



Zapisnik 34. seje Razširjenega strokovnega kolegija za družinsko medicino – korespondenčna seja

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

Datum: 27.3. 2025 do 29.3. 2025

Dnevni red:

Poziv Ministrstva za zdravje z dne 3..3. 2025 številka 0070-25/2025-2711-1 (Tina Gros, Denis Kordež) in opomnik z dne 27.3. 2025. Posredovanje strokovnih smernic o idealnem številu zdravnikov specialistov glede na predvideno število storitev oziroma število in obolevnost prebivalstva.

RSK za DM je 3.3.2025 prejel poziv za posredovanje strokovnih smernic o številu zdravnikov, ki bi odražalo idealno število glede na strokovne smernice/protokole/obolevnost prebivalstva. Dopis s je glasil: *»Na Ministrstvu za zdravje izvajamo več aktivnosti v povezavi s posnetkom trenutnih kadrovskih razmer na področju zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji z namenom vzpostavitve sistema, ki bi zagotavljal bolj optimalno število oziroma razporeditev kadrov. Na vas se obračamo v povezavi s podatki, ki bi jih lahko pridobili iz strokovnih smernic, protokolov, uradnih priporočil ipd. in vas prosimo, da nam odgovorite, če na vašem strokovnem področju obstajajo strokovne smernice o idealnem številu zdravnikov specialistov glede na predvideno število storitev oziroma število in obolevnost prebivalstva. Če takšne smernice obstajajo, vas prosimo, da nam posredujete povezavo do njih skupaj z vašim komentarjem o ustreznosti za določanje mreže zdravstvenih izvajalcev v Republiki Sloveniji. Prosimo, da nam vaš odgovor in eventualne povezave ter opredelitev glede ustreznosti pošljete najkasneje do 31. 3. 2025. Pri odgovoru na naš dopis se obvezno sklicujete na številko tega dopisa.«*

Uvodoma poudarjamo, da smo v več zapisnikih sej RSK za družinsko medicino poudarili, da je potrebna analiza kompleksnih podatkov, ki jih zdravniki družinske medicine vsak dan pošiljamo na NIJZ. Model bi moral vključevati:

- a) staranje populacije v naslednjih 20-30 letih,
- b) prevalenco izbranih 50-80 "ključnih" bolezenskih stanj po starosti,
- c) popravek za določene kronične bolezni, ki dodatno nesorazmerno povečujejo potrebe pacientov po zdravstvenih storitvah (sladkorna bolezen tipa 2, kronična ledvična bolezen, srčno popuščanje, rakave bolezni, določena psihiatrična bolezenska stanja npr. depresija, shizofrenija...),
- c) ekstrapolacijo na stanje, ki bi bil približek za "celotno populacijo" in "vse potrebe".



RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJ ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Štefanova 5, 1000 LJUBLJANA

Pri izračunu potreb po kadrih bi morali vprašati tudi paciente, torej uporabnike, tako splošno populacijo kot predstavnike politike, koliko časa bi želeli imeti na razpolago za obravnavo pri izbranem zdravniku. Iz tega je mogoče opredeliti mero za to, koliko obravnav je mogoče opraviti v 6,5 - 8 urnem delovniku. Iz tega lahko ugotovimo, koliko FTE (full-time-equivalents) potrebujemo za kvalitetno nudenje storitev v sedanjem obsegu, vs. koliko jih sedaj imamo.

Drug pomemben vir podatkov bi bili podatki o čakalnih vrstah za posamezne storitve. Opredeliti bi bilo potrebno realni čas za izvedbo storitev.

Ne obstajajo raziskave, ki bi dokazale idealno število zdravnikov družinske medicine. Za področje družinske medicine obstaja le Modra knjiga standardov in normativov. Nekaj podatkov je mogoče pridobiti na podlagi članstva Zdravniške zbornice z dne 1.8. 2024.

Nekaj poizkusov ugotavljanj časovnih potreb po oskrbi na primarni ravni je bilo, vendar je metodologija precej pomanjkljiva, npr.:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9848034/>

Organizacija primarne zdravstvene ravni je v posameznih državah zelo različna. Pri nas se večina zdravnikov družinske medicine poleg dela za katerega imajo pridobljeno licenco, vključuje še na področje dela nujne medicinske pomoči in ponekod družinski zdravniki v svojih ambulantah in dežurni službi obravnavajo tudi otroke, tj. pediatrično populacijo. Družinski zdravniki v Sloveniji predstavljamo vstopna vrata v zdravstveni sistem oz. smo "vratarji", kar pomeni, da zadržujemo paciente pred vstopom na sekundarno raven zdravstvenega varstva, kar ima tudi določene posledice kot so denimo to, da se prestreže 80% potreb pacientov preden ti vstopijo na sekundarno raven.

Prav tako se je treba vprašati, kaj država pričakuje od zdravnikov družinske medicine?

Če bi želeli resno obravnavati potrebe paliativnih bolnikov, opravljati hišne obiske, voditi urejene kronične bolnike, izvajati preventivo in kurativo akutnih stanj in poslabšanj kroničnih stanj, če hkrati upoštevamo še demografske dejavnike, potem je maksimalno število bolnikov na enega družinskega zdravnika lahko relativno nizko.

Število zdravnikov je zato odvisno od populacije, pričakovanj in ciljev države, zakonodaje, strokovnih smernic/priporočil, lastnosti zdravnika,...

Zato je lahko primerno število bolnikov in dovolj dela na posameznega polno zaposlenega zdravnika družinske medicine za proaktivno celovito preventivno, kurativno in administrativno delo po smernicah tudi 700 bolnikov, kar predstavlja manj kot eno uro ukvarjanja s posameznim bolnikom na mesec. Ni zdravega mladega človeka pri katerem zdravnik družinske medicine ne bi znal koristno uporabiti ene ure mesečno za izboljšanje njegovega biopsihosocialnega položaja. Kaj šele nepokretnega starostnika s petimi kroničnimi boleznimi, ki potrebuje dva hišna obiska na teden. Verjetno bi z aktivnim pristopom k obravnavi bolnikov lahko bistveno vplivali na zdravstveno stanje prebivalstva, kar bi verjetno imelo številne pozitivne učinke vključno z znižanjem absentizma,



RAZŠIRJENI STROKOVNI KOLEGIJ ZA DRUŽINSKO MEDICINO

Štefanova 5, 1000 LJUBLJANA

zmanjšanjem napotovanj na sekundarno raven in znižanjem hospitalizacij.

Na podlagi vsega, kar je predhodno zapisanega, na podlagi demografskih sprememb - podaljšanje življenjske dobe po osamosvojitvi, na podlagi dejstva, da je več kot 50% obiskovalcev v družinski medicini z najmanj dvema kroničnima boleznima in na podlagi napredka znanosti pri zdravljenju, ki zahtevajo sledenje na primarni ravni, ocenjujemo, da bi bilo potrebno število zdravnikov v družinski medicini 1500.