

# POLOŽAJ OBITELJSKIH DOKTORA U DANAŠNJEM SUSTAVU ZDRAVSTVA

## UVOD

Prvom reformom zdravstva u novoj državi, uvođenjem privatizacije u PZZ i opredjeljivanjem za mješoviti sustav organizacije zdravstva, u sustavu obiteljske medicine pojavile su se kod 2. 354 ugovornih obiteljskih doktora velike razlike u edukaciji, opremljenosti, spektru rada, mjestu rada, kvaliteti rada i načinu financiranja. Dobili smo tako liječnike zaposlene u Domu zdravlja, od onih sa svojom ordinacijom do onih u smjenskom radu, ugovorne privatnike u zakupu javno zdravstvenog prostora ili u vlastitom prostoru, kao i čiste neugovorne privatnike. Posljedica tog ulaska privatnog u javno-zdravstveni sustav, osim osnovnog stručnog sukoba interesa, doveo je do pojave mnoštva međusobno nepovezanih i čak interesno suprotstavljenih pravnih subjekata. Izgubilo se potrebno jedinstvo struke u PZZ, neorganizirana je provedba Z.Z, onemogućena je potrebna kontinuirana edukacija, javilo se prelijevanje zadovoljavanja zdravstvenih potreba stanovništva iz jedne strukture u drugu unutar PZZ (hitna pomoć, dijagnostika), kao i izvan nje, prema dijagnostici, poliklinici i bolnici. Najteže posljedice je pri tome pretrpila kvaliteta zdravstvene zaštite stanovništva i to od smanjene dostupnosti, spektra rada do preventivne zaštite. Uz sve to javila se i nemogućnost potrebne stručne suradnje, radnog i stručnog nadzora.

Po ugovorenim pacijentima, kao posljedica nekadašnjeg sustava i podjele pacijenata po mjestu rada, stanovanja i školovanja, zaostale su velike razlike u sastavu opredijeljenih pacijenata. A osim toga, zbog predratnog neracionalnog otvaranja ordinacija i kasnije ratne seobe stanovništva i nedovoljnog popunjavanja mreže ordinacija imamo i veliku razliku u broju pacijenata. Tako danas imamo ordinacije sa 200 do iznad 2. 800 pacijenata (izvješće HZZO od 30. 01. 2009. ), što čak nije u skladu sa propisanim normama. Uspostavljeni sustav plaćanja glavarinom, bez potrebnih korektivnih elemenata i stručnog nadzora, doveo je do stimulacije povećanja broja pacijenata u skrbi i stalnog povećavanja broja ordinacija sa preko 2. 000 pacijenata, kojih je danas već oko 40%. Posljedica tako velikog broja pacijenata u skrbi doveo je do neusklađenosti između raspoloživog radnog vremena, stručnih normi rada i zdravstvenih potreba ugovorenih pacijenata, sa posljedičnim padom kvalitete rada. Pojavljuje se zdravstvena zaštita zavisna o entuzijazmu pojedinog liječnika, a ne o realnim potrebama ili programima rada i to sve bez nadzora kvalitete rada. Dom zdravlja kao temeljna javno-zdravstvena ustanova P. Z. Z. ostala je bez glavnih sadržaja i uloge i samim time izgubila se njena funkcija odgovornosti za provedbu, planiranje i kvalitetu z. z. na tom području, čime su direktno pogođeni pacijenti u zadovoljavanju svojih prava. Nema više službe za plan i analizu u Domu zdravlja, koja je pratila i analizirala izvršenje z. z. i planirala potrebni način rada i aktivnosti za slijedeću poslovnu godinu. Dom zdravlja je izgubio svoju svrhu i ulogu, jer on sada predstavlja samo neki servis zakupaca i utočište za djelatnosti koje zbog postojećih propisa ili nerentabilnosti nisu privatizirane, pa je danas sve više i financijski neodrživ.

## URUŠAVANJE ULOGE OBITELJSKOG LIJEČNIKA

Krivo tumačeni slobodan izbor liječnika, bez teritorijalne uvjetovanosti, doveo je do potpune dezintegracije obiteljskog i epidemiološkog koncepta zdravstvene zaštite, pa je u zaštiti obiteljskom doktoru ostao samo vrlo mali broj obitelji, a teritorijalna nadležnost osim na seoskom području se potpuno izgubila. Izjednačavanje edukacije sa Europom prisililo je državu na velika ulaganja u specijalističku naobrazbu, koja je trebala proširiti spektar i podići kvalitetu rada. Istovremeno nije saživjela ideja o potrebnom poštivanju standarda i normativa rada, povećanju spektra rada i potrebnoj kvaliteti rada. Tako je zbog broja upisanih pacijenata i potrebe za povećanjem spektra rada, došlo do realne vremenske nemogućnosti zadovoljavanja osnovnih zdravstvenih potreba stanovništva. U raspoloživom radnom vremenu se jednostavno ne uspijevaju izvršiti potrebne preventivne radnje ili pružiti kvalitetna usluga.

Postojeći sustav plaćanja glavarinom i manjak stručnog nadzora, kao i loša preraspodjela pacijenta po sastavu i broju pacijenata, je još jedan od uzroka dekadencije u obimu i spektru rada obiteljskih liječnika. Oko 40% liječnika je zbog malog broja pacijenta ili veće zastupljenosti slabije plaćenih dobnih skupina pacijenata, ostala bez potrebnih minimalnih primanja. U toj se skupini zato često preživljavanje osiguravalo i protupropisnom naplatom usluga, ne pružanjem svih usluga vezanih na potrošnju materijala ili zakidanjem svojih djelatnika itd.. Oko 30% liječnika ima osigurana primanja, pa nema razloga za poboljšanje svog rada ili širenje spektra usluga, jer je to povezano sa smanjenjem dobiti, a preostalih 30% usprkos velikih glavarina, zbog velikog broja pacijenata, kad i želi nije im u stanju pružiti kvalitetnu uslugu, pa je stimulirano na što veće usmjeravanje pacijenata u sekundarnu zdravstvenu zaštitu. Uvedene t. zv. stimulativne mjere HZZO-a, plaćanjem preventive i PPTP-a u namjeri proširenja spektra rada, nisu urodile plodom, jer su iziskivale veliki trud za mali novac, pa ih niti oni najugroženiji nisu izvršavali. Otvaranje gornje granice upisa pacijenata dovelo je pak zbog manjka liječnika na pojedinim područjima, do spajanja ordinacija i brojki od čak 4. 000 pacijenata u skrbi, što je samo rezultiralo sa još lošijim zdravstvenim pokazateljima. Zbog sve užeg spektra rada obiteljskog doktora, ordinacije su se pretvarale u administrativne centre, koji su sve više bili zatrpavani naraslim, neriješenim zdravstvenim potrebama pacijenata. Oni su tako i za jednostavne bolesti morali odlaziti na često nepotrebnu dijagnostiku i obilaziti po nekoliko specijalista, koji su svojim radom generirali nove zdravstvene zahtjeve, pa povratno, svaki puta ti pacijenti sve više pune čekaonice. S druge strane i promjena patologije sa pojavom sve većeg broja kroničnih bolesti povećava zdravstvene potrebe stanovništva, koje više niti liječnik sa malim brojem ugovorenih osiguranika ne uspijeva zadovoljiti. Induciranje povećanja zdravstvene potrošnje prisililo je HZZO, kojeg vode uglavnom financijski pokazatelji poslovanja a ne pokazatelji kvalitete zdravstvene zaštite, na jačanje administrativnog nadzora, a time i do još većeg psiho-fizičkog opterećivanja obiteljskog liječnika. Pri svemu tome se nije vodilo računa ni o vremenskim mogućnostima liječnika, pa je stimuliran i prekovremeni rad, čime se još više induciralo sagorijevanje na radu i pojava «burn out sindroma» (sindroma sagorijevanja), kojeg danas već nalazimo u raznim stupnjevima pojavnosti kod 30% obiteljskih liječnika, što još više komplicira postojeće stanje. Tako da ne čudi niti današnja pojava građanskog i stručnog neposluha u nekim strukturama obiteljskih liječnika, kao i sve manji interes novih generacija za tu profesiju.

## **ŠTO PODUZETI U SVEZI ORGANIZACIJE RADA I NAČINA FINANCIRANJA OBITELJSKOG LIJEČNIKA ?**

Kako postojeće stanje nije preko noći nastalo, ne možemo očekivati niti da ćemo ga brzo riješiti, ali je sigurno zadnji čas da se u to krene. Mnoge su stvari u našoj struci nedovoljno definirane, pa treba krenuti od izbora pravilnog modela PZZ, primjerne edukacije do organizacije rada i načina financiranja.

Dakle, svedemo li potrebno na najbitnije, nužno bi bilo poduzeti slijedeće:

1. Politički odlučiti za koji se model PZZ opredijeliti (javno-zdravstveni, sadašnji mješoviti kojeg već 15 godina neuspješno pokušavamo održavati ili privatni), jer svaki od njih ima svoje preduvjet, stručne postavke, pravila i način primjene, bez kojih ne funkcionira.
2. Planirati na temelju zdravstvenih pokazatelja potrebne reformske zahvate i planove rada
3. Stručno i Pravilnikom utvrditi potreban spektar rada obiteljskog doktora
4. Odrediti standarde i vremenske normative svih usluga obiteljskog liječnika i time u realno raspoloživom vremenu osigurati njihovu primjenu.
5. Odrediti prosječan dnevni broj bodova koji ne ugrožava kvalitetu z. z. (znači pregled ne može trajati 5 minuta, ako je za to predviđeno 20 minuta, pa razmjerno tome niti dnevni broj tih pregleda ne može prelaziti ostvariv broj u 8 satnom radnom vremenu)
6. Odrediti minimalan i maksimalan broj osiguranika u granicama od 1200-1800 ili (1500 +- 20%) pacijenata(za što se opredijelila i Nacionalna strategija zdravstva do 2011.)
7. Osigurati plaćanje sadašnjeg hladnog pogona ordinacije sa potrebnih 16.000 kuna mjesečno- kako bi se u startu pružile svima jednake mogućnosti i zaštitilo ordinacije s malim brojem pacijenata. Tome je alternativno rješenje, koje smatram još i boljim da se sve te timove koji financijski ne mogu opstati vrati u Dom zdravlja i time osigura normalna primanja.
8. Odrediti stimulativni dio za usluge koje su važne za racionalizaciju i kvalitetu zdravstvene zaštite (medicinske intervencije, liječenje nekompliciranih kroničara i sve preventivne aktivnosti, uz mogućnost povećanja zarade do 25%).
9. Osnovna primanja obiteljskog liječnika trebaju se temeljiti na glavarini liječnika i spektru pruženih usluga, pri čemu bi taj odnos trebao biti najmanje 80:20 uz mogućnost dodatne stimulacije i zarade do još 25%. predviđene glavarine.
10. Zakonodavac mora ipak voditi računa da su sadašnja izdvajanja od oko 4,5% zdravstvenog proračuna za obiteljsku medicinu mala i da se ona moraju podići na barem 7%, jer se mora računati sa restrukturiranjem mreže i potrebnim povećanjem broja liječnika, bez čega nema ušteda, kvalitetnijeg rada i smanjenja PKZ i bolničkih usluga. Pri tome se sigurno veliki dio sredstava može namaknuti iz potrebnog dodatnog zdravstvenog poreza na sve proizvode koji izazivaju ovisnost i oštećenje zdravlja.

## ŠTO PODUZETI U SVEZI NUŽNE REORGANIZACIJE P.Z.Z. ? :

1. Reafirmirati Dom zdravlja kao temeljnu ustanovu P.Z.Z. Dom zdravlja je posljednjih 50 godina bio temeljna ustanova P.Z.Z. i usprkos svojih loših strana, koje su se mogle jednostavnim zahvatima ispraviti, predstavljao je najracionalniji oblik grupne prakse u svijetu. On je kao takav prepoznat i od S.Z.O. , a veliki broj zemalja u svijetu, naročito onih socijalnog opredjeljenja i nižeg društvenog standarda ga i danas razvijaju. Svi drugi oblici organizacije P.Z.Z. ne mogu osigurati potrebnu jednakost u zdravstvenoj zaštiti stanovništva, jer su ne efikasniji i skuplji. Danas u svijetu postoje i modeli kompletno privatiziranih zdravstvenih sustava, kao i onih bez P.Z.Z. sa direktnim ulazom u bolnički sustav, ali samo u zemljama sa čistim tržišnim principima rada ili onima sa visokim društvenim standardom, koje usprkos tome po mnogim zdravstvenim pokazateljima zaostaju za nama. Dom zdravlja zato treba sačuvati, vratiti mu ulogu organizatora i provoditelja P.Z.Z.. na području nadležnosti, kao i ulogu i nosioca odgovornosti za tu zdravstvenu zaštitu uz mogućnost implementacije i nadzora provedbe kvalitete rada. Ta ustanova mora biti upravljana od sposobnih i stručnih upravnih struktura, te stručno usmjeravana i nadzirana od najboljih kadrova u praksi. Ona mora objedinjavati sve preventivne i dijagnostičke djelatnosti, kao i nužne kurativne djelatnosti koje su potrebne za to područje(stacionar, palijativna skrb, dijaliza, fizikalna medicina i rehabilitacija, dijagnostika, ljekarna, hitna pomoć i medicinski transport, turističke ordinacije ljeti itd.). Postojeći odnos zakupa u ustanovama javnog zdravstva treba ukinuti, jer ga svijet ne poznaje i pokazao se negativnim, naročito u upravnom i stručnom smislu.

2. Javno zdravstvo bi trebalo odvojiti od privatnog, jer ta dva sustava ne idu zajedno(od interesnog do provedbenog). Javno zdravstvo bi moralo osigurati osnovnu zdravstvenu zaštitu i dostupnost i jednakost u pružanju te zaštite cijelom stanovništvu, što uvođenjem privatnih interesa nije moguće. Današnji negativni stav mnogih naših obiteljskih liječnika prema povratku u javnu ustanovu zasnovan je dijelom i na negativnim iskustvima iz bivše države, gdje je nezdravstveni kadar politički upravljao liječnicima, što se nažalost i danas još uvijek nije izgubilo, ali često i u potpunom nedostatku nadzora rada( od poštivanja radnog vremena do poštivanja kvalitete i spektra zdravstvenih usluga). Osim toga, vrlo važan razlog je i ostvarivanje dobiti samo na temelju velikih glavarina i većih prihoda, što nije omogućeno liječnicima u Domu zdravlja, jer sustav nagrađivanja nije uveden.

Zato osnovni uvjet za ponovnu uspostavu javno zdravstvenog sustava treba biti nova ustanova, upravljana stručnim kadrom i najstručnijim zdravstvenim djelatnicima ustanove u kojoj će svi zaposlenici moći ostvariti svoje stručne i radne sposobnosti i gdje neće biti opterećeni sa problemima preživljavanja i financijskih manipulacija. Osim toga u provedbenom smislu osigurat će se provedivost propisa, koja je sadašnjim ugovaranjem i sve većim privatnim interesima često onemogućavana.

3. Privatnom zdravstvu treba dati mogućnost koncesije za određene djelatnosti koje direktno ne utječu na zdravstvenu potrošnju i koje je moguće spektrom, kvalitetom i cijenom usluga kontrolirati. Pri tome treba voditi računa da se i dio profitabilnih djelatnosti zadrži u ustanovi, kako bi se osigurala njena financijska nezavisnost. Prema sadašnjem Zakonu Županija dodjeljuje koncesije nakon javnog natječaja u kome prednost imaju sadašnji zakupci, a nepopunjena mjesta u postojećoj mreži ordinacija, koju izrađuje MZISS, preuzima Dom zdravlja sa svojim timovima. Svrha takvog sustava mora biti, da sve te djelatnosti i dalje ostanu povezane i pod nadzorom

Doma zdravlja. Privatno zdravstvo u obiteljskoj medicini može biti mjesto bolje opremljenosti i većeg spektra usluga, kao i veće stimuliranosti za kvalitetniji rad, ali samo u slučaju da poštuje Program i plan rada, koji u svom izvršenju mora biti pod administrativnim i stručnim nadzorom. Naime, privatnik je uvijek usmjeren na dobit, pri čemu se stručni parametri rada brzo zapostavljaju, ako nisu kvalitetno nadzirani, što je kod nas zbog manjka potrebnog kadra skoro neizvedivo. Obiteljska medicina preventivnog i socijalnog opredjeljenja, sa određenim standardima i normativima, koji omogućuju kvalitetan rad, uz sadašnji način plaćanja, ne može biti profitabilna. Zato bi ona morala biti financijski stimulirana, naročito na područjima, koja su zbog svoje zahtjevnosti i izoliranosti u velikoj opasnosti od ne popunjavanja. Za provedbu temeljne zdravstvene zaštite stanovništva, nužno je da zato obiteljski doktor bude dobro plaćeni i ne preopterećeni kadar, zaposlen u javnoj službi, koja mu omogućuje napredovanje jer je ta profesija obično doživotni izbor. To ne isključuje i privatne liječnike u koncesiji, ali samo kao dopunsko rješenje kod nemogućnosti zadovoljavanja osnovnih zdravstvenih potreba putem javne službe.

Zakonodavac mora shvatiti da se P.Z.Z. usmjerena prema pacijentu i njegovim pravima ne može zasnivati na privatnoj medicini. To svi mi najbolje vidimo danas, kad taj sustav već 15 godina ne funkcionira. Obiteljski liječnik zato mora postati u pravom smislu riječi kontrolor ulaza u sustav, što mu se mora omogućiti točno određenim standardima i normativima, definiranim spektrom usluga, kontrolom PKZ službe, programima rada, stručnim nadzorom i servisnim djelatnostima. Sustavom koji će mu osigurati potrebnu zamjenu kod edukacije i odsustva, zasluženi dnevni, tjedni i godišnji odmor i primanja dostojna njegove izobrazbe i uloženog truda. Reforma zdravstva mora zato biti stalna, a svaka njena implementacija mora biti stručno i provedbeno što kvalitetnije pripremljena, da bi postigla svoje ciljeve.

*Predsjednik HDOD-HLZ*

Prim. mr. sc. dr. Bruno Mazzi