

Priopćenje

sa zajedničke konferencije za tisak KoHOM-a i HUBOL-a
održane u Zagrebu, u Hotelu Antunović, 5. veljače, 2014..

1. Dugotrajna bolovanja zbog čekanja na pretrage.

KoHOM već godinama nudi suradnju zdravstvenoj administraciji predlažući mjere racionalizacije zdravstvenog sustava prvenstveno vodeći računa o poštivanju prava pacijenata, povećanju kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite uz smanjenje troškova.

Našom analizom slučajeva bolovanja ustanovili smo da velik broj dugotrajnih bolovanja predstavljaju ona koja se nepotrebno produljuju zbog lista čekanja na dijagnostičko – terapijske procedure. Za razliku od ostalih pacijenata, oni na bolovanju generiraju velike troškove zbog refundacije plaća i neproduktivnostiusljed izostanka s posla. Predlažemo način ubrzavanja obrade i liječenja pacijenata na bolovanju – u vidu posebne ovjere koju na prijedlog i uz obrazloženje obiteljskog liječnika na uputnicama upisuju kontrolori HZZOa.

Primjer problema: često se broj dana bolovanja povećava zbog dugih lista čekanja na dijagnostičke ili terapijske postupke(npr. čekanje na pregled fizijatra, kardiologa, uzv srca, MR, fizikalnu terapiju, uzv abdomena). Predlažemo da se pacijentu koji je na bolovanju uz detaljnu povijest bolesti i **obrazloženje potrebe žurnosti** izda uputnica za pregled ili pretragu i radi sprječavanja zlouporaba uputnicu potvrdi ovlašteni kontrolor zavoda – tako upućeni pacijent mora imati prioritet u ustanovama u koje se šalje. Ukoliko se pretraga može (brže) učiniti u drugoj županiji pacijent se tamo upućuje uz isplatu putnih troškova (koje isto ovjerava ovlašteni liječnik HZZOa).

Primjer uštede, ako svaki obiteljski doktor ima 2 pacijenta koji čekaju pregled to je dnevno gotovo 5000 pacijenata na bolovanju - ako takvo bolovanje traje 30 dana, a dan bolovanja iznosi samo 100 kn, za mjesec dana se potroši 15 000 000 kn proračunskih sredstava.

Naravno da nema puno takvih pacijenata.Za one kojima je zbog čekanja zdravlje ugroženo izabrani liječnici često interveniraju radi ubrzavanja postupaka.Ovim načinom bi se problem bolje rješavao na razini cijele države uz značajno smanjenje troškova bolovanja.

2. Posebna dežurstva u PZZu.

Javnost je upoznata da postoje problemi u funkcioniranju hitne službe te nedovoljnoj informiranosti pacijenata o opsegu korištenja zdravstvenih usluga u obiteljskoj medicini.Zdravstvena administracija i lokalna politika je pokazala interes za ustrojem tzv. „posebnih dežurstava“ u primarnoj zdr. zaštiti. Njihov interes je veći tim više jer nije predviđeno da županije plaćaju takav rad, nego HZZO koji će uslugu honorirati cijenom po pregledanom pacijentu. Predviđen je rad subotom (15-20h) te nedjeljom i blagdanom (8-20h).

Trenutno taj prijedlog nema i neće imati nikakvu podršku obiteljskih liječnika zbog sljedećih razloga:

1. **predviđena mjesta dežuranja nisu opremljena** prema standardima struke i ne omogućavaju zdravstvenim profesionalcima pružanje pune zdravstvene zaštite te **ugrožavaju zdravlje građana. (gotovo niti jedno nema defibrilatore, setove za malu kirurgiju, kateterizaciju itd).** Županije ne pokazuju interes opremiti ih.
2. predviđena mjesta dežuranja u vrijeme dežurstava **nemaju dostupnu osnovnu brzu dijagnostiku:** KKS/CRP, hitni RTG, hitni UZV. Bez toga dežuranje se često svodi na puku trijažu za koju nije potrebno školovanje liječnika (**niti jedno mjesto dežuranja NEMA** takvu dijagnostiku u svoje radno vrijeme).
3. **U nijednom predviđenom mjestu dežurstva organizator** (županije, Grad Zagreb) **nije osigurao sve liječnike** od profesionalne odgovornosti / liječničke pogreške -**što je zakonska obveza** po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i pruža sigurnost pacijentima u slučaju neočekivanih događaja.
4. **HZZO za niti jedno mjesto dežurstva nije predvidio uputnice i recepte** bez nositelja – liječnici su prisiljeni uzimati lijekove i prava na upućivanje od svojih pacijenata koji možda usluge u dežurstvu nikada ne koriste (jer su udaljeni od mjesta dežuranja) !
5. **Nije izrađen popis stanja** koja se mogu rješavati u takvim dežurstvima (npr. akutna grlobolja s temperaturom), a niti popis stanja koja se bez plaćanja NE MOGU rješavati u takvim dežurstvima (npr. ispiranje uha zbog voska ili vode nakon kupanja, vađenje krpelja, prolaženje pored ambulante pa „da usput izmjerim tlak“, „idem na put pa da vidim jesam li zdrav i podignem antibiotik za svaki slučaj“, drugo mišljenje za nalaze, „mislim da imam temperaturu tri dana“, „danas nam odgovara da sutra ne čekamo kod svog doktora“ i sl.)
6. **Nisu dogovoreni načini izrade rasporeda rada, pitanje zamjena za slučaj bolesti, eventualna odvojenost ugovora sa doktorom i sestrom, trošak edukacije djelatnika iz tema hitne medicine i organizacije rada u hitnoj medicini, kao i tečajeva iz reanimacije i pružanja hitne pomoći, plaćanje troška putovanja iz udaljenog prebivališta, plaćanja rada ukoliko nema korisnika, korištenje potrošnih materijala i plaćanje režija, prijevoz pacijenata u težim stanjima, ne znaju se odgovorne osobe i sl.**

Ukratko - sva odgovornost i potrošnja takvog dežurstva se pokušava prebaciti na službujućeg liječnika što je neprihvatljivo. Sami pacijenti znajući velik dio gore navedenih razloga sve manje koriste usluge u posebnim dežurstvima.

Prema našim podacima jedino su lokalni domovi zdravlja po „diktatu“ aplicirali za provođenje takvih dežurstava s protuzakonitom odredbom da njihovi zaposlenici MORAJU u njima sudjelovati (moraju, samo nitko ne spominje obvezne dane odmora nakon dežurstva u kojima će njihove ambulante biti zatvorene).

Pitanje nedovoljnog financiranja u slučaju manjeg dolaska pacijenata (koji većinom direktno odlaze na hitni bolnički prijem jer u „posebnim dežurstvima“ nema dodatne dijagnostike) će i taj eksperiment Domova zdravlja pokazati kao neizvediv. Gubitke zdravstva, kao i uvijek, platiti će građani.

One županije koje kroz nepravilne koncesijske ugovore pod prijetnjama raskida ugovora žele iskoristiti liječnike privatne prakse da besplatno dežuraju suočit će se s zahtjevima za plaćanje računa u realnim iznosima što za 8 satno dežurstvo sestre i liječnika može iznositi u bruto iznosu do 2000kn. Više informacija na: <http://kohom.hr/mm/?p=4223>

3. **Prikaz stanja u ordinacijama obiteljske medicine – liste čekanja još nisu tu, ali....**

Rad u ordinacijama obiteljske medicine sve više liči na rad u rudniku. To je posebno izraženo u onima koje imaju velik broj upisanih pacijenata (veći od 1700 –uglavnom gradske i slavonske ambulante). HZZO unatoč opetovanim zahtjevima struke u zadnjih nekoliko godina i dalje ne odobrava smanjenje veličine standardnog tima s 1700 na 1500 pacijenata uz proširenje mreže (otvaranje novih ordinacija). Uz

omogućene dodatne dijagnostičko terapijske postupke, opterećenje čestim posjetama nam ne dopušta potpuno korištenje tih mogućnosti.

1. **Dnevno i dalje u prosjeku imamo 2-3 europska standarda u posjetama pacijenata.** Zadnjih nekoliko dana u nekoliko praćenih ambulanti prosječno je registrirano dnevno 80 pacijenata. Od toga je bilo 16 prvih pregleda (većinom s više razloga dolaska), 27 kontrolna, 19 konzultacija sa savjetima te 18 „papirnatih“ slučajeva i telefonskih konzultacija. Pretvoreno u minutažu po starim normativima „plave knjige“ **radi se otprilike o okvirno 19 sati rada izvršenih u 7.5 sati vremena.** Za one koji su posjetili ordinaciju radi pregleda, **u prosjeku je prvi pregled trajao 5 minuta, a kontrolni 4 minute – uključivo sa svlačenjem i oblačenjem–** što je pravi pothvat.

Postavljamo pitanje – kome je u interesu da se obiteljska medicina ne može razvijati u smislu kvalitetnijeg i detaljnijeg rada?

2. Brojne ambulante dijele prostor u dvije smjene– potrebno je omogućiti da svaka radi u svojem prostoru!
3. **Domovi zdravlja i dalje financijski ne stimuliraju svoje liječnike** obiteljske medicine radi dodatnih DTP postupaka – navodno se boje kazni HZZOa i inspekcija zbog „nenamjenskog trošenja sredstava“ – pitamo se **kako netko može nazvati nenamjenskim stimulativni mehanizam koji dovodi do rješavanja što većeg broja zdravstvenih problema u PZZu?** Rezultat je da limit Domova zdravlja nije iskorišten – što govori i o (bez)vrijednosti ovakvih Domova zdravlja i **svjedoči da ih se treba ukinuti** – većina ih je gubitaša!
4. Pripremaju se natječaji za dodjelu koncesija (privatne prakse u PZZu) u brojnim županijama. **Tražimo da se proces ubrza, a ne zaustavlja** kao što je sada slučaj u Gradu Zagrebu. U isto vrijeme, županije i Zagreb nisu uskladile koncesijske ugovore sa Zakonom i EU Direktivom o radnom vremenu unatoč upozorenjima KoHOMa i Hrvatske liječničke komore.
5. **Timovima obiteljskih liječnika privatnika u iznajmljenim prostorima izvan Domova zdravlja potrebno je dozvoliti manje koncesijske naknade**—u isto vrijeme neki gradovi oslobađaju plaćanja koncesije vlasnike privatnih teniskih terena...(npr. Zagreb).
6. **Obiteljske liječnike je potrebno rasteretiti svih administrativnih poslova** (npr. svaki mjesec liječnik OM izda **oko 100 različitih potvrda većinom nevezanih za zdravstvo**)
7. **Sve više obiteljskih liječnika, a posebno specijalista obiteljske medicine dobija pozive za razgovore za posao u inozemstvu,** u posljednje vrijeme u Švedskoj i Njemačkoj- uz odlične uvjete rada i plaćene tečajevе jezika. (iskustva iz prve ruke).

Za kvalitetniji rad u obiteljskoj medicini nužno je uvesti manje standardne timove, otvoriti nove ordinacije, omogućiti preraspodjelu viška pacijenata uz adekvatno informiranje o slobodnim mjestima za upis. Ukoliko se uskoro ozbiljno ne pristupi rješavanju ovih problema doći će do još većeg pogoršanja zbog porasta opsega zahtjeva stanovništva te do uvođenja lista čekanja u obiteljskoj medicini (koje već postoje u primarnoj ginekologiji i dentalnoj medicini).

Istovremeno, sustav koncesija u primarnoj zaštiti pokazao se u cijelosti kao pogrešan način planiranja i provođenja zdravstvene zaštite. Savjeti za zdravlje ne rade, a u najvećem broju slučajeva županije su u nezgodnoj situaciji da upravljaju njima nezanimljivim njima nepoznatim sustavom PZZa za što nemaju znanja niti sposobnosti.

4. Aktualno stanje i „sanacija“ bolničkog sustava

Više od dvije godine Ministarstvo zdravlja provodi pogrešnu zdravstvenu politiku s nizom loših mjera, kojima je cilj stvaranje ušteda, najčešće tamo gdje to nije moguće.

Zakonom o sanacijama javnih ustanova (bolnica) suspendiran je dosadašnji sustav upravljanja zdravstvenim ustanovama te su uvedena privremena sanacijska tijela predviđena na kraći rok s vrlo limitiranim ovlastima, a koja su zbog toga neučinkovita za višegodišnji period (1+2).

Umjesto stručnih ljudi sa dokazanim iskustvom i na temelju javnog natječaja, imenovani su sanacijski upravitelji kao produžene ruke politike, odnosno ministarstva zdravlja. Pa tako sve četiri zagrebačke kliničke ustanove u državnom vlasništvu vode ljudi bez ikakvog prethodnog iskustva u vođenju sustava.

Provedena je neuspješna financijska sanacija zdravstvenog sustava. Unatoč potrošenih pet milijardi kuna vrlo brzo dolazi do stvaranja novih dugova i gomilanja gubitaka u iznosu od tri milijarde kuna.

Sve se događa istovremeno sa smanjenim opsegom izvršenih usluga i posljedičnim produženjem listi čekanja.

Narušeno je povjerenje svih sudionika zdravstvenog sustava, i bolesnika i zdravstvenih djelatnika.

Najočitiji primjer navedenog jest KB Dubrava, gdje je djelovanjem sanacijskog upravitelja te njegovim brojnim neodgovornim potezima, došlo do nepovratnog narušavanja međuljudskih odnosa na najvažnijim klinikama te bolnice (slučaj smjene prof. Patrlja).

5. Smjenski rad

Smjenski rad za liječnike postupno je, zadnjih nekoliko mjeseci, uveden u većinu bolnica u RH. Smisao uvođenja smjenskog rada jest smanjivanje broja prekovremenih sati za liječnike u dežurstvima te posljedična ušteda na primanjima liječnika. Nakon vrlo kratkog vremena ispostavilo se da na taj način neminovno dolazi do manje dostupnosti zdravstvenih usluga zbog manjeg broja izvršitelja (liječnika), a time i povećanja listi čekanja.

Sljedeći primjeri zorno prikazuju kakve je posljedice polučio smjenski rad.

KBC Rijeka:

- **liste čekanja počele su se produžavati od 1. siječnja 2014., čim je uveden smjenski rad. Prepolovljen je broj bronhoskopija, broj endoskopskih i nekih terapijskih procedura. Broj ugrađenih „pace-maker“ smanjen je upola,**
- **prema priznanju sanacijskog upravitelja nedostaje barem 25 % liječnika.**
- **u jedinici intenzivnog liječenja, od 21 dana tijekom smjenskog rada 12 dana nije bilo odgovarajućeg medicinskog nadzora liječnika specijaliste educiranog za taj posao**
- **na kirurgiji smjenski rad uzrokovao je manjak specijalista u redovno radno vrijeme i to za do 20 posto, a taj manjak onemogućuje planiranje i odrađivanje dosadašnjeg broja operacijskih zahvata i fakturiranje usluga**
- **već sad za običnu operaciju žuči se mora čekati do početka 2016. godine!!!**

KBC Sestara Milosrdnica:

- **u prvih tri tjedna 2014 obavljeno je čak 47% manje operacija nego u istom periodu prošle godine**

- svakodnevno rade samo 2-3 operacijske sale, od ukupno 5 kirurških op. sala!

Ministar Ostojić najavio je da će se idućih mjeseci analizirati primjena smjenskog rada u praksi te kako "**ostaje mogućnost da se u nekim klinikama i odjelima, ako bude potrebno, vrati prethodna organizacija rada**".

DRŽIMO DA JE UVOĐENJE SMJENSKOG RADA ZA LIJEČNIKE U BOLNICAMA, S JEDINIM PRAVIM MOTIVOM FINACIJSKIH UŠTEDA, SVOJEVRSTAN EKSPERIMENT MINISTARSTVA ZDRAVLJA NAD KORISNICIMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE, KOJI JE OSUĐEN NA NEUSPJEH.

6. Odlazak liječnika u inozemstvo

U ovom trenutku izdano je gotovo 400 potvrda potrebnih za odlazak liječnika na rad u inozemstvo. Prosječna dob liječnika koji je zatražio potvrdu je 37 godina, što znači da Hrvatska ostaje bez visokoškolovalanog kadra koji se nalazi u najproduktivnijem životnom razdoblju.

Inače, školovanje jednog liječnika, samo tijekom studija, državu stoji oko **300.000 kuna**, a tome se moraju dodati godine specijalizacije i redovnog obrazovanja.

Smatramo da šteta koja je pričinjena hrvatskom zdravstvu za odlazak samo 35 liječnika specijalista iz zemlje (prema priznanju ministra Ostojića, rečenom 18.01.2014.) - iznosi preko 100 milijuna kuna!!!

Brojka se temelji na članku specijalizantskog ugovora u kojem ustanove navode odštetni zahtjev u slučaju jednostranog otkaza prije odrađene specijalizacije a koji uključuje sve troškove plaće i naknada koje se dobiju za vrijeme specijalizacije. Ovo je jedini način da se približno izračuna vrijednost liječnika specijalista jer se u specijalizantskom ugovoru izrijekom navodi da je to **ŠTETA** koju ustanova trpi a i potražuje u slučaju da izgubi specijalista kojeg je školovala. Približni iznos bruto isplaćenih plaća i doprinosa u npr. specijalizaciji iz kirurgije koja traje 4,5 godine je oko 1.250.000 kn.

Prema tome, ako je do sada otišlo samo 35 liječnika specijalista oni su RH koštali 43.750.000 kn. Još toliko je potrebno potrošiti na školovanje novih specijalista koji će zamijeniti kolege koji su napustili državu. Ako tome dodamo i dodatne troškove za pokrivanje rada do trenutka kada će novi liječnici završiti specijalizaciju – lako se dolazi (i prelazi) brojka od 100 milijuna kuna izravne štete!

Sve ovo se događa radi kratkotrajnih efekata štednje koji će, očito, imati nesagledive posljedice za hrvatski zdravstveni sustav.

Najviše odlaze: anesteziolozi, kirurzi, internisti, radiolozi,...

Zemlje u koju naši liječnici želi otići:

- **Njemačka – 41%,**
- **Velika Britanija – 22%,**
- **Švedska – 17%,**
- **Norveška – 11%,**

POZNAT JE TZV. „POLJSKI SINDROM“, KADA JE GOTOVO SVAKI ŠESTI LIJEČNIK, NAKON ULASKA POLJSKE U EU, NAPUSTIO ZEMLJU.

Zahvaljujemo Vam na dolasku,

Za KoHOM:

Dr. Ines Balint, spec. ob. med.

Predsjednica KoHOM-a

email: ines.balint@zg.t-com.hr

mob: +385 91 337 0829

Za HUBOL:

Dr. Trpimir Goluža, spec. gin.

Predsjednik HUBOL-a

email: goluzat@gmail.com

mob: +385 91 408 8401
