

PREDLOG NACIONALNE STRATEGIJE RAZVOJA OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI DO LETA 2020

Avtorji: Tonka Poplas Susič, Igor Švab, Janko Kersnik, Dean Klančič, Gordana Živčec Kalan, Darinka Klemenc, Jernej Završnik, Vesna Kerstin Petrič, Valentina Prevolnik Rupel

Ljubljana, 2013

VSEBINA

PREDLOG NACIONALNE STRATEGIJE RAZVOJA OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI DO LETA 2020 **1**

1. UVOD	3
<i>1.1. ORGANIZACIJA IN FINANCIRANJE PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V IZBRANIH DRŽAVAH</i>	4
2. STANJE OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI	6
<i>2.1. IZZIVI</i>	6
<i>2.2. ORGANIZIRANOST OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI</i>	7
<i>2.3. FINANCIRANJE</i>	7
<i>2.4. PRESKRBLJENOST</i>	8
<i>2.5. KAKOVOST DELA</i>	10
<i>2.6. AKADEMSKI POLOŽAJ</i>	10
3. USMERITVE	12
<i>3.1. CELOVITA OBRAVNAVA BOLNIKA</i>	12
<i>3.2. KAKOVOST DELA</i>	12
<i>3.3. USMERITEV K POPULACIJI</i>	13
<i>3.4. UPRAVLJANJE S ČLOVEŠKIMI VIRI</i>	13
<i>3.5. ZAGOTAVLJANJE RAZVOJA OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI</i>	14
4. PREDNOSTNE AKTIVNOSTI	15
<i>4.1. REFERENČNE AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE</i>	15
<i>4.2. UČNE AMBULANTE DRUŽINSKE MEDICINE</i>	15
<i>4.3. DELOVNI POGOJI</i>	16
<i>4.4. NOVA VLOGA ZDRAVSTVENEGA DOMA</i>	16
<i>4.5. INFORMATIZACIJA</i>	16
<i>4.6. SPREMEMBA FINANCIRANJA</i>	17
<i>4.7. PROJEKTI KAKOVOSTI</i>	17
<i>4.8. RAZVOJNA INŠTITUCIJA</i>	18
<i>4.9. UKREPI NA PODROČJU IZOBRAŽEVANJA</i>	19
<i>4.10. UKREPI NA PODROČJU NADGRADNJE PREVENTIVNE DEJAVNOSTI</i>	19
6. SPREMLJANJE IZVAJANJA STRATEGIJE	22

1. UVOD

Zdravstveni sistemi se zaradi demografskih in epidemioloških sprememb, povečevanja socialno-ekonomskih razlik, mobilnosti prebivalstva, omejenih virov in vedno večjih pričakovanj uporabnikov ter možnosti, ki jih ponuja razvoj sodobnih tehnologij, povsod v razvitem svetu soočajo z izzivi, ki zahtevajo korenite spremembe v njihovem upravljanju, financiranju in organizaciji. Zdravje vedno bolj postaja eden ključnih pogojev ekonomskega razvoja, konkurenčnosti in produktivnosti, zaradi česar si države prizadevajo za dobro delujoče zdravstvene sisteme, ki naj bi na čim bolj učinkovit način krepile in ohranjale zdravje njihovih prebivalcev. Vrednote večine reformnih prizadevanj v evropskih državah ostajajo solidarnost, enakost in socialna pravičnost, spremembe pa so usmerjene predvsem v zagotavljanje vzdržnosti zdravstvenega sistema, ki naj bi omogočal učinkovito, kakovostno in vsem dostopno zdravstveno oskrbo. Od sprememb v zdravstvenem sistemu se pričakuje, da bodo zagotovile večjo odzivnost in omogočile bolj celovito obravnavo in vključenost uporabnika.

Z deklaracijo Svetovne zdravstvene organizacije iz Alma Ate so se države že pred več kot tridesetimi leti zavezale, da bodo svoje zdravstvene politike gradile predvsem na osnovni zdravstveni dejavnosti. Osnovna zdravstvena dejavnost je bila že takrat prepoznana kot temelj uspešnega zdravstvenega sistema, ki ponuja najbolj celovit odgovor na zahteve po enaki dostopnosti, cenovni učinkovitosti, celovitosti obravnave in vključenosti uporabnika. Tudi kasnejše deklaracije so poudarjale pomen osnovne zdravstvene dejavnosti. Talinska listina iz leta 2008, ki povzema Ljubljansko listino iz leta 1996 in je rezultat ministrske konference SZO o zdravstvenih sistemih v Evropski regiji, ob poudarjanju pomena osnovne zdravstvene dejavnosti za zdravstveno oskrbo bolnikov izpostavlja tudi njegovo ključno vlogo pri preprečevanju kroničnih bolezni in stanj in pri njihovem zgodnjem odkrivanju.

Osnovna zdravstvena dejavnost je pomembna

- za posameznika, ker mu na sistematičen in enostavno dostopen način nudi celovito zdravstveno oskrbo;
- za skupnost, ker zagotavlja enako kakovost in pravičen dostop do oskrbe za vse občane;
- za državo, saj s prevzemanjem vedno večje strokovne in gospodarske odgovornosti predstavlja najbolj učinkovit način organizacije sistema zdravstvenega varstva.

Velika pričakovanja in nove zahteve, s katerimi se sooča osnovna zdravstvena dejavnost, so lahko izpolnjene samo v primeru, da bodo vzpostavljeni pogoji, ki bodo omogočili

- ustrezen razvoj stroke na primarni ravni,
- prenos kompetenc s sekundarne ravni na primarno in z zdravnikov na druge zdravstvene delavce,
- učinkovito podporo informacijskega sistema in
- ustrezno umestitev preventivne dejavnosti, vključno z zgodnjim odkrivanjem bolezni, na primarno zdravstveno raven.

V Sloveniji je osnovna zdravstvena dejavnost ohranila osrednjo vlogo v zdravstvenem sistemu in jo pred leti tudi nadgradila z uvedbo preventivnih storitev za obvladovanje srčno-žilnih bolezni in z njimi povezanih dejavnikov tveganja. Že sedaj zagotavlja veliko dostopnost do kakovostne in učinkovite

obravnave; novi izzivi pa tudi pri nas zahtevajo spremembe, ki bodo omogočile, da se bo osnovna zdravstvena dejavnost lahko ustrezno soočila z njimi. Med takšne izzive sodi predvsem preprečevanje, pravočasno odkrivanje in celovita obravnava kroničnih nenalezljivih bolezni.

Strategija razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji do leta 2020 je vizija odgovora osnovne zdravstvene dejavnosti na izzive, s katerimi se sooča slovenski sistem zdravstvenega varstva.

Skladno z usmeritvami Talinske listine so glavni cilji razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji:

- ohranjanje in izboljšanje splošne dostopnosti do kakovostnih zdravstvenih storitev, ki bodo skladne s potrebami vseh državljanov, z njihovimi pričakovanji in s stopnjo razvoja stroke ter bo pri izvajanju le-teh upoštevana zasebnost, dostojanstvo in zaupnost v odnosu med izvajalci in uporabniki zdravstvene dejavnosti;
- boljša koordinacija ponudbe zdravstvenih storitev ne glede na izvajalca zdravstvene dejavnosti, tako da bo uporabnik deležen celovite obravnave, ki bo poleg kurative vključevala promocijo zdravja, preventivno dejavnost in rehabilitacijo in bo hkrati zagotavljala boljše povezovanje s službami zunaj zdravstva, kot so na primer socialne službe;
- bolj odgovorno in transparentno razporejanje virov, ki bo odražalo potrebe prebivalstva in vzpostavitev takšnih finančnih mehanizmov, ki bodo spodbujali in nagrajevali učinkovito in kakovostno izvajanje zdravstvene oskrbe v osnovnem zdravstvu;
- zagotovitev zadostnega števila ustrezno usposobljenih zdravstvenih delavcev v osnovnem zdravstvu in prenos kompetenc, kjer je to upravičeno z vidika cenovne učinkovitosti, dostopnosti in kakovosti, s sekundarne na primarno zdravstveno raven in z zdravnikov na druge zdravstvene delavce;
- zagotovitev raziskovalne podpore in sprotne ter boljše koordiniranega uvajanja novih znanstvenih dognanj in strokovnih priporočil v osnovno zdravstveno dejavnost za izboljšanje učinkovitosti in varnosti zdravstvene oskrbe.

Predvidene prednostne naloge izvajanja Strategije izhajajo iz razvojne strategije države, sprejetih mednarodnih priporočil, so strokovno utemeljene in imajo merljive in dokazljivo pozitivne učinke na zagotavljanje zdravstvene oskrbe prebivalstva. So skladne s potrebami prebivalstva in upoštevajo razpoložljive vire.

Za spremljanje in koordinacijo izvajanja prednostnih nalog in uresničevanja ciljev strategije je predvidena vzpostavitev ustreznih struktur, ki bodo hkrati nudile tudi administrativno in strokovno podporo razvoju osnovne zdravstvene dejavnosti.

1.1. Organizacija in financiranje primarnega zdravstvenega varstva v izbranih državah

Ne glede na to, da je z načelnega stališča organizacija osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji dobra, pa se Slovenija lahko zgleduje po nekaterih državah, kjer je ta dejavnost v že veliki meri pokazala pozitivne učinke.

Velika Britanija ima zdravstveni sistem, ki je znan po svoji racionalnosti in usmerjenosti v osnovno zdravstveno dejavnost. Ta država zelo dobro obvladuje stroške zdravstvenega varstva in zagotavlja

ustrezno kakovost. Sistem sloni na delu zdravnika splošne medicine, ki je vodja tima, v katerem sodelujejo medicinske sestre in drugi strokovnjaki s področja zdravstva kot tudi s področja sociale. Dejavnost je večinoma organizirana v obliki skupine ambulant nosilcev pogodbe z zdravstvenim zavarovanjem. Dejavnost je dobro informacijsko podprta, tako da to omogoča plačevanje timov na osnovi prikazanih kazalcev kakovosti dela. Ta sistem plačevanja je sicer zahteven in zapleten, vendar zanesljivo predstavlja pomemben vzor drugim državam. Osnovna zdravstvena dejavnost ima ključno vlogo pri kontroli stroškov in je močno povezana s sistemom javnega zdravja.

Podoben vzor uspešnosti so tudi skandinavske države, ki visoko cenijo pravičnost in dostopnost do zdravstvenih storitev. Finska in Švedska imata sistem, ki je podobno kot slovenski zasnovan na zdravstvenih domovih, ki so teritorialno porazdeljeni.

Na področju zagotavljanja kakovosti predstavlja vzor Nizozemska, od koder izvira gibanje, ki zahteva od zdravnikov odločanje v skladu s kliničnimi smernicami, ki jih redno posodablja, kar omogoča visoko varnost pacientov in profesionalni nadzor zdravnikovega dela.

Tudi v nekatere drugih državah, ki z organizacijskega stališča nimajo sistema, ki bi apriori podpiral osnovno zdravstveno dejavnost (npr. Nemčija in ZDA), se v zadnjem času pojavljajo pomembni vzori, zlasti na področju skupne / deljene oskrbe za posamezne kronične bolezni, ki je vse bolj usmerjena v osnovno dejavnost. Tako npr. v zadnjem času tudi ZDA odkrivajo zdravstvene domove kot inovativen in kakovosten način uvajanja oskrbe bolnikov na osnovni zdravstveni ravni.

2. STANJE OSNOVNE ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI V SLOVENIJI

2.1. Izzivi

Slovenija se glede zdravstvenih izzivov sooča s podobnimi problemi, kot jih imajo razvite države sveta. Številni globalni trendi imajo velik vpliv na zdravje in hitro spreminjajo epidemiologijo, vzorce obolevnosti in načine zdravljenja in oskrbe v razvitem svetu. Zaradi vplivov na zdravje pa postaja vedno bolj pomembno upoštevanje zdravja v vseh politikah in medresorsko sodelovanje.

Nekateri trendi so neposredno povezani z zdravjem populacije in bremenom bolezni. Izrazit je vpliv kroničnih bolezni na umrljivost in zbolevanje (zdravljenje kroničnih bolezni, ki predstavljajo glavnino zdravniškega dela na primarni ravni, predstavlja približno 70 % celotnih stroškov zdravstvenega sektorja). Nepredvidljiv in težko napovedljiv je vpliv klimatskih sprememb in onesnaževanja okolja na javno zdravje. Globalizacija je vplivala na spremembo v življenjskem slogu prebivalstva. V porastu je večina dejavnikov tveganja za kronične bolezni, kot so tvegana in škodljiva raba alkohola, debelost in neuravnotežena prehrana ter pomanjkanje gibanja. Kajenje pa kljub večjemu nadzoru nad tobačnimi izdelki še vedno ostaja eden od glavnih dejavnikov za prezgodnji pojav s kajenjem povezanih bolezni in umrljivost.

Druge spremembe vplivajo na zdravje bolj posredno. Pomembna demografska sprememba je staranje prebivalstva (do leta 2020 se bo delež prebivalstva starejšega od 65 let povečal za 100 %, glede na leto 2010). Prebivalstvo je vedno bolj mobilno. Preseljuje se v urbana okolja.

Hiter razvoj zdravstvenih tehnologij zahteva dodatne finančne vire, ki pa so, še posebej v času finančne krize, omejeni. Neenakosti v zdravju med prebivalstvom se večajo. Poseben izziv predstavljajo neenakosti v zdravju, ki so posledica razlik v dostopnosti do kakovostnih preventivnih in drugih zdravstvenih programov zaradi slabe informiranosti uporabnikov, socialne izključenosti, nezadostne pokritosti ali pomanjkanja ustrezno usposobljenih kadrov.

Hiter razvoj komunikacij je prinesel boljšo informiranost in večja pričakovanja prebivalstva, ki se kot enakopraven partner želi vključiti v skrb za svoje zdravje. To lahko predstavlja dodatno breme lahko pa tudi nove možnosti in priložnosti zagotavljanja integralne obravnave in opolnomočenja bolnikov.

Na področju osnovnega zdravstvenega varstva je še posebej pomembno, da obravnavo prilagodimo sodobnim izzivom in izkoristimo priložnosti, ki jih ponuja razvoj, za bolj dostopno, kakovostno in učinkovito obravnavo. To seveda zahteva prilagoditev tako s preskrbljenostjo z zdravniki na primarni ravni in ustrezno organiziranostjo kot prilagoditev financiranja osnovne zdravstvene dejavnosti, sočasno skrb za ustrezen razvoj stroke in prenos kompetenc s sekundarne na primarno raven in z zdravnikov na druge zdravstvene profile.

2.2. *Organiziranost osnovne zdravstvene dejavnosti*

V Sloveniji imamo dolgo tradicijo osnovne zdravstvene dejavnosti, ki jo izvajajo različni profili (zdravniki družinske medicine, pediatrije in šolske medicine, zobozdravniki, ginekologi in nezdravniški profili, kot so medicinske sestre, psihologi, logopedi, fizioterapevti, laboratorijski delavci, rentgenski tehniki idr.). Primarna raven tako zelo dobro opravlja svojo funkcijo vratarja, vstopa bolnikov v sistem, prav tako s tradicionalno organiziranostjo nudi dobro osnovno zdravstveno oskrbo državljanom. Kljub gospodarski in politični tranziciji v Sloveniji smo v sistemu uspeli ohraniti ključne prednosti ter vrednote primarnega zdravstvenega sistema, kar predstavlja dober temelj za izvajanje kakovostnih zdravstvenih storitev v skladu s potrebami državljanov.

Kljub vsemu pa je potrebno poudariti, da zaradi razvoja in drugih, prej omenjenih sprememb, sistem na potrebe državljanov ne odgovarja več zadosti prožno in je mestoma zastarel. Zaradi različnih interesov in nasprotovanj spremembam se ni zadosti hitro razvijal in spreminjal. V zdravstvenih domovih so se tako pojavile specialistične dejavnosti (npr. trombotične, diabetološke in druge ambulate), ki spodbujajo drobljenje obravnave bolnika, kar zdravniku družinske medicine onemogoča celovit pogled na zdravstveno stanje svojih registriranih pacientov in s tem preprečuje sodobno integralno obravnavo. Predpostavka integralne obravnave je namreč njena celovitost, ki zajema tako preventivno kot tudi kurativno obravnavo.

Država je prenesla pristojnost nad organizacijo osnovne zdravstvene dejavnosti na raven občin. To v današnji razdrobljeni komunalni ureditvi pogosto predstavlja problem, saj so dogovori o širitvah zdravstvenih programih, o podeljevanju koncesij ali o ostalih strokovnih vprašanjih izjemno zahtevni in pogosto presegajo teritorialni okvir posameznih občin. Občine, še posebej manjše, pa za področje zdravstva pogosto nimajo posebej usposobljenih strokovnjakov, zaradi česar je dogovarjanje in odločanje na podlagi strokovnih argumentov, težavno.

2.3. *Financiranje*

Delež sredstev, ki je letno namenjen primarni zdravstveni dejavnosti, se določi v okviru tripartitnih pogajanj med predstavniki izvajalcev, plačnika in Ministrstva za zdravje kot usmerjevalca zdravstvene politike. Delež sredstev, ki je namenjen posameznim dejavnostim v zdravstvu, je tako odvisen od postavljenih prioritet. Iz tabele 1 lahko vidimo, da deleže sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki je namenjen za osnovno zdravstveno varstvo, z leti upada. Medtem ko je leta 2001 znašal 18,16 % vseh sredstev za OZZ, je v letu 2010 znašal 16,93 % vseh sredstev OZZ, kar je najnižja raven v zadnjih 10 letih.

Tabela 1: Gibanje odhodkov za osnovno zdravstveno varstvo, 2001-2010

Postavka	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Odhodki za osnovno zdravstveno varstvo	18,16	17,77	17,64	17,48	17,12	16,96	17,27	16,77	17,06	16,93

Vir: Letna poročila ZZZS od 2000-2009 ter ocena poslovanja ZZZS v letu 2010.

Splošne ambulate so financirane na podlagi kombinacije sistema glavarine in storitev, iz vsakega vira

približno polovico. V posamezni splošni ambulanti se letni program količnikov iz obiskov določi na osnovi kurativnih in preventivnih pregledov, letni plan količnikov iz glavarine pa je izračunan na podlagi opredeljenih zavarovanih oseb in števila nosilcev.

Najvišje možno število opredeljenih zavarovanih oseb je 3.000. Praviloma zdravniki v javnem sektorju z namenom boljše obravnave osebe (neselektivno) zavračajo pri opredeljevanju prej kot zasebniki koncesionarji, ki so finančno v večji meri odvisni od samega sebe in si preko višje glavarine želijo zagotoviti večji prihodek. Regresijska formula služi kot finančni opomin za zagotavljanje varnosti in kakovosti obravnave.

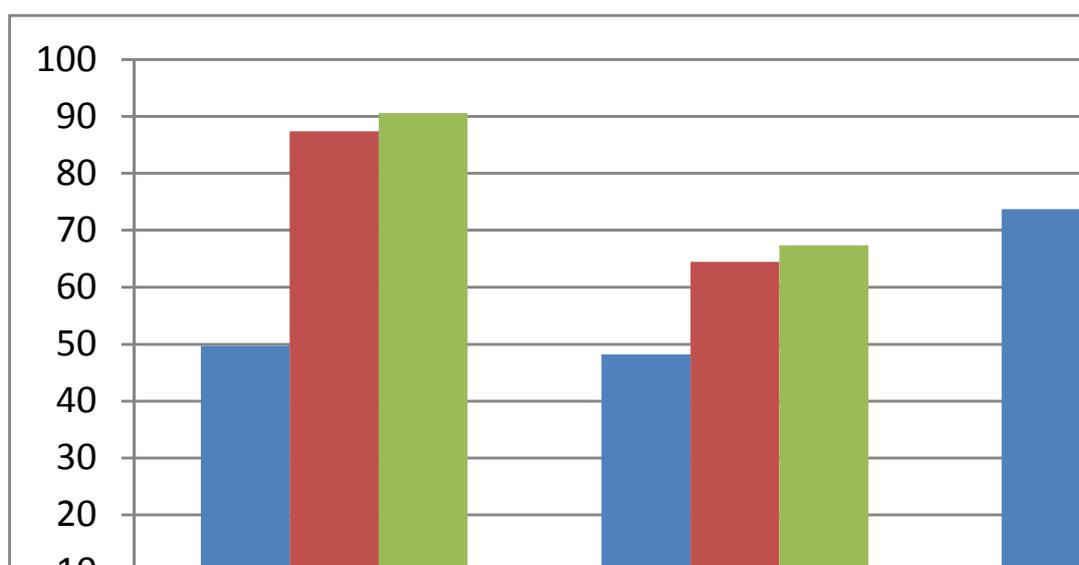
Tak način plačevanja je v veljavi že dlje časa in je zagotavljal stabilno financiranje ter spodbujanje nekaterih posegov in oblik obravnave, so se pa pojavile nekatere njegove slabosti:

- vodenje kroničnih bolnikov, ki terjajo celovito obravnavo, ni ustrezno ovrednoteno, zato se obravnava teh bolnikov ne prenaša na primarno raven;
- sistem ne vzpodbuja nekaterih dokazano učinkovitih metod dela: to so predvsem hišni obiski, zdravljenje na domu, svetovanje po telefonu, izvajanja nekaterih posegov na primarni ravni;
- sistem ne vzpodbuja kakovosti, saj plačevanje ni povezano z rezultati dela;
- težavo predstavlja prevzemanje številnih dodatnih dejavnosti, prenosu katerih sredstva ne sledijo.

2.4. Preskrbljenost

V EU je povprečno število zdravnikov družinske medicine na 100.000 prebivalcev 87, v Sloveniji pa zgolj 50. Povprečno število zdravnikov drugih specialnosti v EU je 243, v Sloveniji pa 192 na 100.000 prebivalcev. Nižjo preskrbljenost imajo le Slovaška, Poljska, Madžarska in Grčija.

Graf 1: Število zdravnikov po specializacijah na 100.000 prebivalcev v Sloveniji in EU v letu 2010 (SDM = specialisti družinske medicine, SMS = specialisti splošne medicine) (vir: IVZ, Eurostat, WHO).



Preskrbljenost z zdravniki družinske medicine (specialisti družinske medicine, specialisti splošne medicine in zdravnikov brez specializacije ali z drugo specializacijo, ki delajo v splošnih ambulantah) je od leta 2003 do 2008 naraščala. Medtem ko je bilo število prebivalcev starih 20 let in več na zdravnika v letu 2003 1.860, je to število upadlo in je leta 2008 znašalo 1.743. Precejšnje so tudi razlike med preskrbljenostjo z zdravniki družinske medicine med regijami. In letu 2008 je tako v ljubljanski regiji bilo število prebivalcev starih 20 let in več na zdravnika 1.979, v celjski pa 1.317. Po podatkih OECD iz leta 2011 ima Slovenija 0,5 splošnih zdravnikov na 1000 prebivalcev.

Starostna in spolno struktura zdravnikov družinske medicine pokaže, da se za delo odloča vedno več zdravnic. V populaciji zdravnikov družinske medicine je 73 % zdravnic, med specializanti družinske medicine pa kar 81 % zdravnic. Ker se za delo po doseganju formalne starosti za upokojitev odločajo večinoma moški zdravniki, hkrati pa se poklic feminizira, lahko v prihodnosti pričakujemo hitrejši odliv zdravnikov zaradi starosti, kot kažejo sedanji podatki. Sprejetje ukrepov v letu 2010 to situacijo nekoliko lajša. Med njimi velja omeniti povečanje vpisa na Medicinsko fakulteto v Maribor, ki bo sicer imelo učinek šele v srednjeročnem obdobju, in predvsem sprejetje Zakona o priznavanju poklicnih kvalifikacij zdravnik, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist. Poglavitni cilj zakona je hitrejši postopek priznavanja poklicne kvalifikacije za zdravnike, ki so jo pridobili v tretjih državah, skladno s tem pa možnost hitrejša zaposlitve zdravnikov iz tretjih držav v Sloveniji, pri čemer se pritok tujcev še vedno omejuje na ponudbo za delo v naši državi, kar je skladno z Direktivo Sveta 2009/50/ES z dne 25. maja 2009 o pogojih za vstop in prebivanje državljanov tretjih držav za namene visokokvalificirane zaposlitve (angl. *blue card directive*). Sistematično načrtovanje kadra je nujno in mora postati ena prvih prioritiet v slovenskem zdravstvu: zdravstvo je delovno intenzivna panoga, stroški dela predstavljajo 60 % vseh stroškov in načrtovanje vse kadrov in učinkovito vodenje kadrovske politike je nujno. Ta problem se bo v prihodnosti še poglobljal, saj povečevanje kadra v kratkem obdobju verjetno ni možno. Ustanovitev medicinske fakultete v Mariboru je prvo generacijo diplomantov prinesla šele v letu 2010.

Tabela 4: Starost zdravnikov družinske medicine po spolu

	Moški	Ženske
do 30	0,0%	0,5%
31-35	2,2%	4,3%
36-40	4,8%	9,2%
41-45	7,0%	14,4%
46-50	18,2%	19,8%
51-55	20,1%	25,7%
56-60	20,3%	17,3%
61-65	13,6%	6,4%
66-70	9,9%	2,1%
71-75	3,4%	0,3%
76-80	0,5%	0,1%

Vir: IVZ, 2010

2.5. Kakovost dela

Prave analize strokovnosti in kakovosti dela zdravnikov družinske medicine v Sloveniji ni. Tako npr. podatki ne omogočajo vpogleda v pogostnost obiskov s strani vsakega posameznega pacienta, tako da ne moremo oceniti, kolikšen delež prebivalstva zdravnika sploh ne obiše in kolikokrat ga obišejo najbolj pogosti obiskovalci. Število preventivnih obiskov se je z uvedbo preventivnih programov (nacionalni program za preprečevanje in odkrivanje srčno-žilnih bolezni) močno povečalo v letu 2002, prav tako se je v tem letu tudi uvedlo plačevanje preventivnih pregledov s strani plačnika. Tudi število hišnih obiskov z leti upada (leta 2003 je znašalo 59.651, v letu 2008 pa 49.887).

Na splošno lahko trdimo, da je kakovost izvajanja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji dobra. To govorijo tudi rezultati raziskave, ki so bile narejena ob primerjavi dela z drugimi evropskimi državami. Vendar so podrobnejše analize tudi pokazale, da je zlasti pri nekaterih pogostih boleznih še precej prostora za izboljšanje stanja. Poseben problem predstavljajo tudi relativno visoka stopnja napotitev, povečevanju števila obiskov in zmanjševanje hišnih obiskov.

Oviro pri izboljševanju kakovosti predstavlja način zbiranja podatkov. V Sloveniji preko uradne statistike rutinsko spremljamo le del obiskov v osnovni zdravstveni dejavnosti, nekaj podatkov (predvsem finančnih) pa za svoje potrebe zbira ZZZS.

Sistem nadzora kakovosti dela je formalno predpisan, vendar je pogosto pomanjkljiv. Interni strokovni nadzori so prepuščeni kreativnosti in osveščenosti vodstva zavodov. Strokovni nadzor s svetovanjem, kakor ga izvaja Zdravniška zbornica Slovenije, je tako po metodologiji kot obsegu pomanjkljiv, saj omogoča le nadzor nad zdravniškim delom. Finančni nadzor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije formalno preverja samo napake v obračunavanju zdravstvenih storitev, dejansko pa posega tudi v strokovne odločitve in s tem hote ali nehote močno vpliva na prihodnje strokovne odločitve zdravnikov. Pravega sodelovanja s stroko, ki se nadzira, na tem področju ni. Ker niso izdelani, sprejeti in vpeljani kazalci kakovosti, je nemogoče ustrezno nadzorovati kakovost

Ena ključnih pomanjkljivosti za razvoj družinske medicine kot stroke je slaba organizacijska povezanost zdravnikov, ki delajo na področju družinske medicine, in s tem šibkejša strokovna disciplina. Družinski medicini manjka osrednja inštitucija, ki bi predstavljala njen strokovni vrh in bi skrbela za razvoj stroke in bolj koordinirano in celovito vpeljevanje novosti v osnovno zdravstveno dejavnost. Težava pri zagotavljanju poenotene strokovnega pristopa je tudi v tem, da so vodstva zdravstvenih domov in koncesionarji zasebniki povsem samostojni v svojem odločanju in se ne čutijo dolžni upoštevati strokovnih priporočil ali doktrinarnih stališč, ki jih sprejemajo strokovni organi (npr. RSK ali Strokovni svet za družinsko medicino). Njihova glavna odgovornost so poslovne obveznosti, ki jim jih narekujejo Pravila OZZ in vsakoletna pogodba na osnovi Splošnega dogovora z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki skozi financiranje osnovne zdravstvene dejavnosti pravzaprav usmerja izvajanje osnovnega zdravstvenega varstva.

2.6. Akademski položaj

Na področju izobraževanja zdravnikov družinske medicine v Sloveniji smo naredili velik napredek. Ustanovljena je bila Katedra za družinsko medicino za dodiplomsko izobraževanje, sprejet je bil zakon o obvezni specializaciji družinske medicine od leta 2007, ki ima drugačno, ustrežnejšo vsebino kot

dotedanja specializacija iz splošne medicine.

Raziskovalna skupina Katedre za družinsko medicino je že izpeljala nekaj zahtevnih mednarodnih in domačih projektov s področja organizacije in ocenjevanja kakovosti dela zdravnikov družinske medicine. V okviru posameznih zdravstvenih domov obstajajo raziskovalne skupine, ki pa zaradi objektivnih razlogov niso tako učinkovite.

Še vedno pa ostaja problem izvajanja specializacije in mentorstva in svetovanja mladim zdravnikom. Mreža mentorjev je formalno vzpostavljena preko Zdravniške zbornice Slovenije, ni pa ustrezno zagotovljen strokovni razvoj mentorjev, predvsem pa je premajhna in nedorečena vključenost zdravnikov na usposabljanju v izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti.

3. USMERITVE

Strategija osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji mora temeljiti na naslednjih usmeritvah:

- celovita obravnava bolnika,
- kakovost dela,
- usmeritev k populaciji,
- upravljanje s človeškimi viri,
- zagotavljanje razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti.

3.1. Celovita obravnava bolnika

Celovita obravnava bolnika temelji na odgovornosti zdravnika in tima za registriranega bolnika. Tak način organiziranosti je dokazano boljši od oskrbe, ki jo zagotavljajo posamezne službe za izolirane probleme ali populacijske skupine. Poveča tudi možnost za preventivo in zmanjša uporabo drage bolnišnične oskrbe. Zaradi celovite oskrbe se lahko problemi odkrijejo prej, tudi če se zaradi njih bolniki eksplicitno ne javijo, zagotovljena je kontinuiteta oskrbe, hkrati pa lahko tim na primarni zdravstveni ravni pravočasno vzpostavi stik z drugimi strokami ali službami zunaj zdravstva.

Osebna odgovornost se formalizira preko registriranja bolnika pri izbranem zdravniku, bolniki pa na specialistično raven dostopajo praviloma preko napotitve. Celovita obravnava bolnika pomeni, da zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti postane pravi koordinator zdravstvene oskrbe za svojega bolnika, ob tem pa se je dolžan povezovati s strokami na sekundarni in terciarni ravni ter z ostalimi službami. To terja sodelovanje in kakovostno izmenjavo informacij med različnimi službami, ki jo v moderni dobi lahko zagotovi le dober informacijski sistem. Pomembno vlogo ima preventiva, ki je tudi naloga izbranega zdravnika, in ni deljena na organske sisteme in službe.

Celovita obravnava bolnika zahteva tudi partnerski odnos, kjer bolnik in zdravnik soodločata v procesu zdravljenja, in opolnomočenje bolnika, da ta lahko sam bolje nadzoruje svojo bolezen in aktivno sodeluje v procesu zdravljenja. To zahteva vzpostavitev zaupanja in dostopnost, ki jo je mogoče zagotoviti le v osnovni zdravstveni dejavnosti.

3.2. Kakovost dela

V Sloveniji si prizadevamo upoštevati mednarodno in evropsko sprejeta načela kakovosti ter širše cilje, ki imajo večji vpliv na celotno družbo. Ta so uspešnost, varnost, pravočasnost, učinkovitost, enakopravnost in osredotočenost na pacienta. Poglavitni cilji na področju kakovosti in varnosti v zdravstvu so:

- razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti,
- razvoj kulture kakovosti in varnosti,
- vzpostavitev sistema izobraževanja in usposabljanja s področja kakovosti in varnosti,
- razvoj sistemov za izboljšanje učinkovitosti kliničnega dela.

Na področju kakovosti v osnovnem zdravstvenem varstvu želimo doseči čim večjo kakovost storitev, ob doseženi ekonomski učinkovitosti ter čim večjem zadovoljstvu bolnikov. To pa pomeni, da morajo vsi izvajalci pri svojem delu uporabljati kulturo kakovosti. Nacionalna strategija kakovosti v zdravstvu je že napisana in se bo smiselno uporabljala tudi v osnovni zdravstveni dejavnosti.

V letu 2010 je bil določen razširjen seznam kazalnikov kakovosti, ki jih spremljajo izvajalci specialistične dejavnosti, izdan je bil tudi Priročnik o kazalnikih kakovosti. Področje je potrebno naprej spremljati in razvijati na podlagi pridobljenih izkušenj, le na takšen način bo možno pridobiti zanesljive podatke o kakovosti posameznih zdravstvenih storitev in delovanje sistema zdravstvenega varstva v celoti. Kazalnike kakovosti je potrebno pripraviti in uporabljati tudi na primarni ravni.

3.3. Usmeritev k populaciji

Osnovna zdravstvena dejavnost nosi odgovornost ne samo do posameznega bolnika, ki aktivno išče zdravniško pomoč, temveč do celotne populacije, ki jo oskrbuje. To pomeni, da mora osnovna zdravstvena dejavnost znati reagirati in odgovoriti na zdravstvene izzive v družbi ter se prilagajati potrebam državljanek in državljanov, še posebej ogroženim skupinam prebivalstva. Ključno vlogo pri tem imajo zdravstveni domovi. Pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe nezavarovanim in drugim, ki nimajo pravice do uporabe storitev zdravnika družinske medicine v breme obvezenga zdravstvenega zavarovanja, se povezujejo z ustanoviteljicami – občinami, ki so odgovorne za primarno raven.

Poseben poudarek bo treba nameniti neenakostim v zdravju in ustrezni dostopnosti do zdravnika družinske medicine v ruralnih okoljih.

3.4. Upravljanje s človeškimi viri

Da bi osnovna zdravstvena dejavnost dobro delovala, mora biti delovanje vseh strokovnjakov usklajeno.

Strokovni vodje v osnovni zdravstveni dejavnosti imajo ključno vlogo v zagotavljanju kakovosti zdravstvenega varstva. Potrebno je izdelati merila za imenovanje na mesta strokovnih vodij in vodij posameznih služb. Organizirati bi morali posebne tečaje o obvladovanju kakovosti za vodstvene delavce. Izkušnje iz podobnih tečajev kažejo, da je na tak način mogoče dvigniti strokovnost dela. Udeležba na teh tečajih mor biti pogoj za zasedanje vodilnega mesta.

Izvajanje dejavnosti temelji na timskem delu. V tim v ožjem pomenu besede po normativu splošne ambulate poleg zdravnika sodita srednja medicinska sestra oz. medicinski tehnik in administratorica; po normativu referenčne ambulate družinske medicine pa še diplomirana medicinska sestra. v širši tim sodijo še patronažna medicinska sestra in seveda druge stroke, ki omogočajo zdravstveno oskrbo bolnikov na osnovni ravni (fizioterapevti, rentgenski tehniki, izvajalci zdravstvene vzgoje, laboratorijski delavci idr.). Pomembna je ustrezna delitev odgovornosti med člani tima. Z razvojem in izobrazbo posameznih profilov je potrebno redefinirati tudi vloge posameznih članov tima, saj je neracionalno, da se normativ splošne ambulate za razliko od vseh drugih strok na primarni ravni ni spremenil kljub temu, da se je v Sloveniji v zadnjih desetletjih izobrazilo dovolj kadra, ki je sposoben sprejeti nekatere obveznosti (predvsem diplomirane medicinske sestre), ki jih sedaj izvajajo ali

zdravniki ali formalno neustrezno usposobljene srednje medicinske sestre oz. zdravstveni tehniki.

Timi v osnovnem zdravstvenem varstvu, ki bodo prevzeli skrb za določeno populacijo, morajo prevzeti koordinativno vlogo v oskrbi svojih pacientov, ne glede na to, kje se pacient v določenem trenutku zdravi. K sodelovanju v to mrežo okrog pacienta je potrebno pritegniti tudi neodvisne organizacije, ki zastopajo pacientove pravice.

Poseben izziv predstavlja vse večja obremenitev kadrov z administrativnimi deli, za kar jim je potrebno zagotoviti ustrezno podporo

3.5. Zagotavljanje razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti

Strokovni vrh osnovne zdravstvene dejavnosti potrebuje tako kot vse druge specialnosti v medicini in zdravstvu potrebuje svojo krovno institucionalizirano obliko na nacionalni ravni, da bo lahko skrbel za uveljavljanje tehnoloških, organizacijskih in strokovnih novosti v prakso na organiziran način. Na tak način bo možno sistematično in nadzorovano vpeljevanje novosti v osnovno zdravstvo, da bo to področje v zdravstvenem sistemu lahko sledilo razvoju ostalih strok.

4. PREDNOSTNE AKTIVNOSTI

Za uveljavljanje naštetih usmeritev in doseganje postavljenih ciljev se bodo v sistemu zdravstvenega varstva v Sloveniji prednostno uvedle konkretne rešitve, ki bodo predstavljale osnovo za nadaljnji razvoj osnovne zdravstvene dejavnosti. Ključni elementi razvoja osnovne zdravstvene dejavnosti v Sloveniji v prihodnosti bodo tako

- vpeljevanje celovitega modela obravnave bolnikov preko referenčnih in mentorskih/učnih ambulant družinske medicine,
- nova vloga zdravstvenega doma,
- informatizacija dela ambulante družinske medicine,
- sprememba financiranja ambulant družinske medicine,
- sistematično uvajanje kakovosti v ambulante družinske medicine,
- imenovanje krovne nacionalne inštitucije za osnovno zdravstvo oz. družinsko medicino,
- razvoj mreže mentorjev.

4.1. Referenčne ambulante družinske medicine

Referenčne ambulante družinske medicine so ambulante, v katerih delajo timi, ki so že sedaj v mreži javnega zdravstvenega sistema in so strokovno na visoki ravni. Gre za nadgrajen način dela z že opredeljeno populacijo bolnikov. Njihov način dela temelji na celoviti obravnavi bolnikov, delu v skladu s protokoli vodenja kroničnih bolnikov, celoviti preventivi, doseganju kazalnikov kakovosti, strokovno optimalni rabi laboratorijskih storitev, opravljanju čim več storitev in posegov na primarni ravni ter izvajanju določenih aktivnosti s strani diplomirane medicinske sestre v skladu z njenimi pristojnostmi in odgovornostmi. Referenčne ambulante družinske medicine bodo delovale tako v javnih zavodih kot tudi pri koncesionarjih. Cilj teh ambulant je povečanje kakovosti, varnosti in stroškovne učinkovitosti obravnave bolnikov preko prenosa dela s sekundarne na primarno raven. V skladu s sprejetimi usmeritvami bodo v naslednjih letih vse obstoječe splošne ambulante prešle na ta način dela in od takrat ne bomo več govorili o »referenčnih« ambulantah družinske medicine v primerjavi s splošnimi ambulantami, temveč le še ambulantah družinske medicine.

4.2. Učne ambulante družinske medicine

Učne ambulante družinske medicine so ambulante, v katerih bo samostojno delal specializant družinske medicine pod vodstvom mentorja, opredeljeval bolnike in imel lastni delovni prostor. Ambulante bodo prostorsko ločene od ambulante mentorja. Specializant bo ustvarjal svoj seznam bolnikov. Nosilec dejavnosti mu bo zagotovil srednjo in diplomirano medicinsko sestro ter s ambulantne prostore. Normativ učne ambulante družinske medicine bo enak normativu referenčne ambulante družinske medicine s korekcijo plače zdravnika specialista glede na veljavne predpise, medtem ko bo ostali del enak, saj bo nosilec učne ambulante družinske medicine dolžan zagotavljati nemoteno kontinuirano oskrbo vpisanih bolnikov ne glede na trenutni raspored specializanta. Vsebina dela v taki ambulanti bo enaka delu referenčnih ambulant, ko gre za vodenje kroničnih bolnikov v skladu s protokoli, ustvarjanje registrov in proaktiven pristop k preventivi. Z zaključkom specializacije

bo taka učna ambulanta lahko postala nov tim na področju družinske medicine, s pripadajočim programom in finančnimi sredstvi, ki ji bodo zagotavljala nemoteno delovanje, enako kot vsaki drugi že obstoječe ambulante na področju družinske medicine.

4.3. Delovni pogoji

Brez dodatnih ambulant na primarni ravni, s katerimi se bomo približali povprečju EU, ne moremo pričakovati, da bo strategija krepitve primarne ravni uspešna. Trenutno je zdravnik družinske medicine preobremenjen s številom obravnav bolnikov, z administrativnimi opravili in z opravljanjem nujne medicinske službe. Zaradi tega je izpostavljen visoki stopnji izgorevanja, kar vodi v nižjo pričakovano življenjsko dobo, še zlasti zdravnic, in demotivira mlade zdravnike, da bi se odločili za ta poklic. Dodatno oviro predstavlja nižji izhodiščni plačni razred specialista družinske medicine v primerjavi z drugimi specialisti.

S spremembo zakonodaje in kolektivne pogodbe je potrebno zagotoviti zdravnikom na primarni ravni večjo fleksibilnost pri izbiri delovnega časa, ločiti opravljanje nujne medicinske službe od redne ambulantne dejavnosti, vsaj izenačiti izhodiščni plačni razred z drugimi specialisti in s spremembo pravilnikov prenesti večji del administrativnih obremenitev na druge kadre.

4.4. Nova vloga zdravstvenega doma

V nacionalni strategiji zdravstvenega varstva ima zdravstveni dom še vedno osrednjo vlogo, ki pa jo je treba na novo opredeliti glede njegove odgovornosti za populacijo, ki jo oskrbuje, in glede njegovih ostalih funkcij, ki jih mora izpolnjevati.

Zdravstveni dom bo tudi v prihodnje ohranil in krepil svojo koordinativno funkcijo. Vsi izvajalci zdravstvenih storitev z določenega geografskega območja naj bi se preko zdravstvenega doma povezovali pri zagotavljanju zlasti kompleksnejših storitev osnovnega zdravstvenega varstva.

Razdelitev dela znotraj zavoda je stvar organizacije dela, njena velikost organizacije pa bi morala biti prilagojena potrebam okolja. Vpeljan bo moral biti sistem kakovosti in celovito obvladovanje kakovosti kot način vodenja. Vse dejavnosti sekundarne ravni naj bi se organizacijsko izločile iz zdravstvenega doma kot poslovnega subjekta. Organiziranost zdravstvenega doma bi morala zagotavljati sožitje zasebnih in javnih organizacij.

4.5. Informatizacija

Brez ustrezne informacijske podpore v moderni medicini ni več možno delati na način, ki bi omogočal nadzor kakovosti in obsega dela. Žal se v Sloveniji soočamo z zastarelim informacijskim sistemom, ki v osnovni zdravstveni dejavnosti predstavlja veliko oviro za razvoj. Kakovostna obdelava podatkov je najpomembnejše orodje zdravnika na primarni ravni za čim boljši nadzor pri vodenju svojih pacientov in s tem varnost, kakovost in celovitost obravnave. Uvesti je potrebno sodoben elektronski zdravstveni karton, ki omogoča hitro obdelavo lastnih ambulantnih podatkov in nadzor nad kakovostjo lastnega dela ter omogoča kakovostno odločanje.

V okviru projekta eZdravje bodo izdelane smernice standardne informacijske opreme ambulant. Elektronski karton vključno z e-receptom, e-napotnico, e-odpustnico, e-naročanjem, e-laboratorijem in teleradiološkimi povezavami mora postati standard za informacijsko podporo pri zdravnikovem delu. Cilj bi moral biti nacionalni zdravstveni karton bolnika.

Telemedicina, na primer pozna kar nekaj odgovorov na izzive staranja populacije in predstavlja možnost vzpostavitve dolgoročno ekonomsko vzdržnega zdravstvenega sistema in dostopnost do zdravstvenih storitev. Omogoča zmanjševanje povprečnega števila bolnišničnih dni, zmanjševanje števila hospitalizacij, možnost paliativne oskrbe na domu, spremljanje kroničnih bolnikov na domu, koncept neodvisnega staranja, konzultacije (drugo mnenje) itd., zato ga bo v prihodnje potrebno ustrezno finančno ovrednotiti, da se bo lahko izvajal kot del odkupa zdravstvenih programov.

Informatizacija delovnih mest bo hkrati omogočila plačevanje dela tudi po merilih kakovosti in ne le po količini opravljenega dela.

V ta namen je potrebno zagotoviti tudi ustrezno izobraževanje zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev.

4.6. Sprememba financiranja

Spremenjeno delo v osnovni zdravstveni dejavnosti terja tudi spremembo načina financiranja te dejavnosti. Potrebno je vpeljati sistem financiranja, ki bo podpiral strategijo »denar sledi bolniku«, ki bo ustrezno financiral celovito timsko obravnavo bolnika in dodatno nagrajeval količino in kakovost opravljenega dela.

Model financiranja je potrebno dinamično prilagajati glede na izzive sistema zdravstvenega varstva in mora v današnjih razmerah podpirati:

- prenos zdravstvene obravnave s sekundarne na primarno raven,
- trajno in celovito obravnavo kroničnih bolnikov,
- izvajanje primarne in sekundarne preventivne dejavnosti,
- uvajanje in uporabo protokolov obravnav,
- racionalno napotovanje na sekundarno raven,
- racionalno predpisovanje zdravil,
- nagrajevanja v skladu z rezultati dela;
- dodatno nagrajevanje za delo v nedostopnih in podhranjenih področjih,
- delovanje učnih in referenčnih ambulant družinske medicine,
- delovanje sistema zdravnikov mentorjev,
- financiranje krovne nacionalne inštitucije strokovnega vrha primarni ravni.

4.7. Projekti kakovosti

Zdravniki – mentorji

Ker je poudarek Strategije na višji ravni kakovosti dela, se načrtuje vpeljavo sistema »zdravnikov mentorjev« za področje osnovne zdravstvene dejavnosti, ki kot koordinatorji kakovosti na regijski ravni sodelujejo z zdravniki in ustanovami pri izboljševanju kakovosti dela. Za to delo bi morali biti razbremenjeni dela v ambulantni in vključeni v krovno nacionalno inštitucijo za primarno raven. Zdravniki mentorji bi imeli naslednje naloge:

- spremljanje podatkov o kakovosti dela,
- nadzor kakovosti obravnave,
- uvajanje sprejetih finančnih omejitev iz Pravil v prakso in nadzor njihovega izvrševanja skupaj z ZZS,
- vpeljevanje modelov za izboljšanje izobraževanja zdravnikov,
- poročanje krovni inštituciji,
- svetovanje kolegom in timom
- sodelovanje z vodstvi ustanov.

Prek zdravnikov mentorjevbi se bo usklajevalo tudi sodelovanje med primarno in sekundarno ravno v regiji. Zdravniki mentorji bodo v skladu z usmeritvami nacionalne krovne inštitucije družinske medicine pripravljali strokovne predloge za izboljšanje dela na osnovni ravni, kar bi bilo izhodišče za dogovarjanje med naročniki in plačniki zdravstvenih storitev (npr. prenos obravnave, uvajanje novih programov in podobno). Nadzor nad zdravnikovim delom naj bi potekal celovito pod okriljem nacionalne krovne inštitucije družinske medicine. V ta namen je treba izdelati celovito metodologijo preverjanja kakovosti in izdelati kazalce kakovosti,. Kakovost dela je treba vpeljati v sistem financiranja osnovne zdravstvene dejavnosti.

Projekti kakovosti

Na državni ravni se uvede »projekte kakovosti«, ki bi bili namenjeni uvajanju sprememb v sistem zdravstvenega varstva preko razpisov za razvojne projekte o kakovosti v osnovni zdravstveni dejavnosti.

4.8. Krovna inštitucija

Razvojna krovna inštitucija za osnovno zdravstveno dejavnost je nujna, ker bo podpirala razvoj osnovne zdravstvene dejavnosti. Naloge te inštitucije bi bile prvenstveno podpora zdravnikom pri kakovostnem odločanju preko metod svetovanja, razvoj smernic in uveljavljanje programov zagotavljanja kakovosti. Inštitut bi deloval kot partner zdravstveni politiki v smislu razvijanja strokovnih standardov in skrbel za strokovni razvoj posameznih služb ali zdravnikov. Inštitucija bi imela za nivo osnovne zdravstvene dejavnosti – družinsko medicino – enak status, kot ga imajo terciarne ustanove za druge specialnosti. Na enem mestu bi združevala vse dejavnosti, kot jih druge terciarne inštitucije (razvoj, raziskovalna dejavnost, izobraževanje). Inštitucija bi bila izvajalec specializacije iz družinske medicine, ki bi jo formalno odobraval zbornica, ki bi tudi zadržala odločanje o dodelitvi specializacij. Glede na »bližino« občanov bi se vključevala tudi v dejavnosti za večjo zdravstveno ozaveščenost in vzpodbujala skrb za lastno zdravje državljanov in zdravstvenih delavcev.

Inštitucija bo bdela nad mrežo učnih in referenčnih ambulant družinske medicine, predstavljala učno

bazo za specializacijo iz družinske medicine, in organizirala podiplomsko izobraževanje za zdravnike primarne ravni z različnimi aktivnimi (krožki kakovosti, učne delavnice) kakor tudi pasivnimi (kongresi, predavanja) oblikami izobraževanja. Na tak način bi zagotovili strokovno povezanost razpršenih ambulantj (v javnih zavodih in zasebnih ambulantah) in strokovno podporo celotnemu sistemu na osnovni ravni. Hkrati bi skrbela tudi za sistematično uvajanje novih tehnologij in inovacij v osnovno zdravstveno dejavnost.

4.9. *Ukrepi na področju izobraževanja*

Dodiplomsko izobraževanje v Sloveniji relativno ustrezno odgovarja potrebam osnovne zdravstvene dejavnosti. Kljub temu bo potrebno še okrepiti sodelovanje z obema medicinskima fakultetama.

Vsebina in dolžina specializacije v delu kroženja po bolnišničnih oddelkih je potrebna prenove. Nove generacije specializantov vstopajo v sistem specializacij brez predhodnega dela v ambulantah družinske medicine. Zato je treba nadgraditi model specializacij tako, da bo specializant, ki bo zaposlen v osnovnem zdravstvu, »bolnišnični« del kroženja opravljal tako, da se bo le manjši del časa usposabljal na sekundarni ravni, večji del pa v ambulanti družinske medicine.

Z ustreznim vodenjem razpisa specializacij in drugimi spodbudami je nujno zagotoviti zasedbo razpisanih specializantskih mest v osnovni zdravstveni dejavnosti. To še posebej velja za okolja, kjer je zanimanja za zasedbo specializantskih in delovnih mest manj.

Vzpodbuditi je potrebno diplomante MF za odločanje za specializacijo iz družinske medicine tudi z ustreznim nagrajevanjem, ki mora biti primerljivo z drugimi kliničnimi strokami.

Na ravni stalnega strokovnega izpopolnjevanja je potrebno spodbuditi prehod od zbiranja točk pretežno na kongresih k učenju na podlagi osebnega načrta izobraževanja pod mentorstvom in vključevanjem v projekte izboljševanje kakovosti dela. Osebni načrt izobraževanja naj bi postal standardni način stalnega strokovnega izpopolnjevanja.

V programu stalnega izobraževanja bo potrebno podati tudi smernice za izobraževanje zdravnikov družinske medicine za vodilne položaje (direktorji, strokovni vodje, vodje služb, predstojniki ipd).

4.10. *Ukrepi na področju nadgradnje preventivne dejavnosti*

Preventivna dejavnost predstavlja temelj kakovostne moderne zdravstvene oskrbe na primarni ravni. To dejavnost izvajajo različne stroke, vsaka s svojim področjem delovanja in usposobljenostjo. Preventiva se izvaja v sodelovanju med javnozdravstvenimi inštitucijami (zavodi za zdravstveno varstvo, IVZ), zdravstvenimi domovi, zdravstvenimi timi in posameznimi izvajalci. Do sedaj delitev pristojnosti ni bila dovolj jasna, zato preventiva ni bila tako učinkovita, kot bi lahko bila. Obenem je treba povedati, da je tradicija preventive v slovenskem zdravstvu zelo močna.

V prihodnje je treba okrepiti sodelovanje med zavodi za zdravstveno varstvo in zdravstvenimi domovi zlasti na področju primarne preventive. Zdravstvenim timom je potrebno omogočiti, da bodo imeli na voljo službe, ki bodo poskrbele za sistematično zdravstveno vzgojo pri spremembah življenjskega

sloga pri že razvitih kroničnih boleznih in pri višji ogroženosti zaradi njih. Posameznim izvajalcem je treba ponuditi izobraževanja na tem področju, zlasti na področju kratkih intervencij. Veliko večjo vlogo je treba nameniti medicinskim sestram, ki so se na tem področju že dokazale.

5. Potrebne spremembe predpisov

Za doseganje ciljev strategije razvoja bo potrebno predvsem v Zakonu o zdravstveni dejavnosti na novo opredeliti vlogo zdravstvenega doma in hkrati omogočiti državi, da bo lahko bolj neposredno vplivala na izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti. Že sedaj ugotavljamo, da občine niso usposobljene za kreiranje in izvajanje zdravstvene politike. Prenesti je treba vsaj del pristojnosti na državo.

Zakonodaja mora omogočati specializantom družinske medicine, da lahko že v času svoje specializacije opredeljujejo bolnike, za katere skrbijo samostojno pod nadzorom mentorja. S takim načinom dela bo specializant takoj na začetku specializacije samostojno začel voditi bolnike, za svoje delo bo strokovno odgovarjal in hkrati sistematsko v sodelovanju z mentorji pridobival znanja, ki jih mora osvojiti, s svojim podpisom pa mu usposobljenost potrjuje mentor.

Nosilec zdravstvene dejavnosti je sicer zdravnik, vendar je potrebno sprejeti pravno podlago, ki bo drugim profilom zdravstvenih delavcev omogočala samostojno izvajanje določenih zdravstvenih storitev, poleg zdravstvene nege in patronažnega zdravstvenega varstva tudi na področju zdravstvene vzgoje, izvajanje dispanzerske metode dela, obravnavo stabilnih kroničnih bolnikov, izvajanje posegov, za katere je mogoče izdelati standarde oz. smernice ali klinične poti.

6. Spremljanje izvajanja strategije

Spremljanje izvajanja Strategije je nujno potrebno, če želimo, da bo Strategija uspešna. Zaradi tega je treba sprejeti eno- / dvoletne akcijske načrte, v katerih se opredeli nosilce in aktivnosti, ki jih je potrebno izvesti, časovni okvir in vire za uresničitev posameznega cilja. V akcijskem načrtu je treba določiti kazalnike za spremljanje, kako se strategija uresničuje. Za potrebe spremljanja je potrebno pooblastiti ali ustanoviti inštitucijo, ki bi redno poročala Vladi RS o poteku izvajanja strategije in katere gradiva bi obravnaval Zdravstveni svet.