

MINISTARSTVO ZDRAVLJA
Zagreb, Ksaver 200 a

Prof.dr.sci. Rajko Ostojić, dr.med.
Ministar

U Zagrebu, 04.siječnja 2012.

Predmet: Prijedlog strategije razvitka primarne zdravstvene zaštite kao dijela cjelokupnog sustava zdravstvene zaštite

Trenutno stanje:

1. Doktori

- a) Trenutni manjak doktora u sustavu zdravstvene zaštite, posebno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
 - Zanimanje podložno javnoj kritici
 - Neatraktivno zanimanje za mlade ljude (generacijama)
- b) Nepriznavanje stanja još većeg manjka doktora u budućnosti
 - Odlazak u mirovinu (postojeća starosna struktura u korist „starije“ generacije)
 - Usklađivanje s europskim standardima
 - Odlazak u zemlje EU (nakon ulaska Hrvatske u EU)
 - Odlazak u privatno poduzetništvo
 - Odlazak u farmaceutske kompanije
- c) Nedostatak kvalitetnog nastavnog kadra
 - Odlazak u mirovinu
 - Odlazak u privatno poduzetništvo
 - Nedostatak vremena nastavnika koji su prisiljeni baviti se egzistencijalnim pitanjima

2. Doktori PZZ-a:

- a) Djelatnici Doma zdravlja
 - Stalno dostupni pacijentima
 - Besplatni za pacijente
 - Fiksna plaća
 - Ne sudjeluju u prihodima DTP-a
 - Najčešće „ispodstandardni“ timovi
 - Nepotpuna opremljenost ordinacija
 - Opterećeni administrativnim poslovima
 - Kućne posjete nisu plaćene

- Nemotivirani za rad
- b) Koncesionari
 - Stalno dostupni pacijentima
 - Besplatni za pacijente
 - Plaćeni temeljem broja opredijeljenih pacijenata
 - Većinom „standardni“ i „iznadstandardni“ timovi
 - Preveliki broj pacijenata po timu u sve tri djelatnosti u PZZ
 - Bez partnerskog odnosa s HZZO-om
 - Sami su investirali u opremanje ordinacije
 - Nemaju dovoljno vremena za provođenje DTP-a
 - Limitirani DTP
 - Opterećeni administrativnim poslovima
 - Kućne posjete nisu plaćene
 - Nemotivirani za rad
- 3. Prostori ordinacija:
 - a) Vlasništvo Domova zdravlja (većina nije sukladna „Pravilniku o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti“)
 - b) Vlastiti prostori (uložena vlastita sredstva, moguć rad izvan radnog vremena)
 - c) Zakupljeni prostori (uložena vlastita sredstva, moguć rad izvan radnog vremena)
- 4. Domovi zdravlja
 - a) Nefunkcionalni
 - b) Bez „poduzetničkog duha“
 - c) Nedovoljno opremljeni (nedostato investiranje sa strane osnivača – županije)
 - d) „Gubitaši“
- 5. Zdravstvena administracija
 - a) „Hipertrofirana“
 - b) Sporost sustava
 - c) Nerazumijevanje stanja „na terenu“
 - d) Kontinuirano nametanje obaveza ugovornim doktorima
 - e) Nedovoljna stručnost („Vječni reformatori“, „stručnjaci“ izvan struke, ...)
 - f) Nepostojanje suradnje s PZZ-om
 - g) Nepostojanje održive strategije razvoja zdravstvenog sustava
 - h) Nemotivirani za rad
- 6. Bolnički doktori
 - a) Nedovoljno ekipirani (nedostatak doktora prema postojećim i budućim standardima)
 - b) Nedovoljno plaćeni
 - c) Rad kod privatnika izvan radnog vremena (nastavno na točku b.)
 - d) Odlazak u privatno poduzetništvo
 - e) Nepovjerenje u doktore PZZ-a
 - f) Opterećeni poslom za naručene pacijente koji bi mogli biti obrađeni u ordinacijama PZZ
 - g) Nisu konzultanti već preuzimaju ulogu doktora PZZ-a
 - h) Nemotivirani za rad
- 7. Hitna pomoć
 - a) Nedostatak doktora
 - b) Nedovoljna educiranost (mladi doktori bez staža)
 - c) Velika fluktuacija kadrova (mladi kolege odlaze na specijalizacije u SKZZ, u OM ili u farmaceutske kompanije)
 - d) Nedostatak kvalitetno educiranog srednjeg stručnog kadra

- e) Nedovoljno plaćeni
- f) Nemotivirani za rad
- g) Bazira se 80% na dodatnom radu liječnika OM
- h) Nejednaka dostupnost HMP pacijentima ruralnih krajeva
- i) Organizacija nije prilagođena terenskim specifičnostima

8. Pacijenti

- a) Uvjereni da imaju „pravo na sve“
- b) Žele sve „odmah, bez čekanja, besplatno“
- c) Time opterećuju ambulante hitnih prijema bolnica
- d) Ucjenjuju doktore u PZZ odlaskom drugom doktoru (smanjenje „glavarine“)
- e) Nedostatak saznanja o cijeni usluge u javnom zdravstvu („oni plaćaju zdravstvenu zaštitu“)
- f) Nepostojanje obaveza (očuvanje vlastitog zdravlja, poštovanje preporuka, ...)
- g) Nepostojanje osjećaja odgovornosti za svoje vlastito zdravlje
- h) Roditelji pedijatrijske populacije učestalim dolascima u prvim trenucima bolesti izlažu djecu dodatnim infekcijama, te tako još više povećavaju broj pregleda

9. Javnost

- a) Percepcija PZZ-a
 - Stalno dostupni (besplatno)
 - „Socijalni doktori“
 - Propisivači recepata i uputnica
 - Neznalice
- b) Percepcija SKZZ-a
 - Korumpiranost
 - Kvalitetnija „ponuda“ u privatnim poliklinikama („odmah“ i „sada“)
 - Neradnici (liste čekanja)

Uzevši u obzir sve navedeno, zaključujemo kako je potrebno riješiti problem opterećenja doktora u PZZ u svakodnevnom radu kroz cjelokupnu *reorganizaciju zdravstvenog sustava* i omogućiti ostvarenje ideje o rješavanju 70-90% morbiditeta u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite. Da bi se to ostvarilo, potrebno je cjelokupan sustav promijeniti u smislu obaveza zdravstvene administracije kako bi se doktorima obiteljske medicine, ginekolozima i pedijatrijama u PZZ, ali i specijalističko-konzilijarne medicine omogućilo pružanje kvalitetnije zdravstvene zaštite, ali s druge strane potrebno je uvesti i promjene u ponašanju pacijenata.

Zbog toga predlažemo slijedeće:

1. Ministarstvo zdravlja:

- a) Donijeti kvalitetnu strategiju razvoja zdravstva – kroz 5-10-15 godina
- b) Učiniti reviziju zakonske regulative
- c) Stvoriti preduvjete za dodatna ulaganja u PZZ (edukacija, rad, medicinsko-tehnička oprema, ...)
- d) Stvoriti preduvjete za dodatna ulaganja u opremanje bolnica i edukaciju u smislu kvalitetnog pružanja javne zdravstvene zaštite (ne ulagati u privatne poliklinike i bolnice koje svoje poslovanje baziraju na financijskoj dobiti)

- e) Motivirati mlade ljude da studiraju medicinu (financijske pogodnosti tijekom školovanja)
- f) Obavezati mlade doktore za rad u obiteljskoj medicini (najmanje 1 godinu)
- g) Motivirati mlade doktore za rad u PZZ-u (financijska motivacija)
- h) Motivirati liječnike da nakon položenog stručnog ispita ostanu raditi u struci dok čekaju specijalizaciju (time spriječiti odljev u unosnije poslove izvan struke, tj. farmaceutsku industriju)
- i) Planski i sustavno povećavati broj specijalizacija za djelatnosti u PZZ kao preduvjet za povećanje broja ordinacija u „mreži“, odnosno postupno smanjivati broj pacijenata po standardnom timu
- j) Inicirati donošenje „smjernica rada“ u PZZ-u i SKZZ-u
- k) Inicirati donošenje „smjernica racionalnog propisivanja terapije“
- l) Inicirati donošenje „smjernica o racionalnoj i medicinski indiciranoj dijagnostičkoj obradi“
- m) Osmišljavati provedive nacionalne programe prevencije, osobito malignih bolesti
- n) Javnosti predstaviti novu strategiju zdravstva s naglaskom na obaveze pacijenata
- o) Uvesti pluralizam osiguravajućih kuća u osnovnom zdravstvenom osiguranju
- p) Stvoriti zakonske preduvjete kako bi se jedinice lokalne samouprave obavezalo da kvalitetnije sudjeluju u participiranju sustava javne zdravstvene službe
- q) Stvoriti zakonske preduvjete kako bi se naglasio utjecaj Hrvatske liječničke komore u odlučivanju o pitanjima zdravstvene politike
- r) Kontinuirano raditi na podizanju zdravstvene prosvjećenosti populacije
- s) Kontinuirano organizirati edukaciju i re-edukaciju populacije u pružanju neodgodive prve pomoći

2. HZZO:

- a) Učiniti reviziju ugovornih akata u suradnji s doktorima PZZ-a kroz vrednovanje aktivnije uloge Hrvatske liječničke komore (fiksni i varijabilni dio „ukupnog prihoda ordinacije“, tzv. glavarine)
- b) Preuzeti administrativni dio posla s osiguranicima (pacijentima) i time rasteretiti doktore obiteljske medicine nemedicinskih obaveza
- c) Biti partner doktoru PZZ-u (u slučaju pogrešaka upozoriti i educirati, a ne kažnjavati, osim u iznimnim slučajevima)
- d) Donijeti tzv. „košaricu usluga“ i pacijente upozoriti na ograničenja korištenja sustava javnog zdravstva
- e) Proširiti „mrežu“ ordinacija PZZ-a, tj. povećati broj ordinacija OM kao i mrežu ordinacija zdravstvene zaštite žena, te djece predškolske dobi
- f) Smanjiti broj pacijenata standardnog tima obiteljske medicine (max. 1500), broj pacijentica tima zdravstvene zaštite žena (max. 4.000 žena), te broj djece u timu pedijatrije (max. 800), u razdoblju od slijedećih 10 godina (koncesijsko razdoblje) kroz osmišljenu strategiju
- g) Financijski kvalitetno motivirati „grupnu praksu“, kućne posjete, kućno liječenje, preventivni rad, racionalno propisivanje terapije, ...
- h) Financijski kvalitetno motivirati DTP-e (*no limits*, dvije skupine DTP-a)
- i) Usluge izvan „košarice usluga“ platiti sustavom *cijena x usluga* (prema cjeniku HLK)
- j) Definirati indikatore kvalitete rada u OM, ginekologiji i pedijatriji u PZZ (u suradnji s HLK)
- k) Racionalizirati sustav sanitetskih prijevoza i putnih troškova (dijagnostika i terapija u najbližoj ustanovi)
- l) Poboljšati kvalitetu informatičkih programa za rad u PZZ i kvalitetnu implementaciju terapijskih i dijagnostičkih smjernica u programe koje koristi PZZ ali i SZZ
- m) Poboljšati kvalitetu informatičkih programa, osobito onog dijela koji se odnosi na prikaz preventive (u pedijatriji zastupljena s preko 35% radnog vremena)

- n) Informatički programi trebaju biti rađeni u suradnji s doktorima PZZ-a, jednostavni, ali da ujedno prikazuju stvarni rad
3. Doktor obiteljske medicine, pedijatar, ginekolog u PZZ-u:
- a) Biti dobro educiran (redovnim školovanjem i dodatnom edukacijom) – tako bi bio u mogućnosti pružiti kvalitetnu i stručnu zdravstvenu zaštitu, riješiti 70-80% kazuistike, ali i dodatno zaraditi (mogući i održivi DTP-i u dvije razine)
 - b) Raditi sukladno donešenim „smjernicama rada“
 - c) Imati zadovoljavajuću medicinski-tehničku opremu
 - d) Provoditi sveobuhvatnu zdravstvenu zaštitu obitelji
 - e) Provoditi kvalitetnu i kontinuiranu zdravstvenu zaštitu žena i trudnica
 - f) Provoditi preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu djece predškolske dobi
 - g) Biti oslobođen obaveza izvan medicinskog posla (Zakon o liječništvu)
 - h) Biti suorganizator sustava i partner MZSS-u i HZZO-u – revizija ugovornih akata s HZZO-om
 - i) Biti adekvatno plaćen za svoj rad:
 - rad u ordinaciji (uvesti ICPC sustav)
 - kućne posjete
 - kućno liječenje
 - preventivni rad (definirati indikatore kvalitete rada)
 - racionalno propisivanje terapije
 - j) Biti motiviran raditi „grupnu praksu“ s kolegama iz okruženja – obiteljski doktori, ali i ostale struke (SKZZ)
 - k) Može imati mogućnost rada u dežurstvima Hitne pomoći (tamo gdje nije ustanovljena hitna pomoć kroz Ustanovu za hitnu pomoć) uz poštovanje uvjeta rada sukladno Zakonu o radu i Kolektivnom ugovoru u zdravstvu
 - l) Educirati studente
 - m) Raditi na poboljšanju stručnog i znanstvenog rada doktora u PZZ-u
 - n) Imati mogućnost otkupa ordinacije
4. Doktor SKZZ-a:
- a) Treba biti konzultant doktoru PZZ-a
 - b) Ne treba indicirati obradu izvan smjernica rada i „smjernica o racionalnoj i medicinski indiciranoj dijagnostičkoj obradi“
 - c) Ne treba naručivati pacijente na nepotrebne preglede (obaveza izabranog doktora OM)
 - d) Treba biti dobro plaćen da ne odlazi iz sustava SKZZ-a
 - e) Treba imati mogućnost dodatne zarade u sustavu javnog zdravstva (bolnice, DZ-i) izvan redovnog radnog vremena i ne treba odlaziti na dodatni rad u privatne poliklinike
 - f) Treba educirati studente
5. Domovi zdravlja trebaju:
- a) Ukinuti postojeće oblike DZ i stvoriti koncesionarske poliklinike
 - b) Postati dijagnostičko-poliklinički centri (i na taj način umanjiti pritisak na bolnice) tamo gdje je smanjena dostupnost bolničke zdravstvene zaštite ili gdje je bolnički sustav preopterećen
 - c) Imati kvalitetan *management* koji će proizvoditi dobit, a ne gubitke
 - d) Omogućiti preduvjete za kvalitetan rad OM (suradnja s OM), ginekologije i pedijatrije u PZZ
 - e) Smanjiti broj nezdravstvenog osoblja

6. Hitna pomoć:
 - a) Treba biti dobro ekipirana (dodatno educirane medicinske sestre/tehničari jer je njihova edukacija kraća i isplativija)
 - b) Doktori sa specijalizacijom iz urgentne medicine izlaze na stanja neposredne ugroze života (iskustva „zapadnih“ zdravstvenih sustava)
 - c) Treba raditi *hitna* stanja
 - d) Doktori u HP trebaju biti dobro plaćeni kako ne bi odlazili u PZZ, SKZZ ili farmaceutske kuće

7. Hrvatska liječnička komora:
 - a) Treba imati mogućnost odlučivanja (ili davanja *veta*) u odlukama zdravstvene administracije
 - b) Treba uvesti obavezu svih dijelova struke da kao uvjet relicenciranja svatko treba proći tečaj iz osnovnog održavanja života (npr. 1-2 puta u periodu licenciranja) koji će financirati Ministarstvo zdravlja
 - c) Kontinuirano raditi na poboljšanju društvene i strukovne pozicije doktora
 - d) Preporučiti uvođenje obaveze redovitih sistematskih pregleda doktora

8. Pacijent treba:
 - a) Znati da ima obavezu brinuti se o svom zdravlju (zakonska obaveza)
 - b) Znati da je dužan svojim ponašanjem podizati kvalitetu svog života (prestati pušiti, smanjiti tjelesnu težinu, poštovati preporuke, ...)
 - c) Znati da zdravlje košta i ukoliko se ne ponaša sukladno točkama a. i b. dužan je financijski sudjelovati u pregledu i terapiji
 - d) Znati da postoje ograničenja ulaza u sustav zdravstva, tj. poštovati pravilo koje nalaže ulaz u sustav javnog zdravstva preko doktora u PZZ, a ne direktno u SKZZ
 - e) Snositi dio financiranja sustava javnog zdravstva (prekobrojni broj dolazaka u ordinaciju u PZZ, neopravdano korištenje usluga Hitne pomoći, neopravdani dolazak u SKZZ, nepoštovanje preporuka, ...)
 - f) Ne smije ucjenjivati svog izabranog doktora odlaskom drugom doktoru

Na taj način ustrojen sustav omogućit će doktorima u PZZ :

1. Raditi kvalitetan posao u ordinaciji s manjim brojem pacijenata jer će na taj način moći bolje iskoristiti vrijeme predviđeno za rad s pacijentima (velik broj posjeta pacijenata oduzima vrijeme koje se može iskoristiti za izvršenje dijagnostičko-terapijskih postupaka)
2. Obavljati kućne posjete i kućno liječenje
3. Organizirati „grupnu praksu“, riješiti 70-90% kazuistike i pacijentima pružiti bolju kvalitetu zdravstvene skrbi
4. Nabavljati dodatnu skupu medicinsku opremu (iznad „Pravilnika o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti“), biti ukorak s najnovijim medicinsko tehnološkim dostignućima i tako pružiti još kvalitetniju zdravstvenu zaštitu
5. Bolju povezanost s kolegama u sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti
6. Sudjelovati u edukaciji mladih kolega

Kroz ovakav sustav rada u obiteljskoj medicini smatramo da nisu potrebni *Centri opće medicine* jer bi pacijenti bili kontinuirano zbrinuti sa strane svog obiteljskog doktora, tj. „grupne prakse“.

Hitna pomoć bi tada radila jedino urgentna stanja, ali uz predloženi ustroj rada u PZZ-u i promjenu odnosa, ali i uz promjenu ponašanja pacijenata koji bi snosili određene obaveze i odgovornosti.

Bolnički sustav bio bi tada u pravom smislu riječi sekundarna zdravstvena zaštita sa smanjenim brojem posjeta pacijenata i kazuistike koji trebaju biti u njihovoj domeni rada.

Dugoročno gledano (strategija 5-10-15 godina) kvaliteta zdravstvene zaštite bila bi tada viša, a financijski pokazatelji (troškovi liječenja u PZZ-u i SKZZ-u, bolovanja, ...) bili bi manji.

Predlažemo stoga da u prijelaznom periodu rad može biti organiziran na slijedeći način:

1. ordinacije posebnog dežurstva (ili postojećeg tzv. „COM“-a) trebaju biti opremljene sukladno *Pravilniku o minimalnim uvjetima u pogledu prostora radnika i medicinsko-tehničke opreme* za obavljanje zdravstvene djelatnosti
2. ordinacije posebnog dežurstva (ili postojećeg tzv. „COM“-a) ne smiju biti organizirani na punktovima timova T1 u djelatnosti hitne medicine
3. rad u posebnim dežurstvima (ili postojećem tzv. „COM“-u) ponuditi nezaposlenim doktorima i doktorima iz SKZZ-a
4. organizirati „CKP“ (Centre kućnih posjeta) temeljem zapošljavanja mladih nezaposlenih doktora
5. rad tijekom radnog tjedna (ponedjeljak-petak): doktor u svojoj smjeni prima i pacijente drugih doktora po cijeni pregleda temeljem cjenika Hrvatske liječničke komore (u slučaju grupne prakse - 10% „ukupnog prihoda ordinacije“)
6. obiteljski doktor u svojoj smjeni prima pacijente drugih doktora s „neodgodivom akutnom problematikom“ (akutni infekti, akutni bolovi, povrede, ...), a pacijenti s hitnim stanjima u domeni su rada Hitne pomoći
7. ginekolog u PZZ po potrebi prima pacijentice iz drugih timova zdravstvene zaštite žena ako se radi o akutnim ginekološkim i opstetričkim stanjima
8. doktor pedijatar u PZZ-u u svojoj smjeni prima pacijente drugih pedijatara s akutnom kazuistikom
9. obiteljski doktor obavlja kućne posjete, kućno liječenje i palijativnu skrb temeljem cjenika Hrvatske liječničke komore
10. doktor u PZZ-u tzv. „manjak sati“ odrađuje jednu subotu u mjesecu radeći u svojoj ordinaciji
11. obiteljski doktor *nema obavezu* nego *mogućnost* rada u dežurstvu ili tzv. „COM“-u,
12. rad u dežurstvu ili tzv. „COM“-u vikendom, neradnim danom i blagdanom treba biti plaćen tako da motivira sve doktore sustava javnog zdravstva (OM, pedijatrija, ginekologija, HZJZ, HZZO, SKZZ, ...) da sudjeluju u takovom radu /pozitivna iskustva Slovenije (rad vikendom plaća se oko 700 Eura)/
13. ginekolog iz PZZ treba imati mogućnost dežuranja u bolnicama na ginekološkim odjelima ili na ginekološkim klinikama, te sudjelovati u operativnom liječenju, za njegov tim opredijeljenih pacijentica
14. uvesti obavezu jedinicama lokalne uprave i samouprave da sudjeluju u dodatnom financiranju iznad visine sredstava predviđenih *Kolektivnom ugovorom* obzirom da se radi o nadstandardu koji se pruža pacijentima
15. plaćeni putni troškovi i osiguranje za rad u dežurstvu ili tzv. „COM“-u vikendom, neradnim danom i blagdanom

16. osigurano vozilo s vozačem za kućne posjete u dežurstvu ili tzv. „COM“-u vikendom, neradnim danom i blagdanom
17. doktori iz sustava javnog zdravstva tijekom rada u dežurstvu ili tzv. „COM“-u (OM, pedijatrija, ginekologija, HZJZ, HZZO, SKZZ, ...) ne izlaze na hitne intervencije
18. Hitna pomoć treba biti organizirana na taj način da ima najmanje dva tima u jednoj smjeni na jednom punktu kako bi mogli udovoljiti svim pozivima ili dolascima pacijenata (u hitnim ili „nehitnim“ slučajevima)
19. Pripravnost ne smije biti u formi Hitne medicinske pomoći
20. u slučaju neopravdanog samostalnog dolaska i korištenja usluga Hitne pomoći pacijent snosi financijski trošak (nadstandard) temeljem cjenika Hrvatske liječničke komore
21. u slučaju neopravdanog samostalnog dolaska i korištenja usluga bolničke zdravstvene zaštite pacijent snosi financijski trošak (nadstandard)
22. za kućno liječenje (previjanja, analgetska terapija, ...) vikendom, neradnim danom i blagdanom potrebno je koristiti mrežu patronažnih sestara
23. rad *Centara za zdravstvenu njegu* u kući proširiti na rad vikendom, neradnim danom i blagdanom
24. ubrzati edukaciju srednjeg stručnog kadra

Za KoHOM:

Senad Muslić, dr.med.,spec.OM