

Ljubljana, 6. 11. 2023

ZADEVA: Javno pismo novi ministrici za zdravje dr. Valentini  
Prevolnik Rupel

Spoštovani,

zadnje mesece v medijih veliko redkeje vidimo prispevke o slovenskem zdravstvu kot pred letom dni in več. Takrat smo se pogovarjali o slabem stanju v zdravstvu, odhodih zdravnikov, pomanjkanju sester, pogajanjih o novem plačnem stebru in drugih težavah. Iskali naj bi tudi rešitve, ureditev zdravstva naj bi bila prioriteta trenutne vlade. Vemo, da Slovenijo in svet zadnje leto pretresajo tragični dogodki, ki jim ni videti konca, kljub temu pa težave v zdravstvu niso izginile. Mladi zdravniki (kljub temu, da se nas včasih poloti pesimizem) smo in bomo vedno opozarjali na težave v slovenskem zdravstvu in tudi predlagali rešitve. Zato je imenovanje nove zdravstvene ministrice primeren čas, da spet spregovorimo.

Najprej bi radi iskreno čestitali dr. Valentini Prevolnik Rupel za imenovanje na tako pomemben položaj. Njeni ukrepi bodo vplivali na naš vsakdan in obravnavo pacientov. Če bodo dobri, lahko veliko ljudem rešijo življenje. Ker je sistem zelo krhek, velja tudi obratno.

Marsikdo se sprašuje, od kje težave v zdravstvu, če pa je pred tridesetimi leti vse "štimalo". Zaradi pomanjkanja zdravnikov so čakalne dobe za nekatere preiskave, posege in specialistične preglede postale izjemno dolge. Vedno več ljudi je brez izbranega osebnega zdravnika, oddelki so zaradi pomanjkanja medicinskih sester in zdravnikov zaprti.

Vsaj delni odgovor na zastavljeno vprašanje je dokaj preprost. Staranje prebivalstva je eden pomembnih dejavnikov za

preobremenjen zdravstveni sistem. Po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije je v tem letu 21,4 % prebivalcev starejših od 65 let, leta 1991 pa je bil njihov delež 11,2 %. To v grobem pomeni, da je danes v starostni skupini nad 65 let približno 200.000 ljudi več kot leta 1991. Plastično lahko predstavimo težavo na izkušnji z lastnimi pacienti. Povprečen človek, star 40 let, potrebuje zdravnika enkrat, največ nekajkrat letno. Po navadi potrebuje obravnavo zaradi okužbe ali poškodbe, nekateri pa tudi že zaradi kroničnih bolezni, kot je povišan krvni tlak. Obravnava takšnih težav je hitra, dokaj poceni in ne zahteva veliko, če sploh kakšno, napotitev iz ambulante družinske medicine k specialistu. Povprečen 70-letni pacient pa ima že veliko več težav. Velikokrat se pojavijo bolj ali manj kronične bolečine v križu, kolkih, kolenih, ramenih, kronične bolezni (npr. arterijska hipertenzija, hiperlipidemija, sladkorna bolezen, srčno popuščanje,...), ki so lahko že težko vodljive, večja je pojavnost rakov, hujših okužb in še bi lahko naštevali. Zaradi večih bolezni naraste tudi potreba po preiskavah (npr. ultrazvok srca, trebuha, koronarografija, scintigrafija srca, magnetna resonanca različnih sklepov, kolonoskopija, gastroskopija ...) ter zdravil, ki morajo biti tudi močnejša in velikokrat dražja.

Drug pomemben razlog je napredek medicine. Včasih je pacient s kronično bolečino v križu opravil rentgensko slikanje hrbtenice, pregled pri ortopedu in prejel zdravila. Danes potrebuje tak pacient še magnetnoresonančno slikanje hrbtenice, lahko prejme igelno zdravljenje (v fasetne sklepe, epiduralno ...), prejme 3 ali več skupin različnih zdravil, lahko je napoten še k fiziatru, na fizioterapijo in v protibolečinsko ambulanto. Drug primer je zdravljenje srčnih bolezni. Danes kardiologi v diagnostične in terapevtske namene uporabljajo ultrazvok srca, CT-angiografijo koronarnih arterij, magnetno resonanco srca, scintigrafijo srca, obremenitveno testiranje in še kaj. Za zdravljenje teh bolezni se skoraj vsako leto pojavi novo zdravilo, tako da se že ob pisanju pisma takoj spomnimo na vsaj 11 vrst zdravil. Podobne primere bi lahko navedli za praktično vse bolezni. Postopno se je zaradi novih zdravil povečalo tudi preživetje kronično bolnih otrok, ki v preteklosti niso dočkali odraslosti. Prav tako se zaradi novih zdravil in možnosti zdravljenja podaljšuje življenjska doba na splošno.

Če pomislite, koliko so se samo zaradi napisanih razlogov v zadnjih 30-ih letih povečale zahteve po preiskavah, posegih in zdravilih, se boste verjetno čudili, kako je možno, da sploh še kaj deluje. Zato ni nenavadno, da je sistem preobremenjen in zmore zagotoviti oskrbo in obravnavo ljudi le še ob izjemnih naporih zdravstvenih delavcev. Le-ti zaradi izgorelosti in preobremenjenosti pač odhajajo. To pa seveda povzroča le še večje obremenitve tistih, ki ostajamo. To tudi pomeni, da zaposleni v zdravstvu le stežka ohranjamo nekakšno ravnovesje in poskrbimo za paciente, kolikor pač lahko.

Delo nove ministrice bo zaradi napisanega izredno težko. Nepremišljena ali slaba odločitev lahko zamaje sistem in poruši obstoječo ravnovesje. Ministrici zato želimo obilo modrosti pri njenem delu ter moči, da se loti sprememb na bolje, hkrati pa jo prosimo, da odločitve sprejema karseda premišljeno, kot bi rekel pokojni dr. Bučar, s tresočo roko.

Na koncu bi radi podali še nekaj skrbi in predlogov.

1. V času prejšnjega ministra, gospoda Bešiča Loredana, je bil sprejet Zakon o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (ZNUZSZS). Po 15. členu tega zakona je država plačala vse storitve, ki smo jih izvajalci izvedli. Ta ukrep je prinesel kar nekaj dobrih stvari. Izvajalci na primarnem nivoju so dobili plačane vse opravljene storitve. Velikokrat se namreč zgodi, da je program, odobren s strani ZZS, izpolnjen že oktobra ali novembra, opravljene storitve v decembru in ev. novembru pa posledično niso plačane, vsaj ne v celoti. S tem zakonom so izvajalci dobili več sredstev, iz katerih so nekateri lahko plačali več laboratorijskih preiskav, nekatere ambulate so lahko kupile ultrazvok ali pa zaposlile dodatnega sodelavca. Poleg tega so postale glede na izkušnje zelo dostopne preiskave, kot so magnetna resonanca, gastroskopija, kolonoskopija in druge – pravočasna diagnostika rešuje življenja. Tudi kirurgi so zaradi dodatnega financiranja opravili več posegov, kot bi jih sicer. Ministrova kritika kasneje je bila, da ukrep ni spodbudil izvajanja bolj zapletenih pregledov in posegov, ki se delajo v bolnišnicah, vendar je bilo to pričakovano in smo na to tudi v

naprej opozarjali. Že stotič lahko zapišemo, da je treba poskrbeti, da bodo tudi bolj kompleksne storitve ustrezno financirane s strani ZZZS ter še eno temeljnih načel sodobne ekonomije – da se mora dodatno delo finančno izplačati tudi zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem in sodelavcem v državnih ustanovah.

2. Do sedaj je bila obravnava veliko bolezni financirana s strani osnovnega zdravstvenega zavarovanja v višini 70 % cene storitve, 30 % pa je krilo dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Dobra stran takšne ureditve je bila, da so dobili izvajalci vedno plačane 30 % cene obravnave s strani dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja in je bilo to plačilo izvedeno tudi, če je izvajalec že dosegel plan, dogovorjen z ZZZS. Sedaj, ko je dopolnilno zdravstveno zavarovanje ukinjeno in bo denar s tega naslova prejerala ZZZS, nas skrbi, da storitve, opravljene preko programa, ne bodo prejele niti 30 % plačila več.
3. Z napredkom medicine in staranjem prebivalstva se povečuje potreba po opravljenih laboratorijskih preiskavah na vseh ravneh zdravstva, tudi primarni. Predlagamo povečanje sredstev za laboratorijsko diagnostiko. Na primarnem nivoju se lahko na ta način zaključi marsikatera obravnava in posledično napotitev v bolnišnico ni potrebna. Takšna preiskava je npr. določitev troponina, ki stane približno 40 €. Ob prsni bolečini mora namreč zdravnik za izključitev srčnega infarkta poleg EKG-ja dostikrat preveriti marker srčne prizadetosti, tj. troponin. Glede na smernice zadostuje enkratna ali pa (v nekaterih primerih) dvakratna določitev vrednosti. Strošek te preiskave bi bil torej 40 oziroma 80 €. Če si izvajalec te preiskave po planu ZZZS ne more privoščiti, zdravnik pacienta napoti v bolnišnico za izključitev srčnega infarkta. To povečuje obremenitev bolnišnice in občutno podraži ter podaljša obravnavo pacienta. Podobnih primerov bi lahko navedli še kar nekaj. Povečanje sredstev za laboratorij na dolgi rok bi zagotovo zmanjšalo stroške in čas obravnave pacienta. Podoben primer preproste izboljšave bi bilo spodbujanje e-posvetov družinskih zdravnikov s specialisti drugih strok, kar bi zmanjšalo napotovanje ter omogočilo pacientu takojšnji nasvet specialista ustrezne stroke. Začeti je treba pri ustreznem finančnem vrednotenju storitev, še vedno pa tak sistem pomeni prihranek za

zdravstveni sistem. Na posameznih področjih medicine so e-posveti že vpeljeni v prakso in odlično delujejo.

4. Ker je zadnje čase govora o učnih ambulantah, moramo Mladi zdravniki povedati, da se nam ne zdijo dobra rešitev. V učnih ambulantah naj bi specializanti družinske medicine opredeljevali svoje paciente in jim bili torej izbrani osebni zdravniki od samega začetka specializacije. Specializant je zdravnik, ki se še uči in ne sme samostojno izvajati vseh pregledov in posegov, le tiste, za katere je že usposobljen. Njegov čas na specializaciji je namenjen učenju in mora biti vedno pod mentorstvom zdravnika specialista. Kdo bo odgovoren, če bo šlo kaj narobe, saj specializant po definiciji še ni usvojil vsega znanja, ki ga program specializacije predvideva? Specializanti družinske medicine tudi krožijo po drugih klinikah (2 leti), enkrat tedensko so pri mentorju, dvakrat mesečno pa opravljajo še obvezne module v Ljubljani. Ves ta čas jih ni v ambulanti. Kdo bo takrat skrbel za paciente? Podobnih dejstev je še več, vsekakor pa učne ambulante niso rešitev za povečano dostopnost do družinskih zdravnikov. Takšnih posegov v potek specializacije pa se sploh ne sme sprejemati brez posveta z odgovornimi zdravniškimi organizacijami na tem področju (Odbor za osnovno zdravstvo Zdravniške zbornice, Katedra za družinsko medicino, Slovensko zdravniško društvo, ...).
5. Potrebno je prisluhniti zaposlenim v javnem zdravstvenem sistemu. Zdravstveni delavci vseh profilov (zdravniki, medicinske sestre, zdravstveni tehniki) zapuščajo medicino zaradi slabih delovnih pogojev, nefleksibilnih delodajalcev in boljših plačil drugje. Ker živimo v demokratični družbi, država zdravstvenih delavcev ne more prisiliti v delo pod njenimi pogoji, saj lahko le-ti odidejo. Zato je potrebno stopiti nasproti ljudem in jim omogočiti tudi delno zaposlitev, nekaterim, ki tako želijo le redno delo, brez dežurstev in podobno. Tu je seveda pomembno tudi plačilo, s katerim zdravstveni delavci še vedno niso zadovoljni. Odhodi zdravstvenih delavcev so najhitrejši način, da javni zdravstveni sistem razpade in se nadaljuje nastanek vzporednega zasebnega zdravstvenega sistema.
6. Nevarna pot v prepad bi bilo tudi povečanje glavarinskih količnikov v družinski medicini, saj povprečen slovenski

zdravnik že sedaj naredi več kot 200 % toliko obravnav, kot bi bilo varno po mednarodnih smernicah. Dovolj časa za bolnika je predvsem v interesu bolnika samega kot družinskih zdravnikov, tudi prihajajočih generacij mladih zdravnikov, ki želijo delati strokovno in varno.

Izzivov in težav je veliko, omenili smo jih le peščico. Upamo, da bomo z njimi vzbudili odločevalce k ravnanju v pravi smeri. Ministrici in njeni ekipi pa želimo modrosti, vztrajnosti in preudarnosti pri vodenju slovenskega zdravstva.

Več naših pobud lahko najdete na naši spletni strani: <https://mladizdravniki.si/objave/>

Mladi Zdravniki Slovenije