

Stručna radna skupina za koordinaciju, praćenje i usmjeravanje reforme u obiteljskoj medicini Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi Republike Hrvatske

**REFORMA ZDRAVSTVA U HRVATSKOJ:
UVOĐENJE KOMBINIRANOG SUSTAVA PLAĆANJA U OBITELJSKU MEDICINU**

Katić M., Jurković D., Jureša V., Predavec S., Hrastinski M., Petric D., Mazzi B., Tiljak H., Gmajnić R., Diminić-Lisica I., Šimunović R., Jovanović A., Vuković H., Prljević G., Stevanović R.

UVOD

Posljedično političkim, socijalnim i ekonomskim reformama u Republici Hrvatskoj kao i u drugim tranzicijskim državama dogodile su se značajne promjene u svim segmentima društva pa tako i u zdravstvenom sustavu.¹ Osnovne promjene su bile uvođenje tržišnog natjecanja i jačanje privatnog poduzetništva, kao i preuzimanje veće odgovornosti od strane korisnika zdravstvenog sustava. Najvažniji ciljevi reforme zdravstvenog sustava su bili: zaustaviti rast troškova, unaprijediti sustav planiranja i upravljanja, reorganizirati sustava financiranja i načina plaćanja, unaprijediti učinkovitost i kvalitetu zdravstvene skrbi te jačanje preventivne i primarne zdravstvene zaštite.² Primarna zdravstvena zaštita bila je prvi dio hrvatskog zdravstvenog sustava u kojem su izvršene suštinske organizacijske i financijske promjene sukladno promjenama i u drugim tranzicijskim zemljama.³ Osnovne značajke reforme primarne zaštite su prelazak iz državno vođenog sustava prema privatnom sustavu, uvođenje tržišta i kompeticija. Prevladavajući organizacijski model (dom zdravlja i/ili poliklinički centri) mijenja se najčešće u pojedinačne individualne prakse, uz polagano uvođenje grupnih praksi. Umjesto plaće uvodi se plaćanje glavarinom i druge komponente kombiniranog načina plaćanja.⁴ U zemljama jugoistočne i centralne Europe domovi zdravlja se ubrzano smanjuju i transformiraju, a bolnički dio sustava se znatno osnažuje.⁵ Nasuprot tom procesu, u mnogim zemljama potiče se koncept domova zdravlja koji pružaju primarnu zaštitu usmjerenu na zajednicu, posebice onim najranjivijim skupinama stanovništva, olakšavaju profesionalnu suradnju svih sudionika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i edukaciju, te osiguravaju koordinaciju i stručni nadzor, unapređenje kvalitete rada i praćenje zdravstvenog stanja populacije na lokalnoj razini.⁶

U domovima zdravlja, koji su bili u Hrvatskoj osnovne ustanove na primarnoj razini i odgovorni za provođenje cjelokupne primarne zdravstvene zaštite za područje za koje su bili osnovani, liječnici obiteljske medicine bili su zaposlenici te dobivali plaću od te ustanove. Od nacionalnog zdravstvenog osiguranja dom zdravlja je dobivao financijska sredstva za provođenje zdravstvene zaštite kao izdvojeni i određeni iznos („paušal“) za timove primarne zdravstvene zaštite. Količina sredstava nije ovisila o broju osoba u skrbi niti o opsegu i kvaliteti rada liječnika i njegova tima. U sklopu reforme zdravstvenog sustava u Hrvatskoj u primarnoj je zaštiti prvo uveden institut izabranog liječnika odnosno sustav registracije pacijenata na listi liječnika. Potom je uveden novi način financiranja službe obiteljske medicine putem glavarine koja se razlikuje prema dobnim skupinama. Liječnici dotadašnji zaposlenici doma zdravlja postali su privatnici koji rade u zakupljenim prostorima doma zdravlja i pojedinačni ugovaratelji (kontraktori) zdravstvene zaštite s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje.

Privatizacijom odnosno zakupom bitno se promijenio položaj liječnika u službi obiteljske medicine. Liječnik je postao poslovni subjekt, poduzetnik koji svoju egzistenciju može osigurati samo kroz dobro i racionalno poslovanje ostvarujući dohodak.⁷ Cilj promjena je bila racionalizacija i smanjenje troškova kao i strogi nadzor kvalitete zdravstvene zaštite, u skladu s ugovorom HZZO-a i liječnika opće/obiteljske medicine. Osim toga, promjene su uvedene i kako bi liječnik opće/obiteljske medicine izravno bio odgovoran za pacijente na svojem popisu i obrnuto.⁸ Nažalost, promjene su uvedene naglo, bez mogućnosti finijeg podešavanja sustava i primjerene prilagodbe sudionika u procesu zdravstvene zaštite bez dovoljnog suglasja s profesijom, što je u suprotnosti s principima upravljanja visokoprofesionalnim sustavima temeljenim na principima da promjene budu potaknute od onih koji direktno rade u praksi, a ne od onih koji su na vrhu piramide upravljanja. Osim toga, promjene su uvedene odjednom u cjelokupnom sustavu zdravstva, a da se nije kao što je profesija upozoravala, provelo pilot istraživanje na jednom području, gdje bi se moglo neposredno vidjeti učinke promjena i testirati različite mogućnosti da se nepovoljni ili neočekivani rezultati promjena razriješe na zadovoljavajući način.^{9,10} Intencije koje su deklarirane pri najavi promjena u primarnoj zdravstvenoj zaštiti su bile osloboditi sustav administrativnih stega, povećati profesionalnu i organizacijsku odgovornost liječnika i drugih zdravstvenih radnika te u skladu s njihovim radom povećati njihovu zaradu. Stoga je usprkos problema u funkcioniranju sustava opredjeljenje većine liječnika obiteljske medicine zadržati profesionalnu i financijsku nezavisnost, odnosno raditi izvan starih organizacijskih oblika kao što je to bio dom zdravlja.¹¹

PRIKAZ SLUŽBE OBITELJSKE MEDICINE U HRVATSKOJ

U službi obiteljske medicine većina je liječnika u zakupu odnosno privatnici, prema podacima HZZO u 2009. godini od ukupno ugovorenih 2345 liječnika njih je 540 (23%) ostalo kao zaposlenici u DZ, koji rade u službi obiteljske medicine. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, 2008. godine je u službi obiteljske medicine radilo 2319 liječnika od kojih je 971 (41,9%) bilo specijalista obiteljske medicine, 228 (9,8%) specijalista drugih specijalnosti te 1120 (48,3%) liječnika bez specijalizacije. Od ukupno

4.437.460 stanovnika Hrvatske njih 4.085.458 (92,1%) je bilo registrirano na listama liječnika obiteljske medicine. Broj osiguranika u skrbi jednog liječnika kreće se od 850 minimum do 2500 maksimum, a prosječna veličina liste je bila 1761. Zabilježeno je 25.729.168 posjeta odnosno 6,3 posjete prosječno po osobi u skrbi godišnje. Također zabilježeno je samo 327.952 kućnih posjeta što iznosi 1 kućnu posjetu na 13 osiguranika godišnje odnosno za svakog osiguranika prosječno jednu kućnu posjetu u 13 godina. Od ukupno 291.300 djece predškolske dobi njih 59.700 (20,4%) bilo je u skrbi obiteljskih liječnika. Zabilježeno je također 7.037.327 upućivanja na specijalističke preglede odnosno jedno upućivanje na 3,7 posjeta u obiteljskoj medicini. U preventivnoj zaštiti osoba starijih od 20 godina zabilježeno je samo 45.823 sistematska i preventivna pregleda što prosječno iznosi 0,01 pregled po osobi godišnje.¹² Ovi podaci opisuju značajke rada u službi obiteljske medicine, a to su velika stopa upućivanja na specijalističke preglede, učestalo korištenje službe obiteljske medicine, smanjenje broja kućnih posjeta te izrazito mali broj preventivnih pregleda odraslih osoba u skrbi.

ZNAČAJKE KOMBINIRANOG SUSTAVA PLAĆANJA U OBITELJSKOJ MEDICINI

Način financiranja je jedan od bitnih činitelja djelotvornosti pojedinog zdravstvenog sustava. Poznavanje mehanizama djelovanja pojedinih modela plaćanja te pravilan odabir u rukama dobrih „voditelja“ sustava i liječnika mogu osigurati bolju kvalitetu zdravstvene zaštite. Rezultati istraživanja provedenih u različitim zdravstvenim sustavima pokazuju prednosti i nedostatke svakog od uobičajenih načina plaćanja. Stoga se u većini zemalja odabiru kombinacije pojedinih ili svih oblika plaćanja sa različitim udjelima.¹³ Nije poželjno ni moguće preuzimanje modela funkcioniranja i financiranja zdravstvenog sustava neke druge zemlje jer zdravstveni sustav mora odražavati socijalne i ekonomske uvjete države u kojoj djeluje.¹⁴

Kombinirani sustav plaćanja u obiteljskoj medicini sadrži nekoliko sastavnica od kojih svaka za sebe ima određene poticajne, ali i ograničavajuće činitelje te se njihovom kombinacijom nastoji osigurati udruženo poticajno djelovanje svih sastavnica. Najučestaliji modeli kombiniranog sustava plaćanja sadrže dio plaćanja glavarinom, dio plaćanja usluga po modelu cijena puta usluga, plaćanje pojedinih programa, plaćanje fiksnih troškova te

različiti oblici plaćanja prema odabranim kriterijima kvalitete. Uz ove sastavnice dodatno se plaća provođenje izobrazbe te znanstvenih i/ili stručnih istraživanja u praksi.

Svrha uvođenja kombiniranog sustava plaćanja rada je omogućiti liječnicima profesionalni i financijski poticaj za unapređenje kvalitete rada. Kombinirani sustav plaćanja najviše potiče bolju organizaciju rada i bilježenja onog što liječnici svakodnevno rade, širenje djelokruga rada usvajanjem novih vještina te korištenje većeg broja dijagnostičkih i terapijskih postupaka. To u konačnici dovodi do racionalnije i učinkovitije skrbi koju liječnici obiteljske medicine pružaju osobama koje su ih izabrale za svog liječnika.

U mnogim se zemljama stoga koristi kombinirani sustav plaćanja kojim se potiče ne samo obuhvat populacije u skrbi što sustav plaćanja glavarinom najbolje omogućava, nego i drugi oblici plaćanja koji potiču osobnu inicijativu liječnika na širenje spektra rada i provođenja različitih programa. Posebice se razvijaju načini plaćanja koji potiču praćenje i unapređenje kvalitete rada korištenjem usuglašenih i razrađenih indikatora kvalitete rada. U izvješću Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD) analiziran je način plaćanja liječnika u 13 europskih država i SAD. Različite države (Austrija, Nizozemska, Danska Republika Češka i Velika Britanija) koriste kombinirane metode plaćanja, najčešće kombinirajući glavarinu i plaćanje usluga, pri čemu glavarina čini relativno veći dio ukupne nadoknade.¹⁵ Znatniji pomak u povećanju kvalitete rada daje uvođenje komponente plaćanje prema učinjenom. U nekim su zemljama razvijeni i koriste se načini plaćanja u kojima je znatan dio plaćanja temeljen na korištenju usuglašenih i razrađenih indikatora kvalitete rada. Primjerice u Velikoj Britaniji su nakon gotovo dva desetljeća, organizatori i financijeri zdravstvenog sustava u suradnji sa profesionalnim društvima, zajedničkim naporima, izradili indikatore kvalitete rada u obiteljskoj medicini i njihovu primjenu u praćenju provedbe programa i plaćanju rada prema izvršenju. Novi ugovor za liječnike opće medicine iz 2004. godine potiče grupnu praksu, koju najčešće čini skupina od 2-6 liječnika. Ugovor se sklapa za grupnu praksu, iako svaki liječnik ima svoju listu pacijenata. Liječnici opće medicine mogu zaraditi bonus od 1000 bodova što iznosi 20-30% više sredstava, vezano uz kompleksni skup indikatora koji čine okvir za plaćanje prema ishodu i kvaliteti rada. Okvir za plaćanje prema ishodu i kvaliteti rada obuhvaća tri glavna područja: kliničku skrb, organizaciju prakse i bolesnikovo iskustvo - odnosno zadovoljstvo. Za brzu dostupnost liječnici mogu zaraditi dodatna sredstva.^{16,17} Postoje također mnogobrojni primjeri iz SAD gdje se pokazalo kako takva komponenta kombiniranog modela plaćanja daje snažan poticaj da se dostignu dogovoreni indikatori kvalitete.^{18,19}

Zanimljivo je kako je u Danskoj koja je poznata kao država koja ima umjereno skup zdravstveni sustav, a u kojem se postiže veliki stupanj zadovoljstva korisnika te visoka efikasnost djelovanja zdravstvenog sustava, velika većina liječnika obiteljske medicine plaćena kroz kombinirani sustav plaćanja, koji uključuje glavarinu, plaćanje usluga i programe. Glavarina čini otprilike trećinu dohotka liječnika obiteljske medicine, a broj bolesnika na listi liječnika je ograničen. Plaćanje prema uslugama uključuje konzultacije, pretrage i kućne posjete. Način plaćanja liječnika obiteljske medicine utvrđen je pregovaranjem između udruženja obiteljskih liječnika i nacionalnog sustava zdravstvenog osiguranja. Sadržaji poželjnih programa su fokusirani na preventivnu zaštitu, a obiteljski liječnici su financijski potaknuti kako bi omogućili konzultacije o prekidanju pušenja, prehrambenih navika te kontroli tjelesne težine.¹⁵

Znatan doprinos uvođenju komponente plaćanja prema učinjenom odnosno razvoju i implementaciji kombiniranog sustava plaćanja je informatizacija primarne zdravstvene zaštite. Veliki dio istraživanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti o korištenju elektroničkog medicinskog zapisa odnosi se na implementaciju smjernica u liječenju kroničnih bolesti i preventivne aktivnosti. Istraživanja su pokazala da je korištenje elektroničkog zdravstvenog zapisa s integriranim smjericama i protokolima za pojedine skupine bolesnika dovelo do znatnog poboljšanja u preventivnim aktivnostima liječnika primjerice cijepljenju, skrbi za hipertoničare, sekundarnoj prevenciji koronarne bolesti. Implementacija elektroničkog zdravstvenog zapisa u primarnu zdravstvenu zaštitu pridonosi poboljšanju kvalitete skrbi za pacijenta, racionalizaciji potrošnje i poslovanja osiguravatelja, rasterećenju liječnika i medicinske sestre od velikog broja administrativnih obveza, te korištenju prikupljenih podataka u upravljanju sustavom javnog zdravstva i kreiranju zdravstvene politike. Da bi elektronički zdravstveni karton ispunio sve navedene zahtjeve on mora biti dorađen u suglasju sa zahtjevima i potrebama obiteljske medicine. Od uvođenja informatizacije primarne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj u obiteljskoj su se medicini u korištenju ponuđenih programskih rješenja posebice izdvojili slijedeći problemi: orijentiranost postojećih programskih rješenja na izvještavanje posebice izrada preformiranih izvješća za HZZO i Hrvatski zavod za javno zdravstvo; vođenje zdravstvenog kartona po obrascu epizodne, a ne trajne i sveobuhvatne skrbi; nemogućnost korištenja odnosno „povlačenja“ vlastitih podataka iz centralne jedinice; te nepostojanje obiteljskog elektroničkog zdravstvenog kartona. Uz ove zahtjeve elektronički zdravstveni karton bi morao biti

prilagođen trajnom bilježenju, svrstavanju podataka i izradi zadanih izvješća o provedenim preventivnim aktivnostima koje su određene ugovornim obvezama.^{20,21}

POSTOJEĆI SUSTAV PLAĆANJA U REPUBLICI HRVATSKOJ U SLUŽBI OBITELJSKE MEDICINE I NJEGOVE IMPLIKACIJE

U Republici Hrvatskoj se od 1992. godine prešlo na sustav plaćanja po osiguranoj osobi registriranoj na listi liječnika – „glavarina“. Liječnici su stoga motivirani imati u skrbi što više mladih i zdravih osiguranika, te onih koji ne traže niti koriste službu obiteljske medicine. To je na dijelu radilišta obiteljske medicine imalo za posljedicu izbjegavanje primanja u skrb osiguranika s povećanim zdravstvenim potrebama: kroničnih bolesnika, bolesnika na duljem bolovanju i starijih osoba. Načinom financiranja liječnici su dovedeni u položaj direktne financijske ovisnosti o osiguraniku pa su profesionalne odluke liječnika uvelike ovisne o zahtjevima osiguranika. U nastojanju da zadrže bolesnike na listi liječnici su pod pritiskom njihovih zahtjeva ponekad stručno neopravdano upućivali na dijagnostičke pretrage, specijalističke preglede te češće propisivali lijekove.

U Republici Hrvatskoj upravo je u tijeku proces kako bi se model plaćanja postupno unaprijedio višeslojnim kombiniranim modelom plaćanja. Sustav plaćanja modelom glavarine trebao bi potaknuti natjecanje između liječnika kako bi privukli što veći broj osoba u skrb te tako povećali prihode. Zamisao je, da će se natjecanjem liječnika kako bi osigurali što veći broj osoba u skrbi, postići bolja kvaliteta medicinskog rada. No pri tom se ne uzima u obzir činjenica da bolesnici teško mogu prepoznati značajke dobre skrbi i značajke liječnika koje govore o boljem medicinskom radu. S druge strane, za osiguravatelja je zadržavanje troška u predviđenim granicama vrlo važno mjerilo uspješnosti rada ugovornog liječnika. Stoga je jako značajno da se u ugovorne odnose između liječnika i osiguravatelja ugrade primjereni indikatori procjene kvalitete rada liječnika. U nedostatku takvih pravih indikatora kvalitete rada natjecanje liječnika za što veći broj osiguranika u skrbi bez dovoljne stručne kontrole vrlo često se odvija na neprikladan način. Liječnici „privatnici“ su suočeni s borbom za vlastitu egzistenciju, svjesni da im jedino dovoljan broj pacijenata osigurava rad u javnom sektoru odnosno ugovor sa HZZO. Iako je u sustav plaćanja službe obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj unazad par godina uvedeno uz glavarinu nekoliko

drugih elemenata koji čine kombinirani sustav plaćanja ipak glavninu sredstava liječnici ostvaruju kroz glavarinu koja je različita ovisno o dobi pacijenta.

U prethodnom su razdoblju uvedene neke sastavnice kombiniranog sustava plaćanja, primjerice, izdvojeno plaćanje pojedinih usluga te zaseban preventivni program ali sa vrlo ograničenim učinkom. Naime, opseg usluga je bio vrlo uzak (mala kirurgija-površna obrada i šivanje rane, vađenje šavova, incizija, snimanje EKG-a, ispiranje uha te promjena urinarnog katetera).

Potom je uvedeno i dodatno plaćanje za udruživanje u grupnu praksu jer je u postojećem sustavu privatiziranih pojedinačnih ordinacija liječnika obiteljske medicine grupna praksa prepoznata kao organizacijski i financijski model koji može pridonijeti poboljšanju rada u obiteljskoj medicini. Također, uvedeno je dodatno plaćanje za specijaliste obiteljske medicine kao znatan poticaj liječnicima za dalje profesionalno usavršavanje i osiguranje primjerene izobrazbe liječnika koji rade u obiteljskoj medicini sukladno europskim preporukama i zahtjevima. Broj pacijenata na listi liječnika i njihova dobna struktura i nadalje su temeljne odrednice dohotka ordinacije. A upravo velike razlike u broju osoba u skrbi (veličini liste) i dobnoj strukturi osoba u skrbi dovele su do velikih razlika u dohotku između liječnika neovisno o stručnoj spremi liječnika, kvaliteti njegova rada ili trudu koji liječnik ulaže da bi osigurao primjerenu skrb osobama koje su ga izabrali.

Upravo je to i razlog zašto se u sustavu plaćanja nastoji uvesti model u kojem broj osoba u skrbi, a donekle i njihova dobna struktura nisu jedini elementi određivanja dohotka ordinacije.²²

PREDLOŽENI MODEL KOMBINIRANOG SUSTAVA PLAĆANJA U SLUŽBI OBITELJSKE MEDICINE

Kombinirani sustav plaćanja potiče liječnika na širenje spektra rada i provođenja različitih programa kroz financijske poticaje za bolji rad uz primjerenu stručnu kontrolu i pozitivnu stručnu gratifikaciju. Pri tom valja naglasiti kako za uvođenje komponente plaćanje prema učinjenom moraju biti zadovoljeni slijedeći preduvjeti: osigurana dodatna sredstva, potom dobro praćenje izvršenja programa, primjeren informatički program te uvažavanje specifičnosti pojedinih sredina.²³

Model se temelji na postojanju fiksnog iznosa plaćanja s udjelom od 80% te varijabilnog dijela plaćanja ostvaren prema izvršenju s udjelom od 20% iz ukupne glavarine koju liječnik dobiva temeljem broja i dobne strukture opredijeljenih osoba u skrbi. Unutar fiksnog dijela za svaki ugovoreni tim obiteljske medicine osigurao bi se dio sredstava jednak za sve timove za pokrivanje osnovnih troškova ordinacije. Jedinostveni prosječni trošak ordinacije bi se uvažavao dok se ne razvije i implementira informatičko rješenje koje će moći izraditi pojedinačne realne stalne troškove poslovanja za svakog liječnika ponaosob. Plaćanje osnovnih troškova ordinacije, neovisno o glavarini garantira funkcionalnost ordinacije te izjednačavanje uvjeta rada liječnika što značajno doprinosi i izjednačavanju standarda liječničkih usluga.

U varijabilni dio plaćanja odnosno dio dohotka ostvaren prema izvršenju uvršteni su dijagnostičko terapijski postupci (DTP) te preventivne aktivnosti u jednakim omjerima. Na ovaj način bi se potaklo liječnike obiteljske medicine da prošire djelokrug i opseg rada, da se smanji korištenje dijagnostičkih postupaka u sekundarnoj razini zaštite i unaprijedi preventivni rad.

DTP 1 razine su oni postupci koji ulaze u osnovicu plaćanja koji su uključeni u osnovni rad liječnika obiteljske medicine i slijedom toga moguće ih je izvesti svakom liječniku i na taj način osigurati svakom liječniku da osigura dosadašnju razinu plaćanja. Lista svih predloženih DTP sadrži postupke koji su utemeljeni na stručnim i znanstvenim kriterijima obiteljske medicine. Lista DTP I razine obuhvaća dosta raznorodnih postupaka jer će liječnici zavisno od vrlo raznolikog sastava populacije u skrbi moći neke postupke izvoditi vrlo često, a neke postupke koji su također nužni i temeljni u skrbi za bolesnika moći će ili morati izvoditi ekstremno rijetko. Za izvođenje nekih DTP nužna je dodatna izobrazba liječnika (i njegovih suradnika) te dodatna financijska ulaganja u opremu, njeno korištenje i održavanje. DTP se plaćaju modelom cijena x usluga.

Preventivne aktivnosti prve razine se izvršavaju svakodnevno u ordinaciji obiteljskog liječnika, a dio su ugovornih obveza o izvršenju preventivnih aktivnosti koje se plaćaju prema izvršenju i iznose 10% ugovorene glavarine tima obiteljske medicine.

Preduvjet za provedbu preventivnih aktivnosti prve razine u obiteljskoj medicini je informatizacija primarne zdravstvene zaštite – obiteljske medicine, odnosno odgovarajuća programska rješenja koja će pratiti preventivne postupke (što uključuje odabir populacije za preventivne aktivnosti, „automatizam“ upisa provedenih preventivnih aktivnosti, praćenje učinjenog, evaluaciju i izvršenje programa).

Najveći dio tih aktivnosti odnosi se na rano unapređenje zdravlja, otkrivanje rizika za kronične nezarazne bolesti, rano otkrivanje i dijagnosticiranje kroničnih bolesti, primjereno liječenje i rano otkrivanje i liječenje komplikacija kroničnih bolesti.

Prijedlog sadrži skup preventivnih mjera specifičnih za pojedine dobne skupine i usuglašenih sa Programom mjera zdravstvene zaštite. Predložene preventivne mjere obuhvaćaju različite populacijske skupine obzirom da među liječnicima obiteljske medicine postoje vrlo velike razlike u strukturi populacije. Preventivne aktivnosti prve razine se izvršavaju svakodnevno u ordinaciji obiteljskog liječnika, a dio su ugovornih obveza o izvršenju preventivnih aktivnosti koje se plaćaju prema izvršenju i iznose 10% ugovorene glavarine tima obiteljske medicine. Izvršenje se treba iskazati u obuhvatu populacije planiranom preventivnom mjerom i predviđeno je postepeno povećavanje izvršenja u slijedećih pet godina. Preventivni postupci obuhvaćaju: individualno savjetovanje o zdravom stilu života - za sve dobne skupine; program mjera zdravstvene zaštite djece predškolske dobi; identifikaciju pušenja, konzumacije alkohola te seksualne aktivnosti za školsku djecu i mladež; za žene generativne dobi klinički pregled dojki te brigu o redovitom obavljanju Pap testa; za muškarce starije od 50 godina ispitivanje prostata score; ciljani skrining za kronične nezarazne bolesti za osobe u dobi od 40 godina; aktivna skrb za bolesnike koji boluju od hipertenzije i dijabetesa; te sistematski pregled osobe koju se prima u skrb.

Dodatno plaćene aktivnosti iznad 100% sadrže također brojne DTP za izvođenje kojih su liječnici osposobljeni i posjeduju odgovarajuću opremu. Također bi se dodatno trebali platiti posebni programi organizirani na nacionalnoj razini ili na razini lokalne zajednice. Kao i u svakom dijelu plaćanja potrebno je postaviti regulatorni mehanizam da se zbog financijske stimulacije dodatnih usluga zanemari i nedostatno izvrši osnovni program. Da bi liječnik ostvario pravo na dodatno plaćene aktivnosti mora ispuniti osnovni program koji čini osnovicu od 100%. Tako država osigurava svakom građaninu, a sustav osnovnog zdravstvenog osiguranja svakom osiguraniku jednaka prava i razinu kvalitete zdravstvene zaštite.

Dodatno plaćanje u vrijednosti 5% osnovnog plaćanja za udruživanje u grupnu praksu i nadalje treba zadržati kao i plaćanje za specijalizaciju iz obiteljske medicine. U svrhu poticanja nastavnih i znanstvenih aktivnosti u obiteljskoj medicini trebalo bi dodatno financijski stimulirati liječnike koji takve aktivnosti provode u praksi po uzoru na druge zemlje.

Trebalo bi trajno pratiti učinke kombiniranog načina plaćanja, poticati kvalitetu rada postupnim povećanjem učešća varijabilnih elemenata plaćanja i trajno razvijati indikatore kvalitete rada i okvir plaćanja sukladan uvažavanju tih kriterija. Za to je potrebna suradnja, razumijevanje i uvažavanje argumenata svih sudionika u tom procesu. Glavni su sudionici izrade i implementacije indikatora kvalitete rada u okvir plaćanja Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (zdravstvena politika), Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (financijer), profesionalna društva (struka) i stručnjaci (znanost, međunarodna iskustva). Takvo tijelo treba raditi kontinuirano kroz nekoliko godina, implementirajući nova rješenja, prateći učinke promjena, pažljivo prilagođavanje novih rješenja postojećoj praksi te učinkovito sprečavanje neželjenih i/ili neočekivanih nepovoljnih posljedica uvedenih promjena.

Novi model plaćanja u kojem postoji fiksni i varijabilni dio bitan je element unapređenja funkcioniranja obiteljske medicine jer financijskim i stručnim poticajima osigurava bolju kvalitetu rada odnosno bolju zaštitu populaciji.

Treba imati na umu, a to pokazuju i podaci iz literature kako se ovakve suštinske promjene, osim normativnog dijela koji je relativno lako provesti i ustrojiti (pravilnici, ugovori, dodaci ugovorima i slično), odvijaju kontinuirano, polagano i uz pažljivo praćenje efekata tih promjena, te brzu korekciju neočekivanih nepovoljnih učinaka. Zdravstveni sustav je vrlo inertan i dijelom zahvaljujući tome vrlo čvrst.¹⁶ Implementacija kombiniranog modela plaćanja kojeg treba trajno unapređivati i pratiti njegove učinke, osigurati će pravednije plaćanje izvršenog rada, omogućiti bolje praćenje pružene zdravstvene zaštite te poticati liječnike i druge djelatnike na primarnoj razini zdravstvene zaštite na unapređenje kvalitete rada.²⁴ Poznavanje mehanizama djelovanja pojedinih modela plaćanja i uvažavanje na znanstvenim istraživanjima utemeljenih spoznaja u financiranju i organizaciji zdravstvenog sustava bitni su preduvjeti za oblikovanje i provođenje zdravstvene politike oblikovane prema zdravstvenim potrebama populacije i mogućnostima države kako bi se sredstva za te potrebe upotrijebila na najbolji mogući način.

POPIS LITERATURE:

1. Orešković S., New Priorities for Health Sector Reform in Central and Eastern Europe., *Croatian Med. J.* 1998; 39: 225-233.
2. Katić M., Jureša V., Orešković S., Family Medicine in Croatia: Past, Present and Forthcoming Challenges, *Croat. Med. J.* 2004; 45: 543-549
3. Hebrang A., Henigsberg N., Erdeljić V., Foro Š., Turek S., Zlatar M., Privatizacija u hrvatskom zdravstvenom sustavu: učinak na neke pokazatelje dostupnosti usluge u ordinacijama opće medicine. *Liječ. Vjesn.* 2002; 124: 239-243.
4. Švab I., Pavlic D.R., Radić S., Vainiomäki P., General practice east of Eden: an overview of general practice in Eastern Europe. *Croat. Med. J.* 2004; 45(5):537-42.
5. Seifert B., Švab I., Madis T., Kersnik J., Windak A., Steflava A., Byma S., Perspectives of family medicine in Central and Eastern Europe., *Fam. Pract.* 2008; 25(2):113-8
6. Politzer R.M., Schempf A.H., Starfield B., Shi L., The future role of health centers in improving national health., *J. Public Health Policy.* 2003;24(3-4):296-306)
7. Katić M., Petric D., Jureša V., et al. Zašto i kako promijeniti sustav plaćanja službe obiteljske medicine U: Zbornik Četvrti Kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora - Rovinj 2004. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora. 31- 42.
8. Hebrang A., Henigsberg N., Erdeljić V., et al., Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility., *Health Policy Plan* 2003; 18: 421-8.
9. Ham C., Improving the performance of health services: the role of clinical leadership., *The Lancet* 2003; 361: 1978-1980.
10. Bergman Marković B., Katić M., Blažeković-Milaković S., Petric D., Deset godina nakon „privatizacije“ primarne zdravstvene zaštite., *Acta Med. Croat.* 2007; 61: 1-6
11. Katić M., Rumboldt M., Materljan E., Gmajnić R., Analiza stanja u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj i nužnost promjena., *Medix* 2009; god XV, broj80/81 str 51-56
12. Croatian National Institute of Public Health., *Croatian Health Service Yearbook* 2008., Zagreb 2009.
13. Chaix-Couturier C., Durand-Zaleski I., Jolly D., Durieux P., Effects on financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues., *International Journal for Quality in Health Care* 2000; 12: 33-42.
14. Ham C., Alberti KGM., The medical profession, the public, and the government. *BMJ* 2002; 324: 838-842.

15. Fujisawa R., Lafortune G., The remuneration of General Practitioners and Specialists in 14 OECD countries: What are the factors influencing variations across countries?, Health Working Papers. DELSA/HEA/WD/ HWP(2008)
16. Roland M., Linking Physicians' Pay to the Quality of Care - A Major Experiment in the United Kingdom., NEJM 2004; 351: 1448-1454.
17. Campbell S.M., Roland M.O., Middleton E., Reeves D., Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study., BMJ 2005; 331: 1121-1136.
18. Mcglynn E.A., Asch S.M., Adams J. et al., The quality of health care delivered to adults in the United States., NEJM 2003; 348: 2635-2645
19. Rosenthal M.B., Frank R.G., Li Z., Epstein A.M., Early experience with pay-for-performance: from concept to practice., JAMA 2005; 294: 1788-1793.
20. Katić M., Soldo D., Ozvačić Z., Blažeković-Milaković S., Vrcić-Keglević M., Bergman-Marković B. et al., Information systems and the electronic health record in primary health care., Informatics in Primary Care 2007;15:187-92.
21. de Lusignan S., Katić M., UK and Croatia: family practice, its medical records and computerization in the context of an enlarged Europe., Informatics in Primary Care 2007;15:169-73
22. Katić M., Bergman-Marković B., Blažeković-Milaković S., et al., Sustav financiranja i kvaliteta rada u obiteljskoj medicini., U: Mazzi B., glavni i odgovorni urednik. Zbornik radova. Sedmi kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora, Hrvatskog liječničkog zbora. Rovinj, 2007. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; 2007.35-48
23. Doran T., Fullwood C., Gravelis H., Reeves D., Kontopantelis E., Roland D.M., Pay-for-Performance Program in Family Practices in the United Kingdom., NEJM 2006; 355: 375-384
24. Katić M., Jurković D., Jureša V., et al., Kombinirani sustav plaćanja u obiteljskoj medicini – što nam donosi?, U: Mazzi B, glavni i odgovorni urednik. Zbornik radova. Sedmi kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora, Hrvatskog liječničkog zbora. Rovinj, 2009. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; 2009.205-14