



JAVNA MREŽA PRIMARNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V REPUBLIKI SLOVENIJI

**Področji ambulate splošne oziroma družinske medicine (SADM) in
pediatrije na primarni ravni (PED)**

Direktorat za zdravstveno varstvo

DUŠANKA PETRIČ

MATIJA ŽERDIN

September 2013



SPLOŠNO

Primarna zdravstvena dejavnost naj bi bila temelj vseh kakovostnih sistemov zdravstvenega varstva v svetu. Na to opozarjajo številne deklaracije mednarodnih organizacij, na čelu s Svetovno zdravstveno organizacijo. Dobra primarna zdravstvena dejavnost namreč omogoča večjo kakovost, manjše stroške, večjo enakost in večje zadovoljstvo z zdravstvenim varstvom nasploh, je dostopna vsem ljudem v lokalnem okolju brez predhodnih napotitev ali posredovanja drugih zdravstvenih zavodov oziroma posameznikov. Zdravniki, ki delujejo na primarni ravni, so zdravniki splošne in družinske medicine, pediatri, specialisti šolske medicine, specialisti medicine dela, ginekologi, zobozdravniki. Na primarni ravni je trenutno ena tretjina koncesionarjev, večina je organizirana v samostojne prakse, ki so del sistema javnozdravstvenega varstva.

Sodobni trendi v medicini in zdravstvu postavljajo pred primarno zdravstveno dejavnost velike izzive. Prenos dela s sekundarne na primarno raven, večanje števila kroničnih bolnikov zaradi demografskih sprememb, večja izobrazbenost in zahtevnost bolnikov, večanje glavarine na zdravnika, hiter razvoj medicinskih smernic in priporočil je samo nekaj dejavnikov, ki zahtevajo spremembe na primarni ravni zdravstvenega varstva. Stanje poslabšujeta staranje zdravnikov in vse redkejša odločanje mladih diplomantov za specializacijo iz družinske medicine. Zaradi tega se v Sloveniji srečujemo s slabo pokritostjo nekaterih regij z zdravniki. Podcenjenost stroke na primarni ravni se zagotovo kaže tudi z razporeditvijo v plačne razrede.

Namen reforme zdravstvenega sistema na primarni ravni v Sloveniji je omogočiti kakovostno obravnavo vseh bolnikov do stopnje, ko je nujna napotitev na sekundarno raven, povečati kakovost in stroškovno učinkovitost obravnave bolnikov ter povečati zadovoljstvo bolnikov in zaposlenih na primarni ravni.

Ministrstvo za zdravje v zadnji letih namenja prav posebno pozornost primarni ravni in še posebej družinski medicini, zato pri svojih politikah zdravstvenega varstva sprejema odločitve, ki bi omogočile kakovostnejšo obravnavo pacientov na območju



celotne države. Ministrstvo se zaveda, da je treba obstoječe, sicer dobro primarno zdravstveno varstvo, nujno nadgraditi, da bo kos zdravstvenim izzivom v prihodnje. Razvoj osnovnega zdravstvenega varstva je stvar, ki terja dolgoročne spremembe. Za izboljšanje stanja je treba sedanjemu sistemu omogočiti pospešen strokovni razvoj, če želimo, da prevzame tiste naloge, ki bi jih moral opravljati, in da lahko stalno uvaja novosti. Spremembe so nujne in potrebne, če želimo, da družinska medicina kot stroka ostane primerljiva po kakovosti z drugimi evropskimi državami, v katerih že zdaj nastopa kot ugledni partner v mednarodnih združenjih (WONCA, EQuIP, EGRPN, EURACT, UEMO). Na področju družinske medicine je Slovenija v zadnjih desetletjih dosegla pomembne uspehe: razvoj kateder, kakovost strokovnega izobraževanja, izdaja literature in smernic/priporočil, raziskovalna dejavnost, prepoznavnost v svetu in Evropi. To družinski medicini nalaga zahteve in daje možnosti tudi v domačem okolju, da se dokaže kot temeljna stroka zdravstvenega sistema. Kot eden pomembnejših vsebinskih projektov na tem področju so nastale referenčne ambulante, ki bodo s svojo nadgradnjo dela timov družinske medicine tako z organizacijskega, vsebinskega kot tudi finančnega vidika pokazale pot razvoja tega področja. Ministrstvo za zdravje podpira tiste vsebinske spremembe, ki lahko dolgoročno vplivajo na krepitev kazalnikov zdravja v državi, in referenčne ambulante so zagotovo eden teh projektov.

Slovenija je med evropskimi državami, ki jih bodo najbolj prizadele posledice staranja prebivalstva. Zagotovo bo to imelo velik vpliv na sisteme zdravstvenega varstva, ki ga bo treba temu ustrezno prilagoditi, hkrati pa bodo demografske spremembe zahtevale čedalje višje izdatke za delovanje sistema. OECD in Evropska komisija v prvem skupnem poročilu (Pregled zdravstva: Evropa za leto 2010) pri pregledu ključnih kazalnikov zdravja in zdravstvenih sistemov v 31 evropskih državah ugotavljata, da so evropske države v zadnjih desetletjih dosegle velik napredek pri zdravju prebivalstva. Povprečna pričakovana življenjska doba ob rojstvu se je v EU od leta 1980 podaljšala za 6 let. K podaljšanju življenjske dobe naj bi precej prispevala izboljšanje življenjskih in delovnih razmer ter uvedba zdravju prijaznejšega življenjskega sloga ljudi, veliko pa naj bi k temu pripomogel tudi napredek v zdravstveni oskrbi. Zaradi tega napredka in čedalje večjih pričakovanj ljudi, ki zaradi staranja potrebujejo vedno več zdravstvene oskrbe, evropski zdravstveni sistemi postajajo večji in bolj zapleteni, poraba za zdravstvo pa zahteva vedno večji delež



narodnega prihodka. Slovenija pri tem deli težave večine evropskih držav ter se hkrati z izboljševanjem kazalnikov zdravstvenega stanja, uvajanjem sodobnejših zdravstvenih tehnologij in ob staranju prebivalstva srečuje tudi s potrebo po vedno večji porabi sredstev za zdravstveno varstvo. Velik izziv za sistem zdravstvenega varstva do leta 2020 bosta torej predvsem učinkovitejša poraba sredstev in posledično tudi racionalizacija zdravstvenega sistema, ne da bi se pri tem poslabšali dostopnost in kakovost storitev, potrebnih za zdravje, ali zdravstveni kazalci. Poleg tega ne bomo mogli mimo številnih vprašanj, ki si jih je treba nujno zastaviti pri reformiranju in nadaljnjem razvoju zdravstvenega sistema, kot na primer kako breme vse večjih izdatkov za zdravstvo porazdeliti med zavarovance, posodobitev sistema financiranja zdravstva, kakšna naj bo meja med javnim in zasebnim v sistemu zdravstvenega varstva, do kam sega odgovornost posameznika za lastno zdravje, kako čim bolj spodbujati zdravstveno preventivo, kakšna naj bodo merila za določitev racionalne mreže javne zdravstvene službe itd.

Za ustrezno prilagajanje dejavnosti potrebam prebivalstva in zagotavljanje enake dostopnosti do zdravstvenih storitev v danih finančnih okvirih potrebujemo mrežo javne zdravstvene službe. Javno zdravstveno mrežo na primarni ravni potrebujemo za:

- zagotavljanje dostopnosti do zdravstvenih storitev – enaka dostopnost za vse; mreža je orodje za zmanjševanje razlik med regijami, reorganizacijo in racionalizacijo opravljanja zdravstvenih storitev; omogoča preglednejše podeljevanje koncesij in dodeljevanje programov po splošnem dogovoru glede na potrebe prebivalcev;
- načrtovanje kadrov v zdravstvu (razpis in podeljevanje koncesij, razpisi specializacij, zaposlovanje tujcev, izdajanje soglasij k novim zaposlitvam, izdajanje soglasij k podjemnim pogodbam, projekcije kadrov glede na upokojevanje);
- mogoče projekcije zdravstvenega sistema glede na nadgradnjo zdravstvenega sistema (združevanje, razdruževanje ali ukinjanje zavodov z vidika racionalizacije zdravstvenega sistema);
- omogočanje strokovnih analiz za določanje politik;
- neposredno upravljanje podatkov in izvajanje ustreznih politik zdravstvenega varstva.



Mreža zdravstvenega varstva na primarni ravni je pomembna za naš zdravstveni sistem, saj ne opredeljuje le ponudbene strani v našem zdravstvu, pač pa odločilno vpliva tudi na racionalnost povpraševanja po zdravstvenih storitvah. Velja za enega ključnih nefinančnih mehanizmov za uravnavanje potreb po zdravstvenih storitvah, financira jo obvezno zdravstveno zavarovanje, izvajalce v tržni dejavnosti pa financirajo bolniki iz žepa ali prek določenih oblik prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja.

Optimizacija sistema naj bi vzpostavila ravnotežje med čim večjo dostopnostjo prebivalcev do zdravstvenih storitev oziroma dostopnostjo izvajalcev zdravstvenih storitev posameznemu prebivalcu na eni strani ter ustrezno stopnjo koncentracije in združevanja zdravstvenih dejavnosti, ki z doseganjem optimalne velikosti izvajalcev zagotavljata njihovo učinkovitost, na drugi strani. Izvajalci zdravstvenih storitev, ki delujejo na primarni ravni, so lahko organizirani kot javna ali zasebna organizacija.

Optimalno, racionalno in ekonomsko upravičljivo bi bilo na podlagi ustreznih analiz združiti nekatere zavode. Na podlagi ustreznih meril in analiz bi dosegli nadgradnjo sistema. Ta bi bil bolj kadrovsko prožen, racionalen (opravljanje dežurstev, izogibanje podvajanju nekaterih služb in specialističnih ambulant).

1 TEMELJNI POJMI

Zdravnik je oseba, ki neposredno zagotavlja zdravstveno storitev pacientu in je končal z zakonom predpisano izobraževanje in usposabljanje.

Specializacija je oblika podiplomskega strokovnega usposabljanja, ki je potrebno za dodatno poglobljeno pridobivanje znanja in veščin na enem od strokovnih področij.

Zdravnik specialist je zdravstveni delavec po opravljeni specializaciji in specialističnem izpitu.

Specializant je zdravstveni delavec med opravljanjem specializacije.

Licenca je javna listina, ki dokazuje strokovno usposobljenost zdravnika za samostojno opravljanje zdravniške službe v Republiki Sloveniji na določenem strokovnem področju. Licenco morajo po postopku, predpisanim s Pravilnikom o



licencah, tako pridobiti vsi zdravniki, ki želijo v Republiki Sloveniji samostojno opravljati zdravniško službo. Izdaja jo Zdravniška zbornica Slovenije in je veljavna le z izdano odločbo o podelitvi ali podaljšanju licence ali s potrdilom o izpolnjevanju pogojev za opravljanje zdravniške službe.

Polni delovni čas je v pogodbi o zaposlitvi določeno število ur, ki jih zdravstveni delavec opravi v določenem časovnem obdobju ter je merilo za določitev pravic in obveznosti zdravstvenega delavca. Za polni delovni čas se šteje 174 ur delovne obveznosti na mesec.

Zdravstveno varstvo je 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 vključuje tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja socialna varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti.

Zdravstveni zavod je organizacija, ki se ustanovi za opravljanje dejavnosti zdravstva, če cilj opravljanja dejavnosti ni pridobivanje dobička. Za opravljanje javnih služb se ustanovijo javni zavodi.

Javna služba je dejavnost, katere trajno in nemoteno opravljanje zagotavlja v javnem interesu država, občina ali mesto. Zdravstvena dejavnost kot javna služba se opravlja v okviru mreže javne zdravstvene službe.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti je pravna ali fizična oseba, ki izvaja zdravstveno dejavnost.

Zdravstvena dejavnost je dejavnost, ki je namenjena ohranjanju in izboljševanju zdravja ter preprečevanju, odkrivanju, zdravljenju in rehabilitaciji bolezni in poškodb s pomočjo programov, ukrepov in storitev, ki jih izvajajo izvajalci zdravstvene dejavnosti. Zdravstvena dejavnost vključuje ukrepe in aktivnosti, ki jih po medicinski doktrini in ob uporabi medicinske tehnologije izvajajo zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci pri varovanju zdravja, preprečevanju, odkrivanju in zdravljenju bolnikov in poškodovancev.

Koncesionar je zasebni izvajalec, ki opravlja javno zdravstveno dejavnost na podlagi podeljene koncesije. **Koncesija** je akt, ki omogoča zasebnikom opravljanje javno



službo. Za opravljanje dejavnosti na primarni ravni jo izda ustrezen organ občine, za opravljanje dejavnosti na sekundarni ravni pa Ministrstvo za zdravje.

Glavarinski količnik je količnik, ki se uporablja za obračun po pogodbi z ZZZS. Glavarina pomeni približno polovico prihodka. Na podlagi števila opredeljenih zavarovanih oseb, ki se ugotavlja štirikrat letno (28. februarja, 31. maja, 31. avgusta in 30. novembra), se izračunajo količniki za glavarino, in sicer tako, da se število opredeljenih zavarovanih oseb posameznega izvajalca pomnoži s količnikom, ki je različen glede na starost zavarovane osebe. Število opredeljenih zavarovanih oseb na zdravnika je za plačilo v posamezni ambulanti navzgor omejeno in določeno v vsakoletnem dogovoru. Ker si vsi prebivalci še niso izbrali osebnega zdravnika, se količniki iz glavarine pri vsakem nosilcu popravijo navzgor tako, da so razporejeni vsi mogoči količniki. Cena količnika za glavarino je po vsej Sloveniji enaka. Starostna struktura opredeljenih zavarovanih oseb vpliva na dejansko število količnikov za glavarino pri posameznem izvajalcu.

Tim je sestavljen iz nosilca dejavnosti, npr. zdravnika specialista, in tehnika zdravstvene nege (medicinske sestre) ter priznanega deleža administrativno-tehničnega osebja.

SADM je okrajšava za splošno ambulanto/ambulanto družinske medicine.

Referenčne ambulante so ambulante družinske medicine, namenjene preventivnim pregledom in obravnavanju stabilnih kronično bolnih pacientov, okrepljene z medicinsko sestro z visokošolsko izobrazbo (diplomirana medicinska sestra, DMS).

PED je okrajšava za pediatrično ambulanto na primarni ravni.

Kurativa, kurativni program se nanaša na tisti del zdravstvenega programa, ki obravnava akutno zbolele paciente ali paciente s kroničnimi boleznimi. Namen kurativnih programov je razrešiti akutne težave pri pacientih, ki jih imajo zaradi obstoječih bolezenskih stanj.

Preventiva, preventivni program se nanaša na tisti del zdravstvenega programa, ki aktivno išče tista (po navadi klinično nema) bolezenska oziroma predbolezenska stanja, ki bi brez obravnave sčasoma predvidljivo pripeljala do hujših zdravstvenih zapletov. Na področju SADM je tipičen primer **preventiva kardiovaskularnih**



bolezni (iskanje in zdravljenje povišanega krvnega tlaka, sladkorne bolezni ipd.) z namenom zmanjševanja pojavnosti srčne in možganske kapi, na področju PED pa npr. iskanje otrok s čezmerno telesno težo, hipertenzijo, dislipidemijami, klinično nemimi srčnimi napakami, ortopedskimi problemi ipd.

Izbrani osebni zdravnik – IOZ je zdravnik, ki ga je pacient izbral za svojega osebnega zdravnika in h kateremu gre neposredno brez napotnice.

"Brezšivna skrb" pomeni, da bo bolnišnična lekarna oskrbela paciente z vsemi zdravili in medicinskimi pripomočki, ki jih mora pacient jemati oziroma uporabljati doma po odpustu iz bolnišnice.

Vratar (angl. gate keeper) je vloga, ki jo ima izbrani osebni zdravnik. Osebni zdravnik v vlogi vratarja opravlja triažo med pacienti na primarni ravni in na podlagi strokovnih meril napotuje paciente z napotnico do sekundarne in terciarne ravni oziroma jih sicer oskrbi na primarni ravni.

Javna mreža je prostorska in časovna porazdelitev zmogljivosti javnih zdravstvenih zavodov in koncesionarjev, vključujoč človeške, materialne, prostorske in druge vire, s katerimi država in občine zagotavljajo prebivalcem optimalno dostopnost zdravstvenih storitev in oskrbo z njimi na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti. Javna mreža je glede na raven izvajalca razdeljena na primarno, sekundarno in terciarno.

Na **primarni ravni** je in mora biti mreža čim bliže prebivalstvu, da se omogoča hitra in enostavna dostopnost, pri čemer upoštevamo geografsko razporeditev, razporeditev osnovnih dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva in ustrezno časovno dostopnost zdravstvene službe. Primarno raven sestavljajo zdravstvene službe splošne medicine – specialisti splošne in družinske medicine, pediatrije (zdravstveno varstvo otrok in mladine), ginekologije (zdravstveno varstvo žensk) ter zobozdravstvo. Zdravstveno varstvo na primarni ravni omogoča prvi stik z zdravnikom za diagnosticiranje in zdravljenje akutnih in kroničnih bolezni, promocijo zdravja in zdravega načina življenja, preprečevanje bolezni, svetovanje in vzgojo pacientov.



Po veljavni zakonodaji mrežo na primarni ravni oblikuje in uresničuje občina. Če je na gravitacijskem območju dosedanjega zdravstvenega doma več občin, se med seboj dogovorijo o uresničevanju mreže, da dosežejo optimizacijo uporabe vseh virov ob zagotovljeni primerni krajevni dostopnosti. Primarna raven je organizirana v zdravstvene domove (ZD) in zdravstvene postaje, ki so vezane na najbližji zdravstveni dom. Skupaj imamo v državi 62 ZD in zasebne izvajalce s koncesijo, ki so prav tako del javne zdravstvene mreže.

2 POSNETEK STANJA IN PROJEKCIJA ZDRAVNIKOV DRUŽINSKE MEDICINE IN PEDIATRIJE V MREŽI PRIMARNE RAVNI ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI

2.1 Ambulante splošne in družinske medicine in pediatrije

V Sloveniji je bilo na dan 31. 5. 2013 evidentiranih **1299** zdravnikov, ki delajo v splošnih ambulantah oziroma ambulantah družinske medicine (v nadaljevanju SADM) in pediatrije na primarni ravni (v nadaljevanju PED). Od tega je bilo **930** zdravnikov takih, ki delajo samo v SADM, **302** sta delala samo v pediatriji na primarni ravni, **67** pa jih dela v ambulantah SADM in PED. Za zagotavljanje obravnave v ambulantah SADM in PED ZZZS financira **837,73 programa (oziroma tima) SADM** ter **240,01 programa pediatrične kurative (PED-kurativa)** ter še **78,85 programa pediatrične preventive (PED-preventiva)**. Programe SADM in PED-kurative ZZZS v svoji evidenci podrobno spremlja – od tega, koliko programa ima konkretni zdravnik dodeljenega, pa tudi, kakšna je starostna struktura prebivalcev, ki so opredeljeni pri konkretnem zdravniku; podatki so posodobljeni štirikrat letno. ZZZS sicer SADM in PED spremlja različno: 1,0 programa SADM vključuje kurativo in preventivo, v PED pa ZZZS ločeno vodi kurativne in preventivne programe: 1,0 programa PED je tako tipično sestavljenega iz približno 0,75 programa PED-kurative in približno 0,25 programa PED-preventive.

S programi SADM in PED se zagotavlja primarno zdravstveno varstvo **1.910.103** opredeljenim pacientom (od skupno **2.058.821** prebivalcev Slovenije) v okviru pravic, ki jih mora zagotavljati izbrani osebni zdravnik (v nadaljevanju IOZ). IOZ si pacienti po veljavni zakonodaji načeloma lahko izberejo kjer koli v Sloveniji (v



praksi pa si ga največkrat izberejo v bližini kraja stalnega prebivališča ali pa tam, kjer hodijo na delo). Programi predšolske in šolske pediatrične kurative ter predšolske pediatrične preventive so vezani predvsem na kraj bivanja otrok, programi šolske pediatrične preventive pa na kraj šolanja osnovnošolcev, srednješolcev in študentov.

Posebnost Slovenije v primerjavi z drugimi evropskimi državami je, da se pri zdravnikih v SADM in zdravnikih v PED opredelujeta razmeroma strogo ločeni skupini prebivalstva: v SADM se po sedanjih podatkih opredeljujejo pretežno prebivalci, starejši od 19 let, v PED pa prebivalci, stari od 0 do 18,99 leta. V nekaterih drugih evropskih državah se pri zdravnikih na primarni ravni opredeljuje celotno prebivalstvo od 0 do 100 let in več (npr. v Veliki Britaniji so to t. i. »general practitioners«, ki so po svoji vlogi najbolj podobni našim družinskim zdravnikom); v Sloveniji je to praksa le na območjih, kjer je pediatrov na primarni ravni zelo malo ali jih sploh ni. Druga posebnost primarne ravni v Sloveniji, ki močno povečuje obremenitve predvsem v SADM, je zagotavljanje terenske nujne medicinske pomoči (NMP) sočasno ob rednem delu v SADM, ki jo v Evropi poznajo le še v Španiji. Terenska NMP ob rednem delu v SADM je v praksi vsaj do neke mere prisotna v vseh krajih Slovenije, razen v Mariboru in Ljubljani.

V programih SADM in PED obstaja s strani ZZZS določena zgornja meja opredeljevanja 3000 opredeljenih oseb/1,0 tima SADM ali PED ali pa 110 % povprečja glavarine v posamezni izpostavi ZZZS, izražene v GK/tim. Če tim doseže katero koli od teh mej, mu ni treba več sprejemati novih pacientov, dokler presega to mejo. Relativna meja za opredeljevanje pacientov pa se po izpostavah ZZZS precej razlikuje, kar pomeni, da zdravniki v različnih izpostavah delajo v medsebojno neprimerljivih razmerah: na eni strani zaradi razlike v meji za opredeljevanje, na drugi strani zaradi različnega načina dela v NMP. Lokalna meja za opredeljevanje v SADM je trenutno med 1950 GK/tim in 2750 GK/tim, v programu PED-kurativa pa je med 1250 GK/tim in 4800 GK/tim (podatki z dne 31. 8. 2013).

Podatki o glavarini z dne 31. 5. 2013, kažejo, da je trenutno na 1,0 tima programa **SADM** opredeljenih okoli **1800 oseb** oziroma **2500 glavarinskih količnikov**, na 1,0 tima **PED-kurative** pride v povprečju okoli **1900 opredeljenih oseb** oziroma **2300 glavarinskih količnikov** (s tem da je 1,0 programa **PED** običajno sestavljenega iz 0,75 programa PED-kurative in 0,25 programa PED-preventive). Stanje



preskrbljenosti se tako glede števila timov na 1000 prebivalcev in glede glavarine močno razlikuje po regijah in občinah.

Zdravnik je lahko **nosilec kumulativno največ 1,2 programa SADM/PED/SVZ**.

vsi SADM	N	OO	OO/tim	GK	GK/tim	vsi PED kur	N	OO	OO/tim	GK	GK/tim
vsi s podatki	961	1516	2065	2099	2811	vsi s podatki	361	1245	2037	1525	2503
nepopolni podatki	41	np	np	np	np	nepopolni podatki	9	np	np	np	np
0.01 - 0.249	69	366	5843	447	7525	0.01 - 0.249	49	201	2568	238	3163
0.25 - 0.499	57	624	1658	797	2121	0.25 - 0.499	36	737	1976	925	2483
0.50 - 0.749	113	1027	1780	1382	2394	0.50 - 0.749	98	1427	2163	1837	2770
0,75 - 1.000	599	1735	1787	2417	2487	0,75 - 1.000	162	1572	1906	1866	2260
1.01 +	123	1958	1748	2742	2449	1.01 +	16	1172	1088	1458	1353

javni zavodi SADM	N	OO	OO/tim	GK	GK/tim	javni zavodi PED kur	N	OO	OO/tim	GK	GK/tim
vsi s podatki	667	1389	2092	1930	2857	vsi s podatki	284	1190	1963	1443	2395
0.01 - 0.249	63	359	5927	444	7770	0.01 - 0.249	36	147	2711	169	3369
0.25 - 0.499	51	615	1645	791	2118	0.25 - 0.499	26	781	1996	961	2453
0.50 - 0.749	84	947	1629	1298	2229	0.50 - 0.749	79	1320	2017	1700	2582
0,75 - 1.000	387	1666	1723	2327	2405	0,75 - 1.000	128	1500	1825	1752	2130
1.01 +	82	1806	1923	2499	2623	1.01 +	15	1077	989	1352	1241

koncesionarji SADM	N	OO	OO/tim	GK	GK/tim	koncesionarji PED kur	N	OO	OO/tim	GK	GK/tim
vsi s podatki	294	1805	2002	2484	2708	vsi s podatki	77	1449	2310	1827	2899
0.01 - 0.249	6	439	4965	480	4956	0.01 - 0.249	13	351	2173	428	2593
0.25 - 0.499	6	697	1770	846	2142	0.25 - 0.499	10	622	1926	834	2560
0.50 - 0.749	29	1258	2216	1627	2869	0.50 - 0.749	19	1873	2768	2407	3552
0,75 - 1.000	212	1862	1903	2581	2638	0,75 - 1.000	34	1843	2212	2293	2747
1.01 +	41	2256	1960	3122	2710	1.01 +	1	2594	2568	3056	3025

Preglednica 1: Glavarinska obremenitev, izražena v absolutnem številu opredeljenih oseb (OO), OO/tim, absolutnem številu glavarinskih količnikov (GK), in GK/tim, stratificirana po izvajalcih (zeleno: vsi izvajalci, oranžno: javni zavodi, modro: koncesionarji) in po količini programa, ki ga izvajalci izvajajo. N – število izvajalcev v posamezni podskupini. Podatki ZZZS z dne 31. 5. 2013.

2.2 Socialnovarstveni zavodi in zapor

Dodatno k opisanim programom SADM in PED ZZZS financira še **71,56** programa v socialnovarstvenih zavodih (SVZ), kamor spadajo domovi starejših občanov (DSO) in **posebni SVZ**, ter **6,25** programa splošne ambulante za oskrbo odraslih oseb v zaporih ter **0,544** programa splošne ambulante za oskrbo otrok v zaporu (vir: ZZZS, januar 2013). Po razpoložljivih podatkih dela v SVZ 130 zdravnikov, od teh imajo nekateri od njih ob delu v SVZ del programa tudi v SADM. V SVZ ima svojega zdravnika skupno okoli 20.600 prebivalcev Slovenije, od tega okoli 18600 v DSO, preostanek pa v drugih SVZ. V zaporih je po oceni iz leta 2012 približno 1400 oseb, tudi ti so med bivanjem v zaporu opredeljeni v ambulanti v zaporu. V SVZ oziroma DSO je obstoječi normativ 302 oskrbovanca/1,0 tima SADM v SVZ, v zaporih je obstoječi normativ ZZZS 240 zapornikov/1,0 tima SADM v zaporu.



Posebnost teh programov je, da za oskrbovance DSO, drugih SVZ in zaporov velja, da si osebnega zdravnika ne morejo izbrati prosto, pač pa si ga obvezno izberejo v ambulanti v SVZ/zaporu, v katerem so. Izbira njihovega dotedanjega osebnega zdravnika preneha z dnem namestitve v SVZ/zaporu in traja do konca bivanja v SVZ/zaporu.

2.3 Prebivalci brez izbranega osebnega zdravnika v Sloveniji

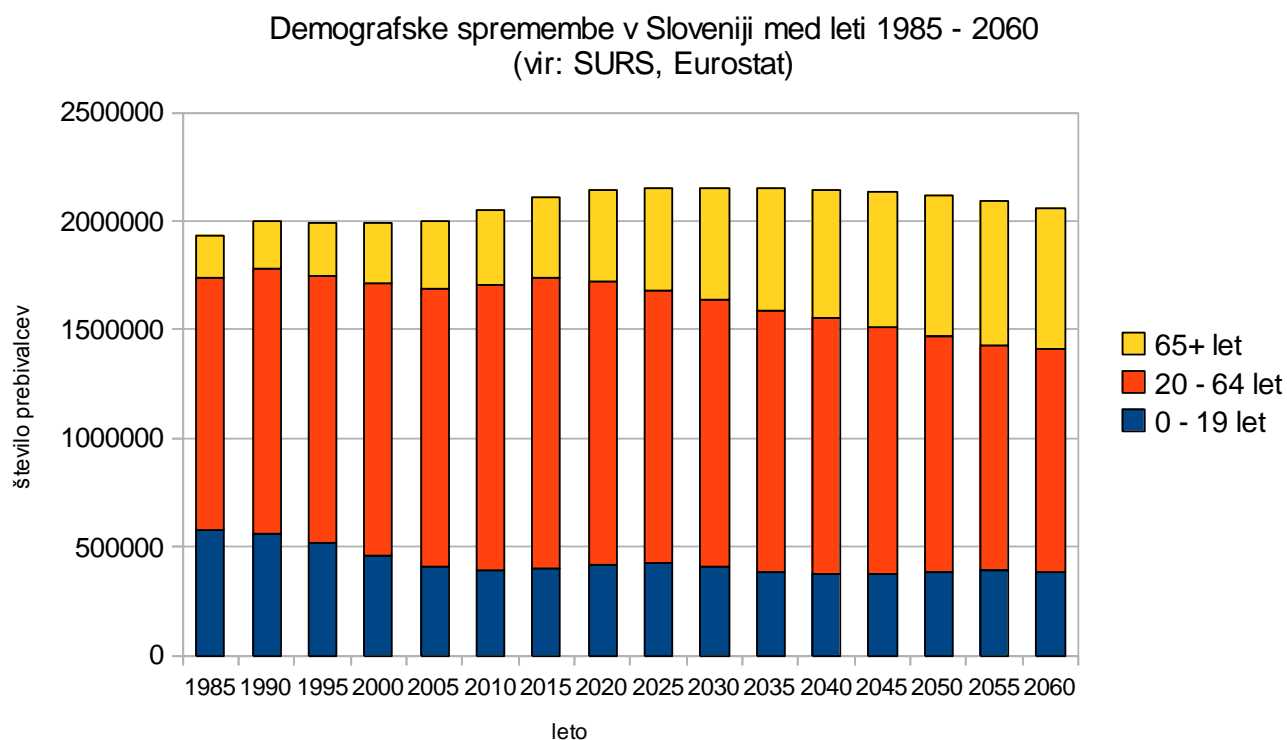
Po upoštevanju vseh podatkov ZZZS in SURS pridemo do podatka, da je približno 122.000 prebivalcev Slovenije brez izbranega osebnega zdravnika v Sloveniji, kar je približno 6 % prebivalcev. Podatkov o tem, koliko prebivalcev ima osebnega zdravnika izbranega v Avstriji, Italiji, na Hrvaškem in Madžarskem, do priprave poročila ni bilo mogoče pridobiti. V starostni skupini novorojenčki (do 365 dni starosti) je delež otrok brez IOZ 35 %; to je posledica administrativnega postopka, po katerem novorojenček prva dva meseca za obiske v PED še ne potrebuje svoje lastne kartice obveznega zdravstvenega zavarovanja (KOZZ), temveč lahko obiske opravi s pomočjo materine KOZZ, po drugi strani pa ZZZS, kot je bilo že rečeno, na novo opredeljene osebe evidentira le na vsake 3 mesece. V praksi je tako mogoče, da del novorojenčkov uradno nima IOZ do 6 mesecev (lahko pa storitve uporabljajo z materino KOZZ, vendar izvajalci PED zaradi te administrativne značilnosti zanje del leta ne prejemaajo vseh sredstev ZZZS).

vir: ZZZS, 31.5.2013	programi	0 let	1 - 6 let	7 - 18 let	19 - 49 let	50 - 64 let	65 - 74 let	75+ let	skupaj
št. opredeljenih pri SADM	837,73	119	1669	17210	705489	414199	177806	149196	1465688
delež med OO v SADM		0,000	0,001	0,012	0,481	0,283	0,121	0,102	1,000
delež med OO v SLO		0,005	0,013	0,077	0,792	0,942	0,955	0,899	0,712
št. opredeljenih pri PED-kur	240,01	14162	120781	194100	114513	4459	1430	970	450415
delež med OO v PED-kurativa		0,031	0,268	0,431	0,254	0,010	0,003	0,002	1,000
delež med OO v SLO		0,644	0,933	0,864	0,129	0,010	0,008	0,006	0,219
št. opred. Pri DSO/SZ	0	0	0	2000	372	2792	15448	20612	
delež med OO v SLO		0,000	0,000	0,000	0,002	0,001	0,015	0,093	0,010
imajo izbranega zdravnika v SLO		14281	122450	211310	822002	419030	182028	165614	1936715
brez izbranega zdravnika v SLO		7722	7022	13347	68663	20849	4077	426	122106
delež med OO v SLO		0,351	0,054	0,059	0,077	0,047	0,022	0,003	0,059
št. vseh prebivalcev (2013Q1)		22003	129472	224657	890665	439879	186105	166040	2058821

Preglednica 2: število pacientov, ki so opredeljeni pri posamezni vrsti imenovanega osebnega zdravnika v Sloveniji, ter število prebivalcev brez IOZ v Sloveniji. Vir: ZZZS, 31. 5. 2013.

2.4. Pričakovane demografske spremembe v RS

Prebivalstvo Evrope se bo po pričakovanjih v naslednjih letih staralo in Slovenija ni pri tem nobena izjema. Starejši ljudje dokazano potrebujejo več zdravstvene oskrbe. Ti dve dejstvi je nujno treba upoštevati pri kakršnem koli snovanju zdravstvene mreže na primarni in drugih ravneh zdravstvenega varstva. Za Slovenijo podatki SURSa in Eurostata v naslednjih 45 letih predvidevajo spremembe v demografski sestavi prebivalstva, kot jih prikazuje spodnji graf. Prebivalstvo smo na spodnjem grafu razdelili na skupino 0–19 let, ki jo večinoma obravnavajo pediatri, ter na skupini 20–64 let (delovno aktivna skupina) in 65 let in več (upokojenci), ker ti dve skupini pretežno obravnavajo zdravniki, ki delajo v ambulantah družinske oziroma splošne medicine.



Graf 1: Demografske spremembe v Sloveniji v letih 1985–2060

Iz grafa je mogoče razbrati:



- 1) Celotno prebivalstvo Slovenije se bo do leta 2030 predvidoma povečevalo na približno 2,15 milijona prebivalcev, nato pa bo postopoma pričelo upadati do približno 2,06 milijona leta 2060.
- 2) Število mladih do vključno 19. leta starosti se v projekciji med letoma 2010 in 2060 giblje med 385.000 in 405.000 oseb v tej starostni skupini. Glavni upad v tej starostni skupini se je že zgodil med letoma 1985 in 2005; populacija je zdaj razmeroma stabilna. Seveda lahko nanjo močno vplivata izseljevanje in priseljevanje, ki ju projekcija ne obravnava.
- 3) Najbolj se bo zmanjšal delež oseb v starostni skupini 20–64 let, torej v delovno aktivni skupini ljudi. Projekcija prikazuje upad z najvišje vrednosti 1,33 milijona leta 2015 na 1,02 milijona leta 2060. Tudi v tej starostni skupini lahko izseljevanje in priseljevanje bistveno spremenita število oseb.
- 4) Najbolj se bo povečalo število oseb, starih 65 let in več, ki se bo že leta 2040 v primerjavi z letom 2010 povečalo s 338.000 na 589.000 (tj. prirastek za približno 74 % glede na leto 2010), do leta 2060 predvidoma na 650.000 (tj. približno za 90 %). V primerjavi z letom 1995 (leto, ko so se že začeli uporabljati glavarinski količniki) pa je porast še večji – z 240.000 na 650.000 (tj. prirastek za 170 %).
- 5) Razmerje med potencialno delovno aktivnim prebivalstvom (20–64 let) in med drugimi starostnimi skupinami se bo od leta 2010, ko je znašalo 1,8 : 1, spremenilo na 1 : 1 okrog leta 2050, nato pa se bo še zmanjševalo (če ne bo bistvenih sprememb pri izseljevanju in priseljevanju).

Ta demografska gibanja so pričakovana, pomenijo pa velik izziv za zdravstveni sistem, ki ga moramo pripraviti tako z organizacijskega, finančnega kot tudi kadrovskega vidika.



2.5. Populacija, ki se tipično opredeljuje v ambulantah SADM oziroma PED

Če pregledamo število opredeljenih pacientov pri zdravnikih v SADM in PED v Sloveniji, ugotovimo, da zdravniki v SADM delajo praviloma s pacienti, starimi 19 let in več, pediatri pa praviloma s pacienti, starimi do 18 let. Prebivalce iz starostne skupine 19–49 let obravnavajo zdravniki v SADM (80 %) in pediatri (13 %), približno 7 % oseb iz te starostne nima opredeljenega zdravnika v Sloveniji.

Zdravniki v SADM imajo opredeljenih 1,5 % otrok, starih 0–6 let (kar je zanemarljivo malo), in 7,7 % vseh otrok v Sloveniji, starih 7–18 let (pribl. 17.200 oseb, kar je manj kot 1 % celotnega prebivalstva).

Pri zdravnikih PED je opredeljenih pribl. 7000 oseb, starejših od 50 let, kar je ravno tako zanemarljivo, in 13 % oseb, starih od 19–49 let, ki živijo v Sloveniji – to je pribl. 115.000 oseb in je treba upoštevati pri modeliranju.

vir: ZZS, 31.5.2013	programi	0 let	1 - 6 let	7 - 18 let	19 - 49 let	50 - 64 let	65 - 74 let	75+ let	skupaj
št. opredeljenih pri SADM	837,73	119	1669	17210	705489	414199	177806	149196	1465688
delež med OO v SADM		0,000	0,001	0,012	0,481	0,283	0,121	0,102	1,000
delež med OO v SLO		0,005	0,013	0,077	0,792	0,942	0,955	0,899	0,712
št. opredeljenih pri PED-kur	240,01	14162	120781	194100	114513	4459	1430	970	450415
delež med OO v PED-kurativa		0,031	0,268	0,431	0,254	0,010	0,003	0,002	1,000
delež med OO v SLO		0,644	0,933	0,864	0,129	0,010	0,008	0,006	0,219
št. opred. Pri DSO/SZ		0	0	0	2000	372	2792	15448	20612
delež med OO v SLO		0,000	0,000	0,000	0,002	0,001	0,015	0,093	0,010
imajo izbranega zdravnika v SLO		14281	122450	211310	822002	419030	182028	165614	1936715
brez izbranega zdravnika v SLO		7722	7022	13347	68663	20849	4077	426	122106
delež med OO v SLO		0,351	0,054	0,059	0,077	0,047	0,022	0,003	0,059
št. vseh prebivalcev (2013Q1)		22003	129472	224657	890665	439879	186105	166040	2058821

Iz zgornjih podatkov je torej razvidno, da se populaciji, ki ju obravnavajo zdravniki v SADM in PED, dovolj dobro razlikujeta, da ju je mogoče in smiselno konceptualno ločiti.

Ker pediatrično populacijo v praksi predstavljajo starostni razredi od 0–19,99 leta (uradno trenutno zaradi napačne dikcije sicer med 0–18,99 leta), ker je bila specializacija šolske medicine (ki se ukvarja tudi s starostno skupino študentov, torej 20–25 let) pred leti ukinjena in ker licenca za pediatrijo omogoča opredeljevanje oseb med 0 in 19,99 leta (nad to mejo pa le izjemoma), je bila meja za pediatrično populacijo pri postavljanju mreže do leta 2018 postavljena pri 20. letu starosti, in sicer tako, da smo določili naslednji dve medsebojno ločeni populaciji:



populacija oseb, ki se tipično opredeljuje v PED = »PEDIATRIČNA populacija«

= starostni razredi 0–19,99 leta,

populacija oseb, ki se tipično opredeljuje v SADM = »populacija SADM« =

= starostni razredi od 20,0 leta in starejši,

2.6 Glavarina in glavarinski količniki kot izhodišče za določanje mreže

Za določanje mreže na primarni ravni Ministrstvo za zdravje upošteva združen sistem glavarine, ki se meri s številom opredeljenih oseb, in sistem glavarinskih količnikov kot uteži, ki so vezane na starostne skupine opredeljenih oseb. **Cilj ministrstva je na primarni ravni v obdobju 2014–2018 zagotoviti 1 tim SADM oziroma PED na 1.500 prebivalcev.** Za doseganje kakovosti in varnosti ter enake dostopnosti prebivalstva pa je cilj ministrstva, da obremenitev zdravnika ne bi bistveno presegala 2.000 glavarinskih količnikov. Dolgoročni cilj po letu 2018 pa je, da se do leta 2018 spremljajo obremenitve ambulant na primarni ravni, na podlagi teh podatkov pa se ugotovi, ali je obstoječi sistem glavarinskih količnikov še primeren, ter se v sodelovanju z zdravniško stroko po potrebi določijo novi.

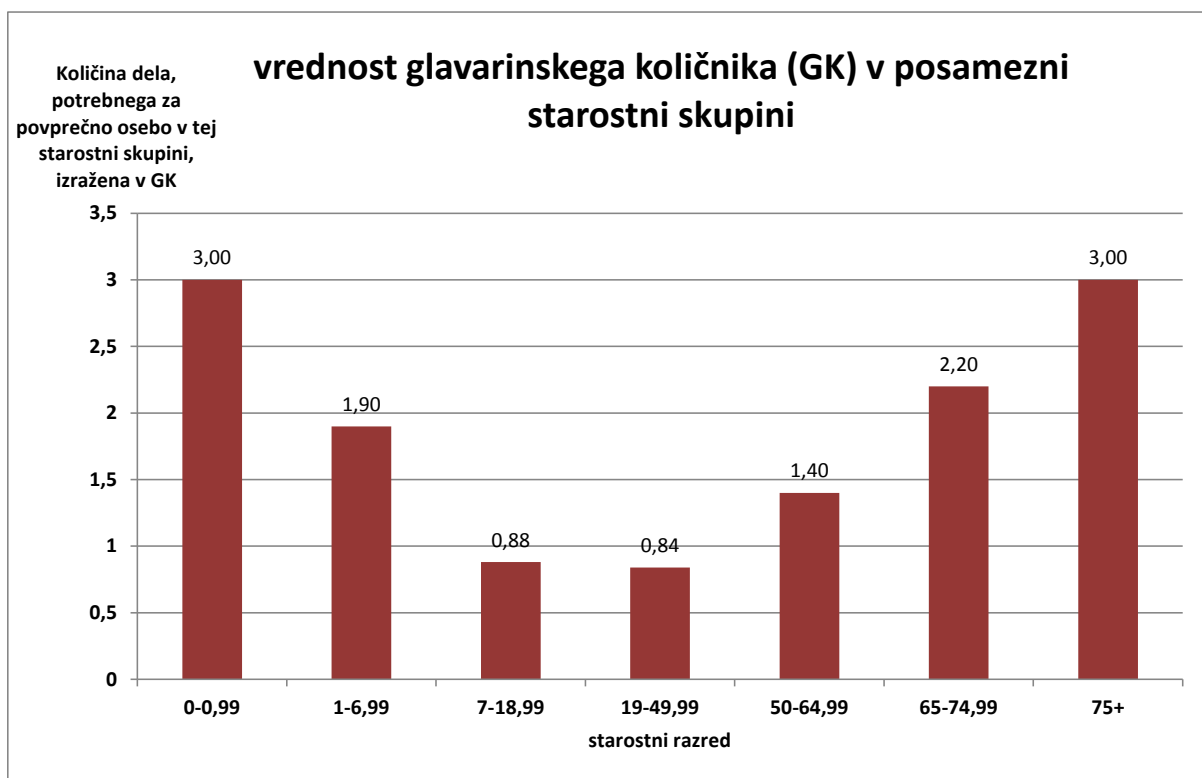
Glavarina se da **meriti** npr. s **številom oseb** (ta sistem uporabljajo npr. v Španiji) ali pa s **sistemom uteži**, ki so porazdeljene po **starosti**, **spolu** in morebiti še kakšni spremenljivki.

Ker se osebe iz različnih starostnih razredov razlikujejo po tem, kako pogosto zdravstveno storitev potrebujejo, in ker se prevalenca in tip patologije razlikujeta po starostnih razredih, se za določanje potrebne količine sredstev za delo z osebami iz posameznega starostnega razreda uporabljajo t. i. **glavarinski količniki**. V Sloveniji so glavarinski količniki brez enot, v tujini pa so pogosto izraženi z denarno enoto in pomenijo pričakovana finančna sredstva, ki jih povprečni predstavnik posameznega razreda potrebuje v enem letu za primerno obravnavo v določenem programu. Zaradi tega so glavarinski sistemi v tujini pogosto določeni **za vsak program ločeno** (v



Sloveniji pa se trenutno za programa PED in SADM uporablja isti sistem merjenja glavarine).

V Sloveniji je bil leta 1992 na podlagi podatkov o delu v ambulantah primarne ravni nekaterih zdravstvenih domov in na podlagi strokovnega mnenja uveden naslednji sistem glavarinskih količnikov:

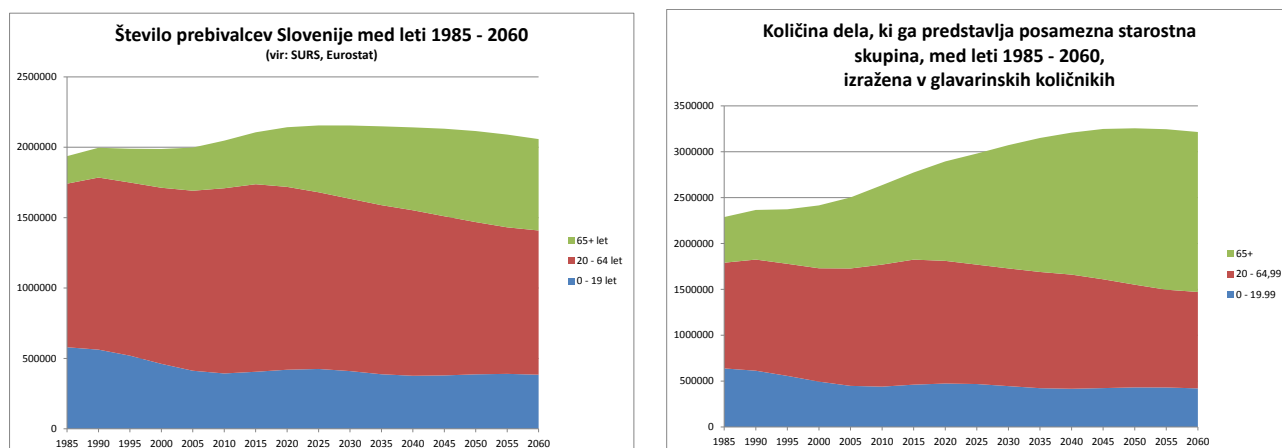


Graf 2: Vrednosti glavarinskih količnikov v uporabi na primarni ravni v Sloveniji od leta 1992

Merjenje glavarine zgolj s številom opredeljenih oseb, pri čemer se ne upoštevajo razlike v pojavnosti patologije v različnih starostnih skupinah, pomeni, da imajo zdravniki, ki imajo enako število opredeljenih pacientov, dejansko bistveno različne delovne obremenitve z njimi. Npr. trije zdravniki, ki bi imeli vsak po 1500 opredeljenih pacientov, prvi paciente izključno iz starostne skupine 0–6 let (predšolski pediater), drugi iz starostne skupine 7–19 let (šolski pediater) in tretji iz starostne skupine 19 let in več (SADM), so (merjeno v obstoječem sistemu glavarinskih količnikov) po obremenitvah medsebojno neprimerljivi, ker ima predšolski pediater pri 1500 opredeljenih pacientih dela za skoraj dve ambulanti (pribl. 3.400 glavarinskih količnikov), šolski pediater še nima polne cele ambulante (pribl. 1400 glavarinskih

količnikov), pri zdravniku v SADM pa je dejanska obremenitev odvisna od tega, koliko je pri njem opredeljenih oseb, starejših od 50 let (tj. med 1400 in 4000 glavarinskih količniki). Ker se prebivalstvo stara, se bo količina dela z istimi 1500 osebami s časom povečevala. To pomeni nevarnost in "motivacijo" za zdravnike, da bi pri postavljeni zgornji meji 1500 opredeljenih oseb izbirali tiste paciente, s katerimi je pričakovano najmanj dela.

Če pogledamo, kako se spreminja pričakovano število prebivalcev med letoma 1985 in 2060 ter kako se spreminja pričakovana količina dela (izražena v obstoječih glavarinskih količnikih) v istem časovnem obdobju, vidimo, da se količina pričakovanega dela, ki se pričakuje s staranjem prebivalstva, povečuje nelinearno s povečevanjem števila prebivalcev v starostni skupini 65 in več let.



Graf 3: Količina pričakovanega dela, ki se na primarni ravni pričakuje v starostnih skupinah 0–19 let (modro), 20–64 let (rdeče) in 65 let in več (zeleno), v primerjavi s številom oseb v istih starostnih skupinah med letoma 1985 in 2060

Obstoječi sistem glavarinskih količnikov iz leta 1992 se v Sloveniji uporablja še zdaj. Pomeni ta trenutek najboljše orodje, ki ga imamo, s katerim lahko upoštevamo povečevanje obremenitev medicinskih timov na primarni ravni ter ki je neposredno povezano s staranjem prebivalstva in zagotavljanjem kakovosti storitev. Verjetno pa bo treba v prihodnosti sistem glavarinskih količnikov preveriti in ga po potrebi popraviti tako, da bo ustrezal spremembam pri demografski sliki in napredku v medicini, ki je bil dosežen po letu 1992 (npr. uvedba različnih preventivnih programov



na primarni ravni in splošni razvoj medicine v zvezi z vodenjem kroničnih pacientov, uvedba referenčnih ambulant, novih tehnologij itd.).

Podobne glavarinske sisteme, temelječe na starostnih razredih, spolu in občasno še na nekaterih drugih spremenljivkah, uporabljajo v več evropskih državah (Angliji, na Nizozemskem, v Belgiji, na Danskem, Švedskem, Norveškem ipd). Tipično je glavarinski sistem izdelan za vsak zdravstveni program posebej (npr. splošna medicina, pediatrija, geriatrija, urgencia ipd.) in pove, koliko sredstev posamezna populacija potrebuje za izvedbo ciljnega programa (izraženo v odstotku ustreznega proračuna ali pa neposredno v lokalni denarni enoti). Z njimi določajo, kolikšen delež sredstev naj se v zdravstvenem proračunu nameni posamezni regiji glede na njene demografske in morda še kakšne druge spremenljivke, pa tudi mreža v omenjenih državah prav na tako temelji na pridobljenih podatkih.

2.7 Pomanjkanje zdravnikov v SADM in PED, njihova starostna struktura in obremenjenost

Po podatkih OECD in Eurostata je število zdravnikov oziroma programov družinske oziroma splošne medicine v Evropi povprečno 87 na 100.000 prebivalcev. V Sloveniji je po podatkih z dne 31. 5. 2013 Zavod za zdravstveno zavarovanje financiral 837,37 programa SADM, kar pomeni 54 programov SADM na 100.000 prebivalcev, ki se tipično opredelijo v SADM. (Če število programov izrazimo preprosto na 100.000 (vseh) prebivalcev, pridemo do ocene 40,7 programa SADM na 100.000 prebivalcev.)

Za programe PED pa je ZZZS financiral 240,01 programa PED-kurative in 78,85 programa PED preventive, kar se prevede v 80 programov PED (kurative + preventive) na 100.000 prebivalcev, ki se tipično opredeljujejo v PED.

Metodološko je neposredna primerjava Slovenije z drugimi državami v Evropi težavna iz več razlogov.

- 1) Število plačanih programov SADM ne pomeni vedno (enakega) števila zdravnikov na 100.000 prebivalcev; odstopanja so v praksi v obeh smereh. V povprečju pride

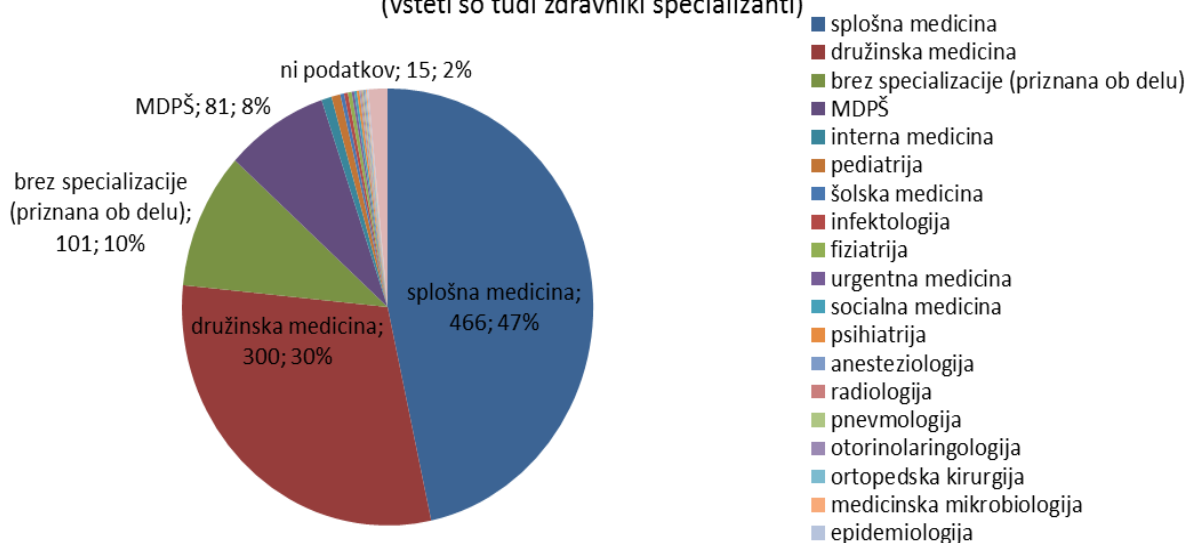


na enega zdravnika, ki dela v SADM, 0,85 programa SADM. Vendar pa je metodološko pravilnejše navajanje števila programov, ker 1,0 programa zagotavlja oskrbo ustreznega števila prebivalcev, en zdravnik pa ne nujno.

- 2) Zdravniki »družinske oziroma splošne medicine«, kot so opredeljeni v različnih državah Evrope, opravljajo različne naloge. V primerjavi s Slovenijo npr. v Angliji in ponekod drugod »družinski zdravniki« (npr. angleški »general practitioners«) opravljajo del nalog s področja pediatrije in ginekologije, vendar pa po drugi strani ob rednem delu v ambulanti ne opravljajo sočasno še dela urgentnega zdravnika, kar je praksa v Sloveniji, ampak ta del službe tam opravlja povsem ločeno drug kader. OECD v svoji metodologiji sicer jasno navaja, da v to kategorijo (generalist medical doctors) niso bili vštet pediatri ali ginekologi na primarni ravni.
- 3) Primerjava je težavna tudi zato, ker so merila za to, kdo sme opravljati delo v SADM, v Sloveniji in tujini različna. V Sloveniji v ambulantah SADM delajo zdravniki brez specializacije (po starem programu), zdravniki splošne medicine, družinske medicine, medicine dela, prometa in športa ter posamezni zdravniki iz drugih specializacij.

Obstoječi zdravniki nosilci programa SADM po specializacijah

(vštetni so tudi zdravniki specializanti)





Vzroki preobremenjenosti zdravnikov v SADM so večplastni:

- 1) Sistemska podcenjenost potreb po zdravnikih splošne medicine oziroma pozneje družinske medicine v Sloveniji traja že od leta 1992.
- 2) Absolutna zgornja meja za število opredeljenih oseb pri zdravniku v SADM, ki jo določi ZZZS, je 3000 opredeljenih oseb/tim SADM. Obstaja tudi relativna zgornja meja, ki govori, da mora zdravnik sprejemati nove paciente, dokler ne presega 110 % povprečne glavarine v izpostavi ZZZS, v kateri dela. Povprečna glavarina se meri štirikrat na leto, kar ob pomanjkanju zdravnikov povzroča neprestano povečevanje obremenitev preostalih zdravnikov v SADM.
- 3) V zadnjih 10 letih je zaradi razvoja medicine nastala potreba po specializaciji iz družinske medicine. Ta specializante usposablja za strokovnejše in kakovostnejše delo s pacienti in jim s tem omogoča, da zdravniki družinske medicine uspešneje delujejo kot "vratarji" (gate keepers) in večji del pacientov samostojno obravnavajo na primarni ravni. Poglobljena obravnava pa zahteva več čas kot v preteklosti, kar prispeva k obremenitvam v SADM.
- 4) Izkoriščanje »sistema mrtvih duš«, ki je prisoten v nekaterih javnih zavodih, morda pa tudi pri posameznih koncesionarjih. Gre za pojav, ko zdravstveni izvajalec od ZZZS prejme sredstva za opravljanje nekega programa, ob tem pa ne zaposli dodatnega zdravnika, dodatne obveznosti iz tega programa pa morajo opraviti že obstoječi zdravniki, zaposleni pri izvajalcu. S tem se potrebe po dodatnem zdravniškem kadru navidezno zmanjšajo. Gre za problem tako na strani izvajalcev kot ZZZS, ker slednji preverja zgolj izvedbo programa, ne pa dejanske prisotnosti ali primernosti zdravnikov v posameznih programih, čeprav je ravno zdravnik nosilec programa v SADM.
- 5) Slovenija je ena od redkih držav v Evropi (ob npr. Španiji), kjer zdravniki na primarni ravni v manjših krajih ob rednem delu v ambulantah opravljajo tudi nujno medicinsko pomoč. To pomeni dodatno obremenitev, ki lahko izrazito negativno vpliva na kakovost zdravnikovega dela z rednimi pacienti. To je eden od



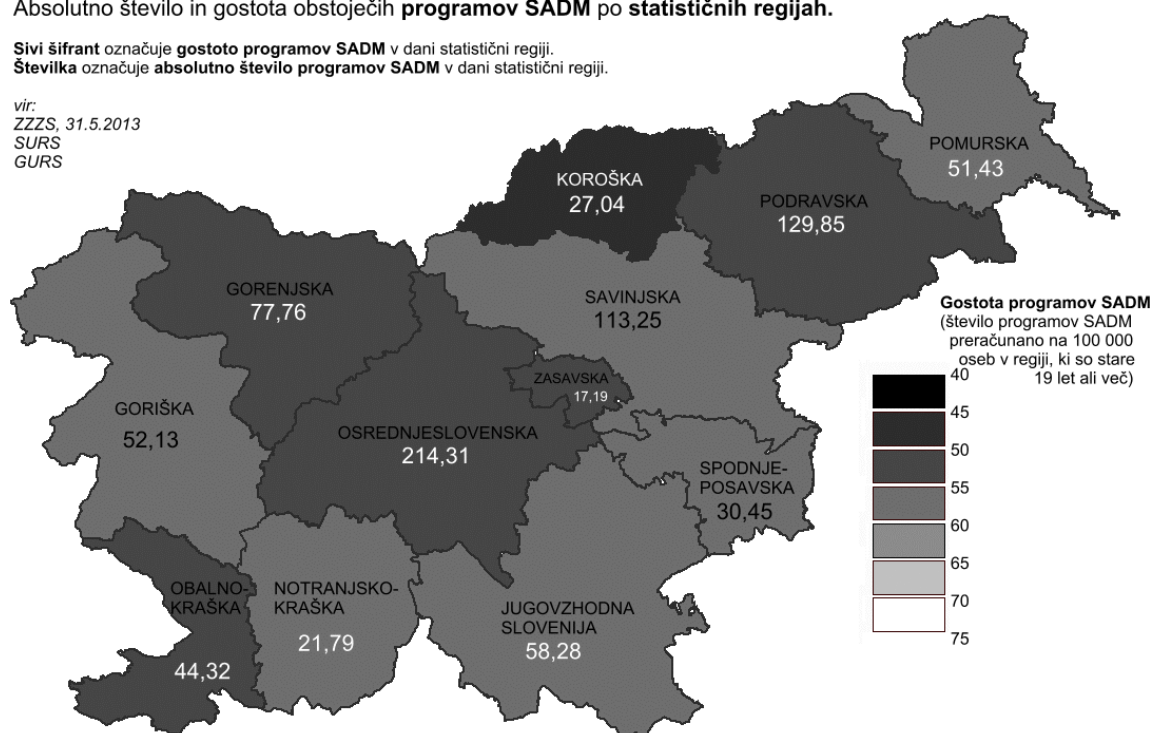
močnejših razlogov, ki odvrtačajo zdravnike, ki bi se sicer odločili za delov v družinski medicini.

- 6) Slabše zanimanje diplomantov za specializacijo iz družinske medicine je posledica sprejetja novih plačnih razredov leta 2008, v katerih so specialisti družinske medicine že v izhodišču v slabšem položaju kot zdravniki preostalih specialnosti.
- 7) Obremenjenost po Sloveniji ni enakomerna, določena področja so v izrazito slabšem položaju. To je razvidno iz števila plačanih programov ZZZS in starostne strukture zdravnikov v posameznih regijah, pa tudi iz števila prijav na razpisane specializacije po posameznih regijah. V takih regijah je nove specialiste družinske medicine še posebej težko pridobiti.

Absolutno število in gostota obstoječih programov SADM po statističnih regijah.

Sivi šifrant označuje gostoto programov SADM v dani statistični regiji.
Številka označuje absolutno število programov SADM v dani statistični regiji.

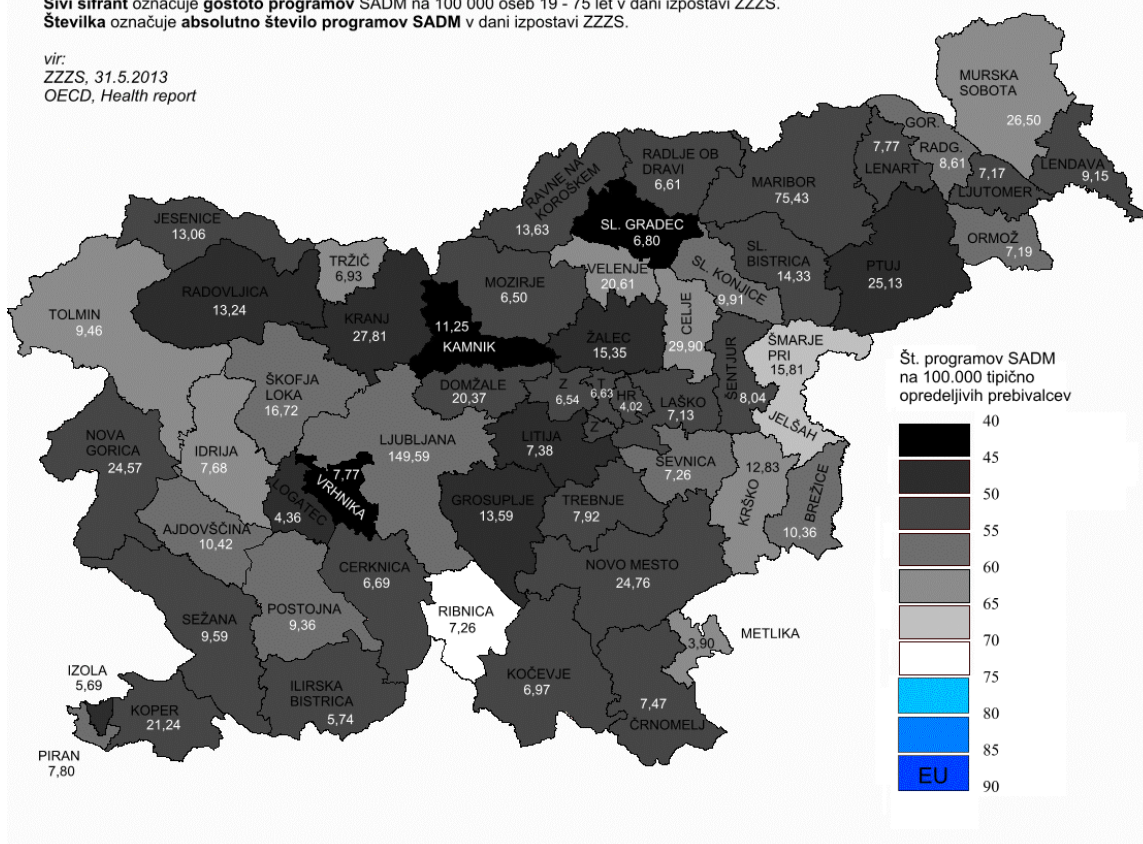
vir:
ZZZS, 31.5.2013
SURS
GURS



Absolutno število in gostota obstoječih programov SADM po izpostavah ZZS.

Sivi šifrant označuje **gostoto** programov SADM na 100 000 oseb 19 - 75 let v dani izpostavi ZZS.
Številka označuje **absolutno število** programov SADM v dani izpostavi ZZS.

vir:
ZZS, 31.5.2013
OECD, Health report

**Na področju pediatrije na primarni ravni so glavne težave naslednje:**

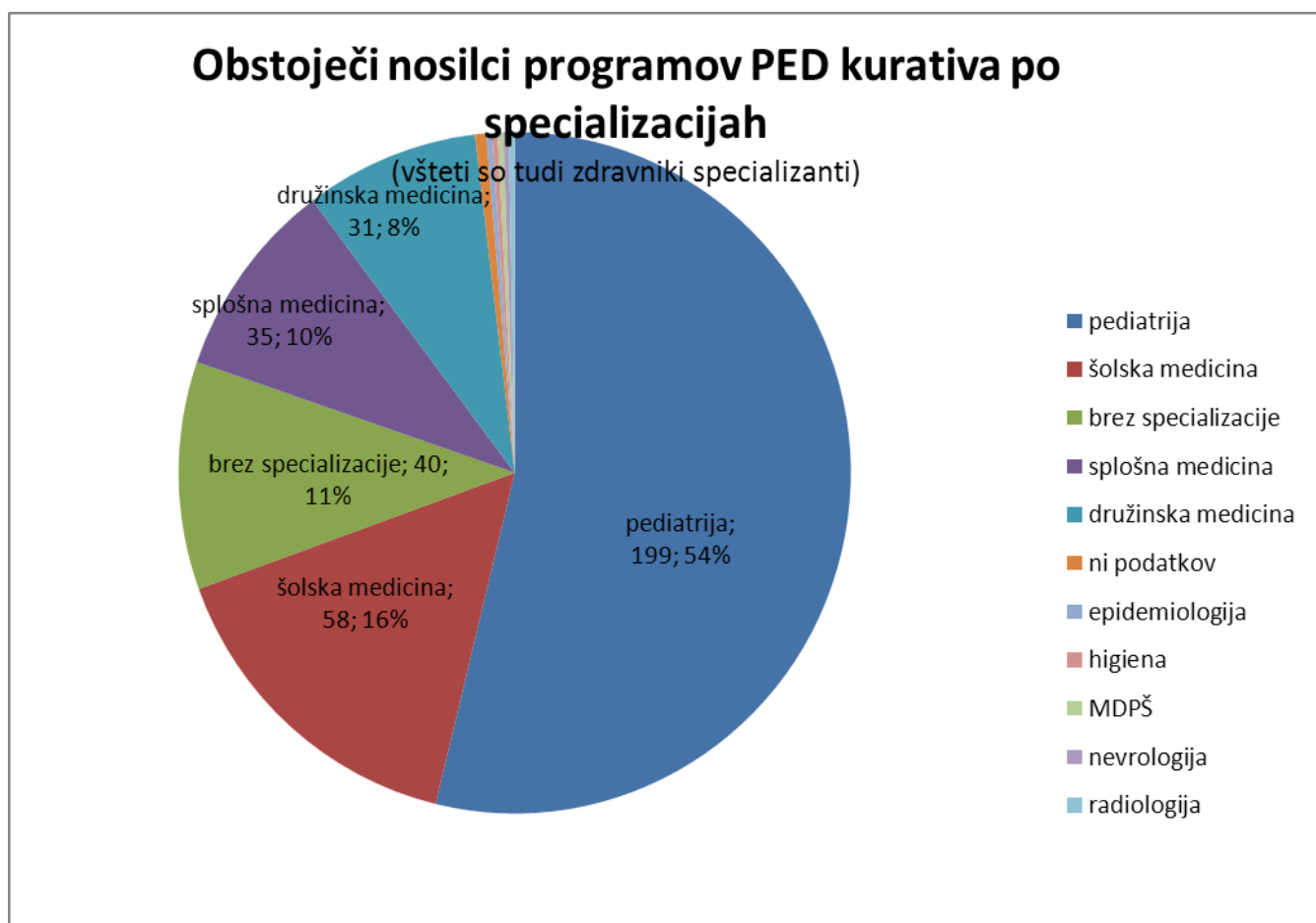
- 1) Zelo neugodna starostna struktura pediatrov na primarni ravni: Na primarni ravni je 243 specialistov pediatrije in šolske medicine (v nadaljevanju: pediatrije), preostali zdravniki do 369 pa so zdravniki brez licence ali pa pretežno z licencami splošne ali družinske medicine. Med pediatri in specialisti šolske medicine je 100 specialistov starejših od 56 let, od tega je 34 starejših od 61 let. Večina zdravnikov v tej starostni skupini je upokojena, vendar so se zaradi hudih kadrovskih primanjkljajev reaktivirali. Velik delež pediatrov pa zaradi izgorelosti ali bolezni dela v skrajšanem delovnem času. Po naših podatkih je na primarni ravni redno in za polni delovni čas zaposlenih samo 170 specialistov pediatrije.



- 2) Pomanjkanje programov pediatrije na primarni ravni, kar je posledica neustreznega načrtovanja potreb po teh programih v preteklosti.
- 3) Previsoko postavljena absolutna zgornja meja za opredeljevanje (3000 opredeljenih oseb na 1,0 tima kurative ali 10 % več, kot je povprečje v posamezni izpostavi ZZZS, merjeno v glavarinskih količnikih na 1,0 tima). Opomba: celoten program PED je tipično sestavljen iz 0,75 programa pediatrične kurative + 0,25 programa pediatrične preventive za ustrezno starostno skupino (predšolsko, šolsko ali študentsko).
- 4) Specializacija iz pediatrije: Trenutno je v mreži 165 specializantov pediatrije. Specializacija iz pediatrije traja 5 let. Program predvideva samo 6 mesecev kroženja na primarni ravni. Glavna težava specializacije iz pediatrije je, da je ista specializacija namenjena tako pediatrom na primarni kot na sekundarni/terciarni ravni, kar pomeni, da specializanti, ki so nominalno mišljeni za primarno raven, brez težav po opravljeni specializaciji nadaljujejo svoje delo na sekundarni ali terciarni ravni. Zaradi tega prihaja do nesorazmerne razbremenitve večine sekundarnih in terciarnih centrov na račun primarne ravni. Potrebna je takojšnja sprememba na področju razpisovanja specializacij, tako da bodo specializanti preživeli več časa na primarni ravni in da bo s postopkom vnaprej določeno, da je specializacija namenjena točno določenemu izvajalcu.
- 5) Organizacija pediatrične službe v zadnjih desetletjih ni sledila družbenoekonomskim razmeram, ki so povzročile selitev mladih družin iz večjih mest na podeželje. Tako je prišlo do stanja, ko so večji centri dovolj ali celo čezmerno preskrbljeni s programi (Ljubljana, Maribor, Trbovlje), obrobje (Koroška, Kozjansko, Lenart, deli Gorenjske in Primorske ...) pa izrazito podhranjeno.
- 6) Zaradi določbe v splošnem dogovoru, da se storitve načrtujejo po realizaciji iz predhodnega leta, se dogaja, da so programi tako obremenjeni, da se popolnoma poruši razmerje med preventivo in kurativo. Preventivni programi v starostni skupini 7–19,99 leta bi morali biti načrtovani glede na število vpisanih



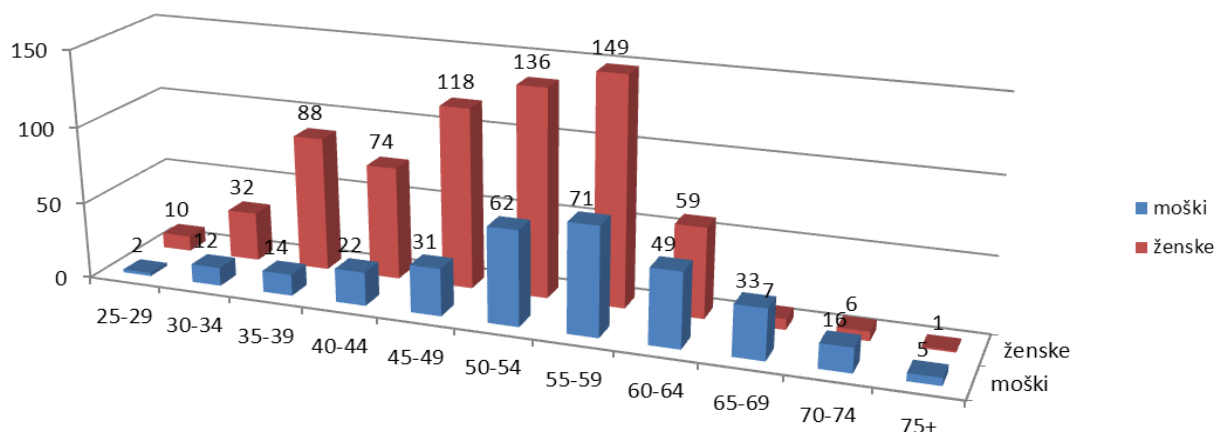
osnovnošolcev in srednješolcev. Preventivni programi v starostni skupini 0–6,99 leta so najbolj smiselno načrtovani glede na kraj stalnega prebivališča otrok iz te starostne skupine.





Starostna struktura zdravnic in zdravnikov v SADM, N = 317 M + 680 Ž = 997

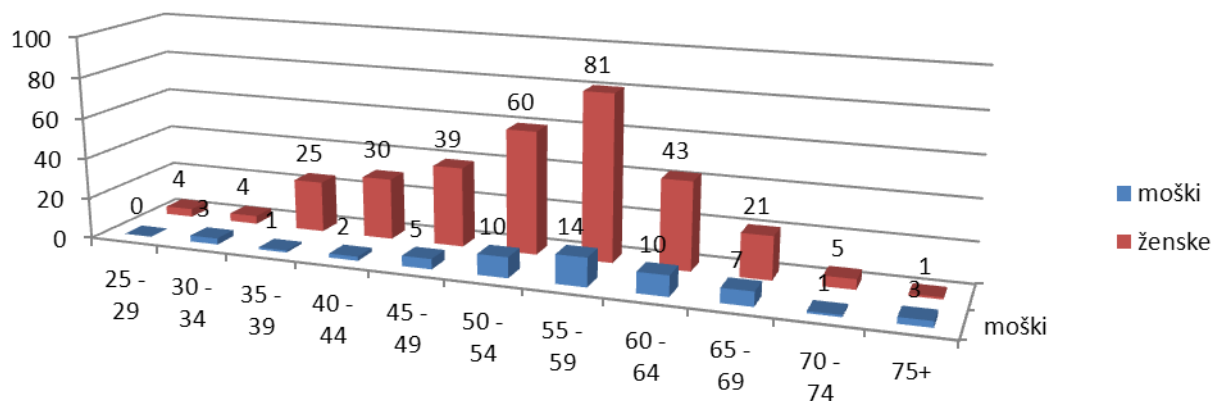
Vir: ZZS 31.5.2013, BPI 13.8.2013.



Starostna struktura zdravnikov v PED

N = 56 M + 313 Ž = 369

Vir: ZZS 31.5.2013, BPI 13.8.2013.



Graf 4: Starostna struktura zdravnikov, ki so nosilci programov ZZS SADM in PED. Razviden je strm upad števila aktivnih zdravnic v SADM po 60. letu starosti ter razmeroma velik delež zdravnic in zdravnikov, starejših od 60 let, v programu PED.



2.8 Izbor parametrov za postavitve nove mreže na primarni ravni

Ker je število vseh mogočih uporabnikov storitev na primarni ravni večje, kot je število opredeljenih, smo kadrovske potrebe mreže opredelili glede na celotno število opredeljivih prebivalcev v Sloveniji, tj. na število vseh prebivalcev, zmanjšano za število prebivalcev v DSO = $2.058.821 - 18.612 = 2.040.209$. V izračunu so bili odšteti zgolj oskrbovanci v DSO, prvič, ker so daleč največja posamezna skupina, ki se ne more opredeljevati pri poljubnem IOZ, in drugič, ker zanjo obstaja dovolj dobra ocena starostne strukture, da lahko podatke prenesemo na preostalo prebivalstvo (česar za druge oskrbovance v SVZ in zaporih ne moremo enostavno narediti).

Na ravni Slovenije je po podatkih z dne 31. 5. 2013 zagotovljeno 0,54 programa SADM na 1000 prebivalcev, ki se tipično opredeljujejo v SADM (za primerjavo: v EU-27 je bilo leta 2013 0,87 programa, primerljivega s SADM, na 1000 prebivalcev), ter 0,49 programa PED-kurative in 0,16 programa PED-preventive na 1000 prebivalcev, ki se tipično opredeljujejo v PED. V povprečju pride na celotno prebivalstvo 0,56 programa primarne ravni (SADM, PED-kurative in PED-preventive) na 1000 opredeljivih prebivalcev. Podatki o številu opredeljenih oseb ali številu glavarinskih količnikov na 1,0 tima povedo, da je trenutno v povprečju na 1,0 tima SADM opredeljenih okoli 1800 oseb oziroma 2500 glavarinskih količnikov, na 0,75 tima PED-kurative pride v povprečju okoli 1.650 opredeljenih oseb oziroma 2.100 glavarinskih količnikov (približno 0,25 programa pa v povprečju predstavlja PED-preventiva). Stanje preskrbljenosti se tako glede števila timov na 1000 prebivalcev kot tudi glede glavarine močno razlikuje po regijah in občinah.

Zaradi objektivnih omejitev (ekonomskih, pomanjkanja števila mentorjev, pomanjkanja obstoječih zdravnikov specialistov) se je Ministrstvo za zdravje odločilo za postopno izboljševanje pogojev oskrbe na primarni ravni.

V prehodnem obdobju od 2014–2018 je izbrana ciljna največja obremenitev za področje SADM in PED-kurative 1.500 opredeljenih oseb ali 2.000 glavarinskih količnikov na 1,0 tima, kar koli od tega tim doseže prej. Ta obremenitev se nanaša izključno na delo v ambulanti SADM oziroma PED in ob tem se pri njej ne upošteva



sočasno delo v terenski NMP. Če zdravnik del časa dela tudi v terenski NMP, tega ne sme početi sočasno z delom v SADM oziroma PED; v tem primeru mora biti največja glavarina ustrezno nižja ali pa mora biti služba NMP opravljena povsem ločeno od rednega dela v SADM/PED.

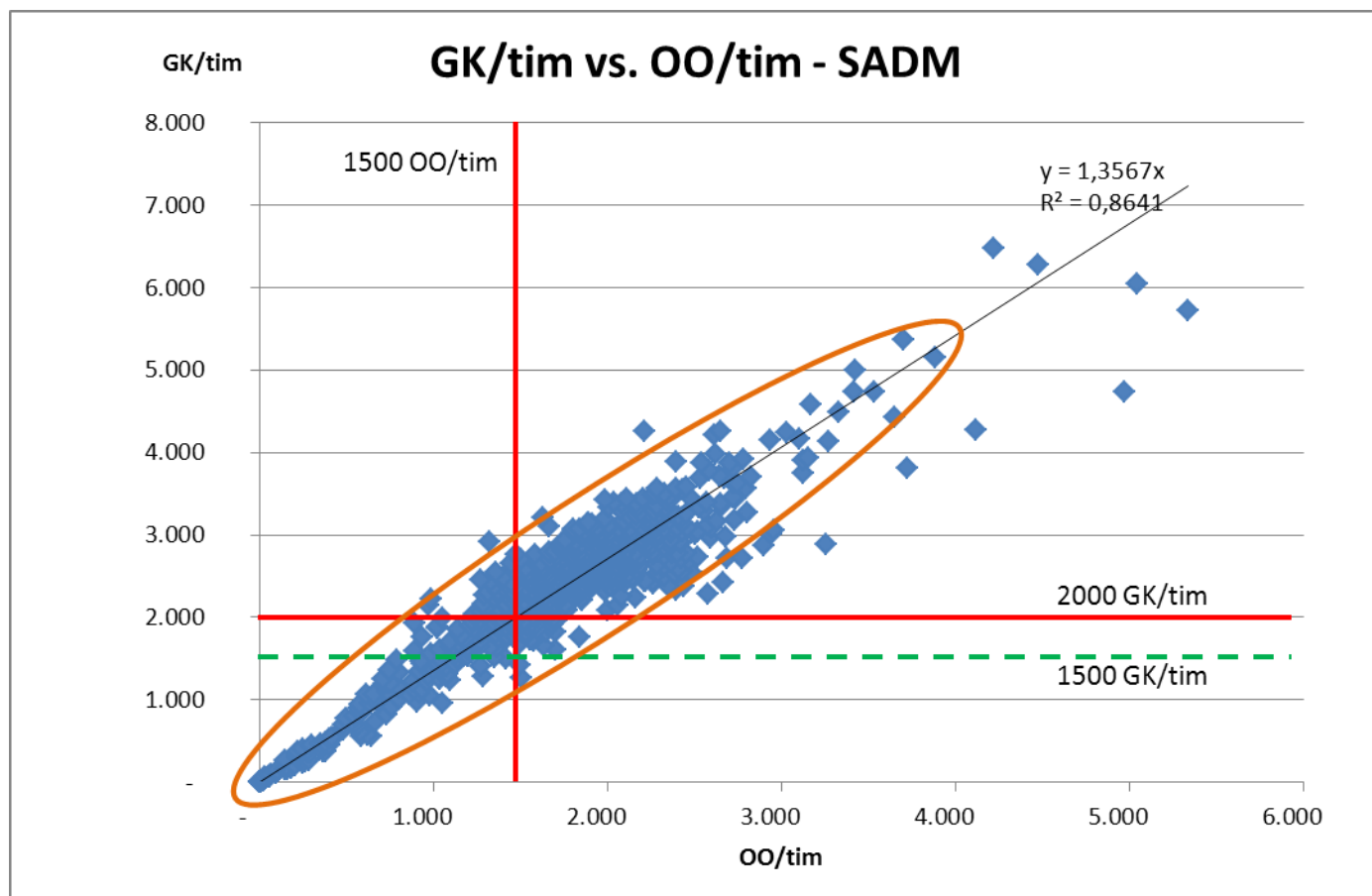
Za področje SVZ/DSO je ciljna obremenitev v prehodnem obdobju 2014–2018 250 oskrbovancev na 1,0 tima. Za področje splošnih ambulant v zaporih v prehodnem obdobju 2014–2018 ciljna obremenitev ostane 240 oskrbovancev na 1,0 tima.

	Štev. programov	Štev. različnih zdravnikov	Štev. izvajalcev z več programi	Program zajema	Obstoječi normativ /največja obremenitev
SADM	837,73	997	samo SADM: 930 po 2 SADM: 5 SADM in PED-kurativa: 67	kurativo in preventivo odraslih	3000 OO ali 10 % več od povprečja v izpostavi ZZS
PED-kurativa	240,01	369	samo PED-kurativa: 302 po 2 PED-kurativa: 1 SADM in PED-kurativa: 67	samo kurativo 0–18 let	3000 OO ali 10 % več od povprečja v izpostavi ZZS
PED-preventiva	78,8	ni popolnih podatkov	samo PED-preventiva: ni popolnih podatkov	samo preventivo 0–1 leto	predstavlja povprečno 25 % celotnega programa
SVZ/DSO	71,56	130	–	–	302 OO/tim
ZAPORI	6,25 + 0,544	ni popolnih podatkov	–	–	240 OO/tim



Preglednica 3: Opis obstoječih programov SADM, PED, SVZ in splošnih ambulant v zaporih, ki jih financira ZZZS, v letu 2013

V populaciji, ki se opredeljuje v SADM, je **1.500 opredeljenih oseb** približno enako kot **2.000 glavarinskih količnikov** – to je razvidno iz grafa, na katerem smo vzporedno prikazali število opredeljenih oseb/tim (os x) in število glavarinskih količnikov/tim (os y):



Graf 5: Opredeljevanje pacientov pri zdravnikih v SADM. Vsaka točka predstavlja en program, evidentiran v podatkovni zbirki ZZZS na dan 31. 5. 2013. Koordinata x pomeni glavarino, izraženo v opredeljenih osebah na 1,0 tima, koordinata y pa glavarino, izraženo v glavarinskih količnikih na 1,0 tima.

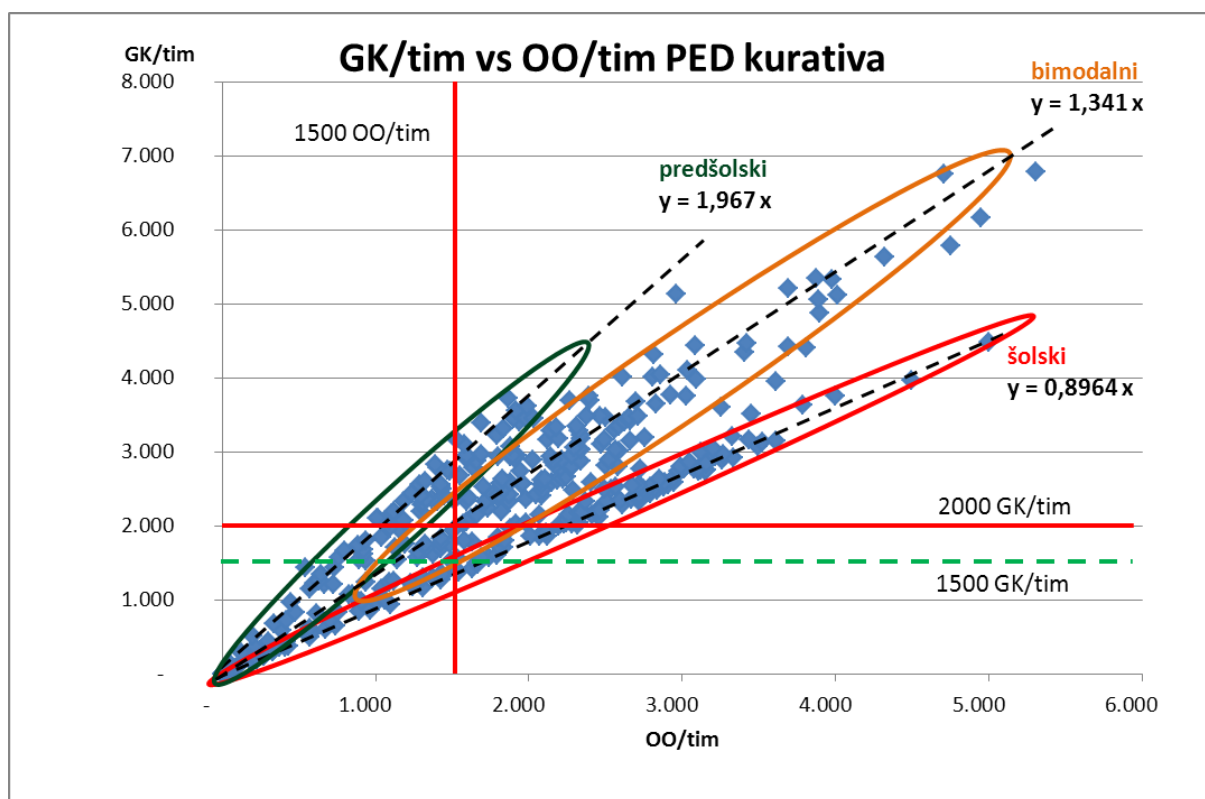
Iz grafa je mogoče razbrati, da:

- 1) je populacija zdravnikov v SADM razmeroma homogena (da velika večina zdravnikov v SADM vpisuje enako »povprečno« populacijo pacientov) – graf dobro sledi regresijski premici, zdravniki sestavljajo homogeno množico;

2) da za populacijo zdravnikov v SADM ocena 2000 glavarinskih količnikov/tim \approx 1500 opredeljenih oseb/tim x K velja zelo dobro.

($K = 1,3567 \text{ (GK/tim)/(OO/tim)}$) = koeficient regresijske premice pri podatkih o opredeljenih pacientih v SADM dne 31. 5. 2013).

Ravno tako je mogoče oceniti, kolikšen delež zdravnikov SADM trenutno dela nad merilom 2000 GK/tim oziroma nad merilom 1500 opredeljenih oseb/tim.



Graf 6: Opredeljevanje pacientov pri zdravnikih v ambulantah PED-kurativa

Iz grafa je razvidno, da v množici zdravnikov v ambulantah PED obstajata dve »skrajni« množici in ena vmesna: **zelena množica** zajema pediatre, ki imajo pretežno opredeljene otroke iz starostne skupine 0–6 let (torej **predšolske**), **rdeča** zajema zdravnike, ki imajo pretežno opredeljene osebe iz starostne skupine 7–18 let (torej **šolske** zdravnike), **oranžna** pa tiste zdravnike, ki imajo opredeljene otroke iz celotnega spektra (t. i. **bimodalne**). Ta delitev se nanaša na programe PED-kurativa, slabo pa odseva delo pediatrov v preventivi.

Iz grafa je razvidno, da je v bimodalni skupini ocena 1500 OO = 2000 GK dovolj dobra, medtem ko v predšolski skupini 1500 OO predstavlja približno 3000 GK, v



skupini šolskih zdravnikov pa 1500 OO predstavlja po sedanjih vrednostih glavarinskih količnikov približno 1350 GK.



Ugotovitve:

*Za doseganje ciljev za oskrbo splošne opredeljive populacije bi **ta trenutek** (tj. leta **2013**) glede na podatke z dne 31. 5. 2013 ob predpostavki o meji opredeljevanja med PED in SADM **20 let** potrebovali skupno **1.100 programov SADM**, **266 programov PED-kurative** ter **89 programov PED-preventive**, tj. dodatnih **262 programov SADM**, dodatnih **26 programov PED-kurative** in dodatnih **10 programov PED-preventive**.*

*Za doseganje cilja v SVZ/DSO 250 oskrbovancev na tim DSO pa bi **ta trenutek** potrebovali **82,5 tima** oziroma programov v DSO, kar pomeni dodatno **11 timov** za delo v ambulantah DSO.*

*Skupno bi torej potrebovali **dodatno 262 (SADM) + 11 (SVZ) programov DM** ter **26 kurativnih in 10 preventivnih programov pediatrije na primarni ravni**, to je skupno **309 programov oziroma timov na primarni ravni**. S stališča potreb po zdravnikih to pomeni **309 novih nosilcev programov**.*

*Število timov v zaporih pri tem ostane na enaki ravni, tj. skupno že obstoječega **6,794 programa SADM** v zaporih.*

Potrebe do leta 2018

Ti podatki temeljijo na podatkih (projekciji) Eurostat in SURS o številu prebivalcev do leta 2018, podatkih o predvidenem upokojevanju zdravnikov (na podlagi podatkov IVZ o številu zdravnikov v letih 2005–2012) ter podatkih o obstoječih specializantih v Sloveniji (podatki IVZ in ZZS).

Za doseganje ciljev (1.500 opredeljenih oseb na 1,0 tima oziroma 2.000 glavarinskih količnikov na 1,0 tima v SADM in PED ter 250 opredeljenih oseb v SVZ/DSO) za oskrbo splošne opredeljive populacije bomo leta 2018 potrebovali **1.165 programov SADM** in **276 programov PED-kurative** ter **92 programov PED-preventive**. Za potrebe SVZ/DSO bo skupno potrebnih (ob predpostavki, da se število DSO do leta 2018 ne bo dodatno povečevalo) **82,5 programa**; namesto dodatnih DSO bo predvidoma uresničen program oskrbe starostnikov na domu.



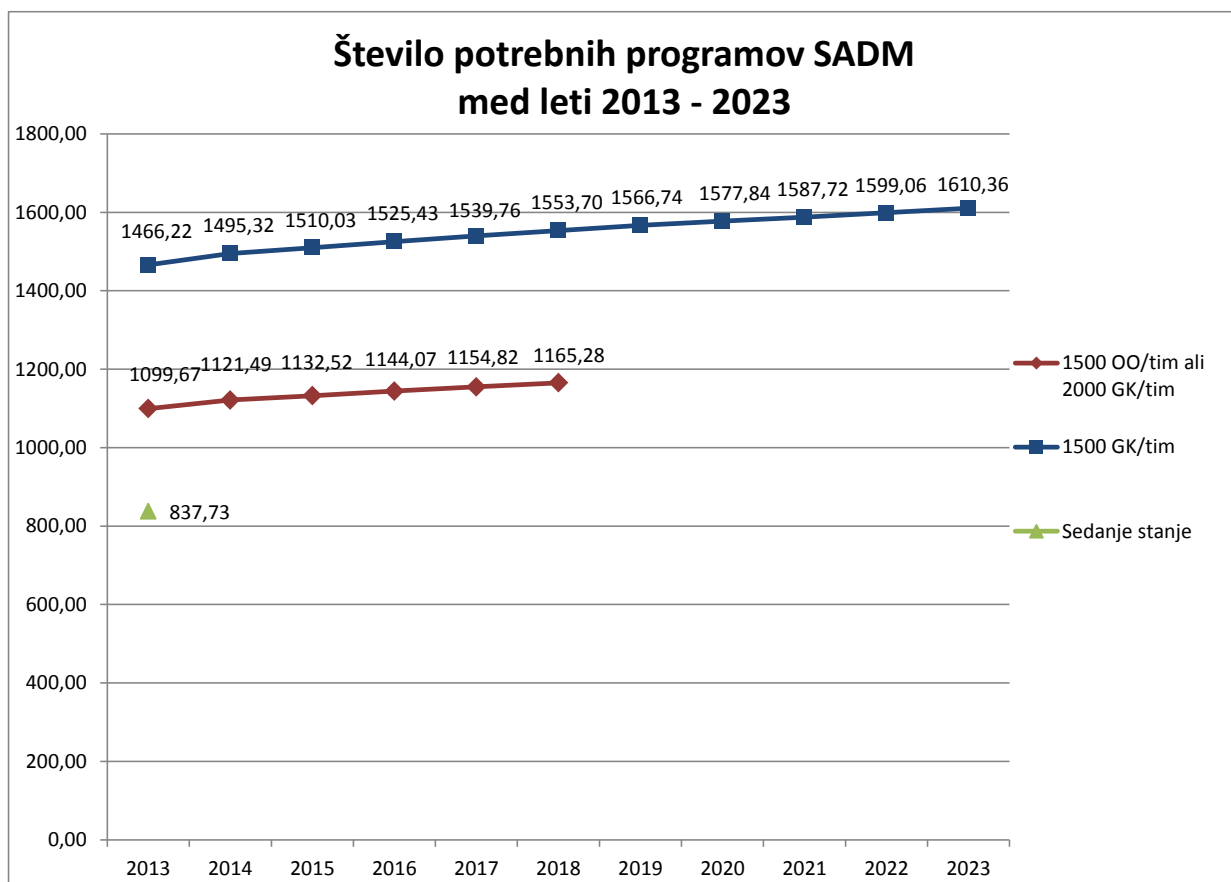
opredeljiv	0-0,99	1-6,99	7-18,99	19-19,99	20-49,99	50-64,99	65-74,99	75+	0 - 6,99	7 - 19,99	20 - 64,99	65+	PED	SADM	skupno
2013	22003	129472	224657	20857	867808	439507	183313	150592	151992	247249	1331503	333781	399241	1665284	2064525
2014	21791	132915	226806	20618	883883	447689	187932	153434	154706	247424	1331572	341366	402130	1672938	2075068
2015	21611	134529	228788	20062	878602	451320	192890	156936	156140	248850	1329922	349827	404990	1679748	2084738
2016	21389	133964	232687	20054	871468	453629	199945	160384	155353	252741	1325096	360329	408094	1685425	2093519
2017	21126	133408	236911	19390	863999	456419	206599	163459	154534	256301	1320418	370058	410835	1690476	2101311
2018	20829	132355	241579	19082	856726	456707	213633	167173	153184	260661	1313433	380807	413845	1694239	2108084
2019	20502	131028	246442	18759	849866	455398	221340	170574	151530	265201	1305265	391914	416731	1697179	2113910
2020	20145	129445	250311	19559	842822	453833	230508	172102	149590	269870	1296654	402611	419460	1699265	2118725
2021	19765	127635	254562	18929	836979	450969	243007	170848	147400	273491	1287948	413855	420891	1701803	2122694
2022	19382	125665	258515	19003	829375	448965	250968	173746	145047	277518	1278339	424714	422565	1703053	2125618
2023	19002	123565	262562	18633	820878	448797	256096	178090	142567	281195	1269675	434186	423762	1703861	2127623

Število predvidenih opredeljivih oseb v posamezni starostni skupini (po odštetju oseb v SVZ in ob predpostavljene stagnaciji gradnje infrastrukture DSO)

	0-0,99	1-6,99	7-18,99	19-19,99	20-49,99	50-64,99	65-74,99	75+	0 - 6,99	7 - 19,99	20 - 64,99	65+	PED	SADM	skupno
GK	3	1,9	0,88	0,84	0,84	1,4	2,2	3							
2013	66009	245996,8	197698,2	17519,88	728958,7	615309,5	403289	451776,1	312005,8	215218	1344268	855065,2	527223,8	2199333	2726557
2014	65373	252538,5	199589,3	17319,12	742461,7	626764,4	413450,1	460303,4	317911,5	216908,4	1369226	873753,5	534819,9	2242980	2777799
2015	64833	255605,1	201333,4	16852,08	738025,8	631847,7	424358,8	470808,7	320438,1	218185,5	1369873	895167,5	538623,6	2265041	2803665
2016	64167	254531,6	204764,6	16845,36	732032,8	635080,3	439878,8	481150,8	318698,6	221609,9	1367113	921029,6	540308,5	2288143	2828451
2017	63378	253475,2	208481,7	16287,6	725759	638987,2	454516,9	490377,3	316853,2	224769,3	1364746	944894,2	541622,5	2309640	2851263
2018	62487	251474,5	212589,5	16028,88	719649,5	639390,1	469993,6	501519,4	313961,5	228618,4	1359040	971512,9	542579,9	2330552	2873132
2019	61506	248953,2	216869	15757,56	713887,7	637557,6	486948,1	511722,7	310459,2	232626,5	1351445	998670,8	543085,7	2350116	2893202
2020	60435	245945,5	220273,7	16429,56	707970,1	635365,7	507118,6	516307,4	306380,5	236703,2	1343336	1023426	543083,7	2366762	2909846
2021	59295	242506,5	224014,6	15900,36	703062,4	631356,7	534615,6	512544,4	301801,5	239914,9	1334419	1047160	541716,4	2381579	2923295
2022	58146	238763,5	227493,2	15962,52	696674,6	628550,6	552129,3	521237,7	296909,5	243455,7	1325225	1073367	540365,2	2398592	2938957
2023	57006	234773,5	231054,6	15651,72	689537,7	628315,6	563410,6	534270,7	291779,5	246706,3	1317853	1097681	538485,8	2415535	2954020

Število glavarinskih količnikov, ki jih predstavlja posamezna starostna skupina, v letih 2013–2023

Vir: Eurostat, podatki o oskrbovancih DSO



Graf 7: Število potrebnih programov SADM za doseganje zgornje obremenitve **1500 opredeljenih oseb ali 2000 glavarinskih količnikov/1,0 tima SADM** (**rdeča** črta); to je ciljni načrt Ministrstva za zdravje v obdobju **2014–2018**; **zeleno**: število programov SADM leta 2013; **modro – želja sindikata**: število potrebnih programov za doseganje zgornje obremenitve 1500 glavarinskih količnikov/1,0 tima SADM

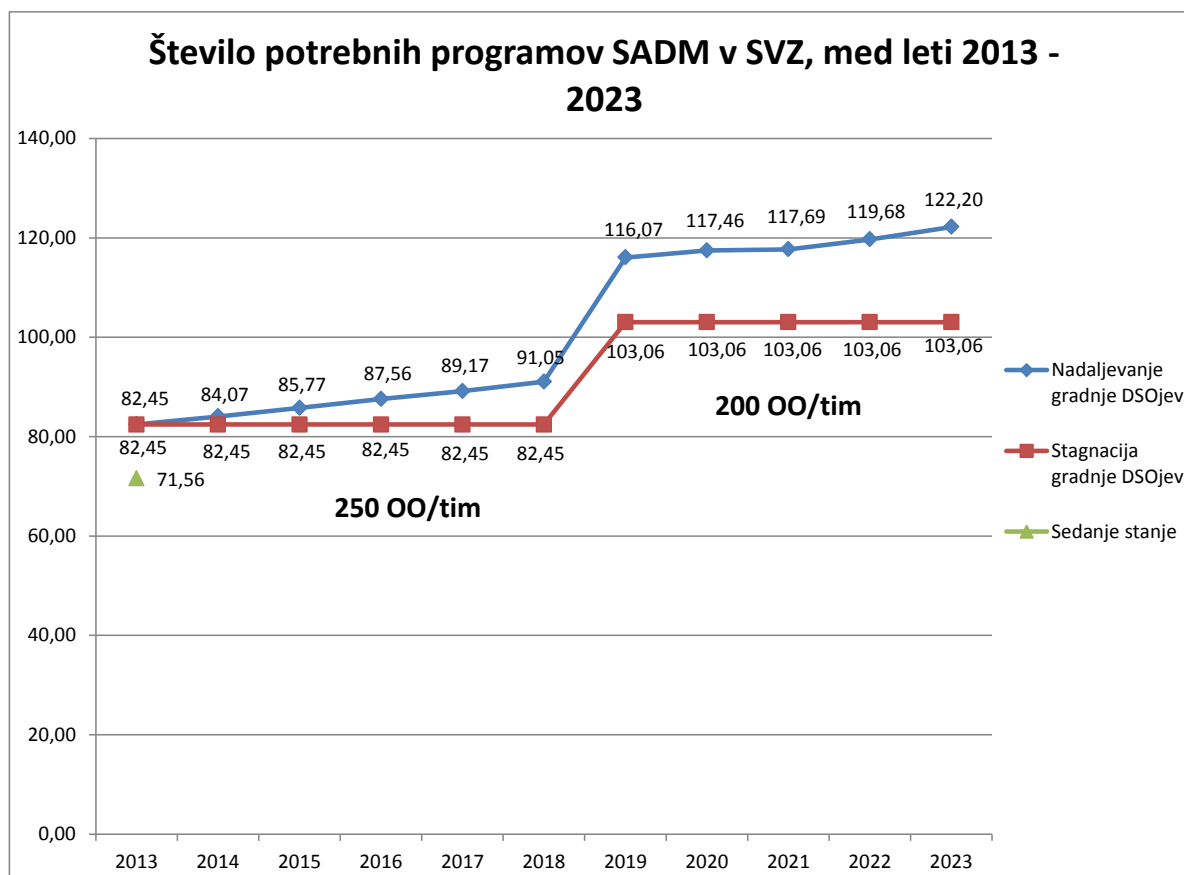
Med letoma 2013 in 2018 je po projekciji Eurostata potrebnih dodatnih **262** (leta 2013) do **327** (leta 2018) programov SADM za doseganje ciljne obremenitve 2000 GK/tim ali 1500 opredeljenih oseb/tim glede na obstoječe stanje v letu 2013.



Graf 8: Število potrebnih programov PED-kurativa za doseganje zgornje obremenitve **1500 opredeljenih oseb ali 2000 glavarinskih količnikov/1,0 tima PED-kurativa** (**rdeča** črta); to je ciljni načrt Ministrstva za zdravje v obdobju **2014–2018**; **zeleno**: število programov PED-kurativa leta 2013; **modro – želja sindikata**: število potrebnih programov za doseganje zgornje obremenitve 1500 glavarinskih količnikov/1,0 tima PED-kurativa

Opomba: Izračunani programi predstavljajo **75 %** celotnega potrebnega programa PED na primarni ravni v vsakem letu, **dodatnih 25%** predstavljajo **preventivni programi**.

Glede na podatke/projekcije Eurostata je med letoma 2013 in 2018 potrebnih **med 26 (2013) in 36 (2018) dodatnih programov PED-kurative** ter posledično tudi dodatnih **9 (2013) do 12 (2018) programov PED-preventive** za doseganje ciljne obremenitve v prehodnem obdobju.



Graf 9: Število potrebnih programov SADM v SVZ za doseganje zgornje obremenitve **250 opredeljenih oseb/1,0 tima SADM v SVZ** ter **ob predpostavki stagnacije širjenja infrastrukture DSO (rdeča črta)**; to je ciljni načrt Ministrstva za zdravje v obdobju **2014–2018**; **zeleno**: število programov SVZ/DSO leta 2013; **modro**: število potrebnih programov SVZ, če se bo **infrastrukturo DSO še naprej gradila s približno tako hitrostjo, kot se je gradila do zdaj**

Pri predpostavki stagnacije gradnje infrastrukture DSO je potrebnih dodatnih **11** programov DSO SADM. Če se bo gradnja nadaljevala, je ocenjena potreba po dodatnih programih **med 11** programov (leta 2013) pa do **19,5** programa (leta 2018).



Ob upoštevanju podatkov o upokojevanju (podatkovna zbirka BPI med letoma 2005 in 2012 za programe splošna medicina, šolska medicina, pediatrija) dobimo naslednje podatke:

SIMULACIJA UPOKOJEVANJA V SADM

Predpostavka o zamiku upokojevanja M + Ž po pokojninski reformi:

	Med 65.–69. letom	Med 70.–74. letom
% M, ki še delajo, glede na prejšnjo 5-letno kohorto	0,51	0,55
% Ž, ki še delajo, glede na prejšnjo 5-letno kohorto	0,20	0,11

Podatki o upokojevanju so ekstrapolirani iz podatkov IVZ za kohorto zdravnikov SPLOŠNE MEDICINE.

SIMULACIJA UPOKOJEVANJA v PED

Predpostavka o zamiku upokojevanja M + Ž po pokojninski reformi:

	Med 65.–69. letom	Med 70.–74. letom
% M, ki še delajo, glede na prejšnjo 5-letno kohorto	0,875	0,292
% Ž, ki še delajo, glede na prejšnjo 5-letno kohorto	0,333	0,188

Podatki o upokojevanju so ekstrapolirani iz podatkov BPI – IVZ za kohorto zdravnikov ŠOLSKE MEDICINE in PEDIATRIJE.

Te podatke lahko uporabimo za (zelo približno) oceno, kolikšen delež zdravnikov bo **po upokojitvi** še nekaj časa ostal aktiven v mreži. Opozarjamo, da podatki **niso povsem neposredno prenosljivi** na populacijo zdravnikov, kot bo obstajala leta 2018, ker bo takrat starostno merilo za upokojevanje že višje, kot je zdaj (moški: 65 let, ženske: 64 let). Ker ni empiričnih podatkov o upokojevanju zdravnikov po ZPIZ-2, bomo te podatke vendarle uporabili kot najboljši obstoječi približek.

Alternativno je mogoče predpostaviti, **da se vsi zdravniki z doseženo starostno mejo za upokojevanje tudi dejansko upokojijo**. Ta predpostavka je »varnejša« v smislu, da ne podceni števila zdravnikov, ki so dejansko še na razpolago v mreži. Še posebej je ta predpostavka pomembna pri oceni mreže pediatrov, ki že zdaj v nemajhni meri deluje po zaslugi reaktiviranih upokojenih pediatrov.



Glede na obe oceni bo v nadaljevanju torej prikazana **spodnja** (del zdravnikov po upokojitvi ostane aktiven v mreži) in **zgornja meja** (vsi, ki se lahko, se upokojijo) števila potrebnih novih zdravnikov v mreži do leta 2018.

Dodatna značilnost, ki je pri simulaciji nismo upoštevali, je povečana umrljivost zdravnic na primarni ravni. Ta poveča število potrebnih novih zdravnikov DM ne glede na način upokojevanja.

Zaradi nejasnosti glede načina upokojevanja po ZPIZ-2 bo treba vsakoletno preveriti dejansko število upokojenih zdravnikov in temu ustrezno prilagoditi število razpisnih mest za primarno raven.



2.9 Projekcija števila potrebnih zdravnikov družinske medicine na ravni Slovenije do leta 2018

		SADM													
		25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+	skupaj		
2013	moški	2	12	14	22	31	62	71	49	33	16	5	317		
	ženske	10	32	88	74	118	136	149	59	7	6	1	680		
	skupaj	12	44	102	96	149	198	220	108	40	22	6	997		
	programi	10,08	36,96	85,68	80,64	125,16	166,32	184,8	90,72	33,6	18,48	5,04	837,48		
		25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75+			
2018	moški	67	2	12	14	22	31	62	71	25	18	4	328		
	ženske	333	10	32	88	74	118	136	149	12	1	0	953		
	skupaj	400	12	44	102	96	149	198	220	37	19	4	1281		
	programi	400,20	12,00	44,00	102,00	80,64	125,16	166,32	184,80	30,90	15,89	3,36	1165,28		
		1	1	1	1	0,84	0,84	0,84	0,84	0,84	0,84	0,84			
		400	450												

Preglednica 4: Potrebno število zdravnikov DM leta 2018, glede na obstoječo starostno strukturo zdravnikov v SADM, ter glede na dva modela upokojevanja

Po sedanjih podatkih opravlja 838 programov 997 zdravnikov = **0,84 programa SADM na povprečnega zdravnika v SADM**. Predpostavimo, da se »mrtve duše« odpravijo vsaj med zdravniki, starimi 25–44 let (npr. s plačevanjem po dejanski glavarini). Potem lahko predpostavimo, da bo vsak zdravnik v tej starostni skupini opravljal 1,0 programa. Pri tej predpostavki bo v SADM v obdobju 2014–2018 predvidoma potrebnih **med 400 (konservativna predpostavka o upokojevanju) in 450 (predpostavka o popolnem upokojevanju)** dodatnih zdravnikov družinske



medicine za popolnitev mreže SADM do ravni, da bo masa zdravnikov DM v mreži zadoščala za doseg cilja 1500 opredeljenih oseb ali 2000 glavarinskih količnikov na 1,0 tima. S tem dodatnim kadrom (ob predpostavki, da vsak zdravnik izvaja 1,0 programa SADM) se oskrba s programi SADM poveča z **0,54** na 1000 oseb, ki se opredeljujejo v SADM, na **0,70/1000** oseb, kar je še vedno pod ravno EU-27, vendar je občutno boljše kot obstoječe stanje.

Trenutno opravlja specializacijo že **244** specializantov družinske medicine, z jesenjo 2013 bo razpisanih še **67** dodatnih mest. Od trenutnih nosilcev programa ZZZS je 32 specializantov, skupno izvajajo 17,13 programa SADM. Skupno torej lahko računamo, da bodo po jesenskem razpisu v letu 2013 potrebni še $400 - 244 - 69 + 17 = 104$ **dodatni specializanti DM za doseganje nove ravni dela v SADM ter nato dopolnjevanje mreže glede na dejansko upokojevanje zdravnikov.**

Ovire:

- 1) **Pomanjkanje mentorjev** – treba bo znižati časovno merilo, po koliko časa lahko specialist DM postane mentor, in aktivna rekrutacija mentorjev.
- 2) **Učne ambulante** – pri specializantih se trenutno pacienti še ne morejo opredeljevati. Če se spremenijo ustrezni pravilniki, bi se nekako lahko začeli pri njih opredeljevati v ali po 3. letniku specializacije in bi tako specializanti toliko hitreje začeli razbremenjevati mentorje.
- 3) **Feminizacija DM:** razmerje med moškimi in ženskami v DM je 1 : 5. Če računamo, da se specializantke vsaj enkrat med specializacijo odločijo za materinstvo, se čas dokončanja njihove specializacije prestavi z vsako nosečnostjo za 1 leto, zaradi česar bodo lahko v mrežo vstopale šele po letu 2018. Morda bi bilo smiselno razmisliti o uvedbi kvote za moške študente na fakulteti za medicino.



- 4) **Neenakomerno pomanjkanje specialistov DM:** treba bo določiti spodbude za hitrejše kritje bolj deficitarnih področij (npr. PPD1 za delo na deficitarnih področjih, **višja plača že med specializacijo**).

2.10. Predvideno število potrebnih zdravnikov pediatrije na primarni ravni do leta 2018

		PED kurativa in preventiva												
		25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 - 69	70 - 74	75+		
2013	moški	0	3	1	2	5	10	14	10	7	1	3	56	
	ženske	4	4	25	30	39	60	81	43	21	5	1	313	
	skupaj	4	7	26	32	44	70	95	53	28	6	4	369	
	programi	2,6	4,55	16,9	20,8	28,6	45,5	61,75	34,45	18,2	3,9	2,6	239,85	
1500 OO ali 2000 GK/tim	2018 moški	15	0	3	1	2	5	10	14	9	2	0	61	
	ženske	85	4	4	25	30	39	60	81	14	4	1	347	
	skupaj	100	4	7	26	32	44	70	95	23	6	1	408	
	programi	75,21	3	5,25	16,9	20,8	28,6	45,5	61,75	15,00	3,89	0,00	275,90	
		0,75	0,75	0,75	0,65	0,65	0,65	0,65	0,65	0,65	0,65	0,65		
		100	125											

Preglednica 5: Potrebno število zdravnikov pediatrije na primarni ravni leta 2018 glede na obstoječo starostno strukturo zdravnikov v PED in glede na dva modela upokojevanja



Po sedanjih podatkih opravlja 240 kurativnih programov 369 zdravnikov = **0,65 programa PED-kurative** na povprečnega zdravnika v PED. Predpostavimo, da bo vsak zdravnik v teh starostnih skupinah opravljal 0,75 programa PED-kurative (in 0,25 programa PED-preventive). Pri tej predpostavki bo v PED v obdobju 2014–2018 predvidoma potrebnih **med 100 (konservativna predpostavka o upokojevanju) in 125 (predpostavka o popolnem upokojevanju)** dodatnih zdravnikov pediatrije na primarni ravni za popolnitev mreže PED do ravni, da bo masa zdravnikov PED v mreži zadoščala za doseg cilja 1.500 opredeljenih oseb ali 2.000 glavarinskih količnikov na **1,0 tima PED-kurative**. S tem dodatnim kadrom (ob predpostavki, da vsak zdravnik izvaja 0,75 programa PED-kurative in 0,25 programa PED-preventive) se oskrba s programi PED (kurativa + preventiva) poveča **z 0,80** na 1000 oseb, ki se opredeljujejo v PED, na **0,89/1000** oseb v letu 2018.

Največja težava, ki jo imajo zdravniki v PED, **ni toliko pomanjkanje obstoječih programov PED**, pač pa, da je **velik del zdravnikov v PED že izpolnil pogoje za upokojitev**, da so **obstoječi programi razporejeni zelo neenakomerno** in **ne kažejo dejanskih potreb** (zaradi česar so področja, ki so s programi prenasočena, in področja, ki so s programi močno podhranjena) ter da za zdaj ni mehanizma, ki bi zagotavljal, da bodo specializanti pediatrije v neki regiji dejansko izbrali primarno raven kot ciljno področje svojega strokovnega delovanja, ampak v praksi pogosto »pobegnejo« na sekundarno ali terciarno raven.

Ker je težava pediatrov njihova **starost**, je to smiselno upoštevati pri ocenjevanju števila potrebnih dodatnih pediatrov v mreži – torej predpostaviti, da se vsi pediatri, ki ta trenutek že izpolnjujejo pogoje za upokojitev, tudi dejansko upokojijo. Po tej predpostavki je potrebnih **125** pediatrov za dopolnitev mreže do ustrezne ravni.

Nadaljnje vprašanje je, **kaj se bo po spremembi meje opredeljevanja v PED na 0–19,99 leta** zgodilo z zdravniki, ki trenutno delajo v programu PED, vendar so **brez specializacije** ali pa imajo specializacijo iz **družinske, splošne medicine** ali pa iz kakšne **druge veje medicine**. Takih zdravnikov je v programu PED skupno **113 od 369** obstoječih zdravnikov, torej **malo manj kot ena tretjina**.



Dejanski odgovor je verjetno odvisen od tega, ali se misli pri teh zdravnikih komplicirati glede licence ali ne. Načeloma so zdravniki, ki delajo v PED in imajo opredeljene otroke, zainteresirani za delo z njimi in tega ne nameravajo spremeniti. Če pa se jim bo kot pogoj za še nadaljnje delo v PED postavilo morebitno doizobraževanje ali sprememba licence, pa se verjetno lahko zgoditi, da del teh zdravnikov ne bo imel več opredeljenih otrok, kar bi pomenilo dodaten manko pediatrov na primarni ravni.

Trenutno opravlja specializacijo **165** specializantov pediatrije, od teh je po obstoječih ocenah pribl. **37 specializantov** namenjenih za primarno raven, točno število je težko določiti zaradi »bega« specializantov na sekundarno in terciarno raven. Skupno torej lahko računamo, da bo do leta 2018 potrebnih še **125 – 37 = 88** dodatnih specializantov **pediatrije, ki bi ostali na primarni ravni**, za doseganje nove ravni dela v PED in nato dopolnjevanje mreže glede na dejansko upokojevanje zdravnikov.

Če pa bi želeli mrežo PED v celoti zapolniti s potrebnimi specialisti pediatri (torej, če predpostavimo, da zdravniki drugih specializacij prenehajo delati v PED), pa potrebujemo že izračunanega $88 + 113 = 201$ specializanta pediatrije do leta 2018. Očitno je, da je zelo pomembno, da zdravniki, ki že opravljajo program PED in še niso dosegli starosti za upokojitev, ostanejo v teh programih – če ne bodo, so potrebe po novih specializantih pediatrije več kot 100-odstotno večje.

Ovire:

- 1) **Neobstoj mehanizma za zadrževanje specialistov pediatrov na primarni ravni/potreba po spremenjenem načinu razpisovanja specializacij.**



- 2) **Učne ambulante** – po trenutnem sistemu specializacije v pediatriji niso smiselne, ker bi se lahko pacienti pričeli opredeljevati pri specializantih šele v 5. ali 6. letniku.

- 3) **Feminizacija DM:** razmerje med moškimi in ženskami v PED je 1 : 5,5. Če računamo, da se specializantke vsaj enkrat med specializacijo odločijo za materinstvo, se čas dokončanja njihove specializacije prestavi z vsako nosečnostjo za 1 leto, zaradi česar bodo lahko v mrežo vstopale šele po letu 2018. Morda bi bilo smiselno razmisliti o uvedbi kvote za moške študente na fakulteti za medicino.

- 4) **Neenakomerno pomanjkanje specialistov PED:** treba bo določiti spodbude za hitrejše kritje bolj deficitarnih področij (npr. PPD1 za delo na deficitarnih področjih, **višja plača že med specializacijo**).



2.11 Nejasnosti pri analizi obstoječih programov ZZZS (SADM, PED) na dan 31. 5. 2013

Na dan 31. 5. 2013 je po podatkih ZZZS v Sloveniji obstajalo 837,73 programa SADM. Pri navzkrižnem pregledu podatkov iz preglednice ZZZS in BPI smo ugotovili:

- 1) Za 27 zdravnikov že v podatkovni zbirki ZZZS ni bilo podatkov o opredeljenih pacientih, zgolj o količini programa SADM; tem zdravnikom je bilo skupno podeljenih 11,73 programa SADM. Pri navzkrižnem preverjanju v BPI ni mogoče ugotoviti, kaj vzrok za to; večina zdravnikov v tej skupini pa je bila **specializantov**. Domnevamo lahko, da se za te zdravnike pacienti šele začenjajo opredeljevati.
- 2) Pri navzkrižnem pregledu podatkovnih zbirk je bilo ugotovljeno tudi nekaj **specializantov**, na katere je pisan program SADM (skupaj 32 specializantov, nanje je vezanih 17,13 programa SADM). To je v nasprotju z obstoječo zakonodajo, vendar bi bilo – če gre za specializante s področja družinske ali splošne medicine (in morda MDPŠ) – to tudi smiselno in izvedljivo omogočiti, ko se bodo vzpostavile tudi učne ambulante. Rešitev je sprememba ustreznih pravilnikov in omogočanje opredeljevanja pacientov pri specializantih, ki so opravili že 2 ali 3 leta specializacije DM, v učnih ambulantah.
- 3) Ob vzporednem primerjanju podatkovnih zbirk ZZZS in BPI je bilo ugotovljenih nekaj primerov, ko je bil **program SADM** po podatkih ZZZS **razpisan na zdravnika**, o katerem v BPI ni nobenih podatkov. V nekaterih primerih je položaj bolj, v drugih manj jasen. **V nekaterih primerih**, v katerih je bilo o zdravniku mogoče pridobiti dodatne podatke, npr. iz ambulantnega razporeda na domačih straneh ZD, **gre verjetno zgolj za nedosledno sporočanje podatkov IVZ-ju**. V drugih primerih pa se je zdravnik upokojil, vendar si opredeljeni pacienti še niso



izbrali drugega zdravnika, zato ima v podatkovni zbirki ZZZS še vedno opredeljene paciente in tudi priznan program financiranja.

- 4) **Problem podizvedenih programov (problem »mrtvih duš«).** Ko se nov zdravnik zaposli ali odpre koncesijo, mu ZZZS »da« 24 mesecev časa, da sprejme toliko pacientov, kot je potrebno za 100-odstotno obremenitev glede na njegovo število timov (= količino programa). Če ima po preteku 24 mesecev glavarino manjšo, kot je 90 % glede na lokalno povprečje v njegovi izpostavi ZZZS, lahko rečemo, da je njegov program podizveden. Če ima glavarino večjo, kot je 110 % glede na lokalno povprečje v njegovi izpostavi ZZZS, lahko rečemo, da je njegov program preobremenjen. Glede na ta dva pogoja lahko analizo obstoječih programov nekoliko izboljšamo tako, da iz podatkovne zbirke odstranimo vse tiste nosilce programov, ki teh programov še ne opravljajo polnih 24 mesecev.

Po taki analizi pridemo do teh podatkov:

SADM - vsi	EPP	POD	PREKO	SKUPAJ
25+ m	0,90	48,12	-85,42	-37,30

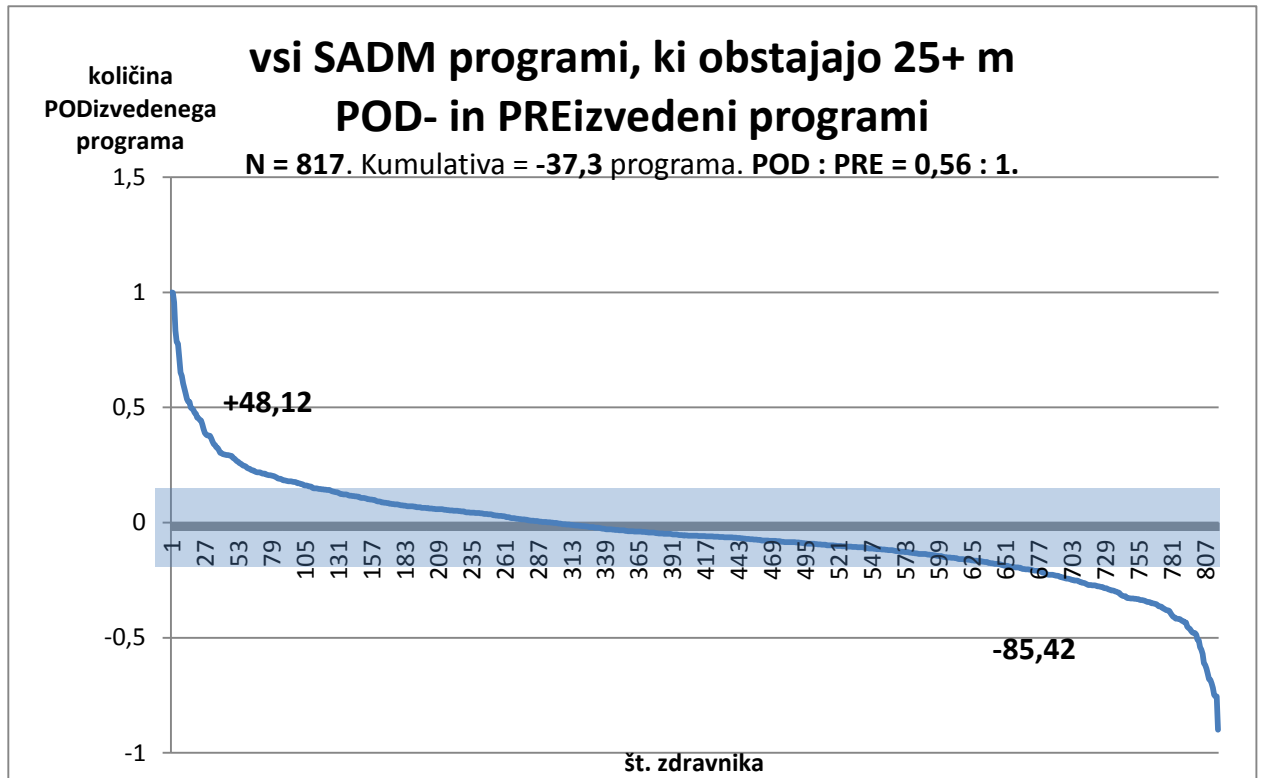
SADM - javni zavodi	EPP	POD	PREKO	SKUPAJ
25+ m	0,84	39,25	-50,27	-11,02

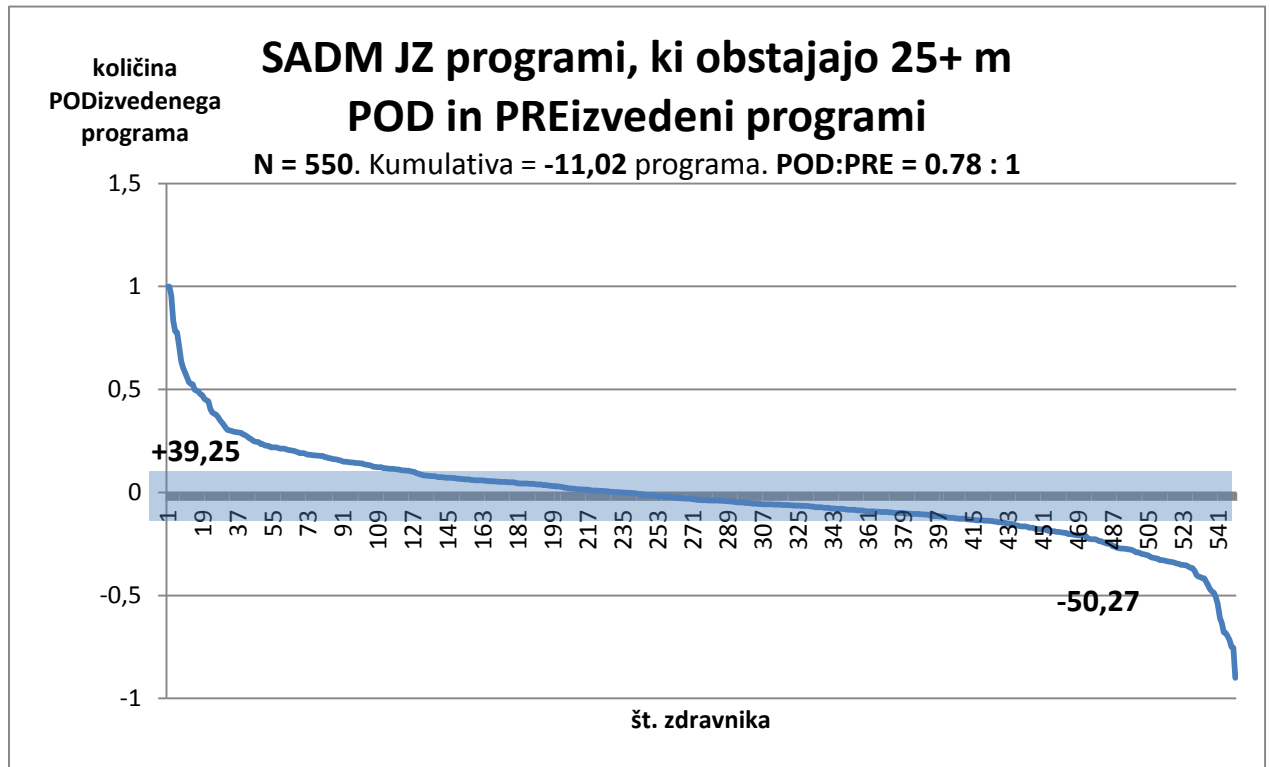
SADM - koncesionarji	EPP	POD	PREKO	SKUPAJ
25+ m	1,04	8,87	-35,15	-26,28

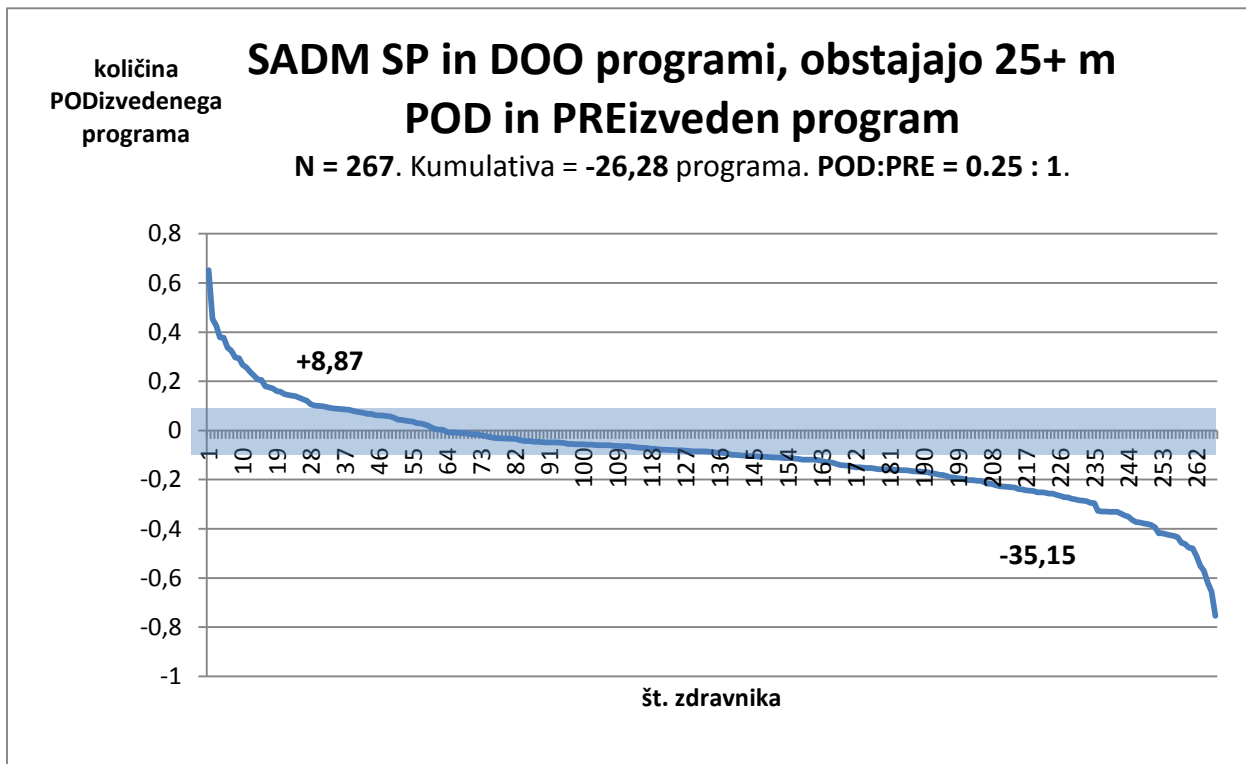
PED - vsi	EPP	POD	PREKO	SKUPAJ
25+ m	0,70	20,05	-32,51	-12,46

PED - javni zavodi	EPP	POD	PREKO	SKUPAJ
25+ m	0,69	18,13	-22,27	-4,14

PED - koncesionarji	EPP	POD	PREKO	SKUPAJ
25+ m	0,73	1,92	-10,24	-8,32









Komentar:

- 1) Analiza je bila narejena le na tistih nosilcih, ki so v podatkovnih zbirkah BPI in ZZZS hkrati in imajo program že vsaj 24 mesecev. Iz analize je izpadlo 41 nosilcev programov, ki imajo skupno podeljenih pribl. 22 programov SADM.
- 2) Na grafu so na osi x številke zdravnikov (zdravnik 1, zdravnik 2, ... , zdravnik 807), na osi y pa količina podizvedenega («mrtvega») programa (pozitivne vrednosti, na grafu na levi strani) oziroma čezmerno izvedenega («preobremenjenega») programa (negativne vrednosti, na grafu na desni strani). Ploščina med krivuljo grafa in osjo x nam da skupno vrednost pod- in preizvedenih programov.
- 3) Podizvedeni program je relativni pojem glede na obremenitev. Pri sedanjih standardih obremenitev, kot jih opredeljuje ZZZS, se obremenitve razlikujejo med različnimi izpostavami. Če kot mejo primerne obremenitve postavimo 1500 OO/2000 GK, se število podizvedenih programov zmanjša, število preobremenjenih programov pa poveča.
- 4) Po lokalnih merilih ZZZS za obremenjenost programa obstaja v javnih zavodih od skupno 541,21 programa 39,25 podizvedenega programa in 50,27 preobremenjenega programa. Skupno je torej več preobremenjenih programov kot »mrtvih« programov. Številke se nekoliko zmanjšajo, če razširimo meje s 100-odstotne obremenitve na 90- do 110-odstotno obremenitev (modri pas na grafih).
- 5) Pri koncesionarjih je vidna izrazita težnja k preobremenjenosti programa, kar je lahko posledica tega, da nekateri koncesionarji delajo v obrobni krajih, kjer je zdravnikov malo, po drugi strani pa je del razloga tudi v finančni motivaciji koncesionarjev po čim višji glavarini. Vsak od teh razlogov je lahko



problematičen s stališča preobremenjenosti zdravnika oziroma kakovosti obravnave pacientov.

Vzroki podizvedenosti:

- a) Dolgotrajna bolezen – treba je rešiti prek invalidske komisije.
- b) Delo pretežno v NMP – treba je ločiti programe SADM in NMP.
- c) Neažurnost administracije (po upokojitvi, smrti ipd.) – preveriti podatke, ukrepati individualno. Na strani ZZZS je treba izdelati rešitev, ki bo omogočala, da se pacientom, ki so bili opredeljeni pri zdaj neobstoječem zdravniku, status spremeni in se morajo čim prej opredeliti pri novem zdravniku.
- d) Vodstveni kader – preveriti podatke, ukrepati individualno.



Druge težave, ki jih je treba rešiti:

1) Po postavitvi nove mreže se bo pojavila možnost novega podeljevanja koncesij. V Sloveniji se koncesije trenutno pogosto podeljujejo po izrazito subjektivnih merilih. Pričakujemo, da bo novi ZZDej omejil nepravilnosti pri podeljevanju koncesij.

2) Vzpostavitev algoritma za prehod pacientov od zdravnikov s preobremenjenimi programi k zdravnikom s podizvedenimi programi.

Delno bo to mogoče, če bo zaživel projekt učnih ambulant, v katerih se bodo lahko pacienti začeli opredeljevati pri specializantih že pred koncem njihove specializacije.

Ne glede na to pa je zelo verjetno, da bo treba razmisliti o postavitvi nekega algoritma, s katerim bo mogoče paciente pošteno prerazporejati od preobremenjenih zdravnikov k manj obremenjenim. Izkušnje so namreč take, da se bodo pacienti od zdravnika, razen če ta odide iz sistema (umre, se upokoji, se preseli ipd.), zelo počasi prepisovali k drugemu manj obremenjenemu zdravniku v istem kraju.

Možnosti:

1) Prepis pacientov, ki jim je novi zdravnik geografsko bližji.

2) Prepis naključno izbranih pacientov.

3) Prepis pacientov po abecednem ključu (od npr. A ... D), s tem se zagotovi, da se večinoma lahko vsi člani družine prepisejo skupaj.

4) Prenehanje obstoja imenovanega osebnega zdravnika, namesto tega prepis pacientov na ZD oziroma zadrugo koncesionarjev. Ko se v ZD/zadrugi pojavi novi zdravnik, se obremenjenost avtomatično zmanjša.

Seveda je treba onemogočiti, da bi zdravnik sam določil, katere paciente bi prepisal (npr. vse težavne paciente).



- 3) Vzpostavitev strokovne ekipe, ki bo ovrednotila stanje »na terenu« in pridobila informacije o dejanskem številu zdravnikov v posameznih programih na primarni ravni; na podlagi teh informacij je treba pripraviti morebitne predčasne spremembe mreže.
- 4) Poiskati ustrezne rešitve za ločitev sočasnega dela v terenski NMP in dela v SADM/PED.
- 5) Vzpostavitev strokovne ekipe, ki bi po potrebi preverila ustreznost obstoječega sistema glavarinskih količnikov in po potrebi izdelala revidirano različico glavarinskih uteži za vsak program, kjer bi se glavarinski sistem dalo konstruktivno uporabiti za alokacijo sredstev. Mogoči programi, pri katerih bi se glavarina dala uporabiti, so:
 - a. SADM,
 - b. PED,
 - c. ginekologija na primarni ravni,
 - d. nujna medicinska pomoč na primarni ravni,
 - e. geriatrija na primarni ravni,
 - f. oskrba oseb s posebnimi potrebami na primarni ravni.



2.12 Mreža zdravstvenega varstva v javnih socialnovarstvenih zavodih Slovenije

V letu 2012 je v domovih za starejše (DSO), posebnih socialnovarstvenih zavodih (PSVZ) in varstveno-delovnih centrih bivalo skupaj 22.800 oskrbovancev oziroma varovancev, od tega malo več kot dve tretjini žensk. V domovih za starejše se je število oskrbovancev v letu 2012 v primerjavi z letom 2011 povečalo za približno 1 %. Med oskrbovanci je bilo malo manj kot tri četrtine žensk. V posebnih socialnovarstvenih zavodih je v letu 2012 bivalo 2.171 oskrbovancev ali za skoraj 8 % manj kot leto prej. Med oskrbovanci je bilo žensk malo več kot dve petini. V varstveno-delovnih centrih pa je v letu 2012 bivalo 3.200 varovancev ali dva varovanca več kot leto poprej. Žensk je bilo 45 %.

- Starostna sestava oskrbovancev oziroma varovancev

V domovih za starejše so v letu 2012 prevladovali osebe, stare 80 ali več let, in sicer jih je bilo dve tretjini (in znova več kot leto prej). Med oskrbovanci v posebnih socialnovarstvenih zavodih so bile v letu 2012 najštevilnejše osebe, stare 50–59 let (bilo jih je malo več kot četrtino), sledile so osebe, stare 40–49 let, in osebe, stare 60–64 let (obojih je bilo skupaj malo več kot za tretjino). Večina varovancev v varstveno-delovnih centrih je bila v letu 2012 stara do 45 let (bilo jih je malo več kot tri četrtine), najštevilčnejša med temi pa je bila starostna skupina 26–35 let (bilo jih je skoraj 40,0 %).

- Za bivanje v domovih za starejše se odločajo predvsem stari in bolni

V letu 2012 je bilo v domovih za starejše največ oseb zaradi starosti, in sicer malo več kot tri četrtine (87 % teh oseb je bilo tudi bolnih). Za skoraj 15 % oseb so bila glavni razlog za prihod v dom hujša telesna in duševna obolenja, za skoraj 5 % oseb



stanovanjske in družinske razmere, za malo manj kot 4 % pa drugi razlogi. Sicer je taka hierarhična razvrstitev razlogov za sprejem v domove v glavnem vsa leta enaka.

- Oskrbnina v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih se plačuje različno

V letu 2012 so oskrbnino v domovih za starejše večinoma plačevali oskrbovanci sami ali pa skupaj s svojci; tako sta oskrbnino poravnali malo več kot dve tretjini oskrbovancev. Oskrbnino v posebnih socialnovarstvenih zavodih pa so v letu 2012 večinoma plačevali oskrbovanci skupaj z občino; tako so oskrbnino plačevale malo več kot tri četrtine oskrbovancev.

Preglednica 1: Oskrbovanci oziroma varovanci v javnih socialnovarstvenih zavodih po spolu, Slovenija

	2011			2012		
	skupaj	moški	ženske	skupaj	moški	ženske
Domovi za starejše	17.386	4.288	13.098	17.429	4.532	12.897
Posebni socialnovarstveni zavodi	2.337	1.276	1.061	2.171	1.232	939
Varstveno-delovni centri	3.198	1.771	1.427	3.200	1.759	1.441

Vira: SURS, SSZS

Preglednica 2: Oskrbovanci v domovih za starejše po razlogih, zaradi katerih so bili sprejeti, Slovenija

	2011	2012
Skupaj	17.386	17.429
Stari in zdravi	2.066	1.721
Stari in bolni	11.471	11.635



Neurejene stanovanjske razmere	491	470
Neurejene družinske razmere	389	382
Hujša duševna obolenja	1.047	939
Hujša telesna obolenja	1.284	1.611
Drugo	638	671

Vir: SSZS

Preglednica 3: Oskrbovanci v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih po načinu plačevanja oskrbnine, Slovenija

	Domovi za starejše		Posebni socialnovarstveni zavodi	
	2011	2012	2011	2012
Skupaj	17.386	17.429	2.337	2.171
Oskrbovanec sam	6.143	6.241	148	99
Svojci v celoti	2.138	1.858	53	63
Oskrbovanec in svojci	5.334	5.465	212	127
Oskrbovanec in občina	2 91	2.985	1.557	1.653
Svojci in občina	81	184	62	51
Oskrbovanec, svojci in občina	542	563	98	97
Občina v celoti	231	133	207	81

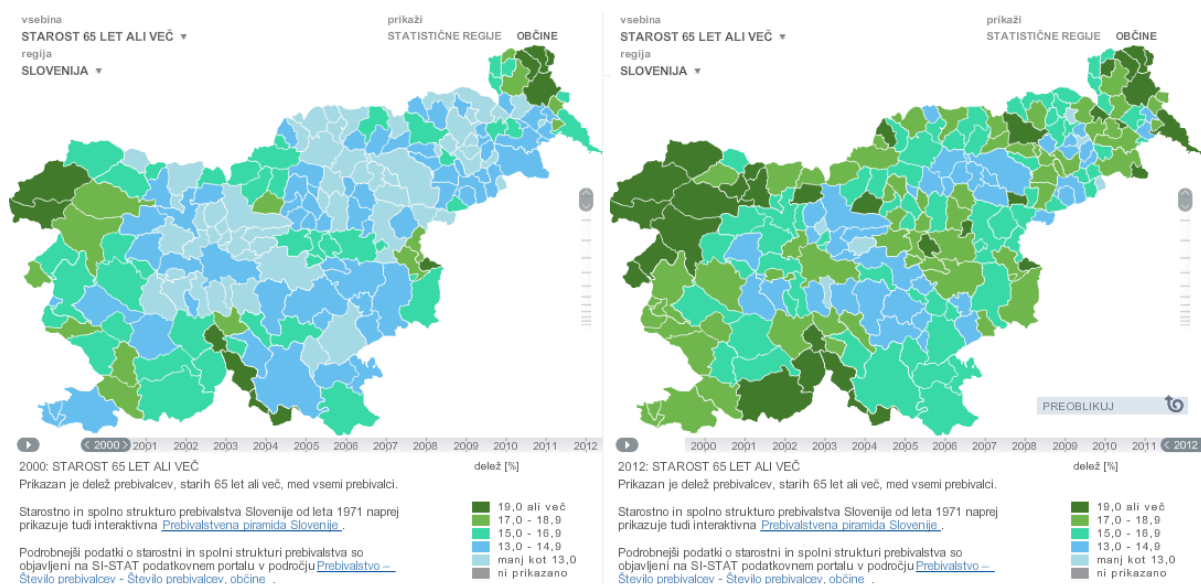
Vemo, da so ljudje vse starejši in seveda tudi vedno bolj bolni. V Sloveniji je trenutno v SVZ in PSVZ nameščenih nekaj več kot 20.000 ljudi, za katere glede na standard in normativ, ki je bil postavljen leta 1986, skrbi 67 timov, zdravnikov je še skoraj enkrat več (to dejstvo je iz organizacijskih razlogov treba poudariti, saj pomembno



prispeva k obremenitvi in izgorevanju zdravnikov). Oskrbovancem v domu pripada 5 ur zdravnika na leto, kar sta 302 oskrbovanca na en tim (priprave na delo ni), to so dejanske ure dela. Priznan normativ zdravniške ekipe za zapornike je – 1 tim na 128 zapornikov (primerjava razlik v (psiho)patologiji ni mogoča).

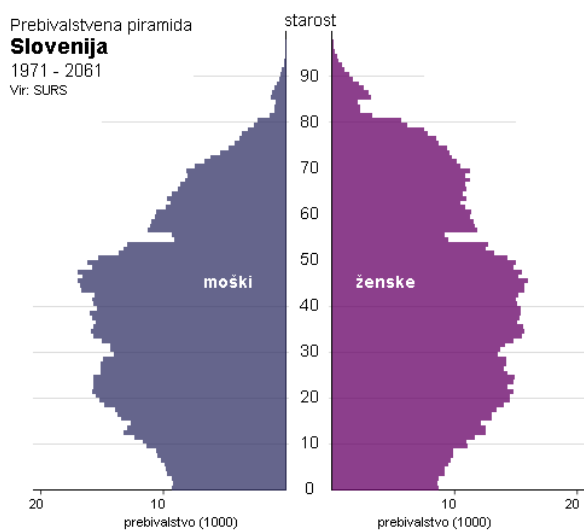
Domovi so se začeli graditi v osemdesetih letih prejšnjega stoletja in njihovo delovanje je bilo takrat usmerjeno predvsem v socialnovarstveno skrb. To področje delovanja SVZ ureja Zakon o socialnem varstvu.

Toda z leti so domovi začeli postajati vedno bolj zdravstvene ustanove. Boljši socialno-ekonomski položaj in medicinska oskrba prebivalstva sta privedla do daljše življenjske dobe, s tem pa je začel naraščati delež prebivalcev z večjim številom kroničnih bolezni in bolnikov z napredovano demenco.



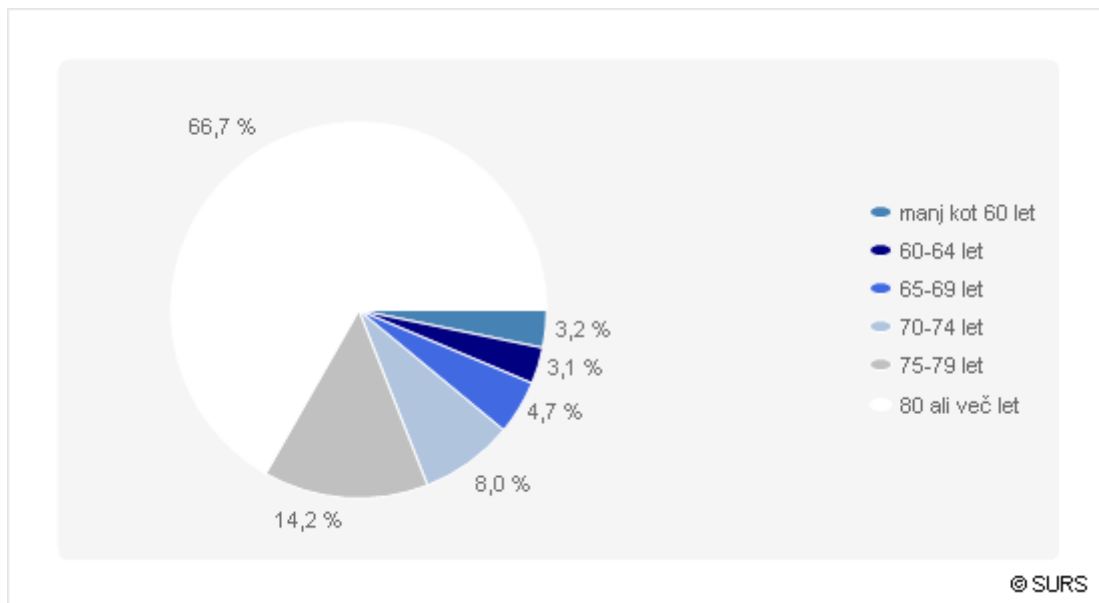


Prikaz sestave prebivalstva glede na starost in spol





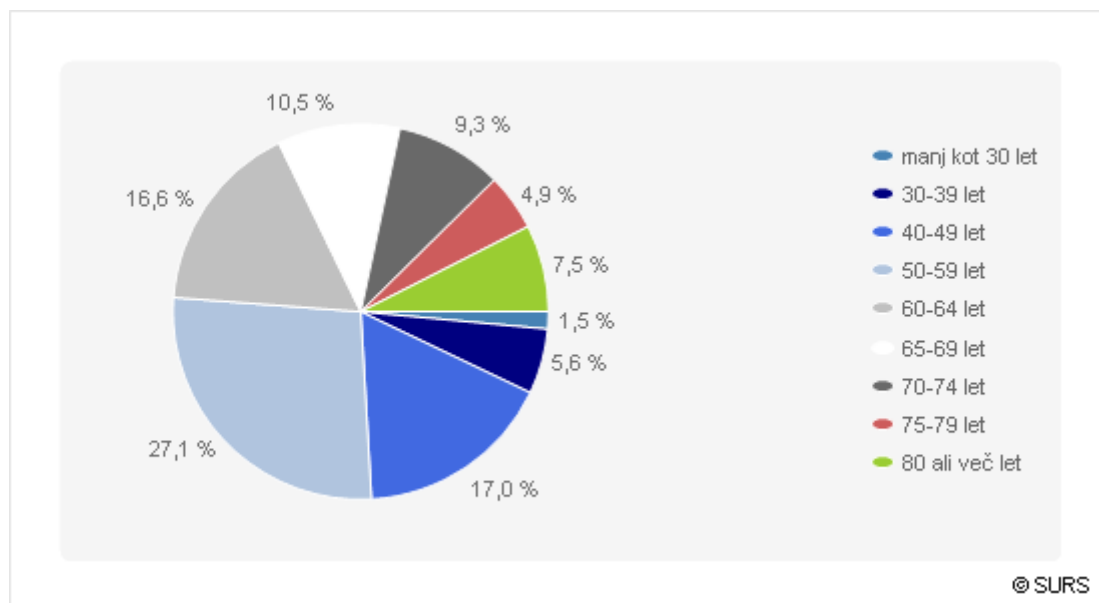
Grafikon 1: Oskrbovanci v domovih za starejše po dopolnjenih letih starosti, Slovenija, 2012



Vir: SSZS

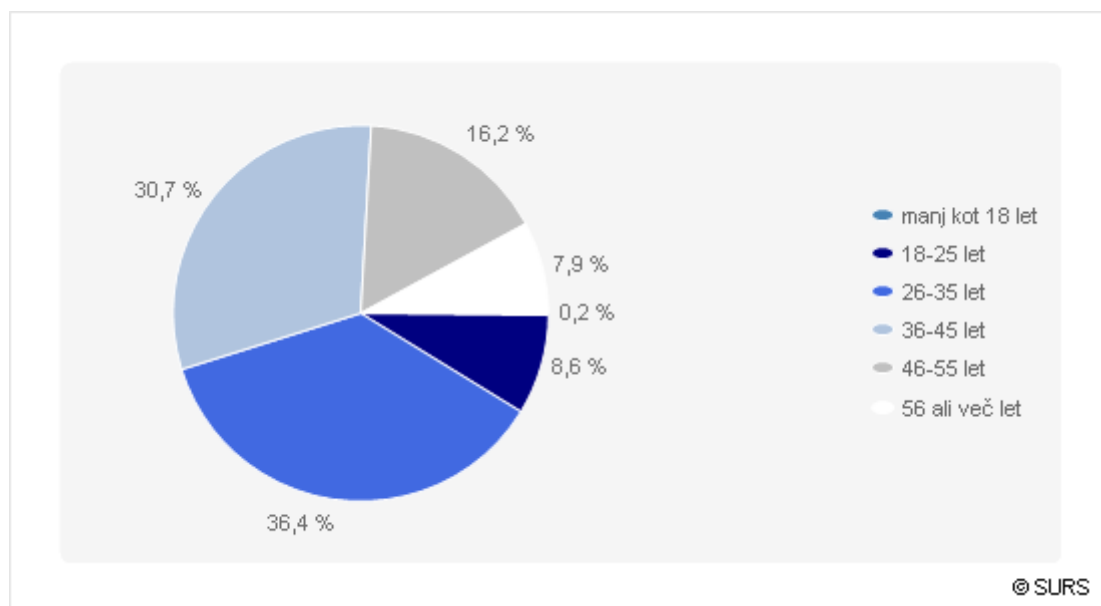


Grafikon 2: Oskrbovanci v posebnih socialnovarstvenih zavodih po dopolnjenih letih starosti, Slovenija, 2012



Delež starejših od 65 let je leta 2010 zajemal 16,5 % prebivalcev, leta 2060 bo teh tretjina prebivalcev.

Grafikon 3: Varovanci v varstveno-delovnih centrih po starostnih skupinah, Slovenija, 2012



Vir: SURS



Leta 2012 opravljana raziskava Statističnega urada RS je pokazala, da 65-letni bolnik v povprečju petkrat na leto pride v ambulanto zdravnika družinske medicine, govorimo o pokretnih in kognitivno urejenih posameznikih. Starostnikov, ki bi prišli v dom »uživat« v starosti, ko jim je skuhan in pospravljen, praktično ni več, taki so domove začeli zapuščati, tudi zaradi visokih stroškov oskrbnine. Tako zdravnik v domu z 220 oskrbovanci skrbi za 100 nepomičnih ali težje pomičnih oseb. O tem, kako zelo so bolni ljudje v domovih, govori tudi podatek, da je smrtnost na letni ravni 25- do 30-odstotna, kar pomeni 90 bolnikov na 302 oskrbovanca oziroma 1 tim na leto. V ambulanti družinskega zdravnika je smrti okoli 12 do 13 na leto.

Vse razpoložljive številke in podatki le potrjujejo ugotovitve zdravnikov, ki delajo v domovih, da imajo iz leta v leto opravka z vedno težjimi bolniki.

Trenutno je v Sloveniji 94 domov in glede na mesta v institucionalnem varstvu sodimo v sam vrh urejenih družb (zahodna Evropa), zato verjetno ne potrebujemo dodatnih zmogljivosti, saj že obstoječih zaradi vedno slabših gospodarskih razmer, nižanja socialnih transferjev in brezposelnosti ne moremo več zapolniti. Na državni ravni zagotovo potrebujemo dobro socialno in patronažno službo za pomoč bolnikom na domu, kar morajo politike zdravstvenega varstva upoštevati pri načrtovanju zmogljivosti v prihodnje.

Glede na trenutno stanje bi bilo bolj smiselno izkoristiti in kadrovsko podpreti obstoječe zmogljivosti in nekatere domove ali oddelke v domovih preurediti v polnegovalne oddelke oziroma varovane oddelke, hkrati pa določiti najvišji strokovno sprejemljiv normativ na zdravniški tim. Tako bi lahko privarčevali, saj vemo, da ZZZS za en negovalni dan v DSO plača 13,94 evra, ležalni dan na negovalnem oddelku bolnišnice pa 109,12 evra. Faktor je 7,8.



Pogoji za sprejem na negovalne oddelke bolnišnic pa so strožji kot pogoji za sprejem v domove, kjer ponoči ni zdravnika, 200 ljudi pa negujeta 1 srednja sestra in 1 negovalka. Negovalna bolnišnica v Ljubljani ima za 30 postelj zaposleni dve zdravnici.

Glede na vse razpoložljive podatke je razvidno, da zdravniki in drugo zdravstveno-negovalno osebje v domovih zaradi obremenitev ne zmorejo več zagotavljati kakovostnih, varnih in uporabnikom prijaznih storitev.

V sekciji domskih zdravnikov Slovenije so pripravili standarde in normative, pri katerih so upoštevane specifične obremenitve in delovne razmere pri obravnavi bolnikov v ambulanti SVZ.

Postavljeni cilji:

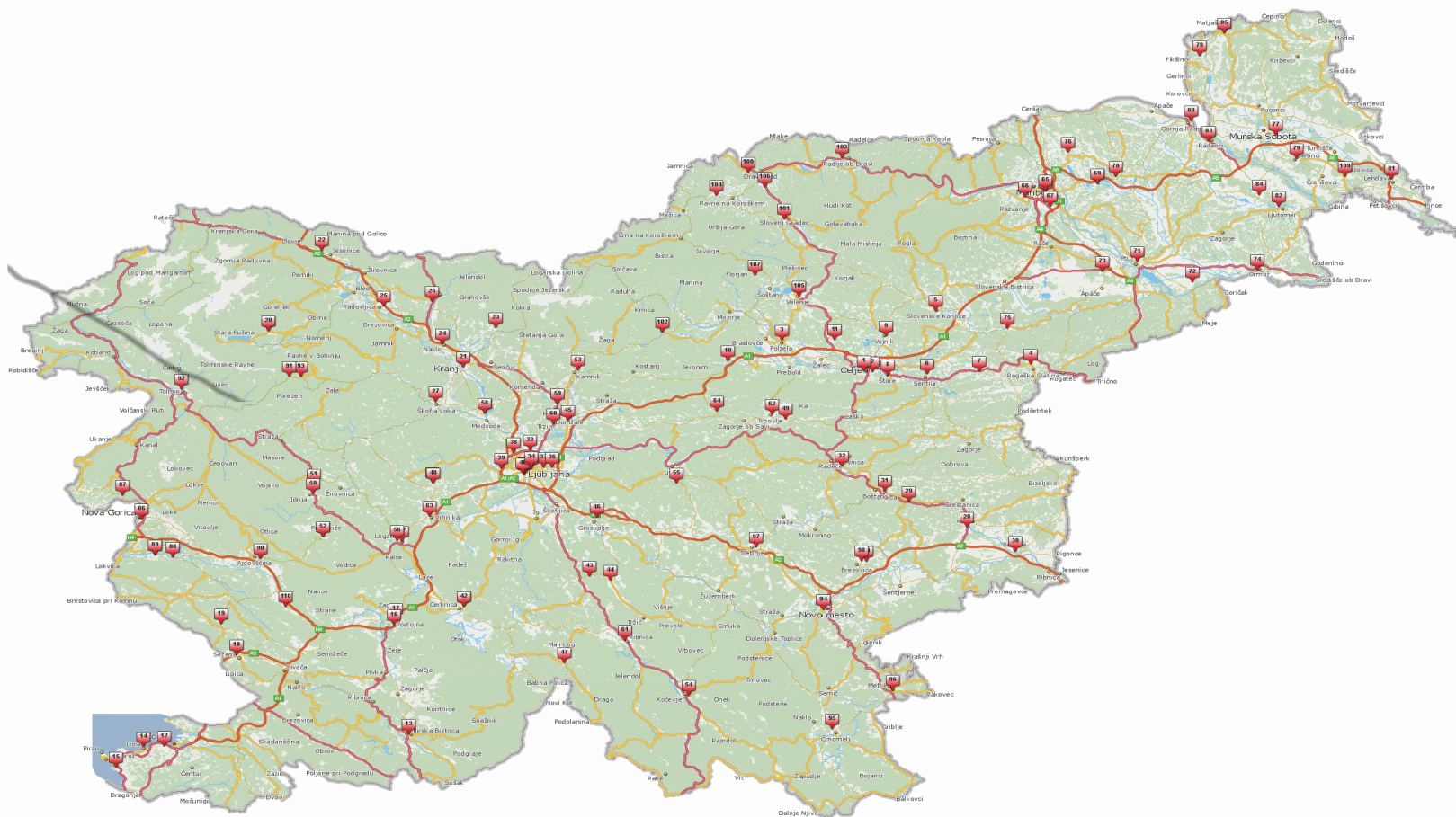
- postopno zniževanje zdravniškega standarda z 302/tim na 280/250 oskrbovancev/tim;
- z nadzori je treba zagotoviti, da v ambulantah domov za ostarele delajo zdravniki z opravljeno licenco s področje družinske/splošne medicine, imajo pa naj možnost izobraževanj za delo s starostniki;
- uvajanje specializacije iz gerontologije in geriatrije.

Nujno je treba:

- pridobiti primerljive podatke iz tujine;



- uvesti specializacijo iz geriatrije, gerontologije;
- motivirati zdravnikov za delo v DSO, PSVZ in zavodih za prestajanje kazni (v povprečju se zdravnik zamenja vsaka 3 leta).





Seznam vseh DSO v Sloveniji

- 1 DOM OB SAVINJI, CELJE
- 2 DOM SV. JOŽEF, CELJE
- 3 DU POLZELA
- 4 PEGAZOV DOM, ROGAŠKA SLATINA
- 5 LAMBRECHTOV DOM, SL. KONJICE
- 6 DOM STAREJŠIH ŠENTJUR
- 7 DU ŠMARJE PRI JELŠAH
- 8 DOM LIPA, d. o. o., ŠTORE
- 9 ŠPESOV DOM VOJNIK
- 10 ZAVOD SV. RAFAELA, VRANSKO
- 11 DOM NINE POKORN GRMOVJE
- 12 OBALNI DOM UPOKOJENCEV KOPER
- 13 DSO ILIRSKA BISTRICA
- 14 DU IZOLA
- 15 CENTER ZA ST. OBČANE LUCIJA
- 16 DU POSTOJNA
- 17 TALITA KUM, POSTOJNA
- 18 DOM UPOKOJENCEV SEŽANA
- 19 SVZ DUTOVLJE
- 20 ZAVOD SV. MARTINA
- 21 DOM UPOKOJENCEV KRANJ
- 22 DU DR. FRANCETA BERGELJA
- 23 DSO PREDDVOR
- 24 DSO PREDDVOR – ENOTA NAKLO
- 25 DOM DR. JANKA BENEDIKA
- 26 DOM PETRA UZARJA TRŽIČ
- 27 CSSS ŠKOFJA LOKA
- 28 DSO KRŠKO
- 29 DU IMPOLJCA, SEVNICA
- 30 DU BREŽICE
- 31 DU SEVNICA
- 32 TRUBARJEV DOM UPOKOJENCEV
- 33 DSO LJUBLJANA BEŽIGRAD
- 34 DU CENTER – TABOR
- 35 DU CENTER – POLJANE
- 36 DSO FUŽINE
- 37 DSO LJUBLJANA MOSTE - POLJE
- 38 DSO LJUBLJANA ŠIŠKA
- 39 DSO LJUBLJANA VIČ - RUDNIK
- 40 DOM KOLEZIJA
- 41 DOM J. KRSTNIKA, TRNOVO



42	DEOS, d. d. – PE CS CERKNICA
43	PRIZMA PONIKVE
44	ZAVOD SV. TEREZIJE VIDEM
45	DU DOMŽALE
46	DSO GROSUPLJE
47	ENOTA LOŠKI POTOK
48	VEHO, D. O. O., HORJUL
49	DOM STAREJŠIH HRASTNIK
50	DU J. P. MIKLAVŽA IDRİJA
51	ENOTA SPODNJA IDRİJA
52	SVZ VITADOM, ČRNI VRH
53	DSO KAMNIK
54	DSO KOČEVJE
55	DOM TISJE ŠMARTNO PRI LITIJ
56	DOM STAREJŠIH LOGATEC
57	DOM MARIJE IN MARTE, LOGATEC
58	DEOS, d. d. – PE CS MEDVODE
59	DOM POČITKA MENGEŠ
60	DP MENGEŠ – PE TRZIN
61	RIVE, d. o. o., DSO RIBNICA
62	DU FRANC SALAMON TRBOVLJE
63	DU VRHNIKA
64	DSO POLDE EBERL - JAMSKI, IZLAKE
65	DOM DANICE VOGRINEC MARIBOR
66	DOM DANICE VOGRINEC – PE TABOR
67	DSO TEZNO
68	SONČNI DOM, MARIBOR
69	ZAVOD HRASTOVEC – TRATE
70	DSO LENART
71	DU PTUJ
72	DU PTUJ – ENOTA MURETINCI
73	DU PTUJ – ENOTA KIDRIČEVO
74	CSO ORMOŽ, d. o. o.
75	DOM DR. JOŽETA POTRČA POLJČANE
76	DSO IDILA, JARENINA
77	DS RAKIČAN
78	DS RAKIČAN – ENOTA ELIZABETA
79	ZAVOD SV. CIRILA IN METODA
80	DSO GORNJA RADGONA
81	DS LENDAVALA
82	DSO LJUTOMER
83	DOSOR, d. o. o., DSO RADENCI
84	DOM LUKAVCI
85	VITAL GLAMMY, PE DSO KUZMA
86	DU NOVA GORICA



87	DU N. GORICA – ENOTA PODSABOTIN
88	DU GRADIŠČE
89	TURZIS, d. o. o., MEDIC HOTEL
90	DSO AJDOVŠČINA
91	DU PODBRDO
92	DU PODBRDO – ENOTA TOLMIN
93	DU PODBRDO – ENOTA PODBRDO
94	DSO NOVO MESTO
95	DSO ČRNOMELJ
96	DOM POČITKA METLIKA
97	DSO TREBNJE
98	DSO TREBNJE – ENOTA ŠMARJETA
99	PENZION SREČA, d. o. o.
100	KOROŠKI DOM STAROSTNIKOV
101	PE SLOVENJ GRADEC
102	DEOS, ENOTA CS GORNJI GRAD
103	DOM HMELINA, DSO, d. o. o.
104	DOM STAREJŠIH NA FARI
105	DOM ZA VARSTVO ODR. VELENJE
106	DOM SV. EME, ŠENTJANŽ
107	CS ZIMZELEN, TOPOLŠICA
108	DEOS, PE CS TRNOVO
109	DOM D. HALASA, VELIKA POLANA
110	CS PRISTAN VIPAVA, PODNANOS
111	ZAVOD SV. MARTINA
112	SVZ Vitadom Ljubljana
113	PE Center starejših Cerknica
114	PE Center starejših Horjul
115	PE Center starejših Trnovo
116	PE Center starejših Medvode
117	ZAVOD ŽUPNIJE TRNOVO – KARITAS
118	SVZ HRASTOVEC
119	DOM KUZMA, D. O. O.
120	DOM STAREJŠIH, MEDICHOTEL



UPORABLJENI VIRI:

- 1) *Gradiva in dokumenti Ministrstva za zdravje.*
- 2) *Podatki Zdravniške zbornice Slovenije (specializacije, specializanti, upokojevanje).*
- 3) *Eurostat: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-11-023/EN/KS-SF-11-023-EN.PDF*
- 4) *SURS: podatki o prebivalstvu Slovenije z dne 1. 1. 2013.*
- 5) *Model za ocenjevanje obremenitev z delom zdravnikov družinske medicine v Sloveniji. Kalan, G., dec. 2012.*
- 6) *ZZZS: podatki o glavarinskih obremenitvah zdravnikov nosilcev programov SADM in PED na dan 31. 5. 2013.*
<http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/6F2CAD56EE119706C125770B00390171>
- 7) *Priročnik ZZZS.*
- 8) *Approaches to capitation and risk adjustment: an international study. Rice N, Smith P. 1999.*
- 9) *OECD Health: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT*
- 10) *Predlog nacionalne strategije razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji do leta 2020. Tonka Poplas Susič in sod., 2013.*
- 11) *“Model Practices in Family Healthcare”, presentation by Dr Tea Stegne Ignjatovic from the Ljubljana Community Health Centre.*
- 12) *Nadgradnja zdravstvenega sistema do leta 2020.*
- 13) *Splošni dogovor (2008–2013).*
- 14) *BPI, Baza podatkov izvajalcev, IVZ na dan 31. 5. 2013.*
- 15) *Zakon o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ), Uradni list RS, št. 65/00.*
- 16) *Zakon o varstvu osebnih podatkov (ZVOP-1), Uradni list RS, št. 86/04 in 94/07 – UPB1.*
- 17) *Zakon o zdravniški službi, Uradni list RS, št. 98/99, 67/02, 15/03, 45/03, 63/03 in 2/04.*



- 18) *Zakon o zavodih, Uradni list RS, št. 12/91, 17/91, 55/92, 66/93, 8/96, 36/00 in 17/06).*
- 19) *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Uradni list RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 77/98 – Odl. US: Up 53/96, 6/99, 56/99 – ZVZD, 99/01, 42/02 – ZDR, 60/02, 11/03 – Skl. US: U-I-279/00-42, 126/03, 20/04 – UPB1, 62/05 – Odl. US: U-I-390/02-27, 76/05, 100/05 – UPB2, 100/05 – Odl. US: U-I-69/03-17, 21/06 – Odl. US: U-I-277/05-32, 38/06, 72/06 – UPB3, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 71/08 – Skl. US: U-I-163/08-7, 76/08, 118/08 – Skl. US: U-I-163/08-12, 47/10 – Odl. US: U-I-312/08-31, 62/10 – ZUPJS, 87/11 in 40/12 – ZUJF.*
- 20) *Zakon o zdravstveni dejavnosti Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/92, 26/92 – popr., 37/95, 8/96, 59/99, 90/99, 98/99, 31/00, 36/00, 45/01, 131/03, 135/03, 2/04, 36/04 – UPB1, 80/04, 23/05 – UPB2, 15/08 – ZPacP, 23/08, 58/08 – ZZdrS-E, 77/08 – ZDZdr in 40/12 – ZUJF).*
- 21) *Pravilnik o zdravniškem registru, Uradni list RS, št. 35/00 in 57/00.*
- 22) *Pravilnik o zdravniških licencah, Uradni list RS, št. 109/99, 107/00 in 45/02.*
- 23) *Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov, Uradni list RS, št. 59/03.*
- 24) *Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – Odl. US: U-I-125/97, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – Odl. US: U-I-50/97, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 11/03 – Skl. US: U-I-279/00-42, 18/03, 30/03, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 71/08 – Skl. US: U-I-163/08-7, 118/08 – Skl. US: U-I-163/08-12, 7/09, 88/09 in 30/11.*
- 25) *Resoluciji o nacionalnem planu zdravstvenega varstva (2008–2013), Uradni list RS, št. 12/08.*
- 26) *Zakon o zdravstveni dejavnosti, Uradni list RS, št. 23/05, 15/08 in 23/08.*