

U Zagrebu, 14. kolovoza 2023

Ministarstvo zdravstva

n/p Ministar izv. prof. dr. sc. Vili Beroš, dr. med.

Ksaver 200a

10000 Zagreb

Predmet: E-savjetovanje o Nacrtu Plana i programa mjera zdravstvene zaštite 2023.-2026.

Poštovani,

Iako je predmetno e-savjetovanje otvoreno usred godišnjih odmora i našeg rada u dvostrukim i trostrukim ordinacijama radi zamjena te usred turističke sezone u kojoj ponovo zbrinjavamo sve turiste i sezonske radnike u potrebi, iako nismo bili uključeni u stvaranje ovog dokumenta na više stotina stranica, niti imali podatak o tome u kojoj fazi izrade se nalazi, budući da je izmjena istog bila jedan od osnovnih zahtjeva koje smo zastupali, uz ostale udruge, na travanjskom prosvjedu te sastanku sa Premijerom u svibnju, ovim putem Vas obavještavamo.

KoHOM je pažljivo pročitao i analizirao predloženi prijedlog Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz područja djelatnosti obiteljske medicine i sažeo ih u zaključak:

1. Struktura **osnovnih postupka OM** u mjesec dana prema prijedlogu plana i programa mjera-tim OM

Postupak sati/mjesečno	broj u mjesec dana	prosječno/min.	Ukupno
Zbrinjavanje hitnog stanja	1	70	1,1
Prvi pregled	200	20	66,6
Kontrolni pregled	400	10	66,6
Konzultacija	200	3,5	11,6
Sistematski dojenčeta	7,5	26	3,25

Sistematski pred šk.djeteta	7,5	17,5	2,18
Pregled 3 i više razloga dolaska	200	25	83,3
Savjet s bolesnikom ili rođakom	250	12,5	52
Prošireno savjetovanje sa kr.bolesnikom	75	17,5	21,8
<hr/>			
<i>Broj posjeta osoba u ord/mjesečno</i>	<i>1341</i>	<i>58/dnevno (23 radna dana)</i>	<i>308 sati</i>
<i>mjesečno</i>			
<hr/>			
Tel. konzultacija liječnika	175	7	20,4
Odgovaranje e-mail liječnik	400	7	46,6
<hr/>			
Ukupno tel/e-konz. mjesečno	575	prosječno dnevno:25	67 sati
mjesečno			
Ukupan broj kontakata mjesečno	1916	prosječno dnevno 83,3	
Uk.br.usluga bez trijaže, pacijenti sami indiciraju (dolaskom, telefonom, poštom)			375
h/mj			
<i>(Pojašnjenje: Sve gore navedene usluge ne mogu se kombinirati)</i>			
Predviđa se i 37 kućnih posjeta mjesečno (1,6/dnevno) - predviđeno bez puta			16,6 h/mj

2. Ne postoje alati (*npr. participacija/ sada nema ulogu gate keepera*) kojima bi se moglo upravljati potražnjom za gore navedenim uslugama (*osim djelomično kućnih posjeta-trijaža pri pozivu*).
3. Ukoliko bi se radilo prema predloženom vremenskom normativu, trebalo bi više od 375 sati (391 sat sa kp) mjesečno za nužne osnovne postupke (9!!! postupaka) bez preventivnih aktivnosti, dijagnostičkih procedura, terapijskih postupaka i bez silne administracije (vidjeti popis postupaka u planu i programu mjera.)
4. U mjesecu sa 23 radna dana, tim obiteljske medicine morao bi raditi prosječno 17 h dnevno da ispuni kriterije predloženog Plana, a u mjesecu sa 20 radnih dana čak 19,5 h!
5. **Primjer nadstandarda:** predviđa se 15 -60 UZV pregleda po regiji ovisno o edukaciji liječnika(abdomen, vrat, lokomotorni, dojka i meka tkiva) . Plaćanje usluga je limitirano (npr. 6 UZV pregleda abdomena dosegne limit) ako je liječnik izvršio ostale DTP. Nema motivacije za ulaganje u dijagnostiku zbog limita broja postupaka čime se smanjuje dostupnost i opterećuje SKZZ. **Prijedlog: ukinuti limit ili ga staviti u predložene gabarite.**

Navedeni prijedlog ocjenjujemo potpuno promašenim; nije primjenjiv u stvarnom životu i radu – nije ni životan ni ostvariv jer ne prati stručne obrasce rada u om, specifičnosti, metode niti sadržaj i opseg rada om. Pobrojani su pojedinačni postupci taksativno, ali niti liječnici uz medicinske sestre nisu roboti, niti su pacijenti predmeti na proizvodnoj traci a da bi se njihov međuodnos i kompleksan put prema dijagnozi i mogućoj optimalnoj terapiji mogao izraziti u minutama.

U obiteljskoj medicini pacijent često dolazi sa nejasnim simptomima širokog raspona, sa problemima iz barem 2-3 različita sustava, uz socijalne i psihološke nadogradnje, skrivene razloge dolaska; usput ima dodatne administrativne potrebe te pitanja vezana uz probleme članova obitelji. Svakom pacijentu potrebno je savjetovanje – o pravilnom uzimanju lijeka, o mogućim nuspojavama, o njegovoj bolesti, o vrsti pretrage na koju ga se upućuje, uvjeravanje i razuvjeravanje, podrška, empatija. Najčešći pacijenti su starije populacije te su sporiji, slabije čuju, imaju komorbiditete i puno lijekova. Potrebno je da pacijent uđe, pozdravi se, skine kaput, uvodno prozbori nekoliko rečenica. Potrebno je provjeriti koliko lijekova još ima, koliko pomagala, provjeriti suradljivost, adherenciju, nuspojave, alergije, uvjerenja. Liječnik istovremeno mora voditi računa o kompliciranim pravilima HZZO i tumačiti ih i sebi i pacijentu. Provodi multitasking – za vrijeme pregleda zvoni i telefon i mobitel, stižu mailovi u inbox, sestra uvodi hitnog pacijenta u previjalište. Savjetovanje i zbrinjavanje ovisnika oduzima daleko više vremena od 2-6 minuta jer obuhvaća odlazak u ljekarnu po lijek, mrvljenje tableta, pakiranje u pojedinačne doze, raspravu i konflikt sa pacijentom. Propisivanje mnogih lijekova izaziva brojne konflikte radi klauzula HZZO što oduzima vrijeme. Ali predlagatelj to ne zna. A ne zna jer nije ništa pitao one kojima planira normativ i standard svakodnevnog rada.

Predloženi plan ne spominje vrijeme potrebno za provedbu kontrola HZZO i pisanje očitovanja HZZO, MIZ

Predloženi plan ne spominje vrijeme potrebno za provođenje svih radnji potrebnih za redovno poslovno funkcioniranje ordinacija – odlazak u HZZO po blokove tiskanica (recepti, nalozi za sanitetski prijevoz, blokovi za participacije), odlazak u HP radi uplate novaca od participacije HZZO-u, kontrolu servisa aparata, naručivanje i dostavu cjepiva u ordinaciju, odlazak u ljekarnu po narkotike i sve lijekove koji se na recept izdaju samo liječniku ili ms/mt, reviziju lijekova u ordinaciji i naručivanje novih lijekova i sanitetskog materijala, ispravljanje informatičkih grešaka odnosno snalaženje pri čestim ispadima CEZIH-a, printanje tuđih nalaza, prepisivanje u e karton nalaza iz SKZZ. Naručivanje pacijenata u SKZZ. Prijavljivanje vozača i vlasnika oružja MUP-u.

Predloženi Plan ne spominje niti jednom riječju posebnosti ruralne medicine – rada u udaljenim i izoliranim krajevima, na otocima.

Postavlja se opravdano pitanje na koji način će predloženi dokument utjecati na financijsko poslovanje ugovornih liječnika i ustanova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, obzirom na plaćanje DTP postupaka.

Višekratno smo upozoravali na kadrovsku i organizacijsku propast obiteljske medicine.

Ponoviti ćemo:

Broj liječnika om 2173 -specijalisti om 1103

Broj timova 2317

Broj TBN 136

Broj dr starijih od 60 g 802

Broj dr starijih od 65g 193

Broj dr starijih od 55 g – 1195 – 55%

2000. g liječnika om bilo je 2410; danas ih je (bez starijih od 65 g) 2000 – pad od 20%, a u idućih 5 godina gubimo još njih gotovo 800

2000.g kontakata sa pacijentima bilo je 23 mil, a 2022. 49 mil – više od 100% povećanja korištenja usluga om!

97% osiguranika koristilo je usluge om!

Dnevni broj kontakata u Hr je 80-100-200 dok je u EU 25-30

Dnevni broj pregleda u Hr je 25-35 dok je u EU 10-15

U brojnim ordinacijama liječnici rade u prekovremenom radu mijenjajući bolesne i one na godišnjem odmoru; odrađuju i posao u ordinacijama bez liječnika, timovima bez nositelja. Rade cijeli dan pokrivajući dvije ili čak tri ordinacije odjednom. Često pokrivaju dvije ordinacije radeći u jednom radnom vremenu od 7,5 h.

Kako ste zamislili da ostvare ovakav normativ? Tko može odraditi 2x17h dnevno?

Kakvu kvalitetu i sigurnost očekujete od liječnika, za pacijente?

TKO će osigurati ovakvu razinu zdravstvene zaštite? Tko? Gdje su ljudi?

Obiteljsku medicinu mladi liječnici ne žele. Ona je neatraktivna i podcijenjena, administrativno preopterećena, nedovoljnog broja specijalizacija i sredstava. Kadrovski trendovi to pokazuju.

Tražili smo realne vremensko kadrovske normative koji će nam omogućiti kvalitetan, sadržajan, siguran i stručan rad sa dovoljno vremena za kontinuiranu edukaciju. Vremensko kadrovski normativ je ukinut 2014. godine (Plava knjiga), a Plan i program mjera njegov je surogat.

Dobili smo ništa osim prepisanog dosadašnjeg Plana sa smanjenim predviđenim brojem minuta za pojedine postupke. Pri tome nije konzultiran nitko tko se konkretnim poslom svakodnevno bavi.

Plan predviđa dnevni rad u iznosu od čak 17 h!

U suprotnom – tim je podbacio!

Planom se nastoji nadomjestiti nedostatak zdravstvenog kadra na način da se legalizira nenormalan tempo rada koji vodi u stručne greške propuste i sagorijevanje preostalih liječnika uz odustajanje mladih liječnika od ove struke. Pacijente se ugrožava, a sustav vodi u potpuni kolaps.

Ovaj Plan nema šanse niti matematički niti realno.

Čemu on služi?

Tko ga je radio?

Temeljem kojih podataka i procjena?

Ako je izvor podataka HZZO , znajte – podatci o izvršenju slijede samo pravila bilježenja DTP koje je HZZO zadao sa brojnim ograničenjima i uvjetima isplate sredstava i limita. Na to smo puno puta ukazivali.

Usto, već niz godina smo prisiljeni raditi unutar minimalnog vremena pa često pregled traje 2-3 min, a ostali postupci značajno kraće od optimalnog , a sve kako bi se obavio sav posao. Nadalje, ne stignemo kontrolirati klauzule pa plaćamo kazne. Takav rad je opasan za osiguranike jer im liječnik ne može posvetiti dovoljno vremena. Nerijetko se dogode dani kada odradimo i 200 kontakata. Pokušajte sa razumijevanjem shvatiti što znači toliki broj kontakata.

Ukoliko želite da OM radi kvalitetnije i rastereti SKZZ potrebno je :

- uvesti dodatnu medicinsku sestru/administratora u Tim
- sve administrativne poslove treba odraditi izvršitelj koji ih indicira
- participacija u OM nema ulogu "Gate keepera" - izuzeti istu iz police dopunskog osiguranja
- vidjeti razvijene sustav
- izmaknuti sve nepotrebne potvrde od liječnika
- izraditi strategiju privlačenja liječnika za rad u obiteljskoj medicini – isključivo stimulativnim mjerama sa ciljem povećanja broja izvršitelja i osiguranja njihovog dugotrajnog rada u istim ordinacijama
- izraditi strategiju ostvarivih specijalizacija iz om u većem broju nego sada
- Predložene obuhvate potrebno je smanjiti za 50% jer je iste nemoguće ostvariti uz sadašnje kadrovske normative

- Skrb za oboljele od bolesti ovisnosti prebaciti u posebne službe Zavoda za javno zdravstvo.

Na kraju: ocjenjujemo ovaj prijedlog negativnom ocjenom i nepopravljivim materijalom kroz e savjetovanje te tražimo da se kao takav povuče iz e savjetovanja. Predlažemo kompletnu reviziju kroz rad stručne i sveobuhvatne radne skupine. Ovako značajan i opsežan dokument zaslužuje kvalitetnu i široku javnu raspravu s predstavnicima svih stručnih društava kako bi se dodatno ujednačili predloženi normativi u svim djelatnostima.

U suprotnome, dobiti ćemo samo dokument bez ikakvog stvarnog utjecaja na učinkovitost i dostupnost zdravstvene zaštite, a mogu se očekivati liste čekanja u OM sukladno Planu i programu mjera koji su predloženi.