 60 odstotkov je obravnavo medicinskih sester ocenilo kot zelo prijazno in 20 odstotkov kot prijazno. Preostali anketiranci so izbrali srednjo oceno 3 ali na vprašanje niso odgovorili. Povprečna ocena prijaznosti medicinske sestre pri obravnavi na 5-stopenjski lestvici, je zelo visoka in znaša 4,62, kar pomeni, da so pacienti v splošnem zadovoljni z obravnavo medicinskih sester.

Skoraj 60 odstotkov vprašanih (56,7 %) je od medicinske sestre vedno prejelo razumljiv odgovor na postavljeno vprašanje, preostali, ki so na vprašanje odgovorili, pa do razumljivega odgovora niso prišli nikoli ali le redko. Analiza veljavnih odgovorov pokaže, da je skupna povprečna ocena pogostosti podajanja razumljivih odgovorov s strani medicinske sestre dokaj visoka in je med ocenama 4 in 5 (ocena znaša 4,45).

Tretjina anketiranih (33,3 %) se je lahko vedno pogovorila o svojih skrbih z medicinsko sestro, desetina je to lahko storila pogosto, ostali pa redkeje. Skupna povprečna ocena znaša 3,75 in je blizu oceni 4 – pogosto, vendar pa ob tem opozarjamo, da je veljavnih odgovorov, na podlagi katerih smo lahko izračunali povprečno oceno le 20.

Dobra tretjina anketiranih (36,7 %) je odgovore glede strahov vedno našla v pogovoru z medicinsko sestro, desetina pogosto ali včasih, ostali pa redkeje. Več kot deset od tridesetih anketirancev pa ni moglo ali hotelo podati odgovora na to vprašanje. Povprečna ocena izračunana na osnovi veljavnih vrednosti ustreza oceni 4 – vedno (znaša 3,74).

Polovica pacientov je odgovorila, da jim je medicinska sestra pri izvajanju negovalnih postopkov vedno zagotovila zasebnost, enemu anketirancu pogosto, dobra desetina pa s tem ni bila nikoli zadovoljna. Analiza veljavnih odgovorov pokaže, da skupna povprečna ocena znaša 4,15.

Večina anketiranih, skoraj tri četrtine (73,3 %) navaja, da niso nikoli doživeli, da bi medicinske sestre pred njimi govorile, kot da jih ni, pri dveh se je to zgodilo včasih, pri enem pa vedno. Povprečna ocena na 5-stopenjski lestvici pogostosti znaša 1,32.

Nekaj več kot 70 odstotkov anketiranih pacientov (73,3 %) ima izkušnjo, da jim je medicinska sestra zagotovila ustrezno zasebnost pri pogovoru in opravljanju posegov, dobrih 6 odstotkov s tem ni bila zadovoljnih, kar 6 pa jih na vprašanje ni odgovorilo.

Če so anketiranci poklicali medicinsko sestro, ko so jo potrebovali za pomoč, je ta običajno prišla hitro, v roku 10 minut. Vendar pa velja opozoriti, da je število veljavnih enot nizko.

### **8.3.4 Kako ste bili zadovoljni s potekom zdravljenja**

Velika večina anketiranih (93,3 %) ni imela negativnih izkušenj s tem, da bi jim zaposleni dali napačne informacije o bolezni, zdravljenju ali negi.

Glede poteka zdravljenja nas je zanimala tudi vpletenost družinskih članov in možnost, da so se še sami pogovorili z zdravnikom glede pacientovega stanja in poteka zdravljenja, vprašanje smo preverili z že predstavljeno 5-stopenjsko lestvico pogostosti (1 – nikoli; 2 – redko; 3 – včasih, 4 – pogosto; 5 – vedno). Največ anketirancev navaja, da so njihovi družinski člani imeli vedno (26,7 %) ali pogosto (13,3 %) možnost za pogovor z zdravnikom. Prav tako pa so nekateri anketiranci navedli, da njihovi družinski člani te možnosti niso imeli (3,3 %) ali so jo imeli le redko (6,7 %) oziroma včasih (13,3 %). Preostali anketiranci družinskih članov niso vključili v postopek zdravljenja. Skupna povprečna ocena pogostosti vključevanja družinskih članov v pogovor z zdravnikom znaša 3,84.

Polovica anketiranih je imela občutek, da osebje njihove pritožbe jemlje resno, desetina pa ni bila zadovoljna s pristopom osebja pri njihovih pritožbah. Ostali niso podali veljavnega odgovora na vprašanje.

Večina sodelujočih v raziskavi (93,3 %) je potrdila, da so jim tekom njihovega zdravljenja pojasnili razloge za jemanje predpisanih zdravil.

### **8.3.5 Ambulantno okolje**

Sledi predstavitev rezultatov analize treh vprašanj, s katerimi smo merili zadovoljstvo pacientov z ambulantnim okoljem. Anketiranci so vse tri indikatorje ocenili s pomočjo 5-stopenjske lestvice, kjer je ocena 1 pomenila zelo slabo in ocena 5 zelo dobro.

Skupna povprečna ocena je nekaj nad oceno 4 (in znaša 4,34), kar pomeni da ustreza oceni dobro in so anketiranci v povprečju zadovoljni z zdravstveno obravnavo. Polovica anketirancev zdravstveno obravnavno, ki so je bili deležni, ocenjuje kot dobro in dodatnih 40 odstotkov kot zelo dobro, torej lahko na splošno nivo zdravstvene obravnave v analiziranih psihiatričnih ambulantah ocenimo kot dokaj visok.

Čistost prostorov so anketiranci ocenjevali s pomočjo 5-stopenjske lestvice, kjer je ocena 1 pomenila, da so prostori zelo nečisti, ocena 5 pa da so prostori zelo čisti. Povprečna ocena znaša 4,47, kar nakazuje na precejšnje zadovoljstvo s tem dejavnikom. Odgovori anketirancev so razporejeni med ocenama 4 in 5, da so prostori ambulant ustrezno vzdrževani ocenjuje nekaj čez polovica vprašanih (53,3 %), nekaj manj kot polovica (46,7 %) pa jih je mnenja, da so zelo čisti.

Stopnjo seznanjenosti s pravicami in dolžnostmi smo merili s 5-stopenjsko lestvico, kjer je ocena 1 pomenila, da je vprašani povsem neseznanjen s tem, ocena 5 pa da je zelo seznanjen. Skupna povprečna ocena seznanjenosti s pravicami in dolžnostmi pacienta znaša 4,00, kar pomeni da je seznanjenost s pravicami in dolžnostmi ustrezna. Dobra polovica anketiranih (53,3 %) je bila seznanjena s pravicami in dolžnostmi, ki jih imajo kot pacienti, dodatnih 16,7 % pa jih je bilo s tem zelo seznanjenih. Preostali so bili delno seznanjeni ali neseznanjeni, ali pa na to vprašanje niso podali odgovora.

### **8.3.6 Odhod iz ambulante**

Po poročanju anketiranih jih je ob odhodu večina (93,3 %) dobila ustrezne informacije o seznamu in načinu uživanja zdravil doma.

O stranskih učinkih zdravil je bilo ustrezno informiranih 70 odstotkov anketiranih, pisne informacije o opozorilnih znakih v zvezi z boleznijo je prejelo nekaj več kot 60 odstotkov

anketiranih (63,3 %) in o tem, da so dobili dodatna navodila za nadaljnjo obravnavno, poroča nekaj manj kot 70 odstotkov anketiranih (66,7 %).

V vzorec smo zajeli dobro polovico (53,3 %) pacientov s prvim obiskom, pri ostalih pa gre za ponovitev obiska.

## 8.4 Rezultati ankete – primerjava med ambulantami

### 8.4.1 Kakšen je bil sprejem v ambulanto

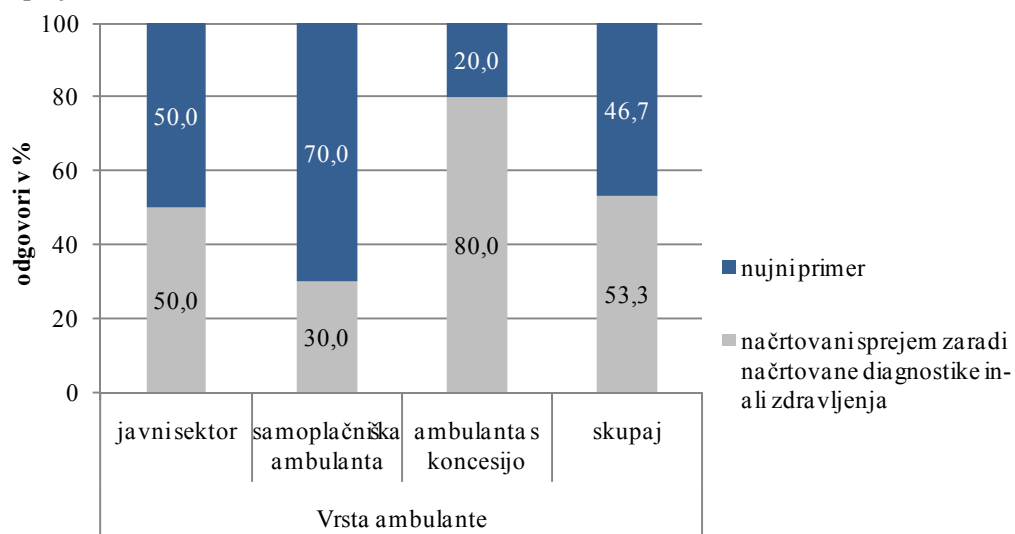
V samoplačniških ambulantah smo v vzorec zajeli nekaj več nujnih primerov, v ambulantah z koncesijo pa več takšnih, ki so imeli sprejem načrtovan zaradi diagnostike in zdravljenja.

Tabela 8.2: Vrsta sprejema v ambulanto glede na tip ambulante

		Vrsta ambulante								Hi-kvadrat statistika; sig
		javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
		F	%	f	%	f	%	f	%	
Vrsta sprejema v ambulanto	načrtovani sprejem zaradi načrtovane diagnostike in ali zdravljenja	5	50,0	3	30,0	8	80,0	16	53,3	5,089; 0,079
	nujni primer	5	50,0	7	70,0	2	20,0	14	46,7	
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Op: rezultate Hi-kvadrat testa navajam informativno.

Graf 8.1: Vrsta sprejema v ambulanto



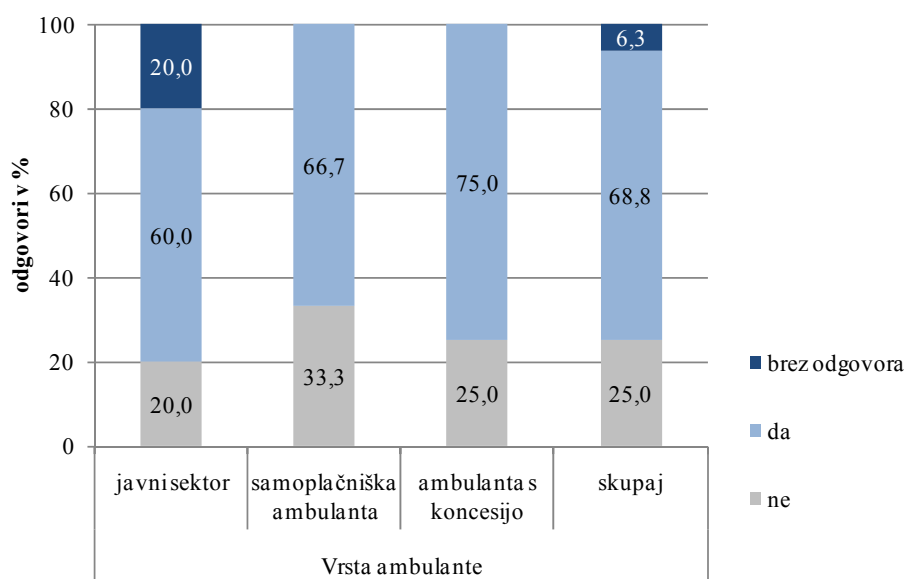


Tiste anketirance, pri katerih je bil sprejem načrtovan, smo prosili, da odgovorijo še na nekaj dodatnih vprašanj, ker nas je zanimalo, kako so bili kot pacienti obravnavani pri sprejemu. Večina vprašanih (68,8 %) navaja, da so sami sodelovali pri dogovoru datuma glede sprejema v ambulanto, pri tem nekoliko odstopajo pacienti iz ambulant z koncesijo. Da bi v ambulanti spremenili datum sprejema in ga preložili na kasnejši čas se večinoma ni dogajalo, le slaba petina vprašanih (18,8 %) je imela takšno izkušnjo, nadpovprečno se je to zgodilo pacientom iz javnih ambulant in podpovprečno tistim iz samoplačniških ambulant. Vsi anketiranci pa so potrdili, da so v ambulanti dobili dovolj informacij o svojem zdravstvenem stanju in nadaljnji obravnavi v ambulanti.

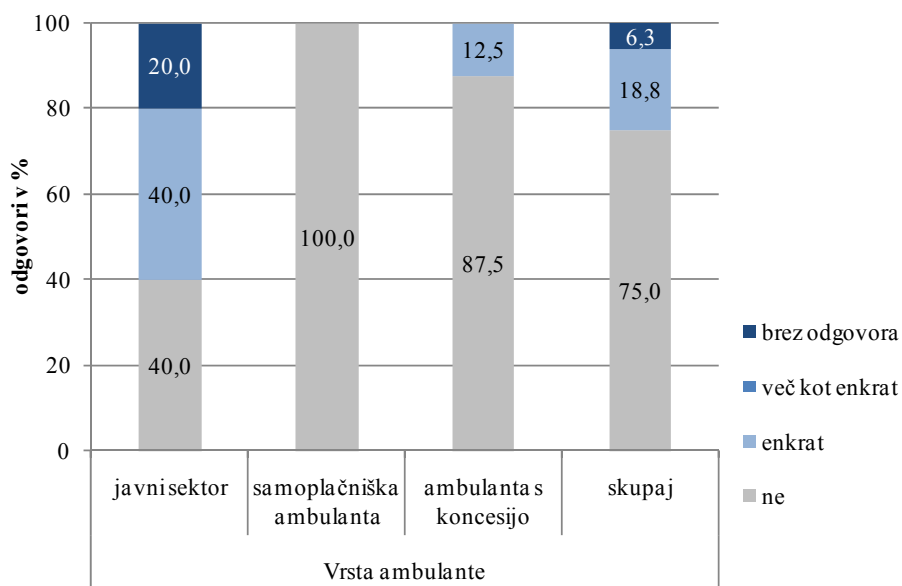
Tabela 8.3: Obravnava glede sprejema glede na tip ambulante

		Vrsta ambulante							
		javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		skupaj	
		f	%	f	%	f	%	F	%
Ali ste sodelovali pri dogovoru datuma vašega sprejema v ambulanto?	Ne	1	20,0	1	33,3	2	25,0	4	25,0
	Da	3	60,0	2	66,7	6	75,0	11	68,8
	<i>brez odgovora</i>	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3
	Skupaj	5	100,0	3	100,0	8	100,0	16	100,0
Ali so v ambulanti kdaj spremenili datum sprejema tako, da je bil sprejem preložen na kasnejši čas?	Ne	2	40,0	3	100,0	7	87,5	12	75,0
	Enkrat	2	40,0	0	0,0	1	12,5	3	18,8
	več kot enkrat	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	<i>brez odgovora</i>	1	20,0	0	0,0	0	0,0	1	6,3
Skupaj	5	100,0	3	100,0	8	100,0	16	100,0	
Ali ste v ambulanti dobili dovolj informacij o svojem zdravstvenem stanju in nadaljnji obravnavi v ambulanti?	Ne	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Da	5	100,0	3	100,0	8	100,0	16	100,0
	Skupaj	5	100,0	3	100,0	8	100,0	16	100,0

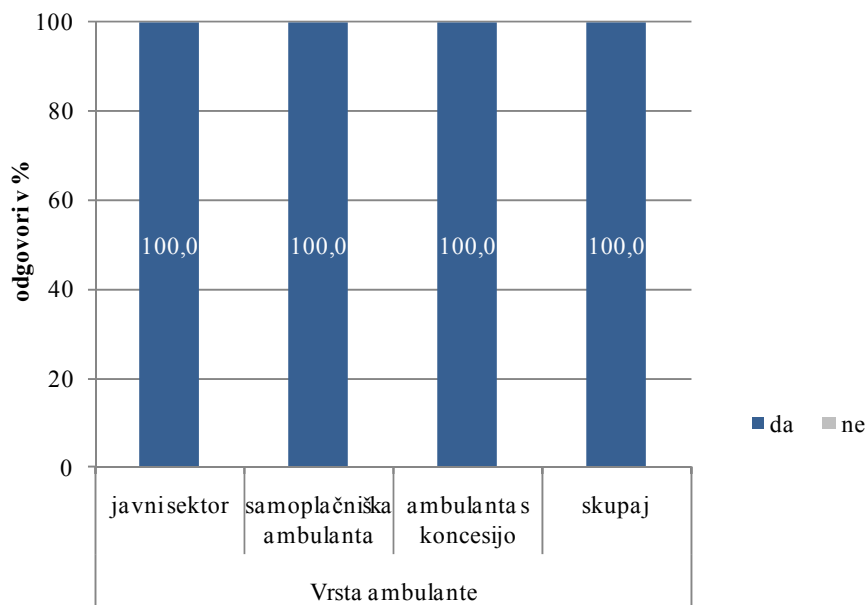
Graf 8.2: Ali ste sodelovali pri dogovoru datuma vašega sprejema v ambulanto?



Graf 8.3: Ali so v ambulanti kdaj spremenili datum sprejema tako, da je bil sprejem preložen na kasnejši čas?



Graf 8.4: Ali ste v ambulanti dobili dovolj informacij o svojem zdravstvenem stanju in nadaljnji obravnavi v ambulanti?



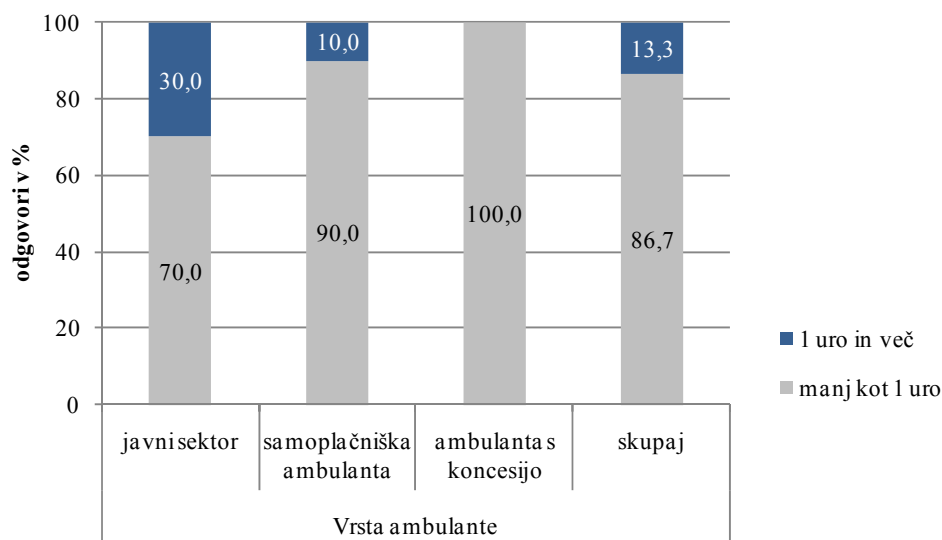
Skoraj 90 odstotkov (86,7 %) vprašanih navaja, da so prišli na vrsto v manj kot eni uri, med pacienti v ambulantah javnega sektorja pa zabeležimo nadpovprečen odstotek tistih, ki so čakali dalj časa (eno uro in več).

Tabela 8.4: Čas od prihoda do sprejema glede na tip ambulante – rekodirano

		Vrsta ambulante								Hi-kvadrat statistika; sig
		javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
		F	%	f	%	f	%	f	%	
Kako dolgo od vašega prihoda v ambulanto ste čakali, da ste prišli na vrsto?	manj kot 1 uro	7	70,0	9	90,0	10	100,0	26	86,7	4,038; 0,133
	1 uro in več	3	30,0	1	10,0	0	0,0	4	13,3	
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Op: rezultate Hi-kvadrat testa navajam informativno.

Graf 8.5: Kako dolgo od vašega prihoda v ambulanto ste čakali, da ste prišli na vrsto?



Primerjava glede na različne vrste ambulant nam razkrije določene razlike v odgovorih, vendar jih zaradi že navedenih omejitev ne moremo posploševati na celotno raziskovano populacijo. Tudi opravljeni hi-kvadrat testi nam tega ne omogočajo, saj je vrednost signifikance povsod previsoka (nad sprejemljivo mejo 0,05).

#### 8.4.2 Kako so vas obravnavali zdravniki

Skupno je skoraj 90 odstotkov anketiranih je obravnavo zdravnika ocenila kot prijazno (20 %) ali kot zelo prijazno (66,7 %), ugotovitev velja za vse obravnavane tipe ambulant.

Tabela 8.5: Prijaznost zdravnika pri obravnavni glede na tip ambulante

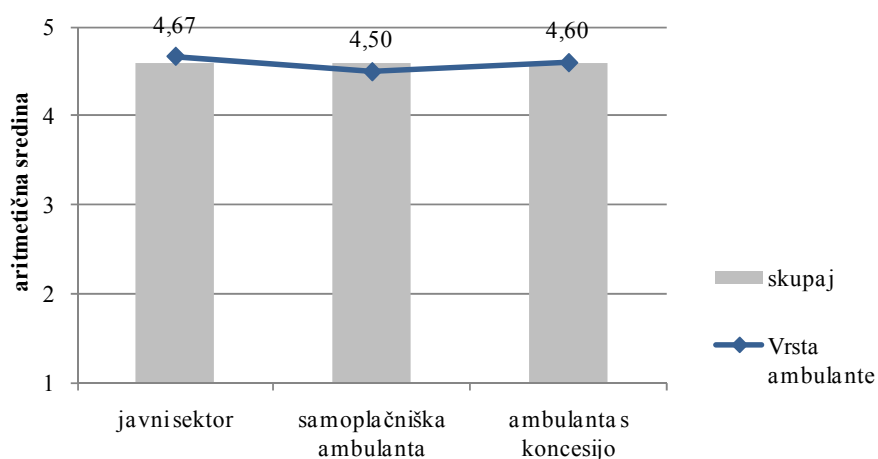
		Vrsta ambulante							
		javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		skupaj	
		F	%	f	%	f	%	F	%
Kako so vas obravnavali zdravniki?	1 - zelo neprijazno	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2 – neprijazno	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	3 - včasih prijazno včasih neprijazno	1	10,0	1	10,0	1	10,0	3	10,0
	4 – prijazno	1	10,0	3	30,0	2	20,0	6	20,0
	5 - zelo prijazno	7	70,0	6	60,0	7	70,0	20	66,7
	<i>brez odgovora</i>	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

Skupna povprečna ocena zdravnikove prijaznosti na 5-stopenjski lestvici, kjer 1 pomeni, da je bil zdravnik zelo neprijazen in 5 da je bil zelo prijazen, je med ocenama 4 in 5 (znaša 4,59). Med ambulantami različnega tipa ne zabeležimo bistvenih razlik v povprečni oceni, tudi vrednost signifikance je previsoka, da bi lahko s sprejemljivim tveganjem govorili o statistično značilnih razlikah v povprečjih med različnimi tipi ambulant.

Tabela 8.6: Primerjava povprečne ocene zdravnikove prijaznosti pri obravnavni glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: Sig.
javni sektor	9	4,67	0,707	3	5	0,136; 0,874
samoplačniška ambulanta	10	4,50	0,707	3	5	
ambulanta z koncesijo	10	4,60	0,699	3	5	
Skupaj	29	4,59	0,682	3	5	

Graf 8.6: Kako so vas obravnavali zdravniki?



Sledi analiza štirih vprašanj, pri katerih so anketiranci s pomočjo 5-stopenjske lestvice ocenjevali pogostost razreševanja določenih vprašanj z zdravnikom na spoštljiv in uvideven način, kar nam omogoča sklepanje o načinu obravnave pacientov. Tako so anketiranci ocenjevali, ali so določeno ravnanje zaznali vedno (ocena 5), pogosto (ocena 4), včasih (ocena 3), redko (ocena 2) ali nikoli (ocena 1).

Skoraj 70 odstotkov vprašanih (66,7 %) je potrdilo, da so od zdravnika vedno prejeli razumljive odgovore na postavljena vprašanja in dodatna petina (20 %) jih je dobila pogosto. Najvišji odstotek pacientov, ki so vedno dobili razumljive odgovore, smo zabeležili v ambulantah z koncesijo.

Tabela 8.7: Razumljivost zdravnikovega podajanja odgovorov glede na tip ambulante

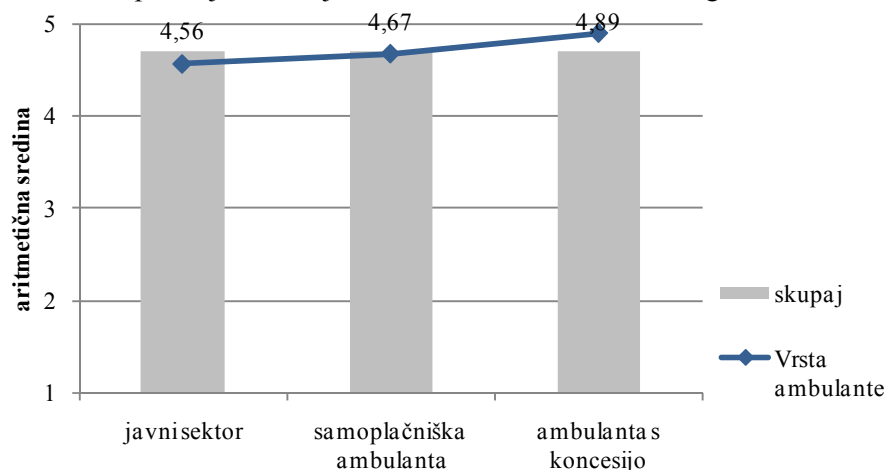
	Vrsta ambulante								
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
	f	%	F	%	f	%	f	%	
Ali ste na vprašanja, ki ste jih zastavili zdravniku, dobili odgovore na vam razumljiv način?	1 – nikoli	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2 – redko	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	3 – včasih	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
	4 – pogosto	2	20,0	3	30,0	1	10,0	6	20,0
	5 – vedno	6	60,0	6	60,0	8	80,0	20	66,7
	<i>nisem imel(a) potrebe, da bi spraševal(a)</i>	0	0,0	0	0,0	1	10,0	1	3,3
	<i>brez odgovora</i>	1	10,0	1	10,0	0	0,0	2	6,7
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

Skupna povprečna ocena pogostosti podajanja razumljivih odgovorov s strani zdravnika je zelo visoka, saj ustreza oceni 5 – vedno (ocena znaša 4,70). Glede na različne tipe ambulant ne zaznamo bistvenih ali statistično značilnih razlik v povprečni oceni.

Tabela 8.8: Primerjava povprečne ocene zdravnikove razumljivosti podajanja odgovorov glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: Sig.
javni sektor	9	4,56	0,726	3	5	0,875; 0,430
Samoplačniška ambulanta	9	4,67	0,500	4	5	
ambulanta z koncesijo	9	4,89	0,333	4	5	
Skupaj	27	4,70	0,542	3	5	

Graf 8.7: Ali ste na vprašanja, ki ste jih zastavili zdravniku, dobili odgovore na vam razumljiv način?



Skoraj tri četrtine pacientov (73,3 %) navaja, da so se z zdravnikom lahko vedno pogovorili o svojih skrbah, dodatna desetina navaja, da je bil zdravnik pogosto pripravljen na pogovor, desetina pacientov pa, da je bil zdravnik na pogovor pripravljen le včasih.

Tabela 8.9: Dostopnost zdravnika za pogovor o skrbh glede na tip ambulante

	Vrsta ambulante								
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
	f	%	F	%	f	%	f	%	
Če vas je kaj skrbelo, ali ste se lahko o tem pogovorili z zdravnikom? <i>nisem imel(a) skrbi</i>	1 – nikoli	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2 – redko	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	3 – včasih	2	20,0	1	10,0	0	0,0	3	10,0
	4 – pogosto	0	0,0	2	20,0	1	10,0	3	10,0
	5 – vedno	7	70,0	7	70,0	8	80,0	22	73,3
	<i>nisem imel(a) skrbi</i>	1	10,0	0	0,0	1	10,0	2	6,7
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

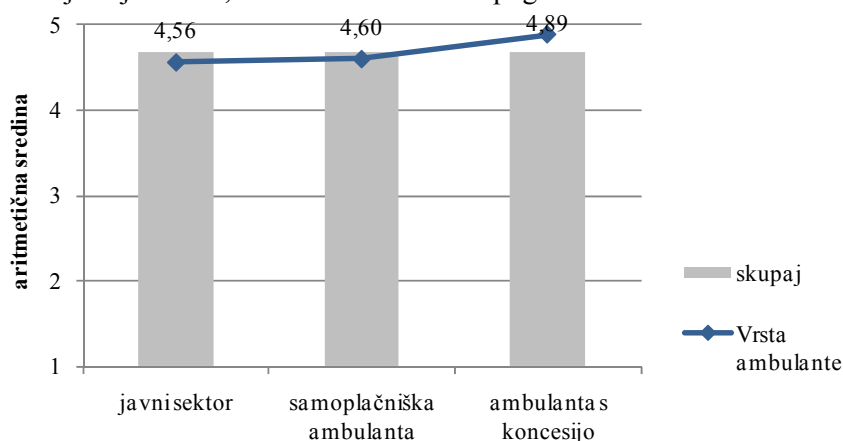
Glede na podane ocene anketirancev, so zdravniki v ocenjevanih ambulantah v povprečju vedno na voljo za pogovor o skrbh pacienta, saj je povprečna ocena blizu oceni 5 (znaša 4,68). V ambulanti s koncesijo je povprečna ocena še nekoliko višja, vendar glede na opravljeno enosmerno analizo variance, ne moremo govoriti o statistično značilnih razlikah glede na tip ambulante.

Tabela 8.10: Primerjava povprečne ocene dostopnosti zdravnika za pogovor o skrbeh glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: Sig.
javni sektor	9	4,56	0,882	3	5	0,647; 0,532
samoplačniška ambulanta	10	4,60	0,699	3	5	
ambulanta z koncesijo	9	4,89	0,333	4	5	
Skupaj	28	4,68	0,670	3	5	

Vir: Lastna raziskava

Graf 8.8: Če vas je kaj skrbelo, ali ste se lahko o tem pogovorili z zdravnikom?



Odstotek zdravnikov, ki so vedno pripravljeni na pogovor o strahovih pacientov je nekoliko nižji, in sicer nekaj pod 60 odstotkov (56,7 %). Dobra desetina pacientov (13,3 %) je uteho glede strahov pri zdravnikih našla pogosto in enak odstotek včasih. Nekaj jih navaja, da z zdravnikom v primeru strahu niso imeli primerne pogovora.

Tabela 8.11: Dostopnost zdravnika za pogovor o strahovih glede na tip ambulante

	Vrsta ambulante								
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Če ste se česa bali, ali ste se lahko o tem pogovorili z zdravnikom? <i>nisem imel(a) strahu</i>	1 – nikoli	0	0,0	1	10,0	1	10,0	2	6,7
	2 – redko	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
	3 – včasih	2	20,0	2	20,0	0	0,0	4	13,3
	4 – pogosto	1	10,0	2	20,0	1	10,0	4	13,3
	5 – vedno	5	50,0	5	50,0	7	70,0	17	56,7
	<i>nisem imel(a) strahu</i>	1	10,0	0	0,0	1	10,0	2	6,7
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

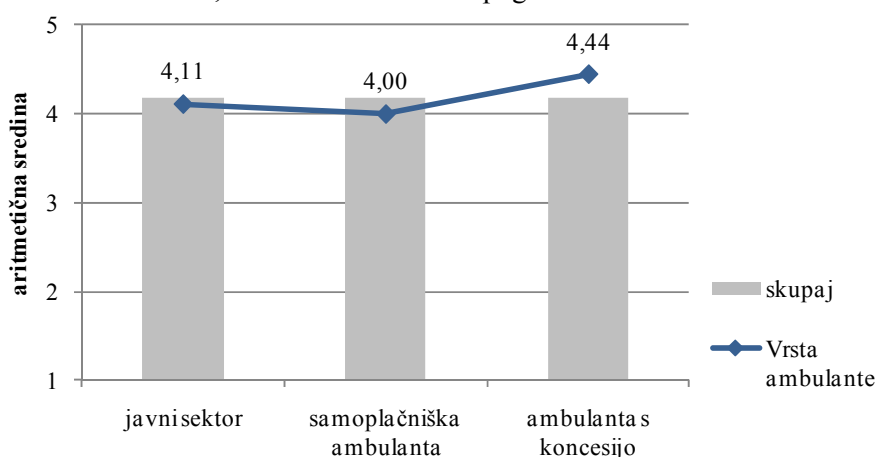
Skupna povprečna ocena pogostosti dostopnosti razlika pri odgovarjanju na vprašanja o strahovih znaša 4,18 in ustreza oceni 4 – pogosto. V ambulanti s koncesijo je povprečna ocena

nekoliko višja kot v ostalih dveh vrstah ambulant, vendar glede na opravljeno enosmerno analizo variance, ne moremo govoriti o statistično značilnih razlikah glede na tip ambulante.

Tabela 8.12: Primerjava povprečne ocene dostopnosti zdravnika za pogovor o strahovih glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: Sig.
javni sektor	9	4,11	1,167	2	5	0,303; 0,741
samoplačniška ambulanta	10	4,00	1,333	1	5	
ambulanta z koncesijo	9	4,44	1,333	1	5	
Skupaj	28	4,18	1,249	1	5	

Graf 8.9: Če ste se česa bali, ali ste se lahko o tem pogovorili z zdravnikom?



Večina anketiranih (86,7 %) ni nikoli doživela, da bi zdravniki vpričo njih govorili o njih, kot da sami niso prisotni. V ambulantah z koncesijo o takšnem vedenju zdravnika ni poročal niti en pacient.

Tabela 8.13: Uvidevnost zdravnika pri pogovoru o pacientu glede na tip ambulante

	Vrsta ambulante								
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Ali so zdravniki kdaj pred vami govorili o vas, kot da vas ni?	1 – nikoli	8	80,0	8	80,0	10	100,0	26	86,7
	2 – redko	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
	3 – včasih	0	0,0	2	20,0	0	0,0	2	6,7
	4 – pogosto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	5 – vedno	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	<i>brez odgovora</i>	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

Povprečna ocena pogostosti pri obravnavanem indikatorju nakazuje na to, da zdravniki v ocenjevanih ambulantah nikoli niso tako neuidevni, da bi se o pacientu pogovarjali vpričo



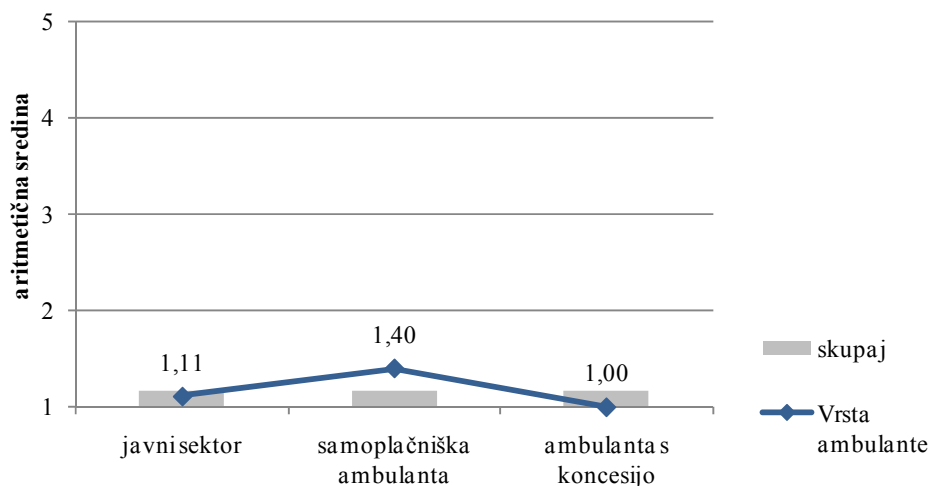
njega in se obnašali, kot da ni prisoten (ocena znaša 1,17). Tudi tukaj ne zaznamo bistvenih odstopanj glede na vrsto oziroma tip ambulante.

Tabela 8.14: Primerjava povprečne ocene uvidevnosti zdravnika pri pogovoru o pacientu glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: Sig.
javni sektor	9	1,11	0,333	1	2	1,514; 0,239
samoplačniška ambulanta	10	1,40	0,843	1	3	
ambulanta z koncesijo	10	1,00	0,000	1	1	
Skupaj	29	1,17	0,539	1	3	

Vir: Lastna raziskava

Graf 8.10: Ali so zdravniki kdaj pred vami govorili o vas, kot da vas ni?



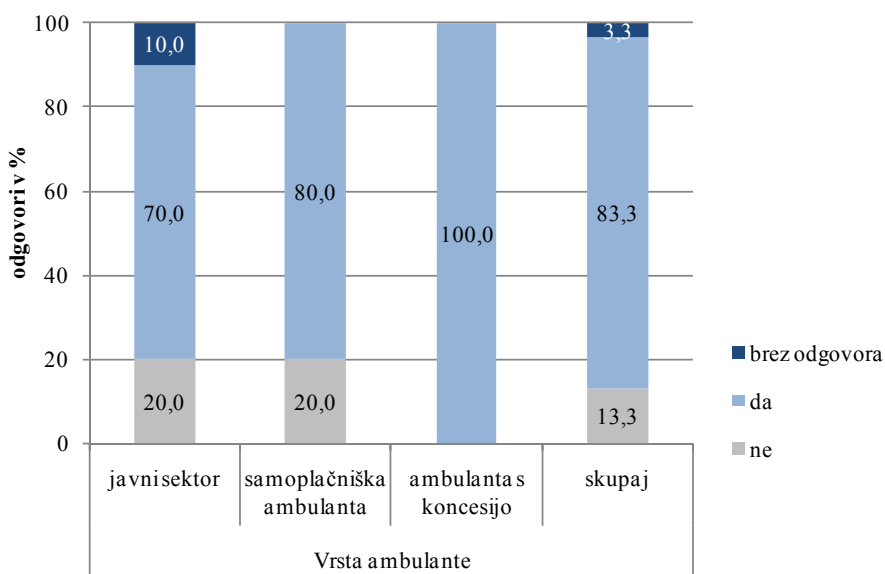
V spodnji tabeli predstavljamo še rezultate odgovorov na tri dihotomna vprašanja glede obravnave zdravnika. Analiza je pokazala, da je nekaj več kot 80 odstotkov sodelujočih v raziskavi (83,3 %) bilo zadovoljnih s postopkom zdravljenja. Nadpovprečen odstotek zadovoljnih zabeležimo v ambulantah s koncesijo, podpovprečen pa v javnem sektorju. Nadalje je skoraj 100 odstotkov (96,7 %) anketiranih odgovorilo, da jim je zdravnik pri pogovoru zagotovil ustrezno zasebnost in 90 odstotkov jih je imelo možnost individualnega pogovora. Slednje so nadpovprečno potrdili pacienti v ambulantah s koncesijo, vendar o razlikah v primerjavi z drugima dvema ambulantama ne moremo govoriti kot o statistično značilnih.

Tabela 8.15: Ocena različnih vidikov obravnave zdravnika glede na tip ambulante

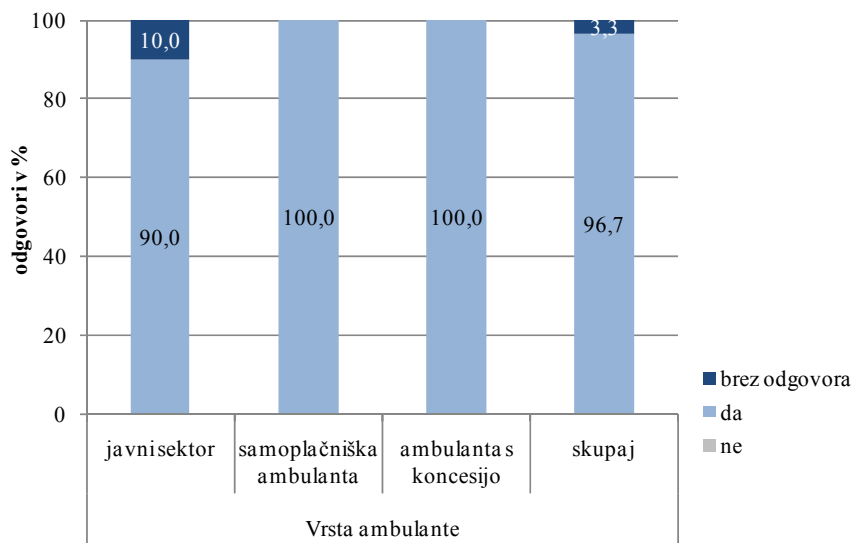
		Vrsta ambulante								Hi-kvadrat statistika; sig.
		javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		skupaj		
		f	%	f	%	f	%	f	%	
Ali ste bili zadovoljni z celotnim postopkom pri zdravljenju?	ne	2	20,0	2	20,0	0	0,0	4	13,3	4,560; 0,335
	da	7	70,0	8	80,0	10	100,0	25	83,3	
	brez odgovora	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	
Ali vam je zdravnik zagotovil zasebnost pri pogovoru?	ne	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2,069; 0,355
	da	9	90,0	10	100,0	10	100,0	29	96,7	
	brez odgovora	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	
Ali vam je zdravnik zagotovil možnost individualnega pogovora?	ne	0	0,0	1	10,0	0	0,0	1	3,3	3,222; 0,521
	da	9	90,0	8	80,0	10	100,0	27	90,0	
	brez odgovora	1	10,0	1	10,0	0	0,0	2	6,7	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Op: rezultate Hi-kvadrat testa navajam informativno.

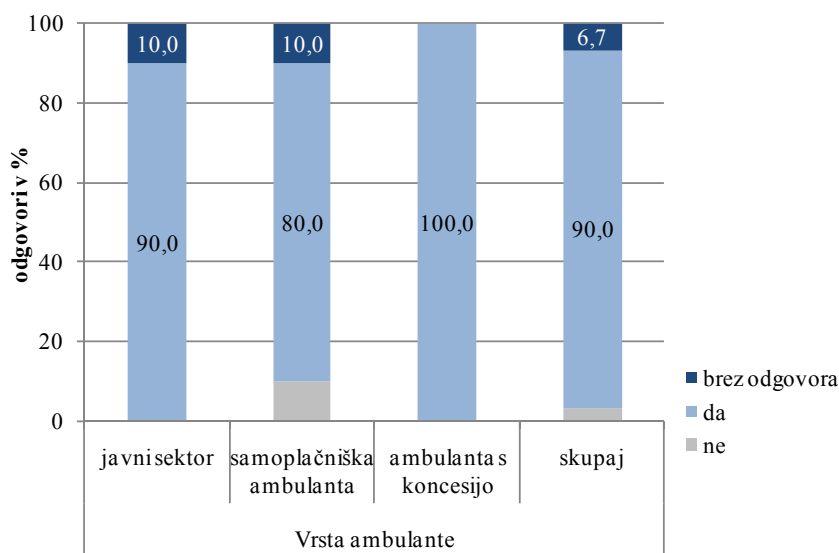
Graf 8.11: Ali ste bili zadovoljni z celotnim postopkom pri zdravljenju?



Graf 8.12: Ali vam je zdravnik zagotovil zasebnost pri pogovoru?



Graf 8.13: Ali vam je zdravnik zagotovil možnost individualnega pogovora?



### 8.4.3 Kako so vas obravnavale medicinske sestre

Podobno analizo kot pri sklopu zadovoljstvo z obravnavno zdravnikov smo pripravili tudi za oceno medicinskih sester. Sledi analiza šestih vprašanj, od tega so pri enem anketiranci s pomočjo 5-stopenjske lestvice ocenili prijaznost medicinske sestre, (obravnavo medicinskih sester so anketiranci ocenili z ocenami od 1 do 5, pri čemer je 1 pomenilo »zelo neprijazno« in 5 »zelo prijazno«) pri ostalih pa so s pomočjo 5-stopenjske lestvice ocenjevali pogostost razreševanja določenih vprašanj z medicinsko sestro na spoštljiv in uvideven način, kar nam omogoča sklepanje o načinu obravnave pacientov. Tako so anketiranci ocenjevali, ali so določeno ravnanje zaznali vedno (ocena 5), pogosto (ocena 4), včasih (ocena 3), redko (ocena

2) ali nikoli (ocena 1). Kar nekaj anketirancev je na anketo odgovorilo, da niso imeli stika z medicinsko sestro in zato je delež neodgovorov pri tem vsebinskem sklopu nekoliko višji.

Skupno je 80 odstotkov anketiranih prijaznost medicinske sestre ocenilo pozitivno, 60 odstotkov je obravnavo medicinskih sester ocenilo kot zelo prijazno in 20 odstotkov kot prijazno.

Tabela 8.16: Prijaznost medicinske sestre pri obravnavni glede na tip ambulante

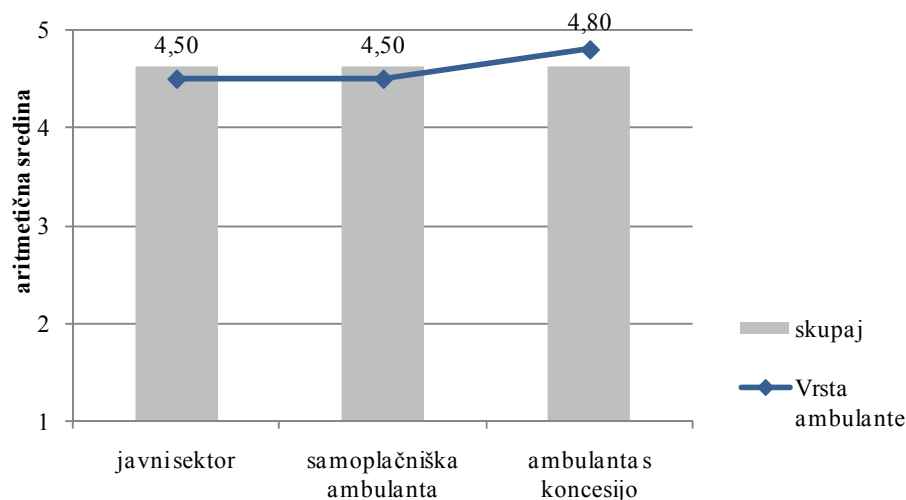
		Vrsta ambulante							
		javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj	
		F	%	f	%	f	%	F	%
Kako so vas obravnavale medicinske sestre?	1 - zelo neprijazno	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2 – neprijazno	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	3 - včasih prijazno včasih neprijazno	2	20,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7
	4 – prijazno	1	10,0	3	30,0	2	20,0	6	20,0
	5 - zelo prijazno	7	70,0	3	30,0	8	80,0	18	60,0
	<i>brez odgovora</i>	0	0,0	4	40,0	0	0,0	4	13,3
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

Povprečna ocena prijaznosti medicinske sestre pri obravnavi na 5-stopenjski lestvici, je med ocenama 4 in 5 in znaša 4,62. V skupini pacientov iz ambulant s koncesijo zaznamo nekoliko višjo povprečno oceno, vendar nam test enosmerne analize variance ne omogoča, da bi lahko govorili o statistično značilni razliki v primerjavi z drugima dvema skupinama.

Tabela 8.17: Primerjava povprečne ocene sestre pri obravnavni glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: sig.
javni sektor	10	4,50	0,850	3	5	0,663; 0,525
samoplačniška ambulanta	6	4,50	0,548	4	5	
ambulanta z koncesijo	10	4,80	0,422	4	5	
Skupaj	26	4,62	0,637	3	5	

Graf 8.14: Kako so vas obravnavale medicinske sestre?



Skoraj 60 odstotkov vprašanih (56,7 %) je od medicinske sestre vedno prejelo razumljiv odgovor na postavljeno vprašanje, preostali, ki so na vprašanje odgovorili, pa do razumljivega odgovora niso prišli nikoli ali le redko.

Tabela 8.18: Razumljivost podajanja odgovorov medicinske sestre glede na tip ambulante

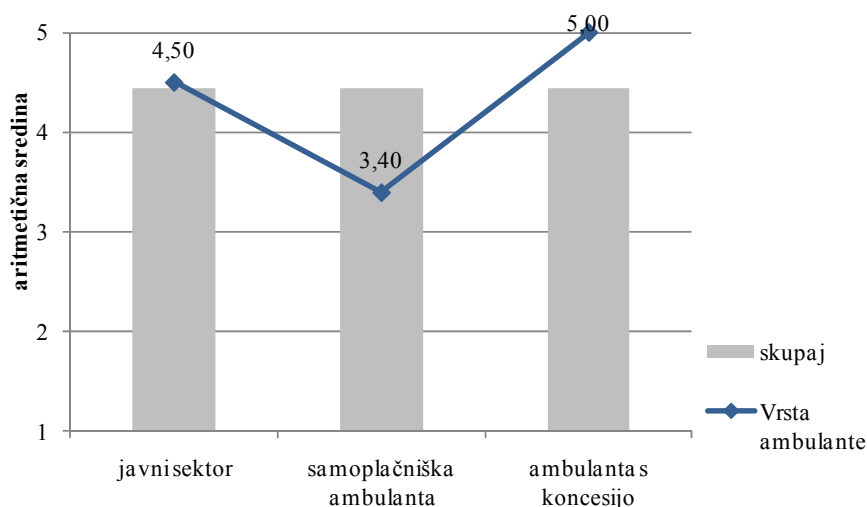
	Vrsta ambulante								
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Ali ste na vprašanja, ki ste jih zastavili medicinski sestri, dobili odgovore na vam razumljiv način?	1 – nikoli	0	0,0	2	20,0	0	0,0	2	6,7
	2 – redko	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
	3 – včasih	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	4 – pogosto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	5 – vedno	5	50,0	3	30,0	9	90,0	17	56,7
	<i>nisem imel(a) potrebe, da bi spraševal(a)</i>	4	40,0	1	10,0	1	10,0	6	20,0
	<i>brez odgovora</i>	0	0,0	4	40,0	0	0,0	4	13,3
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

Analiza veljavnih odgovorov pokaže, da je skupna povprečna ocena pogostosti podajanja razumljivih odgovorov s strani medicinske sestre dokaj visoka in je med ocenama 4 in 5 (ocena znaša 4,45). Povprečna ocena je najvišja med pacienti v ambulantah s koncesijo in najnižja v samoplačniških ambulantah, vendar pa glede na različne tipe ambulant ne zaznamo bistvenih ali statistično značilnih razlik v povprečni oceni (stopnja tveganja, ki znaša 0,101 presega sprejemljivo mejo tveganja 0,05).

Tabela 8.19: Primerjava povprečne ocene razumljivosti podajanja odgovorov medicinske sestre glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: sig.
Javni sektor	6	4,50	1,225	2	5	2,626; 0,101
samoplačniška ambulanta	5	3,40	2,191	1	5	
ambulanta z koncesijo	9	5,00	0,000	5	5	
Skupaj	20	4,45	1,356	1	5	

Graf 8.15: Ali ste na vprašanja, ki ste jih zastavili medicinski sestri, dobili odgovore na vam razumljiv način?



Tretjina anketiranih (33,3 %) se je lahko vedno pogovorila o svojih skrbih z medicinsko sestro, desetina je to lahko storila pogosto, ostali pa redkeje. Omeniti velja, da tretjina anketirancev ni podala odgovora na to vprašanje, saj bodisi niso imeli nobenih specifičnih skrbi ali stika z medicinsko sestro.

Tabela 8.20: Dostopnost medicinske sestre za pogovor o skrbih glede na tip ambulante

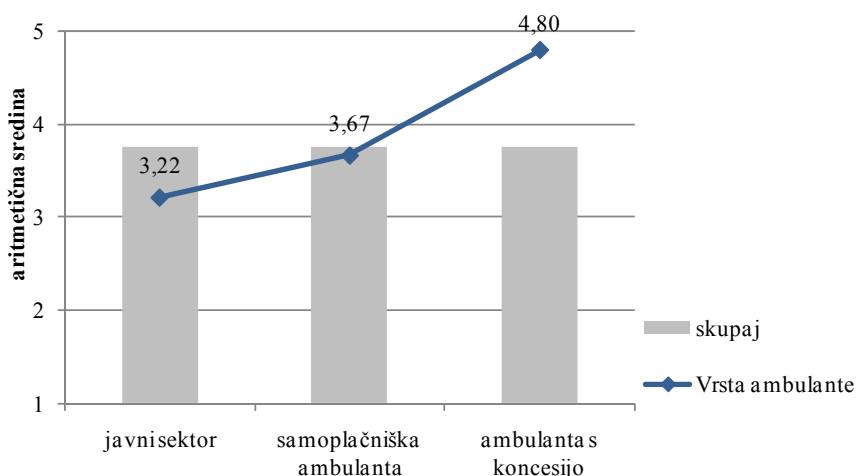
	Vrsta ambulante								
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Če vas je kaj skrbelo, ali ste se lahko o tem pogovorili z medicinsko sestro?	1 – nikoli	3	30,0	0	0,0	0	0,0	3	10,0
	2 – redko	1	10,0	1	10,0	0	0,0	2	6,7
	3 – včasih	0	0,0	2	20,0	0	0,0	2	6,7
	4 – pogosto	1	10,0	1	10,0	1	10,0	3	10,0
	5 – vedno	4	40,0	2	20,0	4	40,0	10	33,3
	<i>nisem imel(a) skrbi</i>	1	10,0	0	0,0	5	50,0	6	20,0
	<i>brez odgovora</i>	0	0,0	4	40,0	0	0,0	4	13,3
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

Veljavnih odgovorov, na podlagi katerih lahko izračunamo povprečne ocene pogostosti dostopnosti medicinske sestre za pogovor, je nekoliko nižje, zato še težje sklepamo o razlikah glede na tip ambulante. Skupna povprečna ocena znaša 3,75 in je blizu oceni 4 – pogosto.

Tabela 8.21: Primerjava povprečne ocene dostopnosti medicinske sestre za pogovor o skrbeh glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: sig.
javni sektor	9	3,22	1,922	1	5	
samoplačniška ambulanta	6	3,67	1,211	2	5	1,818;
ambulanta z koncesijo	5	4,80	0,447	4	5	0,193
Skupaj	20	3,75	1,552	1	5	

Graf 8.16: Če vas je kaj skrbelo, ali ste se lahko o tem pogovorili z medicinsko sestro?



Rezultati o dostopnosti medicinske sestre za pogovor o strahovih so podobni predhodno analiziranemu vprašanju o skrbeh. Dobra tretjina anketiranih (36,7 %) je odgovore glede strahov vedno našla v pogovoru z medicinsko sestro, desetina pogosto ali včasih, ostali pa redkeje. Več kot deset od tridesetih anketirancev pa ni moglo ali hotelo podati odgovora na to vprašanje.

Tabela 8.22: Dostopnost medicinske sestre za pogovor o strahovih glede na tip ambulante

	Vrsta ambulante								
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Če ste se česa bali, ali ste se lahko o tem pogovorili z medicinsko sestro?	1 – nikoli	2	20,0	2	20,0	0	0,0	4	13,3
	2 – redko	0	0,0	1	10,0	0	0,0	1	3,3
	3 – včasih	2	20,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7
	4 – pogosto	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
	5 – vedno	4	40,0	2	20,0	5	50,0	11	36,7
	<i>nisem imel(a) strahu</i>	<i>1</i>	<i>10,0</i>	<i>1</i>	<i>10,0</i>	<i>4</i>	<i>40,0</i>	<i>6</i>	<i>20,0</i>
	<i>brez odgovora</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>	<i>4</i>	<i>40,0</i>	<i>1</i>	<i>10,0</i>	<i>5</i>	<i>16,7</i>
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

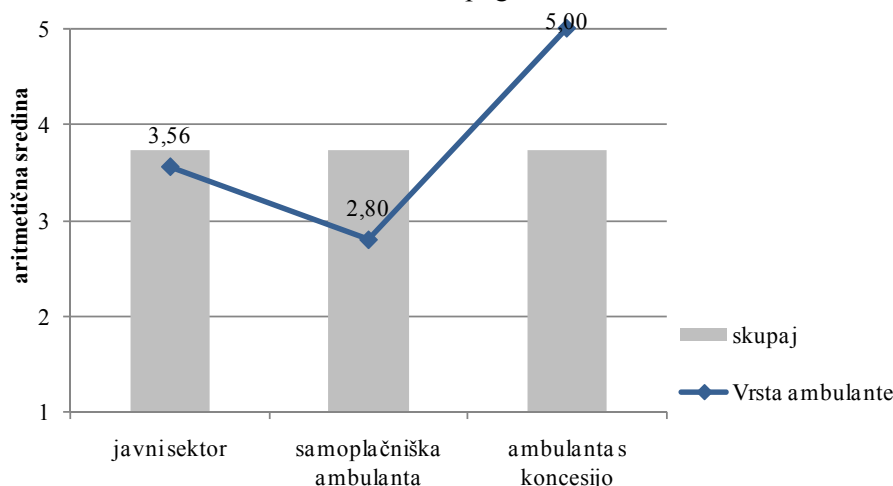
Analiza veljavnih vrednosti in izračun povprečnih ocen za celoten vzorec ter posamezne ambulante pokaže, da skupna povprečna ocena ustreza oceni 4 – vedno in da kljub temu, da glede na tip ambulante zaznamo določene razlike, teh ne moremo označiti kot statistično značilne. Opazimo pa, da so bili glede obravnavanega vprašanja najbolj zadovoljni pacienti v ambulantah s koncesijo, sledijo tisti v javnem sektorju in nazadnje tisti v samoplačniških ambulantah.

Tabela 8.23: Primerjava povprečne ocene dostopnosti medicinske sestre za pogovor o strahovih glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: sig.
javni sektor	9	3,56	1,667	1	5	2,596; 0,106
samoplačniška ambulanta	5	2,80	2,049	1	5	
ambulanta z koncesijo	5	5,00	0,000	5	5	
Skupaj	19	3,74	1,695	1	5	



Graf 8.17: Če ste se česa bali, ali ste se lahko o tem pogovorili z medicinsko sestro?



Polovica anketiranih je doživela, da jim je medicinska sestra pri izvajanju negovalnih postopkov vedno zagotovila zasebnost, dobra desetina pa s tem ni bila nikoli zadovoljna. Kar tretjina anketirancev ni podala odgovora na vprašanje.

Tabela 8.24: Zagotavljanje zasebnosti pri izvajanju postopkov glede na tip ambulante

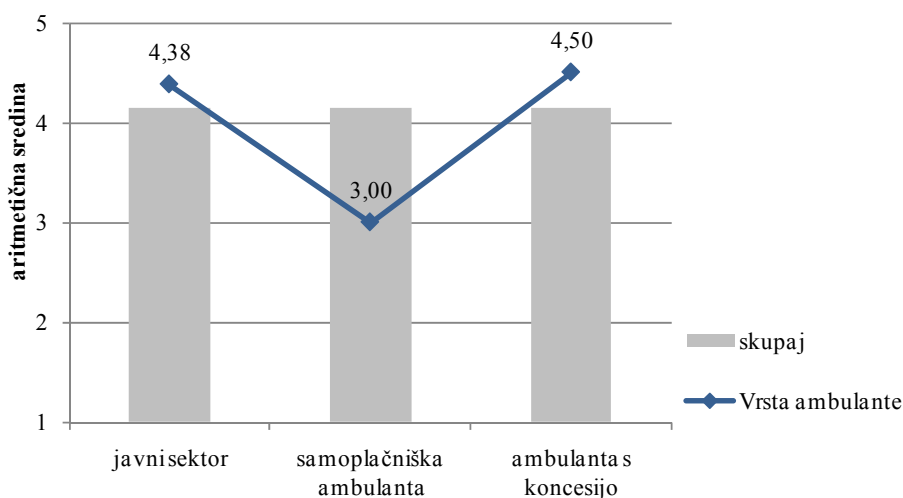
	Vrsta ambulante								
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Ali so vas pri izvajanju negovalnih postopkov medicinske sestre zaščitile pred nezaželenimi pogledi?	1 – nikoli	1	10,0	2	20,0	1	10,0	4	13,3
	2 – redko	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	3 – včasih	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	4 – pogosto	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
	5 – vedno	6	60,0	2	20,0	7	70,0	15	50,0
	<i>brez odgovora</i>	2	20,0	6	60,0	2	20,0	10	33,3
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

Analiza veljavnih odgovorov pokaže, da skupna povprečna ocena ustreza oceni 4 – vedno. Še pogosteje so z zagotavljanjem zasebnosti pri izvajanju postopkov zadovoljni pacienti v ambulantah s koncesijo, najmanj pogosto pa v samoplačniških ambulantah. Razlike v izračunanih povprečnih vrednostih niso statistično značilne.

Tabela 8.25: Primerjava povprečne ocene zagotavljanja zasebnosti pri izvajanju postopkov glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: sig.
javni sektor	8	4,38	1,408	1	5	1,293; 0,300
samoplačniška ambulanta	4	3,00	2,309	1	5	
ambulanta z koncesijo	8	4,50	1,414	1	5	
Skupaj	20	4,15	1,631	1	5	

Graf 8.18: Ali so vas pri izvajanju negovalnih postopkov medicinske sestre zaščitile pred nezaželenimi pogledi?



Skoraj tri četrtine anketiranih (73,3 %) navaja, da niso nikoli doživeli, da bi medicinske sestre pred njimi govorile, kot da jih ni. V ambulantah s koncesijo pa so to potrdili vsi anketiranci.

Tabela 8.26: Uvidevnost medicinske sestre pri pogovoru o pacientu glede na tip ambulante

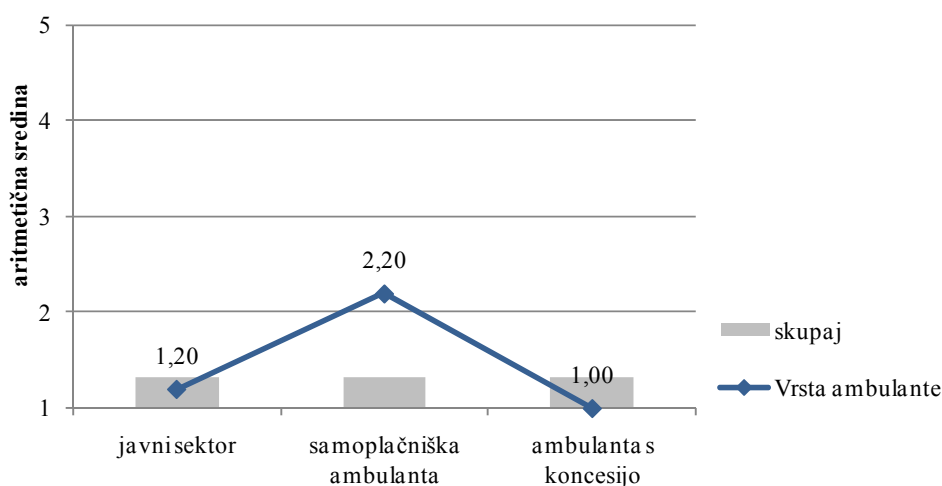
	Vrsta ambulante								
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Ali so kdaj medicinske sestre govorile pred vami, kot da vas ni?	1 – nikoli	9	90,0	3	30,0	10	100,0	22	73,3
	2 – redko	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	3 – včasih	1	10,0	1	10,0	0	0,0	2	6,7
	4 – pogosto	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	5 – vedno	0	0,0	1	10,0	0	0,0	1	3,3
	<i>brez odgovora</i>	0	0,0	5	50,0	0	0,0	5	16,7
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

Povprečna ocena na 5-stopenjski lestvici pogostosti znaša 1,32 in tako ustreza oceni 1 – nikoli. Za oceno višja je v skupini pacientov, ki smo jih anketirali v samoplačniških ambulantah, kar pomeni da se je tem pacientom v povprečju redko zgodilo, da bi medicinske sestre v pogovoru o njih ravnale, kot da niso prisotni. Glede na rezultate enosmerne analize variance ne zaznamo bistvenih ali statistično značilnih razlik v povprečni oceni (stopnja tveganja, ki znaša 0,052 nekoliko presega sprejemljivo mejo tveganja 0,05).

Tabela 8.27: Primerjava povprečne ocene uvidevnosti medicinske sestre pri pogovoru o pacientu glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: sig.
javni sektor	10	1,20	0,632	1	3	3,380; 0,052
samoplačniška ambulanta	5	2,20	1,789	1	5	
ambulanta z koncesijo	10	1,00	0,000	1	1	
Skupaj	25	1,32	0,945	1	5	

Graf 8.19: Ali so kdaj medicinske sestre govorile pred vami, kot da vas ni?



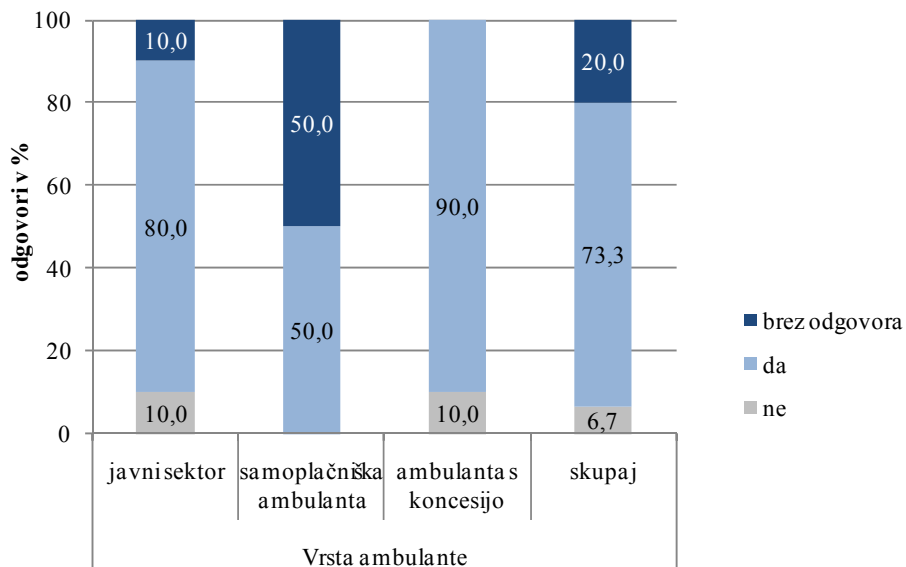
Nekaj več kot 70 odstotkov anketiranih pacientov (73,3 %) ima izkušnjo, da jim je medicinska sestra zagotovila zasebnost pri pogovoru in opravljanju posegov. Nadpovprečno delež anketirancev, ki so imeli takšno izkušnjo, smo zabeležili v ambulantah javnega sektorja in ambulantah s koncesijo.

Tabela 8.28: Zagotavljanje zasebnosti pri pogovoru glede na tip ambulante

		Vrsta ambulante								Hi-kvadrat statistika; sig.
		javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
		f	%	f	%	f	%	f	%	
Ali so vam medicinske sestre zagotovile zasebnost pri pogovoru in opravljanju posegov?	ne	1	10,0	0	0,0	1	10,0	2	6,7	9,182; 0,057
	da	8	80,0	5	50,0	9	90,0	22	73,3	
	brez odgovora	1	10,0	5	50,0	0	0,0	6	20,0	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Op: rezultate Hi-kvadrat testa navajam informativno.

Graf 8.20: Ali so vam medicinske sestre zagotovile zasebnost pri pogovoru in opravljanju posegov?



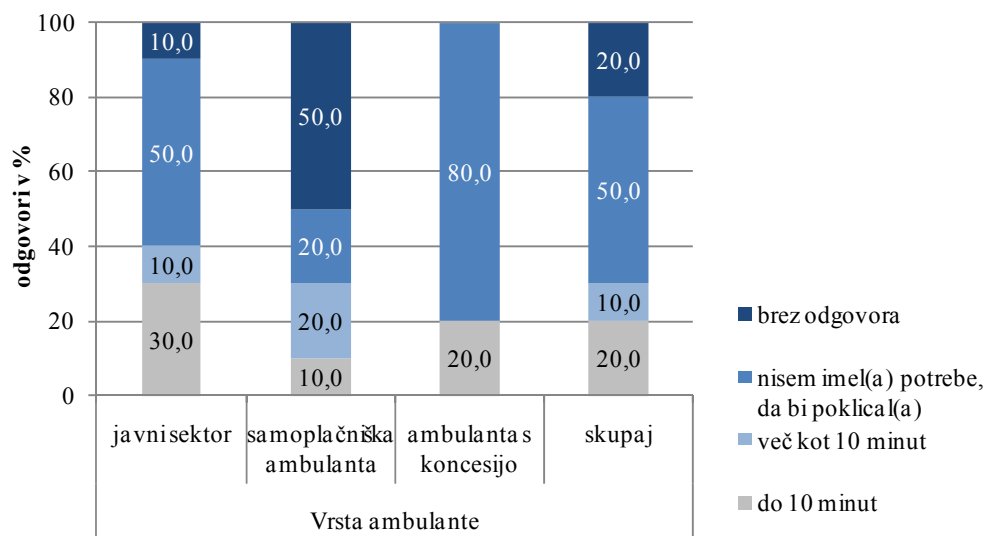
Če so pacienti poklicali medicinsko sestro, ko so jo potrebovali za pomoč, je ta običajno prišla hitro, v roku 10 minut. Vendar pa velja opozoriti, da kar polovica anketiranih ni imela potrebe, da bi medicinsko sestro prosila za pomoč in zato zaradi nizkega števila veljavnih enot ne moremo primerjati odzivnosti medicinske sestre po različnih vrstah oziroma tipih ambulante.

Tabela 8.29: Odzivnost medicinske sestre glede na tip ambulante

	Vrsta ambulante								Hi-kvadrat statistika; sig.	
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		skupaj			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Koliko časa ste čakali, da je prišla medicinska sestra, ko ste jo potrebovali in prosili za pomoč?	do 10 minut	3	30,0	1	10,0	2	20,0	6	20,0	13,600; 0,034
	več kot 10 minut	1	10,0	2	20,0	0	0,0	3	10,0	
	<i>nisem imel(a) potrebe, da bi poklical(a)</i>	5	50,0	2	20,0	8	80,0	15	50,0	
	<i>brez odgovora</i>	1	10,0	5	50,0	0	0,0	6	20,0	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Op: rezultate Hi-kvadrat testa navajam informativno.

Graf 8.21: Koliko časa ste čakali, da je prišla medicinska sestra, ko ste jo potrebovali in prosili za pomoč?



#### 8.4.4 Kako ste bili zadovoljni s potekom zdravljenja

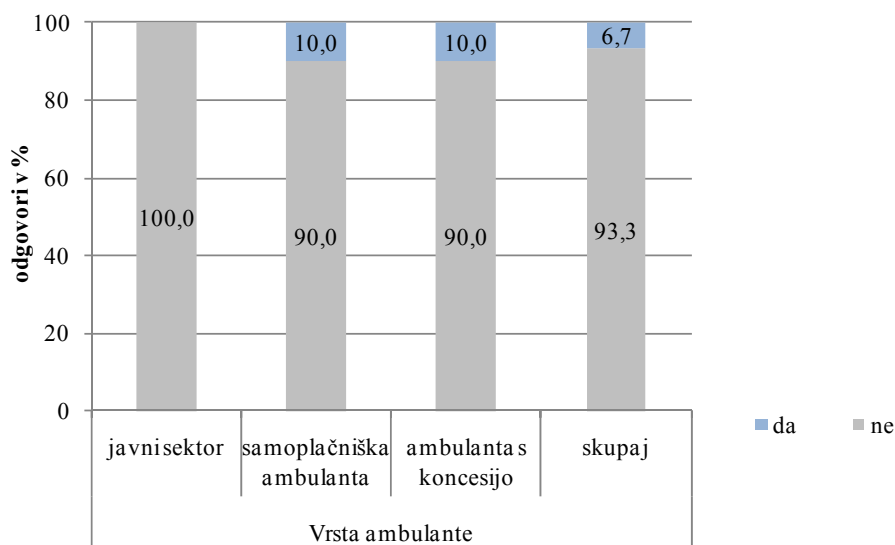
Anketiranci večinoma niso imeli negativnih izkušenj s tem, da bi jim zaposleni dali napačne informacije o bolezni, zdravljenju ali negi. Da se jim to ni zgodilo, je navedlo dobrih 90 odstotkov vprašanih (93,3 %), v ambulantah javnega sektorja pa celo vsi anketiranci.

Tabela 8.30: Napačno informiranje glede na tip ambulante

	Vrsta ambulante								Hi-kvadrat statistika; sig.
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Ali se vam je zgodilo, da so vam zaposleni dali napačne informacije o vaši bolezni, zdravljenju in negi?	10	100,0	9	90,0	9	90,0	28	93,3	1,071; 0,585
ne	0	0,0	1	10,0	1	10,0	2	6,7	
da	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Op: rezultate Hi-kvadrat testa navajam informativno.

Graf 8.22: Ali se vam je zgodilo, da so vam zaposleni dali napačne informacije o vaši bolezni, zdravljenju in negi?



Glede poteka zdravljenja nas je zanimala tudi vpletenost družinskih članov in možnost, da so se še sami pogovorili z zdravnikom glede pacientovega stanja in poteka zdravljenja. Odgovori so dokaj razpršeni; sicer največ anketirancev navaja, da so njihovi družinski člani imeli vedno (26,7 %) ali pogosto (13,3 %) možnost za pogovor z zdravnikom. Vendar pa smo zabeležili tudi takšne primere, ko so anketiranci navedli, da njihovi družinski člani te možnosti niso imeli (3,3 %) ali so jo imeli le redko (6,7 %) ali včasih (13,3 %). Preostali anketiranci pa bodisi niso imeli želje ali možnosti, da bi vpletli svoje družinske člane.

Tabela 8.31: Pogovor družinskih članov o poteku zdravljenja z zdravnikom glede na tip ambulante

	Vrsta ambulante							
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj	
	f	%	f	%	f	%	f	%
1 – nikoli	0	0,0	1	10,0	0	0,0	1	3,3
2 – redko	1	10,0	1	10,0	0	0,0	2	6,7
3 – včasih	1	10,0	3	30,0	0	0,0	4	13,3
4 – pogosto	2	20,0	2	20,0	0	0,0	4	13,3
5 – vedno	4	40,0	2	20,0	2	20,0	8	26,7
Ali so se vaši družinski člani lahko pogovorili z vašim zdravnikom?								
<i>nisem želel(a), da govorijo z zdravnikom</i>	0	0,0	1	10,0	3	30,0	4	13,3
<i>nisem imel(a) nikogar od družine</i>	1	10,0	0	0,0	4	40,0	5	16,7
<i>brez odgovora</i>	1	10,0	0	0,0	1	10,0	2	6,7
Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

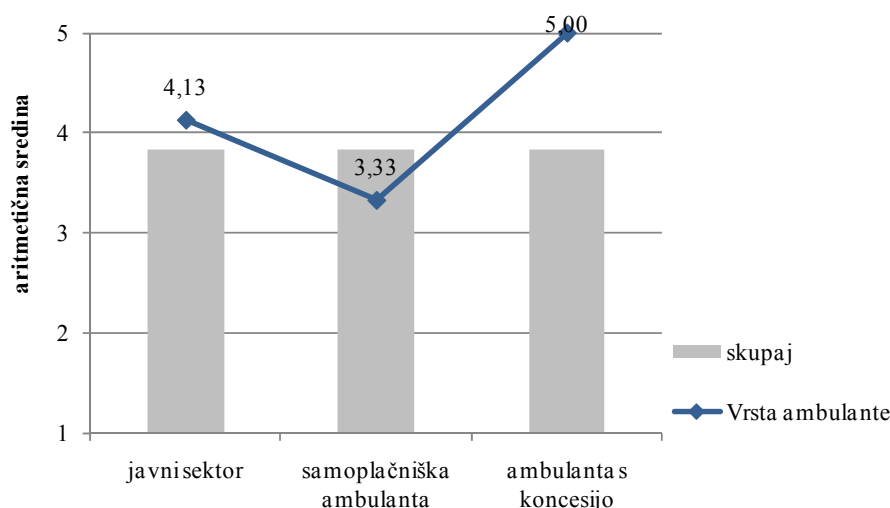
Analiza veljavnih odgovorov pokaže, da je skupna povprečna ocena pogostosti vključevanja družinskih članov v pogovor z zdravnikom blizu oceni 4 – pogosto (ocena znaša 3,84). Povprečna ocena je najvišja med pacienti v ambulantah s koncesijo in najnižja v

samoplačniških ambulantah, vendar pa z enosmerno analizo variance ne zaznamo bistvenih ali statistično značilnih razlik v povprečni oceni glede na različne tipe ambulant.

Tabela 8.32: Primerjava povprečne ocene pri pogovoru družinskih članov o poteku zdravljenja z zdravnikom glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: sig.
javni sektor	8	4,13	1,126	2	5	1,976; 0,171
samoplačniška ambulanta	9	3,33	1,323	1	5	
ambulanta z koncesijo	2	5,00	0,000	5	5	
Skupaj	19	3,84	1,259	1	5	

Graf 8.23: Ali so se vaši družinski člani lahko pogovorili z vašim zdravnikom?



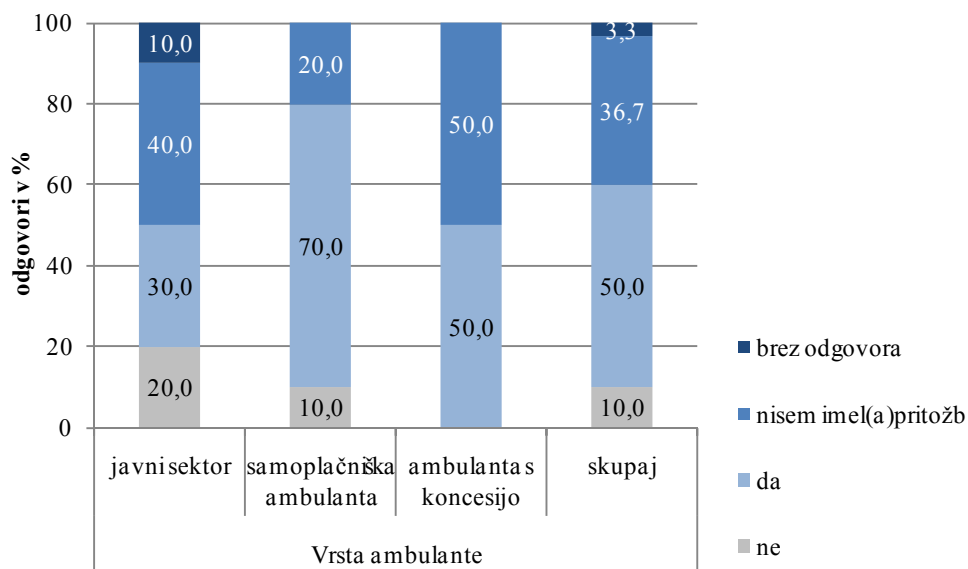
40 odstotkov anketiranih ni imelo pritožbe ali na vprašanje o pritožbah niso odgovorili, polovica anketiranih je imelo občutek, da osebje njihove pritožbe jemlje resno, desetina pa ni bila zadovoljna s pristopom osebja pri njihovih pritožbah. Najvišji delež anketirancev, ki so bili zadovoljni s tem, kako resno je osebje vzelo njihove pritožbe smo zabeležili v samoplačniških ambulantah, najnižji pa v ambulantah javnega sektorja.

Tabela 8.33: Obravnava pritožb glede na tip ambulante

	Vrsta ambulante								Hi-kvadrat statistika; sig.	
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		skupaj			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Ali ste imeli občutek, da vaše pritožbe zdravniki in medicinske sestre jemljejo resno?	ne	2	20,0	1	10,0	0	0,0	3	10,0	6,873; 0,333
	da	3	30,0	7	70,0	5	50,0	15	50,0	
	nisem imel(a) pritožb	4	40,0	2	20,0	5	50,0	11	36,7	
	brez odgovora	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Op: rezultate Hi-kvadrat testa navajam informativno.

Graf 8.24: Ali ste imeli občutek, da vaše pritožbe zdravniki in medicinske sestre jemljejo resno?



Več kot 90 odstotkov anketiranih je potrdilo, da so jim tekom njihovega zdravljenja pojasnili razloge za jemanje predpisanih zdravil. V ambulantah s koncesijo so to potrdili vsi anketiranci.

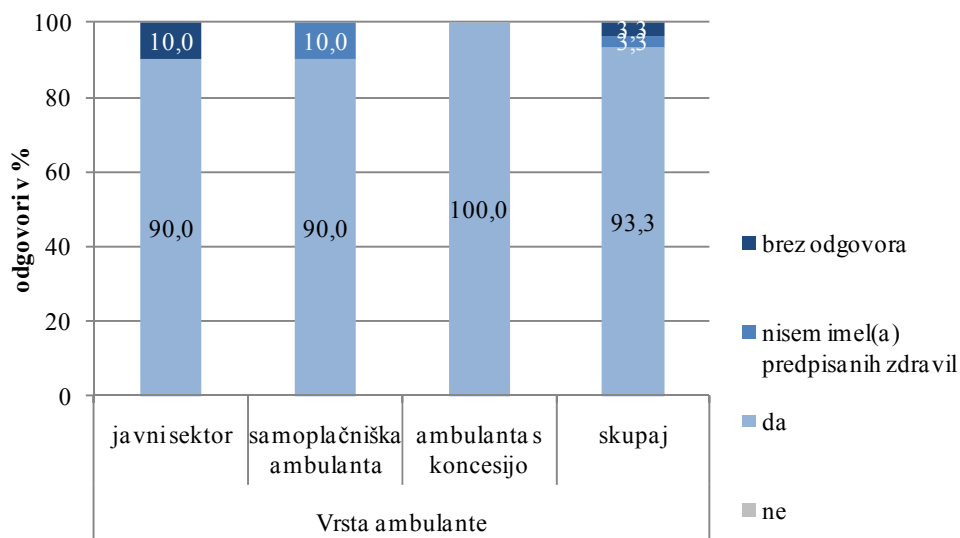
Tabela 8.34: Navedba razlogov za jemanje zdravil glede na tip ambulante

	Vrsta ambulante								Hi-kvadrat statistika; sig.	
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		skupaj			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Ali so vam pojasnili razloge za jemanje predpisanih zdravil?	ne	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	4,071; 0,396
	da	9	90,0	9	90,0	10	100,0	28	93,3	
	<i>nisem imel(a) predpisanih zdravil</i>	0	0,0	1	10,0	0	0,0	1	3,3	
	<i>brez odgovora</i>	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Op: rezultate Hi-kvadrat testa navajam informativno.



Graf 8.25: Ali so vam pojasnili razloge za jemanje predpisanih zdravil?



### 8.4.5 Ambulantno okolje

Sledi predstavitev rezultatov analize treh vprašanj, s katerimi smo merili zadovoljstvo pacientov z ambulantnim okoljem. Anketiranci so vse tri indikatorje ocenili s pomočjo 5-stopenjske lestvice, zato smo za primerjavo med različnimi tipi ambulant uporabili izračun povprečnih ocen.

Polovica anketirancev zdravstveno obravnavno, ki so je bili deležni, ocenjuje kot dobro in dodatnih 40 odstotkov kot zelo dobro, torej lahko na splošno nivo zdravstvene obravnave v analiziranih psihiatričnih ambulantah ocenimo kot dokaj visok.

Tabela 8.35: Ocena zdravstvene obravnave glede na tip ambulante

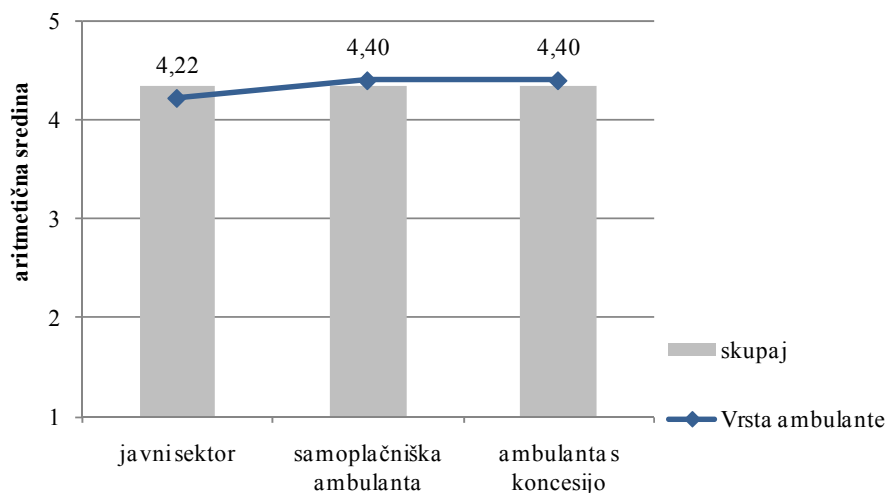
	Vrsta ambulante								
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Ali zdravstveno obravnavo, ki ste je bili deležni, ocenjujete kot dobro?	1 - zelo slabo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2 – slabo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	3 - včasih dobro včasih slabo	2	20,0	0	0,0	0	0,0	2	6,7
	4 – dobro	3	30,0	6	60,0	6	60,0	15	50,0
	5 - zelo dobro	4	40,0	4	40,0	4	40,0	12	40,0
	<i>brez odgovora</i>	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Skupna povprečna ocena je nekaj nad oceno 4, kar pomeni da ustreza oceni dobro. Med različnimi vrstami ambulant ni zaznati bistvenih oz. statistično značilnih razlik.

Tabela 8.36: Primerjava povprečne ocene zdravstvene obravnave glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: sig.
javni sektor	9	4,22	0,833	3	5	0,246; 0,784
samoplačniška ambulanta	10	4,40	0,516	4	5	
ambulanta z koncesijo	10	4,40	0,516	4	5	
Skupaj	29	4,34	0,614	3	5	

Graf 8.26: Ali zdravstveno obravnavo, ki ste je bili deležni, ocenjujete kot dobro?



Skupno vsi anketiranci ocenjujejo, da so prostori ambulant ustrezno vzdrževani, nekaj čez polovica (53,3 %) jih je ocenila da so čisti in nekaj manj kot polovica (46,7 %) da so zelo čisti.

Tabela 8.37: Čistost prostorov glede na tip ambulante

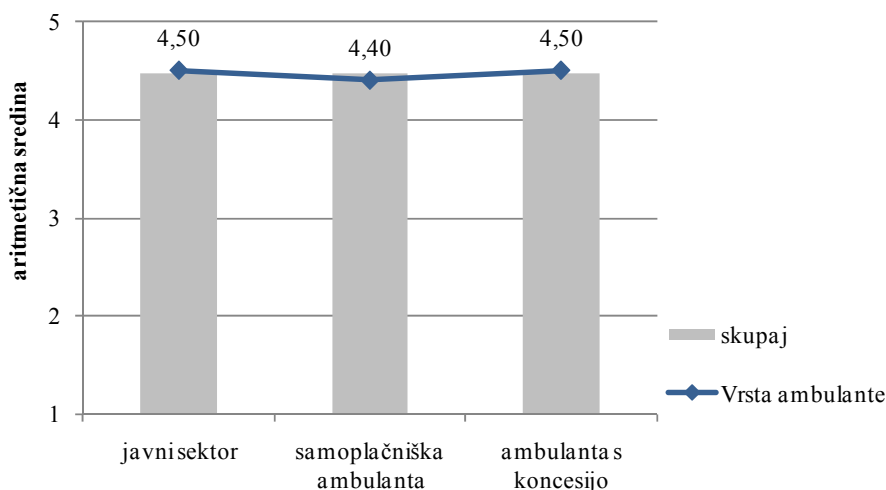
	Vrsta ambulante								
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Ali so bili prostori čisti?	1 – zelo nečisti	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2 – nečisti	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	3 – včasih čisti včasih nečisti	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	4 – čisti	5	50,0	6	60,0	5	50,0	16	53,3
	5 – zelo čisti	5	50,0	4	40,0	5	50,0	14	46,7
	<i>brez odgovora</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

Povprečna ocena čistosti je med ocenama 4 in 5 in znaša 4,47, kar pomeni da so anketiranci v povprečju precej zadovoljni s tem dejavnikom. Med ambulantami ne zaznamo bistvenih razlik v povprečnih ocenah, zato tudi ne preseneča, da minimalne razlike, do katerih prihaja, niso statistično značilne.

Tabela 8.38: Primerjava povprečne ocene čistosti prostorov glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: sig.
javni sektor	10	4,50	0,527	4	5	0,122; 0,886
samoplačniška ambulanta	10	4,40	0,516	4	5	
ambulanta z koncesijo	10	4,50	0,527	4	5	
Skupaj	30	4,47	0,507	4	5	

Graf 8.27: Ali so bili prostori čisti?



Dobra polovica anketiranih (53,3 %) je bila seznanjena s pravicami in dolžnostmi, ki jih imajo kot pacienti, dodatnih 16,7 % pa jih je bilo s tem zelo seznanjenih. Preostali so bili delno seznanjeni, niso bili seznanjeni, ali pa na to vprašanje niso podali odgovora.

Tabela 8.39: Seznanitev s pravicami in dolžnostmi glede na tip ambulante

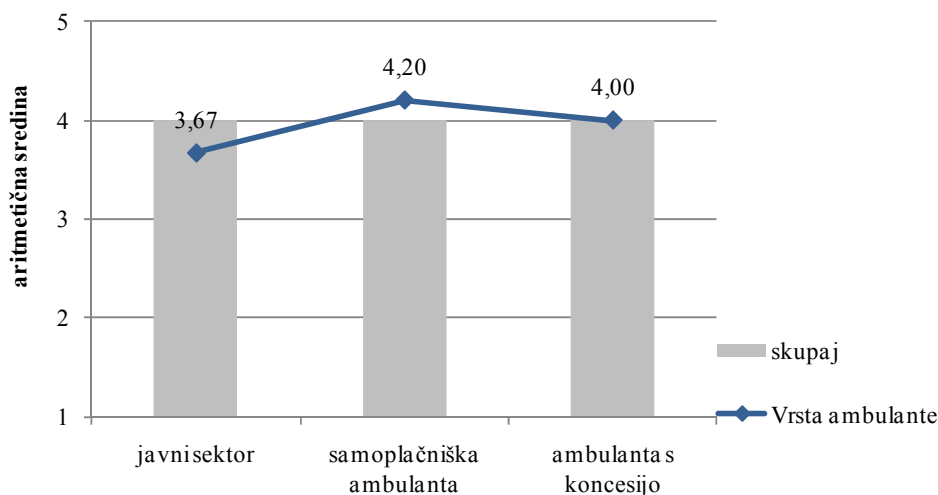
	Vrsta ambulante								
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		Skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
V kolikšni meri ste bili seznanjeni s pravicami in dolžnostmi, ki jih imate kot pacient?	1 – povsem neseznanjen	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
	2 – neseznanjen	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3
	3 – delno seznanjen	1	10,0	1	10,0	1	10,0	3	10,0
	4 – seznanjen	3	30,0	6	60,0	7	70,0	16	53,3
	5 – zelo seznanjen	1	10,0	3	30,0	1	10,0	5	16,7
	<i>brez odgovora</i>	4	40,0	0	0,0	1	10,0	5	16,7
	Skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0

Glede na veljavne odgovore znaša skupna povprečna ocena seznanjenosti s pravicami in dolžnostmi pacienta in ustreza oceni 4 - seznanjen. Seznanjenost pacientov je nekoliko nadpovprečna v samoplačniških ambulantah in podpovprečna v javnem sektorju, razlike pa niso statistično značilne.

Tabela 8.40: Primerjava povprečne ocene seznanitve s pravicami in dolžnostmi glede na tip ambulante

	N	Aritmetična sredina	Standardni odklon	Minimum	Maksimum	F statistika: sig.
javni sektor	6	3,67	1,033	2	5	1,073; 0,359
samoplačniška ambulanta	10	4,20	0,632	3	5	
ambulanta z koncesijo	9	4,00	0,500	3	5	
Skupaj	25	4,00	0,707	2	5	

Graf 8.28: V kolikšni meri ste bili seznanjeni s pravicami in dolžnostmi, ki jih imate kot pacient?



#### 8.4.6 Odhod iz ambulante

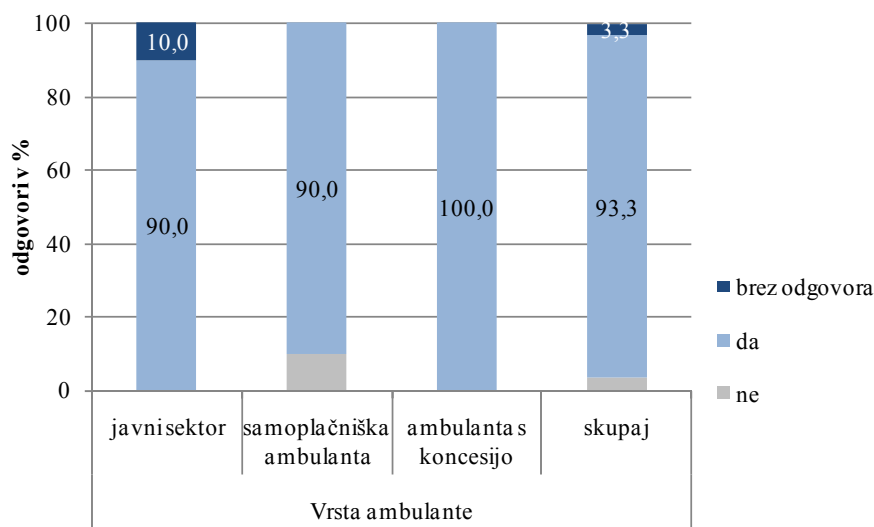
Po poročanju anketiranih jih je bilo ob odhodu več kot 90 odstotkov (93,3 %) ustrezno informiranih o seznamu in načinu uživanja zdravil doma. Med tistimi, ki so se zdravili v ambulanti s koncesijo, so bili s tem seznanjeni vsi.

Tabela 8.41: Informiranje o uživanju prejetih zdravil glede na tip ambulante

	Vrsta ambulante								Hi-kvadrat statistika; sig.	
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		skupaj			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Ali ste ob odhodu	ne	0	0,0	1	10,0	0	0,0	1	3,3	4,071; 0,396
dobili ustne in pisne informacije o tem,	da	9	90,0	9	90,0	10	100,0	28	93,3	
katera zdravila in kako jih morate jemati doma?	brez odgovora	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Op: rezultate Hi-kvadrat testa navajam informativno.

Graf 8.29: Ali ste ob odhodu dobili ustne in pisne informacije o tem, katera zdravila in kako jih morate jemati doma?



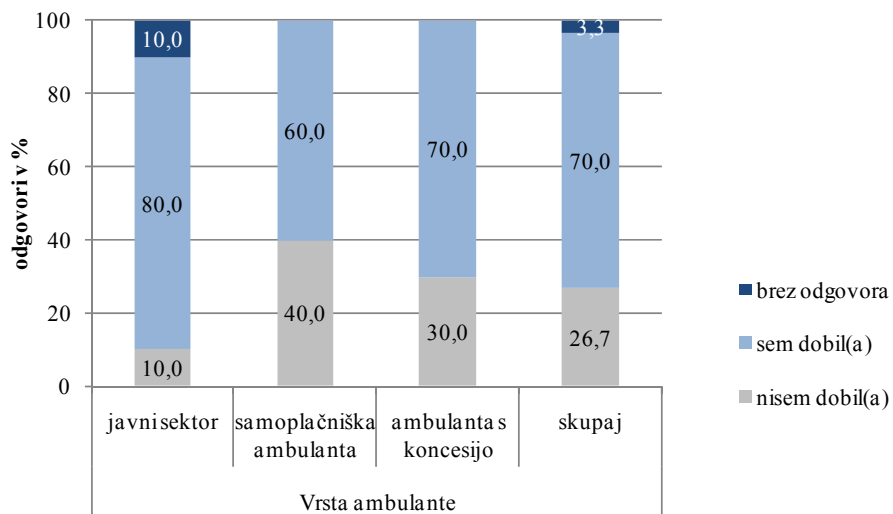
O stranskih učinkih zdravil je bilo ustrezno informiranih 70 odstotkov anketiranih, pisne informacije o opozorilnih znakih v zvezi z boleznijo je prejelo nekaj več kot 60 odstotkov anketiranih (63,3 %) in o tem, da so dobili dodatna navodila za nadaljnjo obravnavo, poroča nekaj manj kot 70 odstotkov anketiranih (66,7 %). V vseh primerih nadpovprečen odstotek informiranih zabeležimo v javnih ambulantah.

Tabela 8.42: Prejete informacije in navodila glede na tip ambulante

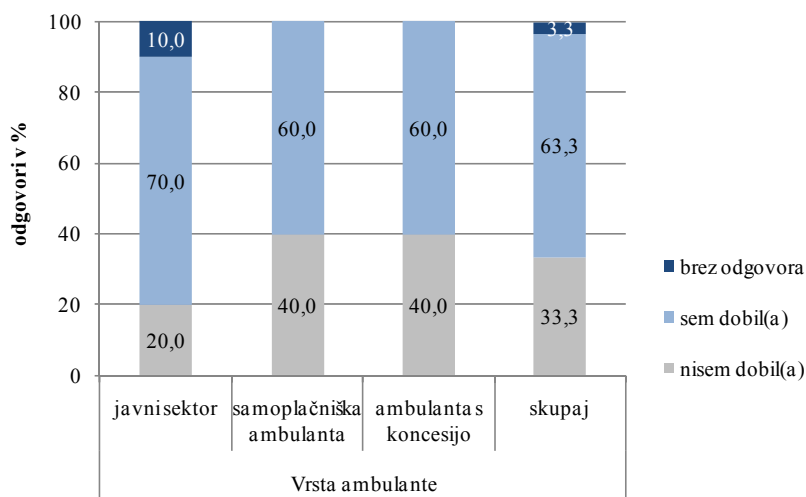
		Vrsta ambulante								Hi-kvadrat statistika; sig.
		javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		skupaj		
		f	%	f	%	f	%	f	%	
Ali ste ob odhodu dobili ustne in pisne informacije o tem, kakšni so stranski učinki zdravil?	nisem dobil(a)	1	10,0	4	40,0	3	30,0	8	26,7	4,036; 0,401
	sem dobil(a)	8	80,0	6	60,0	7	70,0	21	70,0	
	<i>brez odgovora</i>	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	
Ali ste ob odhodu dobili pisne informacije o tem, na katere opozorilne znake morate biti pozorni v zvezi s svojo boleznijo?	nisem dobil(a)	2	20,0	4	40,0	4	40,0	10	33,3	2,905; 0,574
	sem dobil(a)	7	70,0	6	60,0	6	60,0	19	63,3	
	<i>brez odgovora</i>	1	10,0	0	0,0	0	0,0	1	3,3	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	
Ali ste ob odhodu dobili navodila za nadaljnjo obravnavo (uporaba služb in storitev blizu kraja, kjer živite)?	nisem dobil(a)	1	10,0	5	50,0	3	30,0	9	30,0	5,967; 0,202
	sem dobil(a)	9	90,0	5	50,0	6	60,0	20	66,7	
	<i>brez odgovora</i>	0	0,0	0	0,0	1	10,0	1	3,3	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Op: rezultate Hi-kvadrat testa navajam informativno.

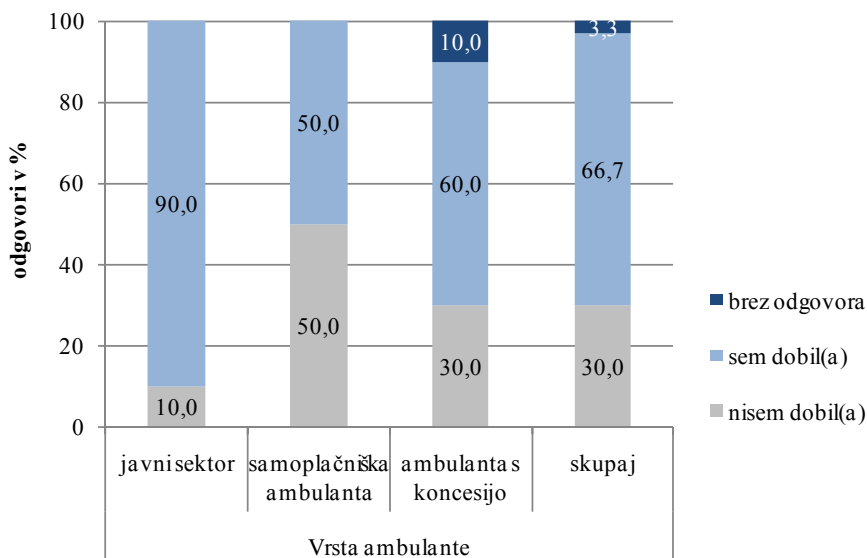
Graf 8.30: Ali ste ob odhodu dobili ustne in pisne informacije o tem, kakšni so stranski učinki zdravil?



Graf 8.31: Ali ste ob odhodu dobili pisne informacije o tem, na katere opozorilne znake morate biti pozorni v zvezi s svojo boleznijo?



Graf 8.32: Ali ste ob odhodu dobili navodila za nadaljnjo obravnavo (uporaba služb in storitev blizu kraja, kjer živite)?



Primerjava glede na različne vrste ambulant je razkrila določene razlike v odgovorih, vendar nam opravljeni hi-kvadrat testi ne omogočajo da bi o njih govorili kot o statistično značilnih, saj je vrednost signifikance povsod presega 0,05.

#### 8.4.7 Demografski podatki o anketiranih – primerjava po različnih vrstah ambulant

V vzorcu smo zajeli nekaj manj kot 80 odstotkov (76,7 %) žensk in dobro petino (23,3 %) moških. Največ anketirancev je starih med 40 in 59 let (takih je 40 %) in starih 60 let ali več (takih je 33,3 %). Več kot polovico vzorca predstavljajo srednje (30 %) in višje izobraženi pacienti (26,7 %), dobra petina pa je takih z dokončano osnovno šolo. V javnem sektorju ambulant so nadpovprečno zastopani moški, mlajši anketiranci in takšni s srednješolsko izobrazbo. Med pacienti samoplačniških ambulant smo v vzorec zajeli nadpovprečen delež žensk in takih v višjo ali visoko izobrazbo. V ambulantah s koncesijo pa smo anketirali več žensk, pacientov, ki so stari med 40 in 59 let oz. starejši ter so končali samo osnovno šolo.

Tabela 8.43: Demografski podatki glede na tip ambulante

	Vrsta ambulante								Hi-kvadrat statistika; sig.	
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		skupaj			
	f	%	f	%	f	%	f	%		
Spol	moški	4	40,0	1	10,0	2	20,0	7	23,3	2,609; 0,271
	ženski	6	60,0	9	90,0	8	80,0	23	76,7	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	
Starost	do 40 let	4	40,0	2	20,0	1	10,0	7	23,3	4,700; 0,583
	med 40 in 59 let	3	30,0	4	40,0	5	50,0	12	40,0	
	60 let ali več	3	30,0	3	30,0	4	40,0	10	33,3	
	brez odgovora	0	0,0	1	10,0	0	0,0	1	3,3	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	
Vaša izobrazba	osnovna	2	20,0	2	20,0	4	40,0	8	26,7	6,517; 0,368
	poklicna	3	30,0	1	10,0	1	10,0	5	16,7	
	srednja	4	40,0	2	20,0	3	30,0	9	30,0	
	višja ali visoka	1	10,0	5	50,0	2	20,0	8	26,7	
	skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Op: rezultate Hi-kvadrat testa navajam informativno.

Glede tega, ali so bili anketiranci taki, ki so se ponovno vrnili v ambulanto, ali je šlo za prvi obisk, je porazdelitev precej enakovredna. Pacientov s prvim obiskom smo zajeli dobro polovico (53,3 %), pri ostalih pa gre za ponovitev obiska. V javnih ambulantah in ambulantah s koncesijo je zaznati nadpovprečen delež anketirancev s prvim obiskom, v samoplačniških

ambulantah pa smo zajeli več takšnih, ki so se že kdaj zdravili v ambulanti. Glede na rezultate hi-kvadrat testa lahko sklepamo, da gre za pomembno razliko glede na tip ambulante, saj je vrednost signifikance pod mejno vrednostjo 0,05 in znaša 0,024.

Tabela 8.44: Predhodno zdravljenje v ambulanti glede na tip ambulante

	Vrsta ambulante								Hi-kvadrat statistika; sig.
	javni sektor		samoplačniška ambulanta		ambulanta z koncesijo		skupaj		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Ali ste se že kdaj prej ne	6	60,0	2	20,0	8	80,0	16	53,3	7,500; 0,024
zdravili v naši da	4	40,0	8	80,0	2	20,0	14	46,7	
ambulantni? skupaj	10	100,0	10	100,0	10	100,0	30	100,0	

Op: rezultate Hi-kvadrat testa navajam informativno.

### 8.4.8 Preverjanje hipoteze

V raziskavi sem preverjala hipotezo:

**H1: Pacienti v koncesijski ambulanti so bolj zadovoljni z zdravstvenimi storitvami, kot v ambulanti v javnem sektorju in v samoplačniški ambulanti**

Že pri sprejemu v ambulanto se pokaže, da je prav pri koncesijskih ambulantah največ pacientov sodelovalo pri določanju datuma za sprejem (glej tabela 8.3) in tudi minimalen je bil delež tistih, pri katerih je bil datum prestavljen. Pri zasebnikih tega sicer ni, vendar dopuščam možnost, da je bil datum spremenjen tudi na lastno željo pacienta. Tudi čakalna doba (glej tabelo 8.4) je bila najkrajša prav pri koncesijskih ambulantah. Prijaznost zdravnika je sicer nekoliko nižja pri koncesijskih kot pri javnih zavodih (glej tabelo 8.6), vendar pa je pri koncesijskih najvišje zadovoljstvo z dobljenimi odgovori (tabela 8.8), dostopnost zdravnika (8.9, 8.12) uvidevnost zdravnika, možnost individualnega pogovora z zdravnikom (glej 8.13). Tudi uvidevnost s celotnim postopkom zdravljenja (graf 8.11) je najvišja prav pri koncesijski ambulanti, kjer ni bilo niti enega pacienta, ki ne bi bil zadovoljen.

Podobno se kaže tudi pri odnosu medicinskih sester, (tabela 8.17), najvišjo prijaznost medicinskih sester pri obravnavi, zaznamo v koncesijski ambulanti (glej 8.16), najnižjo pa v samoplačniški ambulanti (8.15). Kar se tiče razumljivosti podajanja odgovorov medicinskih sester na zastavljena vprašanja pacientov, kako, na kakšen način, kdaj in ... je v koncesijski ambulanti najvišja. Omeniti velja, da tretjina anketiranih ni podala odgovorov na to vprašanje, saj bodisi niso imeli specifičnih skrbi ali stika z medicinsko sestro. Pri dostopnosti medicinske sestre za pogovor o skrbih (8.16) in o strahovih (8.17) izstopa koncesijska ambulanta,



omeniti, pa velja, da tudi tu, več, kot tretjina anketiranih ni mogla ali ni hotela podati odgovorov na to vprašanje. Z zagotavljanjem zasebnosti pri izvajanju postopkov so najbolj zadovoljni pacienti v ambulanti na koncesijo, najmanj pogosto pa v samoplačniški ambulanti (8.18). Pri uvidevnost medicinskih sester (8.19) zabeležimo, da ima več kot dve tretjini anketiranih pacientov izkušnjo, da jim je medicinska sestra zagotovila zasebnost pri pogovoru in opravljanju posegov, še posebej izstopa ambulanta javnega sektorja, takoj za njo pa ambulanta na koncesijo.

Pri zasebnosti pacientov pri pogovoru (8.20), in odzivnosti medicinskih sester (8.21) izstopa koncesijska ambulanta, vendar pa velja opozoriti, da več kot polovica anketiranih pacientov, ni imela potrebe, da bi medicinsko sestro prosila za pomoč.

Skoraj vsi anketirani niso imeli negativnih izkušenj pri poteku zdravljenja in tudi s tem, da bi jim zaposleni dali napačne informacije o bolezni, zdravljenju in negi. Izstopa ambulanta javnega sektorja, kjer so celo vsi anketirani (8.22) potrdili, da se jim to ni zgodilo.

Pri poteku zdravljenja nas je zanimalo tudi, koliko sodelujejo družinski člani in njihova možnost vključitve v pogovore s psihiatrom. Tu so odgovori precej razpršeni, vendar se največ družinskih članov pacientov, lahko pogovori s psihiatrom v koncesijski ambulanti (8.23) in v samoplačniški ambulanti najmanj. Najvišji delež anketirancev, ki so bili zadovoljni s tem, kako resno je osebje vzelo njihove pritožbe, smo zabeležili v samoplačniški ambulanti, najnižji, pa v ambulantah javnega sektorja (8.24). Glede pojasnil za razloge jemanja zdravil izstopa ambulanta s koncesijo (8.25).

Nivo zdravstvene obravnave, ki so jo bili deležni pacienti, na splošno ocenjujejo, kot dokaj visok – tu sta si koncesijska ambulanta in ambulanta javnega sektorja enaki.

Glede čistosti prostorov (8.27), so pacienti zadovoljni v vseh treh ambulantah. Seznanitev s pravicami in dolžnostmi pacientov ja nadpovprečna v samoplačniški ambulanti in podpovprečna v javnem sektorju (8.28).

Informiranje o uživanju prejetih zdravil (8.29) izstopa koncesijska ambulanta, vendar je tudi v drugih dveh informiranost zelo visoka. Informiranost o stranskih učinkih zdravil je najboljša v ambulantah javnega sektorja (8.30), tako, kot tudi napisane informacije, o tem, na katere opozorilne znake morajo biti pacienti pozorni (8.31) in ravno tako glede navodil za nadaljnjo

obravnavo (uporaba služb in storitev blizu kraja, kjer pacienti živijo) je najboljša v ambulantah javnega sektorja.

Na podlagi dobljenih rezultatov lahko potrdim hipotezo, da so najbolj zadovoljni pacienti v koncesijski ambulanti.

## 9 RAZPRAVA

V vzorcu smo zajeli nekaj manj kot 80 odstotkov žensk in dobro petino moških, največ anketirancev je starih med 40 in 59 let in starih 60 let ali več. Več kot polovico vzorca predstavljajo srednje in višje izobraženih pacienti, dobra petina je takih z dokončano osnovno šolo. V javnem sektorju ambulant so nadpovprečno zastopani moški, mlajši anketiranci in takšni s srednješolsko izobrazbo. Med pacienti v samoplačniški ambulanti smo v vzorec zajeli nadpovprečen delež žensk in takih z višjo ali visoko izobrazbo. V ambulanti s koncesijo pa smo anketirali več žensk, pacientov, ki so stari med 40 in 59 let oziroma starejši ter so končali samo osnovno šolo. Glede tega, ali so bili anketiranci taki, ki so se ponovno vrnili v ambulanto, ali je šlo za prvi obisk, je porazdelitev precej enakovredna. V javni ambulanti in ambulanti s koncesijo je zaznati nadpovprečen delež anketirancev s prvim obiskom, v samoplačniški ambulanti pa smo zajeli več takšnih, ki so se že prej zdravili v ambulanti. Gre za pomembno razliko glede na tip ambulante.

Pri sklopu A, kjer obravnavamo, kakšen je bil sprejem v ambulanto in kakšne izkušnje imajo pacienti, so nam rezultati pokazali, da so anketiranci skoraj enakomerno razdeljeni med tiste z načrtovanim sprejemom in tiste, ki so bili obravnavani kot nujni primer. Pri tem izstopa samoplačniška ambulanta, kjer je nekoliko več nujnih primerov.

Tiste anketirance, pri katerih je bil sprejem načrtovan, smo vprašali še nekaj dodatnih vprašanj, ker nas je zanimalo ali so sodelovali pri dogovoru datuma glede sprejema v ambulanto, kolikokrat so jim spremenili datum pregleda, in ali so dobili dovolj informacij o svojem zdravstvenem stanju in nadaljnji obravnavi v ambulanti.

Pri sodelovanju dogovora datuma sprejema izstopa ambulanta z koncesijo. Pri ostalih vprašanjih pa so se odgovori nekako enakomerno porazdelili. Pri spremembi datuma in preložitvi na kasnejši čas, nadpovprečno izstopajo pacienti v ambulanti v javnem sektorju, podpovprečno pa tistim iz samoplačniških ambulant. Vsi anketirani pa so potrdili, da so v ambulanti dobili dovolj informacij o svojem zdravstvenem stanju in nadaljnji obravnavi v ambulanti.

Pri dimenziji časa večina vprašanih navaja, da so prišli na vrsto v manj kot eni uri, v ambulantah javnega sektorja pa je največji odstotek takih, ki so čakali dalj časa (eno uro in več).

V javnih zdravstvenih institucijah je morda razlog za daljši čas pripisati njihovi obremenjenosti. Uporabnikom zdravstvenih storitev je zelo pomembno, da jim ni treba dolgo čakati na pregled. Uporabniki pričakujejo natančnost in spoštljivost zdravstvenega osebja, zlasti pri uri za pregled. Pričakujejo, da so takrat tudi sprejeti in pregledani. Včasih jih pripelje nekdo drug (sosed, znanec) in so odvisni od prevoza drugih, zato ne morejo dolgo čakati.

Pri sklopu B1 je večina anketiranih ocenila obravnavo zdravnika kot zelo prijazno in prijazno v vseh tipih ambulant. Način obravnave pacientov, kot so pogostost razreševanja določenih vprašanj z zdravnikom, in razumljivost podanih odgovorov s strani zdravnika jih je večina potrdila, da so od zdravnika prejeli razumljive odgovore na postavljena vprašanja. V ambulanti na koncesijo pa izstopa najvišji odstotek pacientov, kjer so vedno dobili razumljive odgovore.

Skoraj tri četrtine pacientov navaja, da so zdravniki vedno na voljo za pogovor o skrbeh pacienta, vendar tudi tu izstopa ambulanta na koncesijo, kjer je povprečna ocena višja od drugih dveh ambulant. Odstotek zdravnikov, ki so vedno pripravljeni na pogovor o strahovih pacientov je nekoliko nižji kot pri prejšnjem vprašanju, vendar je zopet v ambulanti na koncesijo povprečna ocena nekoliko višja kot v ostalih dveh vrstah ambulant.

Menim, da zdravniki, ki delajo v ambulanti na koncesijo, v času, ki ga imajo na voljo za pacienta, le temu na razumljiv način razložijo potek in simptome bolezni, dajo mu občutek varnosti in tolažbe. Pacienti izgubijo strah, manj jih skrbi za prihodnost. Iz tega lahko sklepamo, da je še kako pomembno zadovoljstvo pacientov, saj bodo pacienti svoje izkušnje posredovali naprej (bodisi pozitivne bodisi negativne). Zato je zlasti za zdravnika zasebnika pomembno, da izstopa s svojimi storitvami, ker bo tako imel večje tržne možnosti.

Po vsej verjetnosti to izhaja tudi iz dejstva, da je v zasebnih ambulantah prisotna skrb odliva uporabnikov zdravstvenih storitev, saj je del sredstev vezana na število opredeljenih pacientov posamezne zasebne ambulante.

Večina anketiranih ni nikoli doživela, da bi zdravniki vpričo njih govorili o njih, kot da sami niso prisotni. V ambulantah z koncesijo o takšnem vedenju zdravnika ni poročal niti en pacient. To nam pove, da zdravniki v ocenjevanih ambulantah nikoli niso tako neuvidevni, da bi se o pacientu pogovarjali vpričo njega in se obnašali, kot da ni prisoten.

Analiza je pokazala, da je večina sodelujočih v raziskavi bila zadovoljna s postopkom zdravljenja. Nadpovprečen odstotek zopet zabeležimo v ambulantah s koncesijo, podpovprečen pa v javnem sektorju.

Skoraj vsi anketirani so odgovorili, da jim je zdravnik pri pogovoru zagotovil ustrezno zasebnost in imelo možnost individualnega pogovora. Slednje so nadpovprečno potrdili pacienti v ambulantah s koncesijo.

Podobno kot pri sklopu zadovoljstvo z obravnavo zdravnikov smo pripravili tudi za oceno medicinskih sester. Ocenjevali smo prijaznost medicinskih sester in pogostost razreševanja določenih vprašanj z medicinsko sestro. Glede na odgovore smo sklepali o načinu obravnave pacientov. Zanimivo je, da je kar nekaj anketirancev odgovorilo, da niso imeli stika z medicinsko sestro. Skupna povprečna ocena anketiranih je prijaznost medicinske sestre ocenilo pozitivno, to je zelo prijazno in prijazno. V skupini pacientov iz ambulant s koncesijo zaznamo nekoliko višjo povprečno oceno.

Več kot polovica vprašanih je od medicinske sestre vedno prejela razumljiv odgovor na postavljeno vprašanje, preostali pa na postavljeno vprašanje niso nikoli dobili razumljivega odgovora ali le redko. Povprečna ocena je najvišja med pacienti v ambulantah s koncesijo in najnižja v samoplačniških ambulantah.

Iz tega lahko sklepamo, da morda v samoplačniški ambulanti pacienti niso imeli možnosti kontakta z medicinsko sestro ali potrebe.

Tretjina anketiranih se je lahko vedno pogovorila o svojih skrbeh z medicinsko sestro, tretjina jih ni podala odgovora na to vprašanje, saj bodisi niso imeli nobenih specifičnih skrbi ali stika z medicinsko sestro. Rezultati o dostopnosti medicinske sestre za pogovor o strahovih so podobni predhodno analiziranemu vprašanju o skrbeh. Dobra tretjina anketiranih je odgovore glede strahov vedno našla v pogovoru z medicinsko sestro, več kot tretjina anketirancev pa ni mogla ali hotela podati odgovora na to vprašanje, ostali pa redkeje.

Opazimo, da so bili glede obravnavanega vprašanja najbolj zadovoljni pacienti v ambulanti s koncesijo, sledijo tisti v javnem sektorju in nazadnje tisti v samoplačniških ambulantah.

Polovica anketiranih je doživela, da jim je medicinska sestra pri izvajanju negovalnih postopkov vedno zagotovila zasebnost, dobra desetina s tem ni bila nikoli zadovoljna, kar tretjina pa jih ni podala odgovora na vprašanje. Pogosteje so z zagotavljanjem zasebnosti pri izvajanju postopkov zadovoljni pacienti v ambulanti s koncesijo, najmanj pogosto pa v samoplačniški ambulanti. Skoraj tri četrtine anketiranih navaja, da nikoli niso doživeli, da bi medicinske sestre pred njimi govorile, kot, da jih ni. In zopet so v ambulanti na koncesijo to potrdili vsi anketiranci.

Tri četrtine anketiranih pacientov ima izkušnjo, da jim je medicinska sestra zagotovila zasebnost pri pogovoru in opravljanju posegov. Nadpovprečni delež anketirancev, ki so imeli tako izkušnjo, smo zabeležili zopet v ambulanti s koncesijo in tokrat tudi v ambulanti javnega sektorja.

Če so pacienti poklicali medicinsko sestro, ko so jo potrebovali za pomoč, je ta običajno prišla hitro, v roku 10 minut. Vendar pa velja opozoriti, da kar polovica anketiranih ni imela potrebe, da bi medicinsko sestro prosila za pomoč.

Pri sklopu vprašanj C, kjer sprašujemo kako so bili zadovoljni s potekom zdravljenja, večinoma anketiranci niso imeli negativnih izkušenj s tem, da bi jim zaposleni dali napačne informacije o bolezni, zdravljenju ali negi.

Glede poteka zdravljenja nas je zanimala tudi vpletenost družinskih članov in možnost, da so se še sami pogovorili z zdravnikom glede pacientovega stanja in poteka zdravljenja. Odgovori so dokaj razpršeni, ena tretjina jih navaja, da so njihovi družinski člani imeli vedno ali pogosto to možnost, več kot tretjina anketiranih pa bodisi niso imeli te želje ali možnosti, da bi vpletli svoje družinske člane. Povprečna ocena je najvišja med pacienti v ambulanti s koncesijo in najnižja v samoplačniški ambulanti.

Polovica anketiranih je imela občutek, da osebje njihove pritožbe jemlje resno, 40 odstotkov anketiranih ni imelo pritožbe ali na vprašanje o pritožbah niso odgovorili, desetina pa ni bila zadovoljna s pristopom osebja pri njihovih pritožbah. Najvišji delež anketiranih, ki so bili

zadovoljni s tem, kako resno je osebje vzelo njihove pritožbe smo zabeležili v samoplačniški ambulanti, najnižji pa v ambulantah javnega sektorja.

Menim, da zaradi tega, ker pacienti v samoplačniški ambulanti pričakujejo najvišjo možno raven oskrbe v procesu zdravljenja, glede na to, da zdravstvene storitve plačajo iz žepa, zato osebje v samoplačniški ambulanti resno jemlje pritožbe pacientov in se trudi, da bi bili pacienti zadovoljni in se vračali nazaj.

Večina anketiranih je potrdila, da so jim tekom njihovega zdravljenja pojasnili razloge za jemanje predpisanih zdravil. V ambulanti s koncesijo so to potrdili vsi anketiranci.

Sklop D obravnava ambulantno okolje in predstavlja rezultate analize treh vprašanj, s katerimi smo merili zadovoljstvo pacientov, kjer polovica anketirancev zdravstveno obravnavo, ki so jo bili deležni, ocenjuje kot dobro in dodatnih 40 odstotkov kot zelo dobro, torej lahko na splošno nivo zdravstvene obravnave v analiziranih psihiatričnih ambulantah ocenimo kot dokaj visok. Vsi anketiranci ocenjujejo, da so prostori ambulant ustrezno vzdrževani, nekaj čez polovico jih je ocenilo, da so čisti in nekaj manj kot polovica, da so zelo čisti.

Skoraj tri četrtine anketiranih je bila seznanjena s pravicami in dolžnostmi, ki jih imajo kot pacienti, preostali so bili delno seznanjeni ali neseznanjeni, ali pa na to vprašanje niso podali odgovora. Seznanjenost pacientov je nekoliko nadpovprečna v samoplačniških ambulantah in podpovprečna v javnem sektorju.

Sklop E obravnava odhod iz ambulante, in po poročanju anketiranih jih je bilo ob odhodu večina ustrezno informiranih, v ambulanti na koncesijo, so bili s tem seznanjeni vsi.

O stranskih učinkih zdravil, o pisnih informacijah o opozorilnih znakih v zvezi z boleznijo in o tem, da so dobili dodatna navodila za nadaljnjo obravnavo poroča približno tretjina anketiranih. V vseh primerih nadpovprečen odstotek informiranih zabeležimo v javnih ambulantah.

V anketnem vprašalniku sem posvetila času precejšnjo pozornost. Vprašanja so se nanašala na čas in merjenje zadovoljstva z različnimi spremenljivkami, ki čas sestavljajo, tudi sistem naročanja in čas čakanja. Kot že rečeno, sem anketirance spraševala ali se lahko dogovorijo za

uro pregleda in če so ob dogovorjeni uri zares na vrsti pri zdravniku psihiatru. Nadalje me je zanimalo ali so v ambulanti kdaj spremenili datum pregleda tako, da je bil pregled preložen na kasnejši čas in koliko časa so čakali na pregled, da so prišli na vrsto?

Za zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev je pomembnejši čas, ki jim ga zdravnik posveti in ga preživijo v ordinaciji, kot pa čas čakanja na sprejem k zdravniku. »Čas trajanja posveta je eden od najboljših kazalcev kakovosti dela zdravnika psihiatra in ima neposreden vpliv na zadovoljstvo pacienta« navaja Vatovec – Progar (1995, 38).

Kot vzrok za nezadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev se na pomembno mesto postavlja nepotrebno čakanje v čakalnici, nezadovoljstvo pri pacientih postavljajo tudi čakalne dobe (Robida 2006a).

Uveljavitev standarda čim krajšega časa čakanja je za uporabnike zdravstvenih storitev dejansko pridobitev, kajti predvideva povprečno največ 20 minut čakanja pred ambulantami, več prostega časa, predvidljivo načrtovanje tako prostega kot službenega časa, večje zadovoljstvo in zaupanje v zdravstveni tim ter s tem povezano boljše sodelovanje v procesu zdravljenja (ZZZS 2007).

Zadovoljstvo z zdravnikom in medicinsko sestro temelji tudi na njunih osebnostnih lastnostih. Ugotavljam, da je komunikacija eden izmed pomembnih indikatorjev zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev tako z zdravnikom kot z medicinsko sestro. Pacienti želijo človeško besedo, da zdravnik ni vzvišen, da ni slabe volje, da se ne drži grdo, da se mu upajo povedati svoje težave. Pacienti želijo, da se zdravnik z njimi pogovarja. Želijo imeti občutek, da jim zdravnik verjame, kar jim povedo. Pacienti želijo včasih samo lepo besedo, ali samo, da jih nekdo posluša.

Prav tako pri medicinskih sestrah, ki predstavljajo prvi kontakt v zdravstveni instituciji, pacienti želijo, da bi bile pozitivne osebnosti, vedno dobre volje, nasmejane, predvsem pripravljene vedno pomagati, kar pa je absolutno povezano z naravo dela medicinskih sester.

Tudi Boben – Bardytzky (2001, 1279) ugotavlja, da če bomo ljudi poslušali, jim bomo s tem omogočili boljši občutek obvladovanja situacije (življenja, bolezni). Pravi, da poslušanje še ni strinjanje, poslušanje je znak upoštevanja in sprejemanja sogovornika.



Različni avtorji (Švab 1995, 6) ugotavljajo, da če zdravniki želijo celostno obravnavati posameznega človeka, ki se je zatekel k njim po pomoč, potem se morajo znati z njim pogovarjati. Navajajo, da je večšina pogovarjanja ena najbolj zahtevnih v medicini, pa tudi ena najmanj cenjenih v medicinskih krogih, saj jim je mar le za visoko tehnologijo, hkrati pa gre za večšino, ki jo najpogosteje potrebujemo.

Slabo sporazumevanje in neupoštevanje pacientovih stališč sta vzroka v večini pritožb in tožb v medicinski stroki. Delež zdravstvenih napak se lahko zmanjša z uporabo k pacientu usmerjenega pristopa. Raziskava 227 tožb angleških zdravnikov je pokazala, da je bila večina pacientov ali njihovih svojcev nezadovoljnih z načinom in jasnostjo razlage, ki so je bili deležni od zdravnika in z neprimernim odnosom po storjeni napaki, poudarja Vodopivec – Jamšek (2002, 70).

Dimenzije osebnostnih lastnosti tako zdravnikov kot medicinskih sester izpostavljam kot silno pomembne.

Moje ugotovitve se skladajo z ugotovitvami Uletove (2006, 16), ki pravi da je komuniciranje osrednji koncept, o katerem pacienti razpravljajo, kadar govorijo o zadovoljstvu z zdravstvenimi institucijami in zdravstvenimi delavci. Navaja: »Večina pacientov v raziskavi v Avstraliji, o kateri poroča znana avstralska sociologinja zdravja Deborah Lupton, je imela pripravljenost zdravnikov in medicinskih sester, da »si vzamejo čas za mene in se pogovarjajo o mojem problemu« za najpomembnejšo lastnost dobrih zdravstvenih delavcev, bolj pomembno celo kot strokovno znanje.« Avtorica razlaga, da so do podobnih ugotovitev prišli tudi v raziskavi »Komuniciranje med pacienti in zdravniki«, ki so jo opravili med člani Društva pljučnih pacientov Slovenije. Poudarja, da se anketiranci, vključeni v raziskavo, tako rekoč enoglasno strinjajo s trditvijo. »Pomembno je, da je odnos med pacientom in zdravnikom topel in prisrčen, ker to zelo vpliva na razbremenitev pacienta.

Na področju strokovnosti predvsem zdravnikov razberem, da pacienti pričakujejo v primerih, če jih kaj skrbi ali če jih je strah, ali če se česa bojijo, pravilen nasvet, »prava« zdravila, ki bodo pomagala, točno diagnozo. Zdravnik mora preventivno ugotoviti kakšno stvar ter zagotoviti vse pravice, ki jim pripadajo, hkrati pa jim pomagati, da se uresničijo.

Pacienti pričakujejo, da jih bo zdravnik obravnaval kot celoto, da bo ugotovil vzrok bolezni. Zdravnik mora biti natančen, dosleden. Večina pacientov pričakuje tako od zdravnika kot od

medicinske sestre tudi navodila, kako pravilno jemati zdravila. Uporabniki zdravstvenih storitev na splošno pričakujejo, da so zaposleni ustrezno izobraženi, da medicinske sestre lepo dajo injekcije.

Pričakovanja uporabnikov zdravstvenih storitev na področju zdravnikove strokovnosti, pa tudi strokovnosti medicinske sestre, zajemajo predvsem zdravstveno in svetovalno komponento. V prvi vrsti naj bosta najprej kompetentna na svojem lastnem strokovnem področju.

Rezultati kažejo, da so pacienti bolj zadovoljni v koncesijski ambulanti, čeprav ne moremo dokazati, da prihaja do pomembno statističnih razlik. Zakaj je temu tako, in zakaj pacienti niso bolj zadovoljni v ambulantah v javnem sektorju, pa gre morda na račun, da so psihiatri v ambulantah, ki delajo v javnem sektorju bolj obremenjeni s številom pacientov, posledično zato bolj utrujeni, da so manj motivirani, da so bolj nadzorovani s strani zdravstvene zavarovalnice, da so bolj utrujeni, da morda dobijo paciente z težjo patologijo, da imajo veliko kroničnih pacientov in da se srečujejo tudi z drugimi težavami, ki jih pacienti prinesejo s seboj, in jih zaradi večje organiziranosti službe lahko in morajo učinkovito reševati. To so na primer razni socialni problemi, družinski konflikti, mladostniške težave, ki jih morajo reševati tudi drugi strokovnjaki, ko celostno obravnavamo pacienta (socialna služba, psihoterapevtska služba, pedagoška služba – razne izobraževalne delavnice za depresivno in anksiozno motnjo, podporne skupine za osebe, ki imajo izkušnjo s psihozo-, psihološka služba, povezava z nevladnimi društvi ...

S pomočjo raziskave smo ugotovili, da uporabniki zdravstvenih storitev želijo predvsem prijazno, nasmejano, strokovno osebje, ki jim nameni dovolj časa, s svojo organizacijo dela pa poskrbi, da ni dolgega čakanja na sprejem v zdravstveno obravnavo.

To ugotovitev lahko razumemo v kontekstu filozofije skrbi za zdravje, saj so tako organizacija dela kot odnos in komunikacija del zdravstvene oskrbe, s pomočjo katere dajemo informacije, pomirjamo paciente ter svojce, tolažimo, zmanjšujemo strah in tesnobo in odgovarjamo na vprašanja, ustvarjamo odnos, katerega bistvo je prilagodljivost, sprejemanje, toplina, pristnost, empatija, poslušanje, pozorno sledenje in odzivanje z besedno in nebesedno komunikacijo.

Ugotovila sem da, do pomembnih razlik med spoloma ne prihaja, razen pri samoplačniški ambulanti, kjer so vse anketiranke ženskega spola. Kersnik (2001, 71) ugotavlja, da v oceni zadovoljstva moških in žensk ni statistično značilne razlike, medtem ko Remic na podlagi globinskih intervjujev ugotavlja, da moški višje ocenjujejo zadovoljstvo z zdravstvenimi storitvami. Na osnovi vseh raziskav sklepamo, da spol ne vpliva pomembno na zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev (Kersnik 2001).

Ugotovila sem, da je najvišja starost pri pacientih, ki pridejo v koncesijsko ambulanto. Morda gre to povezati, da so ravno ti pacienti najbolj zadovoljni glede dimenzije časa in spoštljivega odnosa do njih. To dejstvo bi po moji oceni pripisala predvsem večji potrpežljivosti in manjši zahtevnosti starejših uporabnikov zdravstvenih storitev. Razlog pa je verjetno tudi v načinu vzgoje starejših ljudi, pri katerih so imele vrednote, kot so hvaležnost, spoštljivost, potrpežljivost in zadovoljstvo, v preteklosti večjo težo, kot jih imajo danes med mlajšimi generacijami, predvsem pa menim, da starejši uporabniki zdravstvenih storitev bolj cenijo delo medicinskih sester kot mlajši uporabniki zdravstvenih storitev ter da to dejansko izhaja iz hvaležnosti starejših, ne pa nekakšne samoumevnosti sestrskega dela, kar je zaznati pri mlajših generacijah.

Vsaka ambulanta lahko s pomočjo pričujoče ankete oceni svojo situacijo in se zgleduje po najboljših praksah, kljub temu, da so rezultati na splošno dobri. Na podlagi rezultatov ankete lahko posamezna ambulanta pripravi svoj strateški kratkoročni in dolgoročni načrt kako se približati, doseči ali preseči najboljše primere. Gre za neprestano izboljševanje na vseh nivojih svojega delovanja. Izboljšave ni možno uresničiti le z enim samim dejanjem temveč gre v bistvu za nenehen proces z malimi koraki. Od vsake ambulante pa je odvisno, katere prioritete bo izbrala sama. Ambulante naj bi vzele rezultate ankete kot eno izmed možnih pomoči pri izboljševanju kakovosti in varnosti kot jo vidijo pacienti, še posebej tam, kjer so bili konstruktivno kritični.

Z anketo sem želela primerjati zadovoljstvo pacientov z zdravstvenimi storitvami pri treh različnih vrstah psihiatričnih ambulant. In sicer, z ambulanto javne mreže ter zasebniki (bodisi samoplačniškimi ambulantami bodisi koncesionarji). Poleg omenjenega sem s pomočjo anket dobila vrsto zanimivih in za zasebnike pomembnih informacij. Na podlagi dobljenih odgovorov si lahko zasebni zdravnik zastavi, s katerimi konkurenčnimi prednostmi bo deloval na trgu in si tako pridobil veliko število, predvsem zvestih odjemalcev.

## 10 SKLEP

V zdravstvu nenehno potekajo spremembe. Keber in drugi (2003, 46) razlagajo, da se spreminjajo potrebe državljanov, ki jim mora slediti zdravstveni sistem; spremembe narekuje razvoj tako medicinskih kot drugih znanosti in tehnologij; spreminja se predvsem financiranje, ki nenehno išče nove možnosti, vsemu temu pa se morajo prilagajati strokovni in poslovni management ter država, ki je odgovorna za delovanje javnega sistema.

Poznavanje in spremljanje zadovoljstva pacientov je pomemben del načrtovanja izboljšav v zdravstveni ustanovi. Nekateri nemedicinski vidiki zdravstvenih storitev (na primer odnos osebja) se lahko izboljšajo brez velikih finančnih investicij. Pri tem pa ima pomembno vlogo motivacija in izobraževanje zaposlenih.

Zakaj je pomembno zadovoljstvo uporabnikov, povedo tudi trditve, ki jih je zapisala Štraklova (2009):

- 25 % uporabnikov je vedno nezadovoljnih,
- od te četrtnine jih kar 95 % ne izrazi zadovoljstva,
- od preostalih 5 %, ki izrazijo nezadovoljstvo jih je le ½ zadovoljna z rešitvijo problema,
- zadovoljni uporabnik bo opisal svoje nezadovoljstvo najmanj devetim osebam.

Hipotezo, ki sem jo postavila na začetku naloge: **HI: Pacienti v koncesijski ambulanti so bolj zadovoljni z zdravstvenimi storitvami kot v ambulanti v javnem sektorju in v samoplačniški ambulanti** podpiram.

Moram pa omeniti, kot že opisano, da pri vseh treh vrstah ambulant ne prihaja do statistično pomembni razlik.

Izkušnje z mešanim javno zasebnim zdravstvom v Sloveniji nam kažejo, da veljavna področna zakonodaja ni dorekla postopkov in pogojev podeljevanja koncesij, kot tudi izvajanja dejavnosti s podeljevanjem koncesij ustrezno, dovolj pregledno in na način, da bi bilo izvajanje javne službe nadzorovano, nemoteno in usklajeno z delovanjem obstoječe javne mreže v korist zavarovancev (Rus 2008).

Med javnim in zasebnim sektorjem s morajo vzpostaviti enakopravni partnerski odnosi in na njih temelječe različne oblike sodelovanja. Gotovo pa je potrebno čim prej določiti mejo, preko katere privatizacija prinaša več slabosti kot koristi. Nedvomno vstop zasebnega kapitala pomeni obogatitev ponudbe zdravstvenih storitev in tudi večjo dostopnost, zato ni dobro, da bi temu preveč nasprotovali iz načelnih razlogov. Vsekakor pa je potrebno razvoj zdravstva usmerjati v skladu z načeli profesionalne etike. Tu gre predvsem za pravično in pošteno razdeljevanje javnih sredstev in varovanja pravic prebivalstva. Spremembe ne smejo ogroziti socialnega sporazuma (Rus 2006).

### **Priporočila za prakso**

Na osnovi ugotovitev bi bilo koristno:

- Spodbujati zdravstvene delavce komunikacijskih veščin, predvsem bo treba uvesti redna izobraževanja in delavnice na temo komunikacija in medosebni odnosi, s poudarkom na spodbujanju prijaznosti.
- Menim, da bi bilo treba v izbrane ambulante vnesti v delovno prakso ISO standarde, kajti na podlagi tega, bi bili rezultati merljivi in primerljivi z najboljšimi praksami, kar bi privedlo do sprotnega ocenjevanja in spremljanja kazalnikov zadovoljstva.
- V ambulantah bo treba sistem naročanja na obisk pri zdravniku psihiatru še dodelati tako, da bi naročeni uporabniki zdravstvenih storitev prišli na vrsto ob dogovorjeni uri, oziroma bi čakali manj kot petnajst minut.
- Posvetiti pozornost izobraževanju komunikacijskih veščin medicinskih sester ter zdravnikov že v okviru srednješolskega izobraževanja in v času študija, nadaljevalo pa naj bi se z rednimi delavnicami.
- Zmanjšati izrazito hierarhičen odnos in posledično doseči, da bo komunikacija z uporabniki zdravstvenih storitev enovita in celovita.
- Za vsako dimenzijo in njene indikatorje narediti načrt izboljšav za povečanje zadovoljstva uporabnikov zdravstvenih storitev.
- V ambulantah enkrat letno ovrednotiti zadovoljstvo uporabnikov zdravstvenih storitev.
- Država bi morala z ustrežno reformo razbremeniti medicinske sestre administrativnega dela.

## 11 LITERATURA

1. Albreht, Tit, Marjan Česen, Don Hindle, Emil Jakubowski, Vlasta Kerstin Petrič, Marjan Premik in Marko Zoth. 2002. European Observatory on Health Care Systems. *Health Care Systems in Transition*. Slovenia. Kopenhagen: WHO – Euro.
2. Albreht, Tit. 2005. Zasebnništvo v različnih zdravstvenih sistemih. *Zdravniški vestnik* (7/8): 63–464.
3. Arnež, Zoran. 2000. Privatizacija zdravstva. *Mladina* (12): 2–35.
4. Beltram, Peter. 1993. *Privatizacija na področju družbenih dejavnosti*. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
5. Boben Bardutzky, Darja. 2001. Pomen dobrih odnosov v zdravstvu. *ISIS, glasilo Zdravniške zbornice Slovenije* 10 (4): 126–128.
6. Bohinc, Marija in Andrej Iršič. 1998. Zadovoljstvo bolnikov kot element kakovosti v zdravstvu. V *Izzivi managementa*, ur. Goran Vukovič, 81–89. Kranj: Moderna organizacija.
7. Bohinc, Marija. 1999. Zadovoljstvo bolnikov kot element managementa v zdravstveni negi. *Obzornik zdravstvene nege* 33 (3/4): 159–163.
8. Bohinc, Rado. 2005a. Preoblikovanje javnih zavodov in javnih podjetij. *Podjetje in delo revija za gospodarsko, delovno in socialno pravo* 31 (2): 209–226.
9. Bručan, Andrej. 2004. *Predstavitev kandidata za ministra za zdravje*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
10. --- 2005a. Ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu. *Zdravniški vestnik* (1/8): 156–460.
11. --- 2005b. Ureditev razmerja med državnim in zasebnim delom v javnem zdravstvu. *Zdravniški vestnik* (7/8): 456–460.
12. Brus, Alojz. 1994. *Organizacijski – ekonomski in organizacijski procesi v zdravstveni dejavnosti*. Kranj: Moderna organizacija.
13. Česen, Marjan. 1993. Lastninsko preoblikovanje sistema zdravstvenega varstva. *ISIS, glasilo Zdravniške zbornice Slovenije* (8): 32–39.
14. --- 1998. *Osnove upravljanja sistema zdravstvenega varstva*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
15. --- 1999. Moč in nemoč privatizacije v zdravstvenem varstvu. *Bilten ekonomika organizacija informatika v zdravstvu* (2):38–42.
16. --- 2003. *Management javne zdravstvene službe*. Ljubljana: Center za tehnološko

usposabljanje.

17. --- 2005. Koliko stane predan zdravnik. *Delo, Sobotna priloga*, 8 (22. oktober).
18. --- 2007. Klic v sili dela voljnih zdravnikov. *Delo*, 5 (30. november).
19. *Delo*. 2003. Ključna in drugačna organizacija zdravstva, 5 - 6 (16. januar).
20. Dobnikar, Brane. 2005. Koncesijsko opravljanje zdravstvene dejavnosti: uspehi, težave in izzivi. *Zdravniški vestnik* (7/8): 464–471.
21. Doyal, Lesley. 1984. *Politična ekonomija zdravja*. Ljubljana: Založba Krtina.
22. Drucker, Peter F. 1990. *Managing the Non – Profit Organizations, Principles and Practices*. New York: Harper Collins.
23. --- 1992. *Inovacije i poduzetništvo, praksa i načela*. Zagreb: Globus nakladni zavod.
24. Fortuna, Marjan. 2007. Postopna, nadzorovana in preiščljena privatizacija. *Delo*, 7 (5. november).
25. Gaćeša, Jelena. 2005. Ustaviti dajanje koncesij v zdravstvu. *Delo*, 9 (27. oktober).
26. Gazvoda, MT. 2004. Zadovoljstvo varovancev kot pomemben del poslovne odličnosti. V *Kakovost: različni pristopi, skupen cilj - XIII. letna konferenca Slovenskega združenja za kakovost*, ur. Darinka Žargi, 152–155. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost.
27. Giese, Joan L. in Joseph A. Cote. 2000. Defining consumer satisfaction. *Academy of Marketing Science Review* (1): 1–34.
28. Goričan, Anita. 2011. Zadovoljstvo bolnikov v primarnem zdravstvu – primer zdravstvenega doma Šmarje pri Jelšah. *Zdravstveni vestnik* (50): 175–184.
29. Gorjup, Viktorija. 1999. Oblike privatizacije v zdravstvu. V *Tranzicija, spreminjanje lastninske strukture in uvajanje zasebne prakse v zdravstvu po letu 1990: obvladovanje stroškov - primeri konkretnih rešitev za podporo odločanju v javnih zavodih*, 19–27. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
30. Hindle, Don. 2003. Nisem socialist. Sem le za učinkovito zdravstvo. *Delo*, 4 - 6 (31. maj).
31. Jackson, Peter in Catherine M. Price. 1994. *Privatization and Regulation: A Review of the Issues*. London: Longman.
32. Kamnar, Helena. 1992. Privatizacija zdravstvene dejavnosti v luči nove zdravstvene zakonodaje. *Zdravstveno varstvo* (10/11/12): 289–292.
33. Kanjuro Mrčela, Aleksandra. 1999. *Lastništvo in ekonomska demokracija*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
34. Keber, Dušan. 2003. Utrjevanje vrednot in vzpodbujanje sprememb: Zdravstvena reforma 2003. *Zdravniški vestnik* (2): 57–58.

35. ---, Tit Albreht, Polona Brcar, Silva Pečar-Čad, Irena Kirar-Fazarinc, Mladen Markota, Dorjan Marušič, Sonja Grobovšek-Opara, Radivoje Pribaković Brinovec, Andrej Robida, Mateja Rok-Simon, Jožica Šelb-Šemerl, Janja Šešok, Nevenka Kelšin, Alenka Kraigher, Daša Moravec Berger, Danica Rotar-Pavlič, Marija Seljak, Polonca Truden-Dobrin, Maks Tajnikar, Andrej Kovačič, Petra Došenović Bonča, Jože Arzenšek in Julijana Bizjak-Mlakar. 2003. *Zdravstvena reforma: pravičnost, dostopnost, kakovost, učinkovitost: osnutek*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
36. Kersnik, Janko. 1999. Zadovoljstvo bolnikov. *Medicinski razgledi* 38 (3): 389–394.
37. --- 2001. Multivariantna analiza zadovoljstva bolnikov z zdravnikom družinske medicine. *Zdravniški vestnik* (70): 381–386.
38. --- 2003. Bolnik v slovenskem zdravstvu. *Monografija o zadovoljstvu bolnikov in organizaciji pritožnega sistema, (Zbirka PiP)*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
39. Košir, Franc. 1993. Zdravstveno zavarovanje – leto dni izkušenj in možnosti razvoja. *ISIS, glasilo Zdravniške zbornice Slovenije* (4): 13–18.
40. --- 1999. Primerjava zasebnega in javnega zdravstva v razvitih državah in državah tranzicije. *Zdravniški vestnik* (68): 681–684.
41. Košir, Tone in Meta Mencej. 1992. *Zdravstveni zakoni po novem*. Ljubljana: Center Marketing.
42. Letica, Slaven. 1989. *Zdravstvena politika u doba krize*. Zagreb: Naprijed.
43. --- 1999. Tranzicija in spremembe v sistemih zdravstvenega varstva v državah srednje Evrope. *Bilten ekonomika organizacija informatika v zdravstvu* (6): 150–152.
44. Loxley, John in Alim J. Loxley. 2007. The economic and financial aspects of public/private sector partnerships. V *Ekonomski vidiki javnega sektorja, Economic Aspects of the Public Sector*, ur. Bogomil Ferfila, 267–276. Ljubljana.
45. Malnar, Brina. 2002. Sociološki vidiki zdravja. V *Družbeni vidiki zdravja*, ur. Niko Toš in Brina Malar, 3–32. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
46. Ministrstvo za zdravje. 2007. *Nacionalna anketa o izkušnjah odraslih pacientov v akutni bolnišnici in psihiatričnih bolnišnicah v Sloveniji*. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za biomedicinsko informatiko.
47. Možina, Stane, Bogdan Kavčič, Mitja I. Tavčar, Danijel Pučko, Štefan Ivanko, Bogdan Lipičnik, Jože Gričar, Leon Repovž, Andrej Vizjak, Aleš Vahčič, Veljko Rus in Rado Bohinc. 1994. *Management*. Radovljica: Didakta.
48. Mužina, Aleksij. 2004. *Koncesije: pravna ureditev koncesijskih razmerij v Sloveniji in*



- EU. Ljubljana: Primath.
49. Parker, David. 1994. Nationalization, Privatization and Agency Status Within Government. V *Privatisation and regulation: a review of the issues*, ur. Peter M. Jackson in Catherine Price, 67 – 78. New York: Longman.
50. Petrovič, Mihael. 2003. Predstavitev ljubljanske zdravstvene regije. V *Metode ekonomskega vrednotenja v zdravstvu ter njihova uporaba doma in v svetu*, 5–10. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.
51. Poredoš, Pavel. 2005. Javno in zasebno zdravstvo: prednosti in pomanjkljivosti posameznih sistemov. *Zdravniški vestnik* (7/8): 455.
52. Robida, Andrej. 2006a. *Uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice*. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje.
53. --- 2006b. Nacionalne usmeritve za razvoj kakovosti in varnosti v zdravstvu ter uvajanje izboljševanja kakovosti v bolnišnice. *Sporočila* 16 (12): 5–7.
54. Rus, Veljko. 1990. *Socialna država in družba blaginje*. Ljubljana: Domus.
55. --- 1992. *Med antikomunizmom in postsocializmom*. Ljubljana: FDV.
56. --- 1993a. Privatizacija kot most med socialno državo in družbeno blaginjo. V *Privatizacija na področju družbenih dejavnosti – možnosti in omejitve*, ur. Miha Kovač, Peter Beltram, Mira Bitenc, Mitja Kamušič, Zinka Kolarič, Darja Piciga, Veljko Rus in Nada Stropnik, 21–97. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
57. --- 1993b. Možnosti in meje privatizacije na področju družbenih dejavnosti. V *Privatizacija na Slovenskem 1990–1992*, ur. Rado Bohinc in Nina Milkovič, 137–156. Ljubljana: Državna založba Slovenije.
58. --- 1996. *Privatizacija šolstva, zdravstva in kulture*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
59. --- 1997. Politika privatizacije družbenih dejavnost. V *Neprofitni management, prva slovenska strokovna revija za promocijo vodenja v neprofitnem sektorju* 1 (1): priloga 3–7.
60. --- 2001. *Podjetizacija in socializacija države*. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede.
61. --- 2003. Javno dobro in meje privatizacije. V *Sodobna država: kaj mora in kaj zmore*, ur. Ivan Hvala, Marjan Semdak in Rino Simoneti, 107–111. Ljubljana: FDV, Društvo Občanski forum.
62. --- 2005. Nihamo med postkapitalizmom in postsocializmom. *Delo*, 28–29 (30. april).
63. --- 2008. *Novi javni menedžment*. Ljubljana: FDV, študijsko gradivo.
64. Rus, Andrej. 2006. *Sociološki problemi managementa*. Ljubljana: FDV, študijsko

- gradivo.
65. Saražin Klemenčič, Ksenija. 1998. Privatizacija v zdravstvenem varstvu v nekaterih evropskih državah in drugod po svetu. *Bilten ekonomika organizacija* (9): 234–236.
  66. Savas, Emanuel S. 1989. Taxonomy of Privatization Strategies. *Policy Studies Journal* (2): 343–355.
  67. --- 2000. *Privatization and Public – Private partnership*. New York – London: Chatham House.
  68. Skela Savič, Branka. 2002. *Zadovoljstvo bolnikov – kazalec kakovosti v zdravstvu. Management in Evropska unija*. Kranj: Moderna organizacija.
  69. Snoj, Boris. 1998. *Management storitev*. Koper: Visoka šola za management.
  70. Stepan, Adolf, Martin Toth, Drago Petrič in Boris Kramberger. 1999. *Sistem financiranja v zdravstvu: mednarodna primerjava*. Ljubljana: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
  71. Stojanov, Veso. 2006. Mi zanje, oni zase. *Delo (Sobotna priloga)*, 1 (28. januar).
  72. Štrakl, Jana. 2009. *Izobraževanje za procesne vodje – predstavitev ugotavljanja delavcev, uporabnikov in svojcev v modelu E-Qalin®*. Dostopno prek: [http://www.irssv.si/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=156&Itemid=](http://www.irssv.si/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=156&Itemid=) (8. maj 2010).
  73. Švab, Igor. 1995. Zdravstveni dom. V *Javni in zasebni sektor*, ur. Marjan Premik, 37–41. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino.
  74. Tajnikar, Maks. 2003. Kako do tržnega zdravstva? *Finance*, 8 (12. avgust).
  75. --- in Petra Došenovič. 2003. *Upravljanje in regulacija sistema zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji*. Ljubljana: Ekonomska fakulteta.
  76. --- 2005. Kaj polaga na srce zasebnik javnemu zdravniku. *Delo (Sobotna priloga)*, 16–17 (9. april).
  77. Tomšič, Bojan, Andreja Grahek Cujnik in Jožefa Lešnik Hren. 2004. Sistem vodenja kakovosti v zdravstvenih domovih. V *Kakovost – različni pristopi, skupen cilj*, ur. Darinka Žargi, Slavko Dolinšek, Zoran Lekič, Marko Kiauta in Nada Malovrh, 166–170. Ljubljana: Slovensko združenje za kakovost.
  78. Ule, Mirjana. 2006. Spregledana razmerja: vloga negovalnega komuniciranja v zdravstvu. V *Kakovostna komunikacija in etična drža sta temelja zdravstvene in babiške nege*, ur. Bojana Filej, Boris Miha Kaučič, Milica Lahe in Majda Pajnkihar, 15–19. Maribor: Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov.
  79. Vatovec Progar, Irena. 1995. Čas posveta. V *Sporazumevanje med zdravnikom in*

- bolnikom*, ur. Igor Švab, 38–41. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD.
80. Vodopivec Jamšek, Vlasta. 2002. Uspešno sporazumevanje zmanjša tveganje za zdravstvene napake. V *Zdravstvene napake*, ur. Janko Kersnik, 66–71. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD.
81. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. 2007. *Naročanje je modro, predolgo čakanje staromodno*. Dostopno prek: [http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/%20/zzzs/info/egradiva.nsf/o/F537EFD8A991B5EEC125735B0033C76E?](http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/%20/zzzs/info/egradiva.nsf/o/F537EFD8A991B5EEC125735B0033C76E?OpenDocument) OpenDocument (8. januar 2009).
82. --- 2008. *Poslovno poročilo ZZZS za leto 2007*. Ljubljana: interno gradivo
83. Zajc, Diana. 2005. Podeljevanje koncesij na pamet. *Delo*, 11 (9. november).
84. *Zakon o zdravstveni dejavnosti (ZZDej)*. Ur. l. RS 26/2004 (8. december 2004).
85. *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ)*. Ur. l. RS 9/2005 (4. november 2005).
86. Zupančič, Milena. 2005a. Privatniki po Bručanu prijaznejši. *Delo*, 7 - 8 (23. junij).
87. --- 2005b. Zasebniki učinkoviti, a dragi. *Delo*, 10 (18. julij).
88. --- 2005c. Vroč kostanj zdravstvenih sprememb. *Delo*, 3 - 4 (30. julij).
89. --- 2005č. Za vsako bolezen se najde denarnica. *Delo*, (1. oktober).
90. --- 2005d. Razcvet zdravstva? *Delo*, 5 (18. oktober).
91. Židanik, Anton. 1999. Uvajanje zasebne zdravstvene dejavnosti – problemi in dileme (delo zasebnika v mreži javnega zavoda). Bilten ekonomika organizacija informatika v zdravstvu. *Zdravniški vestnik* (7/8): 461–463.
92. --- 2005. Privatizacija v zdravstvu na primarni ravni: prednosti in pomanjkljivosti. *Zdravniški vestnik* (12): 95–104.
93. --- in Mateja Košir. 1999. Zasebna dejavnost v osnovnem zdravstvu. V *Tranzicija, spreminjanje lastninske strukture in uvajanje zasebne prakse v zdravstvo po letu 1990*, 43–46. Ljubljana: Društvo ekonomistov v zdravstvu.

## **PRILOGA A: VPRAŠALNIK**

### **ANKETA O IZKUŠNJAH PACIENTOV V PSIHIATRIČNI AMBULANTI**

**LETO 2011**

**Spoštovana pacientka, spoštovani pacient!**

Pred vami je anketa o vaših izkušnjah, ki ste jih imeli v naši ambulanti. Vaše mnenje je za nas dragoceno, ker bomo le z vašo pomočjo lahko izboljšali vaše zdravljenje.

Prosimo vas, da si vzamete nekaj minut časa in izpolnite anketo. Vaše sodelovanje pri izpolnjevanju vprašalnika je prostovoljno. Vse informacije so zaupne skladno z Zakonom o varstvu osebnih podatkov.

#### **IZPOLNI AMBULANTA**

**Ambulanta:** \_\_\_\_\_

**Zaporedna številka anketnega lista:** \_\_\_\_\_

**Datum izpolnjevanja ankete:** \_\_\_\_\_

## Navodila za izpolnjevanje ankete:

- Odgovorite na vsa vprašanja tako, da Vaš odgovor označite s križcem:  
Primer izbranega odgovora: X.
- Če ste se zmotili, ne skrbite: Enostavno prečrtajte napako in vstavite križec.

Pri nekaterih vprašanjih boste srečali navodilo, da nekatera naslednja vprašanja preskočite. Navodilo Vam bo povedalo, na katero naslednje vprašanje morate odgovoriti: Primer - vprašanje 27:

Ali ste ob odhodu dobili ustna in pisna navodila o tem, katera zdravila in kako jih morate jemati doma?

- sem dobil(a) navodila
- nisem dobil(a) navodila
- nisem dobil(a) zdravil

Če je odgovor »nisem dobil(a) navodila« pojdite na vprašanje 29.

Prosimo, da na vsa vprašanja odgovorite na podlagi vaših izkušenj v ambulanti.

### **A. SPREJEM V AMBULANTO**

#### **1. Ali ste bili v ambulanto sprejeti kot?**

- NUJNI primer
- načrtovani sprejem zaradi načrtovane diagnostike in /ali zdravljenja

**Če je bil vaš sprejem nujen – pojdite na vprašanje 5.**

#### **2. Ali ste sodelovali pri dogovoru datuma vašega sprejema v ambulanto?**

- da
- ne

#### **3. Ali so v ambulanti kdaj spremenili datum sprejema tako, da je bil sprejem preložen na kasnejši čas?**

- več kot enkrat
- enkrat
- ne

#### **4. Ali ste v ambulanti dobili dovolj informacij o svojem zdravstvenem stanju in nadaljnji obravnavi v ambulanti?**

- da
- ne

#### **5. Kako dolgo od vašega prihoda v ambulanto ste čakali, da ste prišli na vrsto?**

- več kot 2 uri
- 1 do 2 uri
- manj kot 1 uro

## **B1. KAKO SO VAS OBRAVNAVALI ZDRAVNIKI?**

### **6. Kako so vas obravnavali zdravniki?**

- zelo prijazno
- prijazno
- včasih prijazno včasih neprijazno
- neprijazno
- zelo neprijazno

### **7. Ali ste na vprašanja, ki ste jih zastavili zdravniku, dobili odgovore na vam razumljiv način?**

- nikoli
- redko
- včasih
- pogosto
- vedno
- nisem imel(a) potrebe, da bi spraševal(a)

### **8. Če vas je kaj skrbelo, ali ste se lahko o tem pogovorili z zdravnikom?**

- nikoli
- redko
- včasih
- pogosto
- vedno
- nisem imel(a) skrbi

### **9. Če ste se česa bali, ali ste se lahko o tem pogovorili z zdravnikom?**

- nikoli
- redko
- včasih
- pogosto
- vedno
- nisem imel(a) strahu

### **10. Ali ste bili zadovoljni z celotnim postopkom pri zdravljenju?**

- da
- ne

### **11. Ali vam je zdravnik zagotovil zasebnost pri pogovoru?**

- da
- ne

### **12. Ali vam je zdravnik zagotovil možnost individualnega pogovora?**

- da
- ne

**13. Ali so zdravniki kdaj pred vami govorili o vas, kot da vas ni?**

- nikoli
- redko
- včasih
- pogosto
- vedno

## **B2. KAKO SO VAS OBRAVNAVALE MEDICINSKE SESTRE?**

**14. Kako so vas obravnavale medicinske sestre?**

- zelo prijazno
- prijazno
- včasih prijazno včasih neprijazno
- neprijazno
- zelo neprijazno

**15. Ali ste na vprašanja, ki ste jih zastavili medicinski sestri, dobili odgovore na vam razumljiv način?**

- nikoli
- redko
- včasih
- pogosto
- vedno
- nisem imel(a) potrebe, da bi spraševal(a)

**16. Če vas je kaj skrbelo ali ste se lahko o tem pogovorili z medicinsko sestro?**

- nikoli
- redko
- včasih
- pogosto
- vedno
- nisem imel(a) skrbi

**17. Če ste se česa bali, ali ste se lahko o tem pogovorili z medicinsko sestro?**

- nikoli
- redko
- včasih
- pogosto
- vedno
- nisem imel(a) strahu

**18. Ali so vam medicinske sestre zagotovile zasebnost pri pogovoru in opravljanju posegov?**

- da
- ne

**19. Ali so vas pri izvajanju negovalnih postopkov medicinske sestre zaščitile pred neželenimi pogledi?**

- nikoli
- redko
- včasih
- pogosto
- vedno

**20. Ali so kdaj medicinske sestre pred vami govorile, kot da vas ni?**

- nikoli
- redko
- včasih
- pogosto
- vedno

**21. Koliko časa ste čakali, da je prišla medicinska sestra, ko ste jo potrebovali in prosili za pomoč?**

- več kot 10 minut
- do 10 minut
- do 5 minut
- nisem imel(a) potrebe, da bi poklical(a)

### **C. VAŠE ZDRAVLJENJE**

**22. Ali se vam je zgodilo, da so vam zaposleni dali napačne informacije o vaši bolezni, zdravljenju in negi?**

- da
- ne

**23. Ali so se vaši družinski člani lahko pogovorili z vašim zdravnikom?**

- nikoli
- redko
- včasih
- pogosto
- vedno
- nisem želel(a), da govorijo z zdravnikom
- nisem imel(a) nikogar od družine

**24. Ali ste imeli občutek, da vaše pritožbe zdravniki in medicinske sestre jemljejo resno?**

- da
- ne
- nisem imel(a) pritožb

**25. Ali so vam pojasnili razloge za jemanje predpisanih zdravil?**

- da
- ne
- nisem imel(a) predpisanih zdravil



#### **D. AMBULANTNO OKOLJE**

**26. Ali zdravstveno obravnavo, ki ste je bili deležni, ocenjujete kot dobro?**

- zelo dobro
- dobro
- včasih dobro včasih slabo
- slabo
- zelo slabo

**27. Ali so bili prostori čisti?**

- zelo čisti
- čisti
- včasih čisti včasih nečisti
- nečisti
- zelo nečisti

**28. V kolikšni meri ste bili seznanjeni s pravicami in dolžnostmi, ki jih imate kot pacient?**

- zelo seznanjen
- seznanjen
- delno seznanjen
- neseznanjen
- povsem neseznanjen

#### **E. ODHOD IZ AMBULANTE**

**29. Ali ste ob odhodu dobili ustne in pisne informacije o tem, katera zdravila in kako jih morate jemati doma?**

- da
- ne
- nisem dobil(a) zdravil

Če ste odgovorili »nisem dobil(a) zdravil« pojdite na vprašanje 31.

**30. Ali ste ob odhodu dobili ustne in pisne informacije o tem, kakšni so stranski učinki zdravil?**

- sem dobil(a)
- nisem dobil(a)

**31. Ali ste ob odhodu dobili pisne informacije o tem, na katere opozorilne znake morate biti pozorni v zvezi s svojo boleznijo?**

- sem dobil(a)
- nisem dobil(a)

**32. Ali ste ob odhodu dobili navodila za nadaljnjo obravnavo (uporaba služb in storitev blizu kraja, kjer živite)?**

- sem dobil(a)
- nisem dobil(a)

**F. PROSIMO VAS, DA OZNAČITE ŠE PODATKE O SEBI**

( uporabili jih bomo pri statistični analizi)

**33. Spol:**  Moški  Ženski

**34. Starost** (leta):

**35. Ali ste se že kdaj prej zdravili v naši ambulanti?**

da

ne

**36. Vaša izobrazba:**

osnovna

poklicna

srednja

višja ali visoka

univerzitetna ali višja

**HVALA ZA VAŠE SODELOVANJE**

**(Ministrstvo za zdravje 2008)**