



144. SKUPŠČINA SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA POMANJKANJE ZDRAVNIKOV – RESNICA ALI UTVARA

Novo mesto, 19. in 20. oktober 2007

OCENA DETERMINANT, KI VPLIVAJO NA POTREBE PO ZDRAVNIKIH

Tit Albreht

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, Trubarjeva 2, 1000 Ljubljana

Problem

Osnovno vprašanje je opredelitev potrebnega števila zdravnikov in zobozdravnikov z metodami, ki zagotavljajo ravnotežje med ponudbo in povpraševanjem. V prispevku prikazujemo nekatere od ključnih determinant, ki na to ravnotežje vplivajo. V tem besedilu uporabljamo izraz zdravnik na način, ki večinoma smiselno vključuje tudi zobozdravnike oziroma doktorje dentalne medicine.

Elementi potreb in ponudbe

V oceni potreb po zdravnikih avtorji pogosto navajajo determinante, ki se nanašajo na organizacijo in na (priznani) obseg dela. Pomembna realna determinanta je obstoječa struktura zdravstvenega sistema. Pri tem mislimo na tipe in zmogljivosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti, na procese in poti bolnikov skozi sistem ter na organizacijske oblike, v okviru katerih izvajalci delujejo. Bolj konkretno to pomeni, kateri so poudarki na sistemu: npr. ali bolniki dostopajo neposredno do specialista in tudi do posameznih diagnostičnih metod, kakšne so oblike obravnave bolnika na primarni ravni, ali je bolnik sam usmerjevalec svoje, pogosto tudi parcialne obravnave ipd. Bolj odprto in bolj »tržno« postavljeni sistemi imajo v tem delu večje izkazane potrebe, saj storitvena organiziranost pomeni večje stremljenje k zadovoljitvi bolnika, ki je v tem primeru bolj porabnik, kupec oziroma stranka. Tipična primera takih sistemov v Evropi sta nemški in švicarski sistem.

Epidemiološka situacija delno vpliva na oblikovanje potreb, vendar na bolj globalni ravni. To pomeni, da je pomembno, kakšen je delež otrok, mladostnikov, starostnikov in kakšna je sicer prevalenca kroničnih bolezni. Slednja močno opredeljuje način vstopanja bolnikov v sistem in načine obravnave. V sistemih, kjer prevladuje obravnava mlajših bolnikov in akutnih stanj, so seveda potrebe usmerjene predvsem v tak tip obravnave, ki je intenzivnejši in bolj usmerjen k specifičnemu problemu. Taki sistemi so prisotni v državah, kjer je velik delež bolnikov naslonjen na uporabo urgentnih služb tudi v primeru poslabšanja osnovne kronične bolezni.

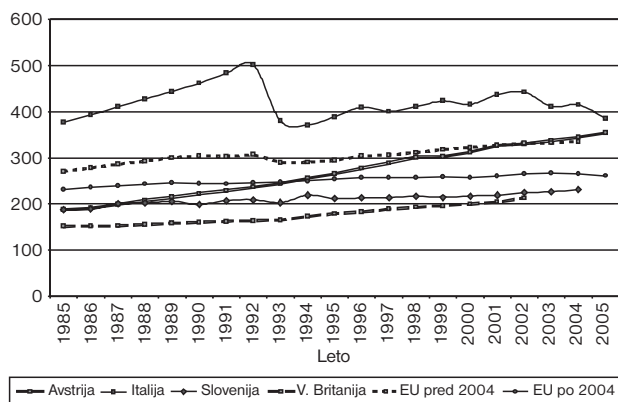
Končno je pomembna determinanta potreb po zdravnikih njihova lastna demografska situacija. V tem sklopu so pomembni elementi: struktura po starosti, spolu in strokovni usposobljenosti ter morebitno odselejevanje zdravnikov.

Pri vrednotenju ponudbe je glavna in najbolj pomembna determinanta, ki vpliva na razpoložljivo število zdravnikov, priliv diplomantov z medicinskih fakultet. V večini držav namreč diplomanti medicine ostanejo v stroki in tudi premostijo neugodna obdobja (npr. čakanje na specializacijo, brezposelnost) tako, da opravljajo naloge, ki sodijo v ožji ali širši delokrog nalog zdravnika. K ponudbi zdravnikov štejeemo nato zdravnike, ki so se priselili v državo in pridobili kvalifikacijo za delo v določeni državi. To je seveda zelo nestabilen parameter, ki pa ga je vseeno potrebno upoštevati pri vrednotenju ponudbe zdravnikov. Končno je del ponudbe še tisti del zdravnikov, ki je postal presežen zaradi doktrinarnih oziroma organizacijskih sprememb. Pri tem mislimo predvsem na situacije, ko se sistematično določene naloge zdravnikov prenesejo na druge kategorije zdravstvenih delavcev, predvsem na medicinske sestre.

Podrobnejša razčlenitev determinant

Zdravstveni sistem

Zdravstveni sistem močno opredeljuje in zrcali tako potrebe kot pričakovanja bolnikov in zdravstvenega osebja. Pomembna elementa pri tem sta opredelitev glede delovnega časa in dostopnost do zdravstvenih storitev, ki se deloma odlikava v geografski razporeditvi izvajalcev, deloma pa v načinu organizacije dela in posledično v ordinacijskem času. Posebej lahko razločimo med dvema sistemoma, in sicer med »vratarskim« sistemom in sistemom prostega ali nizkopražnega dostopa do specialista. Vratarski sistem pozna jo v več evropskih državah (npr. Anglija, Irska, Nizozemska, Portugalska, Slovenija) in pomeni zagotavljanje neprekinjenosti obravnave s pomočjo umestitve v obravnavo primarno pri družinskem oziroma osebnem zdravniku. V takem sistemu se velik del (več kot 50 %) stikov odvija v primarnem zdravstvenem



Sl. 1. Število zdravnikov na 100.000 prebivalcev v izbranih državah Evropske unije. Vir: Kazalci Health for All, SZO – Evropski urad, Kopenhavn, junij 2007.

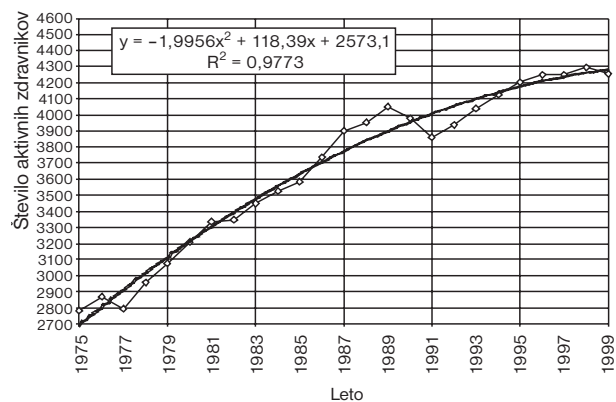
varstvu in manjši del v specialistični dejavnosti. Posledično je potrebno zagotavljati zadostne zmogljivosti za delo na tej ravni. V drugem primeru pa se bolnik sam odloča, kdaj in katerega specialista bo obiskal oziroma sam pogosto lahko presoja tudi o uporabi diagnostičnih storitev. Tipična primera sta Nemčija in Švica. V takem sistemu so večje zmogljivosti zagotovljene na specialistični in bolnišnični ravni, saj je pritisk na ta del zdravstvene dejavnosti bistveno večji. Pogosto ta raven opravlja tudi triažno funkcijo. Končno je od zdravstvenega sistema odvisna tudi razporeditev storitev in strokovnih opravil med različne zdravstvene profile. Potrebe po zdravnikih opredeljujejo seveda le tiste storitve, ki jih opravljajo zdravniki v določenem sistemu.

Epidemiološka situacija

Struktura zbolewnosti glede na fazo epidemiološke tranzicije, v kateri se določena družba nahaja, opredeljuje potrebe glede na zdravstveno stanje prebivalstva. Pri tem ločimo med akutnimi in kroničnimi stanji, po drugi strani pa gre za ločitev med kirurškimi in nekirurškimi obravnavami. Sedanja faza epidemiološke tranzicije v razvitih državah kaže na vedno večji pomen kroničnih nenalezljivih bolezni, za katere potrebujemo razvejano infrastrukturo in relativno več kadra kot v času prevladovanja nalezljivih bolezni. Kronične bolezni imajo še eno značilnost, in sicer vedno hitreje naraščajoče stroške zdravljenja in celovite obravnave. Dejstvo je, da del potreb, ki sicer izhajajo iz zdravstvenega stanja, ne bo več možno pokrivati samo znotraj zdravstvenega sistema.

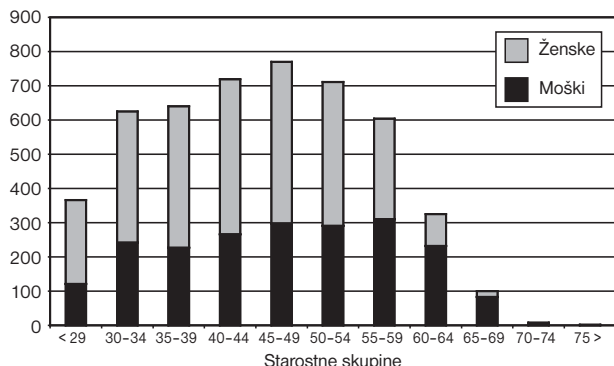
Demografija zdravnikov

Poglavitni element, ki opredeljuje tudi potrebe in ne le ponudbo zdravnikov, je demografija zdravniške populacije. Na strani ponudbe sta ključni dve determinanti, in sicer priliv z medicinskih fakultet in priseljevanje. Obe sodobni sistemi dejansko uravnavajo, saj se večino izobraževanja financira iz javnih sredstev; zdravniški poklic pa je reguliran, zato migracijski tokovi ne tečejo povsem spontano. Priliv z medi-

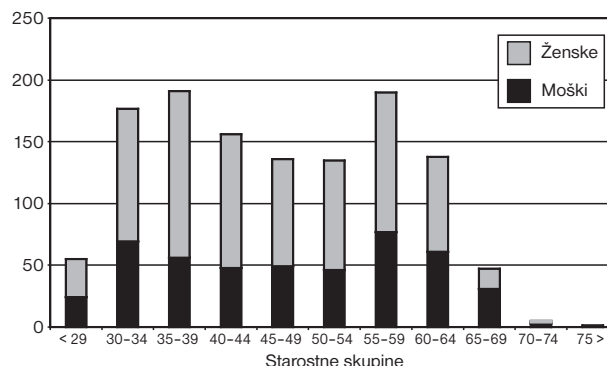


Sl. 2. Število aktivnih zdravnikov v Sloveniji med letoma 1975 in 1999. Vir: Zdravstveni statistični letopisi Inštituta za varovanje zdravja Republike Slovenije za navedena leta.

cinskih fakultet je dejansko edina determinanta, na katero država lahko vpliva in s tem obvladuje število zdravnikov v posamezni državi. Imigracija ali priseljevanje zdravnikov je lahko pomemben vzvod za uravnavanje potreb po zdravnikih, predvsem za nadomeščanje pomanjkanja. S stališča regulatorjev sistema je to tudi »cenejša« varienta, saj je stroške izobraževanja prevzela druga država. Ravno na tej točki pa gre tudi za etično vprašljivo početje. Imigracija v Slovenijo je bila izrazita v 70. in 80. letih prejšnjega stoletja, ko smo doživljali razvoj infrastrukture in večanje fizičnih zmogljivosti zdravstvenih zavodov. Na strani večanja potreb imamo še determinante, ki posredno vplivajo na manjšo razpoložljivost zdravnikov. Po eni strani gre za odseljevanje zdravnikov v druge države, po drugi pa za odliv zdravnikov v druge poklice. Obe determinanti je potrebno upoštevati pri načrtovanju vpisa. Do odseljevanja je vedno prihajalo zaradi dveh pomembnih vzrokov. Eden je bil v iskanju možnosti za boljši zaslužek drugod; drugi, podobno pomemben, pa je v boljših možnostih za izobraževanje in strokovni razvoj. Poseben element je večanje deleža žensk v zdravniški populaciji. Nizozemski avtorji (Hingstman) so precej natančno ovrednotili potrebe, in sicer tako, da so natančno ocenili vse izpade v razpoložljivosti kadra, tako za moške kot za ženske. Izračun je pokazal, da je izplen časa za zdravnice približno 0,8, za moške pa približno 0,95. To pomeni, da potrebujemo na pet zaposlenih zdravnic eno več, da lahko krijemo primanjkljaje, do katerih bo prišlo zaradi različnih odsotnosti. Na splošno se moramo zavedati, da se nadaljuje krčenje razpoložljivega delovnega časa, večanje pravic zaposlenih in zato večji delež odsotnosti. V primeru žensk pa je v Sloveniji še vedno v veljavi krajša delovna doba za doseganje polne pokojnine in možnosti predčasne upokojitve na račun materinstva. Upokojevanje je bilo tudi med zdravniki v Sloveniji v preteklosti relativno zgodnje, tudi zaradi socialnih ugodnosti in zaradi posledic delovnih obremenitev. Zaradi zaostretyh pogojev za upokojevanje se upokojitvena starost sicer zvišuje. Po drugi strani pa bo prihajalo do nalaganja sredstev v dopolnilna zavarovanja, kar bo za



Sl. 3. Številčna struktura zdravnikov po petletnih starostnih skupinah in po spolu za Slovenijo za leto 2005. Vir: Baza podatkov izvajalcev zdravstvene dejavnosti, IVZ, 2007.



Sl. 4. Številčna struktura zobozdravnikov po petletnih starostnih skupinah in po spolu za Slovenijo za leto 2005. Vir: Baza podatkov izvajalcev zdravstvene dejavnosti, IVZ, 2007.

nekatero spodbuda za pravočasno ali predčasno upokožitev.

Odliv v druge poklice je lahko pomembna determinanta zaradi boljših kariernih možnosti, bolj stabilnega delovnega časa in drugih ugodnosti. Zavedati se moramo, da imajo zdravstveni profili med vsemi vedno bolj neugoden položaj zaradi delovnih pogojev, ki so vedno bolj izjemni, kot pa je bilo to v preteklosti. Seveda pa ne smemo zanemariti dejstva, da večina zdravnikov še vedno dela v svojem poklicu.

Pri vrednotenju potreb po zdravnikih lahko razvrstimo determinante tudi v več skupin po smiselni sklopih, in sicer:

1. Profesionalna demografija zdravnikov.
2. Populacijska demografska merila.
3. Merila povpraševanja po zdravstvenih storitvah.
4. Merila zboleznosti in potreb po zdravljenju.

Stanje v Sloveniji

Slovenija je imela v zadnjih 20 letih situacijo, v kateri je večina dejavnikov zmanjševala ponudbo zdravnikov. Najprej je prišlo do podaljšanja študija s pet na šest let, zaradi česar je »izpadla« ena generacija diplomantov. Nato smo leta 1992 uvedli sekundariat, ki je dejansko podaljšal podiplomsko usposabljanje na 18 do 24 mesecev. Zato je tako izpadla še ena generacija. V nadaljevanju je potekal postopek podaljšanja specializacij zaradi njihove uskladitve z evropskimi merili, kar je odmaknilo čas nastopa usposobljenosti za samostojno delo. Določeno število zdravnikov (po nekaterih ocenah Zdravniške zbornice Slovenije med 200 in 300) je odšlo na delo v neklinične stroke in zunaj zdravstva, predvsem v farmacevtsko industrijo.

Ob vsem tem so potekala dolgotrajna prepričevanja o nezadostnem lastnem številu diplomantov. Sedaj smo dosegli točko, ko lahko rečemo, da smo večje število diplomantov dosegli. Treba bo zagotoviti, da se bo bolje in bolj prožno uravnavalo, da ne bi zašli v presežke diplomantov. V zadnjih šestih letih je tako število zdravnikov naraščalo približno 1,5 do 2 % letno, kar je bistveno več kot v 90. letih prejšnjega stoletja, ko je bila ta stopnja le približno 0,5 % letno. Glede na direktivo o delovnem času in glede na ustrezno domačo zakonodajo bo potrebno tudi v Sloveniji upoštevati omejitve, ki izhajajo iz te ureditve. To pomeni, da bo treba računati z angažiranjem dodatnega kadra, ki bo omogočil uveljavitev pravic do počitka in prostih dni. Poleg tega pa bo potrebno upoštevati tudi večji delež žensk in dejstvo, da se ob tem soočamo z manjšim stvarnim izkoristkom delovnega časa.

Sklepne misli

Slovenija ima še vedno sorazmerno razumno število zdravnikov, saj je z nekaj manj kot 240 zdravniki na 100.000 prebivalcev na repu držav članic Evropske unije. V naslednjih sedmih letih bo ob sedanji letni ravni rasti števila doseženo število, ki je bilo načrtovano za dohitevanje primanjkljaja. V Sloveniji smo šele na začetku poti pri prenosu zadolžitve in storitev na druge profile v zdravstvu, kar lahko poenostavi in tudi poceni številne postopke brez ogrožanja varnosti bolnikov. Končno velja poudariti, da bo večji delež zasebnosti, tako v izvajanju kot pri plačevanju storitev, dejansko povečal potrebe po kadru zaradi doslednega spoštovanja zahtev in izpolnjevanja meril tako glede delovnih pogojev kot tudi glede zahtev plačnika.