

zapisnik. – pojašnjenje boja radi lakšeg praćenja

NIJE SE DOGODILO

Pojašnjenje dodao KoHOM

Pojašnjenje dodao HUOM

Sastanak udruga opće/obiteljske medicine **HUOM, HDOD, KOHOM, DNOOM, UPPZ**, održan u subotu 16.1.2010. u prostorijama škole narodnog zdravlja, dvorana E od 10-15 sati

Prisutni: DRAGOMIR PETRIC, TATJANA CIKAČ, RAJKA ŠIMUNOVIĆ, JOSIP LONČAR, HRVOJE TILJAK, HRVOJE VUKOVIĆ, VESNA SAMARDŽIĆ ILIĆ, LJILJANA SOLAR CIPRIĆ, MIRICA RAPIĆ, GORAN TODOROVIĆ, RUDIKA GMAJNIĆ, MARKO RAĐA, ŽELJKO BAKAR, VESNA KROATO VUJČIĆ, DRAGAN SOLDIĆ, MILICA KATIĆ, BISERKA BERGMAN-MARKOVIĆ, VENIJA CEROVEČKI NEKIĆ, ŽELJKA VENDLER ČEPELAK, IDA JAUGUST ŠITA, LEONARDO BRESSAN, BARI ŠITA, VESNA POTOČKI RUKAVINA, LJILJANA LULIĆ KARAPETRIĆ, MARIO MALNAR, JOSIPA RODIĆ, VJEKOSLAVA AMERL ŠAKIĆ

Sastanak je održan na poziv HUOM-a, radi otvorenih i konstruktivnih razgovora o zajedničkim stavovima, ciljevima i idejama. Što pokreće koju udruhu, što im je cilj i kako dalje prema zajedništvu. Uvodnu riječ je održao predsjednik HUOM-a Dragomir Petric:

„Jedan od temeljnih razloga nastanka HUOM-a je izboriti jednog dana, ma kad to bilo, obaveznu specijalizaciju za samostalni rad u obiteljskoj medicini, kao što je ima i svaka druga struka u području medicine. Treba ukinuti A, B i C program specijalizacije, te ostaviti jedinstveni program, kao i za druge specijalizacije. To se odnosi samo na nove liječnike koji tek ulaze u sustav. Tako se stvara ceh. Ti liječnici onda trebaju negdje početi raditi. Temeljni problem je zamrznutost liječnika na jednom mjestu i kada to on ne želi. Pravilnik o popuni mreže bi trebao urediti sustav premještanja liječnika od periferije s dežurstvima prema centrima gradova, jer nije pošteno da se liječnik odmah po završetku studija zaposli u centru grada. Treba inzistirati da se pripravnosti pretvore u dežurstva - da se izjednačimo sa svim drugim liječnicima koji gube noći zbog pacijenata.

2. HUOM smatra da su koncesije preslik lošeg ugovora s HZZO-om.

3. Ugovor s HZZO-om je oduvijek bio nepovoljan, te trebamo pokušati utjecati na njega. Osnovno je da plaćanje ne može biti isključivo glavarinom, treba dodati i sve druge mogućnosti plaćanja, te uvesti sustav kontrole kvalitete rada.

HUOM smatra da tijekom 18 godina nisu mogli više napraviti, jer se dosta liječnika diglo tek kad se dirnulo u novce. Napadani su (HUOM) kao neaktivni. Neprihvatljivo je da se tvrdi kako nešto

nisu napravili, treba maknuti kritizerstvo bez osnova, prekinuti s otuđivanjem intelektualnog vlasništva. Puno je problema u obiteljskoj, napadanjem nećemo mnogo postići. Da li mi unutar ovih problema možemo naći zajedničke točke?“ – završena bilješka govora prim. Petrica.

Rajka Šimunović se osvrće na dio dosadašnjeg rada HUOMa – usvojeno je plaćanje iste glavarine za djecu kod LOM-a i pedijatra, raspravljalo se i upozoravalo vlasti na probleme: plaćanje ptp-a, zbrinjavanje medicinskog otpada, metadonska terapija. . .

"Hvala na pozivu – Mario Malnar – KoHOM prihvaća obrađivanje tema koje su nam zajedničke i pokušaj usuglašavanja oko njih zbog čega smo i došli na sastanak. Nažalost su mnoge teme koje je HUOM pokrenuo i dalje nerealizirane. KoHOM ne zna o čemu se govori kad se govori o intelektualnom vlasništvu od strane HUOMa. Činjenica je da je nova udruga nastala iz potrebe između ostalog zbog nezadovoljstva članova KoHOMA do tada učinjenim. Zajednički možemo lakše pogurati svi mi (svi obiteljski liječnici). Imamo mogućnosti, svijest kolega na terenu, želju kolega da se nešto promijeni – kako bi vršili pritisak prema vlasti.

Opaska Petric: Malnar NIJE spominjao intelektualno vlasništvo u svom govoru jer bi mu ja odmah odgovorio. Uostalom i iz ovog zapisnika (kasnije) se vidi o čemu se radi, kako se neke stvari prisvajaju radi dojma kod kolega. Ne slažem se ni sa time kako prošlost treba zaboraviti, takovi su osuđeni na ponavljanje grešaka. Oprost je jedno, zaborav drugo.

Bari Šita: Ne treba inzistirati na prošlim stvarima, tko je što napravio, nego idemo zajedno dalje, nastaviti s bolnim problemima - koncesijama i ugovorima. (radi se o poslu koji će kolege raditi idućih 10 godina). Za sada su u predanim koncesijskim ugovorima ubačena dežurstva, pripravnosti, mrtvozorstva i drugi poslovi - što se treba iz njih izbaciti. O ugovorima s HZZO-om trebamo se dogovoriti - i dalje inzistirati na plaćanjima 100% od 2008, pa naviše (DTP + preventiva + ostalo s posebnim ugovorima). KoHOM smatra da je u ovom trenutku pitanje koncesija najbitnije pitanje za struku. Mora se zajednički tražiti promjena predložka koncesijskog ugovora kod Ministarstva, ali istovremeno boriti se na lokalnoj, županijskoj razini da se prijedlozi ugovora izmijene na korist struke. KoHOM je toj problematici posvetio dosta vremena te je upoznat sa svim aspektima problema. Posebno se traži da se izbaci obveza rada u pripravnost, dežurstvu, mrtvozorenje „i ostale usluge“ što bi se sve moralo regulirati posebnim ugovorima između naručitelja i izvođača. Tome u koncesijskim ugovorima mjesta nema. Isto tako, u koncesijske ugovore mora se ubaciti obveze županija da koncesionarima koji su u prostorima trećih osoba (ili svojim) na pravi način pomognu: bilo izdavanjem novog prostora za djelatnost ili smanjenjem koncesijske naknade. Koncesijska naknada bi se morala gradirati za sve one osobitosti koncesionara koje postoje na terenu: tuđi prostor (ili svoj u koji se investiralo), starost poslovnog prostora, loša opremljenost prostora i opreme zbog dosadašnje nebrige DZ-a, teži uvjeti rada (izoliranost ordinacija, udaljenost od bolnice i sl.). Ako je plaća sestre (po zakonu) garantirana na razini kolektivnog ugovora, onda se sredstva za sestru moraju izdvojeno i u cijelosti plaćati od strane HZZOa.

D Petric: smatra da ne smijemo raditi sistemom akcija - reakcija, nego treba imati viziju. Neosporno je da oni timovi koji su ispod standarda ne mogu osigurati plaću sebi i sestri po kolektivnom ugovoru. Smatra da svaki liječnik i sestra koji su prodali svojih 8 sati HZZO-u, moraju dobiti minimum prema kolektivnom ugovoru – pokušati inzistirati na tome. Za ispodstandardne timove („male“) – povratak u Dom zdravlja (smatra da je to jedino rješenje). 20% kolega izjasnilo se anketom komore da se žele vratiti u Domove zdravlja i misli da je to sada zadnja takva mogućnost, ukoliko nisu motivirani da rade samostalno iz bilo kojeg razloga.

M. Malnar– standardna glavarina (koja je po izračunu UPPZa i dr. Bakra apsolutno nedovoljna) bi trebala biti minimum za svakog liječnika u mreži – trebali bi svi proučiti proračune UPPZ-a, ne se uspoređivati s ostalim liječnicima unutar sustava. Polazna bi osnova trebala biti vrijednost barem standardnog tima. HZZO u strukturi izračuna glavarine godinama nije ništa mijenjao godinama, pa tako i danas imamo smiješno male predviđene iznose za režijske i ostale troškove koji nisu realni..pa tako HZZO plaća režije 700kn, kućne posjete dnevno 17 kuna i sl... Po izračunu HZZO-a, glavarina za standardni tim iznosi 31.000.-kn.

D. Petric smatra da mrežu treba dovesti na standard, a standard dobro platiti.

M. Malnar – minimum prihoda ordinacije treba biti prihod standardnog tima (ako je država odlučila da je mreža O.K., onda treba svima u mreži platiti barem vrijednost standardnog tima – ev. ako je županija povećala mrežu, neka plati svakog liječnika koliko on zavređuje, a to je minimum vrijednost standardnog tima)

Ljiljana Lulić Karapetrić – radi u ambulanti na periferiji grada, educira se, radi preventivne programe. Ne slaže se s time da je odlazak u DZ jedino rješenje, smatra da je novac koji će DZ-a dobijati od HZZOa za svoje timove bolje iskoristiti plaćajući te manje timove direktno. Rad u DZ-a je nestimulativan, s ravnateljima se često dolazi u sukobe, novosti iz Riječkog DZ-a su da pokušavaju promijeniti ugovore o radu s liječnicima (ukidajući tzv. nositelje tima) kako bi ih mogli u Dzu preraspodjeljivati po želji (i onemogućiti im sudjelovanje u postupku nadmetanja za koncesioniranje).

Željko Bakar, UPPZ – godinama se gnjavimo s visinom glavarine (bilo da je ambulanta u zakupu ili u privatnom prostoru). Osnova je da zajedno sjednemo i napravimo realnu kalkulaciju glavarine. Koliko je novaca potrebno za funkcioniranje standardnog tima. (Kalkulacija tima prije 10 godina iznosila je 10.000 DEM-a, i danas je toliko, a prema svim poskupljenjima realno bi trebala biti 10.000 EURA). Uz to koncesiji za djelatnost po mišljenju UPPZ-a nema mjesta u PZZ – ponižavajuće je za struku (u zakonu se ne govori da je riječ o koncesiji za djelatnost) – županije sad trebaju raspisati natječaj za popunu mreže koje u stvarnosti nema.

Naša ravnopravnost u sustavu – u našem današnjem sustavu je naopako sve postavljeno – kreator zdravstvene potrošnje je pacijent i klinička medicina, koja nema osjećaj koja je cijena zdravstva – u svakom uspješnom sustavu kreator zdravstvene potrošnje je liječnik primarne zaštite s pacijentom.

Prijedlog: tražiti novu kalkulaciju realne glavarine (s HZZO-om i MIZSS), trebali bi forsirati da imamo male timove, koji mogu raditi pravu obiteljsku medicinu. Županije trebaju raspisati natječaj za mrežu, a županije nemaju dovoljno sredstava za dodatno financiranje obiteljske medicine.

M. Katić (Katedra OM Zagreb, DNOOM, sudionik stručnih društava, no ovdje govori ispred Katedre) – Mi moramo pokazati da smo kao struka sposobni zastupati jednu viziju. Sad smo krenuli po detaljima, gubimo kreativnu energiju na detalje, (ideja D.Petrica je da se naprave radne skupine, koje će se baviti pojedinim detaljem-problemom, sa po 1 članom iz svakog društva). Drugo, jednako važno je da imamo 2-4 realna društva, svako se profilira u svojim zadaćama, po njoj bi to moglo biti – HUOM stručno, HDOD-organizacijski, KOHOM-cehovski orijentirani (komorski nastup), DNOM – edukacija. Bitno je da svako društvo pridonosi u onome što najbolje može raditi. Ovako se dešava da je percepcija o nama kao o dijelu sustava, da smo skupina koja se bori samo za novce, a ne za struku – tu percepciju o nama šire HZZO I MIZSS. Uloga Katedre je da sve ono što je utemeljeno na dokazima i potpomažu – usuglasiti se, napraviti radne grupe, zajednički stav.

Lj. Lulić – KoHOM ne doživljava kao cehovsku udrugu – mi smo mlada udruga i možda vam djelujemo da smo cehovski orijentirani, ali vjerujte da smo i stručno orijentirani što će pokazati vrijeme.

R. Gmajnić – pitanje je to mi želimo i kako to ostvariti? Privatna inicijativa? Državni službenici? Sadašnji sustav je omogućio da jedni zarade više, a drugi manje. Pitanje je i koncesijskih ugovora za 3 županije, koje su ih već potpisale? Svaka županija za sebe? Trebali bi imati zajednički stav za koncesije i prijedloge proslijediti na sve županije. Svi mi radimo već 20 godina isto što i danas – plaćemo jedni drugima na ramenu i odlazimo kući frustrirani.

V. Kroato Vujčić, **HDOD** – proučavala je sustav 10 godina. 1960.g. 3400 liječnika, od toga 1800 LOM-a, tada je standard bio 1.500 pacijenata po liječniku. Danas je omjer 12.000/2350 LOM-ova – SADA JE STANDARD 1.700. Specijalista u bolnicama ima 4 x više nego obiteljskih liječnika. Osiguravatelj i organizator zdravstva je nakon rata odlučio privatizirati sustav – sada ima 500 liječnika manje – (do standarda od 1700 ljudi se došlo podjelom populacije s brojem liječnika obiteljske medicine).– Uvedeni su nam organizacijski poslovi, imali smo rat, poratnu kazuistiku, multimorbiditet, po danu možeš prikazati samo jedan slučaj (a pacijent dolazi zbog više stvari). Za vrijeme prof. Stavljenić u sustavu je bilo 64.000 zaposlenih u zdravstvu (za obiteljsku se izdvajalo 600.000.000 kuna u HZZO proračunu), danas ima 80.000 zaposlenih u zdravstvu (za obiteljsku se odvaja 800-900.000.000 kn, što je vrlo malo u usporedbi na ukupni zdravstveni proračun od 26.6 mlrd!!!). Sustav se kreirao tako da sam sebe (administraciju) održava, a kad treba - zdravstveni sustav predstavlja rezervni interventni fond, rezervna financijska sredstva za državu. Ona vodi dislociranu ambulantu u Đakovu, imala je 2045 osiguranika na početku zakupizacije, a danas ih ima 1.500 i dobro zna u kakvim uvjetima rada je ranije radila, a kako sada. U strukturi novca kroz desetljeće je rast prihoda obiteljske medicine (u 10 godina samo

30%), dok je ukupno (bolničko i cijeli sustav) zdravstvo poraslo za 70%, a BRUTO državni proračun u tih deset godina 105%. To samo potvrđuje da smo desetljeće bili na začelju i svake godine u strukturi proračunskih izdvajanja padali godinama. Vrijeme je da onaj tko želi bolju obiteljsku medicinu da novce. Nema mjesta preraspodjeli unutar našeg dijela proračuna već se trebaju dati dodatni novci da bi dio struke od kojeg se očekuje 80% posla to mogao i napraviti.

Prof. Bergman Marković, **DNOOM** – Danas postoje na nebu obiteljske medicine 5 društava koje zdravstvena vlast koristi po sistemu „DIVIDE ET IMPERA“ – te je nužno upravo zato naći zajednički jezik, usuglasiti se da prema van imamo zajednički stav. **Govore**

uda društvo vode, vizija DNOOM – o strukturi obiteljske medicine ide u dva smjera

1. trukturalnost – napraviti „vladu, s premijerom (koji se mijenja svake godine), ministrima (predsjednici svih ostalih društva) i parlamentom (zastupnike predstavljaju članovi upravnog odbora svih društva)“ – 5 društava zdravstvena vlast koristi po sistemu „DIVIDE ET IMPERA“ – trebamo naći zajednički jezik, usuglasiti se, trebamo napraviti strukturu te da prema van imamo

2. postoje

ih 5 društva i dalje samostalno rade, ali se oko važnih odluka dogovaraju putem zajedničkih povjerenstva konsenzusom, ali i s demokratski prihvaćenom borbom među njima za vlast.

Takav oblik je isto demokratski , ali je pitanje učinak prema van.

ko . Struktura, nađimo zajedničke poveznice, napravimo radne grupe. Hajdemo napraviti strukturu vlade s predsjednikom koji se mijenja svake godine, s paprlamentom u kojem su vođe svih grupacija, donositi zajednički stav. Ako to ne napravimo, onda imamo 5 stranaka s pollitičkom, demokratskom borbom među njima. Takva borba je isto demokratska, no upitan je učinak.

D.Soldo – Ako se kreće onda se treba krenuti od izračuna realnih troškova. Županije trebaju raspisati natječaje za specijalizaciju.

J. Rodić - Mi smo prije godinu dana htjeli upravo ovakvu koordinaciju; podsjeća nas da smo po Ustavnom sudu iz 2006. privatnici (odgovor dr. Gmajniću „Što smo mi?“), te tako i poslujemo u poreznom sustavu RH.

M. Malnar – Liječnik koji ima ugovoreni tim u mreži mora biti plaćen minimalno s 31.000.- kn mjesečno, ako ne radi kako treba, mora ga se kontrolirati i ev. sankcionirati. Svaki liječnik dobro radi (nemamo kriterije izvrsnosti!) a službe kontrole rada postoje pa neka i rade. Obzirom da svaki liječnik dobro radi - time i svaki liječnik zaslužuje da ga se plati minimumom vrijednost

standardnog tima.. UPPZ-ov proračun iznosi oko 47.000 realne vrijednosti rada tima. Idemo dogovoriti plaću za kolege kako ju imaju i sestre – ne možemo reći da kolega koji je završio fakultet ne mora imati osnovni prihod za pristojni život – Ako se zakonom priznaje i daje pravo sestri na plaću po kolektivnom ugovoru, treba isto tako dati i liječniku kao minimum, a dodatke na to omogućiti kroz sustav. Mrežu treba riješiti sustavno. Ne treba dovoditi s naše strane u vezu plaćanje tima s mrežom (odgovor dr. Petricu) to je pitanje koje država i lokalna uprava moraju rješavati – ako žele mimo standarda više mjesta u mreži, neka izvole to platiti u cijelosti liječniku, ma kako on imao malen tim. Ako ga ima u mreži, znači da je taj tim tamo potreban.

Bergman – Ne smijemo svi raditi sve, nego podijeliti poslove tako da svatko radi svoj dio posla.

B. Šita – Imamo 2 moguća pravca – jedan je struktura i vizija, dok je drugi rješavanje konkretnih problema. Vizija postoji od prije – krenimo na strukturni dio.

I. Jaugust Šita – radna skupina je prihvatila reformu koja skida 40% prihoda – mi smo tu zajedno da bi mogli napredovati. Kao prvo moramo jesti! Tražimo podršku da tražimo 120% od postojeće „glavarine“, kako je najavljeno od državnog tajnika i administracije na Plitvicama i na UV HZZOa. Nećemo se vraćati na manje prijedloge od toga. Koncesijski ugovor – trebamo se osvrnuti na sve točke tog ugovora (po kojem bi 40-50% ordinacija moralo prisilno natrag u domove zdravlja). Ida smatra da je prijedlog radne skupine išao na štetu svih lije

nika, a posebno onih koji imaju ve

e timove, te u startu zakidao ordinacije za do 40% zarade. Kako se spominjalo da se radna skupina nije bavila financiranjem, Ida smatra da to nije to

no, jer na

ela koja su u tom prijedlogu iznesena direktno zakidaju financiranje timova – uvjetovanje DTP-a, i pla

anja preventive izvedenim postotcima, smanjenje prihoda koje smo već imali kao polazište financiranja i sl. Također je tražila da se članovi radne skupine Ministarstva izjasne da li njihov rad u toj skupini ima po njima utjecaja na prihode lije

nika“

Bergman – nas želi podsjetiti da smo u demokratskom društvu te da svi imamo pravo na svoje mišljenje, te da moramo demokratski razgovarati. Ne možemo biti u jednoulju, nego skupiti različita mišljenja i od njih napraviti ono što je najbolje.

V. Kroato - Novac je pretpostavka za normalan rad. Novca u sustavu ima. Nemojmo polaziti od toga da nema. Mi funkcioniramo s manje od milijarde, te time trošimo najmanje u sustavu, a od nas su očekivanja ogromna! (3.75% ukupnog zdravstvenog proračuna).

Petric – naglašava da 20% liječnika iz ankete želi ostati u DZ-a. Ne možemo ljude obvezati na jednounge odluke (odgovara na pitanje dr. Gmajnića, da li da tražimo da budemo privatnici,

radnici državne službe – DZ, - time odgovara da podijeljeni sustav treba ostati, dakle s jednim i drugima). Teško se može tražiti sredstva za standardni tim bez obzira na broj pacijenata u skrbi, a ne ograničiti i maksimalni broj, te očekivati da će država platiti veći broj od standarda nije realno, a neće ni lokalna zajednica.

Opaska - Malnar: naše je da ispred članova u sav glas to tražimo, a njihovo je da daju. Ne smijemo se mi ograničavati u traženju onog što nam pripada.

Opaska – Petric: ukoliko su traženja neutemeljena ili loše obrazložena ustrajavanje na njima je štetno jer se tada i ostali zahtjevi promatraju kroz prizmu samokoristi.

Petric, u ime HUOM-a predlaže 12 strukturnih prijedloga oko kojih se trebamo izjasniti kako bi utvrdili s koliko se ovih prijedloga slažu i ostali prisutni na sastanku.

Opaska - Malnar: ovi prijedlozi u stvari čine dnevni red sastanka. S tim u vezi oni su teme sastanka o kojima se raspravljalo. Oni nisu per se prijedlozi samo i isključivo HUOMa jer su o istima i druge udruge imale i dale stavove, te su se sami prijedlozi mijenjali kroz raspravu.

Opaska – Petric: nije tako, dnevni red je bio samo jedan - pokušati naći dodirne točke.

KoHOM je želio razgovarati samo o koncesijama i ugovoru, a HUOM je predložio viziju cijelog sustava i njegove strukturalne dijelove što su i ostale udruge prihvatile. Tijekom rasprave su se promijenila samo pojašnjenja pojedinih stavova, ne i oni sami.

1. SPECIJALIZACIJA MORA BITI U BUDUĆNOSTI OBAVEZNA ZA SAMOSTALNI RAD. **JEDNOGLASNO PODRŽANO.** (DETALJI ĆE SE MORATI UREDITI, SLAŽEMO SE DA NAŠA SPECIJALIZACIJA IMA ISTI STATUS KAO I SVE OSTALE SPECIJALIZACIJE, dakle državno provodiva i plaćana, a ne HZZOom, te da je to pitanje budućnosti, a ne odmah sada za sve u sustavu. Samo za novije liječnike kroz vrijeme)
2. Odstupanja od standardnog tima /1.500/ - prema Nacionalnoj Strategiji mogu biti maximum 10-20% , UVAŽAVAJUĆI IZNIMKE, PO CIJENI SADAŠNJEG STANDARDNOG TIMA. **JEDNOGLASNO PRIHVAĆENO.**

Dakle, još jednom, uz napomenu da takav standardni tim MORA imati i sredstva za standardni tim, koja danas iznose oko 31,000kn. Dakle, NEMA SMANJENJA standarda bez podizanja cijene rada na minimum za svaku ordinaciju od 31,000kn, a ciljati na izračun vrijednosti rada tima od UPPZa (47,000kn) za standardni tim. Ma koliko to nekima zvučalo puno, toliko vrijedimo.

KoHOM, Ida: to može predstavljati samo viziju slijedećeg dugogodišnjeg razdoblja, uz naglasak da se donošenje takvog zaključka ni u kom slučaju ne smije smatrati pristankom koji će dati alibi i dozvolu MIZ-u da u roku "odmah" počine ostvarivati standardne timove - što odmah znači zatvaranje onih ispod minimuma ili njihov prisilni odlazak u DZ i prisilno oduzimanje pacijenata onima iznad maksimuma (a time i direktno smanjivanje njihovih prihoda) - što su i Petric i Bergman – Marković rekli da postoji mogućnost da će ako se mi ne složimo - to prisilno učiniti zakonodavac – odgovoreno je da im (MIZSS) obiteljski liječnici za to ne trebaju davati podršku i ideje. To je moguće učiniti samo kroz dugogodišnje razdoblje i to prirodnim putem - sve ostalo je nasilje nad sustavom i zadiranje u stečena prava

HUOM, Gmajnić: ne možete tražiti rješavanje „malih“ timova odmah, a „velikih“ jednog dana, ako baš mora.

3. PRIMJENA NOVIH NORMATIVA – DODJELA SVIH NEOPREDIJELJENIH I PREMJEŠTANJE PREKOBROJNIH – u kraćem roku TO MORA NAPRAVITI HZZO – **NIJE PRIHVAĆENO** HUOM smatra kako se radi o temeljnom preduvjetu za sređivanje sustava, KoHOM smatra da je to na taj – brz - način, uz kršenje prava pacijenata praktički neizvedivo. Što je s ustavnim pravom pacijenta na izbor liječnika, ostali se nisu izjašnjavali.

KoHOM smatra da je jedini način da se zabrani upisivanje timovima iznad maximuma, da se postupno pune manji timovi, a prirodnim odljevom smanje maksimumi, ali uz istovremeno podizanje plaćanja na minimum od 31,000kn svakome u mreži.

HUOM smatra kako se ne može na jednoj strani dodavati a da se na drugoj ne oduzme, posebice što se samo posredno radi o novcu a temeljno je podići kvalitetu i uvjete rada svih liječnika (jednima dodati posla a druge rasteretiti, kako bi svi mogli kvalitetno raditi). Prava pacijenata su oduvijek ograničena, i trebaju biti, kako u broju onih koji mogu izabrati nekog liječnika, tako i u sadržaju na koji imaju pravo. Zato što je došlo do pogreške u sustavu (preveliki dozvoljeni normativi) ne znači kako to ne treba i ispraviti, posebno ukoliko se svi slažemo kako rad sa više od 2000 osiguranika iscrpljuje.

4. PRAVILNIK O POPUNI MREŽE KOJI JE HUOM VEĆ PREDLOŽIO - **JEDNOGLASNO PRIHVAĆENO** oko načela, KoHOM nije vidio pravilnik pa se s njime ne može složiti. KoHOM: moraju se znati na
5. elu oko popunjavanja u mreži koja su prihvatljiva - lije
6. nik koji radi na periferiji mora imati prednost pri popunjavanju mreže pri centru (otoci, udaljena sela - gradovi) kad se takav dio u mreži oslobodi. Sada je situacija da stariji i iskusniji lije

7. niki ostaju “zacementirani” tamo gdje su prvo po
8. eli raditi, što nije pravedno, a mladi bez iskustva dobijaju gradske ambulante.
HUOM je jasno iznio upravo gore navedeno !!?? kao razlog zašto rješenje tog problema smatra temeljnim za sustav!! Petric je i naveo kako su kriteriji specijalizacija i dužina staža te udaljenost dosadašnjeg mjesta rada od centra kao i rad u pripravnosti. Prijedlog je odavno i na mrežnoj stranici HUOM-a i HLK-a. Stoga nam nije jasno zašto se sada dodaju komentari kojih na sastanku nije bilo, odnosno čak se koriste tuđi navodi kao svoji !!
9. USAGLAŠAVAMO SE DA SE IZDVOJI VIŠE ZA OBITELJSKU MEDICINU, ŽELIMO REALNI IZRAČUN GLAVARINE koja bi obuhvatila realne troškove i vrijednost rada tima obiteljske medicine – RADNA GRUPA da pripremi izračun vrijednosti rada standardnog tima s obrazloženjem – Ž.BAKAR, J.LONČAR, **JEDNOGLASNO PRIHVAĆENO**
10. ŽELIMO DOBRE INFORMATIČKE PROGRAME – PREDLOŽENA RADNA GRUPA ZA KONTINUIRANO PRAĆENJE RAZVOJA INFORMATIZACIJE – ukazivanje na probleme u programima, sigurnosti podataka. Postoji takva grupa pri ministarstvu, prim. Petric je član, no potpisao je izjavu da ne smije o tome van ministarstva davati podatke. Malnar tome zamjera, jer o tako važnoj stvari SVE što se može znati mora znati struka i posebno pacijenti. Zato što nema kontrole javnosti KoHOM ima zabilježenih 10tak slučajeva kršenja tajnosti podataka. Bergman naglašava da obavezno i mi moramo imati grupu za rad na toj temi koja bi trajno radila i pratila te primala probleme kolega s terena.
Petric objašnjava Malnaru kako je jedno prihvaćanje neobjavljivanja podataka o radu grupe dok zaključci nisu doneseni a nešto posve drugo kršenje prava pacijenata. Primjer je i njegov prijenos događanja na sastanku bez suglasnosti ostalih prisutnih i to nakon što je nedvosmisleno kazao kako prijenosa nema. Ukoliko se radilo o samopromidbi, nije korektno, ukoliko se željelo da drugi znaju što tko govori, trebalo je dobiti suglasnost svih prisutnih i omogućiti kvalitetan prijenos svih rasprava. Kao što je Petric naglasio, on se slaže sa samim sobom i ne boji se kako će netko pomisliti kako jedno govori javno a drugačije iza zatvorenih vrata, ali se protivi istrgnutim ili djelomičnim navodima.
D.PETRIC, H.VUKOVIĆ, L. BRESSAN, D. KRALJ, B. BERGMAN MARKOVIĆ, **JEDNOGLASNO PRIHVAĆENO**
11. PRIPRAVNOST ZAMIJENITI DEŽURSTVOM – te regulirati ostale uvjete rada i plaćanje pri svakom prekovremenom radu. **SLAŽEMO SE JEDNOGLASNO**
12. KOMBINIRANO PLAĆANJE – **SLAŽEMO SE JEDNOGLASNO**
Glavarina + dodatno plaćanje je tekovina razvijenih praksi obiteljske medicine i treba je razvijati.

13. Košarica usluga – Teško ju je odrediti, jer smo mi zaštita zdravlja. Trebamo košaricu usluga koje se naplaćuju – dtp-i, preventiva. Ne trebaju naše udruge definirati košaricu zdravstvenih usluga za osiguranike, nego to treba napraviti država. **TRAŽITI OD DRŽAVE DA DEFINIRA KOŠARICU USLUGA KOJA JE URAČUNATA U OSIGURANJE I PARALELNO I ONU KOŠARICU KOJA NE ULAZI U OSIGURANJE – JEDNOGLASNO PRIHVAĆENO.** Radna grupa za formiranje DTP-a koji se naplaćuju od HZZO-a: **R. GMAJNIĆ, V. AMERL ŠAKIĆ, H. TILJAK, Ž. BAKAR** sa cijenama

14. Kontrola kvalitete i izvedbe rada za sada nije adekvatna, jer ne postoje kriteriji za mjerenje kvalitete, a niti svoj rad ne možemo realno prikazivati. Nema u programima mogućnosti za adekvatno prikazivanje rada. Trebamo programe (jedan program vodi lošoj monopolizaciji, više ih definitivno treba biti, ali da se podaci mogu izmjenjivati među njima – izbor boljeg svakome) koji trebaju odgovarati obiteljskoj medicini. Zajednički zaključak o informatizaciji: **MORA SE REDEFINIRATI**, (sadašnji programi su okrenuti izvještavanju države, a ne radu obiteljskih liječnika). Prvo program treba biti u službi liječnika i pacijenta, a onda HZZOa, ZZJZa i ostalih. Petric smatra da je indeksacija prema HZZO-u financijski pokazatelj, a ne indeks kvalitete. Potrebni su nam od struke svoreni indikatori kvalitete i naša od struke oblikovana kontrola rada. **SLAŽEMO SE DA STRUKA MORA ODRŽAVATI KONTROLU KVALITETE RADA – KONKRETNO –** Radna grupa za izradu kriterija praćenja kvalitete rada: **TILJAK, MALNAR, OŽVAČIĆ.** Bergman napominje da je država naložila DZ-a i ostalima u sustavu da se krene pri ustrojavanju kontrola kvalitete, uz što se očekuje i rad Agencije za kvalitetu u zdravstvu. U rad agencije se moramo uključiti. Moramo napraviti i naše prijedloge rada stručnih kontrola, a ne oslanjati se da će to država za nas dobro napraviti.

15. **KONCESIJE** – svi dodatni sadržaji trebaju ići preko zasebnih ugovora (dežurstva, pripravnosti, mrtvozorstvo i sve ostalo). Trebamo se protiviti ulasku svih dodatnih usluga u osnovni koncesijski ugovor. Pitanje prostora i ugovora za prostor se treba riješiti kroz zasebne ugovore. Bakar predlaže da pričekamo i vidimo kako će završiti ustavna tužva UPPZ-A. Obavezno se uključiti u rad županije. Problem savjeta za zdravlje županija je što u njima sjede neinformirani ljudi – **RADNA SKUPINA: B.ŠITA, Ž. BAKAR, T. CIKAČ – trebaju napraviti naš prijedlog koncesijskog ugovora. TAKAV PRIJEDLOG POSLATI SVIM ŽUPANIJAMA, GRADU ZAGREBU I MINISTARSTVU JEDNOGLASNO PRIHVAĆENO**

16. **UGOVORI S HZZO-OM** –Definirati „kontinuirane“ poslove, naziv koji se u posljednje vrijeme pojavljuje uz plaćanje preventive; za **FINANCIJE** mora vrijediti da je budućih 80% = 100% (iz 2008.g.), a sve ostalo mora biti dodatno plaćeno (DTP, Preventiva) i dodatno ugovoreno (dežurstva, mrtvozorstva, ev. drugi sadržaji).

NE UBACIVATI U KONTINUIRANI RAD 24-SATNI RAD 365 DANA GODIŠNJE – ROBOVLASNIČKI ODNOS. DEFINIRATI ZASEBNO POSLOVE. (KOMBINACIJA

PREVENTIVNIH POSTUPAKA I PREVENTIVNIH PROGRAMA kao dodatno plaćanje uz DTPe). DEŽURSTVO, PRIPRAVNOST NITI SVI DRUGI POSTUPCI KOJI NE SPADAJU U REDOVNO RADNO VRIJEME NE SPADAJU U DOMENU OSNOVNOG UGOVORA S HZZO. (upozorenje, PROMIJENJEN JE ZAKON O PDV-U, pa treba vidjeti kakve to posljedice ima na rad obiteljskih liječnika)

Slažemo li se o tome da 100+10+10 +ostalo te izdvojeno ugovaranje drugih sadržaja bude zajednički zaključak DA

17. KONGRESI – Nezgodno je u mjesec dana imati tri kongresa.

Malnar – Dio naših želja je dići kvalitetu rada – uvoditi brza, praktična mala znanja koja su potreban liječniku obiteljske medicine (da podignu kvalitetu rada, da se zaštite u svom radu, da steknu nova znanja i vještine) koja se mogu lako naučiti kroz vježbe koje provode obiteljski liječnici za obiteljske liječnike. Datum održavanja kongresa je odlučilo vijeće KoHOM-a. Na vijeću se pola sata raspravljalo o terminu održavanja kongresa. KoHOM statutarno mora brinuti i o stručnom radu svojih članova, te stoga i radionice koje se organiziraju te Kongres.

Petric – HUOM-u je to 17. Kongres i svi smo znali kada se održava. Čudi ga i reakcija DNOM-a. Sve naše odluke imaju dalekosežne posljedice.

Bergman - DNOOM – Svjesna je demokratskog procesa kroz koji prolazi naša obiteljska medicina. Možda jednog dana budemo toliko jaki da shvatimo da nam je udruživanje najbolja opcija. koje će se dogovarati. Danas postoje 4- (5)udruga grupa koje su nastale radi potrebe LOM da svoje profesionalne potrebezadovolje kroz rad u udrugama. Da je to bilo moguće kroz rad u dosadašnjim udrugama, nove se ne bi nikada stvorile. – jasan demokratski princip. prema van idemo zajedno.

Što se tiče edukativnog procesa vizija DNOOM je jednostavna – do sada nismo zaobilazili niti jedan kongres i u tom su segmentu imali manje ili više uspjeha u ostvarivanju etanju svojih edukativnih ciljeva.. U demokratskom sustavu kad se netko s nečim ne slaže ili misli da nije prihvaćen, onda to pokušava riješiti na drugačiji način.. Cilj DNOOM je u edukativni proces prema LOM na bazi EBMelja je uvesti edukativni dio po EBM, LOM-a kao nastavnika na kongresima sa prvenstvenim z Zadatom - poraditi na kvaliteti LOM-a kao nastavnika. Danas su LOM dovoljno stasali da mogu poučavati LOM u segmentu zbrinjavanja pacijenta koji LOM rade sami, a tamo gdje je potrebno konzultirati kliničare u edukativni proces se uključuju i oni.

Kongres je z Znanstveni, i u RH ima toliko malo nastavnika sa akademskim titulama, da su svi koji su bili voljni uključeni u znanstveni odbor kongresa. – ima premalo ljudi da ih ne bi sve iskoristili). Prošle godine DNOOM je imao. simpozij koji je svojom obuhvatnošću ukazao na potrebu prerastanja u kongres.

Bilo bi divno da umjesto 4 imamo samo 1 kongresa, no demokracija je takav proces u kojem ćemo morati dalje razgovarati i dogovarati se oko kongresa. Tek kada budemo potpuno demokratski zreli to će se ostvariti. Za sada sigurno ne

Petricu ne smetaju 4 kongresa nego tajming – 3 kongresa u mjesec dana. „SVAKI TJEDAN KONGRES JEDAN?“ Tko će ostati raditi? Teško je ne pomisliti kako se traži jedinstvo, a istovremeno potkopavaju nastojanja drugih.

Bergman – Imamo primjer u prošlosti. HDOD se nalijepio na Labin. Do nedavno nije bilo niti razgovora među nama, sada ipak razgovaramo.

Gmajnić – Ova godina je takva kakva je. Zadužujemo naša 4 predsjednika da se dogovore za tajming iduće godine.

Gmajnić pita da li KoHOM planira ustrojiti novi časopis. Odgovor je ne. Postojeći moramo unapređivati da bude bolji i kvalitetniji. Nudi se i mogućnost prihvaćanja članova drugih društava u uredništvo časopisa MEDICINA FAMILIARIS CROATICA – prihvaćeno. Izabrane su V.POTOČKI RUKAVINA, V.AMERL ŠAKIĆ sa strane KoHOMa. Zajedničke radove slati u časopis.

Nakon svih kongresa trebamo sjesti i zajednički dogovoriti o daljnjem radu. Društvo nastavnika se može prikloniti bilo kojem kongresu

Bergman – ili će biti sva 4 kongresa ili samo 1.

Bergman – Ako nam HZZO ne makne višak pacijenata nikad nećemo riješiti smanjenje ambulanti – moramo si ostaviti prostora za kvalitetni rad.

Profesionalno pošteno moramo tretirati i male timove kao i velike

Za poštenu i kvalitetni rad za male i velike timove postoji jedinstveno rješenje.

Minutaža. Ako je za 800 pacijenata dovoljno pola radnog vremena, ostavlja se mogućnost da se drugi dio radnog vremena radi nešto drugo (ako se ne plati po čl- 14), za velike (npr. 3000 pacijenata) tada je potrebno da LOM radi (umjesto 8 sati) 15 sati dnevno (vrlo je jednostavno napraviti vremenski izračun).

Tada zadržavamo kvalitetu rada i u ordinacijama sa malo pacijenata kao i u onim sa puno, tada svi pacijenti i u malim i u velikim timovima imaju jednaki tretman, a mi smo definitivno profesionalno poštenu prema svim pacijentima.

a male tražimo minimum, a za velike očekujemo da postanu standardni kroz 10 godina.

SVADA OKO VELIKIH I MALIH AMBULANTI – NISMO SE SLOŽILI.

KoHOM smatra kako su financije velikih timova ugrožene jer su se upustili u investicije računajući na određena sredstva, koja se ne smiju naglo smanjivati ili uopće smanjivati. Razlike među timovima neće biti velike kad bi svi u mreži dobili plaćene minimume od 31,000kn.

HUOM je mišljenja da se ne može tražiti zaštita (novac) za one koji nemaju pacijenata do standarda, ali ne i trajno sređivanje sustava. To što kolege nisu krive za sadašnju situaciju nije isprika za nerješavanje problema jer se može zlonamjerno tumačiti kao zaštita samo onih s velikim prihodima. Ako preraspodjelu osiguranika napravi osiguravatelj on to može odrezati u "sedam" dana ili još gore, odlukom o neplaćanju prekobrojnih izbor i preraspodjelu prevaliti na liječnike po HUOM-u je etički neprihvatljivo.

KoHOM se slaže da je to etički i principijelno neprihvatljivo.

KoHOM smatra da se novac uvijek mora i može tražiti, posebno za toliko neplaćeni dio sustava. Trebamo tražiti što više uz obrazloženja. Nema zaštite samo za one s visokim prihodima (kako je HUOM ocijenio naše prijedloge) u našem prijedlogu jer svi dobijaju minimum standardni tim (što će ionako dobiti svi timovi u Dz-a). Neprihvatljivo je za KoHOM da se ikakve promjene u sustavu financiranja (posebno one na lošije) događaju u kratkom vremenu.

HUOM naglašava kako bi trebalo napokon odgovoriti kolika je to „plaća dostojna liječnika“ U sadašnjem sustavu vrijednosti vrijeme liječnika sa 2.400 osiguranika vrijedi 10 do 15 PUTA više od jedinice vremena liječnika sa 1200 osiguranika u skrbi, što ne samo da nije dopustivo već je i nevjerojatno. (izračun kolika je vrijednost minute rada). Sustav se ne može popravljati polako samo zato što to ne odgovara onima koji su uzeli kredite jer oni drugi nemaju ni za jesti i nemaju vremena čekati.

Petric - Bit je da svaki liječnik u mreži mora biti plaćen, ali mora postojati mogućnost timova koji nisu funkcionalni odnosno, osiguravanje dodatnog posla za njih kako bi mogli ostvariti dovoljan prihod, bilo samostalno ili u sklopu DZ-a.

KoHOM smatra da nepotrebno hipertrofiranje mreže u nekim područjima nije osnovni problem liječnika koji su došli u mrežu nego Dz-a, lokalne uprave i države koja je dopustila da se kroz vrijeme mreža nije smanjivala tamo gdje je prevelika, a povećavala gdje je mala. Liječnik zbog pogrešaka sustava ne smije patiti i ima pravo na dostojanstveni život i primanja.

HUOM smatra kako je to itekako problem liječnika jer se o njima radi. Nije izgledno kako će država financirati nešto što joj ne treba, a onda kolegama treba jasno kazati što to znači. Petric podsjeća Malnara koliko su se prigodom donošenja ZZZ borili da iz sustava ne ispadnu svi koji rade izvan prostora DZ-a i koliko se lako to moglo dogoditi.

RADNE GRUPE IMAJU ROKOVE OD 7 DANA DA SE ČUJU I NAPRAVE PRVE KORAKE ILI DA ZAVRŠE POSAO AKO JE TO MOGUĆE, A NEKE SU I KONTINUIRANE.

Očekuje se novi sastanak kad imamo prve materijale radnih grupa, KoHOM traži brzinu jer se za koncesije i ugovore mora brzo djelovati.

HUOM se svima zahvaljuje na uloženom vremenu i trudu uz nadu kako će se zaista potruditi izraditi kvalitetna rješenja prihvatljiva svim liječnicima.

Zapisničarke:

HUOM-T . CIKAČ

KOHOM-V.A.ŠAKIĆ

ZAJEDNIČKI POTPISANE