

U Zagrebu, 24. listopada 2023.

VLADA Republike Hrvatske

n/p predsjednik Vlade RH mr. sc. Andrej
Plenković
Trg Sv. Marka 2
10000 Zagreb

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA

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

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Direkcija
n/p ravnatelj Lucijan Vukelić dr. med.
Margaretska 3
Zagreb

Predmet: prijedlozi izmjena osnova za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u djelatnosti obiteljske medicine

1/ Obraćamo Vam se u ime članova Koordinacije hrvatske obiteljske medicine (u daljnjem tekstu: KoHOM) nastavno na ranije prijedloge i nastojanja da potaknemo mlade liječnike na rad u obiteljskoj medicini koja nažalost trenutno ima poražavajuće odnosno alarmantne podatke o broju i prosječnoj starosti liječnika u toj djelatnosti sukladno statistici iz digitalnog atlasa Hrvatske liječničke komore.

U nastavku Vam prije svega dostavljamo egzaktno brojke o odnosu liječnika i osiguranika.

Ukupan broj osiguranika Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO) je 4.022.478,00¹.

Ukupan broj osiguranika HZZO-a kojima se pruža zdravstvena zaštita u djelatnosti obiteljske medicine iznosi 3.556.000,00.

Maloljetnih osiguranika u djelatnosti obiteljske medicine je 379.000,00 što je više nego u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece gdje ih je 352.000,00.

Da bi se popunio potreban broj ordinacija obiteljske medicine koji po Državnoj reviziji iznosi 2452², potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na

¹ <https://hzzo.hr/poslovni-subjekti/hzzo-za-partnere/broj-osiguranih-osoba-hzzo>

² [https://www.revizija.hr/UserDocsImages/izvjesca-novo/Revizije%20-%202023/IZVJESCA_%20OBAVLJENIM_REVIZIJAMA/REVIZIJE_UCINKOVITOSTI/DOSTUPNOST_OBITELJSKE_\(OP%C4%86E\)_MEDICINE_ZA%C5%A0TITE_ZDRAVLJA_%C5%BDENA_I_PRED%C5%A0KOLSKE_DJECE/DOSTUPNOST%20O%20\(OP%C4%86E\)%20M.pdf?fbclid=IwAR1AP8fb8ria7W_IZILYMQ_hnYbBFM6KQVJvn7LjJ0opij86_9kV-7H6u6k](https://www.revizija.hr/UserDocsImages/izvjesca-novo/Revizije%20-%202023/IZVJESCA_%20OBAVLJENIM_REVIZIJAMA/REVIZIJE_UCINKOVITOSTI/DOSTUPNOST_OBITELJSKE_(OP%C4%86E)_MEDICINE_ZA%C5%A0TITE_ZDRAVLJA_%C5%BDENA_I_PRED%C5%A0KOLSKE_DJECE/DOSTUPNOST%20O%20(OP%C4%86E)%20M.pdf?fbclid=IwAR1AP8fb8ria7W_IZILYMQ_hnYbBFM6KQVJvn7LjJ0opij86_9kV-7H6u6k)

način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i max.2.125).

Kada aktualni broj osiguranika HZZO-a koji koristi zdravstvenu zaštitu u obiteljskoj medicini podijelimo sa brojem potrebnih ordinacija (3.556.000,00 : 2452) dobije se broj od točno 1450 osiguranika koliko bi zapravo i trebao iznositi standardni broj osiguranika po timu kao što smo prethodno naveli.

Prema trenutnim podacima sa službene stranice HZZO-a³, trenutno djeluje 2314 ordinacija obiteljske medicine od čega je 126 ordinacija bez nositelja - iz čega proizlazi da u Republici Hrvatskoj trenutno radi 2188 obiteljskih liječnika.

Atlas HLK navodi 2168 obiteljskih liječnika što znači da je 146 ordinacija bez nositelja⁴.

Državna revizija ističe da je potrebno 2452 ordinacija obiteljske medicine što znači da trenutno postoji manjak od 138 ordinacija.

Kada se tome pridoda i podatak HZZO-a da 126 ordinacija nema nositelja tima, dolazimo do podatka da trenutno već sada u sustavu nedostaje 264 liječnika obiteljske medicine.

Međutim, da stvar bude gora svjedoče sljedeći podaci koje smo sumirali:

- 2452 ordinacija obiteljske medicine je potrebno
- 138 ordinacija obiteljske medicine trenutno manjka u sustavu
- 146 ordinacija obiteljske medicine su bez nositelja - liječnika
- 201 liječnik obiteljske medicine je s navršениh 65+ godina života
- 800 liječnika obiteljske medicine je s navršениh 60+ godina života
- 379 liječnika je u dobi između 55 i 59 godina života
- 314 liječnika obiteljske medicine nije navršilo 50 godina života
- 296 specijalizanata obiteljske medicine (koji su već obuhvaćeni u ukupnom broju)
- 1107 liječnika obiteljske medicine su specijalisti.

Kako se objektivno ništa ne mijenja, projekcija je da će za najkasnije 5 godina ostati samo 1358 ordinacija obiteljske medicine s liječnikom, a za 10 godina broj liječnika obiteljske medicine pasti će ispod 1000.

Održivost zdravstvenog sustava u takvim uvjetima jednostavno nije moguća.

Ukupan broj kontakata osiguranika s liječnicima obiteljske medicine u 2022. godini prema izvješću Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo⁵ (u daljnjem tekstu: HZJZ) iznosi 47.8 milijuna što znači da je svaki osiguranik u prosjeku 14,5 puta u godini kontaktirao svojeg liječnika obiteljske medicine (94% osiguranika)

Uz rastuće administrativno opterećenje i unošenje novih radnih obveza preuzimanjem velikog dijela posla od HZJZ, sve starijeg stanovništva (što znači i daljnji rast potražnje za uslugama obiteljske medicine), te uz ogroman nedostatak specijalizacija (nedostatno financiranje i nedostatak liječnika za zamjene) - evidentno je urušavanje kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite kao što je evidentno i sagorijevanje preostalih liječnika.

Uloga je primarne zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: PZZ), poglavito obiteljske medicine, da rastereti sekundarnu zdravstvenu zaštitu, do čega neće doći jer se obiteljska medicina rapidno kadrovski i organizacijski urušava, a po tom se pitanju očigledno ne čini ništa osim davanja načelnih obećanja.

Naime, financijsko i kadrovsko ulaganje ne postoji dok je administrativno na razini dobre volje bez konkretnih poteza/rješenja.

Odlukom Upravnog vijeća HZZO-a od 20. veljače 2013. donesena je Odluka o utvrđivanju osnovne vrijednosti koeficijenta u sustavu DTP u PZZ koja iznosi 52,00 kune.

³ <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/zdravstvena-zastita-pokrivena-obveznim-zdravstvenim-osiguranjem/ugovoreni>

⁴ <https://www.hlk.hr/digitalni-atlas-hrvatskog-lijecnistva.aspx>

⁵ <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/07/OM-CEZIH-2022.pdf>

Tom vrijednošću množe se koeficijenti za DTP postupke u PZZ utvrđeni u Odluci o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Međutim, od 2013. godine pa do danas HZZO nije izmijenio navedenu vrijednost koja sada u novoj valuti iznosi 7,30 eura sukladno trenutno važećoj odredbi članka 63. st. 6. Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

2/ Imajući u vidu sve gore navedene okolnosti, obiteljski liječnici dugi niz godina uporno predlažu promjene u ugovaranju s HZZO-om, a koje bi zasigurno pomogle u revitalizaciji obiteljske medicine koja je kao što je razvidno iz iznesenih konkretnih brojeva, kadrovski devastirana što će za posljedicu značiti i kolaps cjelokupnog zdravstvenog sustava.

U tom smislu, ljubazno molimo da u nastavku ovog dopisa pomno analizirate i pregledate bitnije promjene koje predlažemo:

1. Normativi u pogledu radnika i medicinsko-tehničke opreme u ordinaciji obiteljske medicine

Predlažemo da na standardni broj osiguranih osoba po timu u obiteljskoj medicini obvezno sudjeluje 1 specijalist obiteljske medicine ili dr. med. + 1 medicinska sestra + 1 zdravstveni suradnik.

Osim toga, kao što smo već naveli gore u tekstu, potrebno je revidirati minimalan, standardni i maksimalan broj osiguranika na način da minimalan broj iznosi 1000 osiguranika, standardan 1450 te maksimalan 1900 osiguranika po timu (trenutno min. 1.275, standardan 1.700 i maksimalan 2.125) s tim da bi u tom slučaju bilo potrebno preračunati istu ukupnu dosadašnju glavarinu na novi standardni tim.

Nadalje, potrebno je redefinirati razinu obavezne opreme ordinacije obiteljske medicine na način da se primjerice EKG, HOLTER tlaka, defibrilator navedu kao obvezna oprema na više ordinacija, a da se primjerice za KMAT, spirometar propiše obveza opremanja do određenog roka.

2. Uvećanje osnovne vrijednosti koeficijenta 1,00 u sustavu (DTP) u PZZ

Vrijednost koeficijenta nije se mijenjala u PZZ od 2013. usprkos nespornom rastu cijena i inflaciji te rastućoj potrebi ulaganja u opremu i kadrove.

U istom razdoblju, bolnicama je koeficijent korigiran najmanje 3 puta.

U tom smislu predlaže se korigirati osnovnu vrijednost koeficijenta s kojim se obračunavaju DTP-ovi sa sadašnjih 7,30 EUR (55,00 kn) na 8,90 EUR.

Smatramo da je racionalno da cijene određenih DTP budu veće na razini PZZ budući su usluge učinjene na razini PZZ 2 do 3 puta jeftinije nego kada se učine u sekundarnoj razini zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: SKZZ) i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: TZZ) zbog kolateralnih troškova (brojni radovi dokazuju navedenu tezu).

Na navedeni način se jača uloga liječnika obiteljske medicine kao "*gate keeper-a*".

Pritom valja spomenuti da se dijagnostička oprema koja se koristi na razini obiteljske medicine kupuje iz prihoda ordinacije dok opremu za bolnice kupuje ministarstvo ili lokalna samouprava.

Uz sadašnje cijene DTP-ova vezanih uz opremu EKG, spirometar, KMAT, UZV, defibrilator, ista oprema je jednostavno financijski neisplativa s obzirom na troškove održavanja i cijena potrošnog materijala te činjenicu da se zbog dobi liječnika obiteljske medicine ne može amortizirati slijedom čega se ordinacije koje imaju znanja i vještina odlučuju ne obnavljati istu što dovodi do opterećenja SKZZ.

Dakle, osnovni koeficijent je potrebno izjednačiti sa koeficijentom u SKZZ (koji iznosi 8,90 eura) te izbaciti limit za 2. i 3. razinu DTP-ova koja zahtijeva ulaganje u skupu opremu (samolimitirajuće).

Treba imati na umu da isključivo povećanje osnovnog koeficijenta, a bez brisanja limita (barem 2. i 3. razine DTP-ova), neće donijeti nikakvo povećanje u apsolutnom iznosu prihoda ordinacije ako glavarina ostane ista budući je iznos limita DTP-ova ovisan o glavarini te iznosi 140/150/160 % glavarine (navedeni limit postotka od glavarine ovisi o broju pacijenata).

Primjera radi, kada se stavi u omjer broj posjeta osiguranika (svaki osiguranik prosječno 14 puta godišnje posjeti svojeg liječnika obiteljske medicine sukladno izvješću HZZO-a za 2022. godinu) i iznos glavarine (prosječno 10 EUR po osiguraniku starijem od 18 godina) to znači da svaki kontakt ordinaciji donosi 0,66 EUR / 5 kn prihoda, na koji iznos se od DTP-ova može prihodovati još maksimalno 150% iznosa glavarine tj. 1 EUR / 7,5 kn + određeni neznatan dio za kpi (učinkovito izvršavanje ugovornih obveza) i qi (ostvarenu kvalitetu pružene zdravstvene zaštite) = što ukupno iznosi da ordinacija u najboljem scenariju može prihodovati maksimalno 2 EUR po kontaktu osiguranika.

3. Revidirati popis DTP-ova

Predlaže se dodati nove DTP-ove koje je moguće raditi u obiteljskoj medicini, a mnogi se već i rade bez bilježenja temeljem osobne inicijative liječnika (npr. gležanjski index, kompresivna terapija, akupunktura, tens itd.)

Pored navedenog, predlaže se mogućnost dodatnog ugovaranja POC dijagnostike: CRP, TSH, HbA1c, NTproBNP, troponin, d-dimere.

Nadalje, postupke koji zahtijevaju velika ulaganja u opremu i edukaciju potrebno je staviti vanlimitno i korigirati im cijenu kao što su npr. ultrazvuk, spirometrija, KMAT, POCT, gležanjski indeks, akupunktura, TENS, EKG itd. dok je postupke koji ne zahtijevaju velika ulaganja u opremu, ali zahtijevaju vrijeme kao što su npr. šivanje rane, kompresivna terapija, kronična rana, površinska psihoterapija, kućna posjeta itd. potrebno staviti vanlimitno i u drugu razinu.

Navedenim postupanjem s jedne strane bi se postiglo da bi se veći volumen osiguranika obradio u PZZ, a time bi i iskoristivost opreme bila veća - stimulativni model za one koji rade više, a s druge strane u određenoj mjeri bi došlo do rasterećenja SKZZ.

4. Sudjelovanje u troškovima zdravstvene zaštite (u daljnjem tekstu: participacija)

Člankom 35. st. 3. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju propisano je:

“Sredstva ostvarena sudjelovanjem osigurane osobe u troškovima zdravstvene zaštite iz članka 19. stavka 3. i članka 20. stavka 5. ovoga Zakona prihod su ugovornih subjekata Zavoda i ugovornih isporučitelja pomagala, a sredstva iz članka 19. stavka 4. ovoga Zakona prihod su Zavoda.”

Dok je člankom 19. st. 4. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju propisano:

“Osigurane osobe obvezne su sudjelovati u visini od 0,30 % proračunske osnovice za:
1. zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine, u skladu s općim aktom Zavoda,
2. izdavanje lijeka po receptu.”

Iz citiranih odredbi proizlazi da sredstva od participacija ostaju svim izvršiteljima zdravstvene zaštite osim u PZZ!

Naime, iako je člankom 57. Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisano:

“Privatni zdravstveni radnik kojem je odobrena privatna praksa u ordinaciji u mreži javne zdravstvene službe može ostvariti novčana sredstva:

- iz sudjelovanja korisnika zdravstvene zaštite u pokriću dijela ili ukupnih troškova zdravstvene zaštite.”

u praksi jedino PZZ vraća participaciju HZZO-u čime je dovedena u neravnopravan položaj, a istovremeno administrativno opterećena skupljanjem novca za „treću stranu“, izdavanjem računa, odnošenjem novca u HP i uplaćivanjem putem opće uplatnice - za što i financijski odgovara i izložena je kontrolama HZZO-a.

U teoriji, kada bi svi postojeći timovi obiteljske medicine godišnje ostvarili maksimalni mogući ugovorni prihod, zajedno bi uprihodili ukupno 1 milijardu kuna / 132.722.808,14 EUR (a zasigurno, ne prihoduju svi maksimalno), dok godišnje na ime participacije vrata HZZO-u oko 190 milijuna kuna/25 milijuna eura. To je gotovo petina ukupnog prihoda svih ordinacija obiteljske medicine!

Radi navedenog, predlažemo da participacija bude prihod ordinacije odnosno da ostane izvršiteljima usluge.

Participacija je kao što i sami puni naziv kaže: sudjelovanje osiguranika u troškovima pružene usluge i kao takva je prihod izvršitelja pa je nejasno zašto je uopće izuzeta kao prihod obiteljske medicine, ginekologije i dentalne medicine.

U obiteljskoj medicini participacija se plaća za prvi i kontrolni pregled, konzultaciju i savjetovanje, a prema izvješću HZZO-a za 2022. godinu takvih posjeta je u obiteljskoj medicini bilo 25 milijuna što je okvirno godišnje 25 milijuna eura koji se prikupe na ime participacije, a koji iznos može omogućiti financijsku održivost struke.

Usporedbe radi, bolnice mjesečno generiraju 29 milijuna eura gubitka⁶, a obiteljska medicina bi samo na ime participacije, koju skupi i vrati HZZO-u, godišnje imala financijsku injekciju od 25 milijuna eura!

5. Glavarina

Usprkos inflaciji u posljednjih 10 godina, glavarina nije povećavana.

Glavarina je osnovna plaća liječnika te iz nje proizlazi veliki dio prihoda ordinacije.

Usprkos izmjenama Uredbe o nazivima radnih mjesta i pripadajućim koeficijentima, te izjednačavanju koeficijenta za plaću svim specijalistima, to uvećanje nije ukalkulirano u izračun glavarine što smatramo nelegitimnim i destimulativnim potezom kojega je potrebno ispraviti u svrhu prvenstveno opstanka, a potom i mogućeg razvoja naše struke.

U tom kontekstu predlaže se korigirati glavarinu na način da prilikom smanjenja standardnog broja osiguranika po timu sa 1700 na 1450, glavarina ostane ista kao i sada, posebno da se, u slučaju da se ne prihvati prijedlog smanjenja standardnog broja osiguranika po timu, glavarina poveća za minimalno 14 posto.

6. Hladni pogon

Hladni pogon je iznos troškova koji se isplaćuje u fiksnom iznosu i neovisan je o broju osiguranika (ukoliko tim ima minimalno 1275 opredjeljenih osiguranika).

Njime se osigurava bruto plaća medicinske sestre, zakupnina i svi materijalni troškovi ordinacije glede režija, lijekova, informatičkih programa, infektivnog otpada te zamjena za godišnji odmor i bolovanje djelatnika ordinacije.

Potrebno ga je uvećati u skladu s najavljenim povećanjima plaća sukladno Zakonu o plaćama u državnoj službi i javnim službama s jedne strane, a isto tako ga vezati uz indeks

⁶ <https://www.jutarnji.hr/vijesti/hrvatska/hzzo-u-prihodi-pali-75-milijuna-eura-ubrano-manje-od-planiranog-a-dugovi-se-gomilaju-15380001>

potrošačkih cijena te ga usklađivati sa inflacijom svakih 6 mjeseci radi financijske održivosti ordinacija kako onih unutar domova zdravlja, tako i onih privatnih ugovornih ordinacija.

Porast cijena režija, lijekova i svog potrošnog materijala te informatičkih programa nije obuhvaćen dosadašnjim minimalnim korekcijama.

7. Liječničke potvrde

Predlažemo da se napokon jasno definiraju potvrde koje se osiguranicima naplaćuju.

U tom kontekstu smatramo da bi se sve liječničke potvrde trebale naplaćivati po cjeniku HLK osim onih koje su vezane uz redovno školovanje i ostvarivanje zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja te za potrebe Centra za socijalnu skrb i osoba s invaliditetom i socijalno ugroženih.

Smisao navedenog prijedloga je administrativno rasterećenje, a ne prihod.

Naime, naplaćivanjem svih mogućih nepotrebnih potvrda smatramo da bi se smanjio i broj zahtjeva za izdavanjem raznoraznih potvrda.

ZAKLJUČAK

Utjecaj na proračun:

Povećanje od prosječno oko 1.500 EUR mjesečno po ordinaciji x cca 2.200 ordinacija bi značilo oko 3,3 milijuna EUR mjesečno.

Drugim riječima, povećanje od oko 1.500,00 EUR mjesečno po ordinaciji bi na godišnjoj razini iznosilo 39,6 milijuna eura, a samo za usporedbu mjesečni gubitak bolnica u RH je 29 milijuna eura!

Korigiranim modelom financiranja izdaci za obiteljsku medicinu bili bi ukupno oko 172.322.808,00 EUR/1,3 milijarde kuna (sada su oko 132.722.808,14 EUR / 1 milijardu kuna).

Unazad 10 godina budžet za zdravstvo je porastao sa 23 na 38 milijardi kuna.

Obiteljska medicina bi i s ovakvim, novim modelom ostala na 3,40 % zdravstvenog budžeta dok primjerice razvijeni zdravstveni sustavi na zapadu s kojima se često volimo uspoređivati izdvajaju 7-10 % zdravstvenog budžeta za obiteljsku medicinu!

Sve gore navedene mjere bile bi korak naprijed za obiteljsku medicinu kako u domovima zdravlja (smanjenje dugova istih, a time i mogućnost nagrađivanja timova koji rade više), tako i privatnih ugovornih liječnika koji bi mogli i nadalje investirati u opremu i znanje (800 liječnika iznad 65 godina ne stigne amortizirati opremu do mirovine pa se teško odlučuju za investiranje i održavanje postojeće opreme, a time se gubi ogromni potencijal gotovo trećine iskusnih liječnika obiteljske medicine da većinu slučajeva riješe na razini PZZ i rasterete SKZZ).

Napominjemo da sadašnje stanje u obiteljskoj medicini čini istu najslabijom karikom u lancu zdravstvene zaštite.

Napominjemo da, prema izvješću HZJZ za 2022. godinu⁷, svaki radni dan pomoć svojeg liječnika obiteljske medicine potražilo je u prosjeku 191.000 pacijenata, osiguranika HZZO-a.

Reforma?

Positivne promjene su neophodne; rasterećenje i bolja regulativa uz jednake kriterije, principe, koeficijente, dostupnost za sve u sustavu. Alternativa je potpuna devastacija temelja, a potom i dezintegracija cijelog zdravstvenog sustava i smisla socijalne države. Brojnim vrijednim sudionicima ostaje tek burnout⁸.

⁷ <https://www.hziz.hr/wp-content/uploads/2023/07/OM-CEZIH-2022.pdf>

⁸ <https://repositorij.mefos.hr/islandora/object/mefos%3A417/datastream/PDF/view>

Ako želimo pravu reformu u PZZ moramo biti spremni na konkretne poteze; deklarirano jačanje PZZ ne može se postići uvođenjem novih radnih zadataka koje nema tko izvršiti niti ih ima s čime izvršiti.

Naposljetku slobodni smo citirati prof. Marc J. Roberts koji je rekao:
„Providers are rational economic actors - they respond to financial incentives“ - „If you pay for inefficiency, you will get inefficiency! Don't be surprised.“

S poštovanjem,

Izvršni odbor Koordinacije hrvatske obiteljske medicine

Na znanje:

- Hrvatska liječnička komora, predsjednik doc.dr.sc. Krešimir Luetić
- Hrvatski Sabor, Odbor za zdravstvo i socijalnu politiku predsjednica Renata Sabljar Dračevac dr.med.spec.