

Prijedlozi za rješavanje problema i postizanje unaprjeđenja

Ranko Stevanović

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

1. Funkcije doma zdravlja

Treba vratiti nestale funkcije Doma zdravlja (kontinuitet skrbi, edukacija, timski rad, aktivna skrb, liječenje u kući, aktivno pozivanje na preventivne preglede, aktivno liječenje kroničnih bolesnika i td.). Osiguravanje kontinuiteta skrbi i aktivna skrb za osiguranike/bolesnike treba biti glavni cilj (Domovi zdravlja, kao osnova primarne zdravstvene zaštite, trebali bi nakon reorganizacije pružati dvadesetčetverosatnu zdravstvenu skrb), kako se pacijentu ne bi dogodilo da, nakon što završi radno vrijeme njegova liječnika, ostane bez potrebne medicinske pomoći (danas u praksi nema obiteljske medicine od petka u podne do ponedjeljka popodne, a aktivna skrb za osiguranika praktički ne postoji). Funkcija doma zdravlja kakvoga smo poznavali nekad, čija je zadaća bila sveobuhvatna skrb o zdravlju pučanstva u obuhvatu, danas je svedena samo na liječenje bolesti pojedinaca i usmjeravanje pacijenata prema specijalističkoj i bolničkoj skrbi. Dom zdravlja može biti koordinator rada timova na terenu i raditi po principu djelomičnog found holdera i sudjelovati u preraspodjeli dijela novaca za dodatno financiranje timova (vidi točku 13.). Rad svih timova u novim domovima zdravlja treba nadzirati ravnatelj uz pomoć dva pomoćnika - za kvalitetu rada i sestrinstvo. U domovima zdravlja pacijenti će moći obaviti i neki specijalistički pregled (ultrazvuk, EKG, kardiolog, internist, kirurg, fizikalna medicina i sl.), što će ovisiti o mogućnostima i potrebama lokalne zajednice i educiranosti liječnika.

Model Novog doma zdravlja - ustanove za zdravstvenu zaštitu u zajednici

Model ima 4 osnovne poluge:

1. **Alokacija resursa (povećanje izdvajanja za PZZ, DZ kao found holding za PZZ)**
2. **Osiguranik/pacijent u centru pažnje**
3. **Informatizacija sustava PZZ**
4. **Vraćanje funkcija Domova zdravlja**

Promjene

1. Mijenja se način financiranja plaćanje PZZ. HZZO plaća DZ dio glavarine za sveobuhvatni primarnu zdravstvenu zaštitu, kontinuitet skrbi i aktivnu zdravstvenu zaštitu populacije u obuhvatu. DZ osigurava timovima u zakupu i ostalim timovima, grupnim praksama, djelatnostima i servisima odgovarajuću skrb (obiteljska medicina, pedijatrija, ginekologija, medicina rada, laboratoriji, Rtg, EKG, specijalističko konzilijarne ordinacije, grupne prakse, ljekarne, patronaža, kućni posjeti, medicina rada, iznimno rodilišta i stacionari). Lokalna uprava i samouprava (županije, gradovi i općine) participira sukladno potrebama i mogućnostima u financiranju PZZ (postizanje boljeg zdravstvenog standarda, posebni sadržaji i programi itd.)

2. Vraćanje ukinutih funkcija Dom zdravlja (kontinuitet skrbi, edukacija, timski rad, aktivna skrb, liječenje u kući, aktivno pozivanje na preventivne preglede, aktivno liječenje kroničnih bolesnika).

3. Promjena sustava osiguranja/plaćanja PZZ – treba uvesti „tri cjenika“ u čekaonicama – osnovno osiguranje, dopunsko osiguranje, out of pocket. Dio usluga, obuhvaćenih osnovnim paketom plaćat će HZZO, dio posebnih usluga, izvan osnovnog paketa usluga bit će dostupan onima s dopunskim osiguranjem ili će se posebno plaćati, a dio će se izravno plaćati. Sve to treba biti transparentno i unaprijed jasno pacijentima, a za plaćanje treba izdavati račune.

4. Promjena sustava plaćanja (performance monitoring – plaćanje izvršenja) umjesto plaćanja lista osiguranika – plaćanje liječenja u kući, terminalne opskrbe pacijenata, aktivne skrbi, isporučenog zdravlja pacijentima, posebnih „specijalističkih usluga“

5. Snažno treba biti poticano otvaranje grupnih praksi (vidi točku 20.) (kad se otvara grupna praksa sastavljena od četiri ili pet timova, treba predvidjeti isplatu pete ili šeste glavarine za 24 satnu i aktivnu skrb za osiguranike/bolesnike)

6. Ordinacije i grupne prakse postaju zdravstvene ustanove (mogu zapošljavati, dizati kredite, educirati,

širiti se, otkupljivati prostor itd.). U novom domu zdravlja za svakog pacijenta skrbilo bi više liječnika raznih specijalnosti u sklopu tzv. grupne prakse, najmanje 12 sati na dan i najmanje šest dana u tjednu. U grupne prakse mogu se udruživati pet do šest liječnika prema vlastitim interesima. Radi se o liječnicima opće medicine ili raznih specijalnosti (opća medicina, pedijatar, ginekolog, internist, itd.) koji bi u grupnu praksu doveli svoje pacijente i zajedno skrbili za njihovo zdravlje, što praktički znači da bi o pacijentima brinuli mali liječnički konziliji). Pogodnosti su za pacijente velike jer će ordinacije raditi cijeli dan, a za liječnike još veće jer će moći bolje organizirati rad s kolegama, više se posvetiti edukaciji, više raditi i naposljetku više zaraditi.

7. Ukidanje ograničenja maksimalnog broja osiguranika za grupnu praksu uz obvezu zapošljavanja doktora i medicinske sestre za više od 2000 osiguranika, te svakih 1500 osiguranika više) - pozitivna konkurencija.

8. Kad je riječ o ugovaranju djelatnosti, postojeći sustav zakupa ordinacija, u kojem liječnici zapravo nisu privatnici, treba unaprijediti uvođenjem sustava koncesija koju daju županije. Liječnici će tako postati koncesionari što će im omogućiti da raspoložu prostorom, zapošljavaju koga trebaju i žele i ulažu u opremu.

9. Treba unaprjediti ginekologiju na primarnoj razini. Ona je danas postala posebno pasivna i popušta pred „konkurencijom“ specijalističkih i privatnih ginekologa. Svake godine treba biti dodijeljeno 20-30 specijalizacija iz ginekologije za PZZ, dok se ne uspostavi i popuni mreža. Treba ugovoriti i obvezati bolnice da organiziraju pružanje ginekološke zaštite na primarnoj razini, u domovima zdravlja. Tako će ginekolozi raditi najmanje 2 dana u tjednu u bolnicama i na klinikama a preostalo vrijeme u domovima zdravlja. To će im omogućiti neophodni kontinuitet prakse i edukacije potrebne za sveobuhvatnu skrb za zdravlje žena.

10. Pedijatrija se zanavlja u velikim gradovima, u manjim sredinama potiču se i nagrađuju liječnici obiteljske medicine za izvršenje programa.

11. Školska medicina informacijskim sustavom povezuje se s informacijskim sustavom PZZ (timovima obiteljske medicine koji imaju u skrbi školsku djecu i mladež)

12. Epidemiologija se treba transformirati iz epidemiologije zaraznih bolesti u epidemiologiju kroničnih masovnih bolesti i raka – svake godine po 20 epidemiologa (iz postojeće mreže epidemiologa) treba posebno biti educirano u tom smislu.

13. Patronaža, kućno liječenje i njega u kući povezuju se kao jedinstvena služba s timovima obiteljske medicine. Stoga će, uz postojeće ordinacije opće medicine, stomatologa, ginekologa i pedijatara, u dom zdravlja biti vraćena i kućna njega koja je sada privatizirana i ne radi kako treba. Ta skrb treba biti koordinirana s obiteljskim liječnicima. Nije riječ o oduzimanju stečenog prava vlasništva nad djelatnošću, već o organizaciji i koordinaciji skrbi u zajednici na razini županija, poštujući načela dostupnosti i veće obuhvatnosti

14. Korištenje elektronskih smjernica za pripisivanje lijekova racionalizirat će potrošnji lijekova propisanih na recept ta preko 20% i omogućit bolju isporuku zdravlja osiguranicima/bolesnicima. Korištenje proaktivnih/interaktivnih smjernica omogućit će standardizaciju dobre prepisivačke prakse koja će za znatno manje novaca rezultirati boljim ishodima, osobito kod korištenja antibiotika i kod terapije za kronične bolesnike.

Prilog:

10 ključnih pretpostavki za razrađeni, dokazivi (evidence based) pristup i usvajanje koncepta fundholdinga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

S obzirom na prihvaćanje koncepta korištenja kompleksnog instrumentarija «obnašanja troškova» (*fundholding*) zdravstvene zaštite po liječnicima primarne zdravstvene zaštite, u ovom tekstu bi se potanje identificiralo, definiralo i operativno razradilo 10 ključnih predradnji i pretpostavki za uvođenje tog radikalnog (po promjenama) mehanizma u sustav zdravstva naše zemlje. Pri tome se kao prejudicirajuće navode ključne pretpostavke za uvođenje fundholdinga:

Izražena politička volja za prihvatanje tog instrumentarija

S obzirom na obilje korjenitih promjena koje uvođenje tog mehanizma zahtjeva u sustavu zdravstva i zdravstvenog osiguranja, ne mogu se standardno i uvijek očekivati privole ili protivljenja uvođenju tog sustava, bilo u stručnim krugovima, bilo u općoj javnosti: Nakon temeljito razrađenog sustava i provedenog stručno-znanstvenog obrazloženja te izrade upotrebljivih i vjerodostojnih priručnika za njegovu primjenu, nakon prethodnog provjeravanja u pilot područjima reforme sustava zdravstva, kao udarni dio te reforme očekuje se donošenje odgovarajuće političke odluke koja će odraziti voljnost svih obilježavajućih i zainteresiranih činitelja sustava zdravstva u Hrvatskoj.

Novouvedeni zdravstveni informacijski sustav utemeljen na IT

Pretpostavka sadrži čitav niz neophodnih predradnji, počevši od sustava evidencije osiguranih osoba, zatim svih ključnih zdravstvenih profesionalaca, dobro uvedeni informacijski podsustavi za financiranje zdravstva, kao i za provedbu – utilizaciju u svim segmentima sustava zdravstva, jer je to bitno jamstvo za sprečavanje udvostručenja, redundancije i ev. zlouporabe.

Usporedno prestrukturiranje i drugačije profiliranje institucionalnih oblika primarne zdravstvene zaštite

Dom zdravlja morao bi povratiti neke integrirajuće svoje funkcije i preuzeti određene odgovornosti kao glavni provoditelj primarne zdravstvene zaštite na svom području. To bi mogao ako stekne određena prava i ako bude podvrgnut svojoj također usporednoj preobrazbi, postajući središnjom institucionalnom figurom primarne zdravstvene zaštite, koja funkcija mu je još dodijeljena prije 57 godina u prigodi njegovog osnivanja.

Uvažavanje principa fundholdinga u prigodi predstojeće reorganizacije sustava financiranja u zdravstvu

Neizbježna predstojeća reforma sustava zdravstvenog osiguranja, uz postignuće i realizaciju načela «osnovne košare zaštite» (basic package), mora voditi računa o tome da će obnašatelj, (ne jedini, ali pretežiti), biti liječnik opće medicine sa svim pravima i obvezama fund-holdera.

Uvođenje inovativnih oblika praćenja rada liječnika i stručne ispomoći u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – obnašatelja fundholding sustava

Polazeći od načela utvrđenih po svim predstavnicima zdravstvene vlasti u Europi, a u organizaciji Svjetske zdravstvene organizacije, te u svezi s provedbom reforme sustava zdravstva, jedan od ciljnih momenata u reformi jest kultiviranje prava pacijenata, čuvanje njihova digniteta, forsiranje pravičnosti u pristupu zdravstvenoj službi, itd. To znači da će trebati provesti mahom na elektronskoj tehnologiji zasnovano praćenje rada liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Usporedo će se pledirati i očekivati i ozbiljnije ispunjavanje njihovih obveza i prihvat informacija, aktivno sudjelovanje, preuzimanje dijela odgovornosti i sl.

U duhu čl. 17. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, bit će potrebno donijeti program zdravstvene zaštite za područje Republike, ali i za područja županija, te grada Zagreba. U okviru takvog programa trebat će koncipirati, identificirati, izračunati i predočiti tzv. zdravstveni standard koji će biti utvrđen za svakog građanina Republike Hrvatske i koji će mu jamčiti zadovoljenje određenog kruga zdravstvenih potreba. Taj standard ima dvije komponente: naturalnu i financijsko-gospodarsku. Obje podliježu posebnoj identifikaciji i kvantifikaciji, kao obje strane jedne te iste medalje, ali obje krajnje utjecajne na uvođenje principa fundholdinga).

Organizacijsko, stručno i gospodarsko snaženje jedinica primarne zdravstvene zaštite radi primjerenog preuzimanja funkcija fundholdinga

Makar se Hrvatska može pohvaliti s relativno dobro razvijenom mrežom primarne zdravstvene zaštite, kao i liječnicima pojedincima, i u praksi ostvarivanog holističkog pristupa organizaciji koncepta fundholding, trebat će posebnim programima jačati spomenutu mrežu ustanova i drugih fizičkih subjekata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, postići viši stupanj njihove opremljenosti, a posebno brinuti za neprestani i sustavni «capacity building» u smislu povećanja i snaženja njihove profesionalne kompetencije za rješavanje do 80% problematike s kojom se susreće pri zadovoljavanju zdravstvenih potreba građana za njih opredijeljenih.

Dosljedno provoditi princip slobodnog izbora liječnika

S obzirom na međusplet interesa na strani davatelja usluga, tražitelja usluga i mogućnosti za njihovo ostvarenje, pri čemu može doći do sukoba interesa, neophodno je puno povjerenje građana u liječnike za koje se opredjeljuju. To se može jedino postići dosljednim provođenjem principa slobodnog izbora liječnika.

Postupnost pri provedbi principa fundholdinga

Kako se radi o novom instrumentariju koji pledira na integriranost i cjelokupnost zdravstvene zaštite, ali uz vrlo radikalne promjene u metodi i načinima financiranja sa strane platioca, tj. osiguravatelja, novi model se smije i može uvažavati samo postupno i to nakon određenih radnji koje prethode široj aplikaciji.

Tu se misli na ponudu nekoliko opcija (npr. vlastiti rad liječnika primarne zdravstvene zaštite i troškovi propisivanja i kupnje samih lijekova, zatim to isto plus troškovi specijalističke zaštite). Također će trebati uspostaviti pokuse putem simulacije te na koncu testiranje u pilot područjima.

Tek nakon nepristrane procjene i ocjene, može se dati zeleno svjetlo za širu aplikaciju tog vrlo korisnog instrumenta.

Uvođenje *fundholdinga*, odnosno, osiguravanje sredstava za realizaciju zdravstvenog standarda svakog građanina, podrazumijeva određenu razinu decentralizacije i u sustavu zdravstvenog osiguranja. Međutim, imajući u vidu pomalo drastične razlike u ekonomskoj moći između pojedinih županija u našoj Republici, ta decentralizacija treba biti provedena na način da se uvede sustav reosiguranja te napose da se u punoj mjeri poštuje princip zasnovan na solidarnosti i uzajamnosti između pojedinih županija. Za tu namjenu morat će se uvesti metoda utvrđivanja «tereta bolestima» (*burden of disease*), što će omogućiti da se prosječni troškovi prosječnog tzv. uvjetnog korisnika u jednoj županiji prikazuju kao postotak terećenja mase osobnih dohodaka i drugih sredstava te županije, što bi omogućilo utvrđivanje granica takvog opterećenja iza koje granice slijedi priliv sredstava iz Nacionalnog fonda solidarnosti za zdravstveno osiguranje.

2. Kontinuitet skrbi

Opisano u točkama 1, 14, i 20 (dom zdravlja, plaćanje i grupna praksa)

3. Problemi privatizacije

Opisano u točkama 1, 18, 20, 21 i 22 (dom zdravlja, plaćanje, opremanje ordinacija i grupna praksa, otkup prostora i odnos timova i DZ) i posebnom poglavlju o plaćanju u PZZ.

4. Problem prostora i zajedničkih ordinacija

Opisano u točkama 1 i 22 (dom zdravlja i otkup prostora)

5. Pomanjkanje aktivne skrbi

Opisano u točkama 1, i 20 (dom zdravlja, plaćanje i grupna praksa) i posebnom poglavlju o plaćanju u PZZ.

6. Oslanjanje na dijagnostičke i terapijske servise na višim razinama sustava

Restriktivniji pristup upućivanju na specijalističko-konzilijarne preglede od strane timova opće/obiteljske medicine, timova za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece i timova za zdravstvenu zaštitu žena, kao i financijska potpora tim timovima od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za smanjenje broja pregleda, moguće su rješenje ovog problema. Na ovaj način djelatnosti primarne zdravstvene zaštite preuzele bi dio dijagnostike i liječenja koji mogu provesti same, a specijalističko-konzilijarna djelatnost, koja je sada nespecijalizirana i opterećena nepotrebnim poslovima, postala bi kvalitetniji i učinkovitiji sudionik u zdravstvenoj zaštiti stanovništva. Ovo smanjenje broja specijalističko-konzilijarnih pregleda treba ići uz održavanje (i poboljšanje) kvalitete dijagnostike i zaštite pacijenata, čime bi se znatno smanjila i racionalizirala zdravstvena potrošnja. Ovo poboljšanje treba postići uvođenjem dijagnostičkih i terapijskih smjernica (elektronskih, proaktivnih, čija je uporaba mjerljiva) i kliničkih putova te alokacijom sredstava (da se po višestruko nižoj cijeni „plati“ PZZ za rješavanje i zbrinjavanje „specijalističkih i bolničkih“ pacijenata).

7. Edukacija, uporaba znanja

Potrebno je nastaviti s projektom specijalizacija za doktore obiteljske medicine, a u suradnji s Hrvatskom liječničkom komorom omogućiti da se edukacija (i bodovi za relicenciranje) ne dobivaju samo za uplaćivanje kotizacija na kongresima, simpozijima i seminarima, nego za ciljanu edukaciju namijenjenu dnevnoj praksi koje se uz korištenje interneta može omogućiti doktorima po principu „isporuka potrebnog znanja“, „novi pristupi u dijagnostici i terapiji“, „algoritmi, smjernice, klinički putovi“ itd.

8. Lijekovi

Na području lijekova treba provesti racionalizaciju propisivanja lijekova u PZZ i potrošnje lijekova u bolnicama kroz:

- projekt uvođenja i razvoja prikladnih farmakoekonomskih modela i smjernica (elektronskih, proaktivnih, čija je uporaba mjerljiva)
- modernu analizu zdravstvenog sustava i postupaka koji se primjenjuju te osiguranje provođenje zaključaka analiza
- poticanje inovativnih pristupa koji su zasnovani na dokazima i utemeljeni na znanstvenim istraživanjima
- neke od mjera koje će biti testirane i implementirane jesu: sustavna analiza najpropisivanijih lijekova s naglaskom na odgovarajuće izmjene terapijskih smjernica kojima se može smanjiti neracionalno propisivanje lijekova (smanjiti „terapijsko pomodarstvo“ među najprepisivanijim lijekovima), propisivanje recepata za lijekove za pojedine kronične bolesti moći će se obavljati na receptu s dužim rokom (do 6 mjeseci), uporaba (mjerljiva i proaktivna) smjernica za propisivanje lijekova za većinu učestalih bolesti, proširenje popisa generičkih lijekova.

Kao posljedicu racionalizacije propisivanja lijekova na recept, novce treba transparentno "prebacivati" s pozicije "neracionalno propisani" na poziciju "skupi lijekovi" za teške i rijetke bolesti. Novaca za skupe lijekove nema samo zato jer se oni "jeftini" neracionalno propisuju. Novci za skupe lijekove nalaze se unutar proračuna za zdravstvo a ne izvan. Dosadašnja praksa da se gledalo kratkoročno (koliko košta jedna kutija lijeka, koliko bolesnik "košta" mjesečno i godišnje) treba biti zamijenjena praksom koja će analizirati dugoročni "ukupan trošak liječenja" te racionalizirati troškove, uz istodobno poboljšanje kvalitete života bolesnika "za isti ili manji novac ukupno". Neke bolesti, osobito kronične traju godinama, i ponekad je "skupi lijek" ponekad ustvari jeftin i racionalan, kad se analizira ukupan trošak. Potrebno je sustavno izrađivati hrvatske farmakoekonomske analize za pojedine lijekove i pristupe u liječenju i primjenjivati njihove rezultate u praksi.

9. Informatizacija - Kako pratiti i kontrolirati sustav ?

Projekt Uspostave i razvoja informacijsko komunikacijskog sustava Primarne zdravstvene zaštite, otpočeo 2002. godine, ugovoren 2003. godine, koji se isporučuje od 2005. godine u završnoj je fazi. Do sad je u projekt utrošeno cca 100 milijuna kuna, ali njegova potpuna uspostava i potpuno dovršenje još je daleko od realizacije. Očekuje se da se najprije svi timovi iz djelatnosti obiteljske medicine (cca 2500) a zatim timovi za zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece (cca 225), timovi za zdravstvenu zaštitu žena (cca 220) te timovi za zdravstvenu zaštitu školske djece, mladeži i sveučilištaraca (cca 160) povežu u najskorije vrijeme

u jedinstven informacijsko komunikacijski sustav.

Informatizaciju sustava PZZ koje je otpočela prije 5 godina i koja je pri kraju treba što skorije dovršiti. Ona je preduvjet osiguranja jednake kvalitete za sve osiguranike, provedbe mnogih u ovom dokumentu nabrojanih promjena (uporaba algoritama, plaćanje dodatnih usluga, edukacija itd.).

Jedinica za upravljanje projektom informatizacije sustava primarne zdravstvene zaštite, skupa s Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo treba izraditi plan uspostave i razvoja Nacionalnog javnozdravstvenog informacijskog sustava (NJIS) i predvidjeti i nadzirati njegovu implementaciju.

Jedinica za upravljanje projektom informatizacije sustava primarne zdravstvene zaštite žurno treba organizirati i provesti relenciranje programa uz primjenu jednakih kriterija za kvalitetu koje programi tehnološki i sadržajno trebaju ispunjavati, kako bi se osigurala standardizacija i (potpuna) kvaliteta svih programa koji su službeno povezani u sustav.

Jedinica za upravljanje projektom Skupa s Ministrom i Ministarstvom treba izraditi i provesti plan relenciranja svih aplikacija te pristupiti rješavanju svih komunikacijskih, hardverskih i softverskih problema, kako na razini sustava, tako i s timovima PZZ i ustanovama (Domovima zdravlja) s ciljem potpune uspostave Sustava.

10. Nedostatak timskog rada, horizontalnog i vertikalnog povezivanja u brizi za pacijenta

Kroz informacijsku sustav PZZ te koordinativnom akcijom novoga doma zdravlja treba uspostaviti horizontalnu i vertikalnu povezanost u brizi za pacijenta

Opisano u točkama 1, 9 i 20 (dom zdravlja, informatizacija i grupna praksa)

11. Nedostatak horizontalne i vertikalne komunikacije u brizi za pacijenta

Kroz informacijsku sustav PZZ te koordinativnom akcijom novoga doma zdravlja treba uspostaviti horizontalnu i vertikalnu komunikaciju u brizi za pacijenta.

Opisano u točkama 1, 9 i 20 (dom zdravlja, informatizacija i grupna praksa)

12. Korištenje dijagnostičkih algoritama, kliničkih smjernica i kliničkih putova Usvojeni dijagnostički i terapijski algoritmi, farmaceutske i druge smjernice trebaju biti postavljeni na računala timova PZZ i upogonjena tako da proaktivno omogućavaju timu da primjenjuje najbolju moguću praksu za pacijenta (koja je u pravilu i najracionalnija, najjeftinija). Uporaba i pridržavanje algoritmima treba biti mjerljivo i transparentno za doktora i HZZO. Smjernice i algoritmi trebaju biti postavljeni da posluže kao „alat“ da se doktori i timovi obrane od nasrtljivih neopravdanih zahtjeva pacijenata, kolega, promocije proizvoda i opreme, lijekova i sl.

13. Hipertrofirana administracija, bilježenje na papirima

Administrativni teret: značajno će se smanjiti revidiranjem uputnice, uvođenjem ponovljenog recepta i ponovljenog propisivanja. Nakon uspostave informacijskog sustava treba u potpunosti revidirati i prestati bilježiti podatke koji se ne obrađuju ili nisu potrebni. Treba uvesti i elektronski šifarnik ICPC-2 - Međunarodna klasifikacija primarne zdravstvene zaštite s kojom se upisivanjem samo jedne šifre može izraditi 108 osnovnih pokazatelja, prema skupini bolesti, razlogu dolaska i ishodu, uz mogućnost povećanja ovog broja i proširivanja broja indikatora. Sada se samo iz djelatnosti PZZ sakupljaju podaci za više od 500 obilježja da bi se iz njih izradilo tek nekoliko informacija (isključivo na razini udjela ili trendova), što treba racionalizirati.

14. Kako riješiti problem plaćanja timova opće/obiteljske medicine (posebno poglavlje)

15. Problem plaćanja zaposlenog radnika u timu

Promjene u plaćanju navedene u posebnom poglavlju o plaćanju u PZZ, a osobito razvijanje grupnih praksi riješile bi najveći dio ovih problema. Zapošljavanjem svih ljudi, preraspodjelom radnog vremena za aktivnu skrb, kućno liječenje itd., uz plaćanje isporučenog zdravlja treba omogućiti da se ispoštuju prava iz kolektivnog ugovora i neophodni troškovi za kvalitetan rad. Ovako, timovi s malim brojem osiguranika u skrbi, ili oni koje vode doktori čiji je osobni prihod važniji od kvalitetnog rada ulaze u začarani krug, manje plaćaju djelatnike i smanjuju kvalitetu a ne obratno da zbog troga što imaju više vremena kvalitetnije i više rade s osiguranicima - pacijentima i za to budu plaćeni.

16. Nema partnerstva s pacijentom, obitelji i zajednicom

Promjenama u plaćanju navedenim u posebnom poglavlju o plaćanju u PZZ, a osobito razvijanjem grupnih praksi riješilo bi najveći dio ovih problema. Treba poticati i financijski stimulirati i razvijati modele u kojima se uspostavlja i ostvaruje partnerstvo s osiguranikom/pacijentom, obitelji i zajednicom. Stručne podloge za ovu suradnju treba izraditi Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta skupa s Udrugama obiteljske medicine (HDOD, HUOM i sl). Potrebno je posebno organizirati, poticati i financirati programe partnerstva s pacijentom i obitelji. Jedna od mogućih ideja jest da gradovi i općine daju timovima prostore/ordinacije u koncesije koje financira HZZO, čime bi se formalno uspostavila povezanost sa

zajednicom, lokalnom upravom i samoupravom te otvorilo put uspostavi (i financiranju) projekata partnerstva timova PZZ sa zajednicom.

17. Nema partnerstva s drugim sektorima, intersektorske suradnje

Promjenama u plaćanju navedenim u posebnom poglavlju o plaćanju u PZZ, a osobito razvijanjem grupnih praksi riješilo bi najveći dio ovih problema. Treba poticati i financijski stimulirati i razvijati modele u kojima se uspostavlja i ostvaruje intersektorska suradnja i proaktivni rad i projektna suradnja s centrima za socijalni rad, školstvom, gospodarstvom i drugim sektorima. Stručne podloge za ovu suradnju treba izraditi Katedra za obiteljsku medicinu Medicinskog fakulteta skupa s Udrugama obiteljske medicine (HDOD, HUOM i sl).

18. Oprema ordinacija

Pod opremom ordinacija podrazumijeva se sva oprema određena pravilnikom o uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za ordinacije u PZZ.

Prijedlog je da Hrvatska liječnička komora uputi javni poziv doktorima u PZZ zainteresiranim za kupnju opreme te utvrdi vrstu i količinu opreme koja će biti nabavljena na ovaj način.

Ministarstvo zdravstva raspisat će javni poziv ponuđačima opreme u svrhu postizanja najpovoljnije cijene.

Način financiranja opreme:

- 20% ukupne cijene sufinancirati Ministarstvo zdravstva,
- iznos od 40% ukupne cijene opreme sufinancirat će jedinice područne (regionalne) samouprave za ordinacije koje posluju na temelju ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje te za ustanove,
- iznos od 40% plaća kupac.

Svaki pojedinačni ugovor treba biti ovjeren od strane Hrvatske liječničke komore.

| | Broj radnih mjesta | Broj radnih mjesta u financiranju | milijuna kn | Udio MZSS u milijunima kn | Udio Ž/GZ u milijunima kn | Udio kupca u milijunima kn |
|---------------|--------------------|-----------------------------------|-------------|---------------------------|---------------------------|----------------------------|
| 2009 | 700 | 350 | 20 | 4 | 8 | 8 |
| 2010 | 700 | 700 | 40 | 8 | 16 | 16 |
| 2011 | 700 | 700 | 40 | 8 | 16 | 16 |
| 2012 | 700 | 700 | 40 | 8 | 16 | 16 |
| 2013 | 0 | 350 | 20 | 4 | 8 | 8 |
| UKUPNO | 2800 | 2800 | 160 | 32 | 64 | 64 |

Kalkulacija izrađena na bazi 57.000 kn po radnom mjestu, otplata 24 mjeseci

Hrvatska liječnička komora treba organizirati sastanak s predstavnicima svih županija u svrhu upoznavanja sa sadržajem ovog Sporazuma, te pripremiti sporazum o financiranju nabave opreme koji će sklopiti Ministarstvo zdravstva, Hrvatska liječnička komora i svaka županija.

19. Popunjavanje osnovne mreže PZZ

Može se riješiti samo razvijanjem grupnih praksi ili posebnim financiranjem Doma zdravlja kao found holdera za PZZ. (vidi točku 1)

20. Grupna praksa

Podrška razvoju grupnih praksi na primarnoj razini zaštite: uvesti grupne prakse koje bi racionalizirale potrošnju, pružale kontinuiranu i sveobuhvatnu kvalitetnu skrb na cjelokupnom stanovništvu na određenom teritoriju i osiguravale povoljne radne uvjete za sudionike praksi (zajednička administracija, dežurstva, prostor itd). Udruživanje bi trebalo biti dragovoljno, prepoznato kao olakšanje rada, mogućnost pružanja kvalitetnije usluge uz istu ili bolju zaradu i druge nove pogodnosti. Grupna praksa posebno bi se financijski stimulirala za posebne sadržaje rada. Kućno liječenje u pravilu je dio grupne prakse, a patronažna djelatnost njezin najvažniji partner. Oblici grupne prakse trebali bi biti fleksibilni, deregulacijski, prilagođeni uvjetima, potrebama i mogućnostima. Dva su modela o kojima se raspravlja primjenjiva u našoj praksi: grupna praksa obiteljskih liječnika bez drugih specijalista u primarnoj zaštiti u kojoj radi i patronažna i služba kućnog liječenja te grupna praksa timova obiteljske medicine i drugih specijalista PZZ (pedijatri,

ginekolozi, internisti, kardiolozi,) u kojoj radi i služba kućnog liječenja, te patronažna služba koja može biti i samostalna, teritorijalno određena ali u uskoj povezanosti s grupnim i individualnim praksama na terenu. Timovi unutra grupne prakse međusobnim ugovorom reguliraju prava i obveze za stručni i financijski položaj partnera u grupnoj praksi, osobito u odnosu na raspodjelu financijskih sredstava (zajednički račun, pojedinačni računi + zajednički dio ili pojedinačni računi uz dijeljenje zajedničkih troškova). Liječnici izoliranih područja imaju mogućnost elektronskog i telemedicinskog povezivanja kao poseban oblik virtualnih grupnih praksi, u čemu bi od posebne važnosti trebala biti telekomunikacijska tehnologija.

Organizacija grupne prakse

Organizirala bi se na razini lokalne zajednice veličine 8000-12000 stanovnika.

Osnovna obilježja bi bila: teritorijalna organiziranost, pružanje kontinuirane, sveobuhvatne i integrirane zdravstvene skrbi cijelog stanovništva. Udruživanje u grupnu praksu mora biti dobrovoljno, fleksibilno, te utemeljeno na zadovoljavanju profesionalnih i financijskih interesa članova.

Pretpostavljene prednosti grupne prakse:

- bolji obuhvat populacije, lakša dostupnost svim korisnicima
- grupna praksa omogućuje liječnicima lakše obavljanje posla (zamjene, bolovanja, usavršavanja, zajedničko racionalnije korištenje prostora i opreme)
- stabilnije financiranje i bolja zarada
- organizacija rada u grupnoj praksi omogućuje kontinuiranu edukaciju (odlazak liječnika na specijalizaciju obiteljske medicine, na tečajeve trajne edukacije), edukaciju medicinskih sestara svih profila
- omogućuje se planiranje, organiziranje i izvođenje dodatnih preventivnih i kurativnih programa na populaciji 8000-12000 ljudi (cijepjenje, programi i mjere zaštite, kućno liječenje i sl).
- liječnici organizirani u grupne prakse proširuju djelokrug rada: hitna pomoć, pripravnost, terminalna skrb, mala kirurgija, UZV.
- bolja je suradnja s konzultantima i bolnicama

Lokalna zajednica može sufinancirati rad grupne prakse, ako postoji potreba i mogućnost da se zbog specifičnih potreba mora osigurati viši standard zaštite od onoga koji je moguće financirati kroz standard obaveznog-osnovnog osiguranja.

Predloženi modeli grupnih praksi(struktura):

1. 4-6 timova liječnika opće medicine i patronažna služba
2. 4-6 timova liječnika opće medicine i patronažna služba te drugi specijalisti u primarnoj zaštiti (pedijatri, ginekolozi)
3. 4-6 timova liječnika opće medicine i patronažna služba. Pedijatri i ginekolozi nisu uključeni kao konzultanti za obiteljske liječnike ili odabrani konzultanti za više grupnih praksi ovisno o veličini populacije koju zbrinjava pojedina grupna praksa.
4. Liječnici koji rade u izoliranim područjima mogu se organizirati u virtualnu grupnu praksu.
5. Udruživanje pedijatrijskih timova.

Međusobna prava i obaveze unutar grupne prakse

Međusobna prava i obaveze vezane za stručni i financijski položaj partnera u grupnoj praksi osiguravaju se ugovorom. U grupnim praksama u Velikoj Britaniji postoji zajednički račun, svi partneri ravnopravno dijele dobit, vezani su ugovorom, a praksom rukovodi u financijskom i organizacijskom smislu menadžer kojega praksa upošljava.

Taj se model pokazao djelotvornim, iako partneri mogu imati i drugačije reguliranje financiranja, primjerice, pojedinačne račune i zajedničko financiranje posebnih zadataka.

Postojeći način financiranja putem pojedinačnih ugovora HZZO i izabranog liječnika čini ozbiljnu prepreku udruživanju u situaciji kada liječnici zbog razlika u veličini liste imaju vrlo različite prihode. Stoga je potrebno oblikovati sustav koji će stimulirati obiteljske liječnike za udruživanje u grupne prakse, primjerice:

1. Svi partneri u grupnoj praksi ravnopravno dijele dobit od provođenja dodatno financiranih programa na razini grupne prakse
2. Zbog većeg obuhvata populacije u skrbi, veći je opseg pružanja dodatnih usluga koje se financiraju po modelu cijena puta usluga, 30% ostvarene dobiti iz tog posla svaki član grupe daje u zajednički prihod.
3. Za poticanje udruživanja u grupnu praksu osiguravatelj daje 10% veću sumu za bazične troškove ambulante.
4. Za poticanje udruživanja u grupnu praksu osiguravatelj odnosno HZZO- garantira svakom liječniku osnovnu plaću bez obzira na veličinu liste
5. Svake tri godine grupna praksa može dobiti plaćenu specijalizaciju za jednoga polaznika specijalizacije iz obiteljske medicine
6. Svi partneri daju jednak udio sredstava za zajedničke troškove (servisi, upošljavanje menadžera prakse, edukacija članova grupne prakse).
7. Imati prednosti kod otkupa prostora doma zdravlja.

KOMENTAR:

Grupna praksa mora biti prvenstveno dobrovoljna odluka liječnika da si udruživanjem olakšaju posao, organiziraju zamjene za vrijeme odsustva zbog bolovanja, stručnog usavršavanja, izvođenja preventivnih programa i slično. Predloženo povećanje djelokruga posla doktora udruženih u grupnu praksu, uz zapošljavanje menadžera koji bi organizirao i rukovodi financijama, zajamčena plaća i sl, dovode do gubitka samostalnosti doktora poduzetnika, stvaranje nekakve organizacije čiji je pravni status upitan. Nadalje sva sredstva koja bi se dodatno u ovako predloženi oblik grupne prakse ulila nisu dostatna da pokriju troškove menadžera. Ako ovakav model grupne prakse znači povratak na neki način u stare Domove zdravlja tada znači političku odluku i zaustavljanje procesa privatizacije, te vraćanje korak unatrag. Grupna praksa se ne može nametnuti, političkom ili bilo kojom drugom odlukom.

Za 2009 godinu može se raspisati natječaj za grupnu praksu s gore navedenim uvjetima i organizacijom da se utvrdi koliko liječnika je za taj oblik udruživanja zaista zainteresiran, u pilot projektu vidjet će se rezultati, mogućnosti i problemi.

Napomena: treba poticati - stimulirati grupnu praksu:

1. Povećanjem mogućnosti zarade, grupna praksa registrira se kao d.o.o.
2. Otvaranje mogućnosti otkupa prostora
3. Otvaranje mogućnosti osnivanja Grupnih praksi kao d.o.o. (otvaranje mogućnosti edukacije, podizanja kredita, zapošljavanja djelatnika, razvoja, proširivanja djelatnosti – poliklinika i sl.)
4. Nema ograničenja broja osiguranika za grupne prakse – dozvoljen je rast, povezivanje, spajanje, s drugim ordinacijama, kooptiranje, umrežavanje i sl.

21. Otkup prostora

Potrebno je da domovi zdravlja skupa s timovima PZZ i lokalnom upravom i samoupravom riješe problem prostora i zakupa prostora u dvije faze: u prvoj da svakako riješe problem rada u dvije smjene u istim ordinacijama i da se na taj način omogući da timovi rade puno radno vrijeme u prostoru u kojem mogu rasporediti svoj rad na najbolji mogući način. U drugoj fazi moglo bi se pristupiti otkupu dijela prostora (uz strogo regulirane uvjete, namjenu prostora i regulativu da se takvi prostori ne mogu otuđivati, prenamjenjivati bez suglasnosti DZ i lokalne uprave i samouprave). S otkupom prostora treba ići pažljivo, postepeno, nikako masovnom akcijom koja bi mogla rezultirati nepredviđenih neugodnim iznenađenjima za prodavatelje i kupce. Prvi koraci moraju učinjeni biti na razini dobrovoljnosti, a doktori trebaju sami odlučiti žele li ili ne žele ići u otkup prostora u kojemu rade. U prvoj fazi otkup bi se mogao dozvoliti samo za grupne prakse koje se registriraju kao d.o.o. po principu koncesije na 30 godina. U konačnici, država (odnosno županije kao vlasnici prostora) bi morala dati pravo otkupa svih prostora u kojima liječnici rade, ali da pravo otkupa prostora ima prvenstveno doktor koji u njemu radi i da se taj prostor koristi isključivo za potrebe rada ordinacija. Taj otkup u drugoj fazi mogao bi ići po principu koncesije na onoliko godina koliko nedostaje doktoru do mirovine, a maksimalno na 30 godina.

22. Odnos privatnika/zakupaca i Domova zdravlja

S Domovima zdravlja doktor treba imati čiste odnose. On nije više zaposlenik Doma zdravlja i kao takav ne može biti niti na jedan način ograničavan u radu od strane Doma zdravlja. Povezivanje timova domova zdravlja treba biti regulirano i interesno. Domovi zdravlja trebaju doktorima pomagati da „na tržištu“ lakše dođu do posla koji je financiran i koji se može naplatiti, a timovi trebaju novom domu zdravlja doprinositi da izvrši svoju misiju – pružanja sveobuhvatne primarne zdravstvene zaštite populaciji u obuhvatu. Dom zdravlja treba biti koordinator rada grupnih praksi i timova na terenu ili raditi po principu djelomičnog found holdera i sudjelovati u preraspodjeli dijela novaca za dodatno financiranje timova (vidi točku 1. i točku 13.). Rad svih timova u novim domovima zdravlja treba koordinirati, ali ta koordinacija ne smije značiti prisiljavanje, „zavirivanje“ i guranje prstiju u lisnicu. Domovima zdravlja trebaju postati svojevrsan health market, „tržnica i burza“ gdje će pacijenti moći obaviti zdravstvene usluge i isporuku zdravlja a doktori zarađivati novce nudeći svoje znanje, vrijeme, energiju i iskustvo. Obzirom na nisku cijenu glavarine, ona bi trebala ostati najvećem dijelu timovima u zakupu (za hladni pogon) ali bi se grupnim praksama i timovima koji rade više i bolje, koji pružaju više usluga, koji rade nedjeljom i blagdanom trebalo omogućiti da preko Domova zdravlja zarađuju puno više, a na korist poslodavcu kojem racionaliziraju potrošnju i štede novce koji bi bili potrošeni na višim razinama zdravstvene zaštite a bez bolje kvalitete usluga i boljeg ishoda za pacijenta. Domove zdravlja, grupne prakse i zakupce može povezivati samo zajednički, dobrovoljni, financijski, a ne nametnuti interes.

23. Problem zamjena za godišnji odmor, bolovanja i izostanaka s posla (kongresi, edukacije itd.) kod ordinacija u zakupu

Zbog toga što je „sve riješeno u glavarini“ te što je zbog manjka doktora teško naći i platiti zamjenu za godišnji odmor, bolovanja i izostanaka s posla (kongresi, edukacije itd.). Postalo je pravilo da timovi „pokrivaju“ jedni druge što u praksi znači da su ljeti kad u Hrvatku stignu milijuni turista, ordinacije već dvostruko opterećene poslom od domaćih osiguranika, uz još puno problema koji nastaju sa zamjenama.

Kontakt podaci:

Primarijus dr. sc. Ranko Stevanović, specijalist obiteljske medicine

Predsjednik Hrvatskog društva za farmakoekonomiku i ekonomiku zdravstva
Voditelj Odjela za primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo
Voditelj modula „Javno zdravstvo“ na Međunarodnom poslijediplomskom studiju iz menadžmenta u
zdravstvu pri Školi narodnog zdravlja "Andrija Štampar" Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu