



Zapisnik 23. in 24. seje Razširjenega strokovnega kolegija za družinsko medicino, 13. in 22. februarja 2024

Prisotni: prof. dr. Marija Petek Šter, dr. med., prof. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., doc. dr. Andrej Kravos, dr. med, asist. dr. Aleksander Stepanovič, dr. med., podpredsednica RSK Tanja Petkovič, dr. med.

Spoštovani,

RSK za družinsko medicino je na 23.seji dne 12.2. 2024 in 24. seji dne 22.2.2024 razpravljala o predlogu Strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031. V tem dopisu povzemamo povzetek predlogov in pripomb.

Menimo, da je sprejem dopolnjene Strategije nujen, saj je obvezen sestavni del vsake resno zastavljene zdravstvene politike. Predlog Strategije večinoma ustrezno identificira ključne sistemske izzive, ki so vzrok večini najbolj perečih težav primarne ravni. Ob tem večinoma upošteva priporočila Svetovne zdravstvene organizacije in predloge strokovnih organizacij, ki so bile vključene v proces priprave strategije. Strinjamo se, da je dokument potrebno zasnovati na način, ki v središče postavlja pacienta in prebivalstvo, saj je primarno zdravstveno varstvo v Sloveniji že zgodovinsko osvojilo in izvajalo ta koncept. Vizija, vrednote in načela strategije, v kateri je primarno zdravstveno varstvo opredeljeno kot ključni steber zdravstvenega varstva, so elementi, ki jih podpiramo.

Menimo, da bi bilo ključnega pomena dodati naslednja podpoglavja in področja:

1. Strateška analiza stanja. Predlagamo, da je uvodno poglavje strategije strateška analiza obstoječega stanja primarne ravni v Sloveniji. V njej je potrebno navesti prednosti, slabosti in tveganja obstoječega stanja. Menimo, da mora biti podlaga vsakega načrta in strategije analiza stanja. Ta koncept poznamo tudi v krogu izvajanja kakovosti.

2. Implementacija. Kot drugi element kroga kakovosti in strategije je potrebno okrepiti del, ki se nanaša na konkretniji načrt implementacije strategije, katerega del so odgovorni nosilci posameznih korakov implementacije in načrt financiranja sprejetih strateških ciljev. Zavedamo se, da so implementacijski koraki običajno opisani v akcijskih izvedbenih načrtih, ki sledijo strategiji, vendar je že v strategiji potrebno konkretnije nakazati, kateri akcijski načrti bodo sledili. Želimo trdnejšo zavezo in navedbe konkretnih mehanizmov za implementacijo.

3. Informacijska tehnologija. Pri razvoju IT orodij za primarno raven manjka ukrep za zagotovitev analize podatkov in pripravo vizualno enostavno uporabnih kazalnikov kakovosti klinične obravnave in kazalnikov uspešnosti zdravstvenega sistema. Predlagamo enoten informacijski sistem, ki bo omogočal prenos podatkov in katerega implementacija ne bo slonela na plečih posameznih zdravstvenih ustanov. Menimo, da je potrebno nadgraditi nacionalni e-portal za seznanjanje pacientov o organiziranosti zdravstvenega sistema, o



RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJ ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Štefanova 5, 1000 LJUBLJANA

pravicah in dolžnostih s področja zdravstva.

4. **Financiranje.** Zavedamo se, da bodo elementi financiranja domnevno konkretno opredeljeni v akcijskih načrtih, vendar je že v strategiji potrebno zapisati usmeritve in časovnico, kako se bo financiranje prilagajalo morebitnim kriznim situacijam. Prav tako je potrebno vključiti nabor storitev, ki še nikoli niso bile financirane, ali so bile celo sankcionirane s strani ZZZS (na primer, obisk svojcev pred odpustom starejše nepokretne osebe, torej v času hospitalizacije, in urejanje pripomočkov, patronaže, sprejem v DSO...). Pri zagotavljanju virov sredstev je potrebno zagotoviti večji delež financiranja storitev iz proračuna, da se zmanjša morebiten vpliv gospodarskih kriz na prihodke zdravstvene blagajne in se vire sredstev za zdravstvo zaščitijo pred finančnimi tveganji..

5. **Kadri.** Ugotavljamo, da je v strategiji prešibko analizirana kadrovska razpoložljivost, ki je nujno potrebno izhodišče strategije in akcijskih načrtov. V pričakovanju reforme zdravstva je potrebno presoditi, kako je/bo organizirana mreža kadrov, oziroma, kako po primarno zdravstveno varstvo vodeno: lokalno, regijsko, nacionalno. Vtis je, da je v predlogu strategije ohranjena razdrobljenost, ki bi jo v prihodnje želeli preseči.

6. **Izobraževanje kadra PZV.** Menimo, da je potrebno opisati in konkretizirati izobraževalne ukrepe, načrte v zdravstvenih izobraževalnih ustanovah, ki bodo zagotavljali ustrezen priliv kadrov in administrativno nemoteno certificiranje kadrov, ki prihajajo iz tujine. Pri tem je potrebno zagotoviti ustrezno nagrajevanje mentorstva, ki je sedaj nespodbudno.

7. **Vodenje.** Pogrešamo konkretne predloge za reformo vodenja zdravstvenih ustanov primarne ravni. Vodenje ni samo vidik upravljanja. Pozdravljamo napoved uvajanja več managerske avtonomije pri vodenju zdravstvenih ustanov (Aktivnost 6), vendar tudi tukaj pogrešamo zahtevo za višjo strokovno usposobljenost managerjev. Revidirati bi bilo treba tudi proces izbire in imenovanja direktorjev, da bi zmanjšali morebiten vpliv lokalnih političnih interesov. Z reformo vodenja želimo doseči boljše funkcionalnost, saj je obstoječe vodenje vsaj delno privedlo do težav primarnega zdravstvenega varstva. Opredeliti je potrebno, ali bodo občine še naprej ohranile obstoječo vlogo, ki je vplivala na veliko variabilnost med zavodi. Smiselno bi bilo razmisliti o regionalni ali nacionalni ureditvi. Vtis je, da ima prek trenutne ureditve v nekaterih občinah in lokalnih skupnostih prevelik vpliv politika.

8. **Ureditev in izenačitev plačne politike** ne glede na pravno-organizacijsko obliko zdravstvene ustanove. Omogočanje in opredelitev fleksibilnosti kadra (kot je primer v ambulantah za neopredeljene, kjer sodelujejo kadri različnih ustanov, ali pa kombinacija dela na urgenci in v družinski medicini). Dodatno delo (vključno z nadomeščanji odsotnosti drugih timov) naj bo ustrezno dodatno financirano. Potrebno je izenačiti plačevanje storitev in posegov med nivoji. Sedaj je npr. kirurška oskrba rane na primarnem nivoju slabše ovrednotena kot na sekundarnem nivoju v kirurški ambulanti.

Potrebno je zagotoviti, da denar sledi pacientu. Primer: če izbrani zdravnik ugotovi potrebo po zahtevnejši laboratorijski preiskavi, je neracionalno, da napoti pacienta na sekundarni nivo zaradi tega. Zelo enostavno bi bilo, če bi lahko vsi zdravniki indicirali laboratorijske preiskave, ki so potrebne in jih znajo interpretirati, ZZZS pa bi strošek preiskave plačal neposredno laboratoriju.

9. **Področje kakovosti in indikatorjev kakovosti.** Menimo, da je zaradi specifik potrebna



RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJ ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Štefanova 5, 1000 LJUBLJANA

ustanovitev skupine za kakovost in varnost na primarni ravni, ločeno od sekundarne in terciarne ravni. Glede kazalnikov kakovosti je potrebno opredeliti takšen vnos podatkov na osnovnem enotnem elektronskem kartonu, da bo zajemanje avtomatizem in ne bo prihajalo do podvojevanja in potrojevanja poročanja. Pri tem mora biti implementirano sodelovanje s pristojnimi telesi za digitalizacijo v zdravstvu. Zajem podatkov mora biti izpeljan na način, ki ne ovira rednega dela timov na primarni ravni, torej izven ambulantnih urnikov. S tem se bomo izognili nedelovanju sistemov ob koncih meseca ali koncih tedna. V ustanovljeni skupini za kakovost in varnost na primarni ravni zdravstvenega varstva pri nacionalnem telesu morajo biti vključeni aktivni (ne teoretiki) predstavniki PZV, ki skrbijo za svetovanje pri izboljševanju storitev.

10. Prenos kompetenc med kadri, odgovornost posameznih članov tima. Podpiramo in strinjamo se s prenosom kompetenc, ki ga predlaga strategija. Tako kot se je v preteklosti izvedel prenosa kompetenc s sekundarne ravni na primarno (diabetes, antikoagulacija), je potrebno načrtovati tudi časovnico prenosa kompetenc med člani tima na PZV ter izvesti evalvacije ter na podlagi le-teh prilagoditve. Pri vzpostavljanju nadgradnje timskega dela je izjemnega pomena, da imajo različni člani tima možnost samostojne obravnave in zaključevanja posameznih obravnav. Samo na ta način je mogoče doseči smiselno delitev dela. V nasprotnem primeru lahko prihaja do povečanja obremenitev posameznih, že preobremenjenih članov tima. Pojav opažajo v Veliki Britaniji, kjer 55 % zdravnikov ocenjuje vpeljavo PA (physician associates) v sistem kot razlog, da so se njihove obremenitve povečale, in da je njihovo delo postalo težje.

11. Varnost. Pri oceni varnostnih tveganj in zagotavljanju varnosti imajo ključno vlogo vsi člani PZV, vključno s poslovodečimi in ustanovitelji. Pri zmanjševanju nevarnostnih situacij sodelujejo in nanje vplivajo tudi pacienti, svojci, posamezniki, ki z upoštevanjem načrta zdravstvene obravnave (od naročanja, do upoštevanja napotnih listin in sporočanja o morebitni samoregulaciji zdravljenja). Pacient je dolžan zdravstvenemu osebju sporočiti morebitne lastne spremembe shem zdravljenja, ali drugih postopkov zdravljenja. Nujno je uvesti nekrivdno odškodninsko odgovornost. Tu bi v strategiji dodali in podkrepili sodelovanje pacientov, svojcev, zdravstvenih sodelavcev pri sporočanju morebitnih ne/varnostnih elementov (fizioterapevti, magistri farmacije, tudi predstavniki lokalne skupnosti občinski svetniki glede osnovne in kritične infrastrukture...).

12. Zdravstvena vzgoja in izboljšanje zdravstvene pismenosti. V uvodu tega poglavja je potrebno prikazati zadnje izsledke zdravstvene ne/pismenosti NIJZ. Na podlagi tega je potrebno napisati strateške usmeritve za medije in izobraževalne ustanove. Poudariti je potrebno aktivnosti vseh ustanov, ki so vključene v promocijo zdravja in preventivno zdravstvenega varstva, pa tudi način za doseganje zdravstvene pismenosti. Izvajanje zdravstveno-varstvo. Izvajanje zdravstveno-vzgojnih programov je potrebno omogočiti tudi izvajalcem izven zdravstvenih domov – koncesionarjem. Pozdravljamo, da ima zdravstvena pismenost pomembno mesto v strategiji, vendar menimo, da ne more v celoti nadomestiti zdravstvene vzgoje, v katero se nenazadnje vpletajo tudi mediji in socialna omrežja.

13. V strategiji je navedeno, da bo področje medicine dela, prometa in športa ter ocenjevanje delazmožnosti opredeljeno in opisano v ločenem dokumentu. Specialist medicine dela se po našem mnenju mora vključevati s svetovanjem pri dolgotrajnih bolniških staležih. Problematika boleznin, izdaje bolniških staležev, izdaje navodil med bolniškim staležem, je tako obsežna (storitveno, finančno, obremenitveno), da je potrebno dodati vse, kar je na



RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJ ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Štefanova 5, 1000 LJUBLJANA

stičišču dela izbranega zdravnika v relaciji do staležev, ki jih predlagajo ginekologi, psihiatri, zobozdravniki. Predlagamo, da imenovani zdravniki digitalizirajo odločbe, jih naložijo na CRPP, saj tudi listino staležev oddajajo na portal.

14. Domovi starejših občanov. Potrebno je ovrednotiti dodatne predvsem obsežne in časovno zahtevne storitve v DSO kot so npr. celostna paliativna obravnava, družinski sestanki, sestanki s timom, aplikacije iv. zdravil, obravnava ob sprejemu v dom, ipd. Cilj obravnave bolnikov ki so nastanjeni v DSO je čim bolj kvalitetna in celostna obravnava stanovalcev na mestu bivanja tj. v DSO.

15. Izločitev socialnovarstvenih aktivnosti in storitev iz obremenitev PZV. Vpletanje socialnovarstvenih aktivnosti v celotno zdravstveno dejavnost je unikum našega zdravstvenega varstva. Tudi na PZV socialnovarstvene ustanove naslavljajo zahteve po različnih napotitvah socialno ogroženih ljudi, ker so se svojci odmaknili, oziroma jih ni (na sprejeme v bolnišnice, k psihiatom). Vzpostavitev usposabljanja laične javnosti za izvajalce neformalne oskrbe. Vzpostavitev usposabljanja za osebe, ki nudijo laično podporo kroničnim (in drugim) pacientom v skupnosti in druge pomočnike laike in njihova umestitev v zdravstveni sistem.

16. Krepitev samooskrbe in socialnega predpisovanja. Socialno predpisovanje vključuje premišljen, individualiziran proces, ki povezuje posameznike z nekliničnimi aktivnostmi in dejavnostmi, ki jih običajno zagotavljata prostovoljni sektor in sektor skupnosti. Socialno predpisovanje je namenjeno izboljšanju zdravja in dobrega počutja posameznika, podpiranju zmogljivosti in samoodločbe skupnosti, zmanjšanju neenakosti v zdravju, optimizaciji uporabe zdravstvenih storitev in znižanju stroškov zdravstvenih storitev. Samooskrba je povezana z nivojem zdravstvene pismenosti in je povezana z osveščenostjo glede enostavnih, prevalentnih in neogrožujočih zdravstvenih stanj. Vir: Morse DF, Sandhu S, Mulligan K, et al. Global developments in social prescribing. *BMJ Global Health* 2022;7:e008524. doi:10.1136/bmjgh-2022-008524

17. Raziskovanje in razvoj. V preteklosti so različni krovni deležniki zdravstvenega varstva (MZ, ZZZS) razpisovali raziskovalne teme za PZV in jih financirali. S tem je bilo mogoče pridobiti rezultate pilotnih projektov in raziskav v podporo nenehnemu izboljševanju kakovosti obravnave, organizacijski sprememb, testiranju smernic standardov ter kliničnih poti za PZV. Menimo, da je potrebno ponovno oblikovati strateške usmeritve raziskav na PZV in jih finančno podpreti.

18. Potrebno je okrepiti dejavnosti, ki so na PZV podhranjene oziroma slabo organizirane. Potrebno je omogočiti, da starejši in bolniki z napredovalimi boleznimi ostanejo doma, če si to želijo: povečati interes izvajalcev za hišne obiske, zdravljenje na domu in ovrednotiti družinske sestanke in gerontološke konziljarne posvete. Podhranjeno je tudi področje prehranske podpore. Za vse te dejavnosti oziroma storitve je potrebno oblikovati standarde: koliko kadra, materialnih stroškov in dela je potrebno in to stimulirati z ustreznim financiranjem.

19. Infrastruktura. Glede na spremembo v kadrovske strukturi ambulate družinske medicine je potrebno pripraviti usmeritve standardov sodobnih ambulant in zagotoviti ustrezne investicije. Opredeliti je potrebno prostorsko ureditev novih tipov ambulant – povezanost



RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJ ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Štefanova 5, 1000 LJUBLJANA

Zdravnik – DMS – SMS – ZA (Zdravstvena administracija).

20. Zagotovitev terciarnosti. Na primarni ravni je potrebno zagotoviti terciarnost v obliki Inštituta za družinsko medicino. Vsebina, organizacija, cilji in vizija terciarnosti so bili že večkrat predstavljeni na Ministrstvu za zdravje. Med drugim bi Inštitut skrbel za pripravo in diseminacijo priporočil, standardov in smernic, izvajal pilotne projekte, prek katerih bi vrednotili morebitne organizacijske spremembe na PZV.

Prof. prim. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.

Predsednica RSK za družinsko medicino

Danica Rotar Pavlič