

Predlog Strategije razvoja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni zdravstvenega varstva do leta 2031

Komentar RSK za javno zdravje

1. marec 2024

Predlog Strategije večinoma ustrezno identificira ključne sistemske izzive, ki so vzrok večini najbolj perečih težav primarne ravni. Ob tem večinoma upošteva priporočila Svetovne zdravstvene organizacije in predloge strokovnih organizacij, ki so bile vključene v proces priprave strategije od leta 2015 dalje.

Podpiramo, da so kot prioriteta prepoznane potrebe pacientov oziroma prebivalcev, ki koristijo storitve primarne ravni zdravstvenega varstva. Prepoznane in večinoma naslovljene so tudi potrebe zdravstvenih izvajalcev na primarni ravni.

Pozdravljamo vizijo, vrednote in načela strategije, kjer je primarno zdravstveno varstvo prepoznano kot ključni steber zdravstvenega varstva.

Ugotavljamo pa nekaj pomembnih pomanjkljivosti.

SPLOŠNE PRIPOMBE

1. Menimo, da v uvodu manjka SWOT analiza, kjer bi vendarle, tudi z navedbo podatkov, orisali prednosti, slabosti, priložnosti in grožnje ob sedanjem sistemu.
2. Zdravstveno varstvo žensk in MDPŠ sta v zadnjih letih precej nedorečeni dejavnosti, v besedilu Strategije pa sta navedeni tako, kot da ne bi bilo nobenih problemov.
3. Kot pri mnogih drugih dokumentih pogrešamo seznam avtorjev dokumenta. V Sloveniji se zelo radi skrivamo za organizacijo v vlogi avtorja, prevzemati pa bi morali tudi odgovornost na osebni ravni.
4. Strukturno bi se dokument dalo izboljšati - na strani 15 je opredeljenih pet strateških ciljev in prvi štirje so v nadaljevanju razdelani (prvi na straneh 15-18, drugi na straneh 18-19, tretji na straneh 19-22 in četrti na straneh 22-24), medtem ko petega, usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo, ni najti. Prav tako so na strani 15 opredeljene nujne spremembe za doseganje teh ciljev, ki jih je prav tako pet. Ponovno so razdelane le prve štiri, peta, spremembe na področju raziskovalne dejavnosti pa ne.
5. Na strani 15 naštetih cilji se ne skladajo popolnoma z naslovi poglavij, ki predstavljajo cilje in predloge aktivnosti (konsistentnost!)
6. Najpomembnejša pomanjkljivost je skoraj popolno umanjkanje konkretnega načrta implementacije strategije, z akcijskim načrtom izvedbe konkretnih ukrepov, s časovnico, odgovornim nosilcem in virom financiranja. Predlagamo, da se strategija dopolni s poglavjem

o njeni implementaciji, kjer naj se navedejo organizacijski mehanizmi, viri sredstev in okvirni načrt implementacije za vse navedene aktivnosti. Doda naj se tudi Akcijski načrt za dvo-letno obdobje. Zgolj določeni kazalniki in kratek odstavek o spremljanju izvajanja strategije ne dajejo nade, da se Vlada RS iskreno zavezuje k implementaciji strategije. Želimo trdnejšo zavezo in navedbe konkretnih mehanizmov za implementacijo.

SPECIFIČNE PRIPOMBE PO CILJIH

7. Cilj 1: **zagotavljanje dostopnosti** - pri tem cilju je v dokumentu zapisano, da se ob rastočih zdravstvenih potrebah prebivalcev soočamo z izzivom, kako vsem omogočiti dostop do kakovostne in pravočasne zdravstvene obravnave zaradi omejenih finančnih, kadrovskih in infrastrukturnih virov. O tem se govori že zelo dolgo in vedno v enakih okvirih – samo v okvirih zdravstvenega sektorja. Menimo, da bi moralo javno zdravje spodbuditi razmišljanje izven teh okvirov in opozoriti na nujno medsektorsko porazdeljevanje bremena. Predlagamo dodatno aktivnost – opozarjanje, da se brez vzpostavitve medsektorskega porazdeljevanja odgovornosti za stanje na področju zdravja prebivalstva Slovenije, dolgoročno ne bo moglo reševati problemov PZV oz. celotnega sistema ZV, saj determinante fizičnega (v Sloveniji predvsem grajenega okolja s prometno ureditvijo na čelu) in družbenega okolja prispevajo 75-85 % k negativnemu zdravju. Posodobitev mreže je lahko največ srednjeročna rešitev problema.
8. Cilj 2: **Opolnomočenost in vključenost posameznikov** – dvig zdravstvene pismenosti je nujen, saj rezultati raziskave, ki jo je NIJZ objavil v letu 2022, kažejo, da je splošna zdravstvena pismenost prebivalcev, starih 18 let ali več v Sloveniji najmanj problematična pri skoraj 50 %. Žal v poročilu opazovani izidi niso razčlenjeni po starosti in stopnji izobrazbe. Prepričani smo, da je zdravstvena pismenost v različnih skupinah glede na starost in izobrazbo različna. Velika pomoč PZV bi lahko bili prostovoljni medgeneracijski svetovalni centri v lokalnih skupnostih, v katerih bi lahko zainteresirani posamezniki našli rešitev – mlajši bi lahko pomagali pri dvigu digitalne zdravstvene pismenosti, primerno izobraženi starejši pa pri dvigu splošne. Prej kot npr. uvedba različnih oblik avtomatiziranega obveščanja, bi lahko pomagala spodbuditev uvedbe medgeneracijskega svetovalnega centra v lokalni skupnosti.
9. Cilj 3: **Celovita in integrirana obravnava pacienta** – čuti se premik k bolj celostnem pristopu v PZV, a menimo, da premalo eksplicitno. Na prvem mestu med točkami Aktivnosti 3 bi bilo zelo pomembno zapisati zavesten prehod iz selektivnega h komprehenzivnemu (celostnemu) pristopu na ravni PZV. Fran Baum in njena raziskovalna skupina, ki se v Avstraliji že dolga leta ukvarjajo s tem problemom, so v študiji, ki so jo v BMJ objavili leta 2017 (5-letno spremljanje razlik med komprehenzivnim in selektivnim PZV) zapisali, da je obvladovanje kroničnih bolezni sicer ključnega pomena glede na naraščajoče breme le-teh, vendar je kratkovidno načrtovati sistem PZV samo za ta namen. Komprehenzivni model nudi skupnosti številne prednosti. Vključevanje skupnosti v upravljanje in načrtovanje zdravstvenih storitev pomaga zagotoviti, da se le-te odzovejo na potrebe skupnosti. Osredotočenost na preventivo in spodbujanje dobrega počutja v PZZ je pomembna sestavina zmogljivosti zdravstvenega sistema za preprečevanje bolezni. Zapišejo še, da PZV, ki ima selektivni pristop (se osredotoča na ljudi z boleznijo, ki zahteva visoko tehnološke zdravstvene storitve), zdravstveni sistem nastavi, da teče neskončno, kot podgana na kolesu, ker ni možnosti, da bi lahko zajezili tok v kategorijo kroničnih bolezni.

Sodelovanje med različnimi ravnmi ZV je zelo pomembno, pri čemer pa se morata zavedati tega obe strani. Zato bi bilo pomembno, da bi med točkami Aktivnosti 4 bila vključena še točka o potrebnosti uvedbe profila koordinatorja odpusta na ravni SZV in TZV za stalno komunikacijo s PZV. Njegovo učinkovitost je pokazala intervencijska (eksperimentalna) študija, ki je bila narejena na Golniku, rezultati pa objavljeni v letu 2013. Študija je pokazala, da posredovanje koordinatorja zmanjša tako število ponovnih hospitalizacij zaradi KOPB kot hospitalizacij na splošno.

10. Cilj 4: **Kakovostna in varna zdravstvena obravnava** – kakovost in varnost v zdravstveni oskrbi je nesporno izjemnega pomena, a zavedati se je potrebno, da smo zdravstveni delavci le ljudje in ljudem se pripetijo tudi napake. Da bi se zmanjšalo verjetnost za pojav napak, bi bilo med načine sistematičnega spremljanja in izboljševanja kakovosti ter varnosti vključiti tudi instrument supervizije (podobno kot je to pri psihoterapevtih), kjer bi se imeli mladi specialisti možnost posvetovati s starejšimi kolegi in prediskutirati kritične situacije, saj bi se s tem stopnji kakovosti in varnosti gotovo zvišali. Po psihologinji Sonji Žorga je supervizija posebna učna, razvojna in podporna metoda, ki omogoča posamezniku, da z lastnimi izkušnjami prihaja do novih strokovnih in osebnih spoznanj, da integrira praktične izkušnje s teoretskim znanjem, se razbremeni napetosti in stresov in kontinuirano izgrajuje svojo strokovno identiteto. Žorgova dodaja še, da supervizija posamezniku pomaga pri iskanju lastnih rešitev v zvezi s problemi, pri ozaveščanju možnih in dejanskih vlog ter odgovornosti in dolžnosti, ki jih določeno delo prinaša. Prav tako posamezniku omogoča svobodno iskanje lastnih rešitev ter spoznanje in soočanje samega sebe s težavami. Supervizija torej ni nadzor, pač pa možnost krepitve poklicnega »sense of coherence« (občutka koherentnosti) s tem morda lahko zmanjšal pritisk velike odgovornosti na ravni PZV in bi mladi raje vstopali v specializacijo družinske medicine kot sedaj. Pri tem bi morali opredeliti tudi, kdo je lahko supervizor. Ena od možnosti je, da bi to vlogo imeli določeni starejši kolegi, ki bi bili ob tem razbremenjeni dela s pacienti.
11. Cilj 5: **Usmerjenost v preventivno zdravstveno varstvo** – ni opisa in predvidenih aktivnosti.

SPECIFIČNE PRIPOMBE PO NUJNIH SPREMEMBAH

12. Nujne spremembe 1: **Vodenje in upravljanje izvajalcev na ravni PZV** – za kvalitetno postavljeno strategijo je nujno razumeti razliko med upravljanjem in vodenjem. Upravljanje je namreč proces določanja pravil in predpisov, medtem ko je vodenje - management proces njihovega izvajanja. Upravljanje zagotavlja, da se organizacija upravlja na način, ki je v skladu z njenimi cilji in vrednotami (oz. upravljanje pove, kaj je potrebno delati), nasprotno pa vodenje-management zagotavlja, da se organizacija vodi učinkovito (oz. management ve, kako se tisto, kar je treba delati, naredi dobro). Torej je upravljanje pred vodenjem in v naslovu bi svetovali izraza zamenjati.

Predlagano strukturo pod točko a Aktivnosti 6 bi bilo zelo smiselno dopolniti tako, da bi eksplicitno izražala, da se naj bi le-ta ukvarjala z upravljanjem PZV na nacionalni ravni, to je npr. s procesom določanja nacionalnih prioritet v nekem časovnem obdobju. Premisliti bi bilo smiselno tudi to, ali je postavitve v okviru MZ najboljša rešitev, če se želi strategija oddaljiti upravljanje od trenutne politike in s tem zagotoviti dolgoročnost. Pri Aktivnosti 6 je pod točko c potrebno razčistiti še, kaj so avtorji mislili pod »...javno

zdravstvenim zavodom...« - ali gre za javne zdravstvene zavode ali javnozdravstvene zavode, kar je različno.

13. Nujne spremembe 2: **Financiranje PZV** – PZV v Sloveniji bi dali poseben status, če bi se ta del ZV popolnoma financiralo iz proračunskih sredstev, s čimer bi država zagotavljala nemoteno delovanje PZV.
14. Nujne spremembe 3: **Kadrovski viri in ustrezni delovni pogoji** – pri Aktivnosti 11 svetujemo dodati dodatno točko – priprava novih normativov, ki bi vsebovali uteži glede na različne značilnosti pacientov (npr. glede na starost, težo bolezni, število bolezni), ki jih obravnava posamezni strokovnjak na ravni PZV.
15. Nujne spremembe 5: **Raziskovalna dejavnost** – ni opisa in predvidenih aktivnosti.
16. Pogrešamo bolj konkretne predloge za reformo upravljanja javnih zdravstvenih zavodov (zdravstvenih domov). Menimo, da so Sveti zavodov v sedanji obliki zastareli, neprofesionalni, dopuščajo preveč vpliva politike (lokalne in nacionalne) v upravljanje ustanov in so kot taki škodljivi. Predlagamo uvedbo licenciranja članov svetov zdravstvenih zavodov.
17. Pozdravljamo napoved uvajanja več managerske avtonomije pri vodenju zdravstvenih ustanov (Aktivnost 6), vendar tudi tukaj pogrešamo zahtevo za višjo strokovno usposobljenost managerjev. Revidirati bi bilo treba tudi proces izbire in imenovanja direktorjev, da bi zmanjšali vpliv lokalnih političnih interesov.
18. Potreben je razmislek, da bi po priporočilu SZO upravljanje zdravstvenih domov konsolidirali in prenesli na regijsko (ali nacionalno) raven. Lastništvo poslopij bi ob tem ostalo v lasti občin. Menimo, da bi bila najprimernejša raven upravljanja zdravstvenih ustanov regijska raven, za kar bi potrebovali usklajene statistične regije, zdravstvene regije in regije ZZZS.
19. Predlagamo ukinitve podeljevanja koncesij kot 'dovoljenj' občine ali ministrstva za sklenitev pogodbe z ZZZS. ZZZS naj samostojno, glede na potrebe nacionalne mreže izvajalcev zdravstvenega varstva na primarni ravni, sklepa pogodbe z izvajalci (ki izpolnjujejo zahteve za opravljanje zdravstvene dejavnosti).
20. Omogoči naj se najem prostorov v zdravstvenih domovih zasebnim izvajalcem v javni mreži (sedaj imenovanim koncesionarjem), da se zapolni prazne kapacitete zdravstvenih domov.
21. Pri zagotavljanju virov sredstev je potrebno zagotoviti večji delež financiranja storitev iz proračuna, da se zmanjša morebiten vpliv gospodarskih kriz na prihodke zdravstvene blagajne in se vire sredstev za zdravstvo zaščitijo pred finančnimi tveganji.
22. Za vse nove zdravnike specialiste na primarni ravni naj ZZZS zagotovi programe za njihovo takojšnjo zaposlitev. Zdravnikom, ki so pripravljene delati na primarni ravni (zlasti pediatrom in ginekologom) naj se omogoči možnost kombiniranega dela (torej tudi v bolnišnici ali terciarni ustanovi – mladi zdravniki so ambiciozni in teh ambicij z delom na izključno primarni ravni ne morejo uresničiti, zato se za delo na primarni ravni ne odločijo, če le obstaja možnost dela na sekundarni ali terciarni ravni).

23. Ureditev plačne politike, da se možnosti nagrajevanja zaposlenih v zdravstvenih domovih izenači z možnostmi nagrajevanja pri zasebnih izvajalcih. Zaposlenim v javnih zavodih naj se omogoči priložnosti za dodatno delo tudi v matični ustanovi, s primerno plačano pogodbo. Jasno naj se določi, kaj in koliko mora tim opraviti v rednem delovnem času za osnovno plačo. Dodatno delo (vključno z nadomeščanji odsotnosti drugih timov) naj bo ustrezno dodatno plačano.
24. Omogočiti delovna mesta s polovičnim delovnim časom (npr. za upokojene zdravnike ali mlade zdravnike z majhnimi otroki).
25. Na področju kakovosti pogrešamo več poudarka na osebni odgovornosti zdravstvenih strokovnjakov za izide obravnav, pri čemer jih je potrebno podpreti z enostavnimi orodji, ki bodo omogočala medsebojne primerjave med izvajalci, kar bo vodilo k stalnemu izboljševanju kakovosti dela (s pomočjo digitalno-generiranih real-time kazalnikov kakovosti).
26. Pogrešamo bolj izpostavljen pomen digitalizacije, ki naj predvsem olajša delo v ambulanti. Potreben je celosten pristop k pripravi za primarno raven specifičnih kazalnikov kakovosti klinične obravnave, kazalnikov managerskega vodenja ustanov ter kazalnikov uspešnosti zdravstvenega sistema. Pri razvoju IT orodij za primarno raven manjka ukrep za zagotovitev analize podatkov in pripravo vizualno enostavno uporabnih kazalnikov kakovosti klinične obravnave in kazalnikov uspešnosti zdravstvenega sistema.
27. Pogrešamo večjo vidnost zdravstvene vzgoje kot temeljne dejavnosti zdravstvenih domov, ki je osnovni gradnik promocije zdravja in preventivnega zdravstvenega varstva, pa tudi način za doseganje zdravstvene pismenosti. Pozdravljamo, da ima zdravstvena pismenost pomembno mesto v strategiji, vendar menimo, da ne more v celoti nadomestiti zdravstvene vzgoje. Menimo, da je uvajanje laičnih svetovalcev kot del zdravstvenega sistema korak nazaj in ne naprej – prenos kompetenc (in odgovornosti) naj se najprej usmeri na zdravstvene delavce.
28. Kroženje specializantov drugih specialnosti na primarni ravni naj bo obvezno za vse specializante.
29. Spodbude za poučevanje (mentorsko delo) naj bodo stimulatивne in atraktivne (in ne le pro forma).
30. Potrebno je zagotoviti tesnejše sodelovanje med inštitucijami na lokalni ravni – socialno delo, šolstvo, občina – v predlogu se sicer omenja delavce (aktivnost 3-d), vendar bi bilo potrebno zavezati inštitucije, ne posameznike.
31. Preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog na ravni PZV – avtorji strategije zapišejo, da obstaja poseben Akcijski načrt na področju drog za leti 2024-2025, ki sledi smernicam Resoluciji o nacionalnem programu na področju prepovedanih drog 2023–2030 (ReNPPD23–30), zato ne navajajo specifičnih aktivnosti na tem področju. Za to področje se je potrebno zavedati, kaj programi zmanjševanja škode sploh so – ne da zmanjšujemo škodo le uživalcem drog, temveč, tudi, da je pri tem ne povzročamo prebivalstvu v katero umeščamo programe zmanjševanja škode. Centralizacija programov lahko povzroči tudi veliko neugodnosti – na Metelkovi v Ljubljani se zbirajo uživalci drog, ki niso samo iz območja Ljubljane, temveč tudi iz mest okoli Ljubljane (Domžale, Kamnik – zapisniki sestankov delovne

skupine ZD LJ, MOL, uživalcev drog in prebivalcev na Metelkovi in Kotnikovi), tudi po opravljeni terapiji, posledica česar je koncentracija uživalcev in razpečevalcev drog ter onesnaževanje z odvrženimi iglami. Sami ozdravljeni uživalci drog pri tem izražajo potrebo po tem, da bi bili programi bolj decentralizirani, da bi bili manj opazni v splošnem prebivalstvu.

UKREPI, KI JIH JE MOGOČE IZVESTI TAKOJ IN NI POTREBE, DA SE JIH NAVAJA V STRATEGIJI:

- pooblastilo ginekologom na primarni ravni za vodenje bolniškega staleža,
- do 3-dni bolniškega staleža brez zdravniškega potrdila,
- širitev pooblastil specialistom na sekundarni in terciarni ravni za celovito obravnavo pacienta vključno z napotovanjem k drugim specialistom, brez vračanja na primarno raven po napotnice,
- več možnosti diagnostične in terapevtske obravnave pacientov na domu. Dodatno plačilo nekaterih manj konvencionalnih storitev, ki pa so za paciente izredne vrednosti, da se jim prihrani hospitalizacija.

Člani Razširjenega strokovnega kolegija za javno zdravje

prof. dr. Vesna Zadnik, Onkološki inštitut Ljubljana, predsednica

dr. Vesna Viher Hrženjak, Nacionalni inštitut za javno zdravje, članica

prof. dr. Lijana Zaletel Kragelj, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, članica

doc. dr. Tit Albreht, Nacionalni inštitut za javno zdravje, namestnik predsednice,

doc. dr. B Mateja Krajc, Onkološki inštitut Ljubljana, članica

mag. Pia Vračko, WHO, članica