

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

Novo mesto, 19. in 20. oktober 2007

**ALI JE V SLOVENIJI RES PREMALO ZDRAVNIKOV – KAKO
NAPREJ?***Dorjan Marušič*

Ul. Vojke Šmuc 12, 6000 Koper

Človeški viri so za zdravstvo temeljne determinante zdravstvenih sistemov in njihovih storitev. Predstavljajo največji in najdražji prispevek v zdravstveni sistem, saj so vir, ki ga je najtežje razviti.¹

Uvod

Večina raziskav javnega mnenja postavlja zdravje za najpomembnejšo vrednoto prebivalcev Slovenije. Trg delovne sile z zdravniki je problem strokovne, politične in laične javnosti, saj je zdravstveno varstvo pomembno področje socialne države in varnosti. Število zdravnikov je bilo v preteklih 50 letih načrtovano glede na vpisna mesta na Medicinski fakulteti (MF) in priliv iz bivših republik Jugoslavije. Po osamosvojitvi se je stanje na področju razpoložljivosti virov razgallilo v vsej svoji jasnosti, saj je načrtovanje premalo upoštevalo demografske trende, razvoj novih tehnologij in zdravljenj, učinkovitosti dela ter pričakovanj prebivalstva. V prihodnosti bo ob vsem tem potrebno graditi multidisciplinarnе ekipe, izvesti prenos nekaterih del na druge zdravstvene kadre in doseči racionalnejšo izrabo visoko specializiranih strokovnjakov.

Zgodovina

Število zdravnikov se je v preteklosti načrtovalo plan-sko v odvisnosti od števila vpisnih mest na edini slovenski MF. Pomanjkanje zdravnikov se je reševalo z občutnim prilivom iz bivših republik Jugoslavije. Tako se je po osamosvojitvi pomanjkanje zdravstvenega kadra končno razgallilo. Tudi v zadnjih 10 letih prejšnjega tisočletja je veljal »sistem zaprte škatle«, kjer se je število zdravnikov načrtovalo z omejevanjem vpisa na Medicinsko fakulteto v Ljubljani. Vpis je bil skoraj nespremenjen, kar je pomenilo do največ 160 diplomantov letno. Ob tem se je tudi v Sloveniji postopno povečeval delež diplomantk. V zadnjih letih se je njihov delež približal dvema tretjinama. Pomanjkanje kadra se je zapolnjevalo s prilivom zdravnikov/študentov iz bivših republik Jugoslavije, ki so tako leta 2001 predstavljali skoraj četrtno vseh zdravnikov v Sloveniji. Sam Nacionalni program zdravstvenega varstva – zdravje za vse do leta 2004 – (NPZV 2004) je kot

edini strateški dokument s področja zdravstva začrtal restriktivno kadrovsko politiko. Zaradi finančne vzdržnosti zdravstvenega sistema naj se zdravstveni kader ne bi povečeval, obstoječe zmogljivosti naj bi se le vzdrževale. Do leta 2004 naj bi tako v Sloveniji imeli 2,2 zdravnika na 1000 prebivalcev, torej za 0,03 na 1000 prebivalcev manj kot leta 1997.

Leta 2005 je bilo v Sloveniji po podatkih Inštituta za zdravje 4692 zdravnikov s povprečno starostjo 45,5 leta (moški 47,8, ženske 43,7). Pri specialistih je mediana starost zdravnikov 51 let, pri zdravnicah pa 48 let. Mlajših od 34 let je le približno 1,5 % vseh specialistov. Kar 56 % (2546) je bilo žensk. Starost v 75. percentilu pa je bila 59 pri moških in 55 let pri ženskah. Do leta 2007 naj bi se upokojilo 767 zdravnikov (23,5 %). Število zdravnikov je v zadnjih letih naraščalo z 1,1-odstotno povprečno letno rastjo, kar je bistveno manj kot v večini držav Evropske unije (EU). Glede na povprečje števila zdravnikov v EU, kjer je 3,2 zdravnika na 1000 prebivalcev, bi lahko preprosto sklenili, da v Sloveniji primanjkuje 1800 zdravnikov. Tak preprost sklep je zanimiv, zanesljivo pa ne upošteva zmogljivosti, učinkovitosti in produktivnosti zdravstvenega sistema.

Izzivi

Vsi zdravstveni sistemi se soočajo z iskanjem ravnovesja med finančno vzdržnostjo in naraščajočimi potrebami po zdravstvenih storitvah. Ob tem je potrebno poudariti, da se vse pogosteje z vzdržnostjo v zdravstvenih sistemih želi vsaj zadržati, morda celo izboljšati obstoječo raven kakovosti, varnosti in dostopnosti javnih storitev v sprejemljivi obliki. V tem smislu se želi preseči sama finančna vzdržnost.

Naraščajoče potrebe po zdravstvenih storitvah bodo pomembno zaosttrili demografski in epidemiološki pritisk, nagli razvoj medicinske tehnologije, ustrežnejše vrednotenje kakovostno opravljenega dela in večja osveščenost prebivalstva. Do leta 2025 se bo delež starejših od 65 let v Sloveniji povečal iz sedanjih 15 na 22,8 %, do leta 2050 pa bo z 31,2 % višji kot v EU. Temu primerno se bo povečalo breme kroničnih, nalezljivih bolezni in pričakovanja vse bolj osveščene-

ga prebivalstva. Napovedi o 3- do 5-odstotnem letnem porastu obravnav na različnih ravneh zato niso pretirane, prej realne. Večletne napovedi bremena razvoja medicinske tehnologije so nevhvaležna, predvsem pa dvorezna naloga. Nemogoče si je namreč predstavljati učinkovitega in kakovostnega zdravstvenega varstva brez sprotnega vrednotenja, vpeljevanja in ocenjevanja novih načel diagnostike in zdravljenja. Zanesljivo pa vemo, da so izdatki za nova zdravila v letu 2004 predstavljali 2 % (6,5 MIO €) izdatkov za zdravila, do leta 2011 pa naj bi narasli na 8 % (50 MIO €). Ob tem je pričakovati zahteve zdravstvenega kadra po višjih plačah ali ustrenejšem vrednotenju kakovostno opravljenega dela. To je v celotnih zdravstvenih izdatkih leta 2002 znašalo 60 % ali 20 % več kot pred desetimi leti, vendar tudi do 10 % manj kot v nekaterih državah EU!

Ravnovesje bo ob današnji togosti zdravstvenega sistema s sprejetim plačnim sistemom, pomanjkanju jasne strategije in težnje po samostojnosti ob omejenih finančnih sredstvih izjemno težko dosegljivo. Po napovedih UMAR naj bi ob nespremenjeni zdravstveni politiki leta 2010 javni izdatki za zdravstvo znašali 6,7 % BDP. Leta 2006 pripravljene projekcije prihodkov in (ob izjemno učinkoviti porabi tudi) odhodkov ZZZS so znašale 6,0 %. Delež javnih izdatkov iz državnega in lokalnih proračunov se v zadnjih letih ni pomembno spremenil, zato je realno napovedati 0,4 % porabe v BDP v letu 2010. Upošteva se zahteve ob sprejemu Konvergenčnega programa v letu 2005, da bo financiranje zdravstva potekalo brez spremembe prispevne stopnje in brez primanjkljaja, se ponujata dve napovedi. Manjkajoči delež bo potrebno zagotoviti z dvigom stroškovne učinkovitosti izvajalcev ali iz zasebnih virov. V nasprotnem primeru bo Slovenija edina država v EU s padajočim deležem BDP za zdravstvo.

Dileme

Ponudba in povpraševanje

Ob povprečno 160 diplomantih Medicinske fakultete letno se je po vstopu v EU v Sloveniji zaposlilo 17 zdravnikov ali pod 6 letno. Ob tem je od leta 2002 imigriralo še 188 zdravnikov zunaj EU ali v povprečju okrog 36 letno. To seveda nikakor ne pokrije potreb po zdravnikih. Ob zadnji anketi med izvajalci v javni zdravstveni mreži naj bi bilo potrebnih dodatnih 970 zdravnikov, po projekcijah Zdravniške zbornice Slovenije pa 517. Potrebe se razhajajo, oboje zelo od povprečja EU. Ob vseh teh projekcijah pa niso bile upoštevane nacionalne prioritete glede epidemioloških podatkov, obolenosti in umrljivosti.

Učinkovitost in produktivnost

V zdravstvenih sistemih je učinkovitost, ki predstavlja razmerje med vrednostjo vnosa in produkta, pogosto sinonim za produktivnost. Pri slednji gre za vrednost produkta na časovno enoto ali izvajalca. Merjenje in predstavljanje produktivnosti in učinkovitosti je potrebno, vendar pomanjkljivo ali celo nevarno brez vzporednega spremljanja kazalcev kakovosti in

varnosti obravnave. Zadnje primerjave med bolnišnicami so na nekaterih primerljivih specialnostih znotraj akutne obravnave pokazale celo do 50 % večjo produktivnost ali obremenitev povprečnega zdravnika. Odklone je težko razložiti, še manj jih upravičita veljavni plačni sistem in nagrajevanje.

Ruralnost, razvitost in atraktivnost

V Sloveniji živi polovica populacije v urbanih, druga polovica pa v ruralnih naseljih. V prvotni petnajsterici EU pa naj bi v povprečju kar 80 % prebivalstva živele v urbanih naseljih. Zagotavljanje ustreznega števila zdravnikov v ruralnih okoljih predstavlja izziv, saj je potrebno z aktivno zdravstveno politiko odpravljati vzroke nezainteresiranosti za delo v teh okoljih. Strokovna literatura poudarja manj priložnosti za socializacijo, zahtevnejšo demografijo, težje delovne okoliščine ter neodvisnost oziroma samostojnost pri reševanju urgentnih situacij. NPZV 2004 je predvidel, da naj bi se razlike med slabše in bolje preskrbljenimi območji z zdravniki in zobozdravniki postopoma zmanjševale do odklona do +/-10 % s prelivanjem. Na območjih s slabo preskrbljenostjo naj bi se število povečalo na račun območij, kjer presegajo ciljne standarde. Načelo je razumljivo ob dejstvu, da se mora število celo zmanjšati. Vprašljivi pa sta smotrnost in izvedljivost. Ciljni odklon pa zanesljivo ni pravičen, saj bi dovolil dobrih 20 % razlik.

V predlog NPZV do 2011 naj bi se pri načrtovanju javne zdravstvene mreže aktivno odpravljali negativni vidiki ruralnih ambulant. Izenačevanje naj bi potekalo ob upoštevanju števila prebivalcev s starostno strukturo, gravitacije prebivalstva iz ali v sosednje občine, gostota poseljenosti (velikost občine) ter fizična dostopnost do izvajalca (povprečna oddaljenost do najbližjega izvajalca po cesti). Ob tem so navedeni nacionalni in lokalni ukrepi za dvig interesa za delo v ruralnih okoljih. Ob dodatnem vrednotenju zahtevnosti okoliščin dela zaradi otežene dostopnosti in demografskega stanja bo na podeželju potrebna tudi pomoč pri urejanju bivanjskega problema s finančnimi stimulacijami (npr.: štipendije, krediti). Pri samem sistemu razdeljevanja sredstev bi bilo potrebno ločiti kurativne (glavarina obtežena z demografskimi in geografskimi kriteriji) in preventivne storitve (po opravljenem obsegu storitev) ob uvedbi geografske korekcije. Območja bi se razdelila v tri kategorije po povprečnem času potovanja z osebnim avtomobilom do najbližjega izvajalca kot dobra, slabša in slaba dostopnost.

Privseh ukrepov pa je pomembna postopnost in vztrajnost. Ob tem pa ne gre spregledati novih pristopov mlajše generacije zdravnikov. V EU naj bi kar 7 % diplomantov Medicinske fakultete iskalo zaposlitev zunaj zdravstvenih ustanov z neposrednim delom z bolniki, določene specialnosti so zaradi težjih delovnih pogojev nezasedene, mladi zdravniki si želijo bistveno več prostega časa. Ob tem ne gre spregledati feminizacije zdravstva. Kar 60 % diplomantov naj bi bilo zdravnic, pri čemer v EU do 70 % žensk dela manj kot polni delovni čas. Zato bo v bodoče potrebno predvsem učinkovito izenačevati različne pogoje dela!

Projekcije števila zdravnikov do leta 2020

Demografske značilnosti zdravniške populacije kot tudi sedanja preskrbljenost z zdravniki nakazujejo, da bo prišlo v prihodnjih 15 letih do velikih nihanj pri zagotavljanju ustreznega števila zdravnikov. Težave bodo že pri zagotavljanju obstoječega števila, kar seveda ne vključuje morebitne širitve dejavnosti ali povečanega povpraševanja. V starostnih razredih 60 do 64 in nad 65 let starosti je skupaj 375 aktivnih zdravnikov, ki so vsi na meji izpolnitve pogojev za upokojeitev ali pa so jo že dosegli. V prihodnjih dveh letih bo izpolnilo pogoje za upokojeitev še 542 zdravnikov. Med zdravniki, starejšimi od 65 let, ki jih je skupno 890, jih je za polni delovni čas zaposlenih le 87 ali 9,8 % (od tega le 6 žensk). Pogodbeno je zaposlenih 64 upokojenih zdravnikov, kar pa je ob skupnem številu zdravnikov zanemarljivo.

Med petimi projekcijami, ki so bile pripravljene za predstavitev na Zdravstvenem svetu spomladi leta 2002, je bila kot najbolj primerna izbrana tista, ki predpostavlja najbolj kompromisno projekcijo med vsemi. Za to projekcijo so bila uporabljena naslednja izhodišča in podmene:

- Do leta 2010 naj bi se nadaljevalo nespremenjeno upokojevanje, kar pomeni nekoliko hitreje kot po dokončni uveljavitvi pokojninske reforme. Po letu 2010 pa naj bi bilo upokojevanje počasnejše. Do izraza bodo prišle spremembe, ki se nakazujejo že danes, na primer povečanje deleža žensk zaradi podaljševanja efektivne delovne dobe.
- Izrazito povečanje števila študentov medicine za 320 do 350 študentov, kar je 60 do 70 % več kot danes.
- Srednjeročni primanjkljaj treh generacij diplomantov medicine ali 400 do 500 zdravnikov brez upoštevavanja rasti povpraševanja. Ta dejavnik je nujno potrebno upoštevati, saj država s stopnjo razvitosti Slovenije ne more obvladovati zdravstvene problematike brez vsaj 1 % realne letne rasti povpraševanja.
- Realna letna rast povpraševanja po zdravstvenih storitvah je 1 %. Realizirana realna rast okrog 0,5 % v 90. letih je nerealna v prihodnjem obdobju.

Izkazalo se je, da bi morali v prvem desetletju novega tisočletja za sledenje naštetim trendom poleg drugih ukrepov povečati tudi načrten in načrtovan uvoz zdravnikov, in sicer okrog 50 letno. Ti zdravniki bi v Sloveniji morali tudi ostati, saj bi samo tako zagotavljali vzdrževanje določenega števila. Ob koncu prvega desetletja bi imeli tako v Sloveniji 700 zdravnikov več kot danes, v drugem desetletju pa bi se njihovo število povečalo še za 300. Tako bi sledili navedeni rasti povpraševanja.

Rešitve

Večino odgovorov in rešitev, tudi napačnih, bo prinesel čas. Zanesljivo pa bo potrebno pri načrtovanju zdravstvenega kadra uporabiti nove organizacijske, tehnološke in pravne pristope.

Potrebno bo proučiti možnost uvedbe prožnejšega načina zaposlovanja in nagrajevanja. Poznani so številni modeli, kar ob jasnih ciljih olajša izbiro. Obstaja možnost uvedbe različnih oblik notranjega podjetništva, skrajšanega delovnega časa, podaljšanja delovne dobe, uvedbe nadurnega dela, delnih zaposlitev, pogodbenega dela ... Med organizacijskimi ukrepi je možno izvesti horizontalno in vertikalno združevanje specialnosti, dejavnosti in izvajalcev. Promovirati in pospeševati bo potrebno izgradnjo multidisciplinarnih timov. Ne gre spregledati priporočila Sveta Evrope o poklicnem izobraževanju o prenosu enostavnih opravil in posegov delokroga zdravnikov na druge pomožne profile. To omogoča racionalno izrabo vseh med delom pridobljenih znanj izvajalcev zdravstvene oskrbe, zmanjša pritisk na strokovnjake in poveča stroškovno učinkovitost. Tako so že poznani radiografisti, optometristi, kardiografisti, dentalni higieniki ... Pomembno spremembo bo prinesla informatizacija z mreženjem in telemedicino.

Sklep

Na trgu delovne sile v zdravstvu, predvsem zdravniške, je bilo torej ključnega pomena plansko načrtovanje, ki se je prilagajalo predvsem finančnim zmogljivostim države. V ključnem dokumentu NPZV do leta 2004, ki je ob temeljnih zdravstvenih zakonih postavljala temelje in izhodišča razvoja na nacionalni ravni, se je zapisalo zmanjševanje števila zdravstvenega kadra. V bodoče bo potrebno pri načrtovanju števila zdravnikov upoštevati demografske trende, razvoj novih tehnologij in zdravljenj, učinkovitosti dela in pričakovanj prebivalstva. Pri vzpostavljanju multidisciplinarnih timov se bodo lahko prenašala nekatera dela na druge zdravstvene kadre, s čimer se bodo še bolj racionalno izrabili visoki specializirani strokovnjaki.

Viri

1. Rechel B, Dubois C-A, McKee M, eds. The Health Care Workforce in Europe. Learning from experience; European observatory on health systems and policies 2006. Geneve: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.
2. Nacionalni program zdravstvenega varstva v RS – zdravje za vse do leta 2004.
3. Albreht T. Analiza profesionalne demografije zdravnikov in zobozdravnikov v Sloveniji 1986 do 1995 z ocenami za obdobje 1996 do 2010. Zdrav Vestn 1999; 68: 647–53.
4. Šelj B, Albreht T. Umrljivost zdravnikov v Sloveniji v letih 1985 do 1999. Zdrav Vestn 2000; 69 Suppl 1: I-47–I-53.
5. Bela knjiga – Zdravstvena reforma, junij 2003. Ljubljana: Ministrstvo za zdravje; 2003.
6. Možina S, Jereb J, Florjančič J, Svetlik I, Jamšek F, Lipičnik B, et al. Management kadrovskih virov. Ljubljana: Fakulteta za družbene vede; 1998.
7. Dubois C-A, McKee M, Nolte E, eds. Human resources for health, European observatory on health systems and policies 2006. Geneve: World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.
8. Analiza podatkov produktivnosti in kakovosti, 2006. Interni dokumenti. Ministrstvo za zdravje.