

U Zagrebu, 21.1.2024.

HZZO Direkcija

n/p ravnatelj Lucijan Vukelić, dr.med.spec.
Margaretska 3
10000 Zagreb

Ministarstvo zdravstva

n/p ministar izv.prof.dr.sc. Vili Beroš
Ksaver 200 a
10000 Zagreb

Odbor za zdravstvo i socijalnu politiku HS

n/p predsjednica Renata Sabljar Dračevac,
dr.med.spec.
Trg Sv. Marka 6
10000 Zagreb

HLK

n/p predsjednik doc.dr.sc. Krešimir Luetić
Tuškanova 37
10000 Zagreb

Predmet: Pravilnik o načinu izbora doktora primarne zdravstvene zaštite

-žurno postupanje, traži se

Slijedom obavijesti koju je HZZO uputio ugovornim subjektima primarne zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: PZZ) dana 19.1.2024. sukladno novom Pravilniku o izboru doktora PZZ, usvojenom na sjednici UV HZZO 16.1.2024., a temeljem kojega će osiguranicima biti omogućen e-Upis u timove PZZ bez osobnog odlaska/kontakta sa ugovornim timom PZZ (u daljnjem tekstu: Tim), slobodni smo vam poslati primjedbe temeljem iskustva iz prakse i zatražiti vaše hitno postupanje:

1/ Smatramo nedopustivim da se inicijalni susret i osobni kontakt u odnosu pacijent-lijječnik, prilikom izbora liječnika PZZ i upisa u njegov Tim, zamijeni virtualnim klikom miša. Pacijent se pri upisu u ordinaciju, osim sa samim Timom kojeg čine liječnik i medicinska sestra, upoznaje sa specifičnom organizacijom i načinom rada ordinacije, radnim vremenom, eventualnom obvezom naručivanja za sve nehitne preglede, mogućnostima ostvarivanja

alternativne komunikacije s ordinacijom, obavezom odlaska u isključivo vezani medicinsko biokemijski laboratorij (u slučaju indikacije) i mogućnostima kućne posjete, patronažne i palijativne skrbi, kućne njege, metadonske terapije, parenteralne terapije u ordinaciji, preventivnih pregleda te reguliranja bolovanja.

Time se odmah u startu izbjegava nezadovoljstvo i potencijalni sukob u odnosu pacijent-lijječnik uslijed drugačijih početnih očekivanja pacijenta. Izbjegava se i mogućnost da se u Tim upiše osoba koja nema prebivalište i boravište na području koje, prema Mreži javne zdravstvene službe (u daljnjem tekstu: Mreža), pokriva pojedini Tim. Isto tako, izbjegava se da se upiše osoba koja nominalno ima prebivalište na području rada Tima, a *de facto* ne živi na području prebivališta te samim time ima očekivanja da ju liječnik liječi virtualno odnosno posredstvom telefona ili e-maila. Na koncu, izbjegava se i mogućnost da se za Tim opredijeli osoba s kojom liječnik ima narušene odnose, ali osobu ne poznaje po imenu i prezimenu (*npr. pratnja pacijenta koja je bila verbalno agresivna ili prijetila liječniku, a koju liječnik ne zna po imenu i prezimenu, a još manje po datumu rođenja, MBO-u i OIB-u*).

Prilikom donošenja ovog Pravilnika nije uzet u obzir mogući problem sa organizacijom kućnih posjeta i vezanih, mogućih zdravstvenih njega, kućnog liječenja, palijativne skrbi, sudjelovanja u skrbi za kompleksnog pacijenta u situaciji kada se pacijent želi upisati u udaljeni Tim, bez dozvole liječnika.

Postupanje po ovakvom Pravilniku će vrlo vjerojatno dovesti do nezadovoljstva pacijenata pojedinim aspektima rada i željom za ponovnom promjenom izabranog liječnika te višestruko povećati migriranje pacijenata između Timova, a što je za obiteljsku medicinu pogubno. Dugotrajno stvaranje povjerljivog odnosa između pacijenata i zdravstvenih radnika je ključno za osnovne zadaće obiteljske medicine – prevenciju i praćenje kroničnih bolesnika. Čestim promjenama izabranog obiteljskog liječnika, potencirano neadekvatnom informatičkom podrškom prilikom prebacivanja kartona između različitih programskih rješenja (čak 6 različitih, licenciranih programa), umjesto željene kontinuirane skrbi imati ćemo ponovna upoznavanja s već obrađenim zdravstvenim problemima i ponavljanje dijagnostičkih i terapijskih postupaka što će dodatno produžiti liste čekanja i ukupne troškove u zdravstvu. Isto tako, govoreći iz praktičnog iskustva, najveći dio medicinskih zapisa, tj. dokumentacije – podataka biti će izgubljen, a praćenje bolovanja i metadonske terapije otežano. Izdavanje vjerodostojnih potvrda za sudske parnice i vještačenja medicine rada biti će posve neujednačeno i nepouzđano.

Nevjerojatno je koliku štetu sustavu ste potencijalno napravili jer ste lakonski i bez konzultacija, preko noći, uveli mogućnost ovakvog upisa pacijenata u Tim!

Je li to uopće moguće ako je Zakonom određeno da Ministar donosi Mrežu temeljem broja stanovnika na određenom području i temeljem veličine standardnog tima?

Čini se kao da ste Timove definirali kao samoposlugu ne uzimajući u obzir niti Mrežu niti standardne veličine timova niti metode i sadržaj rada obiteljske medicine.

Brojne zemlje Europe već su odavno ukinule institut slobodnog izbora, neograničenog teritorijem na kojem djeluje ordinacija u Mreži!

2/ Nastavno i na ranije stavove iznesene na brojnim sastancima i radnim skupinama, smatramo apsolutno nedopustivim da se veličina standardnog tima kao i maksimalan broj opredijeljenih pacijenata po timu promatra kroz apsolutne brojke. Potpuno je jasno da nije isto skrbiti o 1700 pacijenata mahom starije životne dobi i o 1700 mahom mlađe populacije.

Smatramo stoga da bi prilikom izračuna standardnog tima i maksimalnog broja pacijenata do kojega ordinacija mora upisivati nove pacijente apsolutne brojke trebalo korigirati indeksom opterećenja Tima po dobnoj strukturi pacijenata (izračun opterećenja Tima po dobnoj strukturi pacijenata - temeljeno na indeksima glavarine za određenu dob)

Izračun indeksa opterećenosti ordinacije

Dob godina	HZZO cijena	Indeks
0-7	1,88	Izračun relativne vrijednosti prema ugovornim sredstvima (= 1 za najveću dobnu grupu)
7-18	0,77	
18-45	1	
45-65	1,35	
65 i >	1,71	
Korigirani broj osoba		

Primjer izračuna

Ambulanta ima 1700 osiguranika

Dobne skupine	Broj osiguranika	Vrijednost po HZZO	Izračun	Korigirani broj Opterećenje	To znači da tim može imati prosječan broj ugovorenih osiguranika ali po HZZO izračunu vrijednosti opterećenja radi za dobnu strukturu osiguranika koja prelazi maksimalan broj 2125.
U dobi 0-7	10	1,88	$10 \times 1,88 =$	18,8	
U dobi 7-18	190	0,77	$190 \times 0,77 =$	146,3	
U dobi 18-45	700	1	$1 \times 1000 =$	1000	
U dobi 45-65	300	1,35	$300 \times 1,35 =$	405	
U dobi >65	500	1,71	$500 \times 1,71 =$	855	
UKUPNO	1700		UKUPNO	2425	

Zaključno, maksimalan broj osiguranika koje tim mora primiti treba se računati po ovoj shemi. U shemi se koriste indeksi opterećenja koje je odredio HZZO!

Napominjemo i da naoko mala promjena može napraviti potpuni kaos u ordinacijama i apeliramo da za sve promjene konzultirate praktičare s terena koji sustav PZZ poznaju najbolje.

Postupanjem po ovakvom Pravilniku, lako je zamisliti da netko tko otvori privatni Dom za stare i nemoćne te ih okupi u velikom broju na jednoj adresi, jednostavnim klikom miša desetine takvih pacijenata upiše u jedan jedini Tim!

Ili da određeni zatvor upiše sve zatvorenike u jedan Tim!

3/ Inzistiramo da liječnici obiteljske medicine koji su brojem osiguranika u svojoj skrbi dosegнули veličinu standardnog tima (izračun prema indeksu opterećenja po dobi) više ne budu u obavezi upisivati nove pacijente dokle god u njihovom radnom okruženju (*lokaciji na kojoj rade*) postoje timovi koji brojem pacijenata nisu dosegнули veličinu standardnog tima. Tek kada svi timovi u određenom radnom okruženju dosegnu veličinu standardnog tima ponovno bi svi bili u obvezi upisivati nove pacijente, ali isključivo temeljem prijavljenog boravišta i prebivališta pacijenata.

Dozvolite da vas podsjetimo na sljedeće činjenice:

U RH ima oko 2300 ugovorenih Timova od kojih je 109 Timova bez liječnika / nositelja, a 209 je liječnika starije od 65 godina. Istovremeno je još 609 liječnika starosti od 60-64 godine. Postoji oko 500 timova koji nemaju niti minimalni broj osiguranika, a više od 1400 Timova ima broj pacijenata manji od standardnog tima - 1700 pacijenata. Najveći Tim ima 2743 pacijenta, a najmanji svega 48 što ukazuje na drastične razlike u radnom opterećenju između pojedinih ambulanti.

Postupanje po ovom Pravilniku dramatično bi ugrozilo kvalitetu i sigurnost zdravstvene usluge te dovelo do prekomjernog izgaranja na radu djelatnika te posljedičnog povlačenja 60+ godina iz rada u mirovinu te dodatnu negativnu selekciju zdravstvenog kadra u obiteljskoj medicini.

Stoga bi prvi uvjet bio da se upis omogući samo u ordinacije koje imaju manje upisanih pacijenata od standardnog tima čime bi se postiglo ujednačenije radno opterećenje, uz uvjet prebivališta i boravišta vezanog za Mrežu, a time i optimalna kvaliteta i sigurnost pružene zdravstvene zaštite.

4/ Iako se u Hrvatskoj to nameće kao tabu tema i liječnicima nabija osjećaj nelagode da o tome uopće progovaraju, u svim zdravim društvima potpuno je normalno da izvršitelj svakog posla progovara o cijeni svoga rada. Stoga i KoHOM inzistira da se smjesta prestane s nepoštenom praksom kažnjavanja liječnika PZZ koji više rade i skrbe o većem broju pacijenata (*moćnost fakturiranja DTP-a prema ispostavljenim računima u visini od 140% do 160% glavarina, ovisno o broju opredijeljenih pacijenata, a na štetu velikih timova - po principu „ što više radiš ostvaruješ manji prihod i veći rashod*).

Kada bi to još bila mjera destimuliranja liječnika za upis velikog broja pacijenata mogli bismo i razumjeti takvu destimulirajuću financijsku mjeru, ali s druge strane HZZO je svojim općim aktima obvezao liječnike na upis pacijenata do maksimalnog broja od 2125 pacijenta. Stoga tražimo hitnu reakciju i početak dodatnog financijskog stimuliranja onih koji rade više i skrbe za veći broj osiguranika te smanjenje standardnog Tima na 1500 opredijeljenih pacijenata.

Posebno skrećemo pozornost da će eventualno provođenje Vaših mjera kako je sada zamišljeno te ignoriranje naših zahtjeva neminovno dovesti do dodatne degradacije kvalitete rada liječnika primarne zdravstvene zaštite, generirati nepotrebne poremećaje u odnosu pacijent-liječnik te već i ovako slabo atraktivnu struku mladim liječnicima učiniti još manje privlačnom.

5/ Ako se već želi pacijentima omogućiti direktan upis u timove obiteljske medicine onda tražimo da se i liječnicima omogući direktno i trenutno izuzeće nesuradljivih i problematičnih pacijenata elektronskim putem bez pisanja dodatnih očitovanja. Isto tako, i mogućnost odbijanja upisa temeljem boravišta i prebivališta pacijenata te radnog opterećenja ordinacije.

Najbanalnije praktično pitanje s terena je:

Kako otići u kućnu posjetu pacijentu koji je na udaljenoj adresi (čak i u drugoj Županiji) i izvan područja javnog prijevoza kada je radno vrijeme prema Pravilniku o rasporedu radnog vremena u PZZ definirao sat vremena za kućne posjete na kraju radnog vremena? Kako otići kada se zna da domovi zdravlja nemaju službena vozila i vozače, a liječnici nemaju osobna vozila za koja im, uostalom, nije odobrena naknada za gorivo, parkiranje i osiguranje od štete?

Na kraju moramo izraziti veliko iznenađenje načinom na koji je ovaj Pravilnik donesen kao i brzinom kojom je implementirano e rješenje - e upis pacijenata i time odmaknut administrativni posao sa šaltera HZZO preko noći dok s druge strane kada se traži administrativno rasterećenje obiteljskih liječnika, onda iznosite cijeli niz informatičkih zapreka - *treba puno vremena, nije moguće zbog bolnica, ne možete zbog otpora drugih, potrebno je konzultirati druga Ministarstva, migracija CEZIH-a i slično.*

Kako to?

Srdačan pozdrav,

Izvršni odbor Koordinacije hrvatske obiteljske medicine