



MESTNA OBČINA LJUBLJANA

Ž U P A N

Mestni trg 1, Ljubljana

Številka: 170-17/07-14

Datum: 14.11.2007

**MESTNA OBČINA LJUBLJANA
MESTNI SVET**

ZADEVA:

**PREDLOG ZA OBRAVNAVO NA SEJI
MESTNEGA SVETA MESTNE OBČINE
LJUBLJANA**

PRIPRAVIL:

Mestna uprava Mestne občine Ljubljana
Oddelek za zdravje in socialno varstvo

NASLOV:

Predlog Strategije razvoja varovanja zdravja v Mestni občini Ljubljana od 2007 do 2011

POROČEVALKI:

Tilka Klančar, načelnica Oddelka za zdravje in socialno varstvo
Ana Gazvoda, višja svetovalka Oddelka za zdravje in socialno varstvo

**PRISTOJNO DELOVNO
TELO:**

Odbor za zdravstvo in socialno varstvo

PREDLOG SKLEPA:

Mestni svet Mestne občine Ljubljana sprejme Predlog Strategije varovanja zdravja v Mestni občini Ljubljana od 2007 do 2011

Ž U P A N
Zoran JANKOVIĆ

Prilogi:

- Predlog Strategije razvoja varovanja zdravja v Mestni občini Ljubljana od 2007 do 2011
- Gradivo za pripravo strategije razvoja varovanja zdravja v Mestni občini Ljubljana od 2007 do 2011

O b r a z l o ž i t e v

1. PRAVNI TEMELJ ZA SPREJEM STRATEGIJE RAZVOJA VAROVANJA ZDRAVJA V MESTNI OBČINI LJUBLJANA OD 2007 DO 2011

V 27. členu Statuta Mestne občine Ljubljana (Uradni list RS, št. 66/07 - UPB) so določene pristojnosti Mestnega sveta, da sprejema plane razvoja Mestne občine Ljubljana.

V 21. členu Zakona o lokalni samoupravi (Uradni list RS, št. 94/07 – uradno prečiščeno besedilo) je določeno, da občina samostojno opravlja lokalne zadeve javnega pomena (izvirne naloge), ki jih določi s splošnim aktom občine ali so določene z zakonom.

2. RAZLOGI IN CILJI, ZARADI KATERIH JE AKT POTREBEN

Po ZZVZZ – Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06-UPB3, 114/06 – ZUTPG in 91/07) zdravstveno varstvo obsega sistem družbenih, skupinskih in individualnih aktivnosti, ukrepov za krepitev zdravja, preprečevanje bolezni, zgodnje odkrivanje, pravočasno zdravljenje, nego in rehabilitacijo zbolelih in poškodovanih. Zdravstveno varstvo obsega tudi pravice iz zdravstvenega zavarovanja, s katerimi se zagotavlja varnost v primeru bolezni, poškodbe, poroda ali smrti. Občina in mesto v skladu s svojimi pravicami in dolžnostmi zagotavljata pogoje za uresničevanje zdravstvenega varstva na svojem območju.

Po Zakonu o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 23/05 – UPB2) zdravstvena dejavnost na primarni ravni obsega osnovno zdravstveno dejavnost in lekarniško dejavnost. Zdravstveno dejavnost kot javno službo pod enakimi pogoji opravljajo javni zdravstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe na podlagi koncesije. Osnovno zdravstveno dejavnost opravljajo zdravstveni domovi, zdravstvene postaje in zasebni zdravstveni delavci. Na področju Mestne občine Ljubljana (v nadaljevanju: MOL) jo izvajajo tudi Železniški zdravstveni dom, Študentski zdravstveni dom in Klinični center, ki pa ne sodijo v pristojnost Mestne občine Ljubljana.

Na področju primarnega zdravstvenega varstva je MOL kot lokalna samoupravna skupnost v skladu z zakoni in podzakonskimi akti dolžna organizirati in zagotavljati sredstva za izvedbo naslednjih obveznosti:

1. Izvajanje nalog, ki izhajajo iz Zakona o zdravstveni dejavnosti in Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Zakona o lekarniški dejavnosti, Zakona o pokopališki in pogrebni dejavnosti ter urejanju pokopališč in Zakona o zavodih:
 - financiranje prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje občanov skladno z 21. točko 15. člena ZZVZZ – Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, tj. za državljane RS-Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v RS, ki niso zavarovanci iz drugega naslova;
 - zagotavljanje mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni (osnovna zdravstvena in lekarniška dejavnost);
 - zagotavljanje mrliško pregledne službe;
 - zagotavljanje sredstev za investicije in druge obveznosti, določene z zakonom in aktom o ustanovitvi v skladu s finančnimi možnostmi;
 - podeljevanje koncesij na področju primarnega zdravstvenega varstva (v osnovni zdravstveni in lekarniški dejavnosti);

- izvajanje nadzora nad izpolnjevanjem koncesijskih pogodb;
 - določanje poslovnega časa v lekarnah javnega zavoda in potrjevanje poslovnega časa zasebnih lekarn;
 - zagotavljanje neprekinjene oskrbe z zdravili z obliko dežurstva ali s stalno pripravljenostjo v nočnem času ter ob nedeljah in praznikih.
2. Zagotavljanje sredstev za sofinanciranje dopolnilnih zdravstvenih programov, ki jih izvajajo nevladne organizacije in javni zavodi in sodelovanje z izvajalci teh programov: MOL preko vsakoletnih javnih razpisov Ljubljana zdravo mesto sofinancira zdravstvene programe nevladnih organizacij in dopolnilne programe JZ ZD Ljubljana, ki sicer ne sodijo v mrežo javne službe, jo pa pomembno dopolnjujejo in širijo. S tem vplivamo na razvoj in izbor programov, ki so na voljo zlasti Ljubljančankam in Ljubljančanom. Razvojni in dopolnilni programi, ki se izvajajo v MOL, so za kakovost življenja občanov in občanov posebnega pomena. V naslednjih petih letih bomo veliko pozornost posvetili zlasti aktivnostim, ki bodo ključno vplivale na zmanjševanje ogroženosti meščank in meščanov z rakavimi boleznimi, samomori, boleznimi prebavil in srčno žilnimi boleznimi, s sladkorno boleznijo, za katero umirajo zlasti mlajši in prometnimi nezgodami (za katerimi v MOL umirajo zlasti starejši). Programi bodo namenjeni promociji zdravja in ozaveščanju prebivalstva o zdravem načinu življenja oziroma življenjskega sloga (v zvezi s prehrano, kajenjem, pitjem alkohola, telesno težo, gibanjem, stresom, zdravo spolnostjo ipd.), izboljšanju duševnega zdravja in posledično zmanjšanje tveganja za samomore, izboljšanju dostopnosti in kakovosti zdravstvenega varstva (zagovorništvo, svetovanje in informiranje uporabnikov).

Konec leta 2005 se je iztekla Strategija razvoja primarnega zdravstvenega varstva v Mestni občini Ljubljana do leta 2005, ki smo jo pripravili za obdobje 2000-2005. Strategija je bila načrtovana na osnovi Nacionalnega programa zdravstvenega varstva Republike Slovenije – Zdravje za vse do leta 2004, ki ga je sprejela Vlada RS leta 2000 ter na podlagi zakonskih obveznosti in usmeritev MOL.

Z namenom usmerjene in k ciljem naravnane politike varovanja zdravja na lokalni ravni v naslednjem petletnem obdobju smo pripravili Strategijo razvoja varovanja zdravja v Mestni občini Ljubljana od 2007 do 2011.

3. OCENA STANJA

V preteklem petletnem obdobju smo izvajali Strategijo razvoja primarnega zdravstvenega varstva do leta 2005. Nadaljevali smo z izvajanjem nekaterih že obstoječih programov oziroma projektov in aktivnosti kot npr. s projektom Ljubljana Zdravo mesto, s sofinanciranjem dopolnilnih zdravstvenih programov javnih zavodov in nevladnih organizacij. Poleg tega zagotavljamo zakonske obveznosti: financiranje mrliško pregledne službe na območju MOL, zagotavljanje mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni, podeljevanje koncesij v osnovni zdravstveni in lekarniški dejavnosti, financiranje prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje po 21. točki 15. člena ZZVZZ in druge naloge. Vzpodbudili smo nastanek vrste novih programov (kot npr. ZNMP – Zobozdravstvene nujne medicinske pomoči, ki poteka od leta 2002 v ZD Ljubljana, katere storitev se poslužujejo tudi prebivalci drugih slovenskih občin, Ambulante za osebe brez zdravstvenega zavarovanja, ki prav tako deluje od leta 2002 v okviru ZD Ljubljana, s sofinanciranjem izvajanja SNMP z motorjem, ki se izvaja v okviru SNMP, ki deluje v KC Ljubljana). V letih 2004 in 2005 je v ZD Ljubljana v sodelovanju z MOL potekal projekt Modernizacija patronažne službe v MOL z namenom ugotoviti potrebe prebivalstva MOL po pomoči patronažne in drugih služb. Dosegli

smo razširitev obsega te dejavnosti, saj so v letu 2004 v ZD Ljubljana zaposlili 10 novih patronažnih sester. Projekt je bil zaključen novembra 2005. Na področju investicij smo v letu 2003 zaključili z obnovo ZD Šentvid, kjer smo uredili prijetnejše in bolj funkcionalne prostore, omogočili lažjo dostopnost invalidov do ambulant z ureditvijo klančine ter izboljšali dostopnost uporabnikom z ureditvijo novih parkirišč. V obdobju 2003 do 2005 smo v sodelovanju z ZD Ljubljana pristopili k celoviti obnovi ZD Bežigrad in sicer smo obnovili prostore splošne medicine v 1. nadstropju ZD Bežigrad ter prostore v kleti in klančino za invalide. Na področju podeljevanja koncesij smo vnesli precejšnjo preglednost in enakopravnost kandidatov pri podeljevanju koncesij. V obdobju od leta 2000 do 2005 smo zagotavljali obvezno zdravstveno zavarovanje za povprečno 12.801 zavarovancev mesečno. Od leta 2002 do 2005 je MOL sofinancirala tudi 170 dopolnilnih zdravstvenih programov javnih zavodov in nevladnih organizacij.

Na področju lekarniške dejavnosti je v obdobju 2000 do 2005 pričelo delovati 5 novih lekarn in sicer Lekarna Nove Poljane (leta 2000), Lekarna Prule (leta 2003) in Lekarna Barsos (leta 2003) med zasebnimi lekarnami ter dežurna Lekarna pri Polikliniki (leta 2004) in Lekarna Brdo (leta 2003), ki poslujeta v okviru JZ Lekarna Ljubljana. Na območju MOL je trenutno aktivnih 39 lekarn; od tega 21 lekarn JZ Lekarna Ljubljana, 16 zasebnih lekarn in 2 bolnišnični lekarni (v Bolnišnici dr. Petra Držaja in Lekarna Soča).

Analiza izvajanja Strategije razvoja primarnega zdravstvenega varstva v MOL do leta 2005 je pokazala, da smo cilje dosegli in zadovoljili mnogo potreb občank in občanov MOL. Mnogi od njih potrebujejo dolgotrajno skrb in pozornost, ki je mogoča le ob zagotavljanju trajnih in stabilnih programov.

Pomemben del pretekle strategije je bilo raziskovalno in evalvacijsko spremljanje izvedbe preventivnih zdravstvenih programov, ki je omogočilo boljši vpogled v raven kakovosti storitev in v porabo sredstev. V letu 2003 smo v MOL izdelali evalvacijo in raziskavo Analiza zdravstvenega stanja prebivalcev z oblikovanjem sistema indikatorjev za spremljanje zdravstvenega stanja prebivalcev v Ljubljani ter primerjave s Slovenijo in Evropo. Ta analiza je pokazala, da je potrebno v MOL v prihodnjih letih okrepiti izvajanje preventivnih zdravstvenih programov. Na podlagi rezultatov te analize smo načrtovali usmeritve na področju zdravstvenega varstva za obdobje 2007 - 2011.

Strategija razvoja varovanja zdravja v Mestni občini Ljubljana od 2007 do 2011 je razdeljena v tri sklope:

- Uvod
- Analiza obstoječega stanja na področju varovanja zdravja v MOL
- Usmeritve in aktivnosti za spodbujanje razvoja varovanja zdravja v MOL do 2007 do 2011.

Pred pripravo Strategije razvoja varovanja zdravja v Mestni občini Ljubljana od 2007 do 2011 smo izdelali obsežno Gradivo za pripravo Strategije razvoja varovanja zdravja v Mestni občini Ljubljana od 2007 do 2011, ki je sestavljeno iz naslednjih vsebin:

1. Javno zdravstveni vidiki razvoja primarnega zdravstvenega varstva v MOL,
2. Obstoječe zdravstveno stanje prebivalcev v MOL in primerjava s Slovenijo in EU, Le-ta vsebuje naslednja poglavja:
 - Zdravstveno stanje prebivalcev v MOL
 - Dve primerjalni analizi, izdelani na osnovi podatkov Evropskega statističnega urada (EUROSTAT) in
 - Raziskave »Euro Health Consumer Index 2006«
3. Mreža javne zdravstvene službe v MOL:
 - Osnovno zdravstvo v MOL

➤ Lekarniška dejavnost v MOL.

Pred pripravo usmeritev Strategije razvoja varovanja zdravja v Mestni občini Ljubljana od 2007 do 2011 smo pregledali tudi izsledke dosedanjih raziskav in evalvacij. Na podlagi izkazanih potreb in v skladu s programom župana Zorana Jankovića smo oblikovali prioritetne cilje za naslednjo petletno obdobje.

4. PREDLOG

Mestnemu svetu Mestne občine Ljubljana predlagamo, da sprejme predlog Strategije razvoja varovanja zdravja v Mestni občini Ljubljana od 2007 do 2011.

5. OCENA FINANČNIH POSLEDIC

Natančne ocene finančnih posledic ni možno podati. Glede zagotavljanja sredstev za zakonske obveznosti predvidevamo, da bodo zadostovala sredstva povišana v okviru vsakoletne predvidene rasti cen. Za dopolnilne programe, ki jih izvajajo nevladne organizacije in javni zavodi pa se sredstva določijo v proračunu v okviru finančnih zmožnosti.

PRIPRAVILA:
Ana GAZVODA, univ.dipl.ekon.

NAČELNICA:
Tilka KLANČAR, univ.dipl.psih.

MESTNA OBČINA LJUBLJANA



STRATEGIJA RAZVOJA VAROVANJA ZDRAVJA V MESTNI OBČINI LJUBLJANA OD 2007 DO 2011

Ljubljana, junij 2007

VODJA:

- Tilka KLANČAR, univ. dipl. psih.

AVTORICE:

- mag. Dunja OBERSNEL-KVEDER, dr. med., spec. gin.
- Ana GAZVODA, univ. dipl. ekon.
- mag. Sonja BORŠTNAR, univ. dipl. soc.
- Luka VIDMAR, univ. dipl. soc.
- Biljanka BEOVIĆ-MEJAVŠEK, univ. dipl. polit.
- mag. Irena KIRAR-FAZARINC, dr. med., spec. gin.

**ZUNANJI SODELAVCI IN
INSTITUCIJE:**

- asist. mag. Tit ALBREHT, dr. med., spec. soc. med. in org. zdrav.
- prof. dr. Igor ŠVAB, dr. med.
- asist. dr. Darja FRANKIČ, mag. farm.
- Zdravstveni dom Ljubljana
- Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana
- Lekarna Ljubljana

KAZALO

1. UVOD.....	4
2. ANALIZA OBSTOJEČEGA STANJA NA PODROČJU VAROVANJA ZDRAVJA V MOL.....	7
2.1. ANALIZA ZDRAVSTVENEGA STANJA PREBIVALK IN PREBIVALCEV V MOL.....	7
2.2. ANALIZA MREŽE JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE V MOL.....	11
2.2.1. OSNOVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO V MOL.....	11
2.2.2. LEKARNIŠKA DEJAVNOST V MOL.....	15
2.3. POUKARSKI IZ DVEH PRIMERJALNIH ANALIZ IZDELANIH NA OSNOVI PODATKOV EVROPSKEGA STATISTIČNEGA URADA (EUROSTAT).....	16
2.4. POUKARSKI IZ RAZISKAVE »EURO HEALTH CONSUMER INDEX 2006«.....	18
3. USMERITVE IN AKTIVNOSTI ZA SPODBUJANJE RAZVOJA VAROVANJA ZDRAVJA V MOL.....	20
3.1. USMERITVE IN AKTIVNOSTI ZA IZBOLJŠANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PREBIVALK IN PREBIVALCEV V MOL.....	20
3.1.1. USMERITVE.....	20
3.1.2. AKTIVNOSTI.....	21
3.2. USMERITVE IN AKTIVNOSTI ZA IZBOLJŠANJE DOSTOPNOSTI DO OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V MOL.....	23
3.2.1. USMERITVE.....	23
3.2.2. AKTIVNOSTI.....	24
3.3. USMERITVE IN AKTIVNOSTI ZA IZBOLJŠANJE DOSTOPNOSTI DO LEKARNIŠKIH STORITEV V MOL.....	25
3.3.1. USMERITVE.....	25
3.3.2. AKTIVNOSTI.....	26

1. UVOD

Strategija razvoja varovanja zdravja v Mestni občini Ljubljana (MOL) temelji na dolgoletni organizirani skrbi za boljše zdravje meščank in meščanov ter pozitivnih izkušnjah pri uveljavljanju sodobnih konceptov promocije zdravja in organiziranja zdravstvenega varstva na primarni ravni (v nadaljevanju: ZVPR) ter delovanja in odločanja lokalne skupnosti. Izhajamo pa tudi iz izkušenj, ki smo jih doslej pridobili pri izdelavi zdravstvenih strategij, saj smo že leta 1996 v MOL sprejeli strateške usmeritve na področju organizacije zdravstvene dejavnosti na primarni ravni (v nadaljevanju: ZDPR) in nadaljevali s Strategijo razvoja varovanja zdravja v MOL (v nadaljevanju: Strategija) in nadaljevali s strategijo razvoja ZDPR v MOL, ki jo je sprejel Mestni svet leta 2002.

Strategija temelji tudi na osnovnih načelih učinkovitega delovanja zdravstvenega varstva, prvič zapisanih v Deklaraciji o primarnem zdravstvenem varstvu iz Alma Ate (1978), ki temeljijo na zagotavljanju univerzalnega pristopa do ZVPR za vse ljudi, vključenosti lokalne skupnosti in medsektorskem sodelovanju. Iz tega dokumenta izhaja tudi Ljubljanska listina, sprejeta leta 1996, ki je postavila sodobna načela, ki so bistvenega pomena tudi za oblikovanje Strategije:

- spoštovanje vrednot, kamor sodijo človeško dostojanstvo, pravičnost, solidarnost in poklicna etika,
- usmeritev v ohranitev in promocijo zdravja,
- upoštevanje potreb ljudi in njihovih pričakovanj glede zdravja in zdravstvenega varstva,
- upoštevanje volje in izbire ljudi, da odločilno vplivajo na načrtovanje in delovanje zdravstvene službe,
- izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva, vključno z njegovo stroškovno učinkovitostjo,
- organiziranje splošnega zavarovanja in pravičnega dostopa do potrebnega zdravstvenega varstva za vse ljudi,

- krepitev koncepta ZVPR, ki omogoča, da zdravstvena služba na vseh ravneh varuje in krepi zdravje, izboljšuje kakovost življenja, preprečuje in zdravi bolezni, rehabilitira bolnike ter skrbi za vse tiste, ki trpijo in so neozdravljivo bolni.

Pri izdelavi Strategije smo upoštevali tudi evropske usmeritve, ki zagovarjajo tezo, da le zdravo prebivalstvo lahko uresniči zastavljene socialne in ekonomske cilje blagostanja, solidarnosti in varnosti, kot so zapisane v evropskih dokumentih (Poročilo o modernizaciji socialnega varstva in razvoja kakovostnega sistema zdravstvenega varstva Evropskega parlamenta, A6-0086/2005). Zdravje ključno vpliva na produktivnost ljudi in s tem povečuje blagostanje prebivalstva. Z zmanjševanjem neenakosti v pričakovani življenjski dobi, zdravstvenem stanju in zagotavljanju visoko kakovostnega zdravstvenega varstva lahko vplivamo na solidarnost in večjo kohezivnost prebivalstva. S povezovalnimi aktivnostmi med evropskimi državami zmanjšujemo zdravstvena tveganja in povečujemo tudi varnost.

Strategija postavlja tudi temelje za učinkovito skrb za kakovost življenja naših meščank in meščanov, predvsem za tesno povezanost z ostalimi sektorji v našem mestu po vzoru projekta Svetovne zdravstvene organizacije (WHO) Zdravo mesto. Zdravje ljudi v mestu je namreč celota, na katero vplivajo delovno in bivalno okolje ter socialni, ekonomski in družbeni dejavniki. Pri usmeritvah in načrtovanju aktivnosti ter programov moramo upoštevati holistični vidik zdravja, uporabljati metodologijo, ki jo prinaša projekt WHO Zdravo mesto. Koncept projekta WHO Zdravo mesto je potrebno integrirati ne le v delo na področju zdravstva, ampak ga moramo upoštevati širše pri delu MOL. Dejavnosti MOL je treba povezati med seboj, s četrtnimi skupnostmi, z vladnimi, nevladnimi in znanstvenimi institucijami. Zdravstveni vidik je potrebno vgraditi v strategije socialnega varstva, športa, varovanja okolja, urbanističnega načrtovanja in druga področja. Takšno delovanje bo prispevalo k bolj učinkovitemu celostnemu razvoju mesta.

V Strategiji smo ocenili zdravstveno stanje naših meščank in meščanov in dostopnost do ZVPR. Za dobro oceno velikosti zdravstvenih problemov prebivalcev MOL smo podrobno analizirali desetletno gibanje umrljivosti in obolevnosti, razlike zdravstvenih kazalnikov med ženskami in moškimi in starostnimi skupinami, s posebnim poudarkom na prezgodnji umrljivosti (prebivalcev mlajših od 65 let). Ne glede na velikost problema smo ocenili razlike v umrljivosti in obolevnosti prebivalcev MOL, Mesta Ljubljane¹ (v nadaljevanju: ML), Slovenije in Evrope in opozorili na tiste zdravstvene probleme, ki bolj ogrožajo zdravje naših prebivalcev kot v nekaterih drugih okoljih. Preverili smo tudi stopnjo primerljivosti našega mesta z evropskimi mesti, ki so nam podobna po velikosti in po funkciji glavnega mesta. Na osnovi ugotovitev analiz smo pripravili usmeritve za naslednje petletno obdobje, ki nam bodo pomagale vplivati na kakovost ravni zdravja in ZVPR v MOL. Ker vseh pomanjkljivosti, ki smo jih pri analizah ugotovili, nismo uspeli povsem razrešiti (vpliv dnevnih migracij in opredeljevanja prebivalcev iz drugih občin, neustrezen kazalec preskrbljenosti, ki je opredeljen v vsakoletnih področnih dogovorih²), lahko pričakujemo tudi težave pri uresničevanju teh usmeritev.

¹ To je območje petih ljubljanskih občin pred ustanovitvijo Mestne občine Ljubljane, za katero so se spremljali zdravstveni statistični podatki do vključno leta 2002.

² Področni dogovor je dokument, ki ga vsako leto sklenejo: Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in partnerji, predstavniki institucij, ki zastopajo interese posameznih področij (Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije itd.). Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost določa število programov, ki pripadajo posamezni območni enoti ZZZS oziroma občini za leto, ko je sklenjen. Objavljen je v Občasniku – glasilu ZZZS.

2. ANALIZA OBSTOJEČEGA STANJA NA PODROČJU VAROVANJA ZDRAVJA V MOL

2.1. ANALIZA ZDRAVSTVENEGA STANJA PREBIVALK IN PREBIVALCEV V MOL

Zdravstveno stanje smo ocenili s kazalniki umrljivosti po spolu in starosti za obdobje od leta 1993 do leta 2003.

Umrljivost prebivalstva

Umrljivost prebivalstva v ML se je v zadnjem desetletju zniževala in je bila za 15% nižja kot v Sloveniji ter nekoliko višja kot v Evropi, v zadnjih letih pa se je približala povprečni ravni najrazvitejših evropskih držav (Slika 1, slike in preglednice so v Gradivu za pripravo Strategije). V zadnjem desetletju so prebivalke in prebivalci ML v vseh starostih najpogosteje umirali zaradi naslednjih bolezni:

1. Srčno žilne bolezni so tako v MOL kot tudi v razviti Evropi najpogostejši vzrok smrti, vendar se stopnja umrljivosti zmanjšuje. V ML je trend upadanja teh bolezni na enaki ravni kot v najbolj razvitih Evropskih državah (EU 15) in nekoliko hitrejši kot v Sloveniji. Zaradi srčnega infarkta so prebivalke in prebivalci ML v letu 2003 skoraj za 50% manj pogosto umirali kot so umirali pred 10 leti, medtem ko je bilo zmanjševanje umrljivosti zaradi možganske kapi še enkrat manjše (le 20%) (Preglednica 6, Slika 6).
2. Rakave bolezni kažejo precej drugačen trend kot srčno žilne bolezni (Preglednica 7, Slika 7). V zadnjem desetletju je rak na drugem mestu po vzrokih smrti med prebivalstvom ML (umrljivost se skoraj ne zmanjšuje, enako kot v EU), pri ženskah pa opazujemo ponoven dvig umrljivosti zaradi rakavih bolezni. Najpogosteje umirajo zaradi: raka dihal (moški 3-krat pogosteje kot ženske, ženske v ML pogosteje kot ženske v Sloveniji in EU), raka dojke in raka materničnega vratu.

Umrljivost zaradi raka dihal je bila najbolj izstopajoča v prvi polovici zadnjega desetletja, ko so bile te smrti v naši regiji še pogostejše kot v Sloveniji in Evropi. V zadnji polovici tega desetletja pa kažejo trend upadanja in približevanja evropskemu trendu (Preglednica 10, Slika 10). Ne glede na to je zelo zaskrbljujoč dvigajoč trend umrljivosti pri ženskah ki kaže, da prebivalke ML zaradi raka dihal umirajo pogostejše kot druge Slovenke in Evropejke (Preglednica 12, Slika 12).

Umrljivosti zaradi raka dojk je bila v ML vse zadnje desetletje višja kot v Sloveniji in v Evropi. V drugi polovici zadnjega desetletja se je sicer nekoliko znižala in približala evropskim in slovenskim trendom, vendar zaenkrat ne kaže, da bi se še najprej zmanjševala. Leta 2003 je v MOL umrlo kar 64 žensk (Preglednica 13, Slika 13). Prav tako zaskrbljujoče je tudi gibanje umrljivosti v ML zaradi raka na materničnem vratu, ki je sicer po pogostnosti manjši zdravstveni problem kot rak dojk, neugoden pa je predvsem zaradi naraščajočega trenda. V zadnjih letih v ML umre v povprečju 7 žensk vsako leto (Preglednica 14, Slika 14).

3. Umrljivost zaradi poškodb in zastrupitev, ki sicer zavzema tretje mesto, zelo izrazito odstopa od evropskega povprečja tako v Sloveniji kot v ML (za razliko srčno žilnih in rakavih bolezni, ki relativno malo odstopajo od evropskega povprečja). Največji delež smrti predstavljajo samomori (30%), sledijo padci (25%) in prometne nesreče (20%). V ML je umrljivost zaradi samomorov za eno četrtno nižja kot v celotni Sloveniji, enako velja za moške, za ženske pa je skoraj enaka kot v vsej Sloveniji. (Preglednica 16-18, Slika 16-18). Trend umrljivosti zaradi prometnih nesreč v ML je veliko bolj ugoden kot trend umrljivosti zaradi samomorov, saj se je umrljivost v desetih letih zmanjšala na polovico in se s tem približala povprečni evropski ravni. V ML je bila ves ta čas umrljivost zaradi prometnih nesreč nižja od slovenskega povprečja, leta 2001 pa je dosegla evropsko povprečje (Preglednica 19, Slika 19).

4. V zadnjem desetletju prebivalstvo ML pogosteje umira tudi zaradi bolezni dihal in prebavil (nad povprečjem EU), bolezni izbranih z alkoholom povezanih vzrokov (nad povprečjem EU) in bolezni izbranih s kajenjem povezanih vzrokov (v povprečju EU) (Preglednice in Slike 20-24).

Prezgodnja umrljivost

Analize prezgodnjih smrti (pri prebivalkah in prebivalcih mlajših od 65 let) so zelo pomembne zaradi močnega vpliva teh smrti na zmanjševanje ekonomske sposobnosti države oziroma regije, kot tudi zaradi ohranjanja kakovosti življenja, ki jo dosežemo z učinkovitim preprečevanjem teh smrti. Prezgodnja umrljivost je bila v ML v zadnjem desetletju nižja kot v Sloveniji in višja kot v najrazvitejših državah članicah (EU-15). Trend zmanjševanja je hitrejši kot v povprečju v Evropi. V ML je prezgodnja umrljivost mlajše populacije predstavljala pred desetimi leti skoraj 40% delež, leta 2003 pa se je ta delež zmanjšal na 32%. To pomeni, da je pred desetimi leti od 800 umrlih ljudi na 100.000 prebivalk in prebivalcev prezgodaj umrlo 300 ljudi. Leta 2003 pa je prezgodaj umrlo 200 od 700 ljudi na 100.000 prebivalk in prebivalcev. V tem desetletnem obdobju se je prezgodnja umrljivost v naši regiji znižala za eno tretjino. V MOL so v letu 2003 mlajše prebivalke in prebivalci še redkeje umirali kot v ML (208 smrti na 100.000 prebivalk in prebivalcev) (Preglednica 25, Slika 25). Pri moških se je prezgodnja umrljivost v zadnjem desetletju zmanjšala za 34%, pri ženskah pa za 30%. Moški umirajo prezgodaj precej pogosteje kot ženske, saj je leta 2003 umrlo kar 170 moških na 100.000 več kot žensk (Preglednica in Slika 26-27).

V zadnjem desetletju prebivalstvo ML pogosteje prezgodaj umira kot prebivalstvo EU, moški pogosteje kot ženske (pri moških se umrljivost zmanjšuje hitreje kot pri ženskah). Pri mlajših moških prihajajo rak dihal in prebavil v ospredje pred srčno žilna obolenja in samomore, ki je bil leta 2003 najpogostejši vzrok smrti pri mlajših moških (Preglednica 28-31,). Pri mlajših ženskah so ves čas v ospredju rak dojke, prebavil, ženskih spolnih organov in dihal, bolezni jeter in samomori (Preglednica 32-35).

Maternalna umrljivost, umrljivost dojenčkov in umrljivost otrok do 5 let starosti se po velikosti sicer ne morejo primerjati z velikostjo drugih kazalnikov prezgodnje umrljivosti, so pa najbolj pomembni kazalniki za oceno stopnje družbenega razvoja in učinkovitosti zdravstvenega sistema v državi. Maternalna umrljivost je v MOL na ravni slovenskega povprečja in dvakrat višja kot v EU. Umrljivost dojenčkov se tako v Sloveniji kot v MOL ves čas zmanjšuje in niha okoli povprečja najbolj razvitih evropskih držav. V obdobju od leta 1997 do leta 2003 je v MOL umrlo 80 dojenčkov. Največ dojenčkov umre v perinatalnem obdobju zaradi težje preprečljivih bolezni. Sledijo smrti zaradi bolezni dihal in obtočil, ki praviloma sodijo med lažje preprečljive bolezni. Otroci mlajši od 5 let najpogosteje umirajo zaradi poškodb in zastrupitev, vendar v letu 2003 ni v MOL zaradi poškodbe ali zastrupitve umrl noben otrok, mlajši od 5 let.

Nekateri poudarki iz Analize umrljivosti prebivalstva v MOL za leto 2003

Analiza umrljivosti prebivalstva vseh starosti v MOL za leto 2003 je pokazala, da se je najpogosteje umiralo zaradi bolezni obtočil (srčni infarkt, možganska kap), bolezni, izbranih z alkoholom in kajenjem povezanih vzrokov, zaradi rakavih bolezni (rak dihal, pljuč in dojk) in zaradi poškodb, zastrupitev in samomorov (Slika 32).

V primerjavi z evropsko populacijo (EU 25) so prebivalke in prebivalci vseh starosti v MOL v letu 2003 umirale bistveno pogosteje kot Evropejke in Evropejci zaradi sladkorne bolezni, raka materničnega vratu in samomora (Slika 35).

V primerjavi s slovensko populacijo so prebivalke in prebivalci MOL v letu 2003 v boljšem položaju, vendar pogosteje umirajo zaradi raka materničnega vratu, raka dihal, duševnih motenj in bolezni živčevja, zaradi krvnih bolezni in zaradi raka dojk (Slika 38).

2.2. ANALIZA MREŽE JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE V MOL

2.2.1. Osnovno zdravstveno varstvo v MOL

1. Obseg mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni na območju MOL v obdobju 2000-2005 se ni občutneje spreminjal. Na obseg mreže lokalna skupnost nima neposrednega vpliva, saj se število programov posamezne zdravstvene dejavnosti določi v okviru dogovarjanj na državni ravni. Število programov se je povečalo skupno za 23 programov, predvsem na področju patronaže in nege na domu (za 13,3 programa), fizioterapije (za 5,2) in zdravstvenega varstva odraslih (za 4,3 programe). Prišlo pa je tudi do zmanjšanja števila programov (za skupno 10,9 programov): za 6,3 programe v zobozdravstvenem varstvu otrok in mladine, 3 programe v otroškem in šolskem zdravstvenem varstvu in 1,6 programa v zobozdravstvenem varstvu odraslih. Povečanje števila programov na področju patronaže in nege na domu ter fizioterapije je rezultat širitve mreže javne zdravstvene službe na območju MOL, povečanje na področju zdravstvenega varstva odraslih pa je delno rezultat širitve mreže na tem področju, delno pa posledica prestrukturiranja otroškega in šolskega zdravstvenega varstva na področje zdravstvenega varstva odraslih. V zobozdravstvenem varstvu otrok in mladine je zmanjšanje v pretežni meri posledica podelitve koncesij na področju zobozdravstvenega varstva otrok in mladine v okviru Študentskega zdravstvenega doma, ki jih je Ministrstvo za zdravje samo podelilo. Zmanjšanje števila programov v otroškem in šolskem zdravstvenem varstvu pa je posledica prestrukturiranja teh dveh dejavnosti v korist splošne medicine. V MOL je preskrbljenost s programi ortodontije nekoliko višja kot v ostali Sloveniji, vendar so ti programi namenjeni tudi uporabnicam in uporabnikom iz ostale Slovenije. Predvidevamo sicer, da imajo uporabnice in uporabniki MOL verjetno le nekoliko olajšano fizično dostopnost, vendar splošno pomanjkanje tovrstnih storitev in dolge čakalne dobe velja tako za prebivalke in prebivalce MOL kot tudi prebivalke in prebivalce iz drugih območij Slovenije.

2. Pretežni izvajalci osnovnega zdravstvenega varstva na območju MOL so bili konec leta 2005, tako kot tudi v celotnem obdobju 2000-2005, javni zdravstveni zavodi, med njimi pa ostaja najpomembnejši Zdravstveni dom Ljubljana. ZDPR se izvaja tudi v drugih javnih zavodih – Železniškem zdravstvenem domu, Študentskem zdravstvenem domu in Kliničnemu centru Ljubljana. Poleg pomanjkanja vpliva MOL pri dodeljevanju in izvajanju programov na primarni ravni v omenjenih javnih zdravstvenih zavodih, je pri Kliničnem centru Ljubljana potrebno poudariti tudi nepreglednost dejavnosti reproduktivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, konflikt interesov in prelivanje sredstev, ki nastaja zaradi umestitve programov primarne ravni v institucijo, katere poglavitni cilj je izvajanje dejavnosti na sekundarni in terciarni ravni. Tako pri Kliničnem centru kot pri Železniškem zdravstvenem domu je velik problem tudi popolna odsotnost formalne in neformalne povezave med občino, ki določa in zagotavlja mrežo javne zdravstvene službe na primarni ravni in tema dvema izvajalcema.
3. V obdobju 2000-2005 je ostalo razmerje med izvajanjem programov osnovnega zdravstvenega varstva, ki jih izvajajo javni zdravstveni zavodi in zasebniki na podlagi koncesije, skoraj nespremenjeno. Konec leta 2005 je bil največji delež izvajanja programov na podlagi podeljenih koncesij na področju ortodontije (42,0%), zobozdravstvenega varstva odraslih (36,4%), primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva (32,5%), zdravstvenega varstva odraslih (22,9%) in fizioterapije (22,1%). Nižji deleži so bili na področju otroškega zdravstvenega varstva (19,1%) in zobozdravstvenega varstva otrok in mladine (14,9%), najnižji pa na področju šolskega zdravstvenega varstva (2,0%) ter patronaže in nege bolnika na domu (0,8%).
4. Razmerje med javnim in zasebnim izvajanjem dejavnosti osnovnega zdravstvenega varstva je ostalo skoraj nespremenjeno zaradi sprejetih usmeritev predhodne strategije ter predlogov in pobud Sveta javne zdravstvene službe na področju zdravstvene dejavnosti (ZDPR) v MOL:

- Zdravstveni dom Ljubljana ostane osrednji izvajalec osnovnega zdravstvenega varstva v Mestni občini Ljubljana;
 - koncesija/e na področju osnovnega zdravstvenega varstva se podeljujejo tedaj, kadar je s podeljeno/nimi koncesijo/jami mogoče izboljšati dostopnost prebivalcev MOL do storitev osnovnega zdravstvenega varstva oziroma zmanjšati ugotovljene razlike v dostopnosti med gravitacijskimi območji, dodelitev programa/programov javnemu zdravstvenemu zavodu pa bi zahtevala večje dodatne investicije;
 - koncesije se podeljujejo le na podlagi javnega razpisa, ki zagotavlja enakopravnost in primerljivost ponudb, javnost in preglednost postopka ter konkurenčnost pri izboru najustrežnejšega ponudnika. Poudariti moramo, da je pogoj za izvedbo javnega razpisa za podelitev koncesije prost (nezaseden) program, ki ga občina pridobi s širitvijo javne zdravstvene mreže ali s sprostitev programa/programov v okviru javnih zdravstvenih zavodov in pri koncesionarjih.
5. MOL je v obdobju od leta 2000 do leta 2005 izvedla štiri javne razpise za podelitev in/ali širitev programa v okviru že podeljenih koncesij na področju zdravstvenega varstva odraslih. V letu 2006 je bil izveden tudi prvi javni razpis za podelitev koncesije na področju zobozdravstvenega varstva odraslih. V javnih razpisih so bile kot lokacije izvajanja dejavnosti s koncesijo opredeljena območja, kjer je bila ugotovljena najslabša preskrbljenost z zdravstvenimi storitvami.
6. Podeljevanje koncesij na podlagi javnega razpisa je edini zakoniti način pridobitve pravice do izvajanja javne zdravstvene službe s koncesijo, saj je Slovenija z vstopom v Evropsko unijo 1. 5. 2004 prevzela tudi evropski pravni red, po katerem brez javnega razpisa ni mogoče pridobiti pravice do uporabe javnih sredstev.
7. Ocena preskrbljenosti prebivalcev MOL na področju osnovnega zdravstvenega varstva je nepopolna, saj temelji na izračunu preskrbljenosti, ki ga

uporablja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pri določanju števila programov posameznih dejavnosti osnovnega zdravstvenega varstva. Le-ta ne upošteva dejanskih potreb prebivalk in prebivalcev, ki bi morale biti opredeljene na državni ravni na osnovi strokovnih meril in kriterijev. Namesto tega prilagaja izračun preskrbljenosti dejanskemu številu izvajalcev na ravni države. Na oceno preskrbljenosti vpliva tudi prosta izbira zdravnika, ki omogoča prebivalkam in prebivalcem Slovenije, da zadovoljujejo potrebe na področju osnovnega zdravstvenega varstva v skladu s svojimi željami oziroma izbiro, ki je prilagojena načinu življenja in možnostim v okolju, v katerem živijo in delajo. Zato menimo, da bi bilo treba nujno razviti nove kazalnike, ki bodo ustrezno in verodostojno izkazovali preskrbljenost prebivalk in prebivalcev z zdravstvenimi storitvami.

8. Podatki o opredeljenih osebah, ki jih imamo na voljo v MOL, v veliki meri potrjujejo domnevo, da na opredeljevanje na območju MOL vplivajo tudi dnevne delovne migracije in dejstvo, da je Ljubljana osrednje študijsko središče Slovenije. Po teh podatkih se dnevno poveča prebivalstvo v MOL za več kot 135.000, kar je približno toliko kot dobra polovica stalnih prebivalk in prebivalcev MOL. To potrjujejo tudi podatki o zavarovankah in zavarovancih s stalnim bivališčem zunaj MOL, ki predstavljajo kar 20% do 30% opredeljenih oseb, ki obiskujejo zdravnice in zdravnike v MOL.
9. Zaradi zgoraj navedenih razlogov analiza preskrbljenosti z zdravstvenimi storitvami v MOL ob uporabi edinega uradnega kazalnika preskrbljenosti, ki ga uporablja ZZZS, nakazuje v večini dejavnosti zadostno preskrbljenost ali celo presežek programov, premalo programov je le na področju fizioterapije (6,6 programov) in na področju patronaže in nege na domu (15,7 programov). Analiza fizične dostopnosti po posameznih območjih MOL opozarja na precejšnjo neenakomerno preskrbljenost, saj so v ČS Center vse zdravstvene dejavnosti nadpovprečno dostopne.
10. Zaradi obstoječega načina izračunavanja in zadovoljevanja potreb so prebivalke in prebivalci MOL na področju osnovnega zdravstvenega varstva oškodovani

glede števila programov v posameznih zdravstvenih dejavnostih, s tem pa tudi glede dostopnosti do tovrstnih varstev, zato potrebujemo več zdravstvenih programov kot v drugih okoljih, kjer ni tolikšne dnevne migracije in posebnih potreb glavnega mesta. To velja predvsem za zdravstveno varstvo odraslih in zobozdravstveno varstvo odraslih, ki morajo biti dostopni tako v lokacijskem (čim bolj enakomerno razpršena mreža) kot v organizacijskem smislu (celodnevna dostopnost). Sem sodijo tudi programi ortodontije, ki pokrivajo širše področje preko občinskih meja. Ocenjujemo, da bi morali v MOL imeti 15% do 20% teh programov več kot jih določa Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za MOL.

2.2.2. Lekarniška dejavnost v MOL

1. Dostopnost do lekarniških storitev v MOL je bila v obdobju 2000 - 2005 zelo dobra. Ocenili smo jo s pomočjo naslednjih kazalnikov preskrbljenosti prebivalstva: s številom magistrov farmacije, s številom lekarn in s številom izdanih receptov na farmacevta in na lekarno. Pri tem smo upoštevali kriterije Nacionalnega programa zdravstvenega varstva RS – Zdravje za vse do leta 2004 ter slovenska povprečja.
2. Z analizo dostopnosti do lekarniških storitev lahko ocenimo, da smo za 26% presegli preskrbljenost z magistri farmacije, presegli pa smo tudi preskrbljenost z lekarnami na prebivalce po Nacionalnem programu zdravstvenega varstva do leta 2004. V povprečju je bilo izdanih skoraj 20% manj receptov na 1 magistra farmacije kot je slovensko povprečje, kar pomeni boljšo kakovost storitev, predvsem pa večjo varnost za uporabnike, medtem ko je bilo število izdanih receptov na 1 lekarno na ravni slovenskega povprečja.
3. V MOL smo imeli v letu 2004 v povprečju 1 lekarno na 6.792 prebivalcev. Najbolje so bili z lekarnami preskrbljeni v Četrtni skupnosti Center (2,8 krat več lekarn kot določa normativ) in v Četrtni skupnosti Bežigrad, sledijo četrtni skupnosti Šentvid, Vič in Jarše. V MOL je po vseh analiziranih kriterijih slabša

preskrbljenost z lekarniškimi storitvami edino v ČS Rožnik, kjer je le 1 lekarna za približno 13.000 prebivalcev in 1 farmacevt oskrbuje 2,33 krat več prebivalcev, kot predpisuje normativ iz Nacionalnega programa zdravstvenega varstva RS - Zdravje za vse do leta 2004. Poudarjamo, da je izračunavanje preskrbljenosti po četrtnih skupnostih le informativno, saj je potrebno upoštevati tudi celotno območje mesta.

4. Primerjava držav EU z MOL je pokazala, da imamo v MOL 49 farmacevtov na 100.000 prebivalcev, kar je primerljivo z državami kot so Avstrija, Nemčija, Švica, Danska in Velika Britanija in kar je za 37 odstotkov boljše od slovenskega povprečja, ki je 35 farmacevtov na 100.000 prebivalcev.

2.3. POUDARKI IZ DVEH PRIMERJALNIH ANALIZ PODATKOV IZDELANIH NA OSNOVI PODATKOV EVROPSKEGA STATISTIČNEGA URADA (EUROSTAT)

1. Ljubljana sodi med evropske prestolnice z relativno majhnim številom prebivalstva. Zato smo v prvi primerjalni analizi na osnovi baze podatkov »Eurostat Urban Audit«³ izbrali 19 mest znotraj EU, ki so po številu prebivalcev najbolj primerljiva z Ljubljano. Izkazalo se je, da je Ljubljana na podlagi 39-ih kazalnikov⁴ najbolj podobna dvema zahodnoevropskima (Luksemburg in Halle an der Saale) in trem skandinavskim mestom (Aalborg, Tampere in Malmö), saj je med šestimi mesti, ki so ji najbolj podobna, le eno mesto (Plzen), ki ne sodi v omenjeni kategoriji. Stične točke Ljubljane z zahodnoevropskimi mesti so predvsem v starostni in izobrazbeni strukturi prebivalstva, na področju zdravstva in življenjskega standarda, medtem ko je podobnost s skandinavskimi mesti predvsem na področju zdravstva, izobrazbene strukture prebivalstva, glede socialne blaginje in življenjskega standarda. Ljubljana je v smislu socialnega varstva izrazito podobna skandinavskim mestom, katerih države sodijo med

³ Eurostat Urban Audit sicer zajema 242 mest znotraj EU.

⁴ Izmed 150 kazalnikov, ki so na voljo v Eurostat Urban Audit, smo za potrebe naše primerjalne analize izbrali 39 kazalnikov. Izbrani kazalniki pokrivajo področje zdravstva, socialno varstvo, starostne

najbolj socialne države. Primerjava Ljubljane z ostalimi mesti tranzicijskih držav je pokazala podobnost predvsem v gostoti naseljenosti prebivalstva, eno-nacionalni družbi, nizkem življenjskem standardu in nizki stopnji imigracije (priseljavanja), kar ni presenetljivo, če upoštevamo dejstvo, da je BDP v tranzicijskih državah precej nižji kot na Zahodu ter da so bili podatki zajeti v letu 2001, ko je EU štela 15 članic in se je 10 članic šele pripravljalo na vstop v EU.

2. Druga primerjalna analiza, kjer smo Ljubljano postavili ob bok 19 prestolnicam EU, pa je pokazala, da ima Ljubljana na podlagi 39-ih kazalnikov iz baze podatkov »Eurostat Urban Audit« od vseh prestolnic v EU največ skupnih točk s prestolnicami srednje in vzhodne Evrope (Budimpešta, Varšava in Praga), oz. prestolnicami tranzicijskih držav, na čelu z Budimpešto, saj je med štirimi prestolnicami, ki so ji najbolj podobne, le ena prestolnica (Köbenhavn), ki ne sodi v omenjeno kategorijo. Stične točke Ljubljane ter omenjenih prestolnic srednje in vzhodne Evrope so predvsem v starostni strukturi prebivalstva, na področju zdravstva in življenjskega standarda, v smislu eno nacionalne družbe ter gostote naseljenosti prebivalstva. Kazalniki, ki tu izstopajo so: nizek življenjski standard in starostna struktura prebivalstva, pričakovana življenjska doba za moške in ženske, veliko število avtomobilskih nesreč s smrtnim izidom na 1000 prebivalcev, stopnja izobrazbe prebivalstva in število zobozdravnikov na 1000 prebivalcev. Razlago za to gre iskati v tem, da bodo postale prestolnice tranzicijskih držav, vključno z Ljubljano, glede življenjskega standarda v številnih pogledih šele sčasoma primerljive z zahodnoevropskimi prestolnicami. Skupne točke Ljubljane in razvitih zahodnoevropskih in skandinavskih prestolnic pa so predvsem v starostni strukturi prebivalstva, številu zobozdravnikov na 1000 prebivalcev, stopnji izobrazbe prebivalstva in stopnji umrljivosti žensk. Iz tega lahko sklepamo, da, vsaj kar zadeva izobraževalni in zdravstveni sistem, Ljubljana ne zaostaja za zahodnoevropskimi prestolnicami.

Če povzamemo obe primerjalni analizi, lahko ponosno trdimo, da so zdravstveni sistem, izobraževalni sistem in sistem socialnega varstva v Ljubljani najbolj podobni

tovrstnim sistemom v razvitih zahodnoevropskih mestih. Prepričani smo, da je to plod dolgoletnega kakovostnega dela na teh področjih. Zato bi bilo smotno, da bi Ljubljana ohranila dosedanje pozitivne pridobitve, odpravila pomanjkljivosti in še naprej izboljševala kakovost življenja svojih meščank in meščanov. Hkrati je treba povedati, da Ljubljana glede življenjskega standarda zaostaja za zahodnoevropskimi mesti. Poleg tega sta zanjo značilni eno-nacionalne družba in nizka gostota prebivalstva.

2.4. POUDARKI IZ RAZISKAVE »EURO HEALTH CONSUMER INDEX 2006«

1. Po najnovejši raziskavi *Euro Health Consumer Index 2006*, ki jo je opravila švedska raziskovalna inštitucija *Health Consumer Powerhouse*, je slovenski zdravstveni sistem ocenjen kot kakovosten in najbolj učinkovit od vseh 25 držav članic EU glede na vložena finančna sredstva. Poleg tega je Slovenija najbolj uvrščena od vseh 10 novih članic EU, medtem ko je po skupni oceni na zavidljivem 11. mestu med 25 državami članicami EU. Kar se tiče ocen s posameznih področij je uvrščena na visoko 5. mesto glede nivoja obravnave bolnikov, na 7. mesto glede izida zdravljenja, na 9. mesto glede zagotavljanja pravic in obveščenosti, na 11. mesto glede dostopnosti do zdravil ter na 14. mesto glede čakalnih dob na zdravljenje.
2. Odlično oceno je slovenski zdravstveni sistem dobil pri naslednjih kazalnikih: uveljavljanje pravic do drugega mnenja, vpogled v lastno zdravstveno dokumentacijo, recepti za zdravila za daljše časovno obdobje, dostop do družinskega zdravnika v istem dnevu, umrljivost po srčnem infarktu, umrljivost novorojenčkov, operacije očesne mrežne, zobozdravstvena oskrba kot del javnega zdravstvenega sistema in odstotek subvencioniranja zdravstvenih storitev. Slabšo oceno pa je dobil pri naslednjih kazalnikih: vpliv nevladnih organizacij za pravice bolnikov, nezmožnost bolnika pridobiti odškodnino brez posredovanja advokatov, nedostopnost do elektronskega naslova družinskega zdravnika, oskrbovalčev seznam razvrščanja kakovosti storitev, bolnišnična pomoč preko

telefona in interneta, neposreden dostop do specialista, čakalna doba za ortopedske operacije, čakalna doba pri rakavih boleznih, umrljivost za rakom debelega črevesja in hitrost uporabe novih zdravil za zdravljenje rakavih obolenj.

3. V poročilu je še navedeno, da je slovenski zdravstveni sistem najbolj podoben avstrijskemu, pri čemer imata obe državi na 2 od 5 področjih enako število točk (zagotavljanje pravic in obveščenosti bolnikov ter dostopnost do zdravil), pri preostalih 3 področjih pa so razlike minimalne - Slovenija je v prednosti na področju čakalnih dob na zdravljenje in pri izidih zdravljenja, medtem ko je Avstrija v prednosti pri obsegu preskrbe oz. ravni obravnave bolnikov.
4. Iz raziskave izhaja zelo pomembno sporočilo, da je za uvrstitev države na določeno mesto bolj kot vložena višina sredstev pomembna nacionalna in organizacijska kultura ter vrednote na področju zdravstvenega varstva posamezne države ter da se zdravstvenega sistema, ki je praviloma globoko ukoreninjen, ne da spremeniti čez noč, temveč so za to potrebna desetletja.

3. USMERITVE IN AKTIVNOSTI ZA SPODBUJANJE RAZVOJA VAROVANJA ZDRAVJA V MOL

3.1. USMERITVE IN AKTIVNOSTI ZA IZBOLJŠANJE ZDRAVSTVENEGA STANJA PREBIVALK IN PREBIVALCEV V MOL

3.1.1 Usmeritve

Na osnovi ugotovitev analize zdravstvenega stanja prebivalk in prebivalcev MOL so usmeritve za obdobje 2007-2011 naslednje:

a.) Zmanjševanje ogroženosti naših meščank in meščanov z rakavimi boleznimi, samomori, boleznimi prebavil in srčno žilnimi boleznimi.

V naslednjem petletnem obdobju se bomo morali usmeriti v aktivnosti, ki bodo ključno vplivale na zmanjševanje ogroženosti naših meščank in meščanov z rakavimi boleznimi (predvsem z rakom dihal, dojke in materničnega vratu), samomorov, bolezni prebavil in srčno žilnih bolezni (predvsem možganske kapi).

b.) Zmanjševanje umrljivosti žensk zaradi rakavih bolezni, samomora ter rojevanja.

Ne glede na to, da zaradi nekaterih od teh bolezni pogosteje umirajo moški kot ženske, pa je treba posebno pozornost posvetiti ženskam, saj umrljivost žensk v našem mestu v določenih primerih upada počasneje kot pri moških ali celo narašča. Pri ženskah ugotavljamo ponoven dvig umrljivosti zaradi rakavih bolezni (dihal, raka dojke, raka materničnega vratu). Umrljivost zaradi samomora je pri meščankah Ljubljane na ravni Slovenije, medtem kot je umrljivost meščanov Ljubljane nižja kot v povprečju v Sloveniji. Maternalna umrljivost je v MOL na ravni slovenskega povprečja, vendar dvakrat višja kot v EU.

c.) Zmanjševanje prezgodnje umrljivosti žensk in moških

Pozornost moramo nameniti tudi prebivalkam in prebivalcem mlajšim od 65 let, ker je prezgodnja umrljivost v našem mestu višja kot v povprečju v Evropi in predstavlja približno tretjino vseh smrti, kar v veliki meri slabi človeški potencial in sposobnosti

našega mesta pri njegovem nadaljnjem vsestranskem razvoju. Pri moških se je prezgodnja umrljivost zmanjšala za 34%, pri ženskah pa za 30%. Pri mlajših moških prihajajo v ospredje pred srčno žilnimi boleznimi in samomori rak dihal in prebavil, ki je bil leta 2003 najpogostejši vzrok njihove smrti. Pri mlajših ženskah so ves čas v ospredju rak dojke, prebavil, ženskih spolnih organov in dihal, bolezni jeter in samomori. Iz primerjave vzrokov smrti v MOL v letu 2003 z evropskim povprečjem lahko izpostavimo še sladkorno bolezen, zaradi katere umira mlajša generacija naših meščank in meščanov (za 45% pogostejše kot enako stari Evropejci) in prometne nezgode, zaradi katerih pogostejše umira starejša generacija Ljubljančank in Ljubljančanov (za 53% pogostejše kot enako stari Evropejci).

3.1.2. Aktivnosti

Zgoraj navedene problematike se bomo lotili z naslednjimi aktivnostmi:

a.) Nadaljnje vzpodbujanje preventivnih dejavnosti, ki jih izvaja Zdravstveni dom Ljubljana in zasebni zdravniki s koncesijo na podlagi vsakoletnega področnega dogovora in letno sklenjenih pogodb z ZZZS za izvajanje dejavnosti.

b.) Vzpodbujali bomo tudi aktivnosti Nacionalnega programa preprečevanja kroničnih bolezni CINDI, ki deluje v ZDL in razvija intervencije preprečevanja kroničnih bolezni, med katerimi so zelo pomembne srčno žilne bolezni in rak debelega črevesa (CINDI je nosilec Programa organiziranega presejanja za raka debelega črevesa).

Za načrtovanje preventivnih aktivnosti je pomembna analiza dejavnikov tveganja, ki jih na področju MOL izvaja CINDI program. Analiza podatkov za obdobji 2002 in 2003 je pokazala, da med dejavniki škodljivega vedenjskega sloga najbolj izstopajo kajenje, neuravnotežena in prekomerno mastna prehrana ter pomanjkljiva telesna dejavnost. Analize kažejo, da je kajenje pogostejše v mestnem okolju, med moškimi bolj kot ženskami (tako po razširjenosti kajenja kot po nameri, da se kajenje opusti) ter med socialno šibkejšim slojem. Analiza prehranskih dejavnikov (pogostnost obrokov, kakovost in sestava prehranskih obrokov, vsebnost maščob, količina in

vrsta zaužitega mesa itd.) je pokazala, da so med prebivalkami in prebivalci MOL nekoliko bolj ogroženi moški starejši od 30 let. Najbolj ogroženi so socialno šibki in manj izobraženi prebivalci in prebivalke MOL. Analiza pogostnosti telesne dejavnosti je pokazala, da so bolj ogrožene tiste prebivalke in prebivalci, stari nad 30 let, ki praviloma ne nadzorujejo svoje telesne teže in se ne ukvarjajo s telesno dejavnostjo. Ponovno se je pokazala izrazita ogroženost socialno šibkejšega sloja.

c.) Zagotavljanje in sofinanciranje celostno naravnanih preventivnih programov

Pozornost je potrebno posvetiti celostno naravnanim preventivnim programom, ki so ciljno usmerjeni k zdravstvenim problemom ter posegajo na promocijo zdravja, ozaveščanja prebivalstva o zdravem načinu življenja brez razvad (kajenje, pitje alkohola) in vzpodbujanja preventivnih aktivnosti na področjih zdrave prehrane, telesne aktivnosti, zdrave spolnosti in duševnega zdravja. Podpreti nameravamo projekte, s katerimi bomo krepili zdrav način življenja, zdravo bivalno, delovno in naravno okolje ter vzpodbujali kvalitetnejše zdravstvene storitve s posebnim poudarkom na ozaveščanju uporabnikov.

d.) Uvajanje koncepta Zdravega mesta

V obdobju do leta 2008 je Svetovna zdravstvena organizacija članice mreže Zdravih mest v okviru IV. faze projekta zavezala k usmeritvi na naslednja osnovna področja: zdravo staranje v mestnih skupnostih, telesna aktivnost in aktivno življenje, prilagajanje urbanističnega načrtovanja potrebam ljudi in ocenjevanje načrtovanih projektov in rešitev v mestu z vidika vpliva na zdravje ljudi (HIA). Ljubljana je članica mreže zdravih mest in bo sodelovala tudi v naslednji fazi projekta.

3.2. USMERITVE IN AKTIVNOSTI ZA IZBOLJŠANJE DOSTOPNOSTI DO OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V MOL

3.2.1. Usmeritve

Na osnovi ugotovitev analize mreže javne zdravstvene službe v MOL smo opredelili naslednje usmeritve za obdobje 2007-2011:

a.) Načrtovanje ustrezne dostopnosti do zdravstvenih programov v MOL

Načrtovanje dostopnosti do zdravstvenih programov po posameznih zdravstvenih dejavnostih na primarni ravni za naslednjih 5 let je oteženo zaradi že pojasnjenega neustreznega izračuna preskrbljenosti z zdravstvenimi programi, ki ga uporablja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Zato tudi ne moremo objektivno oceniti potreb prebivalcev MOL po zdravstvenih storitvah. To oceno dodatno otežujeta prosta izbira zdravnika in vpliv migracijskih tokov, ki so bistveno obsežnejši v prestolnici kot v drugih slovenskih mestih.

b.) Izboljševanje dostopnosti z zagotavljanjem enakomerne razporejenosti zdravstvenih programov

Najmanj dostopni ostajata dejavnost patronaže in fizioterapije. Posebno pozornost bomo posvetili zdravstvenemu varstvu in zobozdravstvenemu varstvu odraslih na primarni ravni, ki mora biti tudi lokacijsko kar najbolj dostopno za vse prebivalce in prebivalce MOL.

c.) Izboljševanje dostopnosti do zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni in kakovostnih storitev po odpustu iz bolnišnične oskrbe

Zavedamo se, da je za boljšo kakovost zdravja in življenja naših meščank in meščanov pomembna tudi ustrezna dostopnost do zdravstvene dejavnosti na sekundarni ravni in kakovostne storitve za čim boljše okrevanje po odpustu iz bolnišnične oskrbe v okviru podaljšanega zdravljenja. Organizacija sekundarne dejavnosti in zagotavljanja tovrstnih storitev sicer ni v pristojnosti MOL. V pogovorih med MOL in Ministrstvom za zdravje je bilo dogovorjeno, da se ta

problematika (dostopnost bolnišnične in zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti, negovalne bolnišnice) takoj uredi v korist naših meščank in meščanov. Trenutno bi bilo možno tak projekt realizirati v okviru obstoječih bolnišničnih kapacitet, kasneje pa pričakujemo vzpostavitev moderno zasnovane negovalne bolnišnice tako v prostorskem kot vsebinskem smislu na ustrezni lokaciji v mestu.

d.) Razvijanje in izboljševanje dosedanje organiziranosti zdravstvene dejavnosti na primarni ravni

Osnovno zdravstveno varstvo, ki se izvaja v okviru Zdravstvenega doma Ljubljana in kot koncesionarska dejavnost v MOL, je ustrezna organizacijska oblika, ki jo je potrebno nadalje razvijati in izboljševati. Pri tem bomo ohranili zdravstveni dom kot osrednjega izvajalca zdravstvene dejavnosti. Nadaljevali bomo tudi s podeljevanjem koncesij z javnimi razpisi ob upoštevanju javnega interesa oziroma potreb po zdravstvenih storitvah naših meščank in meščanov, na transparenten način in s ciljem, da najdemo najprimernejšo izvajalko ali izvajalca za čimbolj dostopno in kakovostno opravljanje zdravstvenih storitev. Na ta način organizirano osnovno zdravstveno varstvo je tudi najbolj racionalno in učinkovito za zadovoljevanje potreb meščank in meščanov mesta Ljubljane.

3.2.2. Aktivnosti

Zgoraj navedene usmeritve za izboljšanje dostopnosti nameravamo uveljaviti z naslednjimi aktivnostmi:

a.) Izvajanje analiz preskrbljenosti zdravstvenih programov v MOL

Z analizami preskrbljenosti zdravstvenih programov v MOL bomo nadaljevali s pomočjo strokovnjakov s področja javnega zdravja. Z ugotovitvami teh analiz želimo prispevati k oblikovanju strokovnih meril in kriterijev za oblikovanje čim ustrežnejše mreže javne zdravstvene službe na našem območju.

b.) Spremljanje dostopnosti in preverjanje zagotavljanja potreb uporabnikov zdravstvenih storitev

Stalno bomo spremljali dostopnost zdravstvenih dejavnosti po posameznih območjih in četrtnih skupnosti, preverjali zagotavljanje potreb naših meščank in meščanov in temu prilagodili podeljevanje koncesij za proste programe.

c.) Podeljevanje koncesij

Za poenotenje načina podeljevanja koncesij bomo pripravili koncesijski akt, ki bo opredeljeval vse bistvene postopke ter način podeljevanja koncesij in jih obstoječa zakonodaja ne zajema.

d.) Izboljševanje racionalnosti organizacije zdravstvene dejavnosti v ZDL

Preverili bomo primernost (z vidika uporabnika in izvajalca) združevanja lokacij za določene dejavnosti, ki potrebujejo zahtevno opremo za diagnostiko in zdravljenje in posebne zahteve po celodnevem dostopu, kot na primer na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva, pulmologije, otroškega zdravstvenega varstva ipd. Pri tem moramo zagotoviti čim boljše obveščanje zainteresiranih javnosti.

3.3. USMERITVE IN AKTIVNOSTI ZA IZBOLJŠANJE DOSTOPNOSTI DO LEKARNIŠKE DEJAVNOSTI V MOL

3.3.1. Usmeritve

Ob upoštevanju analiziranih kazalcev lahko ocenimo, da je v MOL na področju lekarniških storitev razmeroma dobro poskrbljeno. V letu 2004 smo za 26% presegli preskrbljenost z magistri farmacije in za 3% preskrbljenost z lekarnami na prebivalca glede na Nacionalni program zdravstvenega varstva do leta 2004. V primerjavi s slovenskim povprečjem lahko prav tako ugotovimo, da imamo v MOL boljšo dostopnost do magistrov farmacije (za 26%) in do lekarn (za 8%). V povprečju je bilo

izdanih skoraj 20% manj receptov na 1 magistra farmacije kot je slovensko povprečje. To pomeni, da so magistri farmacije v MOL manj obremenjeni z izdajanjem receptov in s tem bolj dostopni za meščanke in meščane kot so drugje v Sloveniji.

Zaradi zgoraj navedenega v MOL na področju lekarniške dejavnosti do leta 2011 ne načrtujemo večjih sprememb. Javni zavod Lekarna Ljubljana bomo ohranili kot osrednjega izvajalca lekarniške dejavnosti ob sočasnem delovanju 16 zasebnih lekarn s koncesijo in dvema bolnišničnima lekarnama..

3.3.2. Aktivnosti

a.) Izboljšanje dostopnosti do lekarniških storitev

Izboljšali bomo dostopnost do lekarniških storitev z naslednjimi ukrepi:

- s selitvijo Lekarne Ajdovščina in Lekarne Bežigrad na Rudnik in v Šiško ter s selitvijo v nove prostore Lekarne pri Polikliniki in v Center starejših Trnovo;
- Lekarna Ljubljana bo razširila prostore in s tem izboljšala pogoje za delovanje lekarn Rakovnik in Fužine.

b.) Izboljšanje preskrbljenosti z magistri farmacije

Skušali bomo vplivati na izboljšanje preskrbljenosti z magistri farmacije in sicer v naslednjih lekarnah v MOL:

- Lekarna Štepanjsko naselje (ČS Golovec) – povečanje števila magistrov farmacije za 1 magistra farmacije;
- Lekarna Dežman (ČS Posavje) – povečanje števila magistrov farmacije za 1 magistra farmacije.

c.) Zmanjšanje obremenjenosti magistrov farmacije z izdajo zdravil na recept

V MOL je v letu 2004 1 magister farmacije v povprečju izdal 15.897 receptov, v primerjavi s slovenskim povprečjem za skoraj 20% manj, kar pomeni, da so bili farmacevti v MOL z izdajanjem receptov manj obremenjeni, a želimo dostopnost še izboljšati, zato predlagamo zaposlitev dodatnih farmacevtov v obstoječih lekarnah,

zlasti v zasebnih s koncesijo in s povečanjem izdajnih mest v najbolj obremenjenih lekarnah javnega zavoda.

d.) Izboljšanje kakovosti lekarniških storitev

Vplivali bomo na izboljšanje kakovosti lekarniških storitev, ki se kaže predvsem v čim manjšem številu uporabnikov, za katere skrbi posamezen farmacevt in v čim nižjem številu receptov, na podlagi katerih posamezen farmacevt izdaja zdravila. Manj obremenjeni magistri farmacije se lahko usmerjajo v svetovanje, nudijo kvalitetnejšo storitev in zagotavljajo varnost pri uporabi zdravil uporabnikom in uporabnicam. Spodbujali in podpirali bomo prizadevanja za izvajanje programov za promocijo varne, učinkovite in pravilne uporabe zdravil ter za zdrav način življenja v sodelovanju z drugimi zdravstvenimi delavci in sodelavci na področju zdravstva, s čimer se bo kakovost lekarniških storitev še izboljšala.

MESTNA OBČINA LJUBLJANA



GRADIVO ZA PRIPRAVO STRATEGIJE RAZVOJA VAROVANJA ZDRAVJA V MESTNI OBČINI LJUBLJANA OD 2007 DO 2011

Ljubljana, junij 2007
KAZALO

1. JAVNOZDRAVSTVENI VIDIKI RAZVOJA PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V MOL	3
2. OBSTOJEČE ZDRAVSTVENO STANJE PREBIVALCEV V MOL IN PRIMERJAVA S SLOVENIJO IN EU	16
2.1. ZDRAVSTVENO STANJE PREBIVALCEV V MOL	16
2.2. DVE PRIMERJALNI ANALIZI IZDELANI NA OSNOVI PODATKOV EVROPSKEGA STATISTIČNEGA URADA (EUROSTAT)	69
2.3. RAZISKAVA »EURO HEALTH CONSUMER INDEX 2006«	87
3. MREŽA JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE V MOL	91
3.1. OSNOVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO V MOL	91
3.2. LEKARNIŠKA DEJAVNOST V MOL	108

1. JAVNOZDRAVSTVENI VIDIKI RAZVOJA PRIMARNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V MOL

Pomen primarnega zdravstvenega varstva (PZV)

Učinkovito primarno zdravstveno varstvo (v nadaljevanju: PZV) je temelj kakovostnega zdravstvenega sistema. Leta 1978 je bila sprejeta deklaracija Alma Ata o PZV kot temelju zdravstvene dejavnosti, ker je to pogoj za pravičnost v zdravju ljudi. Po njej je bilo sprejetih še več listin, med njimi tudi Ljubljanska listina o reformah zdravstvenega sistema iz leta 1996 in Poročilo evropskega parlamenta o modernizaciji in kakovosti zdravstvenega varstva iz leta 2005, vse pa so usmeritev v kakovostno primarno zdravstveno varstvo le potrdile. Evropski parlament v svojem poročilu poudarja, da *sistemi zdravstvenega varstva v državah članicah temeljijo na načelu enakopravnosti in solidarnosti, ki narekuje, da mora biti visokokakovosten sistem zdravstvenega varstva in dolgoročne oskrbe na voljo in dostopen vsem, prilagojen njihovim potrebam in neodvisen od njihovih ciljev ali sredstev.*

Dobro PZV torej zagotovi pravičnost, kakovost oskrbe in cenovno učinkovito rabo kadrov in sredstev. PZV z multidisciplinarno zastopanostjo ter dispanzersko metodo dela omogoča racionalnejšo porabo sredstev, zlasti ker se lahko več kot 90% zdravstvenih problemov ljudi obravnava ob prvem stiku z zdravstveno službo, s čimer se prihranijo sredstva, ker ni dragih napotitev v bolnišnice, nepotrebnih zdravstvenih storitev, kar omogoča pravičnost v uporabi zdravstvenih storitev na eni strani ter večje zadovoljstvo uporabnikov na drugi strani. PZV približano neposrednim potrebam ljudi lahko služi kot mesto za preventivne aktivnosti najširših oblik vključno s promocijo zdravja.

Pristojnosti lokalne skupnosti

Kakovostno PZV mora biti organizirano tako, da zagotavlja čim bolj pravičen in enakopraven dostop do storitev. To je mogoče doseči samo s sistemom, ki temelji na solidarnosti. Dostopnost ocenjujejo iz različnih vidikov: fizična ali geografska dostopnost, ekonomska, organizacijska, časovna, kadrovska, dostopnost do preiskav in zdravljenja. Zadovoljevanje

potreb prebivalstva ne more biti odgovornost posameznega izvajalca, ampak je naloga lokalne skupnosti. Plačevanje in organiziranje PZV ne moreta biti odvisna od izključno podjetniške iniciative ali iznajdljivosti izvajalca, saj ta privede do neenakosti med uporabniki in do višjih stroškov zdravstvenega sistema. Značilen primer sistema, ki ima velike težave zaradi napačnega ravnovesja v sistemu zdravstvenega varstva, ko je PZV prepuščeno trgu – to je prevladujoči povezavi med podjetniško pobudo in zavarovalniškimi interesi, predstavlja zdravstveni sistem v ZDA. Za ta sistem je značilno, da nudi storitve, ki niso vedno strokovno upravičene ali pa jih uporabnice in uporabniki zdravstvenega sistema v resnici ne potrebujejo (tržna ponudba in povpraševanje zdravstvenih storitev je v konfliktnem interesu s strokovnimi dokazi medicinske znanosti in etiko v medicini, v končni posledici pa draži zdravstveni sistem.

PZV mora biti tudi pod stalnim strokovnim, finančnim in upravnim nadzorom, kar zagotavlja kakovost, ta nadzor pa ne sme izključiti vpliva lokalne skupnosti niti uporabnic in uporabnikov.

Specifičnost MOL

Mestna občina Ljubljana se od ostalih slovenskih občin glede primarnega zdravstvenega varstva loči po nekaterih značilnostih.

- ***Velikost občine***

Mestna občina Ljubljana je največja slovenska občina, ki jo zaznamuje vrsta posebnosti in značilnosti, ki jo pomembno ločijo od drugih slovenskih mest in krajev ter tudi od drugih občin. Ima bistveno večjo koncentracijo prebivalstva, kar zahteva pristope, ki so značilni za velemesta. Po drugi strani pa ima Ljubljana tudi večje možnosti, da v zagotavljanje zdravstvenega varstva vključi strokovnjake, ki lahko kompetentno načrtujejo, spremljajo in usmerjajo razvoj mreže na primarni ravni. Tako število prebivalcev kot površina, ki jo pokriva MOL, sta argumenta za to, da pristojnost upravljanja s primarnim zdravstvenim varstvom ostane v njeni pristojnosti.

- ***Specifičnost prebivalstva***

Mestno prebivalstvo ima nekaj specifičnosti, ki vplivajo na uporabo zdravstvene službe. V mestih so večje socialne razlike, saj imamo v njih po eni strani koncentracijo marginalnih

skupin, ki terjajo posebno obravnavo zaradi slabšega zdravstvenega stanja. Po drugi strani pa imamo v mestih visok delež visoko izobraženega prebivalstva, ki ima do zdravstvene službe večja in strukturno zahtevnejša pričakovanja.

Prebivalstvo je bolj raznovrstno, saj ga lahko razvrstimo v več kategorij:

1. velike razlike v socialni strukturi – prebivalstvo v mestu zaznamuje velika razlika v dohodkih ter s tem tudi v socialnem stanju (manjša homogenost socialne strukture);
2. raznovrstnost socialnih in prebivalstvenih kategorij – veliko otrok, mladostnikov in študentov, veliko starostnikov, relativno velik delež marginaliziranih, ipd.;
3. zahtevnost prebivalstva je večja tako zaradi potreb kot zaradi zahtev, večja je koncentracija in število ljudi z višjimi prejemki.

- ***Specifične skupine prebivalstva z velikimi potrebami***

Prav vse kategorije prebivalstva morajo imeti enak dostop do PZV, še posebej ranljive skupine prebivalstva. Problem Ljubljane predstavljajo starejši prebivalci, ki jih je nekoliko več kot jih je v povprečju v Sloveniji, kar je treba upoštevati pri opredelitvi potreb in načrtovanju potrebnih finančnih sredstev. Pogosto živijo v enoosebnih gospodinjstvih, in posebno v starosti, potrebujejo pomoč zdravstvene službe. V Ljubljani imamo šest velikih domov za starejše občane, kar tudi vpliva na organiziranje zdravstvene oskrbe. Zdravstveni normativi za delo v domovih za starejše občane so bistveno boljši od normativov za delo v primarnem zdravstvenem varstvu, kar vpliva na slabšo dostopnost do zdravstvenih storitev populacije, ki živi doma. Poleg tega je v mestih značilno koncentriranje večjega števila oseb iz različnih ranljivih skupin, katerih skupna značilnost so tudi izrazitejša socialne težave. Med temi so najbolj pomembne osebe brez zdravstvenega zavarovanja, zasvojenici in brezdomci, za katere je potrebno poskrbeti in praviloma so njihove zdravstvene potrebe večje. Po drugi strani je za te osebe značilno tudi to, da brez posebnega angažiranja lokalne skupnosti pogosto ne bodo uporabljali niti tistih storitev, ki so jim na voljo. Vseh teh oseb je v Ljubljani več kot v drugih slovenskih okoljih, zato je tudi zdravstveno breme bistveno večje.

- ***Dnevni migranti***

Za vsa največja slovenska mesta je značilno, da je v zadnjih letih prišlo do odliva prebivalstva, zlasti aktivnega prebivalstva, v primestna naselja, na razdalji 10 do 20 km iz mestnih središč. Vzroki za to so bili predvsem socialni, med temi pa v prvi vrsti cenejša nastanitev, posebno mladih družin. Vsi dnevni emigranti so praviloma ostali navezani na stike

z družinami, sorodniki in znanci kakor tudi dejavnostmi in zaposlitvijo ter šolanjem z Ljubljano. Na ta način ostajajo tudi uporabniki številnih socialnih storitev, ki so morebiti celo lažje dostopne v Ljubljani, kot pa v njihovih novih domačih okoljih. Za Ljubljano je značilen premik prebivalcev iz mesta na območje Vrhnike, Dragomerja, Logatca, Grosupljega, Trzina, Domžal in Medvod. To kažejo precej nedvoumno tudi podatki o migracijskih tokovih stalnega prebivalstva Slovenije, ki jih redno objavlja SURS (Tabela 1). Večje breme zato vsekakor ostaja na Ljubljani, k čemur prispeva tudi spremenjen delovni čas, ki se je premaknil v popoldanske ure, kar še bolj navezuje tudi dnevne migrante na različne storitve v mestu in ne v njihovih krajih bivanja. Na ta način se stikata dve značilnosti zdravstvene službe v Ljubljani – po eni strani je 'prisiljena' zagotavljati zdravstveno varstvo za širši krog prebivalcev Slovenije, po drugi strani pa na ta način utemeljuje in zagotavlja obstoj določenih elementov infrastrukture, ki je s tem tudi bolj izkoriščena.

Tudi študentska in dijaška populacija, ki ima izbranega osebnega zdravnika v kraju, kjer stalno prebiva, večinoma ali občasno obiskuje tudi zdravnika, ki deluje v MOL, predstavljata precejšen del migracije in s tem tudi pomemben dodatni vir potencialnih uporabnikov zdravstvenega varstva (Tabela 1). Določila v zakonodaji pogosto postavljajo tako bolnike kot izvajalce zdravstvene dejavnosti v težaven položaj pri odločanju glede nujnosti ali umestnosti obravnave pri neizbranem zdravniku. V vsakem primeru je njihovo število v Ljubljani tolikšno, da predstavljajo pomembno dodatno populacijo, ki zahteva ustrezno obravnavo, pa čeprav je sicer v povprečju relativno zdrava.

Velikost dnevne migracije v Ljubljani je torej precejšnja. Iz drugih občin v Ljubljano prihaja dnevno skoraj 150.000 ljudi, medtem ko le okoli 14.000 prebivalcev s stalnim bivališčem v Ljubljani odhaja drugam. Razlika je torej 135.000 ljudi, ki redno ali pogosto potrebujejo zdravstvene storitve v javni zdravstveni službi v MOL, od tega jih je skoraj polovica delavcev, ki so zaposleni v Ljubljani, druga polovica pa je šolajoča mladina (Tabela 1).

Tabela 1: Migracije v Mestno občino Ljubljano in iz Mestne občine Ljubljana, 2002

	IZ DRUGIH OBČIN V LJUBLJANO	LJUBLJANČANI V DRUGE OBČINE	MIGRACIJSKI SALDO
delavci	71.262	11.111	60.151
dijaki	19.156	506	18.650
študenti	58.581	2.167	56.414
skupaj	148.999	13.784	135.215

Vir: Statistični urad Republike Slovenije, Popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanj, 2002.

- ***Posebna organiziranost javnega zdravstvenega varstva***

V Ljubljani PZV razen Zdravstvenega doma Ljubljana in zdravnikov zasebnikov s koncesijo izvajajo tudi Klinični center, Železniški zdravstveni dom in Študentski zdravstveni dom. Klinični center je zadržal primarno dejavnost v nasprotju z določili zakonodaje in nadaljuje z izvajanjem dejavnosti primarnega zdravstvenega varstva na področju zdravstvenega varstva žensk (sicer podobno vendar v precej večji meri kot nekatere druge slovenske bolnišnice) in tudi manjši del dejavnosti splošne medicine. Železniški ZD je dopolnilo mreži javne zdravstvene službe v Ljubljani in ne pomeni nepreglednosti v izvajanju zdravstvenega varstva, vendar tudi tu obstaja težava, ker njegovo delovanje ni v pristojnosti MOL.

Zaradi vseh naštetih posebnosti je pomembno, da upravljanje PZV na območju MOL združimo na tak način, da bo MOL lahko upravljal s celotno mrežo na primarni ravni, ki je na voljo prebivalcem občine. Le tako je mogoče racionalno, pravično in kakovostno upravljanje. Programe, ki sodijo na primarno raven in se izvajajo v bolnišnicah, je potrebno zaradi neracionalno organizirane dejavnosti, ki dokazano otežuje dostop do teh programov za prebivalke in prebivalce MOL in je neskladno s cenovno učinkovito izkoriščenost programa, izločiti ter razporediti v mrežo na primarni ravni.

Vplivi spreminjanja družbenih okoliščin v zadnjih 10 letih

Spremembe v družbi

Značilnost tranzicije družbe je v tem, da več procesov poteka sočasno in nekontrolirano. Dejstvo je, da sta bila, zaradi posebnosti bivše Jugoslavije kot zvezne države, za zdravstvo najbolj pomembna politični in ekonomski proces preobrazbe družbe. Spremembe se niso odsevale v prvih letih na delovanju zdravstvenega sistema, je pa bilo povsem jasno, da se tem procesom ne bo mogla izogniti niti organizacija zdravstvenega sistema. Ključne spremembe, ki pa so bile povezane s spremembami v družbi so zadevale:

1. uvedbo socialnega zdravstvenega zavarovanja⁵
2. uvajanje zasebnega dela
3. uvedbo zbornične organiziranosti s prenosom pooblastil

Uvajanje proste izbire zdravnika ima poleg pozitivne demokratičnosti izbire tudi nekaj negativnih posledic, saj so v začetku marginalne skupine prebivalstva težje poskrbele za svojo registracijo pri izbranem osebnem zdravniku. Še vedno se dogaja, da zaradi zahteve po osebnem opredeljevanju za določenega zdravnika nekatere skupine prebivalcev lahko izpadejo (npr. ker si ne znajo urediti registracije, ker nimajo registriranega prebivališča ipd.). Ne redko pa se pojavlja povratni negativni vpliv potencialnega osebnega zdravnika na prosto izbiro v obliki odklanjanja tistih, ki iščejo zdravstveno pomoč in se želijo opredeliti ter posameznih kategorij bolnikov.

Tranzicija v zdravstvenem sistemu

V Ljubljani se PZV zagotavlja v javnih zavodih in pri zasebnikih s koncesijo. V povprečju se v javnih zavodih opravlja 80% dejavnosti, pri zasebnikih s koncesijo pa 20%, kar je enako slovenskemu povprečju. Delež dejavnosti s koncesijo je relativno velik v celotnem zobozdravstvenem varstvu (za odrasle, otroke in mladino), medtem ko je v šolski medicini in patronaži le 1%. Po letu 2002, ko je občina sprejela Strategijo razvoja primarnega zdravstvenega varstva, si mestna oblast prizadeva zagotavljati čim bolj enakomerno dostopnost. Ustanovljen je bil svet javne zdravstvene službe kot posvetovalni organ županje oziroma župana, ki predlaga odločitve glede razporejanja programov, javnega razpisa

⁵ Socialno zdravstveno zavarovanje ali Bismarckov sistem zdravstvenega zavarovanja pomeni sistem, v katerem se breme prispevkov za zdravstveno zavarovanje porazdeli enakomerno med delodajalca in delojemalca in v katerem je raven prispevkov določena linearno v odvisnosti od dohodkov. S tem naj bi bila zagotovljena pravičnost in relativna progresivnost sistema. Progresivnost v tem primeru pomeni relativno večje finančne obremenitve za bolj premožne.

koncesij ob upoštevanju strokovnih kriterijev in obravnava druga vprašanja v zvezi z zagotavljanjem mreže primarnega zdravstvenega varstva.

Načela prvih zdravstvenih domov, ki so v Sloveniji nastali v prvi polovici prejšnjega stoletja, so se v praksi izkazala za ustrezna, vendar spremenjene zdravstvene in družbene razmere terjajo prilagoditve. V zdravstvenih domovih bo potrebno uvajati spremembe v upravljanju in vodenju.

V času tranzicije je prišlo tudi do pomembnih demografskih sprememb. Po eni strani prihaja do nezadržnega krčenja števila otrok (ob vztrajanju pri bolj ali manj nespremenjenih zmogljivostih javne mreže), po drugi strani pa do rasti števila starostnikov in s tem povezanih problemov, ki presegajo le okvir zdravstvene službe in njenih trenutnih zmožnosti.

Izzivi, izhajajoči iz tranzicijskih sprememb

Razvoj družbe in medicinske znanosti so prinesle v ospredje potrebo po ekonomski učinkovitosti zdravstvenega sistema. Potrebo po ekonomski učinkovitosti sistema pogosto zamenjujemo z željo zasebnika po njegovi ekonomski uspešnosti in racionalnosti poslovanja. Način plačevanja storitev močno vpliva na racionalnost dela zdravstvenih timov, saj jo lahko spodbuja ali zavira. Zaposleni v javnih zdravstvenih zavodih so sicer javni uslužbenci, vendar so tudi odgovorni za racionalno in odgovorno poslovanje.

Procesi uvajanja individualizirane odgovornosti ter podeljevanje licenc o strokovnem delu potrjujejo, da je mogoče kakovostno izvajanje programov uveljaviti v javnih zavodih in pri zasebnikih s koncesijo na enak način, odprt pa ostane ustrezen in pravičen način nagrajevanja dobrih izvajalcev. Privatizacija, ki se ponuja kot politični koncept boljšega vodenja procesov in dejavnosti, je eden izmed načinov za razrešitev boljšega nagrajevanja. Za druge trditve, da je privatno zdravstvo bolj učinkovito, racionalnejše in bolj uspešno, analize tujih strokovnih virov žal kažejo, da ni dokazov.

V času tranzicije se pojavlja želja po večjem potrošništvu, kar vpliva na zdravstvene potrebe in zahteve prebivalstva. V obdobju med letoma 1985 in 2004 je bil zabeležen rastoči trend povpraševanja, saj se je število ambulantnih pregledov povečalo za 35%. Celotne rasti sicer ne moremo pripisati le povečanim zahtevam prebivalstva, saj je bilo v mnogih področjih

dostopnost do PZV pred opazovanim obdobjem zelo slaba, vendar pa to kaže, kako hitro lahko narašča povpraševanje v zdravstvenem varstvu.

- **Javno in zasebno**

Zdravnik lahko deluje v zdravstvenem sistemu v treh različnih vlogah:

- Kot zdravnik, zaposlen v javnem zavodu (stalno, za določen čas ali pogodbeno s podjemno pogodbo)
- Kot zasebnik s koncesijo, ki izvaja zdravstveno dejavnost za javna sredstva in je s tem del javne zdravstvene službe
- Kot čisti zasebnik, ki se financira iz neposrednega plačila zdravstvenih storitev ali iz zasebnih zavarovanj in zato ni del javne zdravstvene službe

Poznamo več načinov, kako lahko izvajalci delujejo v zdravstvenem sistemu:

- Kot zaposleni v javnem zavodu, kjer prejemajo plačo, ki je določena v skladu z zakonodajo o javnih uslužbencih, kolektivno pogodbo in pogodbe s plačnikom (ZZZS)
- Kot zasebniki – koncesionarji, ki prejemajo večino svojega prihodka v obliki pogodbe s plačnikom (ZZZS)
- Kot čisti zasebniki, ki se financirajo iz zasebnih sredstev in plačila zdravstvenih storitev uporabnikov teh storitev.

SHEMA FINANCIRANJA



*Praviloma zdravstveni dom

Tako javni zavodi kot zasebniki koncesionarji so del javnega zdravstvenega sistema, ker se njihova dejavnost financira z javnimi sredstvi vseh zavarovanih oseb. Ločimo lahko različne oblike sistemov **financiranja**, katerih razvoj je tesno povezan z družbenim, političnim in ekonomskim razvojem posamezne države. Z vzpostavitvijo klasičnih evropskih socialnih modelov, v katerih tveganja in breme zavarovanj prevzema celotna družba, so postopoma izginili modeli zasebnega financiranja. Slednji v tistih državah, kjer še obstajajo v relativno čisti obliki, omogočajo dve izločitvi, in sicer izločitev pacienta ali zavarovanca na podlagi previsokega tveganja in samoizločitev zaradi drugačnih potrošniških preferenc. Oboje je zelo nevarno in rezultira v slabih kazalcih zdravja, razen če niso vzpostavljeni kontrolni mehanizmi v družbi. Ne eno ne drugo v evropskih državah ni možno (izjema so le zasebna zavarovanja npr. v Švici in na Nizozemskem).

V Sloveniji se ne moremo odločiti, da se ne bomo zdravstveno zavarovali, saj je zdravstveno zavarovanje obvezno in predpisano z zakonom, kar pomeni, da zavarovalnica posameznika ne more zavrnila na podlagi njegovega/njenega (povečanega) tveganja. Velik problem v Sloveniji predstavlja dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki šele omogoča brezplačno zdravstveno varstvo v celoti. Mnogi ljudje ga zaradi finančne nezmožnosti (ali drugih razlogov) ne plačujejo in s tem nimajo zagotovljenega polnega zdravstvenega varstva, s tem pa so pri iskanju zdravstvene pomoči v primeru bolezni, samoplačniki za večinski finančni delež

stroškov. V praksi to pomeni, da je to že osnova za socialno razslojevanje v zdravju, saj zelo revni ne iščejo več pomoči pri zdravniku, ker tega ne morejo plačati.

V Evropi je organizacija zdravstvene službe običajno v mešanih modelih, v katerih je prisoten tako javni kot zasebni del. To ne pomeni, da nek izvajalec hkrati dela v javni mreži in kot čisti zasebnik, pač pa, da v javni mreži delujejo javni zavodi in zasebniki s koncesijo, ki se financirajo iz javnih sredstev. Tak sistem imamo trenutno tudi v Sloveniji. V Evropi obstajajo praktično samo mešani modeli zdravstvenega sistema, vendar je razmerje med javnim in zasebnim precej različno. Obstajata dve skrajnosti: tako imenovani srednjeevropski model z visokim vsaj 60% do skoraj 100% deležem zasebnitva, kamor sodijo Avstrija, Belgija, Nemčija, Italija, Estonija in Poljska ter skandinavski model z najmanjšim deležem zasebnitva (pod 12%), kamor sodijo Finska, Švedska in Portugalska (slednja ga je privzela kot izbiro v določeni fazi razvoja). Največ evropskih držav pa ima delež zasebnitva med 20% in 60% (Danska, Francija, Irska, Nizozemska, Španija in Anglija).

Javni del mešanega zdravstvenega sistema praviloma nudi večjo stopnjo stabilnosti, omogoča vzdrževanje dejavnosti, ki so dostikrat mejno profitabilne ali pa sploh ne, ter v razvitejših družbah tudi večjo fizično dostopnost, saj je služba pogosto organizirana tudi v tistih okoljih in za tiste skupine prebivalstva, kjer v tržnem modelu zanesljivo ne bi bila. Javni del je tudi nekoliko lažje obvladljiv zaradi enostavne organiziranosti izvajalcev in večje stopnje nadzora nad upravljanjem (v primeru državnega ali skupnostnega lastništva nad viri).

Zasebni del mešanega zdravstvenega sistema se pogosto ponaša z večjo racionalnostjo, torej z boljšim nadzorom nad stroški in z boljšo izrabo vseh virov, v prvi vrsti predvsem delovnega časa, materialnih stroškov. Veliko bolj vprašljiv pa je prihranek na račun kadrovskih virov. V sedanji fazi zasebnega izvajanja dejavnosti v Sloveniji prihaja v prvi vrsti do drobljenja mreže oziroma do kontinuiranega večanja števila izvajalcev v mreži javne zdravstvene službe, kar vsekakor ni racionalno niti prijazno do uporabnikov zdravstvenega sistema.

Javni (državni) zdravstveni sistem je sestavljen iz dveh organizacijskih oblik, iz javnih zavodov, ki jih ustanavlja država ali lokalna skupnost in zasebne dejavnosti s koncesijo, kjer je nosilec dejavnosti zasebnik. V obeh primerih je treba zagotoviti finančna sredstva za zagotavljanje pogojev (prostori, oprema) za izvajanje dejavnosti, ki jih mora zagotoviti ustanovitelj oziroma zasebnik iz lastnih sredstev. V obeh primerih pa se za samo izvajanje

dejavnosti oziroma za zdravstvene storitve zbirajo sredstva v Zavodu za zdravstveno zavarovanje in se razdeljujejo po postopkih, ki jih je določila država. Slabost slovenskega sistema je v tem, da lokalne skupnosti ne sodelujejo pri odločanju o financiranju primarnega zdravstvenega varstva, čeprav so ustanoviteljice javnih zavodov, ki to dejavnost izvajajo, in so zakonsko pristojne za določanje in zagotavljanje ustrezne mreže primarnega zdravstvenega varstva, v kateri delujejo javni zavodi in koncesionarji. Poleg tega pa so pristojne tudi za izdajanje koncesij zasebnim izvajalcem na primarni ravni zdravstvenega varstva.

Zasebnništvo je v javnem zdravstvenem sistemu za državo in lokalno skupnost racionalno v prvi vrsti v tem, da zasebnik s svojimi lastnimi sredstvi participira za prostore in opremo. Za vse ostalo pa razlik ne sme biti, če pa so, gredo pogosto lahko na račun prebivalstva in na škodo strokovnega dela ter slabših pogojev za zaposlene. Nosilec zdravstvene politike mora zagotoviti, da do razlik v obravnavi ne pride oz. da je dovolj kakovostna, to pa je možno le z dovolj dobrim nadzorom nad delom, ki ga naj bi izvajala ustrezna ustanova.

Prednosti in slabosti zasebne pobude v primarnem zdravstvenem varstvu so naslednje:

	Javni zavod	Koncesionar posameznik
Prednosti	Boljši nadzor	Večja motiviranost
	Koncentracija opreme	
	Zagotavljanje izvajanja dejavnosti v času odsotnosti	
	Lažje izvajanje dispanzerske metode	
Slabosti	Manjše nagrajevanje kakovostnega dela	Otežena regulacija
	Manjša motiviranost	Otežen nadzor
		Ni izvajanja dejavnosti v času odsotnosti
		Otežena koordinacija
		Razdrobljenost opreme
		Nestandardizirana oprema oz tehnično neusklajena oprema

Prednosti javnih zavodov so predvsem v enaki dostopnost za vse prebivalce, lažjem izvajanju dispanzerske metode dela, lažji koordinaciji med strokovnjaki, lažjemu zagotavljanju neprekinjenega zdravstvenega varstva, lažjem urejanju nadomeščanja in v koncentraciji opreme, diagnostičnih in terapevtskih postopkov.

Obstoječi sistem koncesioniranja bi kazalo dopolniti predvsem z bolj opredeljenimi stalnimi obveznostmi koncesionarja do koncedenta ter učinkovitejšim mehanizmom strokovnega, finančnega in upravnega nadzora. Poleg jasne opredelitve vsebine dela ter obsega le-tega, bi bilo predvsem potrebno jasneje določiti odgovornosti, oblike in vsebine upravnega nadzora ter možnosti za predčasno odpoved pogodbe zaradi neizpolnjevanja obveznosti glede na opredeljene indikatorje kakovosti in strokovnih vsebin. Koncesijske pogodbe morajo biti terminsko opredeljene in časovno jasno zamejene, tako da ne bi bilo moč izdati pogodbe za neomejen čas. Potrebno bo napraviti poseben zakon o nadzoru v zdravstvu, ki bo odsevalo spremembe sistema organiziranja in financiranja zdravstvene dejavnosti.

Posamezne službe znotraj PZV v MOL

Vodenje politike zdravstva preko sveta zavoda in vodstev zdravstvenih domov je ena najbolj ključnih javnozdravstvenih funkcij v državi. Zdravstveni dom ni le skupek ambulant, ampak je integrirana dejavnost, ki ponuja spekter obravnav različnim populacijskim skupinam na enem mestu. Z združevanjem več služb na enem mestu, njihovim povezovanjem in populacijskim pristopom je sposoben ponuditi prebivalstvu izjemno visoko raven zdravstvenega varstva tudi na področjih:

a.) Splošne/družinske medicine, primarnega zdravstvenega varstva žensk in otroškega ter šolskega zdravstvenega varstva. Služba splošne/družinske medicine predstavlja osnovo PZV in jo še vedno v največji meri izvaja javni zavod. Izvajanje te službe je možno tudi v obliki zasebnega dela s koncesijo, vendar je potrebno zagotoviti koordinacijo službe na ravni mesta, ki naj bi potekala v okviru zdravstvenega doma. Prehod v zasebnništvo posameznih zdravnikov je možen pod naslednjimi pogoji:

- podeljevanje koncesij za proste zdravstvene programe le preko obveznega javnega razpisa, ki zagotavlja načelo enakosti in konkurence v postopku izbire koncesionarja;
- sklenitev koncesijske pogodbe z MOL, ki jo bo mogoče nadzirati;

- zagotovitev enakih pogojev za vse zavarovance in
- enaki pogoji poslovanja, vodenja in nadzora kot v javnem zavodu.

Dispanzerska metoda je značilnost vsakega kakovostnega PZV. V zadnjem času se je že prej znanim preventivnim programom pridružil tudi preventivni program za odraslo populacijo. Pojavljajo se pobude po vedno novih, zaradi česar je pomembno, da se koordinacija teh programov na nivoju MOL obdrži na ravni lokalne skupnosti in zdravstvenega doma, čeprav je izvajanje programov dolžnost vsakega izvajalca.

b.) Patronaža in zdravljenje na domu

Patronaža je samostojna dejavnost v okviru PZV, za kakovostno izvajanje pa je potrebno zagotoviti dobro komunikacijo med ravnmi. Okrepiti je treba medsebojno sodelovanje med timi in zagotoviti ustrezen nadzor nad delom patronažne službe. Trenutno v Ljubljani razen ene izjeme poznamo samo patronažne sestre v javnem zavodu, kar pomeni, da bo javni zavod še naprej ostal najpomembnejši nosilec te dejavnosti. Čeprav je zakonsko možen prehod v zasebno, je potrebno zagotoviti, da bi tudi morebitne zasebnice zagotavljale enako kakovost oskrbe in bile deležne ustreznega nadzora. Koordinacija službe naj vsekakor ostane v zdravstvenem domu in lokalni skupnosti, za Ljubljano tudi ni primerna navezava patronažne dejavnosti na posamezen tim.

c.) Nujna medicinska pomoč

Ljubljana ima za potrebe nujne medicinske pomoči že dolga desetletja organizirano Službo za nujno medicinsko pomoč (SNMP), ki se je v zadnjem času izkazala kot učinkovita in dobro organizirana. Ta služba se srečuje z vse večjimi obremenitvami zaradi ne-nujnih ter zato nepotrebnih obiskov v SNMP. Gre za problem, s katerim se srečujejo povsod po svetu in je odraz neučinkovitosti redne zdravstvene službe in neusklajenih zahtevnosti prebivalstva.

Poleg tega se je izkazalo, da v Ljubljani nujno potrebujemo tudi zobozdravstveno nujno medicinsko pomoč (ZNMP) v nočnem času, ki pa jo ZZZS ne financira. Zaenkrat jo sofinancira MOL zato, ker so dosedanje izkušnje tako glede števila bolnikov, ki ZNMP v nočnem času obiščejo in vrsto storitev, ki jih izvajajo, pokazale, da gre za nujne primere. Zato menimo, da sodi ta služba v okvir nujne medicinske pomoči, ki jo mora financirati država.

Posebno pomemben vidik nujne medicinske pomoči je potreba po koordinaciji službe v primeru naravnih nesreč in epidemij, kjer je potrebno zagotoviti koordinacijo služb na primarni ravni. To nalogo lahko strokovno dovolj dobro zagotovi le ZD Ljubljana v sodelovanju z lokalno skupnostjo in državnimi institucijami.

2. OBSTOJEČE ZDRAVSTVENO STANJE PREBIVALCEV V MOL IN PRIMERJAVA S SLOVENIJO IN EU

2.1. ZDRAVSTVENO STANJE PREBIVALCEV V MOL

Primerjava kazalcev umrljivosti in obolevnosti med Slovenijo in EU

Metodološka izhodišča in definicije

Na Oddelku za zdravstvo in socialno varstvo Mestne uprave Mestne občine Ljubljana (OZSV MU MOL) uporabljamo praviloma za oceno zdravstvenega stanja prebivalstva koncept »negativnega zdravja« oziroma kazalce umrljivosti in obolevnosti. Ti kazalci so najbolj zanesljivi in dostopni, kljub temu pa predstavljajo le vrh ledene gore. Kazalec zdravja je torej lahko izbrana bolezen (umrljivost, obolevnost) oziroma kvantitativna vrednost izbranega pojava (število smrti zaradi srčnega infarkta, število odkritega raka dojk, število obiskov v PZV,...). Kazalci umrljivosti odražajo obolevnost zaradi bolezni, ki najbolj ogrožajo zdravje ter učinkovitost in dostopnost zdravljenja. Dodaten vpogled v pogostnost in razporejenost

zdravstvenih problemov daje še primerjava izbranih kazalcev znotraj regije in države ter primerjava med državami.

Najpomembnejši vir za izdelavo strategije je raziskovalno poročilo z naslovom »*Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane - Oblikovanje sistema indikatorjev*«, ki ga je pripravil Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana⁶. Zbrane kazalce umrljivosti, ki so prikazani v trendih za desetletno obdobje, po spolu, starosti in vzrokih smo primerjali z enakimi kazalci za Evropo, Slovenijo in MOL skupaj z bivšimi primestnimi občinami (v nadaljevanju Mesto Ljubljana).

Za ocenitev trenutnega stanja zdravstvenih problemov, s katerimi se soočajo prebivalke in prebivalci MOL, je potrebno upoštevati proporcionalno število smrti prebivalcev po spolu in starosti ter oceniti razlike na področju umrljivosti prebivalcev MOL, Mesta Ljubljane, Slovenije in Evrope. Hkrati želimo opozoriti na pereče zdravstvene probleme, ki bolj kot v nekaterih drugih okoljih ogrožajo zdravje prebivalk in prebivalcev Ljubljane.

Vsi v strategiji uporabljeni podatki o umrljivosti so starostno standarizirani na osnovi evropske standardne populacije po metodologiji Svetovne zdravstvene organizacije (WHO). V primerih analiziranja gibanja stopenj umrljivosti v zadnjem desetletju smo uporabili standarizirane stopnje umrljivosti (SSU), za analiziranje najpogostejših vzrokov umrljivosti pa nestandarizirane stopnje umrljivosti. V besedilu za obe stopnji uporabljamo le izraz umrljivost.

Definicija prezgodnje umrljivosti vključuje vse smrti prebivalstva mlajšega od 65 let. Pomembnost analiz prezgodnjih smrti je v njihovem vplivu na zmanjševanje ekonomske sposobnosti države oziroma regije in tudi v ohranjanju kvalitete življenja, ki jo dosežemo z učinkovitim preprečevanjem teh smrti.

Za oceno vplivov na umrljivost kot posledico dejavnikov tveganja uživanja alkohola in kajenja smo uporabili mednarodna kazalca: starostno standarizirana umrljivost zaradi izbranih z alkoholom povezanih vzrokov in starostno standarizirana umrljivost zaradi izbranih s kajenjem povezanih vzrokov. Ti vzroki ne pomenijo umrljivost zaradi uživanja alkohola ali kajenja, pač pa je njihov namen primerjava. Izbrani z alkoholom povezani vzroki so: rak

⁶ Avtorice poročila so Tatjana Kofol Bric, Tjaša Jerman, Mirjana Stantič-Pavlinič, Eva Grilc in Majda Domanjko.

požiralnika in grla, duševne in vedenjske motnje zaradi uživanja alkohola, kronična bolezen jeter in ciroza ter poškodbe in zastrupitve. Izbrani s kajenjem povezani vzroki so: rak ustnice, ustne votline, žrela, požiralnika, grla, sapnika in sapnice, ishemična bolezen srca, bolezni možganskih žil, kronične bolezni spodnjih dihal.

Analize, potrebne za pripravo strategije, so potekale v različnih časovnih obdobjih od leta 2004 dalje. Posledično so podatki, kot npr. število prebivalcev, iz različnih časovnih obdobj. Podatki za leto 2003 se nanašajo na MOL, podatki za desetletno obdobje pa niso bili dosegljivi in zato vključujejo širše ljubljansko območje oziroma mesto Ljubljana s primestnimi občinami (v nadaljevanju M Ljubljana). V analizo obolevnosti so vključeni kazalci pogostnosti zbolevanja za rakavimi boleznimi, kazalci hospitalizacije in vzroki za obisk v primarnem zdravstvenem varstvu. Incidence zbolevanja zaradi rakavih obolenj, ki jih zbira Register raka, so dostopne od leta 2001.

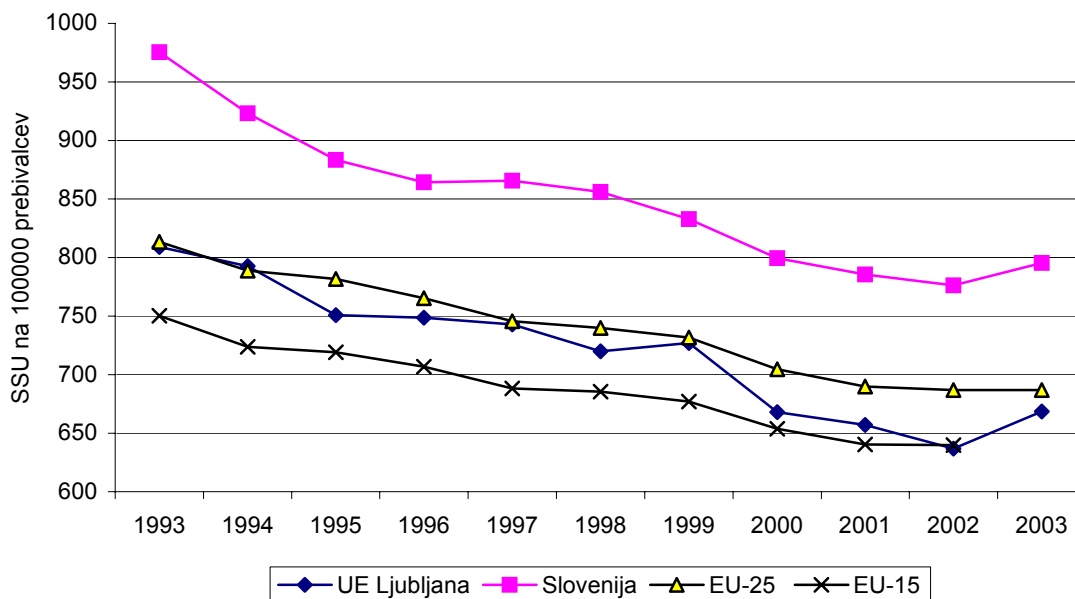
2.1.1. DESETLETNO GIBANJE UMRLJIVOSTI V MESTU LJUBLJANI

Trendi in primerjava starostno standardiziranih stopenj umrljivosti v Mestu Ljubljani (ML) s stopnjo v Sloveniji in Evropi pri celotni populaciji po spolu in za zadnje desetletje (1994 – 2003) so prikazani v Preglednici 1 in Sliki 1.

Preglednica 1: Starostno standardizirana umrljivost na 100 000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
M Ljubljana	809	793	751	749	743	720	727	668	657	637	668
Slovenija	975	923	883	864	866	856	833	799	785	776	795
EU-25	813	789	782	765	746	740	732	705	690	687	687
EU-15	750	724	719	707	688	685	677	654	640	640	...
EU-10	1123	1109	1090	1055	1030	1012	1005	960	939	926	930

Slika 1: Starostno standardizirana umrljivost (SSU) na 100 000 prebivalcev.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Umrljivost prebivalstva v ML se je v zadnjem desetletju zniževala. Vse obdobje je bila za 15% nižja kot v Sloveniji in nekoliko višja kot v Evropi, v zadnjih letih pa se je približala povprečni ravni najrazvitejših evropskih držav (Slika 1).

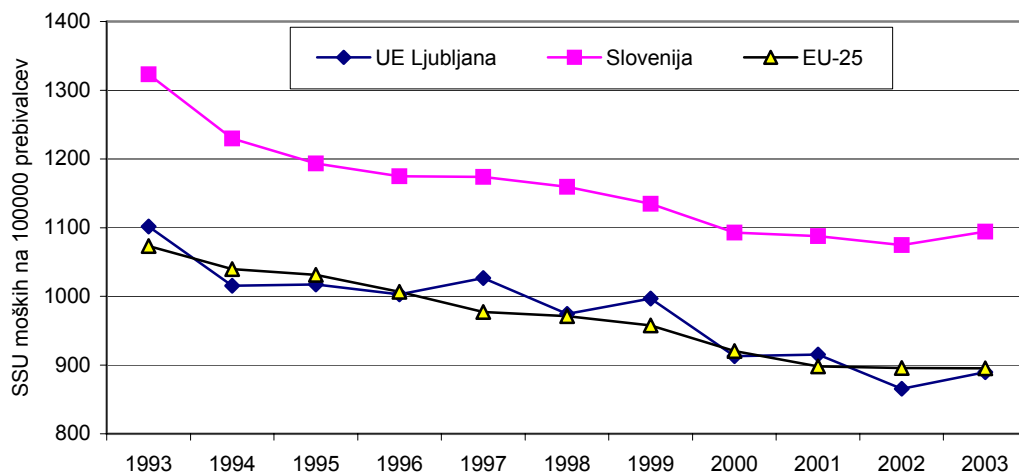
Desetletna umrljivost moških in žensk

Umrljivost moških v ML ima podoben trend kot umrljivost celotne populacije, je pa višja od umrljivosti žensk, ker moški v povprečju umirajo mlajši kot ženske (Preglednica 2 in slika 2).

Preglednica 2: Starostno standardizirana umrljivost moških na 100 000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
M Ljubljana	1102	1015	1017	1003	1027	975	997	913	915	866	890
Slovenija	1323	1230	1193	1175	1174	1159	1135	1093	1087	1074	1094
EU-25	1073	1040	1031	1007	978	971	958	920	898	896	895

Slika 2: Starostno standardizirana umrljivost (SSU) moških na 100 000 prebivalcev.



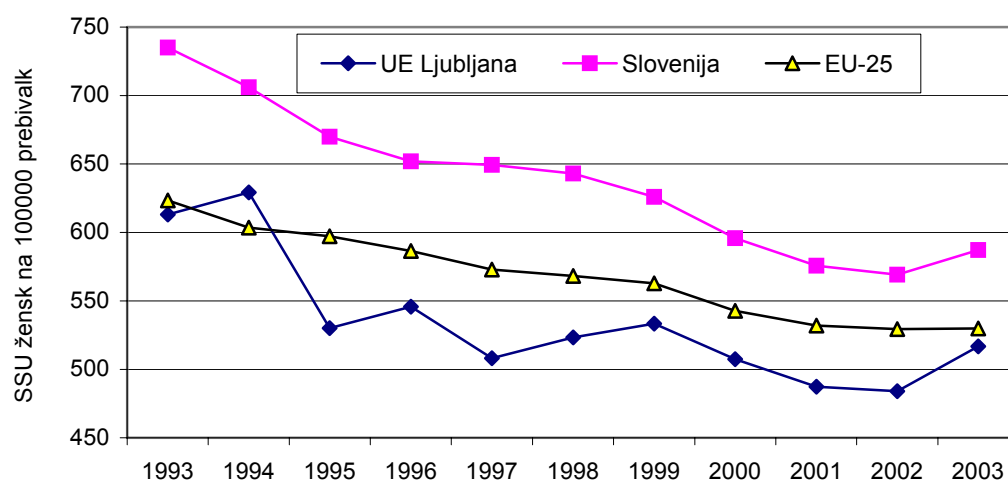
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Umrljivost žensk v ML je bila v opazovanem obdobju za 40% nižja kot pri moških, v nekaterih letih je bila celo nižja od povprečja nekdanjih najrazvitejših evropskih držav (Preglednica 3, Slika 3).

Preglednica 3: Starostno standardizirana umrljivost žensk na 100 000 prebivalk.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
M Ljubljana	613	629	530	546	508	523	533	508	487	484	517
Slovenija	735	706	670	652	649	643	626	596	576	569	587
EU-25	623	604	597	586	573	568	563	543	532	529	530

Slika 3: Starostno standardizirana umrljivost (SSU) žensk na 100 000 prebivalk.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Desetletno gibanje vzrokov umrljivosti zaradi 5 najpogostejših bolezni

Za boljšo oceno zdravstvenega stanja smo analizirali najpomembnejše vzroke, zaradi katerih umirajo naše prebivalke in prebivalci. V zadnjem desetletju so prebivalke in prebivalci ML najpogosteje umirali zaradi naslednjih 5 bolezni:

1. srčno žilne bolezni,
2. rakave bolezni,
3. poškodbe in zastrupitve,
4. bolezni dihal,
5. bolezni prebavil.

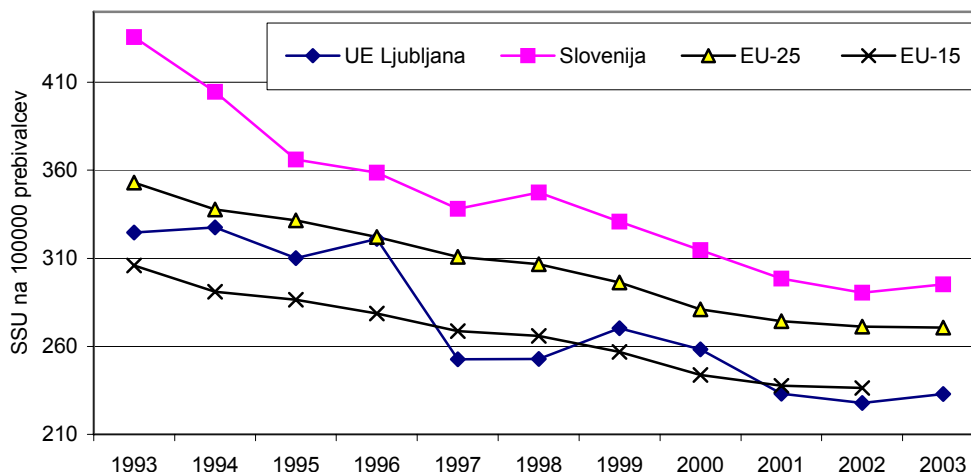
Umrlijivost zaradi srčno žilnih bolezni

Srčno žilne bolezni so tudi najpogostejši vzrok smrti v razviti Evropi, vendar se stopnja umrljivosti zmanjšuje. V ML je trend upadanja teh bolezni **na enaki ravni** kot v najbolj razvitih Evropskih državah (EU 15) za razliko od Slovenije, ki nekoliko odstopa navzgor (Preglednica 4, Slika 4).

Preglednica 4: Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni srca in žil na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
M Ljubljana	325	328	310	321	253	253	270	258	233	228	233
Slovenija	436	405	366	359	338	347	331	315	298	291	295
EU-25	353	338	331	322	311	307	296	281	274	271	271
EU-15	306	291	286	279	269	266	257	244	238	236	...

Slika 4: Starostno standardizirana umrljivost (SSU) zaradi bolezni srca in žil na 100.000 prebivalcev.



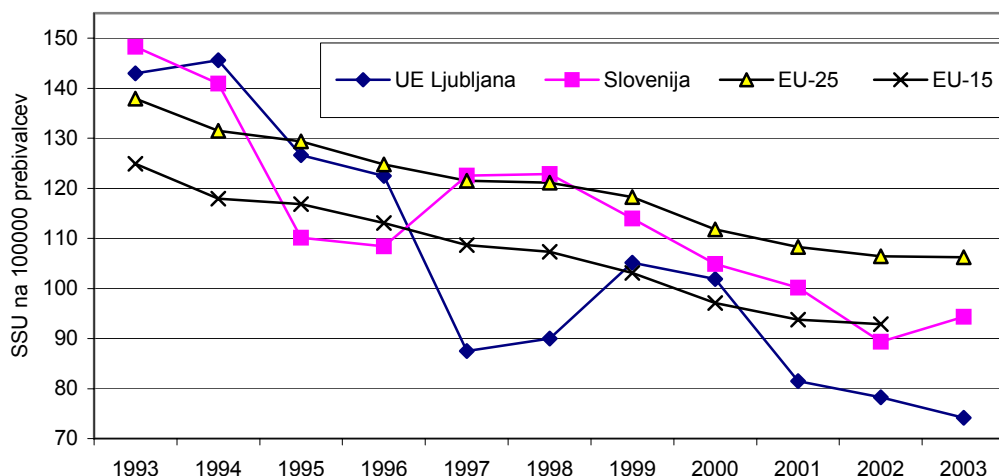
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Pomembno pa je opozoriti, da so prebivalci ML v zadnjih 10 letih manj pogosto umirali zaradi srčnega infarkta, ene od najpomembnejših srčno žilnih bolezni, kot ostali evropski prebivalci (EU 15, EU 25) in enako pogosto zaradi možganske kapi kot prebivalci najbolj razvitih evropskih držav (EU 15) (Preglednica 5, Slika 5).

Preglednica 5: Starostno standardizirana umrljivost zaradi ishemične bolezni srca na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
M Ljubljana	143	146	127	122	88	90	105	102	82	78	74
Slovenija	148	141	110	108	123	123	114	105	100	89	94
EU-25	138	131	129	125	122	121	118	112	108	106	106
EU-15	125	118	117	113	109	107	103	97	94	93	...

Slika 5: Starostno standardizirana umrljivost (SSU) zaradi ishemične bolezni srca na 100.000 prebivalcev.



Vir:

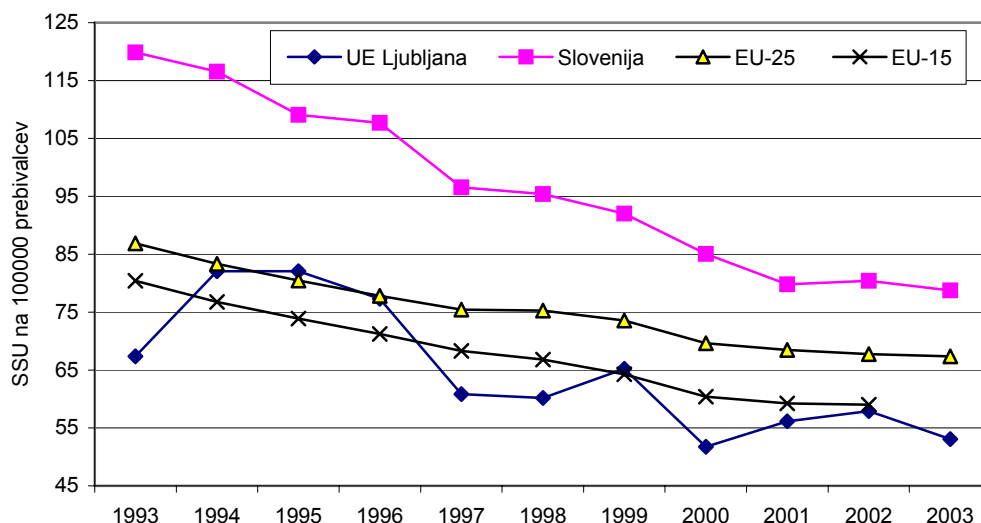
Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane
Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Zaradi srčnega infarkta so prebivalci ML v letu 2003 skoraj za 50% manj pogosto umirali kot so pred 10 leti, medtem ko pa je bilo zmanjševanje umrljivosti zaradi možganske kapi še enkrat manjše (le 20%) (Preglednica 6, Slika 6).

Preglednica 6: Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni možganskih žil na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	67	82	82	77	61	60	65	52	56	58	53
Slovenija	120	117	109	108	97	95	92	85	80	80	79
EU-25	87	83	80	78	75	75	74	70	68	68	67
EU-15	80	77	74	71	68	67	64	60	59	59	...

Slika 6: Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni možganskih žil na 100.000 prebivalcev.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

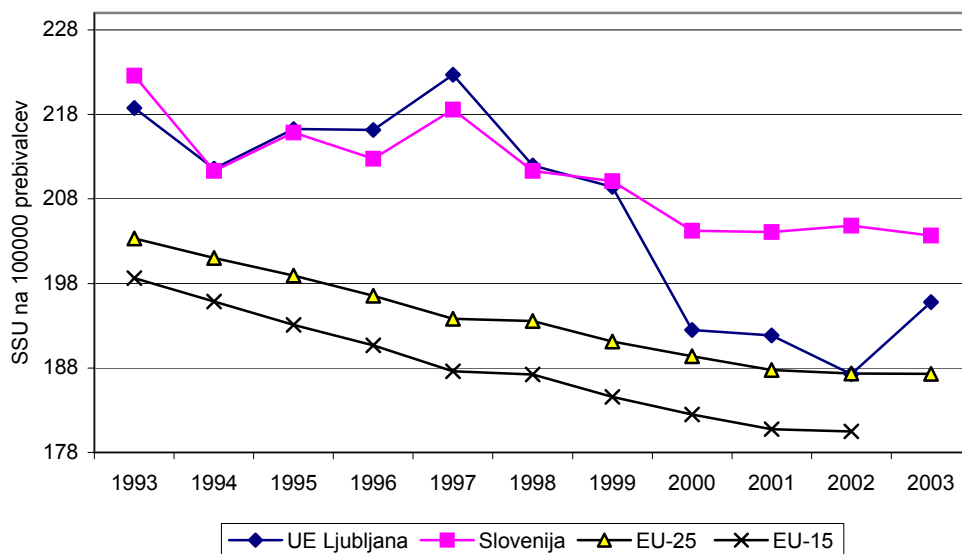
Umrljivost zaradi rakavih bolezni

Rakave bolezni kažejo precej drugačen trend kot srčno žilne bolezni. **V zadnjem desetletju ostajajo te bolezni na enaki ravni tako pri nas kot v Evropi.** V mestu Ljubljani je bila umrljivost zaradi rakavih bolezni **v prvi polovici zadnjega desetletja** enaka kot v Sloveniji in **nekoliko višja** kot v najbolj razvitih državah Evrope. V zadnjih letih pa se je umrljivost zaradi raka v našem mestu zniževala in se s tem približala evropskemu trendu ter pustila zadaj slovenski trend. Ocenjujemo, da to zmanjševanje lahko pripišemo boljšemu zdravljenju in ne manjši obolevnosti (Kofol Bric in sod. 2005) (Preglednica 7, Slika 7).

Preglednica 7: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	219	212	216	216	223	212	209	192	192	187	196
Slovenija	223	211	216	213	219	211	210	204	204	205	204
EU-25	203	201	199	197	194	194	191	189	188	187	187
EU-15	199	196	193	191	188	187	185	183	181	181	...

Slika 7: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka na 100.000 prebivalcev.



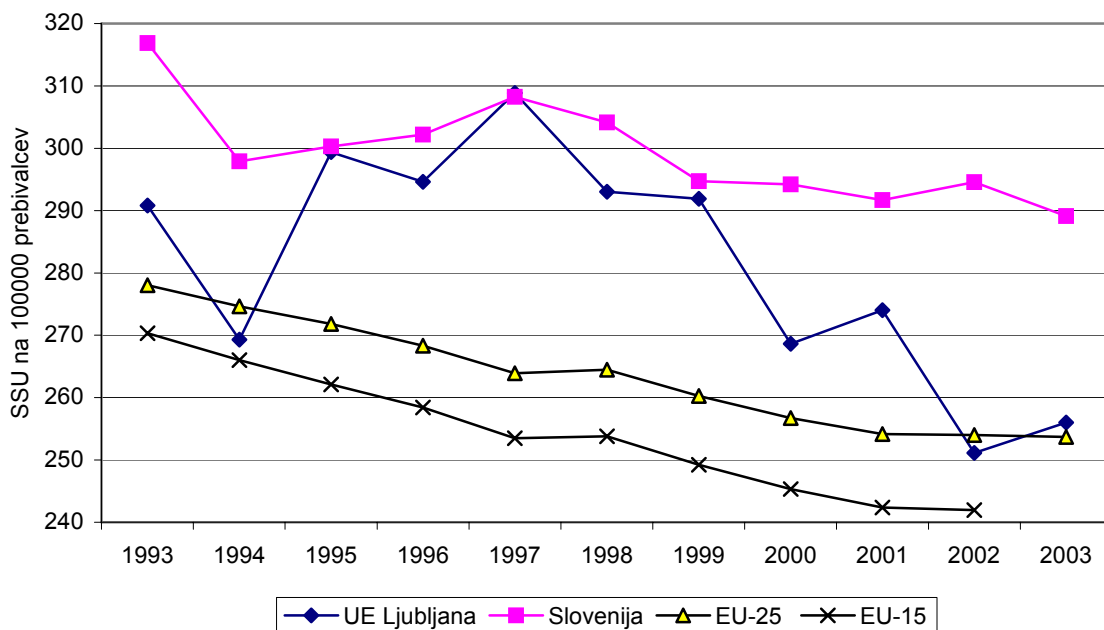
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grile E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Pri moških, ki imajo umrljivost zaradi rakavih bolezni višjo (za okoli 40%) kot ženske tako pri nas kot v Evropi, je viden trend upadanja šele v zadnjih 4 letih, medtem ko je bilo zmanjševanje te umrljivosti **pri ženskah** bolj stalno skozi vse desetletje. Za zadnji 2 leti pa **pri ženskah** v naši regiji opazujemo ponoven dvig umrljivosti zaradi rakavih bolezni (Preglednica 8, 9 in Slika 8, 9).

Preglednica 8: Starostno standardizirana umrljivost moških zaradi raka na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	291	269	299	295	309	293	292	269	274	251	256
Slovenija	317	298	300	302	308	304	295	294	292	295	289
EU-25	278	275	272	268	264	265	260	257	254	254	254
EU-15	270	266	262	258	253	254	249	245	242	242	...

Slika 8: Starostno standardizirana umrljivost moških zaradi raka na 100.000 prebivalcev.

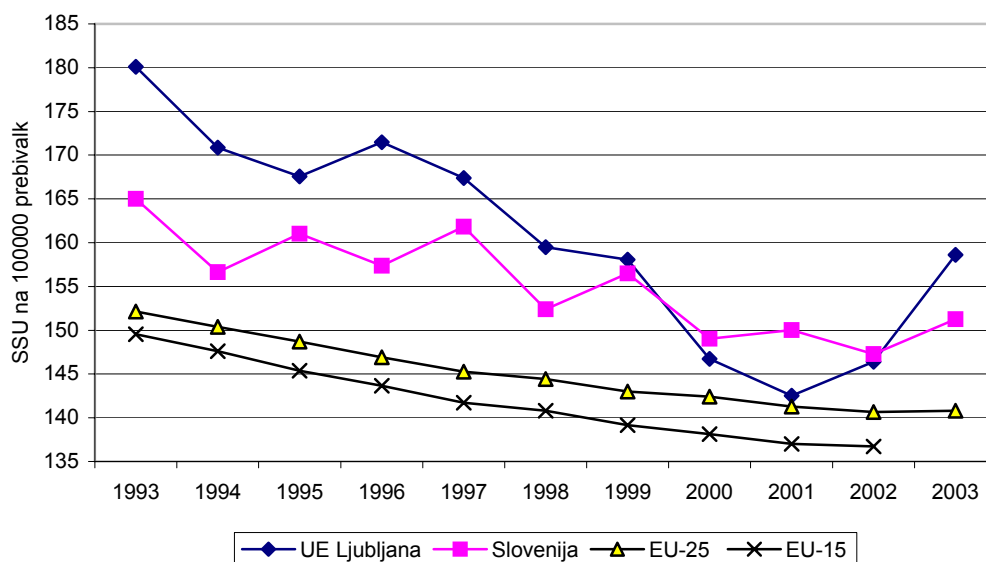


Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grile E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Preglednica 9: Starostno standardizirana umrljivost žensk zaradi raka na 100.000 prebivalk.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	180	171	168	171	167	159	158	147	143	146	159
Slovenija	165	157	161	157	162	152	156	149	150	147	151
EU-25	152	150	149	147	145	144	143	142	141	141	141
EU-15	150	148	145	144	142	141	139	138	137	137	...

Slika 9: Starostno standardizirana umrljivost žensk zaradi raka na 100.000 prebivalk.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grile E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

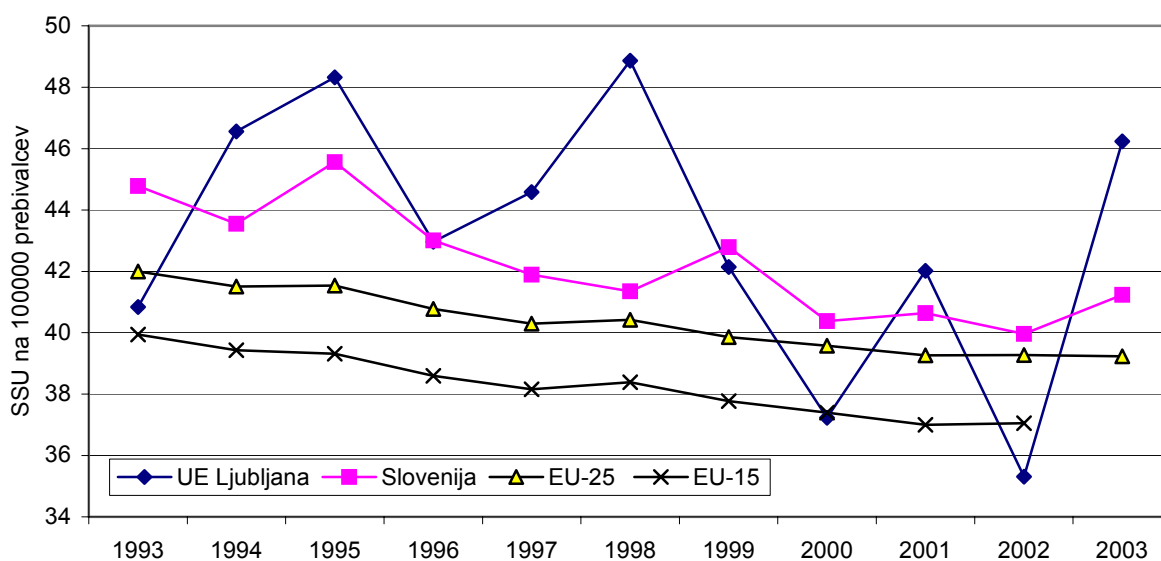
Prebivalke in prebivalci MOL v zadnjem desetletju so pogosto umirali tudi zaradi raka dihal, dojk in materničnega vratu.

Umrljivost zaradi **raka dihal** je bila najbolj izstopajoča v prvi polovici zadnjega desetletja, ko so bile te smrti v naši regiji še pogostejše kot v Sloveniji in Evropi. V zadnji polovici tega desetletja pa kažejo trend upadanja in približevanja evropskemu trendu (Preglednica 10, Slika 10).

Preglednica 10: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka pljuč, sapnic in sapnika na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	41	47	48	43	45	49	42	37	42	35	46
Slovenija	45	44	46	43	42	41	43	40	41	40	41
EU-25	42	42	42	41	40	40	40	40	39	39	39
EU-15	40	39	39	39	38	38	38	37	37	37	37

Slika 10: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka pljuč, sapnic in sapnika na 100.000 prebivalcev.



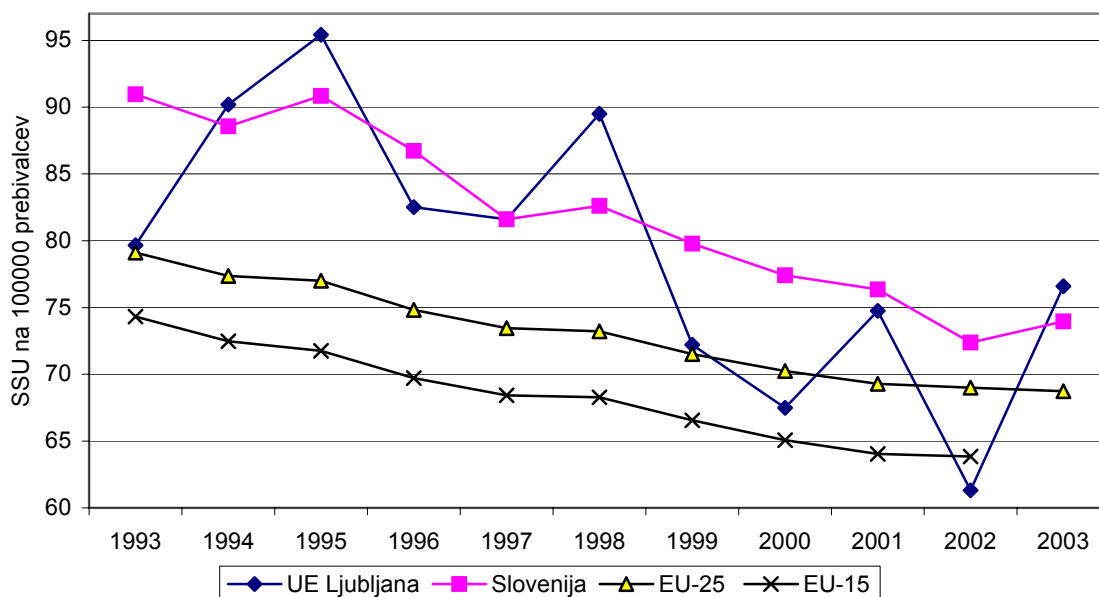
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Podobna slika je tudi pri **moških** iz ML, kjer je bila umrljivost zaradi bolezni dihal vse desetletje nekajkrat višja kot pri ženskah, vendar se razlika zmanjšuje (leta 1993 5-krat višja umrljivost in leta 2003 3-krat višja) (Preglednica 11, slika 11).

Preglednica 11: Starostno standardizirana umrljivost moških zaradi raka pljuč, sapnic in sapnika na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	80	90	95	83	82	90	72	67	75	61	77
Slovenija	91	89	91	87	82	83	80	77	76	72	74
EU-25	79	77	77	75	73	73	72	70	69	69	69
EU-15	74	72	72	70	68	68	67	65	64	64	...

Slika 11: Starostno standardizirana umrljivost moških zaradi raka pljuč, sapnic in sapnika na 100.000 prebivalcev.



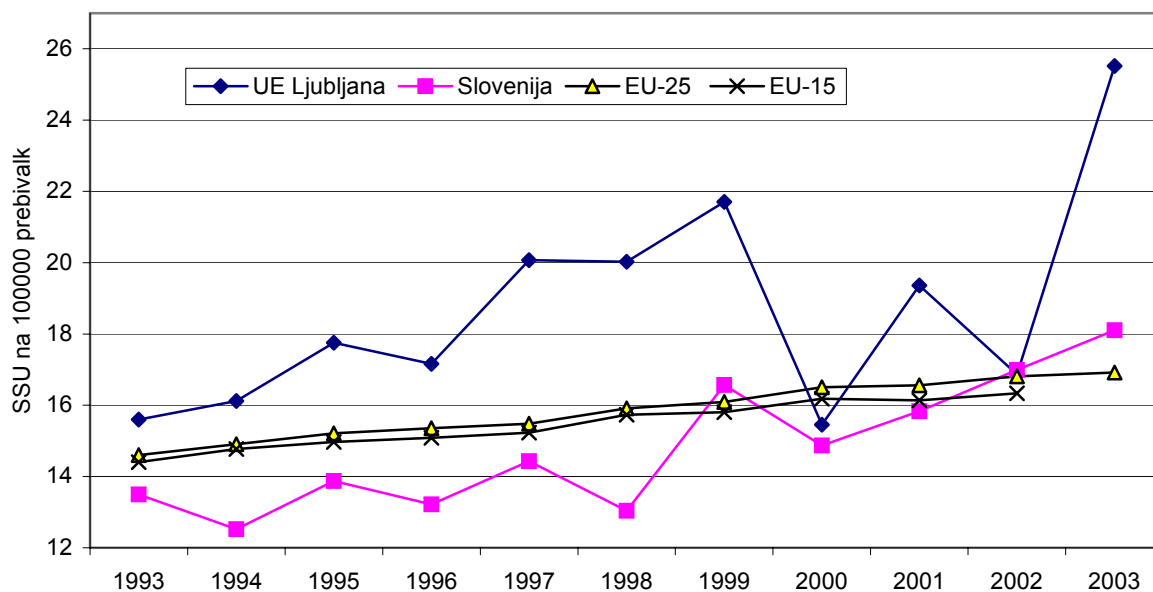
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Ne glede na to je zelo zaskrbljujoč dvigajoč trend te umrljivosti pri ženskah iz našega mesta, ki kaže, da naše meščanke pogosteje umirajo kot druge Slovenke in Evropejke. V letu 2003 je v MOL umrlo 171 prebivalcev, od tega 112 moških in 59 žensk (Preglednica 12, Slika 12).

Preglednica 12: Starostno standardizirana umrljivost žensk zaradi raka pljuč, sapnic in sapnika na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	16	16	18	17	20	20	22	15	19	17	26
Slovenija	14	13	14	13	14	13	17	15	16	17	18
EU-25	15	15	15	15	15	16	16	17	17	17	17
EU-15	14	15	15	15	15	16	16	16	16	16	...

Slika 12: Starostno standardizirana umrljivost žensk zaradi raka pljuč, sapnic in sapnika na 100.000 prebivalk.



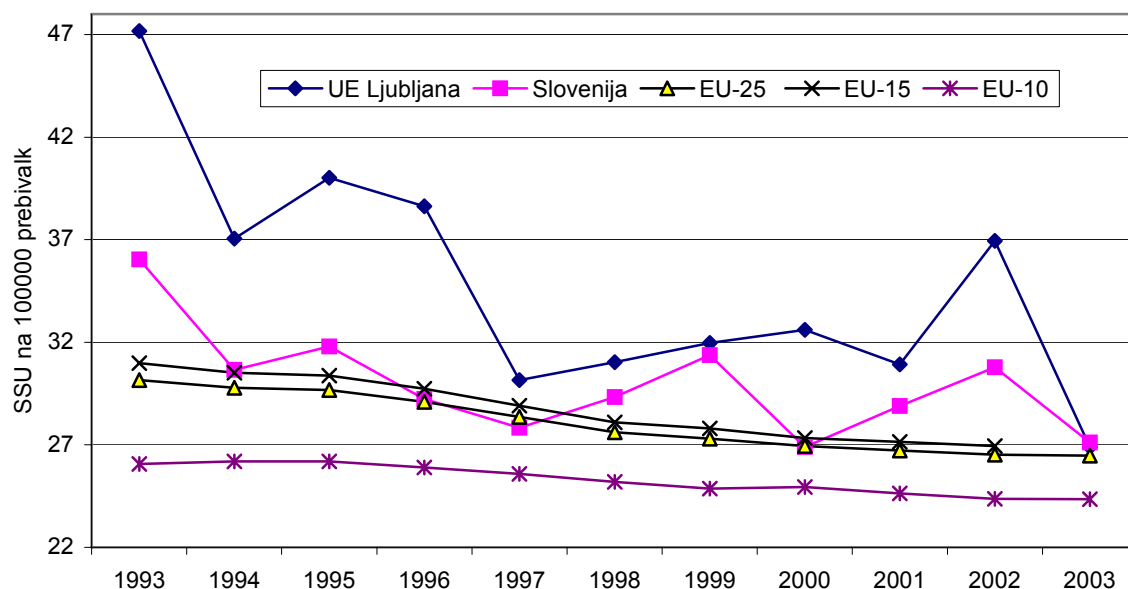
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Za ženske iz ljubljanskega območja je posebno zaskrbljujoč trend umrljivosti **zaradi raka dojke**, saj je bila v vsem desetletju višja kot v Sloveniji in v Evropi. V drugi polovici zadnjega desetletja se je sicer nekoliko znižala in približala evropskim in slovenskim trendom, vendar zaenkrat ne kaže, da bi se še najprej zmanjševala. V zadnjih letih v MOL namreč umre čez 40 žensk vsako leto. Leta 2003 pa je v MOL umrlo kar 64 žensk (Preglednica 13, Slika 13).

Preglednica 13: Starostno standardizirana umrljivost žensk zaradi raka dojke na 100.000 prebivalk.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	47	37	40	39	30	31	32	33	31	37	27
Slovenija	36	31	32	29	28	29	31	27	29	31	27
EU-25	30	30	30	29	28	28	27	27	27	27	26
EU-15	31	31	30	30	29	28	28	27	27	27	„
EU-10	26	26	26	26	26	25	25	25	25	24	24

Slika 13: Starostno standardizirana umrljivost žensk zaradi raka dojke na 100.000 prebivalk.



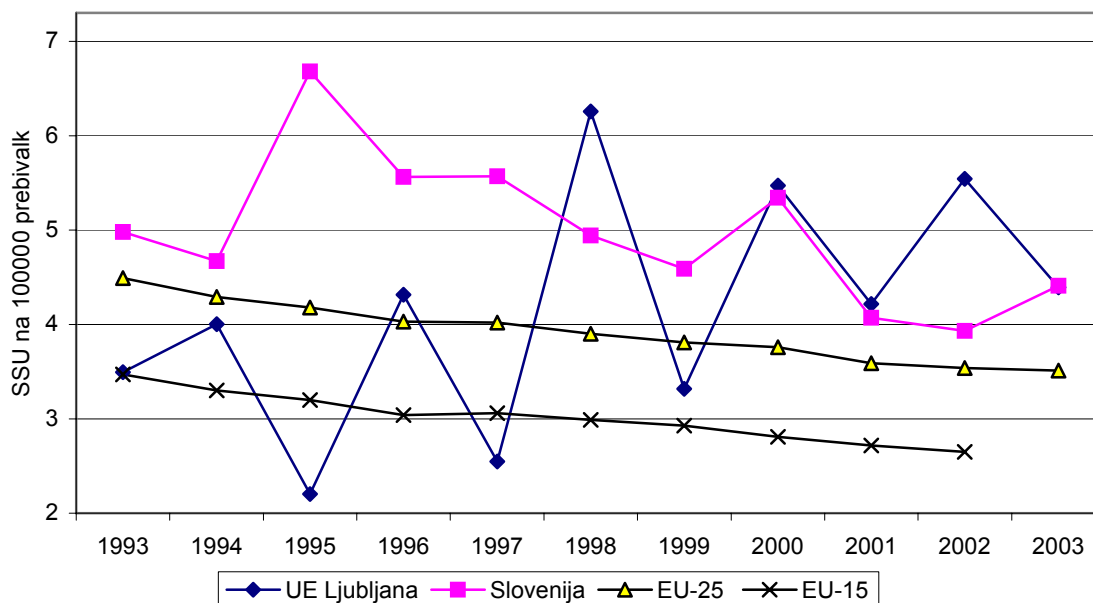
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Prav tako zaskrbljujoče je tudi gibanje **umrljivosti zaradi raka na materničnem vratu v ML**, ki je sicer po obsegu manjši zdravstveni problem kot rak dojk, neugoden pa je predvsem zaradi naraščajočega trenda. V prvi polovici desetletja je bila ta umrljivost v ML precej nižja kot v Sloveniji in celo na povprečni ravni najrazvitejših evropskih držav, nato pa se je dvignila na slovensko raven in jo celo nekoliko presegla. V zadnjih letih v ML umre okoli 7 žensk vsako leto (Preglednica 14, Slika 14).

Preglednica 14: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka vratu maternice na 100.000 prebivalk.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	3,2	3,7	1,9	4,0	2,2	6,0	3,0	5,2	3,9	5,2	4,1
Slovenija	4,7	4,4	6,4	5,3	5,3	4,6	4,3	5,0	3,8	3,6	4,1
EU-25	4,2	4,0	3,9	3,7	3,7	3,6	3,5	3,5	3,3	3,2	3,2
EU-15	3,2	3,0	2,9	2,7	2,8	2,7	2,6	2,5	2,4	2,4	,,,

Slika 14: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka vratu maternice na 100.000 prebivalk.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

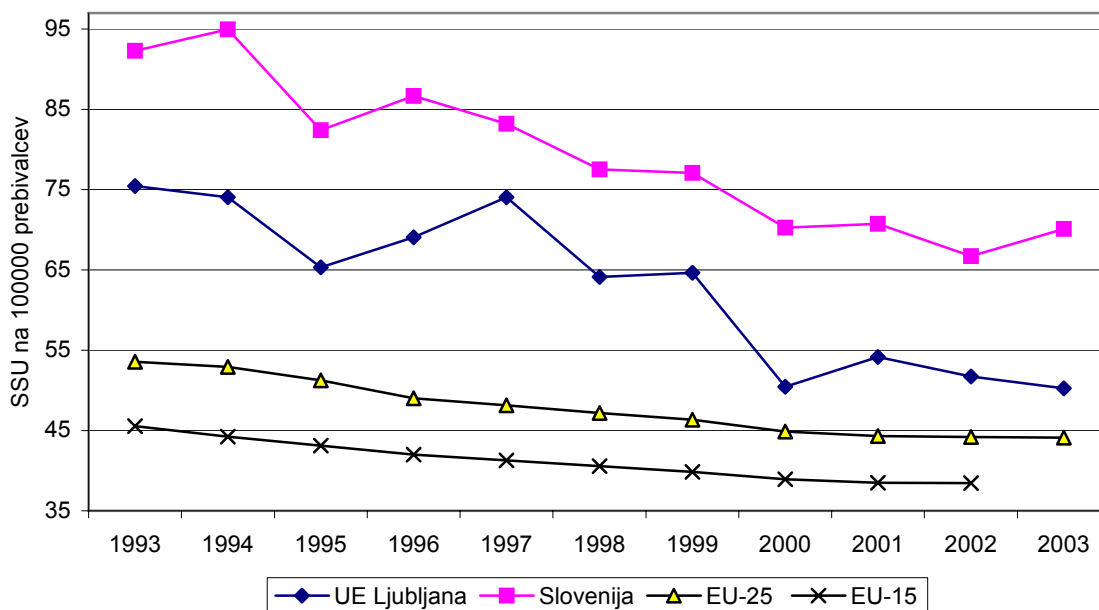
Umrlijivost zaradi poškodb in zastrupitev

Za razliko od prvih dveh najpogostejših vzrokov umrljivosti (srčno žilne in rakave bolezni), ki relativno malo odstopata od evropskega povprečja, pa **umrljivost zaradi poškodb in zastrupitev**, ki sicer zavzema tretje mesto, **zelo izrazito odstopa od evropskega povprečja** tako v Sloveniji kot v ML. V to skupino štejemo prometne nesreče, samomore in namerne poškodbe po drugi osebi. V opazovanem obdobju je ta umrljivost v ML sicer za 30% nižja kot v Sloveniji in se zmanjšuje, vendar se razlika od evropske ravni nič ne zmanjšuje. Trend je enak tudi če analiziramo umrljivost po spolu, le da moški še enkrat pogosteje umirajo zaradi teh vzrokov kot ženske. V letu 2003 je v MOL umrlo 153 prebivalcev (Preglednica 15, Slika 15).

Preglednica 15: Starostno standardizirana umrljivost zaradi poškodb in zastrupitev na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	75	74	65	69	74	64	65	50	54	52	50
Slovenija	92	95	82	87	83	78	77	70	71	67	70
EU-25	54	53	51	49	48	47	46	45	44	44	44
EU-15	46	44	43	42	41	41	40	39	39	38	...

Slika 15: Starostno standardizirana umrljivost zaradi poškodb in zastrupitev na 100.000 prebivalcev.



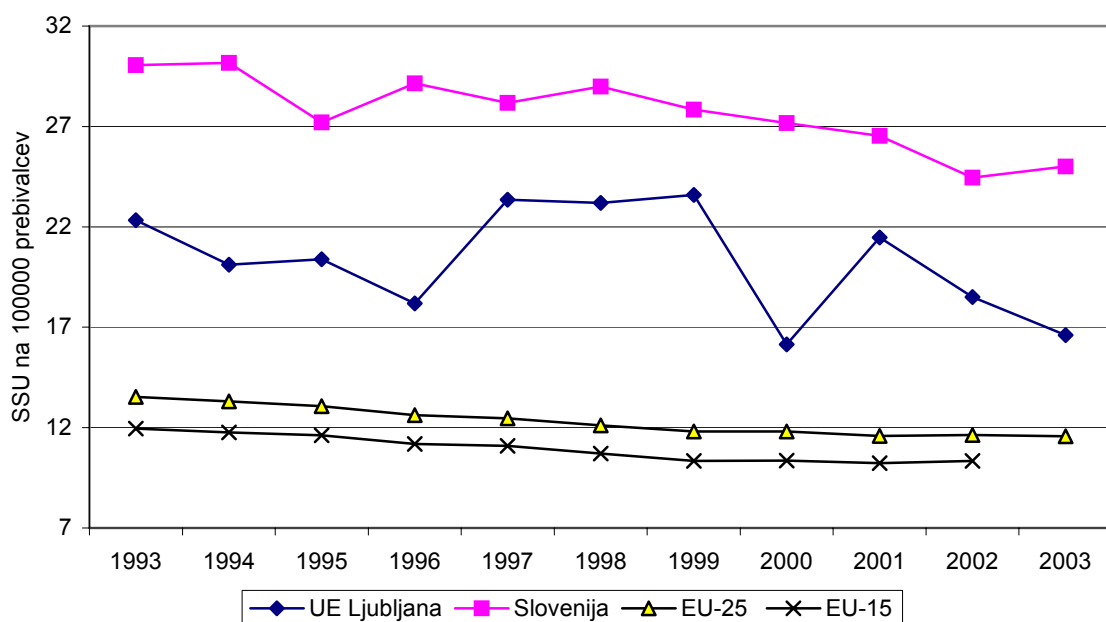
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Največji delež teh smrti predstavljajo samomori (30%), sledijo padci (25%) in prometne nesreče (20%). **Trend umrljivosti zaradi samomorov** je tako v ML kot v celotni Sloveniji v vsem opazovanem obdobju višji za več kot 50% od povprečne evropske ravni, vendar ima nakazan trend upanja (Preglednica 16, Slika 16).

Preglednica 16: Starostno standardizirana umrljivost zaradi samomora na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	22	20	20	18	23	23	24	16	21	19	17
Slovenija	30	30	27	29	28	29	28	27	27	24	25
EU-25	14	13	13	13	12	12	12	12	12	12	12
EU-15	12	12	12	11	11	11	10	10	10	10	...

Slika 16: Starostno standardizirana umrljivost zaradi samomora na 100.000 prebivalcev.



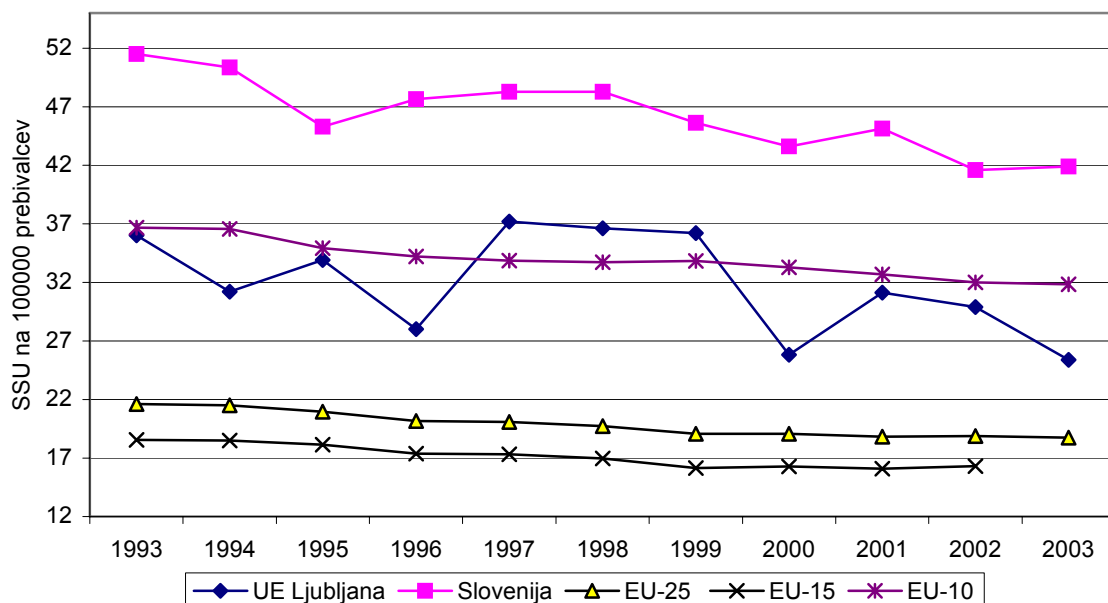
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

V Sloveniji **moški** 4 krat pogosteje umirajo zaradi samomorov kot **ženske** (Preglednica 17, Slika 17).

Preglednica 17: Starostno standardizirana umrljivost moških zaradi samomora na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	36	31	34	28	37	37	36	26	31	30	25
Slovenija	51	50	45	48	48	48	46	44	45	42	42
EU-25	22	22	21	20	20	20	19	19	19	19	19
EU-15	19	18	18	17	17	17	16	16	16	16	16
EU-10	37	37	35	34	34	34	34	33	33	32	32

Slika 17: Starostno standardizirana umrljivost moških zaradi samomora na 100.000 prebivalcev.



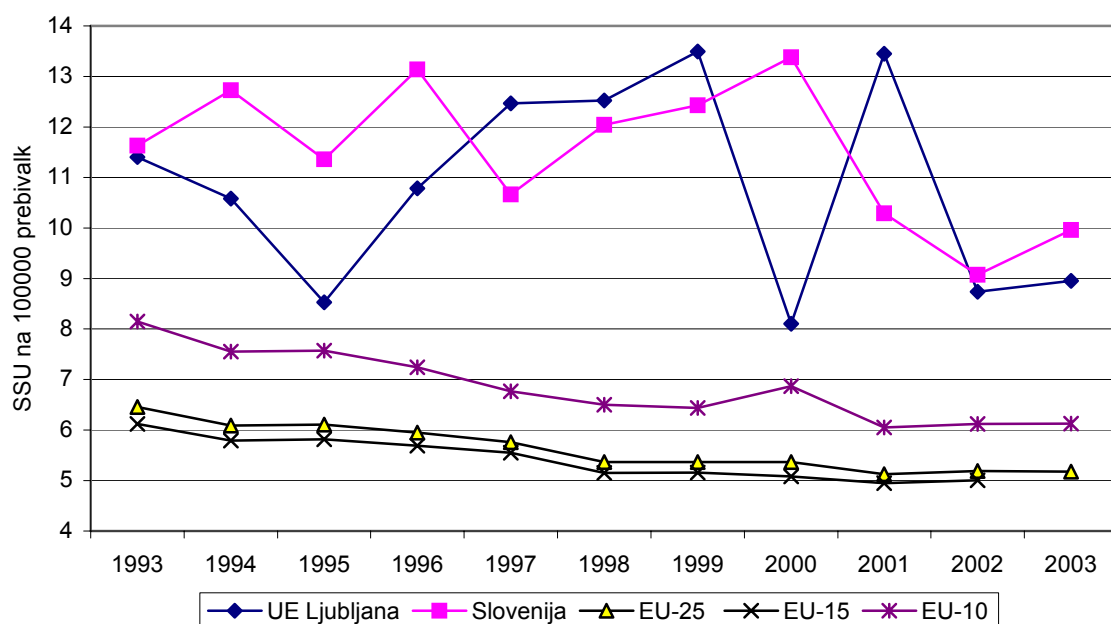
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

V ML je umrljivost zaradi samomorov za eno četrtno nižja kot v celotni Sloveniji, enako velja za moške, za ženske skoraj enaka kot v vsej Sloveniji. (Preglednica 18, Slika 18).

Preglednica 18: Starostno standardizirana umrljivost žensk zaradi samomora na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	11	11	9	11	12	13	13	8	13	9	9
Slovenija	12	13	11	13	11	12	12	13	10	9	10
EU-25	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5
EU-15	6	6	6	6	6	5	5	5	5	5	5
EU-10	8	8	8	7	7	7	6	7	6	6	6

Slika 18: Starostno standardizirana umrljivost žensk zaradi samomora na 100.000 prebivalk.



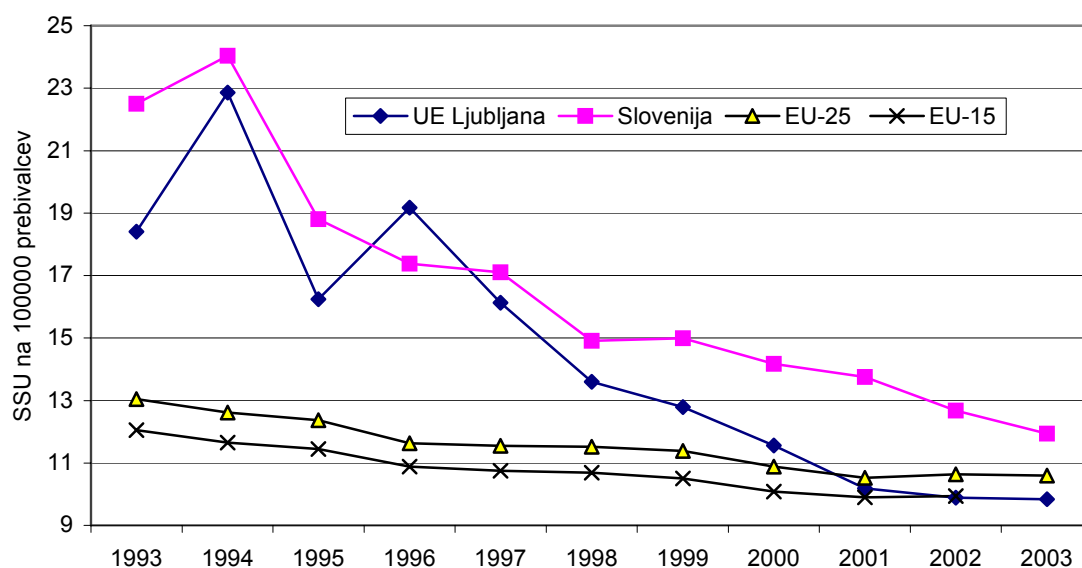
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Trend umrljivosti zaradi prometnih nesreč tako v ML kot v celotni Sloveniji je veliko bolj ugoden kot trend umrljivosti zaradi samomorov, saj se je umrljivost v desetih letih zmanjšala na polovico in s tem približala povprečni evropski ravni. V ML je bila ves ta čas umrljivost zaradi prometnih nesreč nižja od slovenskega povprečja, leta 2001 pa je dosegla evropsko povprečje (Preglednica 19, Slika 19).

Preglednica 19: Starostno standardizirana umrljivost zaradi prometnih nezgod z udeležbo motornih vozil na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	18	23	16	19	16	14	13	12	10	10	10
Slovenija	23	24	19	17	17	15	15	14	14	13	12
EU-25	13	13	12	12	12	12	11	11	11	11	11
EU-15	12	12	11	11	11	11	11	10	10	10	...

Slika 19: Starostno standardizirana umrljivost zaradi prometnih nezgod z udeležbo motornih vozil na 100.000 prebivalcev.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

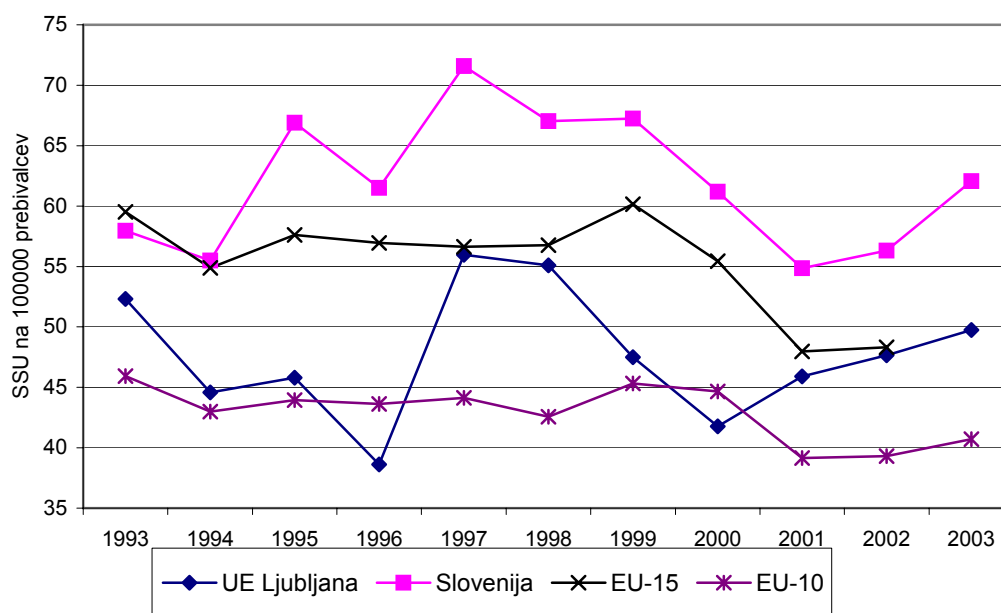
Umrlijivost zaradi bolezni dihal

V zadnjem desetletju je bila **umrljivost zaradi bolezni dihal** v ML pod evropskim in slovenskim povprečjem, v zadnjih letih se v ML ta umrljivost povečuje preko evropske ravni (Preglednica 20, slika 20).

Preglednica 20: Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni dihal na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	52	45	46	39	56	55	47	42	46	48	50
Slovenija	58	56	67	61	72	67	67	61	55	56	62
EU-15	60	55	58	57	57	57	60	55	48	48	...
EU-10	46	43	44	44	44	43	45	45	39	39	41

Slika 20: Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni dihal na 100.000 prebivalcev.



Vir: Kofol

Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane
Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

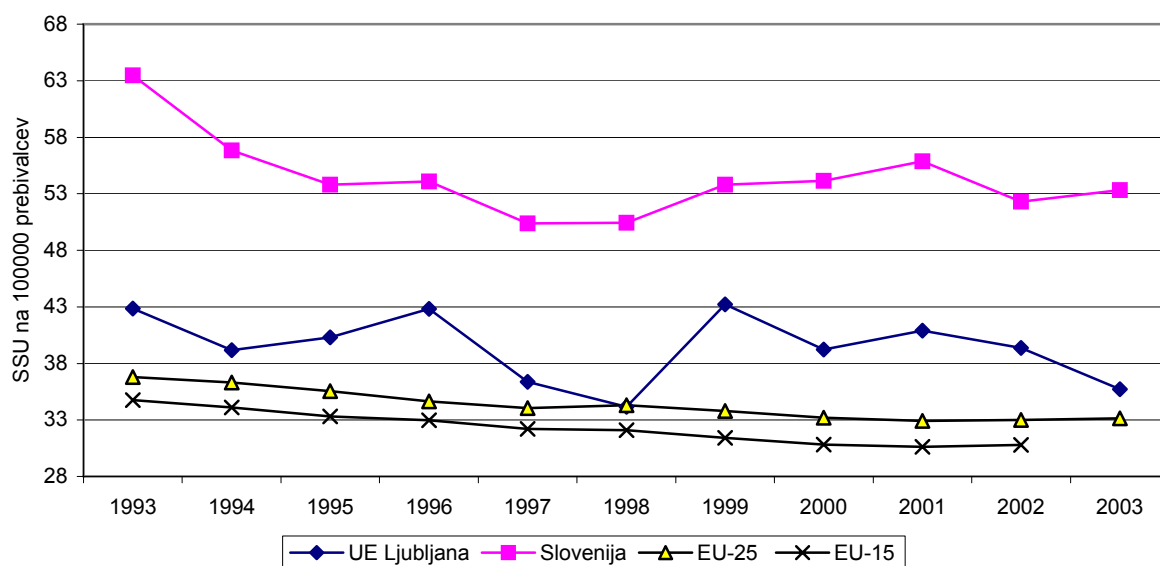
Umrlijivost zaradi bolezni prebavil

Trendi **umrljivosti zaradi bolezni prebavil** v zadnjih 10 letih v ML ostajajo na isti ravni, so pa nad evropskim povprečjem in pod slovenskim povprečjem. Najpogostejša bolezen je jetna kronična bolezen in ciroza, za kateri veljajo enaki trendi (Preglednica 21, 22 in Slika 21, 22).

Preglednica 21: Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni prebavil na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	43	39	40	43	36	34	43	39	41	39	36
Slovenija	63	57	54	54	50	50	54	54	56	52	53
EU-25	37	36	36	35	34	34	34	33	33	33	33
EU-15	35	34	33	33	32	32	31	31	31	31	...

Slika 21: Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni prebavil na 100.000 prebivalcev.

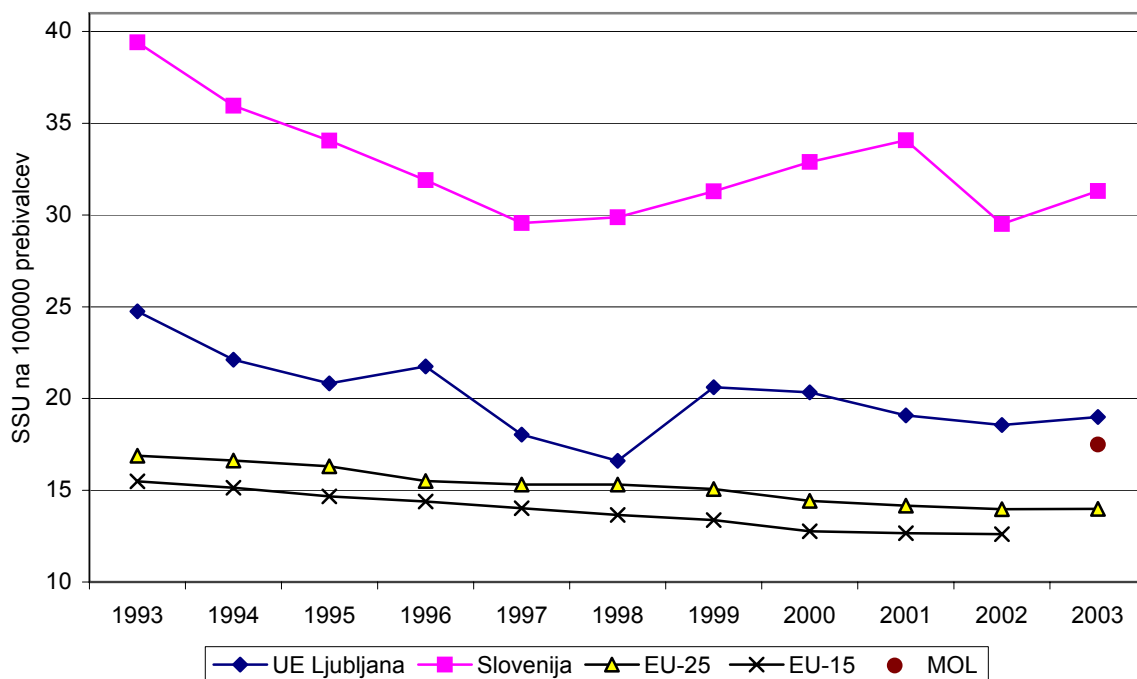


Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Preglednica 22: Starostno standardizirana umrljivost zaradi kronične bolezni jeter in ciroze na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	25	22	21	22	18	17	21	20	19	19	19
Slovenija	39	36	34	32	30	30	31	33	34	30	31
EU-25	17	17	16	16	15	15	15	14	14	14	14
EU-15	16	15	15	14	14	14	13	13	13	13	13

Slika 22: Starostno standardizirana umrljivost zaradi kronične bolezni jeter in ciroze na 100.000 prebivalcev.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

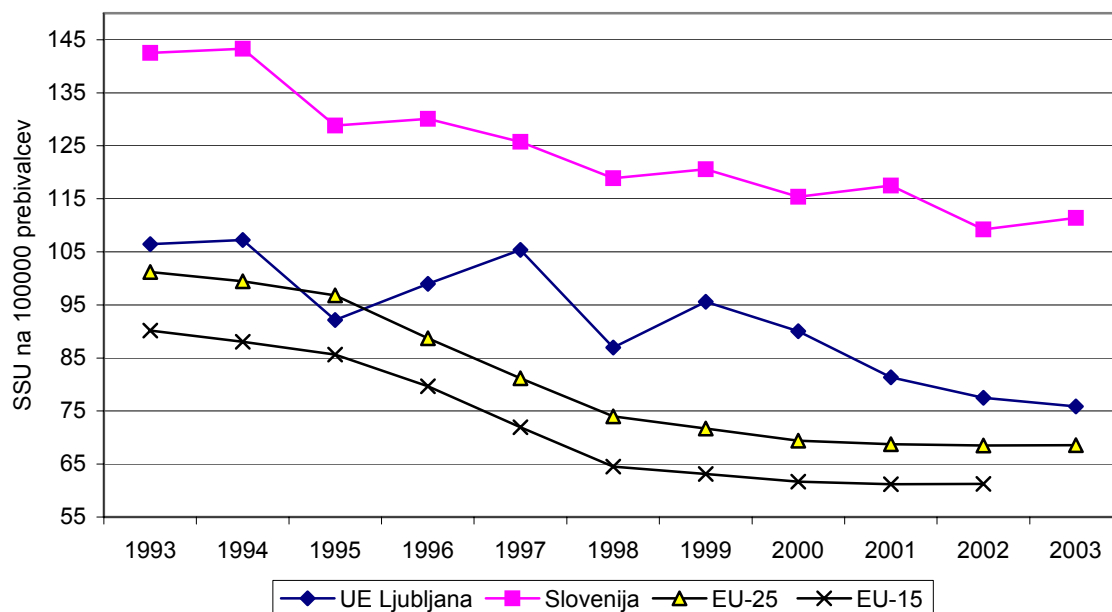
Umrljivost zaradi bolezni izbranih z alkoholom povezanih vzrokov

Trendi **umrljivosti zaradi bolezni izbranih z alkoholom povezanih vzrokov** so v ML v precejšnjem upadanju (v 10 letih za 28%). Umrljivost zaradi teh bolezni je v ML višja od povprečne evropske ravni in nižja od slovenskega povprečja (Preglednica 23, slika 23).

Preglednica 23: Starostno standardizirana umrljivost zaradi izbranih z alkoholom povezanih vzrokov na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	106	107	92	99	105	87	96	90	81	78	76
Slovenija	143	143	129	130	126	119	121	115	117	109	111
EU-25	101	99	97	89	81	74	72	69	69	69	69
EU-15	90	88	86	80	72	65	63	62	61	61	...

Slika 23: Starostno standardizirana umrljivost zaradi izbranih z alkoholom povezanih vzrokov na 100.000 prebivalcev.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

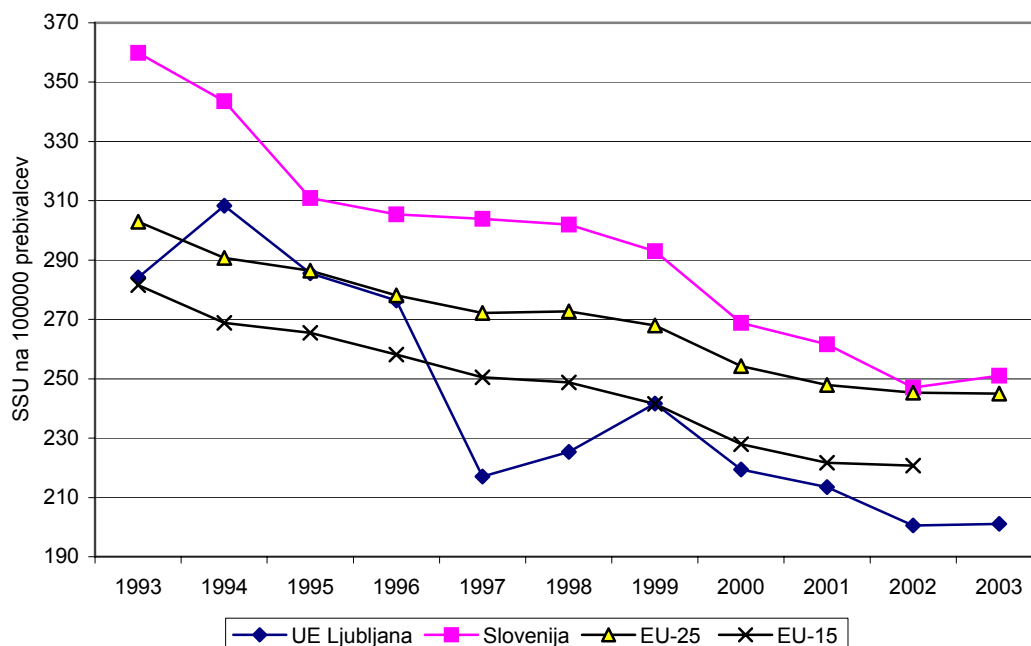
Umrljivost zaradi bolezni izbranih s kajenjem povezanih vzrokov

Trendi **umrljivosti zaradi bolezni izbranih s kajenjem povezanih vzrokov** je v ML manjša od slovenskega in blizu povprečja najrazvitejših evropskih držav. Umrljivost zaradi nekaterih od teh vzrokov je bila sicer večja od slovenskega in evropskega povprečja (rak pljuč, sapnic in sapnika), zaradi drugih pa manjša (ishemična bolezen srca). Leta 2003 je bila v MOL skoraj enaka kot v ljubljanskem območju (Preglednica 24, Slika 24).

Preglednica 24: Starostno standardizirana umrljivost zaradi izbranih s kajenjem povezanih vzrokov na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	284	308	286	276	217	225	242	219	213	201	201
Slovenija	360	344	311	305	304	302	293	269	262	247	251
EU-25	303	291	286	278	272	273	268	254	248	245	245
EU-15	282	269	266	258	251	249	242	228	222	221	„„

Slika 24: Starostno standardizirana umrljivost zaradi izbranih s kajenjem povezanih vzrokov na 100.000 prebivalcev.



Vir:

Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane
Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

2.1.2. DESETLETNO GIBANJE PREZGODNJE UMRLJIVOSTI V ML

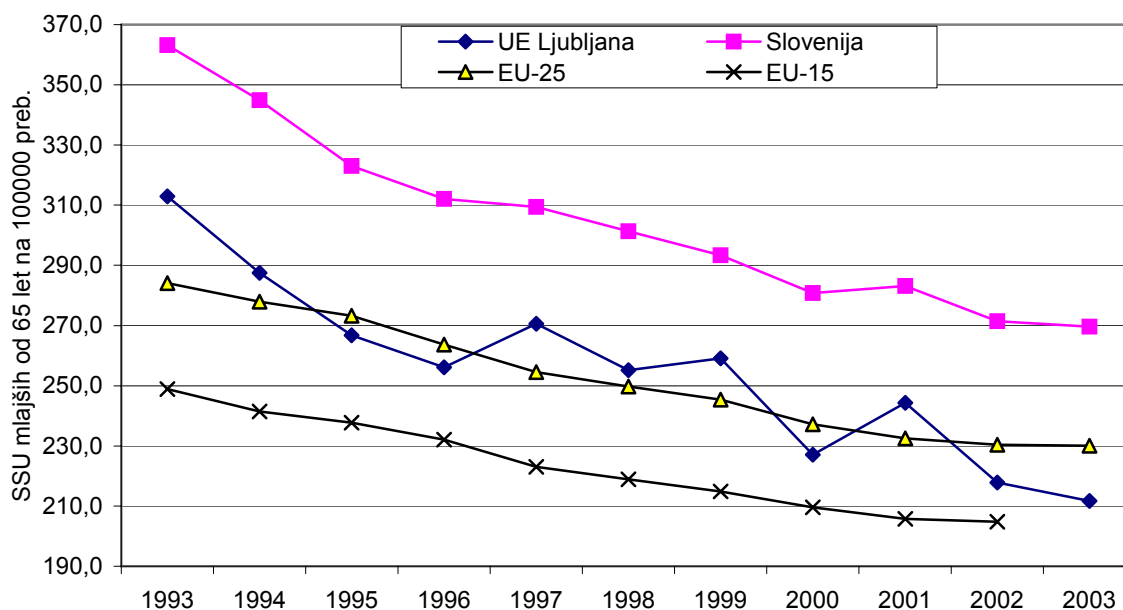
Za starostno standarizirano umrljivost vseh prebivalcev in prebivalcev, ki so mlajši od 65 let, uporabljamo tudi izraz »prezgodnja umrljivost«. Prezgodnja umrljivost je bila v ML v zadnjem desetletju nižja kot v Sloveniji in višja kot v najrazvitejših državah članicah (EU-15). Trend zmanjševanja je hitrejši kot v povprečju v Evropi.

V ML je prezgodnja umrljivost mlajše populacije predstavljala pred desetimi leti skoraj 40% delež, leta 2003 pa se je zmanjšal na 32% delež. To pomeni, da je pred desetimi leti od 800 ljudi na 100.000 prebivalcev prezgodaj umrlo 300 ljudi na 100.000 prebivalcev. Leta 2003 pa je prezgodaj umrlo 200 od 700 ljudi na 100.000 prebivalcev. **V tem desetletnem obdobju se je prezgodnja umrljivost v naši regiji znižala za eno tretjino.** V MOL v letu 2003 so mlajši prebivalci še redkeje umirali kot v ML (208 smrti na 100000 prebivalcev) (Preglednica 25, Slika 25).

Preglednica 25: Starostno standardizirana umrljivost mlajših od 65 let na 100000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	313	288	267	256	271	255	259	227	244	218	212
Slovenija	363	345	323	312	309	301	293	281	283	271	270
EU-25	284	278	273	264	255	250	245	237	232	230	230
EU-15	249	241	238	232	223	219	215	210	206	205	...

Slika 25: Starostno standardizirana umrljivost (SSU) mlajših od 65 let na 100000 prebivalcev.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

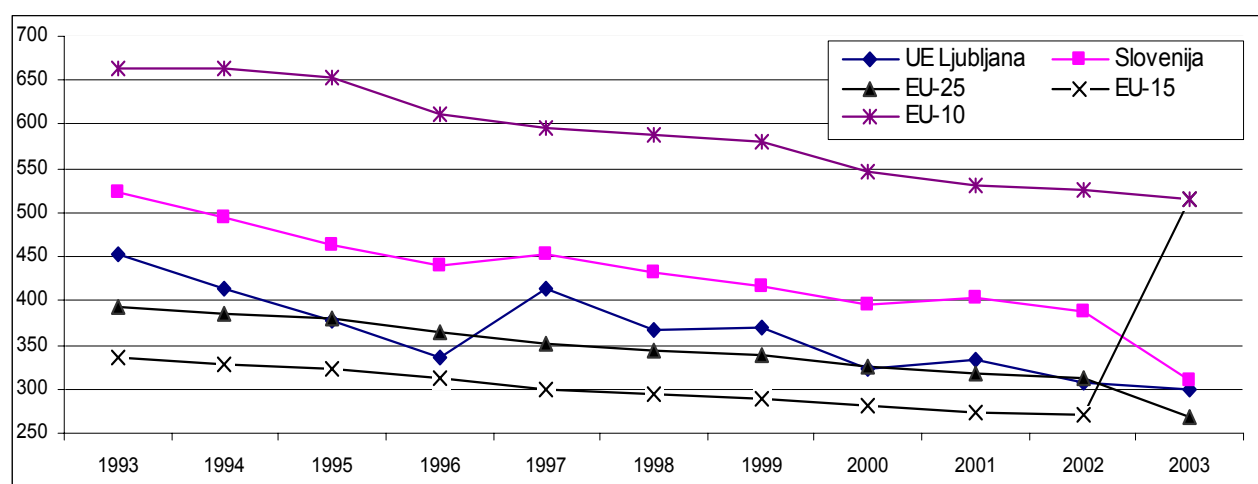
Prezgodnja umrljivost žensk in moških

Tako pri **moških kot pri ženskah** iz ML je opaziti padajoč trend prezgodnje umrljivosti, pri moških se je prezgodnja umrljivost v zadnjem desetletju zmanjšala za 34%, **pri ženskah** pa za 30%. **Moški** prezgodaj umirajo precej pogosteje kot ženske, saj je leta 2003 umrlo kar 170 moških na 100.000 več kot žensk (Preglednica 26, 27 in Slika 26, 27).

Preglednica 26: Starostno standardizirana umrljivost moških, mlajših od 65 let na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	453	414	377	337	415	367	369	322	332	308	299
Slovenija	524	495	463	441	452	433	417	396	404	389	309
EU-25	393	385	379	364	351	344	338	325	318	313	267
EU-15	337	327	322	313	300	294	288	280	274	270	515
EU-10	663	663	652	611	597	588	580	546	532	525	515

Slika 26: Starostno standardizirana umrljivost (SSU) moških mlajših od 65 let na 100.000 prebivalcev.

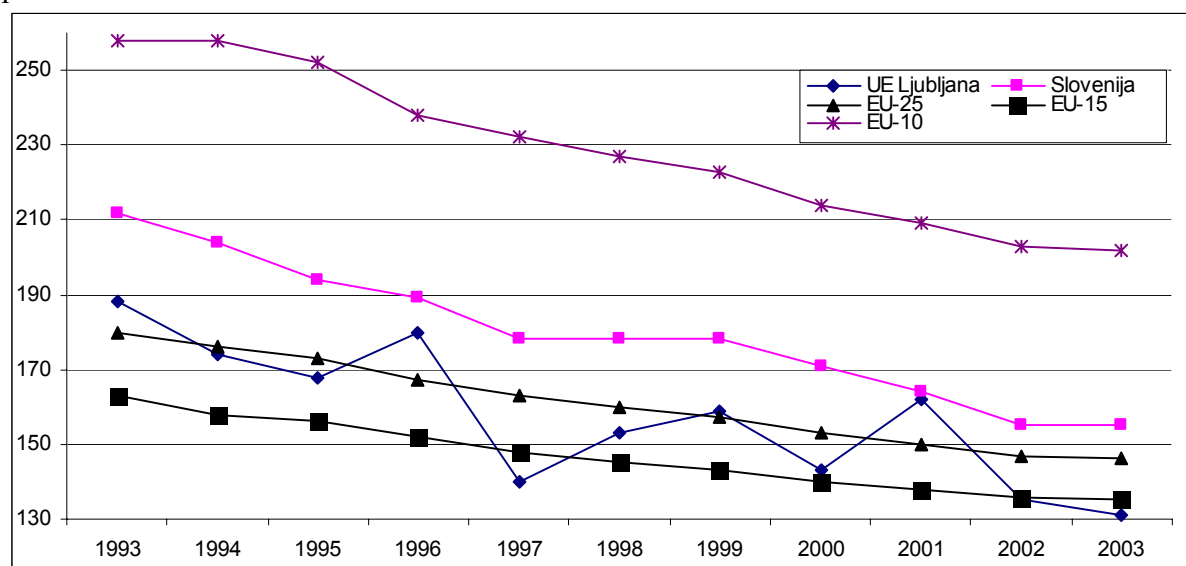


Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Preglednica 27: Starostno standardizirana umrljivost žensk, mlajših od 65 let na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	188	174	168	180	140	153	159	143	162	135	131
Slovenija	212	204	194	189	178	178	178	171	164	155	155
EU-25	180	176	173	167	163	160	157	153	150	147	146
EU-15	163	158	156	152	148	145	143	140	138	136	135
EU-10	258	258	252	238	232	227	223	214	209	203	202

Slika 27: Starostno standardizirana umrljivost žensk mlajših od 65 let na 100000 prebivalcev.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Vzroki prezgodnje umrljivosti

Vzroki za prezgodnjo umrljivost se nekoliko razlikujejo od vzrokov za umrljivost pri celotni populaciji, saj se predvsem srčno žilne bolezni pa tudi nekateri raki pojavljajo v kasnejši starosti kot druge bolezni.

V zadnjem desetletju je v ML **srčni infarkt** kot vzrok smrti **pri mlajših moških** padel s 1. na 2.mesto. **Možganska kap** kot druga najbolj pogosta srčno žilna bolezen pa se v mlajši moški populaciji pojavlja na 8. mestu.

Na prva mesta (od 1. do 5. mesta) pa so se uvrščali **samomor** in **rak dihal** ter **prebavil**. **Samomor**, ki je bil leta 1997 na prvem mestu, se je v zadnjih letih pomaknil navzdol (na 4. in 5. mesto). **Rak dihal** pa v tem obdobju ostaja pri vrhu, leta 2000 je bil celo na 1. mestu in leta 2003 na 3. mestu. **Rak prebavil** pa celo pridobiva na pomenu, saj je s 3. mesta prišel leta 2003 na 1. mesto in postal najpomembnejši vzrok smrti pri mlajših moških (Preglednica 28, 29, 30 in 31).

Preglednica 28: Najpogostejši vzroki smrti po sklopih MKB, moški, mlajši od 65 let, 5 ljubljanskih občin (=UE Ljubljana), 1993.

Rang	Koda MKB-10	Vzrok smrti	število umrlih	št./100000 preb.
1	I20I25	Ishemične bolezni srca	85	60
2	C30C39	Rak dihal in prsnih organov	58	41
3	C15C26	Rak prebavil	53	38
4	K70K77	Bolezni jeter	51	36
5	I30I52	Samomor	45	32
6	*	Prometne nezgode motornih vozil	43	30
7	I30I52	Druge bolezni srca	35	25
8	I60I69	Cerebrovaskularne bolezni	30	21
9	R95R99	Neopredeljeno	29	21
11	C00C14	Rak ust in žrela	12	9
11	E10E14	Sladkorna bolezen	12	9
11	*	Nezgodni padci	12	9
		Vsi vzroki	629	446

Preglednica 29: Najpogostejši vzroki smrti po sklopih MKB, moški, mlajši od 65 let, UE Ljubljana, 1997.

Rang	Koda MKB-10	Vzrok smrti	število mrtvih	št./100000 preb.
1	X60X84	Samomor	63	47
2	I20I25	Ishemične bolezni srca	59	44
3	C30C39	Rak prebavil	57	42
4	C15C26	Rak dihal in prsnih organov	54	40
5	I30I52	Druge bolezni srca	31	23
6	I60I69	cerebrovaskularne bolezni	30	22
7	K70K77	Bolezni jeter	29	21
8	R95R99	Neopredeljeno, neznano	25	19
9	V40V49	Prometne nezgode-oseba v avtomobilu	24	18
10	F10F19	Uživanje psihoaktivnih sredstev	19	14
		Vsi vzroki	572	424

Preglednica 30: Najpogostejši vzroki smrti po sklopih MKB, moški, mlajši od 65 let, UE Ljubljana, 2000.

Rang	Koda MKB-10	Vzrok smrti	število umrlih	št./100000 preb.
1	C30C39	Rak dihal in prsnih organov	56	43
2	I20I25	Ishemične bolezni srca	52	40
3	C15C26	Rak prebavil	37	28
4	X60X84	Samomor	33	25
5	K70K77	Bolezni jeter	32	24
6	I30I52	Druge bolezni srca	25	19
7	R95R99	Neopredeljeno, neznano	25	19
8	I60I69	Cerebrovaskularne bolezni	19	14
9	V40V49	Prometne nezgode-oseba v abvtomobilu	16	12
10	C00C14	Rak ust in žrela	14	11
		Vsi vzroki	450	343

Preglednica 31: Najpogostejši vzroki smrti po sklopih MKB, moški, mlajši od 65 let, UE Ljubljana, 2003.

Rang	Koda MKB-10	Vzrok smrti	število umrlih	št./100000 preb.
1,5	C15C26	Rak prebavil	48	35
1,5	I20I25	Ishemične bolezni srca	48	35
3	C30C39	Rak dihal in prsnih organov	45	33
4	R95R99	Neopredeljeno, neznano	39	28
5	X60X84	Samomor	35	25
6	K70K77	Bolezni jeter	29	21
7	I30I52	Druge bolezni srca	18	13
8	I60I69	Cerebrovaskularne bolezni	16	12
9	C64C68	Rak sečil	12	9
10	F10F19	Uživanje psihoaktivnih snovi	9	7
		Vsi vzroki	446	324

Pri **mlajših ženskah** je v ML v vsem zadnjem desetletju enak vzorec, na prvem mestu je **rak dojke**, sledi mu **rak prebavil**, **rak ženskih spolnih organov**, **rak dihal** in **bolezni jeter**. Na 6. mestu pa je **samomor**, medtem ko sta **srčni infarkt** in **možganska kap** uvrščena okoli 10.mesta (Preglednica 32, 33, 34 in 35).

Preglednica 32: Najpogostejši vzroki smrti po sklopih MKB, ženske, mlajše od 65 let, 5 ljubljanskih občin (=UE Ljubljana), 1993.

Rang	Koda MKB-10	Vzrok smrti	število umrlih	št./100000 preb.
1	C50C50	Rak dojke	55	37
2	C15C26	Rak prebavil	32	22
3	C51C58	Rak ženskih spolnih organov	12	8
4	C30C39	Rak dihal in prsnih organov	16	11
5	K70K77	Bolezni jeter	14	9
6	X60X84	Samomor	18	12
7	C69C72	Rak možganov, centralnega živčevja	11	7
8	I20I25	Ishemične bolezni srca	14	9
9	I60I69	Cerebrovaskularne bolezni	14	9
10	C81C96	Rak limfatičnega, krvotvornega tkiva	9	6
		Vsi vzroki	286	193

Preglednica 33: Najpogostejši vzroki smrti po sklopih MKB, ženske, mlajše od 65 let, UE Ljubljana, 1997.

Rang	Koda MKB-10	Vzrok smrti	število umrlih	št./100000 preb.
1	C50C50	Rak dojke	27	19
2	C15C26	Rak prebavil	22	15
3	C51C58	Rak ženskih spolnih organov	16	11
4	C30C39	Rak dihal in prsnih organov	13	9
5,5	K70K77	Bolezni jeter	11	8
5,5	X60X84	Samomor	11	8
8	C69C72	Rak možganov, centralnega živčevja	7	5
8	E10E14	Sladkorna bolezen	7	5
8	I60I69	Cerebrovaskularne bolezni	7	5
10	C81C96	Rak limfatičnega, krvotvornega tkiva	6	4
		Vsi vzroki	215	151

Preglednica 34: Najpogostejši vzroki smrti po sklopih MKB, ženske, mlajše od 65 let, UE Ljubljana, 2000.

Rang	Koda MKB-10	Vzrok smrti	število umrlih	št./100000 preb.
1	C50C50	Rak dojke	32	23
2	C15C26	Rak prebavil	25	18
3	C51C58	Rak ženskih spolnih organov	18	13
4,5	C20C25	Ishemične bolezni srca	13	9
4,5	R95R99	Neopredeljeno, neznano	13	9
6,5	C30C39	Rak dihal in prsnih organov	12	9
6,5	X60X84	Samomor	12	9
8	K70K77	Bolezni jeter	11	8
9	I30I52	Druge bolezni srca	9	6
10	I60I69	Cerebrovaskularne bolezni	7	5
		Vsi vzroki	224	160

Preglednica 35: Najpogostejši vzroki smrti po sklopih MKB, ženske, mlajše od 65 let, UE Ljubljana, 2003.

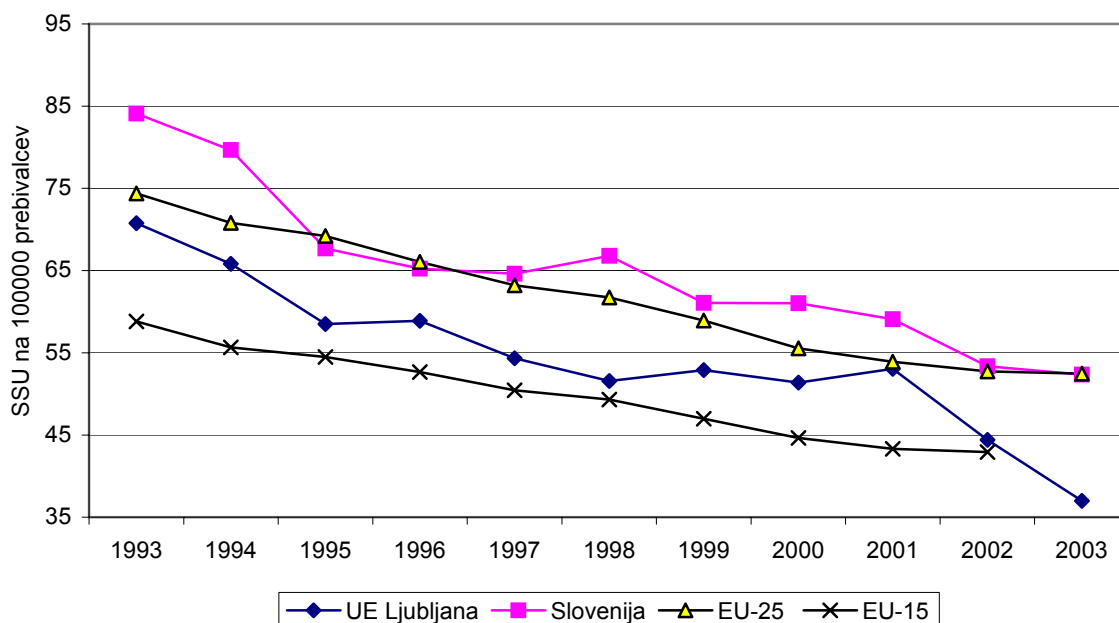
Rang	Koda MKB-10	Vzrok smrti	število umrlih	št./100000 preb.
1	C50C50	Rak dojke	24	17
2	C15C26	Rak prebavil	20	14
3	C51C58	Rak ženskih spolnih organov	19	14
4	C30C39	Rak dihal in prsnih organov	18	13
5	K70K77	Bolezni jeter	13	9
6,5	X60X84	Samomor	12	9
6,5	R95R99	Neopredeljeno, neznano	12	9
9	C43C44	Maligni melanom in drug rak kože	6	4
9	C69C72	Rak možganov, centralnega živčevja	6	4
9	I20I25	Ishemične bolezni srca	6	4
		Vsi vzroki	204	148

Tudi primerjava z EU je pokazala, da se je prezgodnja umrljivost zaradi **srčno žilnih bolezni** v ML v zadnjem desetletju zmanjševala (za skoraj 50%) celo hitreje kot v povprečju v Evropi. Bila je manjša od slovenskega povprečja in nad povprečjem najbolj razvitih evropskih držav (EU-15). Leta 1997 je padla pod 50 smrti na 100.000 prebivalcev, 6 let kasneje kot v najbolj razvitih evropskih državah. V MOL je bila leta 2003 35 na 100.000 prebivalcev, kar je še manj kot v vsej ML (Preglednica 36, Slika 28).

Preglednica 36: Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni srca in žil na 100.000 prebivalcev mlajših od 65 let.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	71	66	59	59	54	52	53	51	53	44	37
Slovenija	84	80	68	65	65	67	61	61	59	53	52
EU-25	74	71	69	66	63	62	59	56	54	53	52
EU-15	59	56	55	53	50	49	47	45	43	43	...

Slika 28: Starostno standardizirana umrljivost zaradi bolezni srca in žil na 100.000 prebivalcev mlajših od 65 let.



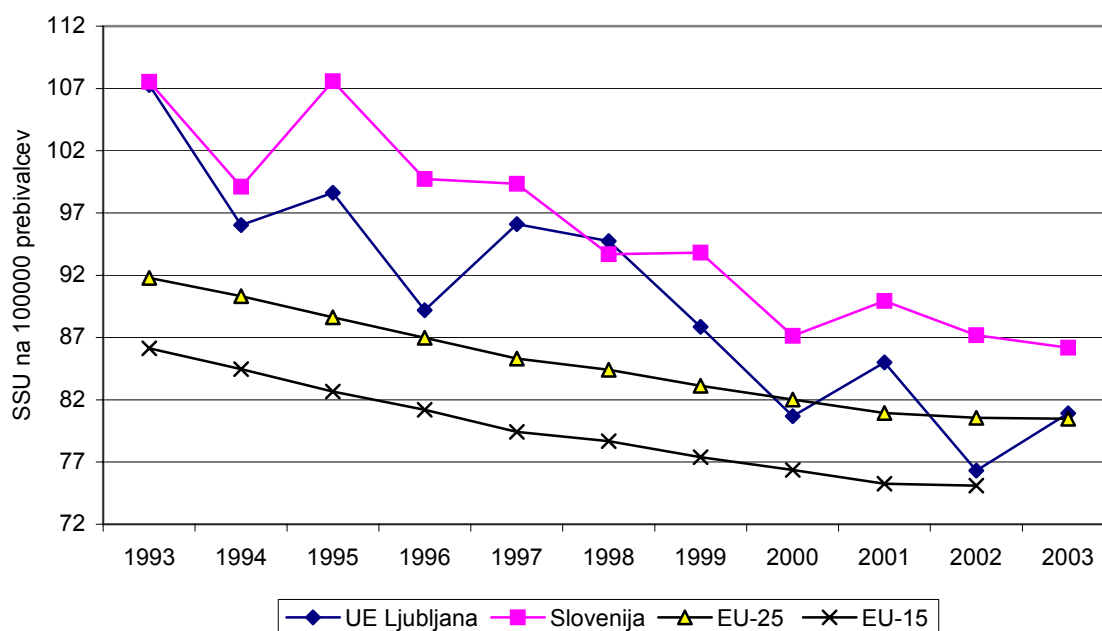
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grile E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Bolj zaskrbljujoč je trend prezgodnje umrljivosti zaradi **raka** v ML, ki se zmanjšuje manj izrazito kot pri srčno žilnih boleznih in se le počasi približuje evropskemu povprečju. Leta 2003 je bilo ML še vedno 80 smrti na 100.000 mlajše populacije zaradi raka, medtem ko se je to zgodilo v najrazvitejših evropskih državah že pred 7 leti. V MOL je leta 2003 znašala 82 na 100.000 mlajše populacije, kar je več od povprečja v ML, a še vedno manj od slovenskega povprečja (Preglednica 37, Slika 29).

Preglednica 37: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka pri mlajših od 65 let na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	107	96	99	89	96	95	88	81	85	76	81
Slovenija	108	99	108	100	99	94	94	87	90	87	86
EU-25	92	90	89	87	85	84	83	82	81	81	80
EU-15	86	84	83	81	79	79	77	76	75	75	...

Slika 29: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka pri mlajših od 65 let na 100.000 prebivalcev.



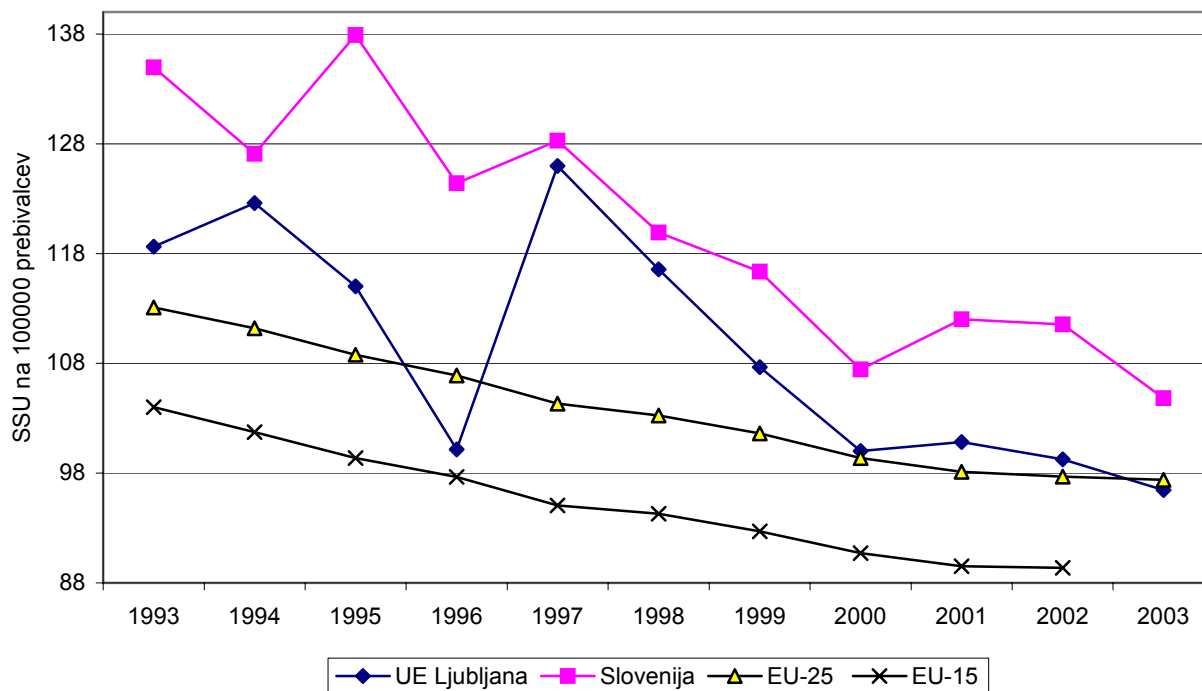
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Še posebno je to izrazito **pri mlajših moških**, kjer se je v zadnjih 10 letih zmanjšala prezgodnja umrljivost zaradi raka le za 20% in je še vedno nad povprečjem najbolj razvitih evropskih držav. Leta 2002 je umrljivost mlajših moških v ML prvič padla pod 100 smrti na 100.000 mlajše populacije, kar se je zgodilo kar 8 let kasneje kot v najrazvitejših evropskih državah. V MOL je leta 2003 znašala 98 na 100.000 mlajših moških, kar je več od povprečja v ML, a še vedno manj od slovenskega povprečja (Preglednica 38, Slika 30).

Preglednica 38: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka pri moških, mlajših od 65 let, na 100.000 prebivalcev.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	119	123	115	100	126	117	108	100	101	99	96
Slovenija	135	127	138	124	128	120	116	107	112	112	105
EU-25	113	111	109	107	104	103	102	99	98	98	97
EU-15	104	102	99	98	95	94	93	91	90	89	...

Slika 30: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka pri moških, mlajših od 65 let, na 100.000 prebivalcev.



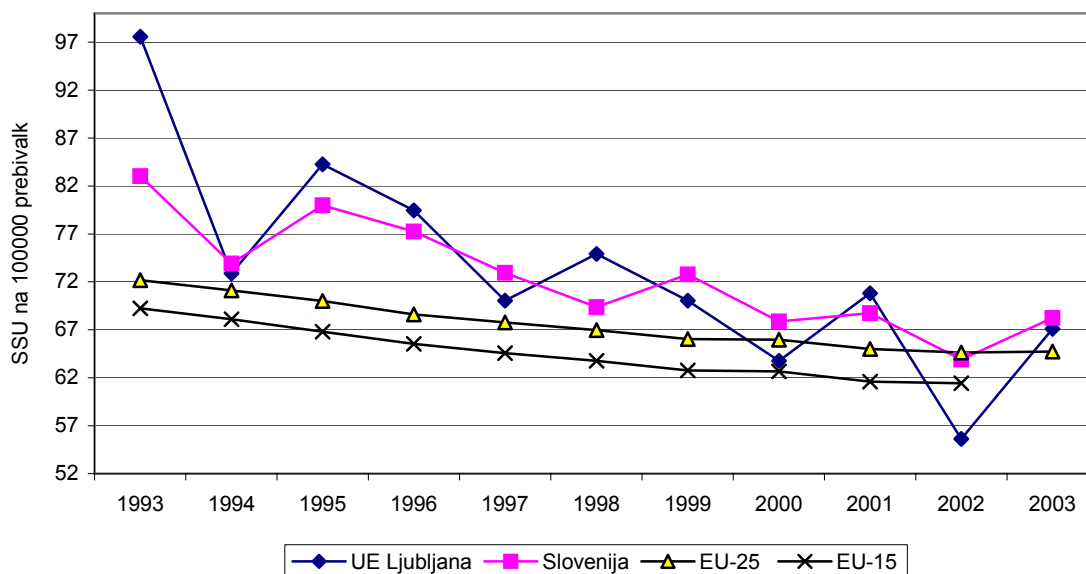
Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Mlajše ženske v ML umirajo redkeje zaradi raka kot mlajši moški, in tudi trend zmanjševanja je ugodnejši kot pri mlajših moških, saj je v letu 2002 že dosegla evropsko raven (okoli 60 smrti na 100.000 mlajših žensk). V MOL je leta 2003 znašala 69 na 100.000 mlajših žensk, kar je malo več od povprečij v ML in Sloveniji (Preglednica 39, Slika 31).

Preglednica 39: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka pri ženskah, mlajših od 65 let, na 100.000 prebivalk.

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
UE Ljubljana	98	73	84	79	70	75	70	64	71	56	67
Slovenija	83	74	80	77	73	69	73	68	69	64	68
EU-25	72	71	70	69	68	67	66	66	65	65	65
EU-15	69	68	67	66	65	64	63	63	62	61	...

Slika 31: Starostno standardizirana umrljivost zaradi raka pri ženskah, mlajših od 65 let, na 100.000 prebivalk.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grile E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Maternalna umrljivost

Med prezgodnje smrti štejejo tudi smrti mladih žensk zaradi rojevanja. Maternalna umrljivost se sicer ne more po velikosti primerjati z velikostjo drugih kazalcev prezgodnje umrljivosti zaradi premajhnega števila rojstev, ki bistveno vpliva na velikost kazalca. Vendar pa je ta kazalec velikega pomena za oceno družbenega razvoja in učinkovitosti zdravstvenega sistema v državi. V MOL je v obdobju 1997 do 2003 umrla samo ena ženska zaradi rojevanja, kar znaša 9,1 na 100.000 živorojenih otrok. To je sicer manj kot slovensko povprečje (10/100.000) za to obdobje, vendar več ko v povprečju v Evropi (6/100.000).

Umrlijivost dojenčkov

Podobno kot maternalna umrljivost je tudi kazalec umrljivosti dojenčkov zelo občutljiv kazalec celotnega družbenega razvoja. Umrlijivost dojenčkov se tako v Sloveniji kot v MOL ves čas zmanjšuje, je manjša od povprečja sedanje Evrope in je nihala okoli povprečja najbolj razvitih evropskih držav. Zaradi majhnega števila dojenčkov v MOL je nihanje umrljivosti dojenčkov precej izrazito, v povprečju pa je umrljivost dojenčkov v MOL podobna slovenskemu povprečju. V obdobju 1997 in 2003 je v MOL umrlo 80 dojenčkov. Največ dojenčkov umre v perinatalnem obdobju in to zaradi nedonošenosti in drugih vzrokov povezanih z boleznimi matere ter prirojenih nepravilnosti, ki sodijo med težje preprečljive

bolezni. Sledijo pa smrti zaradi bolezni dihal in obtočil, ki pa praviloma sodijo med lažje preprečljive bolezni.

Umrljivost otrok, mlajših od 5 let

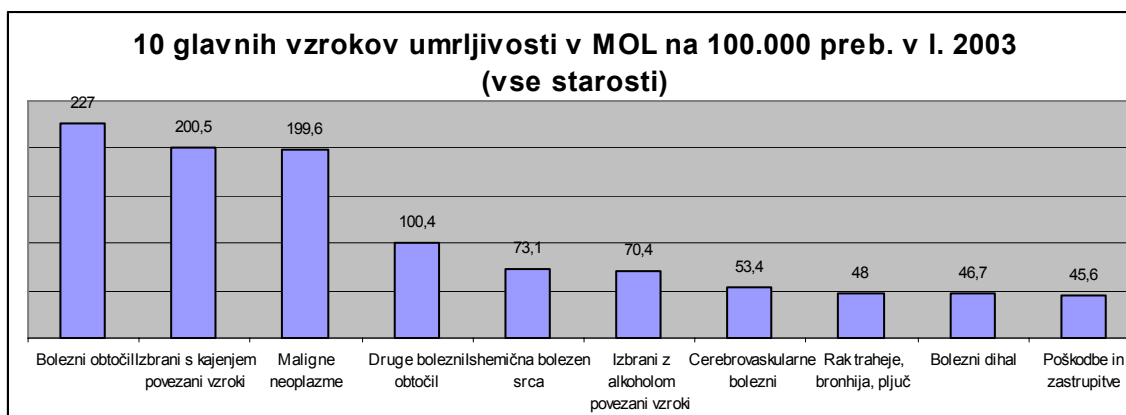
V zadnjem desetletju so otroci mlajši od 5 let najpogosteje umirali zaradi poškodb in zastrupitev. Umrljivost v ML je v zadnjih letih v evropskem povprečju. V letu 2003 ni v MOL zaradi poškodbe ali zastrupitve umrl noben otrok, mlajši od 5 let.

2.1.3. UMRLJIVOST ŽENSK IN MOŠKIH V MOL V LETU 2003

V letu 2003 je mogoče starostno standarizirane kazalce umrljivosti spremljati tudi za prebivalstvo MOL (ne glede na spol).

Analiza 10 najpogostejših vzrokov smrti pokaže, da **celotno prebivalstvo MOL vseh starosti** najpogosteje umira zaradi vseh bolezni obtočil, med katerimi se najpogosteje pojavljata srčni infarkt (5. mesto) in možganska kap (7. mesto). Na zelo visokih mestih pa so tudi izbrani vzroki povezani s kajenjem in z alkoholom (2. in 4. mesto). Na 3. mestu so rakave bolezni, od posameznih vrst raka pa so med najpogostejšimi raki dihal in pljuč (8. in 9. mesto). Na zadnje mesto pa so se uvrstili vzroki smrti zaradi poškodb in zastrupitev (Slika 32).

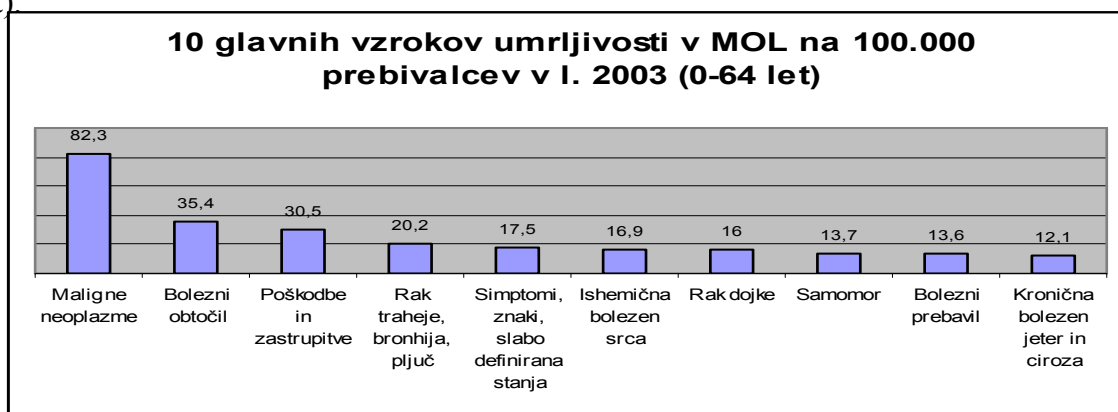
Slika 32: 10 glavnih vzrokov umrljivosti v MOL na 100.000 prebivalcev v letu 2003 (vse starosti).



Pri **mlajši populaciji** (mlajši od 65 let) ugotavljamo precej različen vzorec. Nekateri vzroki smrti, ki so prisotni pri celotni populaciji vseh starosti, se pojavljajo tudi pri mlajših prebivalcih, vendar v nekoliko drugačnem vrstnem redu. Na prvi 2 mesti se uvrščajo rakave bolezni in bolezni obtočil v obrnjenem vrstnem redu kot pri celotni populaciji, sledijo

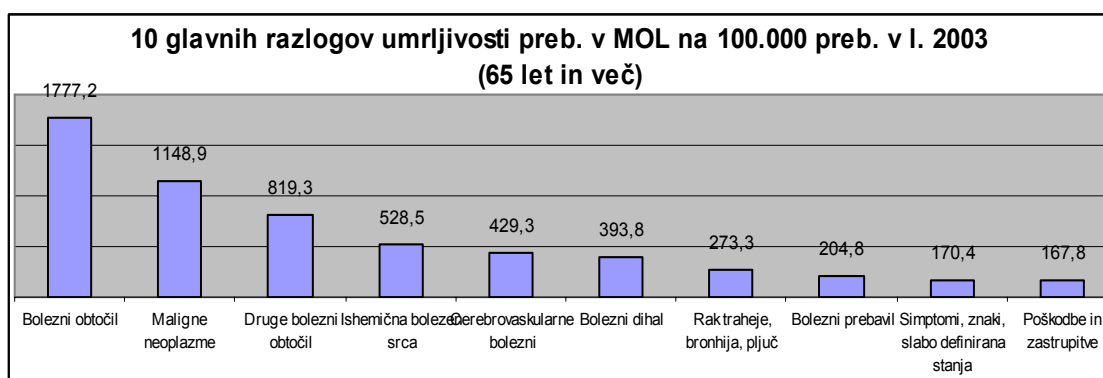
poškodbe in zastrupitve ter rak dihal, ki precej pogosteje prizadenejo mlajšo kot starejšo populacijo. Srčni infarkt je v obeh primerih nekje na sredini (5. in 6. mesto). Mlajše ženske pogosteje umirajo kot starejše zaradi raka dojke. Tudi samomori, bolezni prebavil in ciroze jeter pogosteje prizadenejo mlajše kot starejše prebivalce MOL. Med 10 najpogostejših vzrokov smrti se uvrščajo tudi slabo definirana stanja, kar je v razvitem zdravstvenem sistemu nesprejemljivo (Slika 33).

Slika 33: 10 glavnih vzrokov umrljivosti v MOL na 100.000 prebivalcev v letu 2003 (0-64 let)



Zelo podoben vzorec razlogov umiranja ima **starejša populacija** (starejši od 65 let), le vrstni red je nekoliko drugačen (Slika 34).

Slika 34: 10 glavnih vzrokov umrljivosti v MOL na 100.000 prebivalcev v letu 2003 (65 let in več).



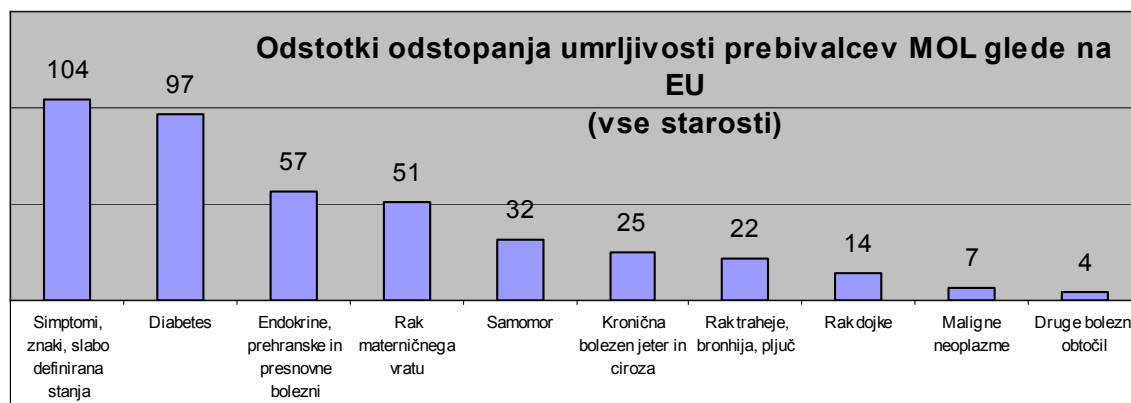
Torej prebivalke in prebivalci MOL prezgodaj umirajo predvsem zaradi poškodb in zastrupitev, raka dihal in dojke, samomorov in bolezni prebavil!

2.1.4. PRIMERJAVA UMRLJIVOSTI MED EVROPO, SLOVENIJO, MESTOM LJUBLJANO IN MOLV LETU 2003

Primerjava umrljivosti prebivalcev MOL z Evropo v letu 2003

Če prebivalke in prebivalce MOL primerjamo z **evropsko populacijo (EU 25)**, lahko ugotovimo, da je kar nekaj vzrokov zaradi katerih prebivalke in prebivalci v ML bolj pogosto umirajo. Med prebivalkami in prebivalci MOL je bilo leta 2003 **bistveno več smrti** zaradi sladkorne bolezni in drugih endokrinih, prehranskih in presnovnih bolezni (za 97%, 57%) ter zaradi raka materničnega vratu (za 51%) in samomora (za 32%), pa tudi zaradi kronične bolezni jeter in ciroze (za 25%), raka dihal (za 22%) in dojke (14%). Presenetljivo pa je, da so bistveno pogostejše umirali zaradi neznanih vzrokov (za 104%), kar je verjetno znak slabše razvitosti našega zdravstvenega informacijskega sistema. (Slika 35).

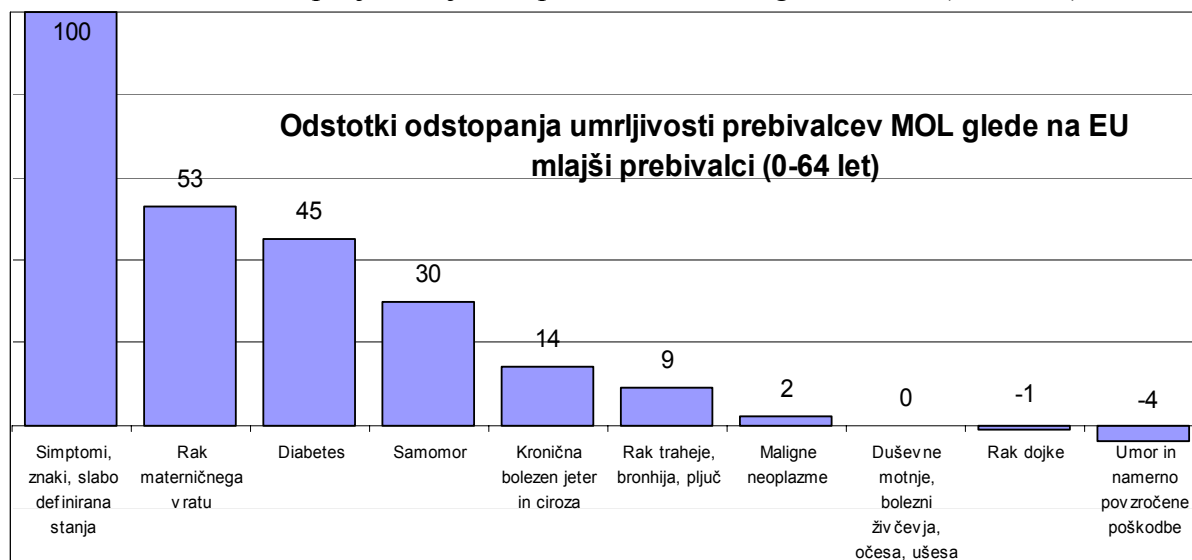
Slika 35: Odstotki odstopanja umrljivosti prebivalcev MOL glede na EU (vse starosti).



Prebivalci MOL pa so **manj kot Evropejci ogroženi** zaradi bolezni sečil in spolovil, srčnega infarkta, možganske kapi, prometnih nezgod, duševnih bolezni in s kajenjem povezanih bolezni.

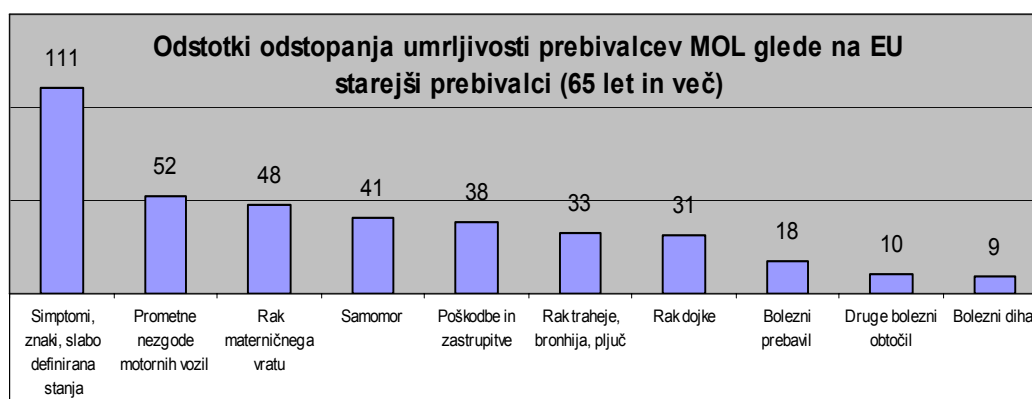
Mlajša populacija v MOL umira zaradi podobnih vzrokov kot celotna populacija v MOL, vendar z manjšimi odstotki odstopanja od isto stare evropske populacije. Najpogostejše umira predvsem zaradi raka materničnega vratu (za 53%), sladkorne bolezni (za 45%) in samomora (za 30%) kot isto stara evropska populacija. Mlajši prebivalci MOL so manj ogroženi kot isto stari Evropejci zaradi bolezni krvi, bolezni dihal, prometnih nezgod, srčnega infarkta, možganske kapi, bolezni sečil in spolovil, poškodb in zastrupitev in še nekaterih drugih bolezni (Slika 36).

Slika 36: Odstotki odstopanja umrljivosti prebivalcev MOL glede na EU (0 – 64 let).



Starejši prebivalci v MOL pa se bolj razlikujejo od enako starih Evropejcev in pogostejše umirajo zaradi prometnih nezgod (za 52%), raka materničnega vratu (za 48%), samomora (za 41%), raka dihal (za 33%) in dojke (za 31%) ter drugih bolezni obtočil (za 10%) kot v Evropi. Bistveno pogostejše umirajo tudi zaradi neznanih vzrokov (za 111%) kot enako stari Evropejci. To kaže na neizdelan informacijski sistem v našem zdravstvu, ki dovoljuje tak način beleženja. Starejši prebivalci MOL pa so manj ogroženi kot isto stari Evropejci zaradi namernih poškodb, srčnega infarkta, duševnih motenj in možganske kapi (Slika 37).

Slika 37: Odstotki odstopanja umrljivosti prebivalcev MOL glede na EU (65 let in več).

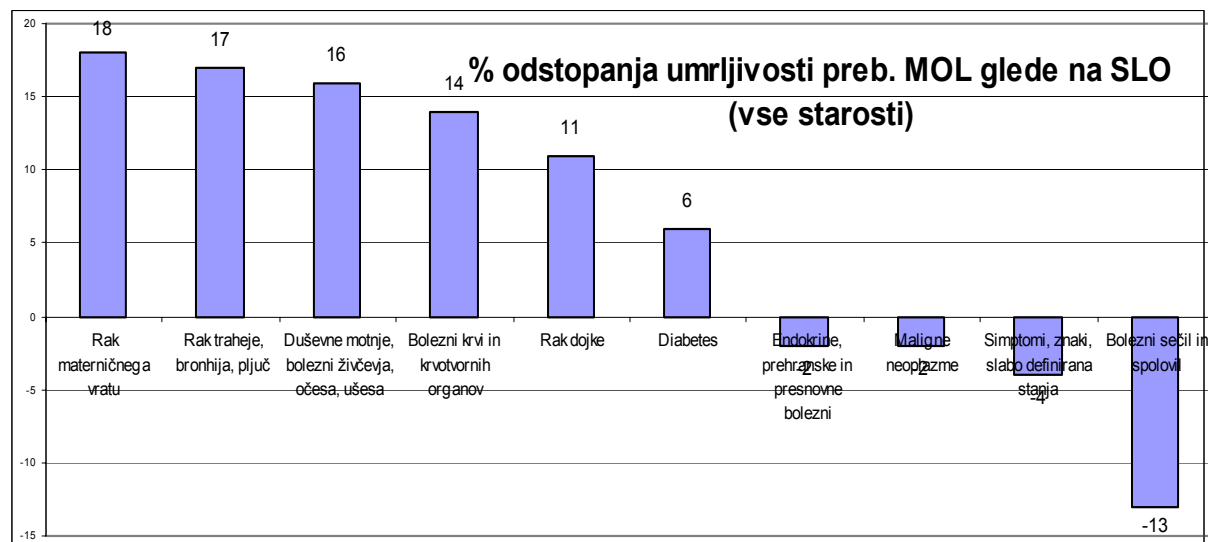


Primerjava umrljivosti prebivalcev MOL s Slovenijo v letu 2003

Primerjava s povprečnimi stopnjami umrljivosti po posameznih vzrokih v Sloveniji in MOL pokaže, da so prebivalke in prebivalci v MOL v boljšem položaju kot celotna Slovenija, saj jih ogroža nekaj manj bolezni kot v primerjavi z Evropo. Ta situacija je seveda pričakovana zaradi večje podobnosti dejavnikov, ki vplivajo na nastanke bolezni pri vsem prebivalstvu Slovenije in prebivalstvu MOL, kot če jih primerjamo s povprečno evropsko populacijo. Pa

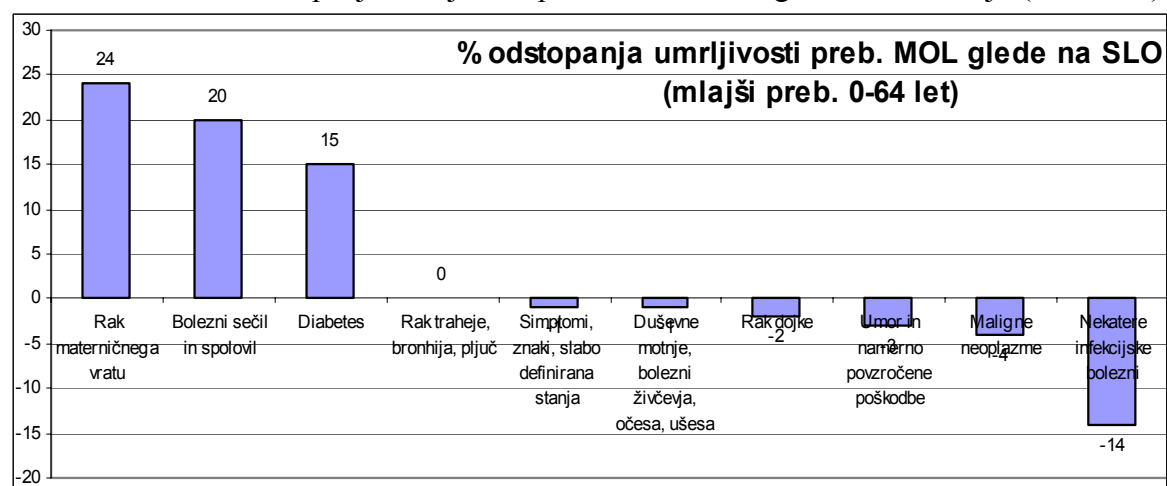
vendar ugotavljamo nekaj pomembnih razlik, ki kažejo, da prebivalci MOL **pogosteje umirajo kot ostali Slovenci** zaradi **raka materničnega vratu** (za 18%) in **dihal** (za 17%) ter **duševnih motenj in živčnih bolezni** (za 16%), **krvnih bolezni** (za 14%) in **raka dojke** (za 11%) (Slika 38).

Slika 38: Odstotki odstopanja umrljivosti prebivalcev MOL glede na Slovenijo (vse starosti).

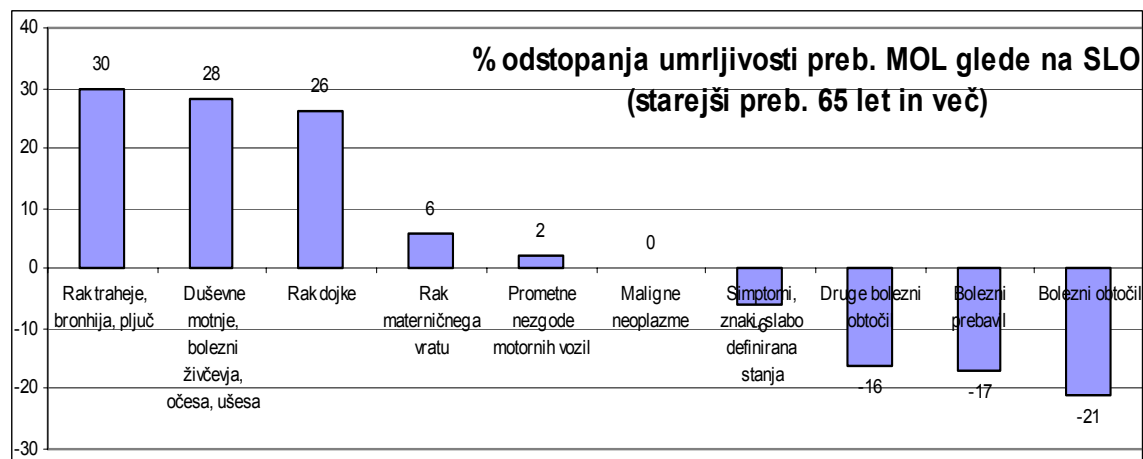


Mlajši prebivalci MOL pogosteje umirajo kot isto stara populacija v Sloveniji le zaradi raka materničnega vratu (za 24%), sladkorne bolezni (za 15%) in bolezni sečil in spolovila (za 20%) (Tabela 14a). **Starejši prebivalci MOL** pa so bolj ogroženi predvsem zaradi raka dihal (za 30%) in dojke (za 26%) in duševnih bolezni (za 28%) (Slika 39, 40).

Slika 39: Odstotki odstopanja umrljivosti prebivalcev MOL glede na Slovenijo (0 – 64 let).



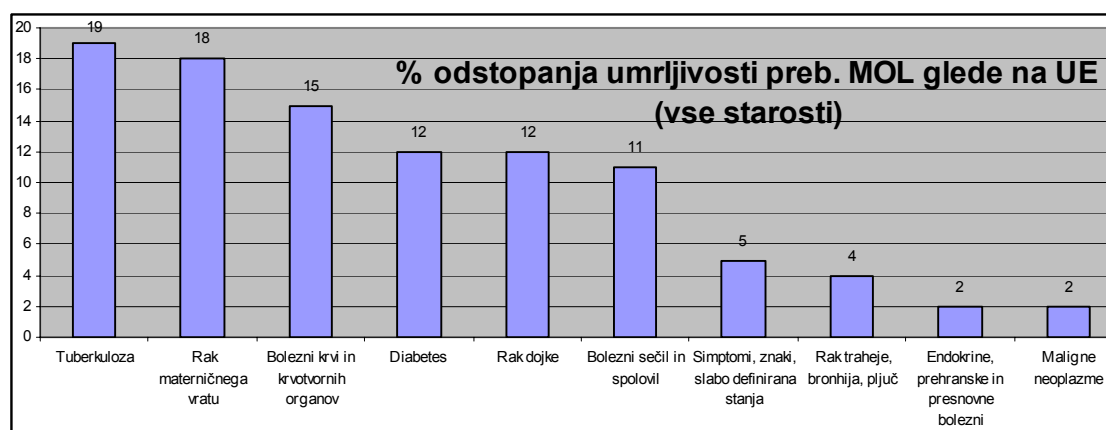
Slika 40. Odstotki odstopanja umrljivosti prebivalcev MOL glede na Slovenijo (65 let in več).



Primerjava umrljivosti prebivalcev MOL z Mestom Ljubljano v letu 2003

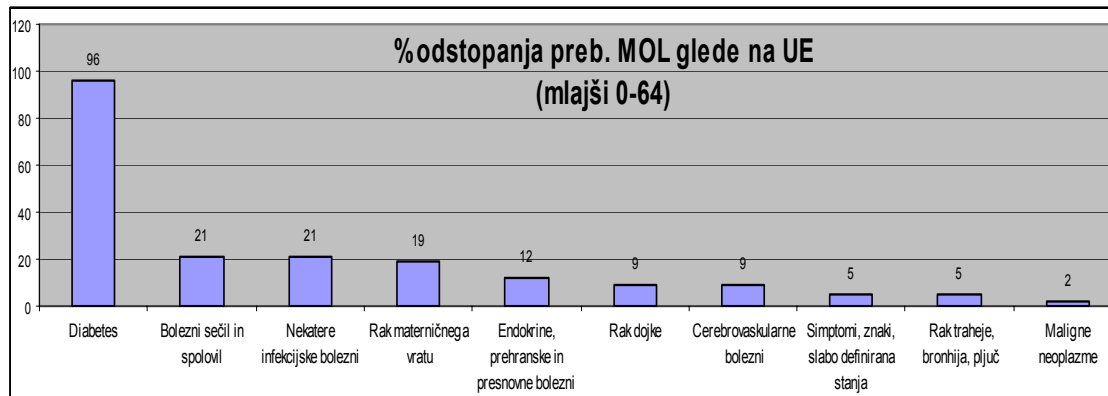
Primerjava med stopnjami umrljivosti v Mestu Ljubljano in MOL pokaže, da so prebivalci v MOL bolj ogroženi od vseh prebivalcev širšega ljubljanskega območja v določenih vzrokih umrljivosti, vendar so razlike med tema dvema območjema pri vseh vzrokih pričakovano bistveno manjše kot med prebivalci MOL in Slovenije ali Evrope. Prebivalci MOL pogosteje umirajo kot prebivalci ML zaradi raka materničnega vratu (za 18%) in dojke (za 12%) ter krvnih bolezni (za 15%), enako kot velja za primerjavo s Slovenijo. Poleg tega pa so prebivalci MOL v večji nevarnosti kot prebivalci Mesta Ljubljane tudi zaradi tuberkuloze (za 19%), sladkorne bolezni (za 12%) in bolezni sečil in spolovil (za 11%) (Slika 41).

Slika 41: Odstotki odstopanja umrljivosti prebivalcev MOL glede na EU (vse starosti).

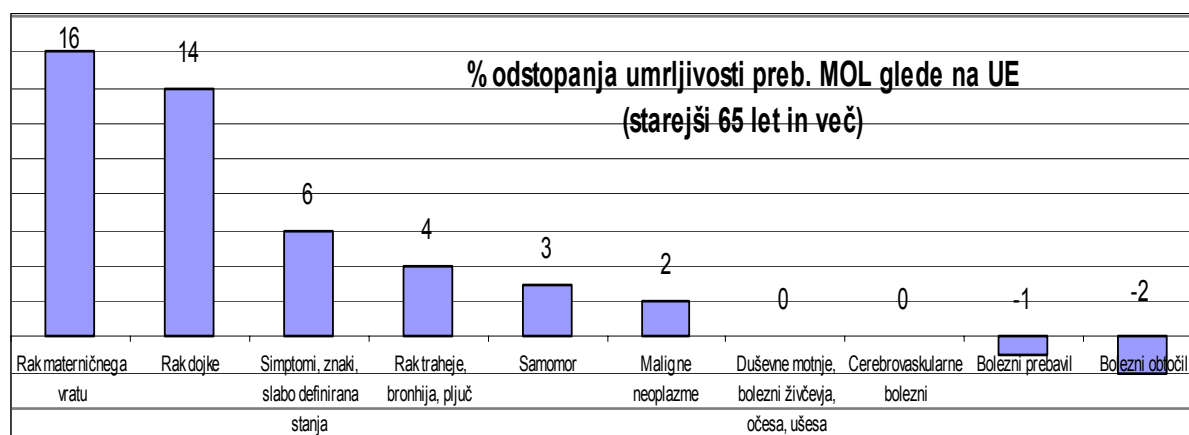


Med mlajšo populacijo pa izstopajo vzroki umrljivosti zaradi sladkorne bolezni (za 96%), bolezni sečil in spolovil (za 21%) in raka materničnega vratu (za 19%) Tabela 15a). **Med starejšo** pa izstopata vzroka zaradi raka materničnega vratu (za 16%) in dojke (za 14%) (Slika 42, 43).

Slika 42: Odstotki odstopanja umrljivosti prebivalcev MOL glede na EU (0 – 64 let).



Slika 43: Odstotki odstopanja umrljivosti prebivalcev MOL glede na EU (starejši od 65 let in več).



2.1.5. KAZALCI OBOLEVNOSTI

Incidence rakavih obolenj

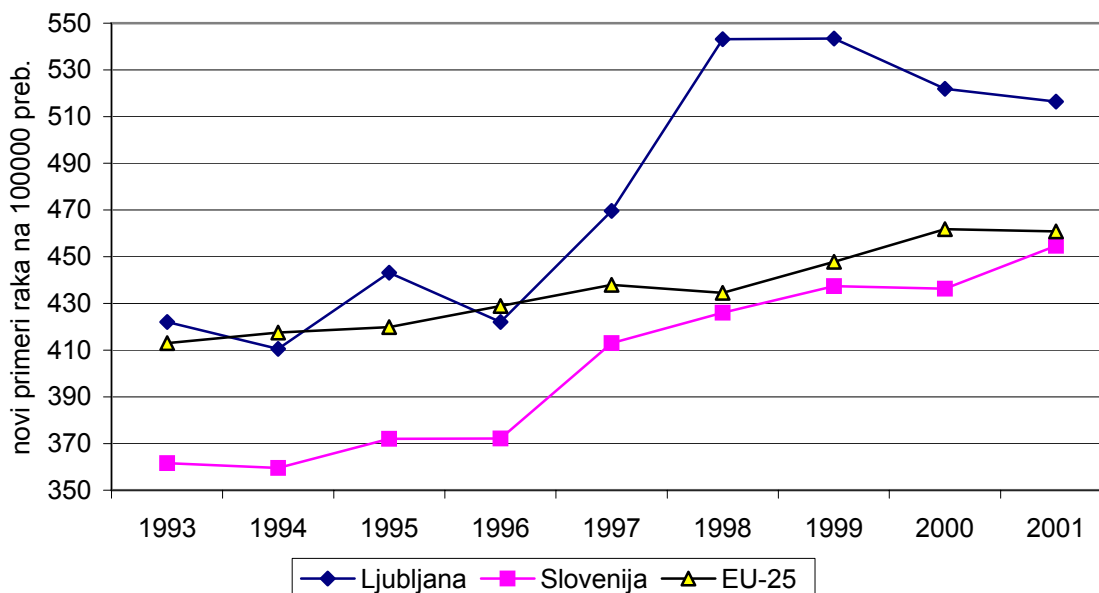
Naraščanje pogostnosti zbolevanja zaradi rakavih bolezni je zelo zaskrbljujoče tako v MOL in Sloveniji kot tudi v Evropi. Incidenca je bila v ML vse opazovano desetletno obdobje (1993-2001) nad slovenskim povprečjem, od leta 1997 se je dvignila nad povprečje sedanje Evrope in na nekoliko nižji ravni ostaja ves čas nad evropskim povprečjem (Preglednica 40, Slika 44).

Preglednica 40: Incidenca raka (število novih primerov na 100.000 prebivalcev).

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
UE Ljubljana	422	411	443	422	470	543	543	522	516
Slovenija	362	360	372	372	413	426	437	436	455
EU-25	413	417	420	429	438	435	448	462	461

Vir: za Ljubljano in Slovenijo Register raka za Slovenijo, za EU WHO HFA-DB

Slika 44: Število novih primerov raka na 100.000 prebivalcev.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Pri ženskah incidenca veš čas narašča, pri moških pa je naraščala do leta 1999 in nato je začela padati (Preglednica 41, 42 in Slika 45).

Preglednica 41: Število novih primerov raka v UE Ljubljana po spolu.

Spol	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Skupaj	1384	1345	1425	1399	1505	1737	1735	1680	1688
Moški	651	635	722	642	738	842	862	809	791
Ženske	733	710	703	757	767	895	873	871	897

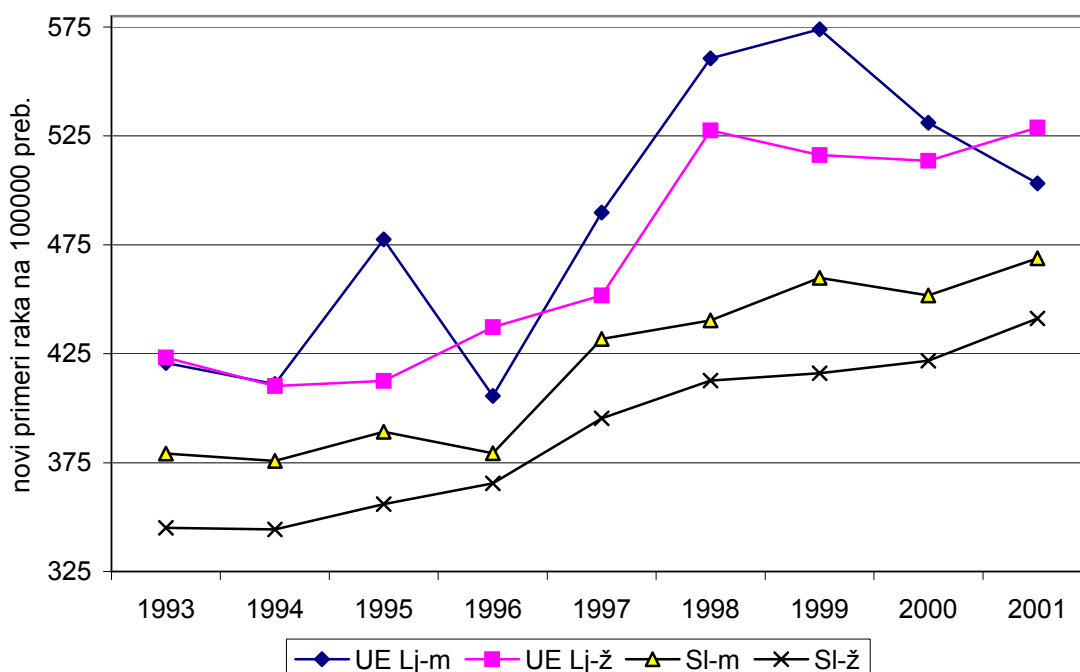
Vir: Register raka za Slovenijo

Preglednica 42: Incidenca raka (število novih primerov na 100.000 prebivalcev) po spolu.

Področje in spol	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
UE Ljubljana-moški	421	411	478	406	490	561	574	531	503
UE Ljubljana-ženske	423	410	413	437	452	528	516	514	529
Slovenija-moški	379	376	389	379	432	440	460	452	469
Slovenija-ženske	345	344	356	366	395	413	416	422	441

Vir: Register raka za Slovenijo

Slika 45: Število novih primerov raka na 100.000 prebivalcev po spolu.



Vir:

Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane. Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Med moškimi sta se v opazovanem obdobju v ML najpogostejše pojavljala pljučni in kožni rak, rak debelega črevesa in danke ter rak prostate. Med ženskami je bilo največ novih primerov raka dojke, sledi rak kože ter rak debelega črevesa in danke. Na naslednjih mestih so rak maternice, pljuč in rak materničnega vratu (Preglednica 43, Slika 46).

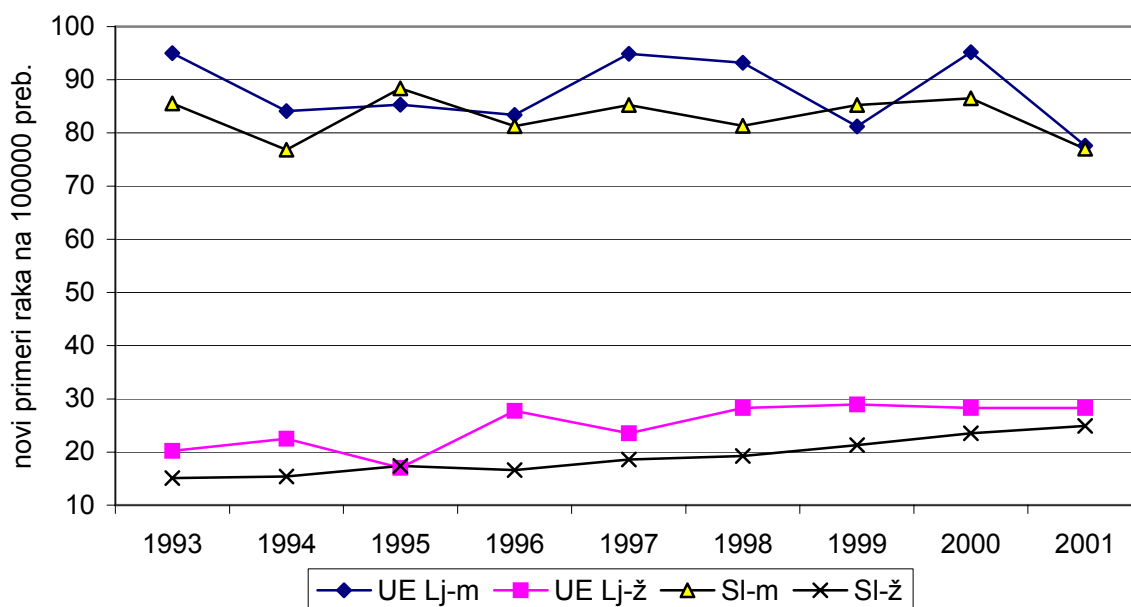
Tako pri moških kot pri ženskah, ki 4 krat redkeje obolevajo za pljučnim rakom, je incidenca tega raka v ML nad slovenskim povprečjem. V zadnjem desetletju incidenca pri ženskah narašča, pri moških pa ne.

Preglednica 43: Incidenca raka pljuč in sapnic (število novih primerov na 100.000 prebivalcev po spolu).

Področje in spol	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
UE Ljubljana-moški	95	84	85	83	95	93	81	95	78
UE Ljubljana-ženske	20	23	17	28	24	28	29	28	28
Slovenija-moški	86	77	88	81	85	81	85	87	77
Slovenija-ženske	15	15	17	17	19	19	21	24	25

Vir: Register raka za Slovenijo

Slika 46: Število novih primerov raka pljuč in sapnic na 100.000 prebivalcev po spolu.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

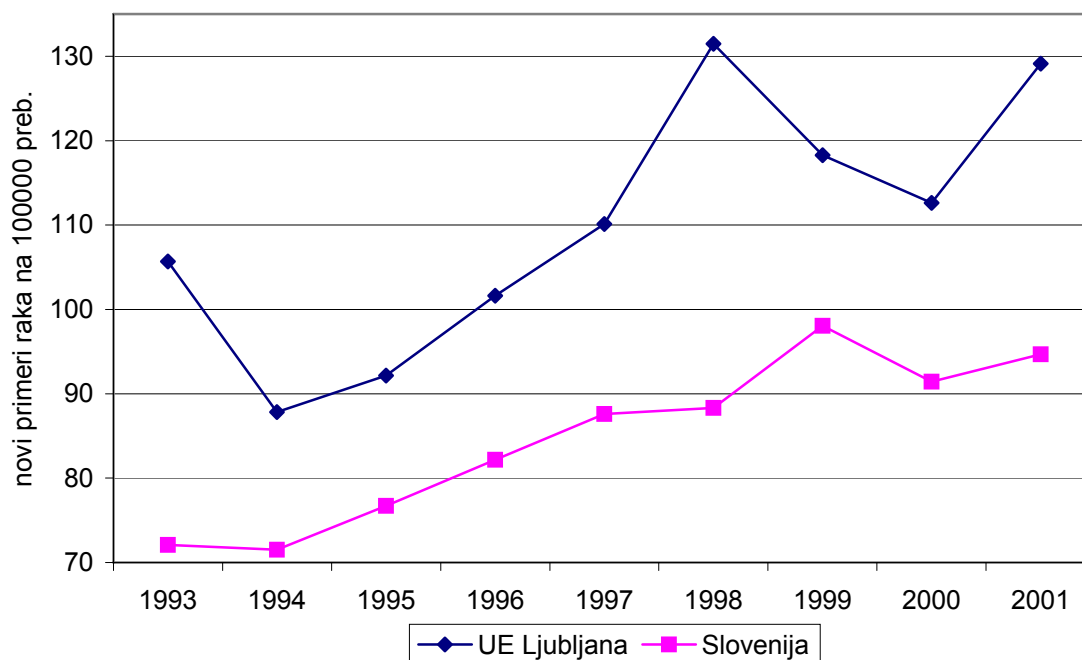
Tudi incidenca raka dojke v ML je ves čas nad slovenskim povprečjem (za 30%). V 2. polovici 90 let je zelo strmo naraščala, nato se je povečevanje nekoliko umirilo (Preglednica 44, Slika 47).

Preglednica 44: Incidenca raka dojke (število novih primerov na 100.000 prebivalk).

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
UE Ljubljana	106	88	92	102	110	131	118	113	129
Slovenija	72	72	77	82	88	88	98	91	95

Vir: Register raka za Slovenijo

Slika 47: Število novih primerov raka dojke na 100.000 prebivalk.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

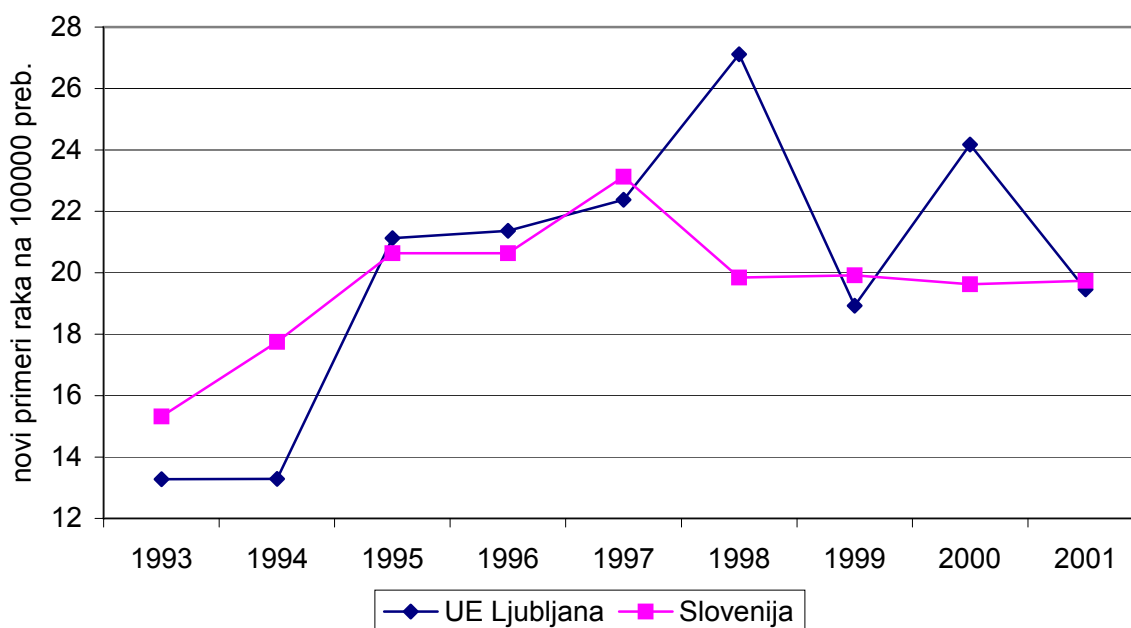
Podoben vzorec gibanja ima tudi incidenca raka materničnega vratu, le da niha okoli slovenskega povprečja (Preglednica 45, Slika 48)..

Preglednica 45: Incidenca raka materničnega vratu (število novih primerov na 100.000 prebivalk).

Področje	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
UE Ljubljana	13	13	21	21	22	27	19	24	19
Slovenija	15	18	21	21	23	20	20	20	20

Vir: Register raka za Slovenijo

Slika 48: Število novih primerov raka materničnega vratu na 100.000 prebivalk.



Vir: Kofol Bric T, Jerman T, Stantič-Pavlinič M, Grilc E, Domanjko M.: Zdravstveno stanje prebivalcev Ljubljane Oblikovanje sistema indikatorjev, Zavod za zdravstveno varstvo Ljubljana, 2005.

Bolniški stalež

V obdobju 1998 do 2003, od kar se zbirajo podatki na ZZV Ljubljana, so bili zaposleni v MOL v bolniškem staležu zaradi bolezni povprečno nekaj več kot 12 dni letno. To pomeni, da so zaposleni v MOL v povprečju manj odsotni od dela zaradi bolezni od slovenskega povprečja in je bila odsotnost podobna kot v Evropi.

Obolevnost v osnovnem zdravstvenem varstvu

Obolevnost je mogoče ocenjevati tudi po vzrokih za obisk v osnovnem zdravstvenem varstvu odraslih (pri splošnem oziroma družinskem zdravniku), otroškem in šolskem zdravstvenem varstvu in reproduktivnem zdravstvenem varstvu. Pogostnost obiskov smo ocenjevali za zadnje petletno obdobje (2000-2004), v katerem na splošno gledano nismo zabeležili nekih bistvenih povečanj.

Mladostnice in mladostniki so se v zadnjem petih letih najpogosteje odločili za obisk pri svojem osebnem zdravniku zaradi akutne okužbe zgornji dihal (prehladna obolenja). Pogostnost teh obiskov se v tem obdobju ni bistveno spreminjala, bila pa je nekoliko višja pri

ženskah kot pri moških (za 20%). Sledijo kontrolni pregledi po preboleli bolezni ali operaciji ter preventivni pregledi. Tudi bolezni kože so pri obeh spolih relativno pogosti vzroki za obisk. Pri mladostnicah se med prvih 10 najpogostejših vzrokov za obisk uvrščajo bolezni sečil, za razliko od mladostnikov, kjer so v ospredju bolezni nastale zaradi poškodb (bolezni hrbta, sklepov in mehkega tkiva), zaradi katerih se mladostniki odločajo za obisk pri svojem zdravniku in to enkrat manj pogosto kot se odločajo ženske, ki imajo težave s okužbami sečil (Preglednica 46, 47)..

Preglednica 46: Prvih 10 razlogov za obisk (ženske 15-19) v primarnem zdravstvenem varstvu odrasle populacije po spolu in starostnih skupinah, Mestna občina Ljubljana.

MKB-10		Leto 2000		Leto 2001		Leto 2002		Leto 2003		Leto 2004	
		št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.
1.	Akutne infekcije zgornjih dihal(J00-J06)	120	1,4	118	1,45	140	1,77	146	1,89	125	1,66
2.	Osebe, ki se srečujejo z zdrav.slужbo zaradi ...(Z70-Z76)	47	0,55	23	0,28	21	0,27	26	0,34	14	0,19
3.	Osebe, ki se srečajo z zdrav.slужbo ...(Z00-Z13)	33	0,38	19	0,23	22	0,28	20	0,26	11	0,15
4.	Druge virusne bolezni(B25-B34)	30	0,35	21	0,26	23	0,29	11	0,14	20	0,27
5.	Dermatitis in ekcem(L20-L30)	27	0,31	23	0,28	21	0,27	29	0,38	18	0,24
6.	Druge bolezni sečil(N30-N39)	21	0,24	21	0,26	28	0,35	36	0,47	26	0,35
7.	Spremembe kožnih priveskov(L60-L75)	21	0,24	7	0,09	14	0,18	9	0,12	12	0,16
8.	Virusne inf., za katere so značilne sprem.na koži in sluznici(B00-B09)	20	0,23	8	0,1	11	0,14	7	0,09	9	0,12
9.	Infekcije kože in podkožja(L00-L08)	19	0,22			10	0,13	6	0,08	8	0,11
10.	Splošni simptomi in znaki(R50-R69)	17	0,2	16	0,2	23	0,29	9	0,12	20	0,27

Preglednica 47: Prvih 10 razlogov za obisk (moški 15 - 19) v primarnem zdravstvenem varstvu odrasle populacije po spolu in starostnih skupinah, mestna občina Ljubljana.

MKB-10		Leto 2000		Leto 2001		Leto 2002		Leto 2003		Leto 2004	
		št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.
1.	Akutne infekcije zgornjih dihal(J00-J06)	91	1,03	98	1,17	78	0,97	90	1,12	104	1,34
2.	Osebe, ki se srečujejo z zdrav.slужbo zaradi ...(Z70-Z76)	35	0,39	6	0,07	11	0,14	12	0,15	8	0,1
3.	Osebe, ki se srečajo z zdrav.slужbo ...(Z00-Z13)	31	0,35	10	0,12	17	0,21	17	0,21	19	0,25
4.	Dermatitis in ekcem(L20-L30)	19	0,21	7	0,08	17	0,21			9	0,12
5.	Druge virusne bolezni(B25-B34)	15	0,17	11	0,13	10	0,12	11	0,14	22	0,28
6.	Bolezni hrbta(M40-M54)	13	0,15	13	0,16	13	0,16	12	0,15	11	0,14
7.	Spremembe kožnih priveskov(L60-L75)	12	0,14	5	0,06	12	0,15	14	0,17	16	0,21
8.	Poškodbe skočnega sklepa in stopala(S90-S99)	11	0,12	5	0,06	6	0,07				
9.	Infekcije kože in podkožja(L00-L08)	9	0,1	7	0,08	12	0,15	4	0,05	6	0,08
10.	Motnje mehkega tkiva(M60-M79)	8	0,09	6	0,07	16	0,2	6	0,07	5	0,06

Tudi najbolj **aktivno prebivalstvo MOL (stari 20-49 let)** je najpogosteje obiskalo svojega zdravnika zaradi prehladnih obolenj, zaradi katerih so ženske pogosteje prihajale k svojemu zdravniku kot moški (za okoli 30% do 40%). Pogostnost obiskov zaradi prehladnih obolenj se je precej povečala (za 4 do 5 krat) tako pri ženskah kot pri moških v primerjavi z mladostniškim obdobjem. Sledijo bolezni hrbta pri obeh spolih, pri ženskah pogosteje (za 30%). Tudi pogostnost kontrolnih in preventivnih pregledov v tej starosti je pri obeh spolih še vedno zelo velika. Ženske v starosti med 20 in 49 let prihajajo k svojemu zdravniku relativno pogosto tudi zaradi bolezni sečil in kože in to dvakrat pogosteje kot mladostniškem obdobju. V tej starosti pa se pojavijo tudi nove bolezni kot so bolezni prebavil (na primer želodca) in nevrotske, stresne in somatoformne motnje. Tudi moški v tej starosti prihajajo pogosto na obisk zaradi poškodb in bolezni kože in to kar 6 do 8 krat pogosteje kot v mladostniškem obdobju. Na novo pa se pojavijo bolezni prebavil in zvišan krvni pritisk (Preglednica 48, 49).

Preglednica 48: Prvih 10 razlogov za obisk (ženske 20-49 let) v primarnem zdravstvenem varstvu odrasle populacije po spolu in starostnih skupinah, Mestna občina Ljubljana.

MKB-10		Leto 2000		Leto 2001		Leto 2002		Leto 2003		Leto 2004	
		št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.
1.	Akutne infekcije zgornjih dihal(J00-J06)	5924	9,46	5911	9,6	5414	10,7	5249	8,71	5277	8,88
2.	Bolezni hrbta(M40-M54)	2562	4,09	2595	4,22	2383	4,69	1946	3,23	1925	3,24
3.	Osebe, ki se srečujejo z zdrav.slужbo zaradi ...(Z70-Z76)	1763	2,82	1156	1,88	1024	2,02	1218	2,02	932	1,57
4.	Druge virusne bolezni(B25-B34)	1759	2,81	1457	2,37	1456	2,87	1641	2,72	1301	2,19
5.	Osebe, ki se srečajo z zdrav.slужbo ...(Z00-Z13)	1556	2,49	1085	1,76	1221	2,4	828	1,37	617	1,04
6.	Druge bolezni sečil(N30-N39)	1311	2,09	1348	2,19	1396	2,75	1144	1,9	1159	1,95
7.	Dermatitis in ekcem(L20-L30)	1050	1,68	1105	1,79	1097	2,16	992	1,65	931	1,57
8.	Bolezni požiral., želodca, in dvanajstnika(K20-K31)	927	1,48	843	1,37	933	1,84	789	1,31	829	1,39
9.	Splošni simptomi in znaki(R50-R69)	783	1,25	758	1,23	748	1,47	765	1,27	740	1,25
10.	Nevrotske, stresne in somatoformne motnje(F40-F48)	753	1,2	631	1,02	661	1,3	559	0,93	649	1,09

Preglednica 49: Prvih 10 razlogov za obisk (moški 20-49 let) v primarnem zdravstvenem varstvu odrasle populacije po spolu in starostnih skupinah, Mestna občina Ljubljana.

MKB-10		Leto 2000		Leto 2001		Leto 2002		Leto 2003		Leto 2004	
		št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.
1.	Akutne infekcije zgornjih dihal(J00-J06)	3857	6,13	3915	6,29	3471	6,75	3145	5,19	3270	5,45
2.	Bolezni hrbta(M40-M54)	2002	3,18	2238	3,6	2057	4	1657	2,73	1406	2,34
3.	Druge virusne bolezni(B25-B34)	1416	2,25	1100	1,77	1124	2,18	1070	1,76	790	1,32
4.	Osebe, ki se srečajo z zdrav.slужbo ...(Z00-Z13)	1105	1,76	911	1,46	1199	2,33	576	0,95	433	0,72
5.	Osebe, ki se srečujejo z zdrav.slужbo zaradi ...(Z70-Z76)	989	1,57	724	1,16	657	1,28	661	1,09	517	0,86
6.	Poškodbe zapestja in roke(S60-S69)	790	1,26	747	1,2	686	1,33	608	1	559	0,93
7.	Bolezni požiral., želodca, in dvanajstnika(K20-K31)	757	1,2	707	1,14	702	1,36	529	0,87	534	0,89
8.	Dermatitis in ekcem(L20-L30)	687	1,09	693	1,11	685	1,33	577	0,95	595	0,99
9.	Hipertenzivne bolezni(I10-I15)	654	1,04	516	0,83	609	1,18	525	0,87	558	0,93
10.	Motnje mehkega tkiva(M60-M79)	602	0,96	576	0,93	568	1,1	424	0,7	420	0,7

Vse zgoraj našteje bolezni in vzroki za obisk se pojavljajo tudi **pri ženskah in moških v starosti med 50 in 65 let**, vendar z nekoliko drugačnim vrstnim redom pogostnosti obiskov.

Med 10 najpogostejših razlogov za obisk pri svojem zdravniku pa so se uvrstile tudi presnovne motnje, kamor sodi predvsem sladkorna bolezen (Preglednica 50, 51).

Preglednica 50: Prvih 10 razlogov za obisk (ženske 50-64 let) v primarnem zdravstvenem varstvu odrasle populacije po spolu in starostnih skupinah, Mestna občina Ljubljana.

MKB-10		Leto 2000		Leto 2001		Leto 2002		Leto 2003		Leto 2004	
		št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.
1.	Akutne infekcije zgornjih dihal(J00-J06)	1495	5,71	1549	5,77	1550	5,67	1630	5,85	1699	6,01
2.	Osebe, ki se srečujejo z zdrav.slужbo zaradi ...(Z70-Z76)	1303	4,98	1019	3,79	895	3,27	999	3,59	835	2,96
3.	Hipertenzivne bolezni(I10-I15)	1191	4,55	980	3,65	1176	4,3	1150	4,13	1236	4,37
4.	Bolezni hrbta(M40-M54)	1162	4,44	1425	5,3	1422	5,2	1369	4,92	1458	5,16
5.	Osebe, ki se srečajo z zdrav.slужbo ...(Z00-Z13)	743	2,84	729	2,71	1122	4,1	587	2,11	418	1,48
6.	Druge bolezni sečil(N30-N39)	492	1,88	563	2,1	637	2,33	548	1,97	611	2,16
7.	Dermatitis in ekcem(L20-L30)	434	1,66	432	1,61	464	1,7	446	1,6	488	1,73
8.	Presnovne motnje(E70-E90)	409	1,56	456	1,7	531	1,94	441	1,58	455	1,61
9.	Bolezni požiral., želodca, in dvanajstnika(K20-K31)	363	1,39	445	1,66	493	1,8	448	1,61	532	1,88
10.	Motnje mehkega tkiva(M60-M79)	342	1,31	363	1,35	393	1,44	381	1,37	451	1,6

Preglednica 51: Prvih 10 razlogov za obisk (moški 50-64 let) v primarnem zdravstvenem varstvu odrasle populacije po spolu in starostnih skupinah, Mestna občina Ljubljana.

MKB-10		Leto 2000		Leto 2001		Leto 2002		Leto 2003		Leto 2004	
		št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.
1.	Hipertenzivne bolezni(I10-I15)	1338	5,7	1209	5,03	1513	6,19	1374	5,5	1371	5,39
2.	Akutne infekcije zgornjih dihal(J00-J06)	1209	5,15	1248	5,19	1163	4,76	1062	4,25	1191	4,68
3.	Bolezni hrbta(M40-M54)	1156	4,92	1487	6,19	1476	6,04	1254	5,02	1167	4,59
4.	Osebe, ki se srečujejo z zdrav.slужbo zaradi ...(Z70-Z76)	949	4,04	664	2,76	696	2,85	765	3,03	640	2,52
5.	Osebe, ki se srečajo z zdrav.slужbo ...(Z00-Z13)	635	2,7	604	2,51	1121	4,59	412	1,65	292	1,15
6.	Bolezni požiral., želodca, in dvanajstnika(K20-K31)	455	1,94	495	2,06	473	1,93	416	1,67	448	1,76
7.	Bolezni moških spolnih organov(N40-N51)	388	1,65	327	1,36	365	1,49	325	1,3	324	1,27
8.	Druge virusne bolezni(B25-B34)	386	1,64	312	1,3	337	1,38	365	1,46	300	1,18
9.	Presnovne motnje(E70-E90)	383	1,63	427	1,78	582	2,38	410	1,64	439	1,73
10.	Motnje mehkega tkiva(M60-M79)	359	1,53	354	1,47	384	1,57	393	1,57	377	1,48

Zelo podoben vzorec pojavljanja bolezni vidimo tudi pri skupini **najstarejših prebivalkah in prebivalcih MOL (nad 65 let)** s to razliko, da se pojavijo tudi srčna žilna obolenja, pri moških nekoliko pogosteje kot pri ženskah (Preglednica 52, 53).

Preglednica 52: Prvih 10 razlogov za obisk (ženske 65 let in več) v primarnem zdravstvenem varstvu odrasle populacije po spolu in starostnih skupinah, MOL.

MKB-10		Leto 2000		Leto 2001		Leto 2002		Leto 2003		Leto 2004	
		št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.
1.	Osebe, ki se srečujejo z zdrav.službo zaradi ...(Z70-Z76)	2075	8,11	1617	6,21	1221	4,6	1232	4,56	1004	3,66
2.	Hipertenzivne bolezni(I10-I15)	1514	5,92	1136	4,36	1431	5,39	1313	4,87	1446	5,27
3.	Bolezni hrbta(M40-M54)	708	2,77	711	2,73	762	2,87	726	2,69	766	2,79
4.	Osebe, ki se srečajo z zdrav.službo ...(Z00-Z13)	643	2,51	734	2,82	592	2,23	349	1,29	204	0,74
5.	Akutne infekcije zgornjih dihal(J00-J06)	556	2,17	598	2,3	554	2,09	563	2,09	550	2
6.	Druge bolezni sečil(N30-N39)	421	1,65	478	1,84	556	2,1	432	1,6	494	1,8
7.	Bolezni zunanega ušesa(H60-H62)	360	1,41	322	1,24	290	1,09	259	0,96	294	1,07
8.	Bolezni kosti in hrustanca(M80-M94)	309	1,21	207	0,79	350	1,32	381	1,41	335	1,22
9.	Druge bolezni srca(I30-I52)	282	1,1	129	0,5	272	1,03	185	0,69	209	0,76
10.	Presnovne motnje(E70-E90)	258	1,01	256	0,98	326	1,23	259	0,96	286	1,04

Preglednica 53: Prvih 10 razlogov za obisk (moški 65 let in več) v primarnem zdravstvenem varstvu odrasle populacije po spolu in starostnih skupinah, MOL.

MKB-10		Leto 2000		Leto 2001		Leto 2002		Leto 2003		Leto 2004	
		št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.	št.	st.
1.	Osebe, ki se srečujejo z zdrav.službo zaradi ...(Z70-Z76)	1141	7,8	843	5,59	716	4,57	715	4,45	570	3,46
2.	Hipertenzivne bolezni(I10-I15)	1080	7,38	806	5,34	1110	7,09	996	6,2	1084	6,58
3.	Akutne infekcije zgornjih dihal(J00-J06)	396	2,71	396	2,62	409	2,61	384	2,39	412	2,5
4.	Bolezni moških spolnih organov(N40-N51)	392	2,68	212	1,4	322	2,06	329	2,05	266	1,61
5.	Bolezni hrbta(M40-M54)	346	2,36	455	3,02	465	2,97	448	2,79	383	2,33
6.	Osebe, ki se srečajo z zdrav.službo ...(Z00-Z13)	316	2,16	423	2,8	364	2,33	210	1,31	164	1
7.	Druge bolezni srca(I30-I52)	284	1,94	125	0,83	256	1,64	186	1,16	189	1,15
8.	Ishemične bolezni srca(I20-I25)	269	1,84	117	0,78	192	1,23	129	0,8	112	0,68
9.	Bolezni zunanega ušesa(H60-H62)	250	1,71	285	1,89	246	1,57	204	1,27	256	1,55
10.	Sladkorna bolezen(E10-E14)	225	1,54	141	0,93	239	1,53	208	1,29	192	1,17

2.2. DVE PRIMERJALNI ANALIZI IZDELANI NA OSNOVI PODATKOV EVROPSKEGA STATISTIČNEGA URADA (EUROSTAT)

UVOD

Predstavljamo povzetek dveh primerjalnih analiz podatkov opravljenih na bazi podatkov Evropskega statističnega urada (EUROSTAT) imenovani »EUROSTAT URBAN AUDIT«. Informacije pridobljene na podlagi takšnih analiz namreč lahko koristijo tako pri pozicioniranju Ljubljane v novem EU prostoru, kot tudi pri nadaljnjih usmeritvah na obravnavanih področjih.

EUROSTAT-OVA BAZA PODATKOV »EUROSTAT URBAN AUDIT«

Za potrebo obeh primerjalnih analiz smo koristili bazo podatkov Evropskega statističnega urada »Eurostat Urban Audit«, ki vključuje 242 evropskih mest. Večina podatkov je bilo zbranih v letu 2001, zato številna obravnavana mesta še niso bila del EU 25. Slovenija je v projektu sodelovala z dvema mestoma – Ljubljano in Mariborom, pri čemer so bili podatki podani na treh ravneh oziroma prostorskih enotah: širše mestno območje (*Larger Urban Zone = LUZ*)⁷; ožje mestno območje (*Central City = CC*) in deli ožjega mestnega območja (*Surb-city districts = SCD*). **150 indikatorjev je pripravil Eurostat**, podatke in prostorske enote, za katere so bili podatki zbrani, pa so, v skladu z Eurostat-ovimi kriteriji in dosegljivostjo podatkov, zbrale države same. Ena izmed pomanjkljivosti *Eurostat Urban Audit*, čigar dostop je mogoč preko svetovnega spleta, je v tem, da podatki niso dopolnjeni s posredovanimi opombami. Zato v nekaterih primerih podatki brez ustreznih opomb niso objavljeni, oz. zbrani za vse tri prostorske enote. Kljub temu ocenjujemo, da je omenjena baza podatkov odlična podlaga za nadaljnje analize.

METODOLOGIJA

V prvi primerjalni analizi smo obravnavali skupino 19-ih mest EU, v drugi pa skupino 20-ih prestolnic EU, pri čemer obe analizi zajemata 39 indikatorjev, ki se nanašajo na področje zdravstva, socialnega varstva, starostne strukture prebivalstva, števila prebivalstva, gostote in nacionalne strukture prebivalstva, stanovanjskih in finančnih razmer, izobrazbe, pa vse do prometnih nesreč s smrtnim izidom. Sledi analiza primerljivosti indikatorjev posameznih mest

⁷ Glede na to, da smo potrebovali podatke in kazalnike za širše mestno območje Ljubljane, smo v omenjeni bazi podatkov izbrali indikatorje im. *Indicators for larger urban zones*.

z Ljubljano. Pri obravnavi vsakega indikatorju posebej smo označili 3 mesta, ki so Ljubljani na osnovi vrednosti tega indikatorja najbližje. Na podlagi tega smo dobili tista mesta, ki so Ljubljani po številu primerljivih indikatorjev najbolj podobna. **Pri obeh primerjalnih analizah izstopa 9 mest, pri katerih je pri obeh analizah sledila podrobnejša analiza.**

PREDSTAVITEV REZULTATOV

Prva primerjalna analiza - primerjava skupine 19-ih evropskih mest z Ljubljano

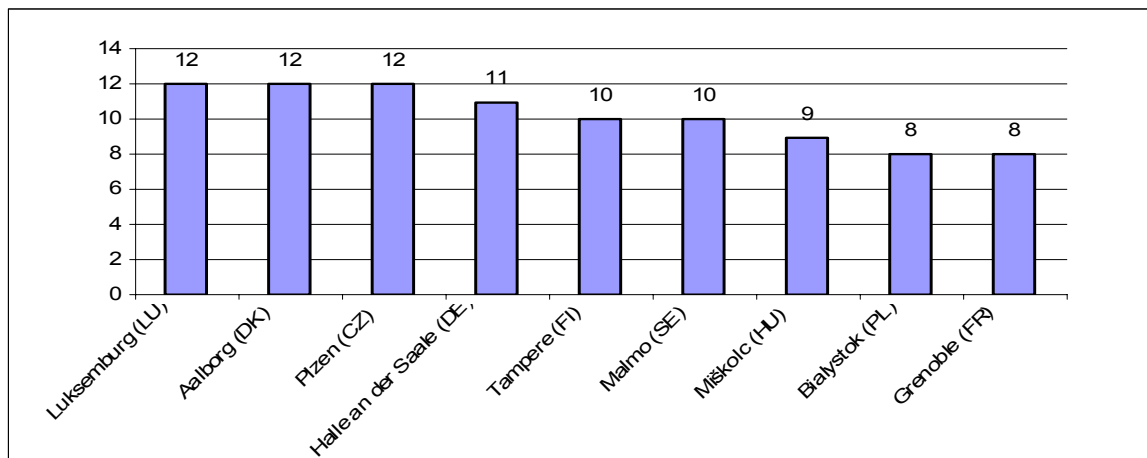
Za potrebe prve primerjalne analize smo izbrali skupino 19-ih mest znotraj EU, ki so po številu prebivalcev najbolj primerljiva z Ljubljano: Gent (BE), Plzen (CZ), Aalborg (DK), Halle an der Saale (DE), Tallinn (EE), Valladolid (ES), Grenoble (FR), Trento (IT), Liepaja (LV), Vilnius, Luksemburg (LU), Miškolc (HU), Tilburg (NL), Linz (AT), Bialystok (PL), Braga (PT), Tampere (FI), Malmo (SE) in Portsmouth (UK).

Kot merilo podobnosti smo izbrali 39 indikatorjev, na osnovi katerih se je pokazalo, katera mesta so po teh kriterijih najbolj podobna Ljubljani. Izmed 19 analiziranih mest jih lahko izpostavimo 9: Luksemburg, Aalborg in Plzen (z 12-imi primerljivimi indikatorji); Halle an der Saale (11x); Tampere in Malmo (10x); Miškolc (9x) ter Bialystok in Grenoble (8x). Med mesti, ki sta po omenjenih kriterijih najmanj podobni Ljubljani, sodita portugalska Braga (0x) in španski Valladolid (0x).

Tabela 4.1.1.: Mesta, ki so po številu primerljivih indikatorjev najbolj podobna Ljubljani.

ZAP. ŠT.	MESTO	ŠTEVILO PRIMERLJIVIH INDIKATORJEV Z LJUBLJANO
1.	Luksemburg (LU)	12
1.	Aalborg (DK)	12
1.	Plzen (CZ)	12
4.	Halle an der Saale (DE)	11
5.	Tampere (FI)	10
6.	Malmo (SE)	10
7.	Miškolc (HU)	9
8.	Bialystok (PL)	8
9.	Grenoble (FR)	8

Grafikon 4.1.1.: Mesta, ki so po številu primerljivih indikatorjev najbolj podobna Ljubljani (navedena vrednost pomeni število primerljivih kazalcev z Ljubljano).



Iz tabele 4.1.1. in grafikona 4.1.1. je razvidno, da med 9-imi mesti, ki so po naših rezultatih, na osnovi podanih kriterijev, najbolj podobna Ljubljani, najdemo 6 mest (Luksemburg (LU), Aalborg (DK), Halle an der Saale (DE), Tampere (FI), Malmo (SE) in Grenoble (FR)), ki so že dalj časa del EU in 3 mesta (Plzen (CZ), Miškolc (HU) in Białystok (PL)), ki so del EU od leta 2004 naprej. Geografsko gledano so med temi 9-imi mesti 3 zahodnoevropska mesta (Luksemburg (LU), Halle an der Saale (DE) in Grenoble (FR)), 3 skandinavska mesta (Aalborg (DK), Tampere (FI) in Malmo (SE)), 3 mesta iz vzhodne oz. srednje Evrope (Plzen (CZ), Białystok (PL) in Miškolc (HU)).

Tabela 4.1.2.: Primerjava vrednosti 12-ih indikatorjev (Luksemburg & Ljubljana).

PODROČJE	LUKSEMBURG	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih med 5 in 14	10,83	10,79
delež vseh prebivalcev, starih 75 in več	6,05	5,46
razmerje žensk v primerjavi z moškimi, starimi 75 let in več	2,11	2,44
razmerje med ekonomsko neproduktivnimi (<20 in >65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	55,8	56,6
indeks mladih (<20) ekonomsko neproduktivnih prebivalcev	34,2	34,2
razmerje med upokojenimi moškimi samohranilci in upokojenimi ženskami samohranilkami	24,8	23,7
2. IZOBRAZBENA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev z visoko stopnjo izobrazbe	17,9	15,9
delež moških z visoko stopnjo izobrazbe	19,8	15,4
delež žensk z visoko stopnjo izobrazbe	15,9	16,3
3. ZDRAVSTVO:		
pričakovana življenjska doba za moške in ženske	78,5	76,3
4. ŽIVLJENJSKI STANDARD:		
število registriranih avtomobilov na 1000 prebivalcev	663,4	488,6
povprečno število članov v gospodinjstvu	2,37	2,79

Iz tabele 4.1.2. je razvidno, da sta si Luksemburg in Ljubljana najbolj podobna pri: starostni (6x) in izobrazbeni (3x) strukturi prebivalstva, na področju življenjskega standarda (2x) in zdravstva (1x).

Tabela 4.1.3.: Primerjava vrednosti 12-ih indikatorjev (Aalborg & Ljubljana).

PODROČJE	AALBORG	LJUBLJANA
1. IZOBRAZBENA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež moških z nizko stopnjo izobrazbe	0,1	2
delež žensk z nizko stopnjo izobrazbe	0,2	3,5
delež prebivalcev z visoko stopnjo izobrazbe	12,2	15,9
delež moških z visoko stopnjo izobrazbe	11,5	15,4
delež žensk z visoko stopnjo izobrazbe	12,9	16,3
2. ZDRAVSTVO		
stopnja umrljivosti prebivalcev pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,51	0,62
stopnja umrljivosti žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,33	0,32
število zdravnikov na 1000 prebivalcev	0,64	1,92
število avtomobilskih nesreč, s smrtnim izidom na 1000 prebivalcev	1,6	1,3
4. SOCIALNA BLAGINJA		
število otrok (0-4) v vrtcih na 1000 otrok	689,1	823,2
5. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
razmerje med moškimi samohranilci in ženskami samohranilkami	15,6	15,6
6. ENONACIONALNA DRUŽBA		
delež prebivalcev ene nacionalnosti	97,1	97,2

Iz tabele 4.1.2. je razvidno, da sta si Aalborg in Ljubljana najbolj podobna pri: izobrazbeni (5x) strukturi prebivalstva, na področju zdravstva (4x), socialne blaginje (1x), starostne strukture prebivalstva (1x) in enonacionalne družbe (1x).

Tabela 4.1.4.: Primerjava vrednosti 12-ih indikatorjev (Plzen & Ljubljana).

PODROČJE	PLZEN	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih med 0 in 4	4,11	4,69
delež prebivalcev, starih med 5 in 14	11,1	10,79
delež prebivalcev, starih med 15 in 19	6,3	6,37
delež prebivalcev, starih 75 in več	5,78	5,46
razmerje med ekonomsko neproduktivnimi (<20 in >65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	57,1	56,6
indeks mladih (<20) ekonomsko neproduktivnih prebivalcev	33,8	34,2
razmerje med starejšimi ekonomsko neproduktivnimi (>65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	23,3	22,4
2. ZDRAVSTVO		
število zobozdravnikov na 1000 prebivalcev	0,61	0,81
pričakovana življenjska doba za moške in ženske	75,7	76,3
število avtomobilskih nesreč, s smrtnim izidom na 1000 prebivalcev	2,8	1,3
3. ENONACIONALNA DRUŽBA		
delež prebivalcev ene nacionalnosti	99,1	97,2
4. GOSTOTA NASELJENOSTI PREBIVALSTVA		
gostota prebivalcev na km ²	113,6	192,7

Iz tabele 4.1.2. je razvidno, da sta si Plzen in Ljubljana najbolj podobna pri: starostni (7x) strukturi prebivalstva, na področju zdravstva (3x), gostote naseljenosti prebivalstva (1x) in enonacionalne družbe (1x).

Tabela 4.1.5.: Primerjava vrednosti 11-ih indikatorjev (Halle an der Saale & Ljubljana).

PODROČJE	HALLE AN DER SAALE	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih med 15 in 19	6,72	6,37
razmerje žensk v primerjavi z moškimi, stari 75 let in več	2,66	2,44
razmerje med ekonomsko neproduktivnimi (<20 in >65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	56,7	56,6
razmerje med upokojenimi moškimi samohranilci in upokojenimi ženskami samohranilkami	21,6	24,1
2. ZDRAVSTVO		
število zobozdravnikov na 1000 prebivalcev	0,94	0,81
stopnja umrljivosti žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,4	0,32
pričakovana življenjska doba za moške in ženske	77	76,3
3. SOCIALNA BLAGINJA		
število otrok (0-4) v vrtcih na 1000 otrok	603,4	823,2

4. ŽIVLJENJSKI STANDARD		
BDP na prebivalca	18.462	15.485
5. IZOBRAZBENA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
stopnja visoko izobraženih žensk	17,5	16,3
6. ENONACIONALNA DRUŽBA		
delež prebivalcev ene nacionalnosti	97,6	97,2

Iz tabele 4.1.5. je razvidno, da sta si Halle and der Saale in Ljubljana najbolj podobna pri: starostni (4x) strukturi prebivalstva, na področju zdravstva (3x), socialne blaginje (1x), izobrazbene strukture prebivalstva (1x), življenjskega standarda (1x) in enonacionalne družbe (1x).

Tabela 4.1.6.: Primerjava vrednosti 10-ih indikatorjev (Tampere & Ljubljana).

PODROČJE	TAMPERE	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
razmerje žensk v primerjavi z moškimi, starimi 75 let in več	2,35	2,44
razmerje med starejšimi ekonomsko neproduktivnimi (>65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	22	22,4
razmerje med moškimi samohranilci in ženskami samohranilkami	15,2	15,6
razmerje med upokojenimi moškimi samohranilci in upokojenimi ženskami samohranilkami	24,1	23,7
2. ZDRAVSTVO		
stopnja umrljivosti prebivalcev pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,55	0,62
stopnja umrljivosti moških pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,89	0,93
pričakovana življenjska doba za moške in ženske	78,3	76,3
3. SOCIALNA BLAGINJA		
število otrok (0-4) v javni ali privatni oskrbi na 1000 otrok	724,9	823,2
4. ŽIVLJENJSKI STANDARD		
število registriranih avtomobilov na 1000 prebivalcev	400,1	488,6
5. ENONACIONALNA DRUŽBA		
enonacionalno mesto	98,2	97,2

Iz tabele 4.1.6. je razvidno, da sta si Tampere in Ljubljana najbolj podobna pri: starostni (4x) strukturi prebivalstva, na področju zdravstva (3x), socialne blaginje (1x), življenjskega standarda (1x) in enonacionalne družbe (1x).

Tabela 4.1.7.: Primerjava vrednosti 10-ih indikatorjev (Malmo & Ljubljana).

PODROČJE	MALMO	LJUBLJANA
1. IZOBRAZBENA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev z nizko stopnjo izobrazbe	4	2,8
delež moških z nizko stopnjo izobrazbe	4	2
delež žensk z nizko stopnjo izobrazbe	3,9	3,5
delež prebivalcev z visoko stopnjo izobrazbe	13,1	15,9
delež moških z visoko stopnjo izobrazbe	13	15,4
delež žensk z visoko stopnjo izobrazbe	13,1	16,3
2. ZDRAVSTVO		
stopnja umrljivosti prebivalcev pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,47	0,62
stopnja umrljivosti žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,3	0,32
3. SOCIALNA BLAGINJA		
število otrok (0-4) v vrtcih na 1000 otrok	618,6	823,2
4. ŽIVLJENJSKI STANDARD		
število registriranih avtomobilov na 1000 prebivalcev	412,8	488,6

Iz tabele 4.1.7. je razvidno, da sta si Malmo in Ljubljana najbolj podobna pri: izobrazbeni strukturi prebivalstva (6x), na področju zdravstva (2x), socialne blaginje (1x) in življenjskega standarda (1x).

Tabela 4.1.8.: Primerjava vrednosti 9-ih indikatorjev (Miškolc & Ljubljana).

PODROČJE	MIŠKOLC	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih od 0-4	4,98	4,69
delež prebivalcev, starih 75 let in več	5,24	5,46
razmerje žensk v primerjavi z moškimi, stari 75 let in več	2,14	2,44
razmerje med starejšimi ekonomsko neproduktivnimi (>65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	22,7	22,4
razmerje med upokojenimi moškimi samohranilci in upokojenimi ženskami samohranilkami	22,9	23,7
2. ZDRAVSTVO		
število zdravnikov na 1000 prebivalcev	0,68	1,92
3. ŽIVLJENJSKI STANDARD		
delež stanovanj pod standardom	0,2	0,1
povprečno število članov v gospodinjstvu	2,71	2,79
delež gospodinjstev z eno osebo	24,5	23,7

Iz tabele 4.1.8. je razvidno, da sta si Miškolc in Ljubljana najbolj podobna pri: starostni strukturi prebivalstva (5x), na področju zdravstva (1x) in življenjskega standarda (3x).

Tabela 4.1.9.: Primerjava vrednosti 8-ih indikatorjev (Bialystok & Ljubljana).

PODROČJE	BIALYSTOK	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih od 0-4	4,59	4,69
delež prebivalcev, starih 75 let in več	5,05	5,46
razmerje med starejšimi ekonomsko neproduktivnimi (>65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	21,9	22,4
2. ZDRAVSTVO		
pričakovana življenjska doba za moške in ženske	75,1	76,3
stopnja umrljivosti žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,39	0,32
3. ŽIVLJENJSKI STANDARD		
delež stanovanj pod standardom	0,1	0,1
povprečno število članov v gospodinjstvu	2,72	2,79
4. ENONACIONALNA DRUŽBA		
delež prebivalcev ene nacionalnosti	97,5	97,2

Iz tabele 4.1.9. je razvidno, da sta si Bialystok in Ljubljana najbolj podobna pri: starostni strukturi prebivalstva (3x), na področju zdravstva (2x), življenjskega standarda (2x) in enonacionalne družbe (1x).

Tabela 4.1.10.: Primerjava vrednosti 8-ih indikatorjev (Grenoble & Ljubljana).

PODROČJE	GRENOBLE	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih med 15 in 19 let	6,73	6,37
delež prebivalcev, starih 75 let in več	6	5,46
razmerje med starejšimi ekonomsko neproduktivnimi (>65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	21,9	22,4
razmerje med moškimi samohranilci in ženskami samohranilkami	14,8	15,6
2. ZDRAVSTVO		
število zdravnikov na 1000 prebivalcev	2,47	1,92
število zobozdravnikov na 1000 prebivalcev	0,77	0,81
3. ŽIVLJENJSKI STANDARD		
število registriranih avtomobilov na 1000 prebivalcev	459,2	488,6
4. DELEŽ PRISELJENCEV		
delež prebivalcev, rojenih v tujini	8,8	8,9

Iz tabele 4.1.10. je razvidno, da sta si Grenoble in Ljubljana najbolj podobna na področju starostne strukture prebivalstva (4x), na področju zdravstva (2x), življenjskega standarda (1x) in v deležu priseljencev (1x).

3 zahodnoevropska mesta (Luksemburg (LU), Halle an der Saale (DE) in Grenoble (FR)) so po rezultatih analize podobna Ljubljani predvsem:

- na področju starostne strukture prebivalstva (delež mladih in delež starih prebivalcev);

- na področju izobrazbene strukture prebivalstva (delež visoko izobraženih prebivalcev);
- na področju zdravstva (pričakovana življenjska doba in število zdravnikov/zobozdravnikov na 1000 prebivalcev);
- na področju življenjskega standarda (število registriranih avtomobilov na 1000 prebivalcev).

3 skandinavska mesta (Aalborg (DK), Tampere (FI) in Malmö (SE)) so po rezultatih analize podobna Ljubljani predvsem:

- na področju zdravstva (stopnja umrljivosti prebivalstva/žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal; število zdravnikov/zobozdravnikov na 1000 prebivalcev; pričakovana življenjska doba za moške in ženske);
- na področju izobrazbene strukture prebivalstva (delež prebivalcev z visoko in nizko stopnjo izobrazbe);
- v smislu socialne blaginje (število otrok (0-4) v vrtcih na 1000 otrok);
- na področju življenjskega standarda (število registriranih avtomobilov na 1000 prebivalcev).
- v smislu enonacionalne družbe (delež prebivalcev ene nacionalnosti)

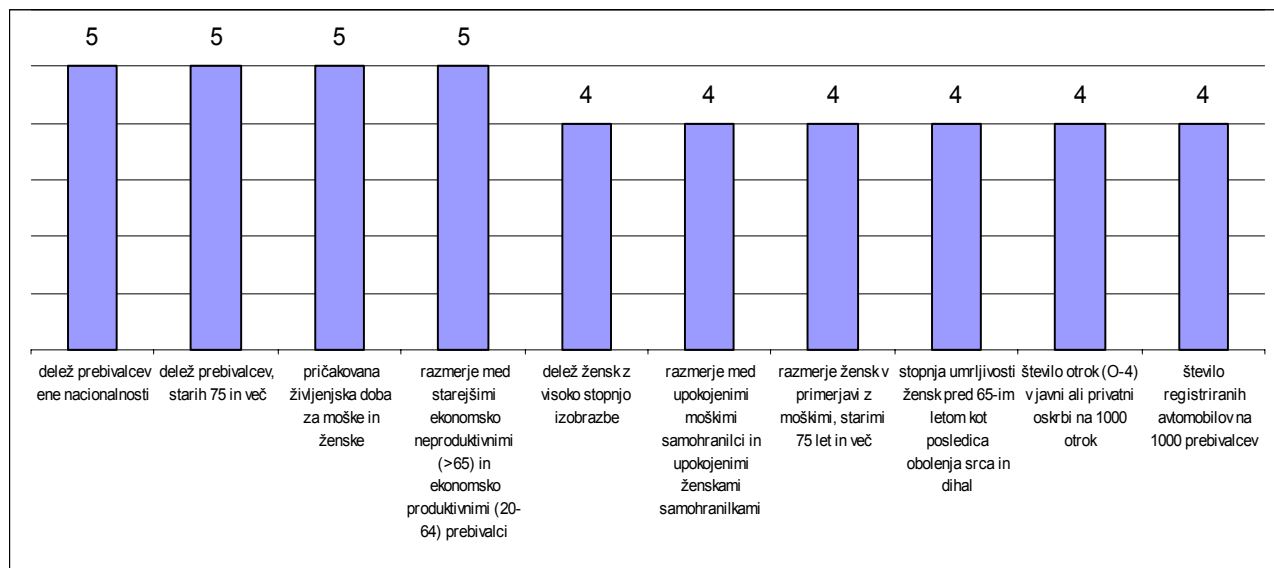
3 mesta iz vzhodne oz. srednje Evrope (Plzeň (CZ), Białystok (PL) in Miskolc (HU)) so po rezultatih analize podobna Ljubljani predvsem:

- na področju starostne strukture prebivalstva (delež mladih in delež starih prebivalcev);
- na področju zdravstva (pričakovana življenjska doba za moške in ženske; število zdravnikov/zobozdravnikov na 1000 prebivalcev; število avtomobilskih nesreč s smrtnim izidom na 1000 prebivalcev);
- v smislu enonacionalne družbe (delež prebivalcev ene nacionalnosti);
- v smislu gostote naseljenosti prebivalstva (gostota prebivalcev na km²).

Med kazalce, ki se v 1. delu primerjalne analize najpogosteje pojavljajo, sodijo: delež prebivalcev ene nacionalnosti (5x); delež prebivalcev starih 75 let in več (5x); pričakovana življenjska doba za moške in ženske (5x); razmerje med starejšimi ekonomsko neproduktivnimi (>65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci (5x); delež žensk z visoko stopnjo izobrazbe (4x); razmerje med upokojenimi moškimi samohranilci in upokojenimi ženskami samohranilkami (4x); razmerje žensk v primerjavi z moškimi, starimi

75 let in več (4x); stopnja umrljivosti žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal (4x); število otrok (O-4) v javni ali privatni oskrbi na 1000 otrok (4x); število registriranih avtomobilov na 1000 prebivalcev (4x).

Grafikon 4.1.2.: Kazalci, ki se najpogosteje pojavljajo ob primerjavi Ljubljane z skupino mest iz EU (navedena vrednost pomeni pogostost pojavljanja kazalcev v okviru celotne skupine mest).



Druga primerjalna analiza - primerjava skupine 20-ih evropskih prestolnic z Ljubljano

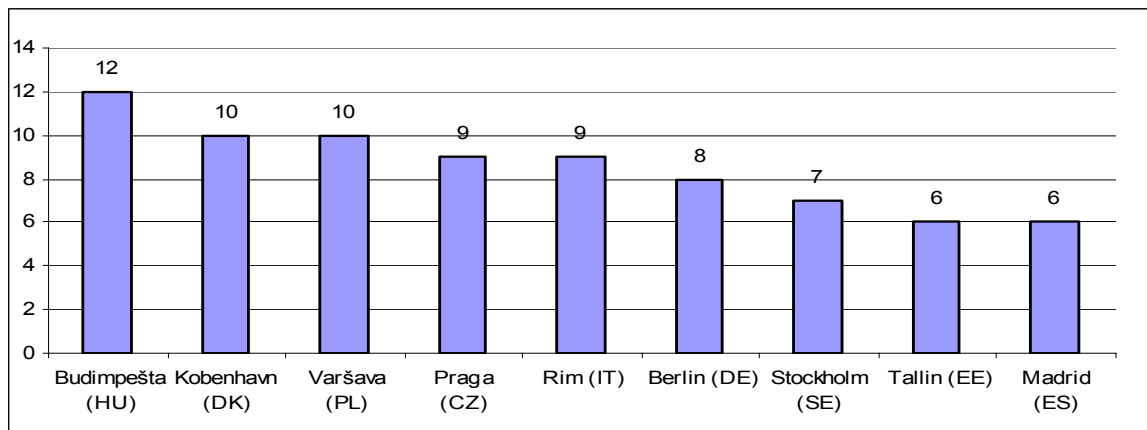
Za potrebe druge primerjalne analize smo izbrali skupino 20-ih prestolnic znotraj EU. V to skupino sodijo: Bruselj (BE), Praga (CZ), København (DK), Berlin (DE), Tallinn (EE), Atene (GR), Madrid (ES), Pariz (FR), Dublin (IE), Rim (IT), Nikozija (CY), Riga (LV), Budimpešta (HU), Dunaj (AT), Varšava (PL), Lizbona (PT), Bratislava (SK), Helsinki (FI), Stockholm (SE) in London (UK).

Kot merilo podobnosti smo izbrali 39 indikatorjev, na osnovi katerih se je pokazalo, katera mesta so po teh kriterijih najbolj podobna Ljubljani. Izmed 20 analiziranih prestolnic jih lahko izpostavimo 9. To so: Budimpešta z 12-imi primerljivimi kazalci, København in Varšava z 10-imi primerljivimi kazalci, Praga in Rim z 9-imi primerljivimi kazalci, Berlin z 8-imi primerljivimi kazalci, Stockholm s 7-imi primerljivimi kazalci ter Tallinn in Madrid s 6-imi primerljivimi kazalci. Med prestolnice, ki so po omenjenih kriterijih najmanj podobne Ljubljani sodijo Pariz (0x), London (0x) in Nikozija (0x).

Tabela 4.2.1.: Prestolnice v EU, ki so po številu primerljivih kazalcev najbolj podobne Ljubljani.

ZAP. ŠT.	MESTO	ŠTEVILO PRIMERLJIVIH INDIKATORJEV Z LJUBLJANO
1.	Budimpešta (HU)	12
2.	København (DK)	10
3.	Varšava (PL)	10
4.	Praga (CZ)	9
5.	Rim (IT)	9
6.	Berlin (DE)	8
7.	Stockholm (SE)	7
8.	Tallinn (EE)	6
9.	Madrid (ES)	6

Grafikon 4.2.1.: Prestolnice v EU, ki so po številu primerljivih kazalcev najbolj podobne Ljubljani (navedena vrednost pomeni pogostost pojavljanja kazalcev pri teh mestih).



Iz tabele 4.2.1. in grafikona 4.2.1. je razvidno, da med 9-imi prestolnicami v UE, ki so po naših rezultatih, na osnovi podanih kriterijev, najbolj podobne Ljubljani, najdemo 5 prestolnic (København (DK), Rim (IT), Berlin (DE), Stockholm (SE) in Madrid (ES), ki so že dalj časa del EU in 4 prestolnice (Budimpešta (HU), Varšava (PL), Praga (CZ) in Tallinn (EE), ki so del EU šele leta 2004 (3 leta potem, ko so bili podatki zbrani). Geografsko gledano so med temi 9-imi prestolnicami v EU 3 zahodnoevropske prestolnice (Rim (IT), Berlin (DE) in Madrid (ES)), 2 skandinavski prestolnici (København (DK) in Stockholm (SE)), 4 prestolnice iz vzhodne oz. srednje Evrope (Varšava (PL), Praga (CZ), Tallinn (EE) in Budimpešta (HU)).

Tabela 4.2.2.: Primerjava vrednosti 12-ih indikatorjev (Budimpešta & Ljubljana).

PODROČJE	BUDIMPEŠTA	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih od 0-4	4,23	4,69
razmerje žensk v primerjavi z moškimi, starimi 75 let in več	2,14	2,44
razmerje med ekonomsko neproduktivnimi (<20 in >65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	56,6	56,6
razmerje med moškimi samohranilci in ženskami samohranilkami	15,2	15,6
razmerje med upokojenimi moškimi samohranilci in upokojenimi ženskami samohranilkami	24	23,7
2. ZDRAVSTVO		
stopnja umrljivosti žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,48	0,32
število zdravnikov na 1000 prebivalcev	0,71	1,92
število zobozdravnikov na 1000 prebivalcev	1,25	0,81
3. IZOBRAZBENA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev z visoko stopnjo izobrazbe	16	15,9
delež moških z visoko stopnjo izobrazbe	17,5	15,4
4. SOCIALNA BLAGINJA		
število otrok (0-4) v javni ali privatni oskrbi na 1000 otrok	814,2	823,2
4. ŽIVLJENSKI STANDARD		
delež stanovanj pod standardom	0,1	0,1

Iz tabele 4.2.2. je razvidno, da sta si Budimpešta in Ljubljana najbolj podobni pri: starostni strukturi prebivalstva (5x), na področju zdravstva (3x), izobrazbeni strukturi prebivalstva (2x), socialne blaginje (1x) in življenjskega standarda (1x).

Tabela 4.2.3.: Primerjava vrednosti 10-ih indikatorjev (Kopenhagen & Ljubljana).

PODROČJE	KOBENHAVEN	LJUBLJANA
1. IZOBRAZBENA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev z nizko stopnjo izobrazbe	0,5	2,8
delež moških z nizko stopnjo izobrazbe	0,4	2
delež žensk z nizko stopnjo izobrazbe	0,5	3,5
delež prebivalcev z visoko stopnjo izobrazbe	18,8	15,9
2. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih med 5 in 14	11,3	10,79
razmerje med ekonomsko neproduktivnimi (<20 in >65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	57,2	56,6
indeks mladih (<20) ekonomsko neproduktivnih prebivalcev	34,9	34,2
razmerje med starejšimi ekonomsko neproduktivnimi (>65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	22,3	22,4
3. ZDRAVSTVO		
število zobozdravnikov na 1000 prebivalcev	0,74	0,81
število avtomobilskih nesreč, s smrtnim izidom na 1000 prebivalcev	1,2	1,3

Iz tabele 4.2.3. je razvidno, da sta si Københavnom in Ljubljana najbolj podobni pri: starostni strukturi prebivalstva (5x), na področju zdravstva (3x), izobrazbeni strukturi prebivalstva (2x), socialne blaginje (1x) in življenjskega standarda (1x).

Tabela 4.2.4.: Primerjava vrednosti 10-ih indikatorjev (Varšava & Ljubljana).

PODROČJE	VARŠAVA	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih med 0 in 4	4,26	4,69
delež prebivalcev, starih med 5 in 14	10,22	10,79
delež prebivalcev, starih 75 in več	5,76	5,46
indeks mladih (<20) ekonomsko neproduktivnih prebivalcev	34	34,2
razmerje med starejšimi ekonomsko neproduktivnimi (>65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	23,6	22,4
2. IZOBRAZBENA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež moških z visoko stopnjo izobrazbe	17,3	15,4
delež žensk z visoko stopnjo izobrazbe	16,8	16,3
3. ZDRAVSTVO		
stopnja umrljivosti žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,49	0,32
število avtomobilskih nesreč, s smrtnim izidom na 1000 prebivalcev	1,4	1,3
4. ŽIVLJENJSKI STANDARD		
delež stanovanj pod standardom	0,1	0,1

Iz tabele 4.2.4. je razvidno, da sta si Varšava in Ljubljana najbolj podobni pri: starostni strukturi prebivalstva (5x), na področju zdravstva (3x), izobrazbeni strukturi prebivalstva (2x), socialne blaginje (1x) in življenjskega standarda (1x).

Tabela 4.2.5.: Primerjava vrednosti 9-ih indikatorjev (Praga & Ljubljana).

PODROČJE	PRAGA	LJUBLJANA
1. ŽIVLJENJSKI STANDARD		
BDP na prebivalca	11.017	15.485
BDP na zaposlenega prebivalca	21.276	29.653
število registriranih avtomobilov na 1000 prebivalcev	432,4	488,6
2. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih med 5 in 14	10,47	10,79
delež prebivalcev, starih med 15 in 19	6,11	6,37
3. IZOBRAZBENA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev z visoko stopnjo izobrazbe	12,2	15,9
delež moških z visoko stopnjo izobrazbe	14,8	15,4
4. ZDRAVSTVO		
pričakovana življenjska doba za moške in ženske	76	76,3
5. ENONACIONALNA DRUŽBA		
delež prebivalcev ene nacionalnosti	97,7	97,2

Iz tabele 4.2.5. je razvidno, da sta si Praga in Ljubljana najbolj podobni na področju življenjskega standarda (3x), v starostni (2x) in izobrazbeni (2x) strukturi prebivalstva, na področju zdravstva (1x) in enonacionalne družbe (1x).

Tabela 4.2.6.: Primerjava vrednosti 9-ih indikatorjev (Rim & Ljubljana).

PODROČJE	RIM	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih med 0 in 4	4,5	4,69
razmerje med ekonomsko neproduktivnimi (<20 in >65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	56,8	56,6
razmerje med upokojenimi moškimi samohranilci in upokojenimi ženskami samohranilkami	22,6	23,7
2. ZDRAVSTVO		
stopnja umrljivosti prebivalcev pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,54	0,62
stopnja umrljivosti moških pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,77	0,93
stopnja umrljivosti žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,32	0,32
število zobozdravnikov na 1000 prebivalcev	0,92	0,81
3. ŽIVLJENJSKI STANDARD		
BDP na prebivalca	21.225	15.485
4. ENONACIONALNA DRUŽBA		
delež prebivalcev ene nacionalnosti	96,5	97,2

Iz tabele 4.2.6. je razvidno, da sta si Rim in Ljubljana najbolj podobna pri: starostni strukturi prebivalstva (3x), na področju zdravstva (4x), življenjskega standarda (1x) in enonacionalne družbe (1x).

Tabela 4.2.7.: Primerjava vrednosti 8-ih indikatorjev (Berlin & Ljubljana).

PODROČJE	BERLIN	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih med 15 in 19	5,98	6,37
razmerje med starejšimi ekonomsko neproduktivnimi (>65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	22,4	22,4
razmerje med moškimi samohranilci in ženskami samohranilkami	21,4	23,7
2. ZDRAVSTVO		
pričakovana življenjska doba za moške in ženske	78	76,3
število avtomobilskih nesreč, s smrtnim izidom na 1000 prebivalcev	1,2	1,3
število zobozdravnikov na 1000 prebivalcev	0,92	0,81
3. ŽIVLJENJSKI STANDARD		
BDP na prebivalca	20.081	15.485
4. GOSTOTA NASELJENOSTI PREBIVALSTVA		
gostota prebivalcev na km ²	283,6	192,7

Iz tabele 4.2.7. je razvidno, da sta si Berlin in Ljubljana najbolj podobna pri: starostni strukturi prebivalstva (3x), na področju zdravstva (3x), življenjskega standarda (1x) in gostote naseljenosti prebivalstva (1x).

Tabela 4.2.8.: Primerjava vrednosti 7-ih indikatorjev (Stockholm & Ljubljana).

PODROČJE	STOCKHOLM	LJUBLJANA
1. IZOBRAZBENA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev z nizko stopnjo izobrazbe	3	2,8
delež moških z nizko stopnjo izobrazbe	3,2	2
delež žensk z nizko stopnjo izobrazbe	2,8	3,5
delež prebivalcev z visoko stopnjo izobrazbe	14	15,9
2. ZDRAVSTVO		
stopnja umrljivosti žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal	0,26	0,32
število zobozdravnikov na 1000 prebivalcev	0,92	0,81
3. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
razmerje med starejšimi ekonomsko neproduktivnimi (>65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	22,9	22,4

Iz tabele 4.2.8. je razvidno, da sta si Stockholm in Ljubljana najbolj podobna na področju izobrazbene strukture prebivalstva (4x), zdravstva (2x) in starostne strukture prebivalstva (1x).

Tabela 4.2.9.: Primerjava vrednosti 6-ih indikatorjev (Tallin & Ljubljana).

PODROČJE	TALLIN	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih med 0 in 4	4,12	4,69
razmerje med upokojenimi moškimi samohranilci in upokojenimi ženskami samohranilkami	22,9	23,7
2. ZDRAVSTVO		
število avtomobilskih nesreč, s smrtnim izidom na 1000 prebivalcev	1,2	1,3
število zobozdravnikov na 1000 prebivalcev	0,85	0,81
3. ŽIVLJENJSKI STANDARD		
delež stanovanj pod standardom	0,1	0,1
4. GOSTOTA NASELJENOSTI PREBIVALSTVA		
gostota prebivalcev na km ²	122,3	192,7

Iz tabele 4.2.9. je razvidno, da sta si Tallin in Ljubljana najbolj podobna pri: starostni strukturi (2x), na področju zdravstva (2x), življenjskega standarda (1x) in gostote naseljenosti prebivalstva (1x).

Tabela 4.2.10.: Primerjava vrednosti 6-ih indikatorjev (Madrid & Ljubljana).

PODROČJE	MADRID	LJUBLJANA
1. STAROSTNA STRUKTURA PREBIVALSTVA		
delež prebivalcev, starih med 0 in 4	4,17	4,69
delež prebivalcev, starih med 15 in 19	6,08	6,37
razmerje med starejšimi ekonomsko neproduktivnimi (>65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci	22,6	22,4
2. ŽIVLJENJSKI STANDARD		
povprečno število članov v gospodinjstvu	2,87	2,79
BDP na prebivalca	20.951	15.485
3. ZDRAVSTVO		
število zobozdravnikov na 1000 prebivalcev	0,66	0,81

Iz tabele 4.2.10. je razvidno, da sta si Madrid in Ljubljana najbolj podobna pri: starostni strukturi prebivalstva (3x), na področju življenjskega standarda (2x) in zdravstva (1x).

3 zahodnoevropske prestolnice (Rim (IT), Berlin (DE) in Madrid (ES)) so po rezultatih analize podobne Ljubljani predvsem:

- na področju starostne strukture prebivalstva (delež mladih in delež starih prebivalcev);
- na področju zdravstva (pričakovana življenjska doba, število zdravnikov/zobozdravnikov na 1000 prebivalcev, stopnja umrljivosti prebivalcev/moških pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal);
- na področju življenjskega standarda (BDP na prebivalca).

2 skandinavski prestolnici (Kopenhagen (DK) in Stockholm (SE) sta po rezultatih analize Ljubljani podobni predvsem:

- na področju izobrazbene strukture prebivalstva (delež prebivalcev z visoko in nizko stopnjo izobrazbe);
- na področju starostne strukture prebivalstva (delež mladih in delež starih prebivalcev);
- na področju zdravstva (stopnja umrljivosti prebivalstva/žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal, število zdravnikov/zobozdravnikov na 1000 prebivalcev, število avtomobilskih nesreč, s smrtnim izidom na 1000 prebivalcev);

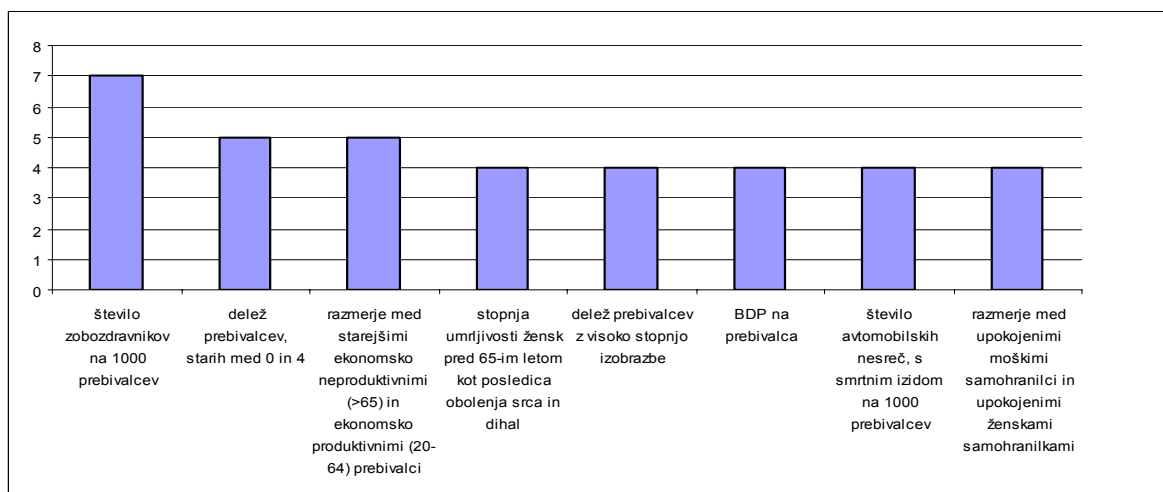
4 prestolnice iz vzhodne oz. srednje Evrope (Varšava (PL), Praga (CZ) in Tallinn (EE) in Budimpešta (HU)) so po rezultatih analize Ljubljani podobne predvsem:

- v starostni strukturi prebivalstva (delež mladih in delež starih prebivalcev);

- na področju zdravstva (število avtomobilskih nesreč, s smrtnim izidom na 1000 prebivalcev, število zdravnikov/zobozdravnikov na 1000 prebivalcev, stopnja umrljivosti žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal;
- na področju življenjskega standarda (delež stanovanj pod standardom);
- v smislu enonacionalne družbe (delež prebivalcev ene nacionalnosti);
- v smislu gostote naseljenosti prebivalstva (gostota prebivalcev na km²).

Med kazalce, ki se v 2. delu primerjalne analize najpogosteje pojavljajo, sodijo: število zobozdravnikov na 1000 prebivalcev (7x); delež prebivalcev, starih med 0 in 4 (5x); razmerje med starejšimi ekonomsko neproduktivnimi (>65) in ekonomsko produktivnimi (20-64) prebivalci (5x); stopnja umrljivosti žensk pred 65-im letom kot posledica obolenja srca in dihal (4x); delež prebivalcev z visoko stopnjo izobrazbe (4x); BDP na prebivalca (4x); število avtomobilskih nesreč, s smrtnim izidom na 1000 prebivalcev (4x); razmerje med upokojenimi moškimi samohranilci in upokojenimi ženskami samohranilkami (4x).

Grafikon 4.2.2.: Kazalci, ki se najpogosteje pojavljajo ob primerjavi Ljubljane s skupino prestolnic iz EU (navedena vrednost pomeni pogostost pojavljanja kazalcev v okviru celotne skupine mest).



2.3. RAZISKAVA »EURO HEALTH CONSUMER INDEX 2006«

Slovenski zdravstveni sistem je po evropskih merilih nadpovprečen

Slovenija je po najnovejši raziskavi *Euro Health Consumer Index 2006*, ki jo je opravila švedska raziskovalna institucija *Health Consumer Powerhouse*, na 1. mestu izmed vseh držav EU-25 po učinkovitosti zdravstvenega sistema glede na vložena finančna sredstva; po skupni oceni pa ravno tako na 1. mestu izmed vseh 10 novih članic EU in na 11. mestu izmed vseh držav EU-25.

Dne 19. junija 2006 je ena izmed vodilnih evropskih institucij, ki se ukvarja z raziskavami na področju zdravstva - *Health Consumer Powerhouse* iz Stockholma, objavila poročilo obsežne raziskave imenovane *Euro Health Consumer Index 2006* o kakovosti zdravstvenih sistemov v državah EU-25 in Švice. Raziskava obravnava 5 področij:

1. zagotavljanje pravic in obveščenosti bolnikov;
2. čakalne dobe na zdravljenje;
3. izidi zdravljenja;
4. obseg preskrbe in
5. dostopnost do zdravil.

Zgoraj navedena področja zajema 5 spremenljivk, ki so sestavljene iz skupaj 28 kazalcev. Področje čakalnih dob na zdravljenje je bilo ocenjevano v obdobju od 2003 do 2004, medtem ko so bili ostali podatki za leto 2005. Rezultati kažejo, da je Slovenija na **1. mestu** izmed vseh držav EU-25 po učinkovitosti zdravstvenega sistema, glede na vložena finančna sredstva (glej tabelo 1). Na tej lestvici se je na neslavno zadnje mesto uvrstila Irska. Za to razvrstitev je bil v pomoč matematični model, ki skuša odpraviti neenakosti med državami v smislu finančnih virov namenjenih zdravstvenim sistemom⁸.

Tabela 1: Razvrstitev držav EU-25 po učinkovitosti v zdravstvu glede na vložena sredstva.

	Država		Država		Država		Država		Država
1.	Slovenija	6.	Nizozemska	11.	Latvija	16.	Italija	21.	Velika Britanija
2.	Estonija	7.	Francija	12.	Ciper	17.	Portugalska	22.	Češka
3.	Madžarska	8.	Finska	13.	Malta	18.	Danska	23.	Grčija
4.	Poljska	9.	Nemčija	14.	Luksemburg	19.	Belgija	24.	Litva
5.	Švedska	10.	Avstrija	15.	Slovaška	20.	Španija	25.	Irska

Vir: Health Consumer Powerhouse (Poročilo EHCI, 2006: str. 23).

⁸ Npr. Luksemburg nameni letno v zdravstveno blagajno na prebivalca okoli 3.500\$, Poljska in Latvija pa kar 7 krat manj (okoli 500\$).

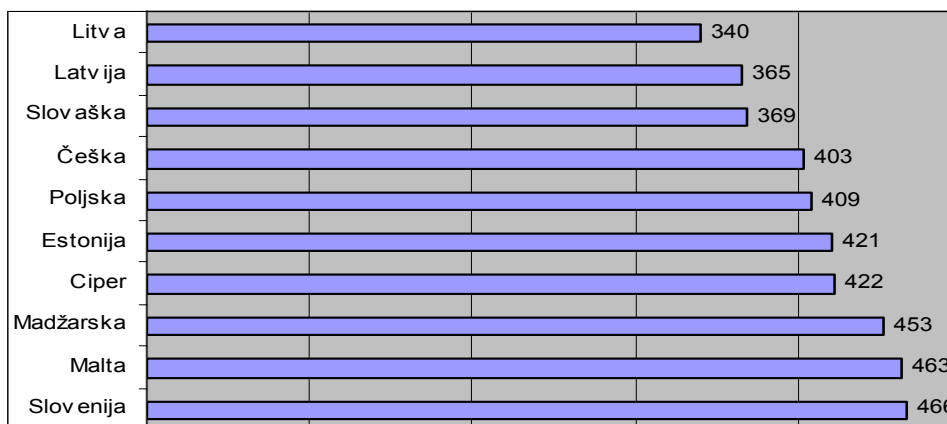
Slovenija zaseda **1. mesto** tudi po skupni oceni izmed vseh 10 novih članic EU, ki so se pridružile povezavi maja 2004, medtem ko je na tej lestvici na zadnjem mestu Litva (glej tabelo 2 in sliko 1).

Tabela 2: Razvrstitev 10 novih članic EU, ki so se pridružile povezavi maja 2004, po skupni oceni.

	Država	Število točk		Država	Število točk
1.	Slovenija	466	6.	Poljska	409
2.	Malta	463	7.	Češka	403
3.	Madžarska	453	8.	Slovaška	369
4.	Ciper	422	9.	Latvija	365
5.	Estonija	421	10.	Litva	340

Vir: Health Consumer Powerhouse (Poročilo EHCI, 2006: glej str. 16 in 17).

Slika 1: Razvrstitev 10 novih članic EU, ki so se pridružile povezavi maja 2004, po skupni oceni.



Vir: Health Consumer Powerhouse (Poročilo EHCI, 2006: glej str. 16 in 17).

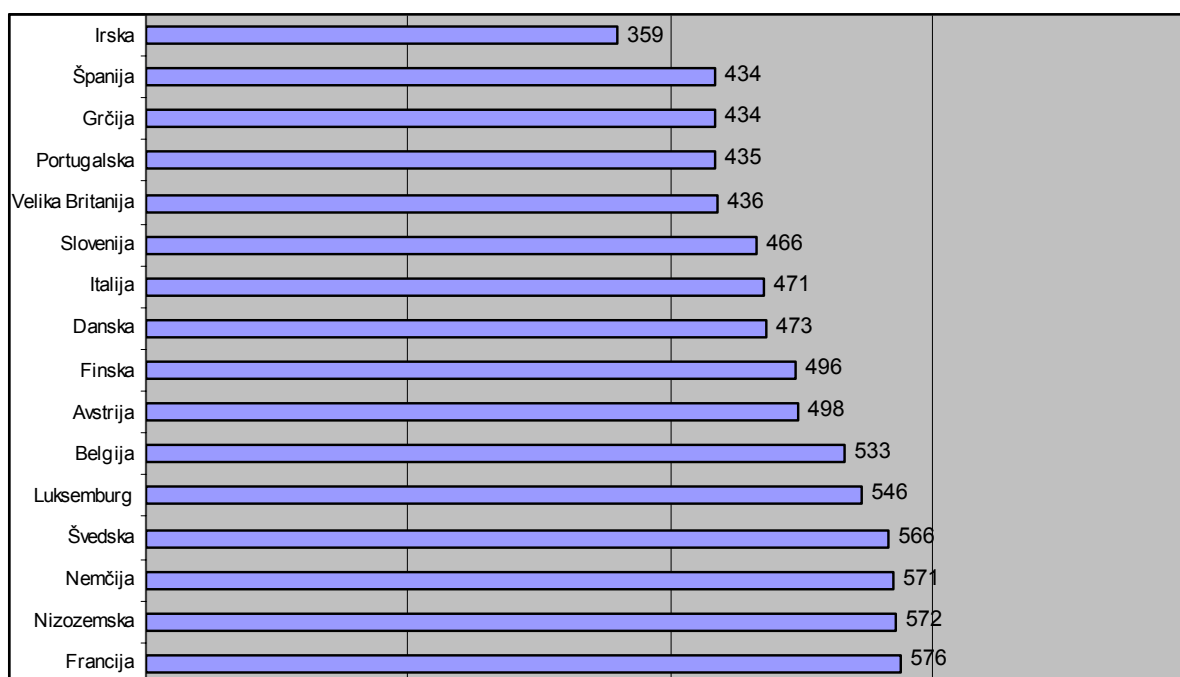
Če postavimo Slovenijo ob bok državam članicam nekdanje »petnajsterice«, je uvrščena na zavidljivo **11. mesto**, saj za njo zaostaja kar 5 držav članic nekdanje »petnajsterice«: Velika Britanija, Portugalska, Grčija, Španija in zadnjeuvrščena Irska. (glej tabeli 3, 4 in sliko 2).

Tabela 3: Razvrstitev držav članic nekdanje »petnajsterice« in Slovenije po skupni oceni.

	Država	Št. t.		Država	Št. t.		Država	Št. t.		Država	Št. t.
1.	Francija	576	5.	Luksemburg	546	9.	Danska	473	13.	Portugalska	435
2.	Nizozemska	572	6.	Belgija	533	10.	Italija	471	14.	Grčija	434
3.	Nemčija	571	7.	Avstrija	498	11.	Slovenija	466	15.	Španija	434
4.	Švedska	566	8.	Finska	496	12.	Vel. Britanija	436	16.	Irska	359

Vir: Health Consumer Powerhouse (Poročilo EHCI, 2006: glej str. 16 in 17).

Slika 2: Razvrstitev držav članic nekdanje »petnajsterice« in Slovenije po skupni oceni.



Vir: Health Consumer Powerhouse (Poročilo EHCI, 2006: glej str. 16 in 17).

Tabela 4: Razvrstitev vseh držav članic EU-25 po skupni oceni.

	Država		Država		Država		Država		Država
1.	Francija	6.	Belgija	11.	Slovenija	16.	Grčija	21.	Češka
2.	Nizozemska	7.	Avstrija	12.	Malta	17.	Španija	22.	Slovaška
3.	Nemčija	8.	Finska	13.	Madžarska	18.	Ciper	23.	Latvija
4.	Švedska	9.	Danska	14.	Vel. Britanija	19.	Estonija	24.	Irska
5.	Luksemburg	10.	Italija	15.	Portugalska	20.	Poljska	25.	Litva

Vir: Health Consumer Powerhouse (Poročilo EHCI, 2006: glej str. 16 in 17).

Slovenski zdravstveni sistem je bil ocenjen kot kakovosten in najbolj učinkovit od vseh glede na vložena finančna sredstva (Poročilo EHCI, 2006: glej 20). Slovenija je uvrščena na visoko **5. mesto** glede nivoja obravnave pacientov; na **7. mesto** glede izida zdravljenja; na **9. mesto** glede zagotavljanja pravic in obveščenosti bolnikov; na **11. mesto** glede dostopnosti do zdravil ter na **14. mesto** glede čakalnih dob na zdravljenje.

Odlično oceno je slovenski zdravstveni sistem dobil pri naslednjih indikatorjih: uveljavljanje pravic do drugega mnjenja; vpogled v lastno zdravstveno dokumentacijo; recepti za zdravila za daljše časovno obdobje; dostop do družinskega zdravnika v istem dnevu; umrljivost po srčnem infarktu; umrljivost novorojenčkov; operacije očne mreže; zobozdravstvena oskrba kot del javnega zdravstvenega sistema in odstotek subvencioniranja zdravstvenih storitev.

Slabšo oceno pa je dobil pri naslednjih indikatorjih: vpliv nevladnih organizacij za pravice pacientov; ne-zmožnost pacienta pridobiti odškodnino brez posredovanja advokatov; nedostopnost do elektronskega naslova družinskega zdravnika; oskrbovalčev seznam rangiranja kakovosti storitev; bolnišnična pomoč preko telefona in interneta; neposreden dostop do specialista; čakalna doba za ortopedske restavracije; čakalna doba pri rakavih bolnikih; umrljivost za rakom debelega črevesja in hitrost uporabe novih zdravil za zdravljenje rakavih obolenj.

V poročilu je navedeno, da je slovenski zdravstveni sistem najbolj podoben avstrijskemu (Poročilo EHCI, 2006: 20), pri čemer imata obe državi pri 2 od 5 področjih enako število točk (zagotavljanje pravic in obveščenosti bolnikov ter dostopnost do zdravil), pri preostalih 3 področjih pa so razlike minimalne - Slovenija je v prednosti na področju čakalnih dob na zdravljenje in izidih zdravljenja, medtem ko je Avstrija v prednosti pri obsegu preskrbe oz. nivoju obravnave pacientov.

V poročilu je še izpostavljeno dejstvo, da uvrstitev države na določeno mesto bolj kot višino sredstev odraža nacionalno in organizacijsko kulturo ter vrednote na področju zdravstvenega varstva posamezne države ter, da se zdravstvenega sistema, ki je praviloma globoko ukoreninjen ne da spremeniti čez noč, temveč so za to potrebna desetletja (Poročilo EHCI, 2006: glej str. 18).

3. MREŽA JAVNE ZDRAVSTVENE SLUŽBE V MOL

3. 1. OSNOVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO V MOL

UVOD

V gradivu je prikazana analiza javne zdravstvene službe osnovnega zdravstvenega varstva v Mestni občini Ljubljana: zdravstveno varstvo odraslih,⁹ otroško in šolsko zdravstveno varstvo, primarno reprodukativno zdravstveno varstvo, fizioterapija, patronaža in nega na domu, zobozdravstveno varstvo odraslih, zobozdravstveno varstvo otrok in mladine ter ortodontija. Obseg posamezne dejavnosti je opredeljen z zdravstvenim programom. Zdravstveni program je skupek dogovorjenih zdravstvenih storitev v posamezni zdravstveni dejavnosti, zdravstvenih delavcev, ki so potrebni za izvedbo določenega obsega storitev ter materialnih stroškov, amortizacije itd.¹⁰ Za realizacijo zdravstvenega programa je potreben nosilec, t.j. tim zdravstvenih delavcev v predpisanem obsegu za določen program. Pogodbo za izvajanje določenega programa/programov sklene Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije z izvajalcem programa/programov (javni zdravstveni zavod ali koncesionar) na osnovi letnega partnerskega dogovora med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravniško zbornico Slovenije in Ministrstvom za zdravje (splošni in področni dogovor¹¹).

A. Dejavnosti in nosilci osnovnega zdravstvenega varstva

Metodološka izhodišča mreže javne zdravstvene službe

Analiza mreže javne zdravstvene službe v Mestni občini Ljubljana je bila opravljena s podatki v treh časovnih obdobjih:

⁹ V analizi sta ločeni zdravstveno varstvo odraslih, ki se izvaja v ambulantah javnih zdravstvenih zavodov in v ambulantah koncesionarjev ter zdravstveno varstvo odraslih, ki se izvaja v socialnih zavodih (v domovih za starejše občane).

¹⁰ Ker se programi (kadrovska struktura, normativi, storitve in tudi stroški) med dejavnostmi razlikujejo, programov različnih dejavnosti ni mogoče primerjati med seboj.

¹¹ Področni dogovor je dokument, ki ga vsako leto sklenejo: Ministrstvo za zdravje, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in partnerji, predstavniki institucij, ki zastopajo interese posameznih področij (Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije itd.). Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost določa število programov, ki pripadajo posamezni območni enoti ZZZS oziroma občini za leto, ko je sklenjen. Objavljen je v Občasniku – glasilu ZZZS.

- 31. 12. 2000 – podatki o številu programov po posameznih zdravstvenih dejavnostih po Strategiji razvoja PZV v MOL do leta 2005;
- 31. 10. 2003 - podatki o številu programov po Sklepu o mreži javne zdravstvene službe na primarni ravni v MOL (UR. l. RS, št. 15/2004) in
- 31. 12. 2005 – podatki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Zdravstvenega doma Ljubljana ter baze podatkov pri Oddelku za zdravstvo in socialno varstvo MOL.

Upoštevanje treh časovnih presekov omogoča primerjavo gibanja števila programov osnovnega zdravstvenega varstva na območju Mestne občine Ljubljana v obdobju 2000-2005.

Pri prikazu števila programov na posameznih področjih osnovnega zdravstvenega varstva v Mestni občini Ljubljana na dan 31. 12. 2005, sta upoštevani dve ravni:

- celoten fond programov osnovnega zdravstvenega varstva – število programov, ki so bili do 31. 12. 2005 dodeljeni Mestni občini Ljubljana na osnovi področnega dogovora. Celoten fond programov zajema razporejene programe, ki so bili dodeljeni izvajalcem in nerazporejene programe, to je programe, ki pripadajo Mestni občini Ljubljana, vendar še niso bili dodeljeni izvajalcem (razpis za podelitev koncesije je bil v teku). Podatek je pomemben zlasti pri ugotavljanju preskrbljenosti prebivalcev Mestne občine Ljubljana na področju osnovnega zdravstvenega varstva;
- razporejeni programi osnovnega zdravstvenega varstva - celoten fond programov osnovnega zdravstvenega varstva, zmanjšan za nerazporejene programe. Pri prikazu podatkov po posameznih izvajalcih je mogoče prikazati le razporejene programe osnovnega zdravstvenega varstva. Ker je pri razporejenih programih osnovnega zdravstvenega varstva mogoče določiti tudi lokacijo izvajanja dejavnosti, so ti podatki upoštevani za izračun preskrbljenosti prebivalcev po gravitacijskih območjih in četrtnih skupnostih¹².

¹² Razlika med celotnim fondom programov in razporejenimi programi je na področju zdravstvenega varstva odraslih, kjer na dan 31. 12. 2005 nista razporejena dva programa in na področju zobozdravstvenega varstva odraslih, kjer ni razporejenega 0,80 programa. Pri razporejenih programih in v celotnem fondu programov so bili upoštevani tudi programi, za katere na 31. 12. 2005 še ni bila sklenjena pogodba. Po podatkih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na dan 31. 12. 2005 še ni bila sklenjena pogodba za 0,20 programa zdravstvenega varstva odraslih in 2,20 programa patronaže in nege. Ker so bili programi 31. 12. 2005 že razporejeni v Zdravstveni dom Ljubljana, pogodbe pa sklenjene 1. 1. 2006, smo jih v analizi upoštevali.

Pri izvajalcih (Zdravstveni dom Ljubljana, Železniški zdravstveni dom), ki izvajajo dejavnost osnovnega zdravstvenega varstva tudi izven območja Mestne občine Ljubljana, bomo upoštevali le število programov na območju Mestne občine Ljubljana.

Programi osnovnega zdravstvenega varstva na območju MOL v obdobju 2000-2005

Tabela 1: Programi osnovnega zdravstvenega varstva na območju Mestne občine Ljubljana (celotni fond), 2000-2005.

DEJAVNOSTI OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	RAZPOREJENI PROGRAMI OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA			NER. PROG.	CELOTNI FOND PROGRAMOV OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA			STANJE (2000/2005)	
	2000	2003	2005		2000	2003	2005	+	-
Zdravstveno varstvo odraslih	124,74	126,35	127,04	2,00	124,74	126,35	129,04	4,30	
Zdravstveno varstvo odraslih v soc. zavodih	5,73	5,73	6,48		5,73	5,73	6,48	0,75	
Otroško zdravstveno varstvo	32,01	30,00	30,40		32,01	30,00	30,40		1,61
Šolsko zdravstveno varstvo	33,88	32,87	32,54		33,88	32,87	32,54		1,34
Reprodukativno zdravstveno varstvo	27,75	27,75	27,80		27,75	27,75	27,80	0,05	
Fizioterapija	51,47	51,47	56,64		51,47	51,47	56,64	5,17	
Patronaža in nega na domu	99,60	105,60	112,85		99,60	105,60	112,85	13,25	
Zob. varstvo odraslih	100,56	98,27	98,17	0,80	100,56	98,27	98,97		1,59
Zob. varstvo otrok in mladine	58,36	56,36	52,06		58,36	56,36	52,06		6,30
Ortodontija	15,38	15,38	16,68		15,38	15,38	16,68	1,30	

Vir: Zdravstveni dom Ljubljana, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Mestna občina Ljubljana, Oddelek za zdravstvo in socialno varstvo

V tabeli 1 so prikazani podatki o celotnem številu programov po dejavnostih osnovnega zdravstvenega varstva na območju Mestne občine Ljubljana v obdobju 2000-2005, ki v letu 2005 vključujejo tudi t.i. nerazporejene programe (programi, ki 31. 12. 2005 še niso bili dodeljeni določenemu izvajalcu). V letu 2005 sta bila nerazporejena dva programa na področju zdravstvenega varstva odraslih in 0,80 programa zobozdravstvenega varstva odraslih¹³.

¹³ Za podelitev dveh koncesij na področju zdravstvenega varstva odraslih v višini 2,00 programa je bil objavljen javni razpis v Ur. listu RS, št. 116-117/2005 z dne 23. 12. 2003. Ker pa je bil razpis zaključen šele 24. 2. 2006, izida v izračunu tako nismo upoštevali. Javni razpis za podelitev koncesije na področju

V obdobju 2000-2005 se je povečalo število programov na področju patronaže in nege na domu za 13,25 programa, fizioterapije za 5,17 programa in zdravstvenega varstva odraslih za 4,30 programa. Povečanje števila programov na področju patronaže in nege na domu ter fizioterapije je rezultat širitve mreže javne zdravstvene službe¹⁴ na območju Mestne občine Ljubljana, povečanje na področju zdravstvenega varstva odraslih pa je delno rezultat širitve mreže na tem področju, delno pa posledica prestrukturiranja šolskega in otroškega zdravstvenega varstva na področje zdravstvenega varstva odraslih v obdobju 2000-2003. Najbolj občutno se je zmanjšalo število programov na področju zobozdravstvenega varstva otrok in mladine (6,30 programa), kar je v pretežni meri posledica podelitve koncesij na področju zobozdravstvenega varstva otrok in mladine s strani Ministrstva za zdravje (pristojno za sekundarno raven) za programe, ki se izvajajo v Zdravstvenem domu za študente¹⁵. Zmanjšanje števila programov na področju otroškega zdravstvenega varstva (1,61 programa) in šolskega zdravstvenega varstva (1,34 programa) pa je posledica prestrukturiranja teh dveh dejavnosti v korist zdravstvenega varstva odraslih.

Izvajalci osnovnega zdravstvenega varstva

Izvajalci osnovnega zdravstvenega varstva so javni zdravstveni zavodi in zasebniki, ki izvajajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije (koncesionarji) (tabela 2).

zobozdravstvenega varstva odraslih v višini 0,80 programa pa je bil objavljen šele v letu 2006 (Ur. list RS št. 26/2006).

¹⁴ O številu programov posameznih zdravstvenih dejavnosti v okviru javne zdravstvene službe vsako leto sklepajo: Ministrstvo za zdravje ter Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in partnerji, predstavniki institucij, ki zastopajo interese posameznih področij (Zdravniška zbornica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije itd.). Partnerji sprejmejo za posamezno leto Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost. Področni dogovor je objavljen v Občasniku – glasilu Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

¹⁵ Število programov se je zmanjšalo predvsem v Zdravstvenem domu za študente, ki je imel vse do leta 2005 10,04 programa, leta 2005 pa je Ministrstvo za zdravje podelilo štiri koncesije.

Tabela 2: Razporejeni programi osnovnega zdravstvenega varstva po dejavnostih in nosilcih na območju Mestne občine Ljubljana, 2000-2005.

Dejavnosti osnovnega zdravstvenega varstva	JAVNI ZAVODI									KONCESIONARJI			SKUPAJ		
	ZDL			Drugi javni zavodi			Skupaj javni zavodi								
	2000	2003	2005	2000	2003	2005	2000	2003	2005	2000	2003	2005	2000	2003	2005
Zdravstveno varstvo odraslih	88,90	89,51	91,09	8,69	8,69	6,90	97,59	98,20	97,99	27,15	28,15	29,05	124,74	126,35	127,04 ¹⁶
Zdrav. varstvo odraslih v soc. zavodih	5,73	5,73	6,48				5,73	5,73	6,48				5,73	5,73	6,48
Otroško zdravstveno varstvo	26,61	24,60	24,60				26,61	24,60	24,60	5,40	5,40	5,80	32,01	30,00	30,40
Šolsko zdravstveno varstvo	26,34	25,33	25,39	6,84	6,84	6,50	33,18	32,17	31,89	0,70	0,70	0,65	33,88	32,87	32,54
Reprodukativno zdravstveno varstvo	10,00	10,00	10,00	8,70	8,70	8,75	18,70	18,70	18,75	9,05	9,05	9,05	27,75	27,75	27,80
Fizioterapija	28,47	28,47	32,04	10,50	10,50	12,10	38,97	38,97	44,14	12,50	12,50	12,50	51,47	51,47	56,64
Patronaža in nega na domu ¹⁷	98,60	104,60	111,85				98,60	104,60	111,85	1,00	1,00	1,00	99,60	105,60	112,85
Zob. varstvo odraslih	52,96	51,07	51,07	10,66	10,66	11,36	63,62	61,73	62,43	36,94	36,54	35,74	100,56	98,27	98,17 ¹⁸
Zob. varstvo otrok in mladine	39,07	38,07	38,07	10,54	10,54	6,24	49,61	48,61	44,31	8,75	7,75	7,75	58,36	56,36	52,06
Ortodontija	6,38	6,38	6,38	2,50	2,50	3,30	8,88	8,88	9,68	6,50	6,50	7,00	15,38	15,38	16,68

Vir: Zdravstveni dom Ljubljana, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Mestna občina Ljubljana, Oddelek za zdravstvo in socialno varstvo.

Javni zdravstveni zavodi

Med javnimi zdravstvenimi zavodi je najpomembnejši Zdravstveni dom Ljubljana (ZDL), ki v znatnem deležu izvaja vse omenjene dejavnosti osnovnega zdravstvenega varstva, sledi Klinični center Ljubljana, ki izvaja pomemben delež programov na področju fizioterapije, primarnega reprodukativnega zdravstvenega varstva in zobozdravstvenega varstva odraslih ter ortodontije, Železniški zdravstveni dom (zlasti dejavnosti zdravstvenega varstva odraslih in zobozdravstvenega varstva odraslih), Študentski zdravstveni dom (predvsem zobozdravstveno varstvo otrok in mladine ter šolsko zdravstveno varstvo in primarno reprodukativno

¹⁶ Nista upoštevana 2 nerazporejena programa zdravstvenega varstva odraslih.

¹⁷ Na področju patronaže in nege na domu je bila Slovenskemu društvu HOSPIC podeljena koncesija za paliativno oskrbo. Ta program ni vključen v izračun preskrbljenosti s patronažo in nego na domu.

¹⁸ Ni upoštevano 0,80 nerazporejenega programa zobozdravstvenega varstva odraslih.

zdravstveno varstvo). Pri javnih zdravstvenih zavodih smo upoštevali tudi dve srednji šoli¹⁹, v okviru katerih se izvajajo/so se izvajali programi osnovnega zdravstvenega varstva.

V analizi osnovnega zdravstvenega varstva, ki jih izvaja ZDL, smo upoštevali le programe, ki jih le-ta izvaja na območju MOL, ne pa tudi programov, ki potekajo v dislociranih enotah v primestnih občinah. ZDL je konec leta 2005 v primestnih občinah izvajal 5,80 programa zdravstvenega varstva odraslih, 13 programov patronaže in nege na domu, 1 program zobozdravstvenega varstva odraslih ter 1 program zobozdravstvenega varstva otrok in mladine²⁰. V obdobju 2000-2005 se je v ZDL na območju MOL povečalo število programov zdravstvenega varstva odraslih (2,19 programa), zdravstvenega varstva odraslih v socialnih zavodih (0,75 programa), fizioterapije (3,57 programa), patronaže in nege na domu (13,25 programa), zmanjšalo pa na področjih otroškega zdravstvenega varstva (2,01 programa) in šolskega zdravstvenega varstva (0,95 programa). Na področjih primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva, ortodontije in zobozdravstvenega varstva ni bilo bistvenih sprememb.

V okviru Kliničnega centra se je v opazovanem obdobju povečalo število programov na področju fizioterapije (1,60 programa), ortodontije (0,80 programa), zobozdravstvenega varstva odraslih (0,70 programa) in primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva (0,05 programa), zmanjšalo pa le na področju zdravstvenega varstva odraslih (1,79 programa) ter zobozdravstvenega varstva otrok in mladine (0,30 programa).

V Železniškem zdravstvenem domu je v opazovanem obdobju število programov na področjih zdravstvenega varstva odraslih, primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva, fizioterapije in zobozdravstvenega varstva odraslih ostalo povsem nespremenjeno.

V Študentskem zdravstvenem domu je v obdobju 2000-2005 ostalo nespremenjeno število programov na področju šolskega zdravstvenega varstva in primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva, za štiri programe pa se je zmanjšalo število programov na področju zobozdravstvenega varstva otrok in mladine. Zmanjšanje je posledica podelitve koncesij s strani Ministrstva za zdravje (pristojno za sekundarno raven).

¹⁹ Srednja šola za farmacijo, kozmetiko in zdravstvo izvaja manjši delež programov na področju zobozdravstvenega varstva odraslih, v okviru Ministrstva za notranje zadeve - Oddelku za zdravstveno varstvo za dijake šole v Tacnu, pa se je izvajal manjši delež programa šolskega zdravstvenega varstva.

²⁰ V letu 2000 je Zdravstveni dom Ljubljana izven MOL izvajal 4,29 programa zdravstvenega varstva odraslih, 15 programov patronaže in nege na domu, 2 programa zobozdravstvenega varstva odraslih in 1 program zobozdravstvenega varstva otrok in mladine.

V okviru srednjih šol je ostalo število programov na področju zobozdravstvenega varstva odraslih (1,86 programa) nespremenjeno, v obdobju 2003-2005 pa je bila ukinjena dejavnost šolskega zdravstvenega varstva (0,34 programa).

Programi, ki jih izvajajo zasebniki na podlagi koncesije (koncesionarji)

Število programov, ki jih izvajajo zasebniki s koncesijo se je povečalo na področju zdravstvenega varstva odraslih (za 1,90 programa), ortodontije (za 0,50 programa) in otroškega zdravstvenega varstva (za 0,40 programa). Zmanjšalo pa se je število programov na področju zobozdravstvenega varstva odraslih (za 1,20 programa) in zobozdravstvenega varstva otrok in mladine (za 1 program) ter šolskega zdravstvenega varstva (za 0,05 programa). Število programov, ki jih izvajajo zasebniki s koncesijo pa je ostalo nespremenjeno na področju reproduktivnega zdravstvenega varstva, fizioterapije ter patronaže in nege na domu.

V letu 2005 je bil najvišji delež programov, ki jih izvajajo zasebniki s koncesijo na področjih ortodontije (42,0 %), zobozdravstvenega varstva odraslih (36,4%), reproduktivnega zdravstvenega varstva (32,6%), nekoliko nižji na področju zdravstvenega varstva odraslih (22,9%), fizioterapije (22,1%), otroškega zdravstvenega varstva (19,1%) ter zobozdravstvenega varstva otrok in mladine (14,9%). Najnižji je bil delež na področju šolskega zdravstvenega varstva (2%) ter patronaže in nege na domu (0,8%) (tabela 3). V opazovanem obdobju 2000-2005 se je nekoliko povečal delež programov, ki jih izvajajo koncesionarji na področju zdravstvenega varstva odraslih (predvsem posledica podeljevanja koncesij na tem področju) in področju zdravstvenega varstva otrok (zaradi zmanjšanja števila programov v okviru Zdravstvenega doma Ljubljana²¹). Delež programov, ki jih izvajajo koncesionarji, se je zmanjšal na področju fizioterapije (vzrok zmanjšanja je povečanje števila programov v okviru javnih zdravstvenih zavodov). Pri ostalih zdravstvenih dejavnostih v opazovanem obdobju ni bilo bistvenih sprememb.

²¹ Strategija razvoja primarnega zdravstvenega varstva v Mestni občini Ljubljana do leta 2005 je predvidela prestrukturiranje programov s področja otroškega in šolskega zdravstvenega varstva v zdravstveno varstvo odraslih.

Tabela 3: Programi osnovnega zdravstvenega varstva po dejavnostih in delež koncesionarjev na območju Mestne občine Ljubljana, 2000-2005.

Dejavnosti osnovnega zdravstvenega varstva	JAVNI ZAVODI				KONCESIONARJI				SKUPAJ			DELEŽ KONCESIONARJEV V %		
	2000	2003	2005	+/-	2000	2003	2005	+/-	2000	2003	2005	2000	2003	2005
Zdravstveno varstvo odraslih	97,59	98,20	97,99	+0,40	27,15	28,15	29,05	+1,90	124,70	126,35	127,04	21,8	22,3	22,9
Zdrav. varstvo odraslih v soc. zavodih	5,73	5,73	6,48	+0,75					5,73	5,73	6,48	0,0	0,0	0,0
Otroško zdravstveno varstvo	26,61	24,60	24,60	-2,01	5,40	5,40	5,80	+ 0,40	32,01	30,00	30,40	16,9	18,0	19,1
Šolsko zdravstveno varstvo	33,18	32,17	31,89	-1,29	0,70	0,70	0,65	- 0,05	33,88	32,87	32,54	2,1	2,1	2,0
Reproduktivno zdravstveno varstvo	18,70	18,70	18,75	+0,05	9,05	9,05	9,05	0,00	27,75	27,75	27,80	32,6	32,6	32,6
Fizioterapija	38,97	38,97	44,14	+5,17	12,50	12,50	12,50	0,00	51,47	51,47	56,64	24,3	24,3	22,1
Patronaža in nega na domu	98,60	104,60	111,85	+13,25	1,00	1,00	1,00	0,00	99,60	105,60	112,85	1,0	0,9	0,8
Zob. varstvo odraslih	63,62	61,73	62,43	-1,19	36,94	36,54	35,74	- 1,20	100,56	98,27	98,17	36,7	37,2	36,4
Zob. varstvo otrok in mladine	49,61	48,61	44,31	-5,30	8,75	7,75	7,75	- 1,00	58,36	56,36	52,06	15,0	13,8	14,9
Ortodontija	8,88	8,88	9,68	+0,80	6,50	6,50	7,00	+ 0,50	15,38	15,38	16,68	42,3	42,3	42,0

Vir: Zdravstveni dom Ljubljana, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Mestna občina Ljubljana, Oddelek za zdravstvo in socialno varstvo

Podeljevanje koncesij na področju osnovnega zdravstvenega varstva v Mestni občini Ljubljana na podlagi javnega razpisa

Koncesija pomeni prenos izvajanja javne službe na osebo zasebnega prava, dejavnost pa ohrani režim javne službe. Koncesija ne pomeni zgolj dovoljenja za opravljanje dejavnosti, ki ga mora organ v primeru izpolnjevanja vseh zakonskih pogojev izdati (npr. gradbeno dovoljenje, ali dovoljenje za opravljanje povsem zasebne zdravstvene dejavnosti), ko prosilec izpolni vse pogoje, temveč je to posebno pooblastilo, ki ga upravni organ podeli pravni ali fizični osebi. Koncesija je torej pooblastilo (in ne samo dovoljenje) države/lokalne skupnosti osebi zasebnega prava za izvajanje javne službe²².

Zakon o zdravstveni dejavnosti ne določa načina podeljevanja koncesij. Koncesije je mogoče po sedanji zakonodaji podeliti neposredno na podlagi vloge. Koncesije so se v MOL na ta

²² Aleksij Mužina, Koncesije in ostale oblike javno zasebnega partnerstva sedaj in v prihodnje. Okrogla miza. Ljubljana, 19. 5. 2005.

način podeljevale od leta 1993 do leta 2001. To je še vedno prevladujoč način podeljevanja koncesij v večini slovenskih občin in tudi na Ministrstvu za zdravje, ki po veljavni zakonodaji podeljuje koncesije na sekundarni ravni. S takšnim načinom podeljevanja koncesij se program običajno odvzame javnemu zavodu in podeli prosilcu/prosilki.

V MOL podeljujemo koncesije za proste programe na podlagi javnega razpisa, kar zagotavlja enakopravnost in primerljivost ponudb, javnost in transparentnost postopka, predvsem pa izbor najprimernejšega ponudnika in je tudi v skladu z zakonodajo EU.

V obdobju 2003-2005 so bili na področju zdravstvenega varstva odraslih objavljeni štirje javni razpisi za podelitev in/ali povečanje programa v okviru že podeljenih koncesij. V tem obdobju so bili zaključeni trije razpisi, četrti pa v letu 2006. Pred pripravo vsakega javnega razpisa je Oddelek za zdravstvo in socialno varstvo analiziral preskrbljenost na področju zdravstvenega varstva odraslih na gravitacijskih območjih MOL in kot enega izmed pogojev opredelil lokacijo izvajanja dejavnosti na območjih, kjer je bila ugotovljena najslabša preskrbljenost. V javnih razpisih so bile kot lokacije izvajanja dejavnosti opredeljene naslednje četrtne skupnosti: Golovec, Sostro, Polje, Jarše, Dravlje, Šmarna gora in Rožnik. Pri javnih razpisih so bile tako upoštevane ugotovitve Strategije razvoja primarnega zdravstvenega varstva v MOL do leta 2005 o nujnosti odpravljanja razlik v dostopnosti med gravitacijskimi območji. V letu 2006 pa je bil izveden tudi prvi javni razpis za podelitev koncesije na področju zobozdravstvenega varstva odraslih na območju četrtne skupnosti Sostro.

V 2003-2005 so bile v MOL vse koncesije (in povečanje programa v okviru že podeljenih koncesij) podeljene na podlagi javnega razpisa. Izjemo je predstavljalo povečanje programov v okviru že podeljenih koncesij, ki ga je na podlagi pogodb o koncesijah med koncesionarjem in koncedentom izvedel Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.²³

²³ Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je lahko izvedel povečanje brez soglasja Mestne občine Ljubljana pri pogodbah o koncesiji, ki natančno ne opredeljujejo obsega programa, za katerega je bila podeljena koncesija. Konec devetdesetih let je Mestna občina Ljubljana pričela natančno opredeljevati obseg programa zdravstvene dejavnosti, za katerega je bila podeljena koncesija. Povečanje brez soglasja Mestne občine Ljubljana je bilo mogoče le pri koncesijah, ki so se podeljevale v zgodnejšem obdobju (ob 1992. do približno 1996. leta). Na podlagi Področnega dogovora za leto 2005 in pogodbe med koncesionarjem in koncedentom je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije povečal obseg programov v okviru podeljenih koncesij na področju zdravstvenega varstva odraslih (0,20 programa), otroškega zdravstvenega varstva (0,40 programa), na podlagi predhodnih področnih dogovorov pa na področju ortodontije (0,50 programa), zdravstvenega varstva odraslih (0,20 programa) ter zmanjšal obseg za 0,05 programa na področju otroškega zdravstvenega varstva.

B. Preskrbljenost prebivalcev MOL na področju osnovnega zdravstvenega varstva

Za ugotavljanje preskrbljenosti prebivalcev MOL je potrebno upoštevati značilnosti mesta Ljubljane, zlasti pa njegov specifičen položaj v slovenskem prostoru, ki vpliva na opredeljevanje (izbiro stalnega zdravnika na področju zdravstvenega varstva odraslih, otroškega in šolskega zdravstvenega varstva, zobozdravstvenega varstva ter primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva). Pri zdravnikih v MOL se poleg stalnih prebivalcev Ljubljane pogosto opredeljujejo (uporabljajo zdravstvene storitve v primarnem zdravstvenem varstvu) tudi dnevni migranti in (drugi) okoliški prebivalci.

Kdo se opredeljuje oziroma je opredeljen v posameznih dejavnostih osnovnega zdravstvenega varstva na območju MOL?

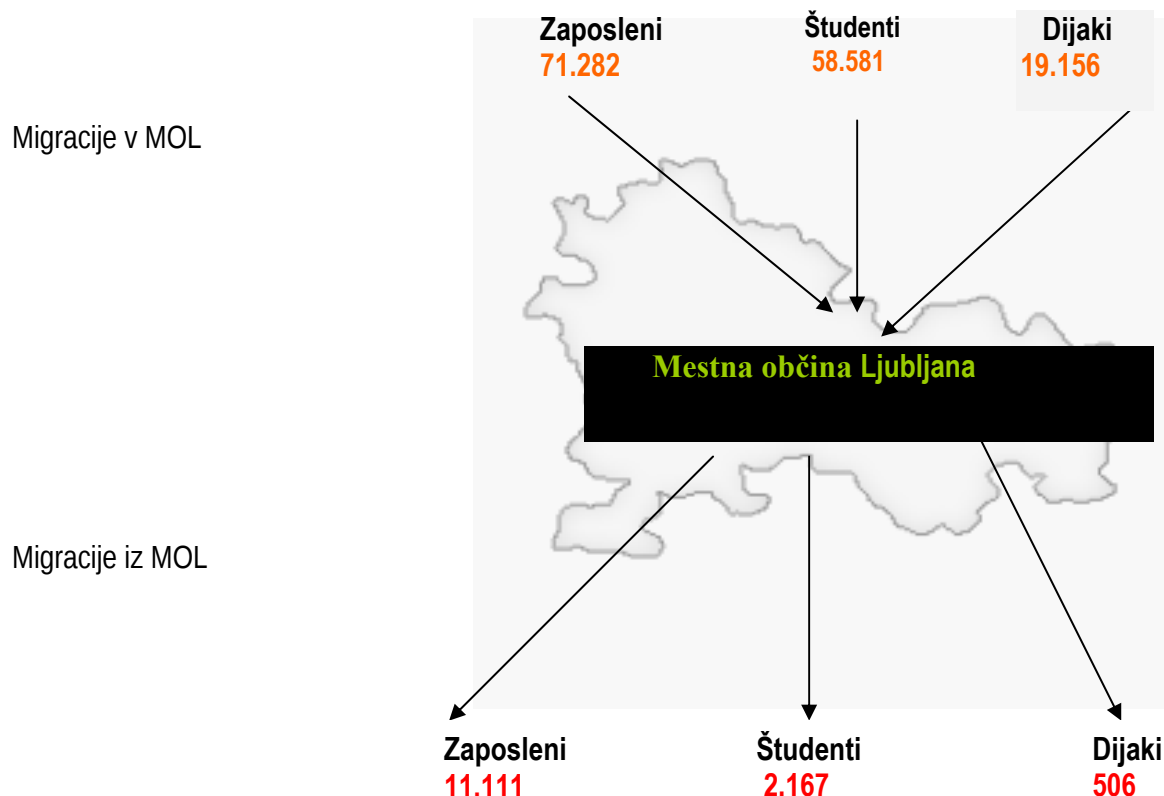
Poleg prebivalcev MOL (264.584 na dan 31. 12. 2005) se v osnovnem zdravstvenem varstvu v Ljubljani opredeljuje tudi veliko število stalnih prebivalcev drugih slovenskih občin.

Po podatkih popisa prebivalstva iz leta 2002 prihaja na območje MOL vsak dan na delo 71.000 ljudi, le približno 11.000 prebivalcev MOL pa odhaja na delo v druge slovenske občine. Po istih virih se je na območju MOL letu 2002 izobraževalo približno 19.000 srednješolcev in skoraj 59.000 študentov.

Zaradi zaposlenih, študentov in dijakov - prebivalcev drugih občin, se dnevno poveča prebivalstvo v Ljubljani za nekaj več kot **135.000 ljudi**. To pa je približno toliko kot dobra polovica stalnih prebivalcev MOL.

Predpostavimo lahko, da so posamezniki omenjene populacije tisti, ki pogosto uporabljajo storitve primarnega zdravstvenega varstva v MOL .

Slika 1: Dnevne migracije na območje Mestne občine Ljubljana



Vir: Statistični urad RS, Popis prebivalstva, gospodinjstev in stanovanja, 2002

Pri izračunavanju preskrbljenosti prebivalcev MOL v osnovni zdravstveni dejavnosti je kazalec povprečnega števila prebivalcev na nosilca nepopoln, saj je z njim mogoče le grobo ugotavljati preskrbljenost prebivalstva. Z uvedbo proste izbire zdravnika, ki omogoča prebivalcem Slovenije, da zadovoljujejo potrebe na področju osnovnega zdravstvenega varstva v skladu s svojimi željami oziroma izbiro, ki je prilagojena načinu življenja in možnostim v okolju, v katerem živijo in delajo, je postal kazalec povprečnega števila prebivalcev na nosilca preveč statičen in pomanjkljiv. Potrebno je razviti nove kazalce, ki bodo ustrezno in verodostojno izkazovali preskrbljenost prebivalcev z zdravstvenimi storitvami.

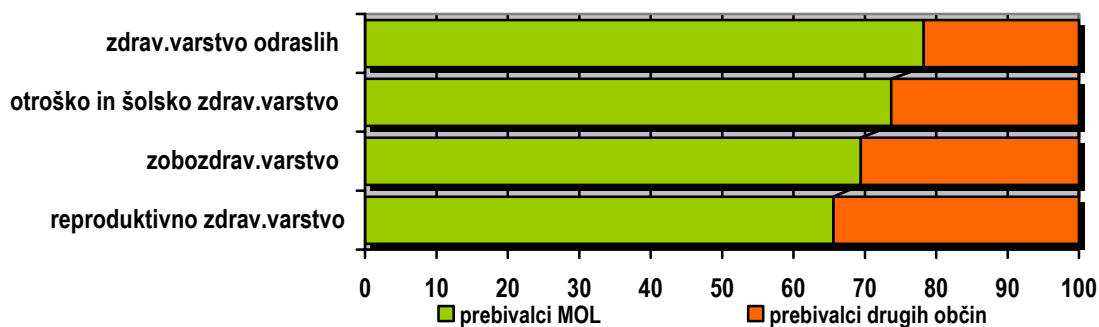
Opredeljevanje, ki ga omogoča prosta izbira osebnega zdravnika, odraža na eni strani številne socio-ekonomske, sociološke, psihološke itd. značilnosti sodobne slovenske družbe, na drugi

strani pa ga v precejšnji meri določa organizacija in zmogljivosti osnovnega zdravstvenega varstva v Sloveniji.

Kazalec povprečnega števila prebivalcev na nosilca bo potrebno dopolniti z drugimi kazalci (npr.: zdravstveno stanje prebivalstva, demografske značilnosti, socio-ekonomski vidiki), ki se bodo razvili na osnovi dejanskih potreb.

Ker se za zagotavljanje preskrbljenosti uporablja le število prebivalcev, so meščanke in meščani MOL prikrajšani pri dostopnosti do zdravstvenih storitev. Deleži opredeljenih oseb na posameznih področjih zdravstvenega varstva, ki niso prebivalci MOL, to vsekakor potrjuje (slika 2).

Slika 2: Opredeljene osebe v Mestni občini Ljubljana glede na stalno bivališče



Podatki o opredeljenih osebah po posameznih zdravstvenih varstvih kažejo tudi na razlike med posameznimi varstvi. Glede na pomen bližine/oddaljenosti zdravnika bi lahko dejavnosti ločili v dve skupini: zdravstveno varstvo odraslih, otroško in šolsko zdravstveno varstvo na eni ter zobozdravstveno varstvo in primarno reproduktivno zdravstveno varstvo na drugi strani.

Pri zdravstvenem varstvu odraslih, otroškem zdravstvenem varstvu in šolskem zdravstvenem varstvu, na izbiro zdravnika pomembno vpliva bližina zdravnika. Pri zdravstvenem varstvu odraslih je na območju MOL najvišji delež opredeljenih prebivalcev MOL, najnižji pa delež prebivalcev drugih slovenskih občin. Opredeljevanje otrok in mladostnikov, stalnih prebivalcev primestnih občin, na območju MOL odraža pomanjkanje pediatrov in šolskih zdravnikov v primestnih občinah.

Na področju primarnega reproduktivnega in zobozdravstvenega varstva bližina zdravnika oziroma oddaljenost od stalnega bivališča ni tako pomembna kot pri zdravstvenem varstvu odraslih ter otroškem in šolskem zdravstvenem varstvu. To dokazuje ne samo večji delež opredeljenih stalnih prebivalcev drugih občin na območju MOL, temveč tudi dejstvo, da je med njimi največ prebivalcev drugih regij - Ljubljani najoddaljenejših območij. Predpostavimo lahko, da na opredeljevanje v teh dveh zdravstvenih varstvih vpliva več dejavnikov, med njimi bližina delovnega mesta in pomanjkanje ustreznih storitev v kraju (občini) stalnega bivališča.

Zaradi obstoječega načina izračunavanja in zadovoljevanja potreb so prebivalci MOL na področju osnovnega zdravstvenega varstva oškodovani glede števila programov v posameznih zdravstvenih dejavnostih, s tem pa tudi glede dostopnosti do tovrstnih varstev.

C. Preskrbljenost MOL na področju osnovnega zdravstvenega varstva po dejavnostih

Preskrbljenost prebivalcev MOL s programi v osnovni zdravstveni dejavnosti smo izrazili s primerjavo obstoječih programov na območju MOL s potrebnim številom programov. Potrebne programe smo izračunali tako, da smo ciljno prebivalstvo²⁴ delili s povprečnim številom prebivalcev, ki so hkrati zavarovane osebe na nosilca dejavnosti s korekcijami, ki jih na nekaterih področjih dovoljuje Področni dogovor za leto 2006 (tabela 4). Po tem izračunu MOL izkazuje presežek programov na področjih: šolsko zdravstveno varstvo (10,31 programa), otroško zdravstveno varstvo (8,97 programa), reproduktivno zdravstveno varstvo (7,94 programa) in zdravstveno varstvo odraslih (1,32 programa). Velik primanjkljaj se je pokazal na področju patronaže in nege na domu (15,65 programa) in fizioterapije (6,61 programa). Ob tem prikazu ponovno poudarjamo, da gre za stanje navideznih presežkov, saj na podlagi opredeljevanja ljudi iz drugih občin dejansko zelo primanjkuje programov v osnovnem zdravstvenem varstvu v MOL v vseh dejavnostih (po naši oceni vsaj 15-20%).

²⁴ Ciljno prebivalstvo – število prebivalcev Mestne občine Ljubljana v določeni starostni kategoriji, ki ustreza določenemu zdravstvenemu varstvu..

Tabela 4: Preskrbljenost prebivalcev Mestne občine Ljubljana glede na povprečno število prebivalcev na nosilca po Področnem dogovoru za pogodbeno leto 2006.

DEJAVNOSTI OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA	Ciljno prebivalstvo	Štev. preb. MOL 2005 ¹	Število preb. na nosilca – Podr. dog. 2006 ²	Obstoječi programi 2005 ³	Potrebni programi ⁴	Stanje ⁵	
						+	-
Zdravstveno varstvo odraslih (brez ambulant v DSO)	19 let in več	219.034	1.715	129,04	127,72	1,32	
Otroško zdravstveno varstvo	0-6 let	15.539	725	30,40	21,43	8,97	
Šolsko zdravstveno varstvo	7-18 let	30.011	1.350	32,54	22,23	10,31	
Reproduktivno zdravstveno varstvo	ženske (15+)	123.231	6.205	27,80	19,86	7,94	
Fizioterapija	Vsi	264.584	4.183	56,64	63,25		6,61
Patronaža in nega na domu	Vsi	264.584	2.059	112,85	128,5		15,7
Zob. varstvo odraslih	19 let in več	219.034	2.354	98,97	93,05	5,92	
Zob. varstvo otrok in mladine	0-18 let	45.550	1.182	52,06	38,54	13,5	
Ortodontija	0-18 let	45.550	3.623	16,68	12,57	4,11	

¹ Vir: Ministrstvo za notranje zadeve² Število prebivalcev, ki so hkrati zavarovane osebe na nosilca – upoštevana dovoljena korekcija, Področni dogovor za pogodbeno leto 2006³ Obstoječi programi: programi, ki so bili na dan 31. 12. 2005 dodeljeni Mestni občini Ljubljana⁴ Potrebni programi: programi, ki po normativih »pripadajo« Mestni občini Ljubljana; izračun: ciljno preb./normativ Področnega dogovora za leto 2006 z upoštevanjem dovoljenih korekcij⁵ Stanje: obstoječi programi minus potrebni programi z upoštevanjem korekcij, ki jih dovoljuje Področni dogovor za leto 2006

Izračunano število programov po Področnem dogovoru za 2006 z upoštevanjem korekcije za šolsko zdravstveno varstvo kaže znaten presežek programov (10,31). Opozoriti moramo, da je to le navidezen presežek, saj se na območju MOL nahaja veliko število šol, v katerih se izvajajo sistematski pregledi otrok in mladine. Izvajalcem te preventivne dejavnosti je v okviru izvajanja zdravstvenega varstva za šolsko mladino priznано tudi večje število programov, namenjenih izključno preventivi v srednjih šolah za vso populacijo ne glede na

stalno bivališče. Za razumevanje stanja je potrebno upoštevati tudi urgentne storitve, ki se na območju Mestne občine Ljubljana opravljajo tudi za osebe, ki so opredeljene izven Mestne občine Ljubljana.

Na področju primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva je izračunani presežek 7,94 programov. Vendar je dejstvo, da je v Kliničnem centru Ljubljana kar 6,55 programov, ki naj bi bili namenjeni za zadovoljevanje potreb prebivalk Mestne občine Ljubljana na področju primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva, zavajajoče. Vključenost programov s primarne ravni v bolnišnico takoj odpre vprašanje, ali so storitve pretežno »primarne« narave in komu so namenjene. Z usmerjeno analizo dejansko opravljenih storitev na področju primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva v okviru Kliničnega centra Ljubljana bo potrebno ugotoviti, v kolikšni meri so programi na voljo prebivalkam MOL za primarno reproduktivno zdravstveno varstvo. Šele na podlagi analize storitev bo mogoče ugotoviti, ali gre za dejanski presežek ali ne.

D. Fizična dostopnost do osnovnega zdravstvenega varstva na območju MOL

V nadaljevanju ugotavljamo, kakšna je fizična dostopnost prebivalcev MOL na posameznih področjih osnovnega zdravstvenega varstva oziroma, kakšna je preskrbljenost prebivalcev na posameznih območjih MOL. Za potrebe tovrstnega prikaza smo Ljubljano razdelili na pet gravitacijskih območij: Bežigrad, Center, Moste, Šiška in Vič. Delitev v določeni meri upošteva prejšnjo razdelitev Ljubljane na pet občin in osnovno organizacijsko shemo Zdravstvenega doma Ljubljana. Vsako gravitacijsko območje je nadalje razdeljeno na četrtne skupnosti. Prednost slednjega je v tem, da ima vsako gravitacijsko območje natančno določene meje, s tem pa je mogoče izračunati osnovne demografske parametre za vsako gravitacijsko območje. Preskrbljenost na posameznih gravitacijskih območjih smo izračunali na osnovi povprečnega števila prebivalcev, ki so hkrati zavarovane osebe na nosilca in z upoštevanjem korektivov, ki jih dovoljuje Področni dogovor za leto 2006. Pri izračunu preskrbljenosti na gravitacijskih območjih ni bilo mogoče upoštevati priliva prebivalcev iz drugih občin, zato je izračunana preskrbljenost boljša kot bi bila z upoštevanjem priliva prebivalcev iz drugih slovenskih občin. Za zdaj ne razpolagamo z (natančnejšimi) podatki, na katera območja Ljubljane se dnevna migracija usmerja, niti kje in v kolikšni meri si izbira zdravnike v osnovnem zdravstvenem varstvu. Iz podatkov Inštituta za varovanje zdravja ocenjujemo lahko le, da je v MOL opredeljenih od 22 – 35 % prebivalcev drugih občin

(različno po posameznih področjih zdravstvenega varstva) in da se v Ljubljani dnevno nahaja blizu 150.000 ljudi, ki niso občani MOL (brez turistov in občasnih obiskovalcev).

Gravitacijska območja glede na preskrbljenost (razmerje med obstoječimi in potrebnimi programi – z dovoljenimi korekcijami iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in koncesionarje za leto 2006) lahko razdelimo v tri skupine:

1. nadpovprečna preskrbljenost,
2. povprečna preskrbljenost,
3. podpovprečna preskrbljenost (tabela 5).

V skupino nadpovprečne preskrbljenosti bi lahko uvrstili le gravitacijsko območje Center, kjer število obstoječih programov v vseh zdravstvenih dejavnostih znatno presega število potrebnih programov: na področju zobozdravstvenega varstva odraslih (za 20,5 programa), fizioterapije (za 14,3 programa), zdravstvenega varstva odraslih (za 12,2 programa), zobozdravstvenega varstva otrok in mladine (za 11,7 programa), primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva (za 11,5 programa) itd.

V skupino povprečne preskrbljenosti sodita gravitacijski območji Vič in Bežigrad. Za to skupino je značilno, da v nekaterih dejavnostih primanjkuje programov, v drugih pa je nekoliko presežka, vendar ti primanjkljaji oziroma presežki niso izraziti. Na gravitacijskem območju Vič primanjkujejo programi fizioterapije (3,3 programa) in zdravstvenega varstva odraslih (2,5 programa), na gravitacijskem območju Bežigrad pa fizioterapije (4,6 programa), zobozdravstvenega varstva odraslih (1,1 programa), primarnega reproduktivnega zdravstvenega varstva (1,2 programa), zobozdravstvenega varstva odraslih (1,1 programa) in zdravstvenega varstva odraslih (0,7 programa).

V skupino podpovprečne preskrbljenosti pa smo uvrstili gravitacijski območji Moste in Šiška. Na teh območjih je preskrbljenost slaba, saj v večini zdravstvenih dejavnosti primanjkuje programov, primanjkljaji pa so izraziti. Ugotovitev zlasti velja za gravitacijsko območje Moste, kjer primanjkuje 9 programov zobozdravstvenega varstva odraslih, 9 programov fizioterapije, 8 programov zdravstvenega varstva odraslih, 3 programi ortodontije. Pomanjkanje programov na območju Šiška: primanjkuje 6 programov zobozdravstvenega varstva odraslih, 4 programi fizioterapije, 2,7 programa zobozdravstvenega varstva otrok in mladine, 1,5 programa zdravstvenega varstva odraslih.

Tabela 5: Preskrbljenost prebivalcev Mestne občine Ljubljana po gravitacijskih območjih.

Dejavn. osn. zdr. varstva ⁹	GRAVITACIJSKA OBMOČJA																	
	BEŽIGRAD			CENTER			MOSTE			ŠIŠKA			VIČ			SKUPAJ ¹⁰		
	O	P	+/-	O	P	+/-	O	P	+/-	O	P	+/-	O	P	+/-	O	P	+/-
Zdr. varstvo odraslih	25,05	25,71	-0,7	23,95	11,76	+12,19	26,15	34,00	-7,85	29,90	31,37	-1,47	21,99	2,44	-2,45	127,04	127,28	-0,24
Otroško zdr. varstvo	5,71	4,26	+1,45	3,10	1,80	+1,30	5,90	5,55	+0,35	5,60	5,31	+0,29	10,09	4,46	+5,63	30,40	21,38	+9,02
Šolsko zdr. varstvo, šolska medicina	5,48	4,21	+1,27	9,91	1,98	+7,93	5,73	6,44	-0,71	5,65	5,00	+0,65	5,77	4,53	+1,24	32,54	22,16	+10,38
Repr. zdr. varstvo	2,84	4,01	-1,17	13,43	1,89	+11,53	2,50	5,19	-2,69	4,03	4,90	-0,87	5,00	3,76	+1,24	27,80	19,75	+8,05
Fiziot.	8,00	12,63	-4,63	20,10	5,77	+14,33	8,00	16,98	-8,98	11,54	15,39	-3,85	9,00	12,25	-3,25	56,64	63,02	-6,39
Zob. varstvo odraslih	17,67	18,73	-1,06	29,10	8,56	+20,54	15,50	24,77	-9,27	16,67	22,85	-6,18	19,23	17,80	+1,43	98,17	92,71	+5,46
Zob. varstvo otrok in mladine	10,50	7,42	+3,08	15,04	3,37	+11,67	10,00	10,76	-0,76	6,25	8,97	-2,72	10,27	7,91	+2,36	52,06	38,43	+13,63
Ortodont.	3,88	2,43	+1,45	3,30	1,10	+2,20	1,00	3,51	-2,51	4,00	2,93	+1,07	4,50	2,58	+1,92	16,68	12,55	+4,13

⁹ Izpuščena je dejavnost patronaža in nega na domu, ker bi podatki po gravitacijskih območjih kazali le na organizacijo dejavnosti, ne pa pokritosti z zdravstvenimi storitvami na določenem območju kot pri drugih dejavnostih.

¹⁰ Pri izračunu potrebnih programov je bilo upoštevano število prebivalcev, ki so hkrati zavarovane osebe na nosilca po Področnem dogovoru za leto 2006, zmanjšano za korekcije, ki jih dogovor dopušča.

Nerazporejenih po gravitacijskih območjih je 908 prebivalcev, zato se malenkostno razlikujejo podatki o potrebnih programih, ki so prikazani v tabeli 4, kjer so vključeni tudi nerazporejeni prebivalci; v tabeli 5 nerazporejeni prebivalci niso zajeti. Med tabelama je razlika tudi v številu programov na področju splošne medicine in zobozdravstvenega varstva odraslih.

3. 2. LEKARNIŠKA DEJAVNOST V MOL

Zakonodaja in definicije

Lekarniška dejavnost in javna lekarniška služba

Lekarniška dejavnost je del primarne zdravstvene dejavnosti, ki zagotavlja preskrbo prebivalstva ter zdravstvenih zavodov in drugih organizacij z zdravili.

Preskrba z zdravili obsega:

- Izdajo zdravil na recept
- Izdajo zdravil brez recepta in
- Magistralno pripravo zdravil.

Lekarniška dejavnost je javna služba, ki jo opravljajo javni zavodi in na podlagi koncesije zasebniki.

MOL ima na področju lekarniške dejavnosti naslednje pristojnosti:

- Zagotavljati mrežo lekarniške dejavnosti na območju MOL;
- Podeljevati koncesije za opravljanje lekarniške dejavnosti na območju MOL in izvajati nadzor nad izpolnjevanjem koncesijskih pogojev;
- Določiti poslovni čas javnih zavodov in potrjevati poslovni čas zasebnih lekarn;
- Zagotavljati neprekinjeno preskrbo z zdravili z obliko dežurstva ali s stalno pripravljenostjo v nočnem času ter ob nedeljah in praznikih.

Farmacevtski strokovni delavci

Farmacevtsko strokovno delo v lekarniški dejavnosti opravljajo farmacevtski strokovni delavci:

- Specialisti, magistri in doktorji farmacevtskih znanosti
- Magistri farmacije

- Inženirji farmacije in
- Farmacevtski tehniki.

Nosilec lekarniške dejavnosti je magister farmacije (direktiva 85/432 EEC in 85/433 EEC), ostala poklica v lekarniški dejavnosti farmacevtski tehnik in inženir farmacije nista posebej regulirana v EU. Med članicami EU obstajajo velike razlike med vsebinami teoretičnega znanja in praktično usposobljenostjo. V besedilu ponekod uporabljamo naziv farmacevt, kar pomeni magister farmacije.

Predpisi, sprejeti v zadnjem obdobju, in sicer Seznam poklicev v zdravstveni dejavnosti (Ur. l. RS št. 82/ 04) in Pravilnik o pogojih za izvajanje lekarniške dejavnosti (Ur. l. RS št. 39/2006) udejanjata dolgoletno lekarniško prakso magistrov farmacije, da poleg nalog, ki izhajajo iz 1. člena zakona o lekarniški dejavnosti, opravljajo tudi naloge, povezane z zagotavljanjem varne, učinkovite in pravilne uporabe zdravil in zdravim načinom življenja. Dodatne spremembe, ki posredno vplivajo na kompetence in odgovornosti posameznih poklicev v lekarniški dejavnosti, predvsem na zagotavljanje varnosti uporabnikov zdravil in obsega dela v lekarnah, pa prinaša Zakon o zdravilih (Ur. l. RS, št. 31/2006). Omenjeni zakon o zdravilih vsebinsko spreminja seznam zdravil, ki se zdaj lahko prodajajo izven lekarniške mreže, v specializiranih prodajalnah. Na osnovi podatkov držav, kjer se že vrsto let prodajajo tudi določena zdravila izven lekarn, lahko tudi pri nas pričakujemo večje število neželenih učinkov ali zaradi nepravilne uporabe zdravil povečano število nenamernih ali namernih zastrupitev. Nepravilna uporaba zdravil pa praviloma povzroči večjo obremenjenost zdravstvenih delavcev in s tem tudi večje stroške za zdravljenje v okviru zdravstvenega zavarovanja.

Koncesija za opravljanje lekarniške dejavnosti

Pristojni upravni organ občine ali mesta je pristojen za podeljevanje koncesij za opravljanje lekarniške dejavnosti.

Organizacija lekarniške dejavnosti v MOL

V Mestni občini Ljubljana je lekarniška dejavnost organizirana:

- v Javnem zavodu Lekarna Ljubljana kot javnem lekarniškem zavodu,
- v zasebnih lekarnah oziroma pri zasebnih lekarnarjih na osnovi podeljenih koncesij in
- v bolnišničnih lekarnah, ki opravljajo tudi javno službo.

Poslovni čas lekarn

Zakon o lekarniški dejavnosti opredeljuje tudi poslovni čas lekarn in neprekinjeno oskrbo z zdravili. Poslovni čas javnih zavodov določi ustanovitelj, ki potrdi tudi poslovni čas zasebnih lekarn.

Definicije:

- Lekarniška dejavnost je javna služba, ki jo opravljajo javni zavodi in na podlagi koncesij zasebniki.
- Mreža javne lekarniške službe je urejena (regulirana) dostopnost do lekarniških storitev praviloma na osnovi kriterijev (lokacijska razporejenost, kadrovska preskrbljenost)
- Dostopnost do lekarniških storitev je preskrbljenost prebivalcev z lekarniškimi storitvami, ki se opravljajo v lekarnah.
- Kazalec dostopnosti do lekarniških storitev je merilo, s katerim lahko čim bolj objektivno ocenimo dostopnost do lekarniških storitev in to s pomočjo statističnih podatkov o lekarniški dejavnosti kot na primer za koliko prebivalcev skrbi 1 magister farmacije ali 1 lekarna ali koliko zdravil na recept izda 1 magister farmacije ali 1 lekarna.
- Izdaja recepta pomeni izdajo predpisanih zdravil na 1 zdravniški recept.

Kazalci dostopnosti do lekarniških storitev

Dostopnost do lekarniških storitev oz. preskrbljenost prebivalstva z lekarniškimi storitvami lahko ocenjujemo in vrednotimo z različnimi kazalci oziroma kriteriji.

Običajno se uporabljajo trije, ki so bili določeni z Nacionalnim programom zdravstvenega varstva RS do leta 2004 in jih med svojimi 11 kriteriji priporoča tudi Lekarniška zbornica Slovenije. Najpomembnejša sta naslednja:

1. Preskrbljenost z lekarniškimi enotami(število prebivalcev na eno lekarno), ki je določal, da se mreža javne lekarniške službe oblikuje v okviru gravitacijskih območij tako, da se organizira lekarna **v povprečju na 7000 prebivalcev in najmanj na 5000 prebivalcev**. Medsebojna razdalja nove lekarne od obstoječe znaša **najmanj 400 m cestne razdalje**.«
2. Preskrbljenost z magistri farmacije (število prebivalcev na 1 magistra farmacije), ki je določal, da mora **1 magister farmacije skrbeti za 2.755 prebivalcev**.

Pri kazalcu, kjer se uporablja magister farmacije, so upoštevani poleg magistrov farmacije tudi specialisti in magistri ter doktorji farmacevtske znanosti. Pri navedenih kazalcih se ne upošteva inženirjev farmacije in farmacevtskih tehnikov.

Kriteriji za oceno dostopnosti do lekarniških storitev v MOL

V sedanji strategiji za oceno dostopnosti do lekarniških storitev v MOL uporabljamo naslednje kazalce:

1. preskrbljenost z magistri farmacije (število magistrov farmacije na število prebivalcev)
2. preskrbljenost z lekarnami (število prebivalcev na 1 lekarno)
3. obremenjenost magistrov farmacije z recepti (število izdanih receptov na 1 magistra farmacije) in obremenjenost lekarn z recepti (število izdanih receptov na 1 lekarno).

Analiza preskrbljenosti z magistri farmacije v obdobju 2000-2004

Za ugotavljanje kakovosti preskrbe prebivalstva z lekarniškimi storitvami in zagotavljanje varnosti uporabnikov zdravil je potrebno posebej ovrednotiti preskrbljenost z magistri farmacije. Za lažjo oceno je pomembno oceniti tudi stanje v Sloveniji in širše v evropskih državah.

Preskrbljenost z magistri farmacije v Sloveniji in v MOL v obdobju 2000-2004

V obdobju 2000-2004 se je število magistrov farmacije v Sloveniji v povprečju povečalo za 14,4 %, v MOL pa za 3,14%.

Iz preglednice št. 1 je razvidno, da je število magistrov farmacije v MOL obdobju 1995-2004 po posameznih letih različno naraščalo. Za obdobje po letu 2000 je značilno, da je naraščanje števila magistrov farmacije v MOL počasneje od naraščanja števila magistrov farmacije v Sloveniji. To je razumljivo, saj iz drugih analiz vemo, da je bila preskrbljenost s farmacevti v MOL že v letu 2000 precej boljša kot v Sloveniji

Preglednica 1: Število magistrov farmacije v lekarnah v obdobju 1995-2004, Slovenija in MOL.

LETO	SLOVENIJA Število magistrov farmacije	SLOVENIJA Indeks rasti števila magistrov farmacije po letih	MOL Število magistrov farmacije	MOL Indeks rasti števila magistrov farmacije po letih
1995	535	-	-	-
1996	553	3,36	108	-
1997	559	1,08	110	1,85
1998	584	4,47	114	3,64
1999	612	4,79	120	5,26
2000	638	4,25	127,5	6,25
2001	642	0,63	124	-2,75
2002	689	7,32	124	0,00
2003	690	0,15	125	0,81
2004	730,5	5,87	131,5	5,20

Vir: Lekarniška zbornica Slovenije

Opomba: V številu magistrov farmacije niso vključeni pogodbeno zaposleni magistri farmacije. Po podatkih Lekarniške zbornice Slovenije so bili v letu 2004 v zasebnih lekarnah v MOL pogodbeno zaposleni 3-4 magistri farmacije, predvidevamo pa, da je to število večje, saj so zasebne lekarne praviloma odprte cel dan, čeprav večkrat redno ne zaposlujejo ustreznega števila farmacevtov.

Preskrbljenost z magistri farmacije se v zadnjih 10 letih v Sloveniji izboljšuje.

Koncem leta 2004 je v povprečju 1 magister farmacije oskrboval 2.730 prebivalcev v Sloveniji. Koncem leta 2004 je magister farmacije v Ljubljani v povprečju oskrboval 2.029 prebivalcev, kar je za 25,68 odstotkov boljše kot povprečno v Sloveniji.

Preskrbljenost z magistri farmacije precej variira med izbranimi občinami z mestnim naseljem zaradi različnih razlogov. Za vse občine, ki imajo večja mestna naselja, je značilna boljša preskrbljenost z magistri farmacije kot je slovensko povprečje, ki je znašalo 2730 prebivalcev na 1 magistra farmacije koncem leta 2004. V MOL smo med temi občinami na sredini, boljšo preskrbljenost kot v Ljubljani so imele 4 občine in sicer Murska Sobota, Kranj, Celje in Koper, slabšo pa Novo mesto, Nova Gorica Maribor in Ravne (Preglednica 2).

Preglednica 2: Preskrbljenost z magistri farmacije po občinah z mestnim naseljem, Slovenija, 31. 12. 2004 in Slovenija, 31.12.2000.

Občina	Število prebivalcev na 1 magistra farmacije 2004	Število prebivalcev na 1 magistra farmacije 2000
Murska sobota	1280	1929,5
Kranj	1891	2346
Celje	1952	2090
Koper	1953	3113
Ljubljana	2029	2122
Novo mesto	2135	3009
Nova gorica	2141	3253
Maribor	2209	3374,5
Ravne	2468	2456
Povprečje v Sloveniji	2.730	2.632,6
NPZV 2004*	2755	

Vir: Lekarniška zbornica Slovenije

* Nacionalni program zdravstvenega varstva –Zdravje za vse do leta 2004

Preglednica 3: Primerjava preskrbljenosti z magistri farmacije v lekarnah v MOL v letu 2000 in letu 2004.

Leto	Število prebivalcev v MOL	Število magistrov farmacije	NPZV do 2004 1 magister farmacije na število prebivalcev	MOL Število prebivalcev na 1 magistra farmacije	MOL Preseganje (v %) od NPZV	Povprečje v SLO Število prebivalcev na 1 magistra farmacije	MOL Preseganje (v%) od povprečja v SLO
2000	270.506	127,5	2755	2.122	23	2.730	22
2004	266.845	131,5	2755	2.029	26	2.632,6	23

Vir: Javni zavod Lekarna Ljubljana, Lekarniška zbornica Slovenije, Statistični urad RS, Oddelek za zdravstvo in socialno varstvo MOL

Iz preglednice 3 je razvidna dostopnost do lekarniških storitev na področju MOL in v Sloveniji na stanje konec leta 2000 in 2004. Leta 2000 je bila dosežena dostopnost, merjena s številom prebivalcev na magistra farmacije v lekarnah v MOL za 23 % nad normativom, ki je določen v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva RS do leta 2004. V letu 2004 pa se je še povečala za 3%. To pomeni, da se je po oceni tega kazalca dostopnost v MOL glede na normative Nacionalnega programa še izboljšala. Število prebivalcev na magistra farmacije v MOL je bilo od povprečja v Sloveniji v letu 2000 višje za 22%, v letu 2004 pa za 23%, kar pomeni, da smo imeli, upoštevajoč ta kazalec, tako v letu 2000 kot tudi v letu 2004 v MOL boljšo dostopnost do lekarniških storitev kot v povprečju v drugih občinah v Sloveniji.

Preskrbljenost z magistri farmacije v EU državah

V primerjavi z drugimi članicami EU je bilo leta 2000 v Sloveniji na 100.000 prebivalcev skoraj za 50% manj magistrov farmacije kot v povprečju v državah članicah EU. V Sloveniji imamo torej 35 magistrov farmacije na 100.000 prebivalcev in zasedamo 3. mesto med državami z najmanjšim številom magistrov farmacije (če pri tem upoštevamo še Norveško, ki ni članica EU), saj imata manj (med 19 in 35) magistrov farmacije imata le še Nizozemska in Norveška. Primerjava EU držav z Ljubljano pa nam pokaže, da je stanje v Ljubljani relativno ugodno, saj imamo v Ljubljani 49 farmacevtov na 100.000 prebivalcev in primerljivo z državami kot so: Avstrija, Nemčija, Švica, Danska, Velika Britanija, Češka, Madžarska, Estonija, Litva, Poljska in Slovaška.

Preglednica 4: Farmacevti na 100.000 prebivalcev v EU-25 (brez Cipra, Latvije in Malte), Švici in Norveški v letu 2000.

	Država	Povprečna poraba v USD za zdravila / prebivalca	Št. farm. / 100.000 preb.
1.	Avstrija (v EU od leta 1995)	>300	55,88
2.	Belgija (1951)	>300	144,78
3.	Francija (1951)	>300	102,18
4.	Nemčija (1951)	>300	58,27
5.	Švica (ni članica EU)	>300	63,38
6.	Danska (1973)	200 – 300	50,14
7.	Finska (1995)	200 – 300	147,99
8.	Italija (1951)	200 – 300	104,88
9.	Luksemburg (1951)	200 – 300	68,48
10.	Nizozemska (1951)	200 – 300	18,75
11.	Norveška (ni članica EU)	200 – 300	33,39
12.	Portugalska (1986)	200 – 300	78,06
13.	Švedska (1995)	200 – 300	67,41
14.	UK (1973)	200 – 300	58,21
15.	Grčija (1981)	100 – 200	69,15
16.	Irska (1973)	100 – 200	77,07
17.	Španija (1986)	100 – 200	78,73
18.	Češka (2004)	100 – 200	49,25
19.	Madžarska (2004)	100 – 200	48,93
20.	Slovenija (2004)	100 – 200	34,96
21.	Estonija (2004)	20 – 100	59,37
22.	Litva (2004)	20 – 100	59,40
23.	Poljska (2004)	20 – 100	52,33
24.	Slovaška (2004)	20 – 100	41,57
Povprečje novih članic (10 držav, ki so članice EU od 1. 5. 2004)*			49,40
<i>% SLO glede na povprečje novih članic*</i>			70,76%
Povprečje članic EU*			69,35
<i>% SLO glede na povprečje članic EU*</i>			50,41%

*Brez Cipra, Latvije in Malte.

Vir: Health for all database, WHO Regional Office for Europe, 2000 ali več, Lekarniška zbornica Slovenije.

Izobrazbena struktura farmacevtov MOL v obdobju 2000-2004

Število magistrov farmacije in magistrov ter doktorjev farmacevtskih znanosti se je v zadnjih 4 letih v MOL povečalo za 4. Bolj očitne in pomembne pa so spremembe zaposlenih magistrov farmacije in magistrov ter doktorjev farmacevtskih znanosti v javnem zavodu Lekarna Ljubljana in zasebnih lekarnah. V javnem zavodu Lekarna Ljubljana se je število magistrov farmacije in magistrov znanosti zmanjšalo. Tako je bilo leta 2004 v javnem zavodu Lekarna Ljubljana zaposlenih 6 magistrov farmacije in magistrov ter doktorjev znanosti manj kot leta 2000 (2 specialista oz. magistra / doktorja znanosti in 4 magistri farmacije). Medtem ko se je v zasebnih lekarnah povečalo število magistrov farmacije in magistrov in doktorjev znanosti za 10. Število magistrov farmacije v bolnišnicah, ki opravljajo javno lekarniško službo, se ni spreminjalo. Povečanje števila magistrov farmacije v zasebnih lekarnah pojasnjujemo zlasti z odprtjem novih lekarn.

Preglednica 5: Primerjava zaposlenih po vrsti poklica/izobrazbe v javnih lekarnah, glede na statusno obliko lekarne na območju MOL med letoma 2000 in 2004.

Poklic/izobrazba	2000 JZ,B	2004 JZ*,B**	2000 Zasebne lekarne	2004 Zasebne lekarne	2000 Skupaj	2004 Skupaj
Specialisti, magistri in doktorji znanosti	11	9	2	4	13	13
Magistri farmacije	84+7,5	80+7,5	23	31	114,5	118,5
Skupaj	102,5	96,5	25	35	127,5	131,5

* JZ=javni zavod, ** B=bolnišnična lekarna, ki opravlja javno lekarniško službo

Vir: Javni zavod Lekarna Ljubljana, Lekarniška zbornica Slovenije

Analiza preskrbljenosti z lekarnami v MOL v obdobju 2000-2004

Dostopnost do lekarniških storitev je mogoče ocenjevati poleg kazalca preskrbljenosti z magistri farmacije tudi s kazalcem, ki upošteva preskrbljenost z lekarnami

Koncem leta 2000 je bilo v Mestni občini Ljubljana 35 aktivnih lekarn, ki so opravljale lekarniško dejavnost kot javno službo na primarni ravni. V opazovanem obdobju 2000 do 2005 se je število povečalo za 4 lekarne in sicer 2 lekarni v javnem zavodu (Lekarna Brdo, Lekarna pri polikliniki) in 2 zasebni lekarni (Lekarna Barsos, Lekarna Prule).

V Mestni občini Ljubljana je bilo v letu 2005 vključenih v mrežo javne lekarniške službe na primarni ravni 21 lekarn Javnega zavoda Lekarna Ljubljana, 16 zasebnih lekarn in 2 bolnišnični lekarni (Lekarna Instituta za rehabilitacijo RS (»Lekarna Soča«) in Lekarna Bolnišnice dr. Petra Držaja). Skupno število lekarn v MOL je 39. To pomeni, da se je v letu 2005 glede na leto 2000 število lekarn povečalo za 11,4 %.

Preglednica 6: Število lekarn, vključenih v mrežo javne lekarniške službe na primarni ravni v MOL – stanje na dan 31.12.2004 (enako kot 31.12.2006).

Javni zavod Lekarna Ljubljana	Zasebne lekarne	Bolnišnični lekarni
1. Lekarna Vič 2. Lekarna Mirje 3. Lekarna Rakovnik 4. Lekarna Polje 5. Lekarna Nove Fužine 6. Lekarna Tabor 7. Centralna lekarna 8. Lekarna Ajdovščina 9. Lekarna Miklošič 10. Lekarna Bavarski dvor 11. Lekarna Moste 12. Lekarna Bežigrad 13. Lekarna Nove Jarše 14. Lekarna Črnuče 15. Lekarna Šiška 16. Lekarna Koseze 17. Lekarna Šentvid 18. Lekarna Levstik 19. Lekarna Bežigrajski dvor 20. Lekarna Brdo * 21. Lekarna pri polikliniki*	1. Lekarna Murgle 2. Lekarna Zupančičeva jama 3. Lekarna Bizjak v BTC 4. Lekarna WTC 5. Lekarna Dežman 6. Lekarna Štepanjsko naselje 7. Lekarna Sanofarm 8. Lekarna Zalog 9. Lekarna Nove Poljane 10. Lekarna Žužek 11. Lekarna Bitenc 12. Lekarna Dravlje 13. Lekarna na Brodu 14. Lekarna na Brinju 15. Lekarna Barsos* 16. Lekarna Prule*	1. Lekarna v bolnišnici dr. Petra Držaja 2. Institut za rehabilitacijo RS

* lekarnе ustanovljene po letu 2000

Vir: Oddelek za zdravstvo in socialno varstvo MOL, 2006

Preskrbljenost oz. gostota mreže javnih lekarn v MOL je bila v letu 2004 6.842 prebivalcev na 1 lekarno, kar pomeni, da je bila preskrbljenost z lekarnami leta 2004 v MOL za 2% boljša kot je bilo določeno v NPZV do leta 2004. Preseženo pa je bilo tudi slovensko povprečje in sicer za 8% (Preglednica 7).

Preglednica 7: Preskrbljenost prebivalcev Slovenije z lekarnami po občinah z mestnim naseljem, Slovenija, 31. 12. 2004 in Slovenija 31.12.2000.

Občina	št.preb./1 lekarno 2004	št.preb./ 1 lekarno 2000
Murska sobota	5119	7074
Koper	5208	7783
Maribor	5744	7499
Nova gorica	5889	7048
Celje	6100	6269
Ravne	6141	12281
Kranj	6382	8600
Ljubljana	6842	8907
Novo mesto	8115	12788
Povprečje v Sloveniji	7424	8694
NPZV do 2004	7000	

Vir: SURS – Statistični urad RS, Lekarniška zbornica Slovenije

Iz preglednice 7 pa je razvidno, da preskrbljenost prebivalcev na področju MOL leta 2004 v primerjavi z drugimi mestnimi občinami zaostaja za občinami Murska sobota, Koper, Maribor, Celje, Kranj. Iz preglednice 7 je tudi razvidno, da se preskrbljenost prebivalcev z razmeroma majhnim številom prebivalcev lahko bistveno spremeni že z odprtjem ene same lekarne (npr.: Ravne, Murska sobota primerjava 2004 z letom 2000). Obmejne občine (Koper, Murska sobota, Maribor, Nova gorica) imajo bistveno boljšo preskrbljenost z lekarnami na prebivalca zaradi priliva uporabnikov lekarniških storitev iz tujine.

Razporejenost lekarn v mreži javne lekarniške službe po četrtnih skupnostih v MOL

Razpredelnica 8: Število prebivalcev na lekarno in število prebivalcev na 1 magistra farmacije po četrtnih skupnostih v MOL leto 2004.

Območje četrtne skupnosti MOL	Število prebivalcev v 31.12.2004	Število lekarn	Število farmacevtov	Povprečno število farmacevtov na lekarno	Dostopnost Število prebivalcev na 1 magistra farmacije	Dostopnost število prebivalcev na 1 lekarno
BEŽIGRAD	32.691	6	19	3,2	1.721	5.448
CENTER	24.268	10	39	3,9	622	2.426
ČRNUČE	10.989	1	4	4,0	2.747	10.989
DRAVLJE	15.435	2	4,3	2,2	3.590	7.771
GOLOVEC	11.170	1	2	2,0	5.585	11.170
JARŠE	13.512	2	5	2,5	2.702	6.756
MOSTE	22.457	2	10	5,0	2.245	11.228
POLJE	17.810	2	6,5	3,3	2.740	8.905
POSAVJE	9.391	1	2	2,0	4.696	9.391
ROŽNIK	12.884	1	2	2,0	6.442	12.884
RUDNIK	11.341	1	3	3,0	3.780	11.341
SOSTRO	5.973	0	0	0,0	0	0
ŠENTVID	12.495	2	6	3,0	2.082	6.247
ŠIŠKA	32.013	4	12,5	3,13	2.561	8.003
ŠMARNA G.	4.621	0	0	0,0	0	0
TRNOVO	14.359	2	7	3,5	2.051	7.179
VIČ	12.582	2	8	4,0	1.573	6.291
Nerazporejeni	910	0	0	0,0	0	0
SKUPAJ MOL	264.901	39	130,3	3,34	2.033	6.792

Vir: Center za informatiko MOL- Služba za statistiko in analize, Oddelek za zdravstvo in socialno varstvo MOL, 2006

Upoštevajoč normativ po Nacionalnem programu zdravstvenega varstva RS do leta 2004 (7.000 prebivalcev na eno lekarno) smo imeli v letu 2004 v MOL eno lekarno v povprečju na 6.792 prebivalcev, kar pomeni, da je bil normativ presežen za 3%.

V letu 2004 so bili najboljše preskrbljeni z lekarnami prebivalci Četrtna skupnost Center, kjer so imeli 1 lekarno v povprečju na 2.427 prebivalcev (2,8-krat več kot določa normativ). Na drugo mesto po preskrbljenosti z lekarnami v MOL sodi Četrtna skupnost Bežigrad, kjer je

konec leta 2004 ena lekarna preskrbovala v povprečju 5.449 prebivalcev. Zelo dobro preskrbljenost z lekarnami v MOL na dan 31.12.2004 beležimo tudi v četrtnih skupnostih Šentvid, Vič in Jarše (Razpredelnica 8).

V dveh četrtnih skupnosti število prebivalcev in prebivalk ne doseže normativa iz NPZV za odprtje lekarne: Četrtna skupnost Sostro ima samo 5.973 prebivalk in prebivalcev, Četrtna skupnost Šmarna gora pa 4.621. Le v Četrtni skupnosti Rožnik ni bil dosežen normativ preskrbljenosti z lekarnami na število prebivalcev in prebivalk – ena lekarna v povprečju oskrbuje 12.884 prebivalcev in prebivalk.

Po kriterijih LZS – Lekarniške zbornice Slovenije iz leta 1995, ki se uporabljajo še danes, je potrebno v mestnih občinah odpreti novo lekarno, v kolikor je normativ, ki ga določa Nacionalni program zdravstvenega varstva RS do leta 2004 in sicer »da se organizira lekarna v povprečju na 7.000 prebivalcev in najmanj na 5.000 prebivalcev« le na tistih območjih v mestni občini, kjer je ta normativ presežen za 5.000 prebivalcev.

ČS Rožnik meji na ČS Vič, v kateri poslujeta 2 lekarni in sicer Lekarna Vič in Lekarna Žužek, ki oskrbujeta prebivalce ČS Rožnik z lekarniškimi storitvami. Glede na to menimo, da nova lekarna v ČS Rožnik ni potrebna.

V MOL je bilo konec leta 2004 v povprečju zaposlenih 3,14 farmacevtov na lekarno. Največje število farmacevtov na lekarno je bilo v Četrtnih skupnostih Črnuče in Vič in sicer 4 farmacevti na lekarno, najnižje število farmacevtov na lekarno pa beležimo v Četrtni skupnosti Golovec, Posavje in Rožnik, kjer sta bila konec leta zaposlena v povprečju po 2 farmacevta na lekarno (Posavje in Rožnik).

Iz razpredelnice 8 je razvidno, da imamo, upoštevajoč število prebivalcev na farmacevta po četrtnih skupnostih v MOL, zelo dobro preskrbljenost v Četrtni skupnosti Center – 1 farmacevt na 622 prebivalcev, sledita Četrtni skupnosti Vič – 1 farmacevt na 1.573 prebivalcev in Šentvid – 1 farmacevt na 2.082 prebivalcev. Slabšo preskrbljenost z vidika preskrbljenosti s farmacevti pa beležimo v Četrtnih skupnostih Rožnik, kjer imamo enega

farmacevta na 6.422 prebivalcev (po NPZV 2,33-krat preveč prebivalcev na 1 farmacevta), Golovec – 1 farmacevt na 5.585 prebivalcev (po NPZV 2 krat preveč prebivalcev na 1 farmacevta) in Posavje – 1 farmacevt na 4.696 prebivalcev (po NPZV 1,7 krat preveč prebivalcev na 1 farmacevta). Na območju navedenih četrtnih skupnosti, kjer delujejo Lekarna Brdo (v Četrtni skupnosti Rožnik), Lekarna Štepanjsko naselje (v Četrtni skupnosti Golovec) in Lekarna Dežman (v Četrtni skupnosti Posavje) predlagamo izboljšanje kadrovske strukture z zaposlitvijo še enega farmacevta.

Analiza obremenjenosti z recepti v MOL (število izdanih receptov na 1 magistra farmacije)

Za oceno dostopnosti prebivalcev na področju MOL z lekarnami in za oceno obsega izvajanje javne lekarniške službe smo uporabili tudi kazalec, izračunan na osnovi števila izdanih receptov na 1 magistra farmacije. Iz omenjenega kazalca lahko razberemo obremenjenost magistra farmacije z izdajo na recepte, ki predstavlja najpomembnejši del javne lekarniške službe z vidika zagotavljanja javne zdravstvene službe na primarni ravni. Navedeni kazalec kaže tudi na bližino delovanja osnovne zdravstvene dejavnosti oziroma bližino ustanove, kjer zdravniki predpisujejo zdravila na recept.

Obremenjenost magistrov farmacije z izdajo receptov v Sloveniji

Preglednica 10: Primerjava števila izdanih receptov na 1 magistra farmacije med letoma 2000 in 2004, Slovenija.

Leto	Število receptov	Število farmacevtov	Število receptov / 1magistra farmacije	Stopnja rasti števila farmacevtov	Stopnja rasti – število receptov (v %)	Stopnja rasti – število receptov na 1 magistra farmacije (v %)
2000	12.690.119	638	19.891	/	/	/
2004	14.461.144	730,5	19.796	14,5	14,00	-0,48

Vir. IVZ RS, Oddelek za socialno farmacijo

Iz preglednice 10 je razvidno, da se je v Sloveniji v obdobju od 2000 do 2004 število zdravil izdanih na recept povečalo za 14%, medtem ko se število farmacevtov povečalo za 14,5%. To pomeni, da je obremenjenost magistrov farmacije z izdajo zdravil na recept ostala skoraj nespremenjena oz. se je celo nekoliko zmanjšala.

Obremenjenost magistrov farmacije in lekarn z izdajo zdravil na recept v MOL

V MOL je bilo po podatkih, ki so jih posredovale lekarne (brez bolnišničnih lekarn in brez 2 novih lekarn), konec leta 2004 izdanih 1.983.892 receptov, kar pomeni, da je v povprečju 1 magister farmacije v tem letu izdal 15.897 receptov. V primerjavi s slovenskim povprečjem, torej za 19,7% manj. To pomeni, da je bila obremenjenost magistrov farmacije z izdajo zdravil na recept v MOL manjša in torej je dostopnost do lekarniških storitev za prebivalce MOL boljša kot v povprečju v Sloveniji.

Ob tem je potrebno opozoriti na to, da število izdanih receptov na 1 magistra farmacije zelo variira, saj so razlike med lekarnami v MOL zelo velike. V letu 2004 je najmanjše število izdanih receptov na 1 magistra farmacije izdala Lekarna Dežman in največ Lekarna Tabor. Zelo veliko število izdanih zdravil na recept so imele tudi Lekarne Bežigrajski dvor, Vič, pri Polikliniki, manj kot je bilo mestno povprečje so imele le 4 lekarne (Lekarna Brinje, Lekarna Levstik, Lekarna Zalog, Lekarna Dežman). Poleg tega sta še 2 lekarni imeli število izdanih

zdravil na recept pod povprečjem, ker sta delovali le polovico leta (Lekarna Župančičeva jama in Lekarna Prule) (Preglednica 11)

V preglednicah, kjer prikazujemo število izdanih receptov, je potrebno upoštevati, da dve lekarni, ki delujeta v sklopu bolnišnice, nista posredovali podatkov o številu izdanih receptov in sicer: Lekarna Instituta za rehabilitacijo v četrtni skupnosti Bežigrad in Lekarna dr. Petra Držaja v četrtni skupnosti Šiška.

Preglednica 11: Število izdanih receptov na lekarno in na magistra farmacije po četrtnih skupnostih v MOL v letu 2004.

Lekarne po četrtnih skupnostih	Št. izdanih receptov na 1 lekarno	Št. farmacevtov	Število izdanih receptov na 1 magistra farmacije
BEŽIGRAD			
Lekarna Bežigrad	39.047	7	5.578
Lekarna Bežigrajski dvor	164.744	7	23.534
Lekarna WTC	39.423	4	9.856
Lekarna Brinje	10.030	1	10.030
Lek. Zupančičeva jama**	(10.337)	(2)	(3.446)
Lekarna Instituta za rehabilitacijo.*			
CENTER			
Lekarna Mirje	38.140	3	12.713
Lekarna Tabor	177.747	8	22.218
Centralna lekarna	45.904	6	7.651
Lekarna Ajdovščina	18.442	1	18.442
Lekarna Miklošič	88.621	4	22.155
Lekarna Bavarski dvor	43.741	3	14.580
Lekarna Levstik	10.819	1	10.819
Lekarna Nove Poljane	30.723	4	7.681
Lekarna pri Polikliniki	111.589	6	18.598
Lekarna Barsos	38.869	3	12.956
ČRNUČE			
Lekarna Črnuče	67.190	4	16.798
DRAVLJE			
Lekarna Dravljje	38.450	3,3	11.652
Lekarna Bitenc	16.472	1	16.472
GOLOVEC			
Lekarna Štepanjsko naselje	34.884	2	17.442

JARŠE			
Lekarna Bizjak	27.306	2	13.653
Lekarna Nove Jarše	42.171	3	14.057
MOSTE			
Lekarna Nove Fužine	96.812	5	19.362
Lekarna Moste	93.649	5	18.730
POLJE			
Lekarna Polje	95.015	5	19.003
Lekarna Zalog	11.440	1,5	7.727
POSAVJE			
Lekarna Dežman	4.500	2	2.250
ROŽNIK			
Lekarna Brdo	28.055	2	14.028
RUDNIK			
Lekarna Rakovnik	87.975	3	29.325
SOSTRO			
ŠENTVID			
Lekarna Šentvid	71.146	4	17.787
Lekarna Brod	36.500	2	18.250
ŠIŠKA			
Lekarna Šiška	57.894	4	14.474
Lekarna Koseze	39.430	2	19.715
Lekarna Sanofarm	38.413	3	12.804
Lekarna dr. Petra Držaja*			
ŠMARNA GORA			
TRNOVO			
Lekarna Murgle	62.972	5	12.594
Lekarna Prule**	(10.832)	(2)	(5.416)
VIČ			
Lekarna Vič	147.774	6	24.629
Lekarna Žužek	28.005	2	14.003
Nerazporejeni	/	/	/
MOL	1.983.892	124,8	15.897

*Za bolnišnični lekarni nimamo podatkov o številu izdanih zdravil na recept v letu 2004

** Podatki za Lekarno Prule in Lekarno Zupančičeva jama so v oklepajih, ker niso upoštevani pri izračunih števila izdanih receptov na lekarno in na magistra farmacije v MOL v letu 2004, ker sta bili lekarni odprti le polovico leta.

Vir: Oddelek za informatiko, Oddelek za lokalno samoupravo, Oddelek za zdravstvo in socialno varstvo MOL, 2005

Dostopnost do lekarniških storitev v MOL

Ob upoštevanju analiziranih kazalcev lahko ocenimo, da smo v letu 2004 v MOL razmeroma dobro poskrbeli za svoje prebivalce. Za 26% smo presegli preskrbljenost z magistri farmacije in za 3% preskrbljenost z lekarnami na prebivalca, kot je bilo določeno v Nacionalnem programu zdravstvenega varstva do leta 2004. Če primerjamo ta dva kazalca, ki smo ju dosegli v MOL, s slovenskim povprečjem, lahko prav tako ugotovimo, da imamo v MOL boljšo dostopnost do magistrov farmacije (za 26%) in do lekarn (za 8%). V povprečju je bilo izdanih skoraj 20% manj receptov na 1 magistra farmacije kot je slovensko povprečje. To pomeni, da so magistri farmacije v MOL manj obremenjeni z izdajanjem receptov in s tem bolj dostopni za meščanke in meščane kot so drugje v Sloveniji (Razpredelnica 12).

Razpredelnica 12. Primerjava preskrbljenosti z lekarnami in magistri farmacije ter pogostnost izdaje na recept na lekarno in magistra farmacije, 2004, Slovenija.

	Število prebivalcev na 1 magistra farmacije	Število prebivalcev na 1 lekarno	Število izdanih receptov na 1 magistra farmacije
Plan 2004*	2.755	7.000	
Povprečje Slovenije	2.730	7.424	19.796
Mestne občine	1.280-2.468	5.119-8.155	-
MOL	2.029	6.842	15.897

*Nacionalni program zdravstvenega varstva –Zdravje za vse do leta 2004 .