

Zdravniško delo v Sloveniji ali Pripovedka o jari kači

Workload of Slovenian physicians –
A story with no beginning and no end



Saša Markovič

V današnji številki ZV objavljamo analizo časovnih obremenitev slovenskih družinskih zdravnikov,¹ ki dopolnjuje že v letu 2005 objavljene delne podatke iste študije² in je pomembna. Analiza, ki je predstavljena v ZV, je bila kot raziskava napravljena pred več leti. Vendar, ali so ti podatki danes še enaki?

Podobne analize potekajo v številnih državah organizirano in se ponavljajo na 2–3 leta. V Kanadi, ZDA, Angliji, na Nizozemskem, Danskem, Švedskem in v drugih državah izvajajo ankete strokovna združenja ali posebne profesionalne ekipe, njihove izsledke pa uporabljajo načrtovalci zdravstvenih politik.³⁻⁷

V pričujočem prispevku so avtorji natančno opisali, kaj dela družinski zdravnik in koliko časa za to porabi. Takšen podatek je pomemben in bi ga kazalo uporabiti, saj v Sloveniji še vedno uporabljamo t. i. zeleno knjigo, ki dobiva zaradi starosti že antikvarično vrednost. Seveda pa je količina opravljenega dela in porabljeni čas zanj lahko samo mera za razporejanje zdravnikov in načrtovanje kadrov. Takšni podatki so, ob sočasnem upoštevanju zbolewnosti, števila prebivalstva in njihove demografske slike v določeni regiji, osnova za načrtovanje sprememb pri številu zdravnikov in njihovi strukturi.

Raziskovalci so poudarili tudi razlike v »storilnosti«² posameznih zdravnikov. Čeprav to vemo že vrsto let, pa nikogar posebej ne zanima. Vsi podatki, ki so že tudi v preteklosti nakazovali razlike, so se uporabljali

izključno za žuganje zdravnikom in grajo t. i. »nesposobnemu srednjemu managementu – (beri zdravnikom predstojnikom in vodjem)«. Podobne razlike so v Združenem kraljestvu ugotovili leta 1989,⁷ našli vzrok in ukrepali. Že vrsto let angleški zdravniki podpišejo z delodajalcem NHS, ki je ob enem tudi državna zavarovalnica, individualno pogodbo, v kateri je predpisan obseg in vsebina dela, ki naj ga zdravnik opravi v času, ki ga zakupi NHS. Ali bolj razumljivo: v sodelovanju s Kraljevim združenjem angleških zdravnikov so izdelali normative, ki jih spreminjajo na nekaj let in služijo tudi razporejanju zdravnikov ter s tem potrebam državljanov in dostopnosti do zdravstvene oskrbe.⁸

V naslednjih 10–20 letih se bo zaradi staranja populacije in naraščanja patologije povečala potreba tako po zdravnikih kot po sorodnih negovalnih poklicih. Ker je izobraževanje kadrov v zdravstvu dolgo in traja pri zdravnikih v povprečju 13,5 let, je potrebno planiranje vsaj za 20 let naprej. S sistematičnim načrtovanjem kadrov v zdravstvu se na ravni države Slovenije ne ukvarja nihče, pač pa se to v celoti prepušča profesionalnim, vendar interesnim združenjem in zainteresiranim posameznikom. V Sloveniji se še vedno nismo zbudili iz kolektivne blodnje, da nam bodo ta problem uredili sposobni menedžerji in sistem izposoje zdravnikov. Napovedana demografska slika prebivalstva v Sloveniji, katerega del smo tudi zdravniki, utegne biti ob takšnem načinu razmišljanja usodna.

Poleg Ministrstva za zdravje bi morale načrtovanje in razvoj človeških virov v zdravstvu zanimati tudi tiste, ki zdravstvo financirajo, saj so osebni dohodki 60 % do 70 % vseh stroškov v zdravstvu.⁹ Vendar tudi njih ne zanima. Zanima pa menda splošno javnost, koliko zaslužijo posamezni zdravniki. Iz tega velikokrat nastane škandal. Takrat se celo utegne kdo izmed nas znajti na naslovnih časopisov.

Stik bolnikov z družinskimi zdravniki je vstopna točka v zdravstveni sistem, saj se v njihovih ordinacijah začenja popotovanje bolnikov po naših zdravstvenih ustanovah. Skozi svoje strokovno sito družinski zdravniki »dozirajo« obravnavo na drugih dveh ravneh. Zato je v vseh državah prav vloga družinskih zdravnikov, njihovo število in način dela poglavitni interes zdravstvenih politik. Enakomerna in pravilna razporeditev zdravnikov, predvsem družinskih, je ključna za dostopnost do zdravstvene oskrbe, deklarirane pravice državljanov, o kateri imamo vsi, še posebej pa politiki, polna usta.

V Sloveniji nismo zmogli v 20 letih samostojne države izdelati niti obstoječe mreže zdravnikov, popraviti napake iz preteklosti in ugotoviti, ali to vpliva na dostopnost do zdravstvene oskrbe in kako. Slišati je samo o denarju, ki ga kronično primanjkuje, o zgredjenih gradnjah, koruptivnih javnih naročilih, o cenah zdravil, nič pa o ljudeh. Vendar so zdravstvo samo ljudje; tisti, ki potrebujejo strokovno pomoč in tisti, ki jim jo lahko nudijo. »Sve su ostalo nianse«, če uporabim refren iz pesmi Djordja Balaševića.

Zanimivo bi bilo vedeti, kdaj bomo prekinili izposojajo zdravnikov in začeli sistematično, na državni ravni, načrtovati in razvijati človeške vire v zdravstvu. Razumevanje, načrtovanje in racionalna izraba zdravnikovega časa so še posebej potrebni zaradi nizkega števila zdravnikov v Sloveniji. Prvi korak k temu je zanesljivo potrebno ugotoviti, kaj v resnici delamo v primerjavi s tem, kar mislimo, da delamo, izdelati standarde in uporabiti vso razpoložljivo metodologijo za načrtovanje prihodnosti. Vse države, vključno s Svetovno zdravstveno organizacijo in OECD, opozarjajo na pomembnost človeških virov,¹⁰⁻¹² in prav vse države imajo po-

sebne in zelo močne oddelke za načrtovanje in razvoj kadrov v zdravstvu.¹³⁻¹⁶

Kako pa je v Sloveniji? Posebnega oddelka za razvoj kadrov na pristojnem ministrstvu nimamo, niti nič ne kaže na to, da bi obstajala želja po njegovi ustanovitvi. Pravzaprav se moram popraviti. Od danes, 1. junija 2012 dalje, bo Minister za zdravje nadziral izposojajo zdravnikov. Pri tem mu bo v veliko pomoč posvetovalni organ, ki ga v večini sestavljajo izposojeni strokovnjaki v kak zasebni zavod.

V preteklosti smo zdravniki sicer izdelali normative za sekundarno in terciarno raven, vendar, kot je slišati glasove z Ministrstva za zdravje, so normativi »out«. Danes je »in« ocenjevanje kakovosti zdravnikovega dela in za to ocenjevanje bomo izdelali natančna merila. In tako bomo spet začeli znova, minila bodo 4 leta, prišel bo nov minister z novimi in še sodobnejšimi idejami in spet se bomo polni navdušenja lotili dela, saj gre vendar za »našo stvar«. V vmesnem času pa bomo za vsak slučaj vseeno spremljali »storilnost« zdravnikov s pogodbenim najemanjem in plačevanjem zunanjih strokovnjakov, ki bodo objektivno registrirali delo, saj zdravnikom, ki sami zapisujemo svoje delo, res ne gre verjeti. Verjamejo jim lahko le naivni potomci Vikingov, Indijancev, Arboriginov in vseh ostalih manj razvitih rodovnih skupnosti. V slovenskem zdravstvu pa uporabljamo učinkovitejše orodje. Probleme s kadri v zdravstvu urejamo z evidence prisotnosti z urami in z lizingom zdravnikov. To je sodoben način in vrhunski dosežek uspešnega menedžiranja slovenskega zdravstva.

Očitki o neprimerni izrabi časa in neenakomernih obremenitvah zdravnikov so morda celo upravičeni, vendar tak podatek kliče po sistemskih ukrepih. Seveda pa se ne bo zgodilo nič, ker bi kritiki izgubili še palčko, korenček pa so že tako in tako pojedli. To je pač naša folklor, več Slovenci očitno ne zmoremo.

Ob tem razmišljanju mi spomin nehote uide v otroštvo na neko že skoraj pozabljeno pravljičico ...

»Vendar, če je samo črta, ta kača, kje je potem njen pričetek in kje njen konec?« so se spraševali lovci in sklenili, da jo ujamejo

in izmerijo in tako določijo njen pričetek in konec. A kadar koli so jo poskušali uloviti, vedno se jim je izmuznila zmed prstov in tako je lovce zatekla noč, ko so še kar naprej lovili neulovljivo črto, za katero niso bili popolnoma prepričani, da se ji reče kača. In še jara povrhu.

In ta pripovedka sodi v slovensko narodno izročilo. Oh, how I feel you, Slovenia ...

Literatura

1. Živčec Kalan G, Petek Šter M, Kersnik J. Determinants of family physicians' workload. *Zdrav Vestn* 2012; 81: 461–9.
2. Švab I, Petek Šter M, Kersnik J, Živčec Kalan G. Presečna študija o delu zdravnikov splošne medicine v Sloveniji. *Zdrav Var* 2005; 44: 183–92.
3. Doerr E, Galpin K, Jones-Taylor C, Anander S, Demosthenes C et al. Between-Visit Workload in Primary Care. *J Gen Intern Med* 2010; 25: 1289–92.
4. Schoen C, Osborn R, Doty MM, Squires D, Peugh J, Applebaum S: A survey of primary care physicians in eleven countries, 2009: perspectives on care, costs, and experiences. *Health Aff (Millwood)* 2009, 28: 1171–83.
5. Crossley TF, Hurley J, Jeon SH. Physician labor supply in Canada: a cohort analysis. *Health Econ* 2009; 18: 437–56.
6. Aasland OG, Rosta J. The working hours of general practitioners 2000–2008. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2011; 131: 1076–80.
7. Thomas K, Birch S, Milner P, Nicholl J, Westlake L, Williams B. Estimates of general practitioner workload: a review. *J Royal College of General Practitioners* 1989; 39: 509–13.
8. Royal College of physicians dostopno na <http://www.rcplondon.ac.uk/resources/2009-census-key-findings-obiskano> 31.5. 2012.
9. Bloor K, Maynard. A Planning human resources in health care: Towards an economic approach. An international comparative review. <http://www.hrhresourcecenter.org/node/274>.
10. Models and tools for health workforce planning and projections. WHO 2010. Dosegljivo na <http://www.who.int/hrh/resources/observer3/en/index.html>.
11. Maynard A. Medical Workforce Planning: Some Forecasting Challenges. *The Australian Economic Review* 2006; 39: 323–9.
12. Health workforce project. OECD http://www.oecd.org/document/24/0,3746,en_2649_33929_36506543_1_1_1_1,00.html.
13. Skills for health. <http://www.skillsforhealth.org.uk/>
14. Health workforce portal <http://www.healthcare-workforce.nhs.uk/>
15. Public health care agency Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/php-ppsp/pphw-eng.php>
16. Center for Health Workforce Planning and Analysis http://www.usg.edu/health_workforce_center/