

**PRIJEDLOG STRATEGIJE RAZVOJA
ZA OPĆU/OBITELJSKU MEDICINU U
HRVATSKOJ**

**PROPOSITION OF DEVELOPING STRATEGY
FOR FAMILY MEDICINE IN CROATIA**

**Sviben D, Mazzi B.
Droždjek D, Katić M, Petric D,
Ptičar M, Skupnjak B, Stevanović R.**

- **Sviben Damir**, dr.med., specijalista opće medicine, predsjednik povjerenstva MIZ za reformu PZZ, voditelj ordinacije opće/obiteljske medicine Pleternica u zakupu.
- **Prim.mr.sc.Bruno Mazzi**, dr.med., specijalista opće medicine, član povjerenstva MIZ za reformu PZZ, predsjednik HDOD-HLZ, voditelj ispostave Rovinj IDZ-Pula, pomoćnik ravnatelja, voditelj ordinacije opće/obiteljske medicine u Žminju.
- **Prof dr.sc.Drago Droždjek**, dr.med., specijalista opće medicine, član povjerenstva MIZ za reformu PZZ, u mirovini
- **Prof.dr.sc.Milica Katić**, dr.med., specijalista opće medicine, izvanredni profesor na Katedri za obiteljsku medicinu Škole narodnog zdravlja «Andrija Štampar», Medicinskog fakulteta, Sveučilišta u Zagrebu.
- **Prim.Berislav Skupnjak**, dr.med., specijalista socijalne medicine, predstojnik Zavoda za ekonomiku zdravstva u mirovini.
- **Dragomir Petric**, dr.med., specijalista opće medicine, član povjerenstva MIZ za reformu PZZ, predsjednik HUOM-e, predsjednik povjerenstva za PZZ u HLK, voditelj ordinacije opće medicine u zakupu Pujanke-Split
- **Mirjana Ptičar**, dr.med., spec. medicine rada, rukovoditelj službe za zdravstvenu zaštitu u HZZO, član povjerenstva MIZ za reformu PZZ.
- **Prim.dr.sc.Ranko Stevanović**, dr.med., specijalista opće medicine, voditelj službe PZZ u HZZJZ.

SAŽETAK

Odlukom Ministra zdravstva i socijalne skrbi od 06.05.2004., osnovana je Radna skupina za izvedbeni potprogram Strategije razvoja zdravstva Hrvatske od 2004.-2015.god. pod nazivom «Razvitak djelatnosti PZZ». U radnu skupinu su imenovani Damir Sviben, dr.med., S.O.M., kao predsjednik, a kao članovi Dragomir Petric, dr.med., S.O.M., ispred H.L.K., prim.mr.sc.Bruno Mazzi, dr.med.S.O.M., ispred HDOD-H.L.Z. Željko Zubović, dr.stom.ispred HSK, Dragica Šimunec, vms, iz HKMS, Mirjana Ptičar, dr.med., SMR, ispred HZZO-a, Silvano Hrelja, saborski zastupnik HSU i prof.dr.sc.Drago Droždjek, dr.med.S.O.M.iz HSU. Radnoj skupini su u dijelu Strategije za opću/obiteljsku medicinu svojim priložima pomogli i drugi na naslovnici navedeni autori.

U ovom prijedlogu strategije razvoja opće/obiteljske medicine obrađena je sadašnja problematika obiteljskih doktora u Hrvatskoj, iznesena su načela i područje rada obiteljskog doktora, problemi sa zdravstvenim osiguranjem i rješenja. Raspravljani su problemi oko financiranja i ugovaranja, problemi informatizacije, potreba specijalizacije i kontinuirane edukacije, potreba reafirmacije preventivne zdravstvene zaštite i potreba razvoja nadzora nad stručnim radom i ponuđena su najracionalnija rješenja.. Izneseni su i problemi privatnih doktora u zakupu, raspravljen je organizacijski model grupne prakse, razmotreno je moguće uvođenje «fundholdinga» i dani su prijedlozi za smanjenje novčane potrošnje lijekova na recept. Prijedlog strategije je time obradio sva sporna područja u organizaciji i radu obiteljskih doktora.

SUMMARY

Ministry of health and social care by decision on 06.05.2004, has established a Work group for feasibility study of development strategy of Croatian health care from 2004.to 2015., denominated «Development of Primary health care». Damir Sviben, dr.med.SOFM was nominated as president of this Work group, and as members Dragomir Petric, dr.med.SOFM, from Croatian medical chamber, Prim.mr.sc.Bruno Mazzi, dr.med, SOFM, from Croatian society of family physician – Croatian medical association, Željko Zubović, dr.stom. from Croatian dental chamber, Dragica Šimunec, VMS from Croatian nurses chamber, Marijana Ptičar, dr.med., SWM from Croatian institute for health insurance, Silvano Hrelja member of Croatian parliament and prof.dr.sc. Drago Droždjek, dr.med.SOFM, member of Croatian party of retired persons. In this part of strategy for family medicine, many others authors gave their contribute to the Work group.

This proposition of strategy developing for family medicine treated present problems of family doctors in Croatia. Bringing up the principles and work branch of family doctor, financing and contracting problems with ours public health insurance, the problem of informatization and offer solutions for this problems. Discuss the indispensability of specialisation and permanently education for general practice, the necessity of reaffirmation for the preventive health care and professional supervision. On bringing up the problems of doctors in leasehold, on discuss the organisation model of group practice, on consider possibly introduction of Fund holding and the suggestion for decrease of drug consumption. The proposition of strategy with this are elaborate all disputable branch in the organisation and work of family doctors.

PRIJEDLOG STRATEGIJE RAZVOJA ZA OPĆU/OBITELJSKU MEDICINU

PROGRAM VLADE R. H. ZA RAZVOJ ZDRAVSTVA U MANDATNOM RAZDOBLJU 2003-2007

GLAVNI CILJ:

- PODIZANJE KVALITETE I DOSTUPNOSTI ZDRAVSTVA

CILJEVI ZA PZZ:

- NASTAVLJANE PROCESA PRIVATIZACIJE
- OBVEZNA SPECIJALIZACIJA OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE I USKLAĐIVANJE PROGRAMA SA EUROPSKOM UNIJOM
- UTVRĐIVANJE PAKETA USLUGA ZA OBVEZNO OSIGURANJE
- SUSTAVNO PRAĆENJE UKUPNIH TROŠKOVA PO OSIGURANIKU
- RACIONALIZACIJA POTROŠNJE BEZ SMANJENJA RAZINE Z.Z.
- UVOĐENJE PREVENTIVNIH FINACIJSKO STIMULIRANIH PROGRAMA
- RAZVOJ OBVEZUJUĆIH PROGRAMA ZA SMANJENJE SMRTNOSTI NOVOROĐENČADI, DOJENČADI I UNAPRIJEĐENJE Z.Z. ŽENA
- OSIGURANJE DOPUNSKOG ZDRAVSTVENOG STANDARDA STIMULACIJAMA I UKLJUČIVANJEM PRIVATNIH ORDINACIJA U SUSTAV DOPUNSKOG OSIGURANJA
- POBOLJŠANJE PLAĆA DJELATNIKA SA STRUKOVNIM SPORAZUMOM
- STAVLJANJE POD NADZOR NABAVE I POTROŠNJE LIJEKOVA

PRIORITETNI CILJEVI STRUKE :

- JAČANJE ULOGE OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE U SUSTAVU ZDRAVSTVA NASTAVKOM, RAZVIJANJEM I USAVRŠAVANJEM KONCEPTA PRIVATIZACIJE I OŽIVOTVORENJEM KONCEPTA OBITELJSKOG DOKTORA (SPECIJALIZACIJOM OBITELJSKE MEDICINE I DRUGIM OBLICIMA STRUČNOG USAVRŠAVANJA)
- INFORMATIZACIJA I INFORMATIČKO POVEZIVANJE SUDIONIKA SUSTAVA ZDRAVSTVA

UVOD

Svjetska zdravstvena organizacija je u svom dokumentu: »Zdravlje za sve u 21 stoljeću«, formulirala pod brojem 15, jedan od svojih osnovnih ciljeva, u kojemu se daje naglasak na »obitelj i zajednicu usmjerenu prema primarnoj zdravstvenoj zaštiti«. Naglašava se potreba komprehenzivne (sveobuhvatne) zdravstvene zaštite, te potreba da jezgro primarne zdravstvene zaštite bude tim obiteljskog doktora.

Prema propisu 16/93/EEC sve zemlje članice EU morale su do 1995.god. uvesti obavezno trogodišnje specijalističko obrazovanje za sve doktore iz obiteljske medicine. U RH je ta specijalizacija nakon desetogodišnje pauze opet uvedena 2003.god.u tri izvedbena programa različite dužine trajanja (36, 18, 9 mjeseci) ovisno o radnom iskustvu liječnika i dosadašnjim specijalizacijama polaznika (školska medicina, medicina rada).

Da bi sustav proradio treba se hitno odlučiti kako u slijedećem desetljeću planirati razvoj PZZ i koji model organizacije PZZ primijeniti, te kako obiteljskom doktoru omogućiti funkciju koja mu je predviđena, da bi se postigla što racionalnija t.j. ekonomična i kvalitetna zdravstvena zaštita. Zato je osnovni problem kakav model vlasništva primijeniti, dali se vratiti državnom sustavu, potpuno sve privatizirati ili razvijati sada postojeći mješoviti sustav. Svaka od opcija ima svoje prednosti i slabosti pa treba procijeniti koji od modela je najprihvatljiviji uzevši u obzir stupanj razvoja našeg društva i ekonomske mogućnosti naših građana i države.

U mješovitom sustavu vlasništva u sklopu Doma zdravlja i ZZJZ - Dom zdravlja bi ostao temeljna organizacija PZZ, koja bi bila zadužena za provedbu PZZ na području za koje je osnovan. Dom zdravlja bi zaključivao ugovore o provođenju PZZ sa osiguravajućim društvima i HZZO, a izvršenje bi povjeravao sustavom koncesije na 6 godina (koliko traje i dozvola za rad) izabranim liječnicima zaposlenicima, zakupcima ili privatnicima na tom području. Sustav je naročito prihvatljiv u prelaznom razdoblju.

U privatiziranom sustavu, gdje bi osim HZZJZ sve ustanove i pojedinci bili privatizirani -privatni D.Z. kao vid grupne prakse, hitne pomoći, timovi PZZ, službe i djelatnosti, sustav u kojem bi svaki subjekt zaključivao svoj ugovor sa HZZO i osiguravateljima i brinuo se za svoje područje rada, a HZZJZ bi služio za praćenje i planiranje z.z..Takav vid organizacije bi bio primjenjiv u dobro razrađenom sustavu financiranja i nadzora nad stručnim radom, uz dobru informatičku povezanost svih subjekata.

U državnom sustavu, gdje bi sve ugovorne ustanove PZZ bile u vlasništvu županija a svi djelatnici zaposlenici tih ustanova, što bi omogućilo bolju kontrolu potrošnje i kvalitete zaštite i olakšalo upravljanje sustavom, ali bi prema dosadašnjem iskustvu bilo nestimulativno za zdravstvene djelatnike i previše administrativno usmjereno, što na kraju rezultira lošom zdravstvenom zaštitom stanovništva.

Zadržimo li Dom zdravlja, bez kojeg je svima sve jasnije da se sustav kod nas ne može održati i razviti, treba razraditi njegovu ulogu u novim uvjetima i zakonom ju determinirati. Njegova se naime osnovna uloga sve više gubi, pa prednosti koje je takav vid organizacije pružao polako nestaju. Nepobitna je činjenica da nam je cijeli sustav PZZ već duži niz godina u krizi, kao posljedica premalog proračunskog izdvajanja, naročito za obiteljsku medicinu, nestimulativnog i lošeg načina financiranja, nerazrađenog sustava privatizacije i pojave suprotnosti interesa. Mogli bi se tu nabrojiti i još brojni drugi činioci, kao što su dosad postojeći, stimulativni način financiranja SKZZ i bolnica, administrativno preusmjeravanje

posla prema dijagnostici i specijalistici, nedovoljna opremljenost i edukacija liječnika u PZZ, manjak stručnog nadzora i organizacijske nadležnosti Doma zdravlja itd.

Činjenica je međutim da je takvo stanje neodrživo, jer rezultira padom kvalitete zdravstvene zaštite stanovništva, sve lošijim pokazateljima zdravlja i sve većim nezadovoljstvom struke i osiguranika. Osim toga sve dosad pokrenute palijativne mjere su bile malog efekta, pa to ukazuje na potrebu zauzimanja jasnih stavova i primjenu kompleksnog rješenja cijelog sustava PZZ. **Planeri zdravstva i struka morat će se zato primarno odlučiti koji će model razvijati i kakav će se oblik organizacije i financiranja primijeniti. Na temelju procjene provedivosti, efikasnosti i ekonomičnosti, treba se odlučiti za jedan od tih modela. Po dosadašnjim iskustvima prvi bi nam model bio najprihvatljiviji, barem slijedećih godina, dok ne uspostavimo sustav obiteljskog doktora. On naime omogućuje relativno dobru interesnu povezanost svih subjekata u PZZ, omogućuje nadzor nad kvalitetom rada i ujednačavanje stručnih kriterija, a omogućuje i financijsku stimulaciju rada i privatnu inicijativu, ako je postavljen na realnim cijenama usluga.**

Isti se problem javlja i oko djelatnosti koje treba zadržati u PZZ. Pod utjecajem stručnih lobija čas se želi sva predškolska populacija prepustiti pedijatrima i u tom smislu se zabranjuje opredjeljivanje za specijalistu opće medicine, a zatim se to opet promjenom stava omogućuje. Nastaje manjak pedijataru zbog neodobravanja novih specijalizacija ili se pokreće akcija ponovnog masovnog specijaliziranja. Govori se o preuzimanju preventivne ginekologije i normalne trudnoće u opću medicinu a zatim se to decidirano uz brojnu argumentaciju otklanja. Poznato je da je najjeftiniji i najkvalitetniji sustav PZZ zasnovan na obiteljskom liječniku, za kojeg su se opredijelile sve zemlje Europske zajednice i Svjetska zdravstvena organizacija, pa nema razloga da i mi taj sustav ne razvijemo. Sustav koji je čak kod nas i zamišljen, ali nikad u potpunosti proveden. Svako drugo rješenje je mnogo skuplje i u konačnici daje lošije rezultate. Nužno je zato prestati sa sličnim eksperimentima i jasno se opredijeliti za ono što je najprimjerenije socio-ekonomskom razvoju našeg društva.

1. SADAŠNJE STANJE I PROBLEMATIKA OBITELJSKIH DOKTORA

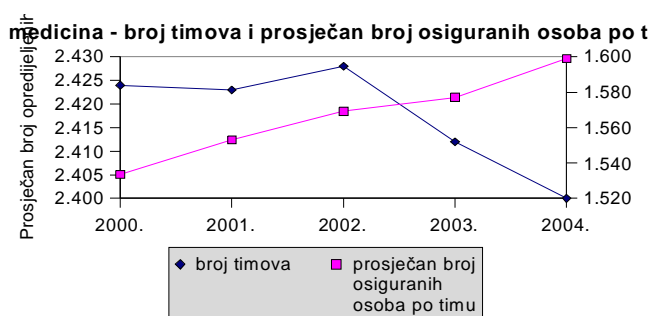
Danas osiguranik slobodnim izborom bira svog doktora opće medicine/obiteljske medicine i stomatologa, dok se žene opredjeljuju i za ginekologa, a zdravstvenu zaštitu djece do 7 godine života obavljaju od strane roditelja izabrani pedijatri, kao i doktori sa ili bez specijalizacije opće/obiteljske medicine na ruralnom području.

Tablica 1. i 2.

**BROJ UGOVORENIH, BROJ OPREDIJELJENIH, TE PROSJEČAN BROJ OPREDIJELJENIH PO TIMU
U RAZDOBLJU OD 2000. DO 2004. GODINE**

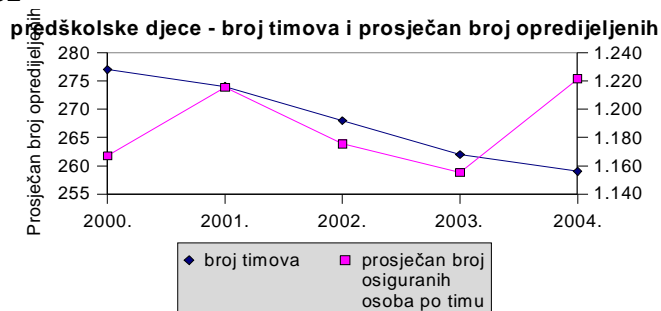
1. OPĆA/OBITELJSKA MEDICINA

Godina	broj timova	broj opredijeljenih	prosječan broj osiguranih osoba po timu
2000.	2.424	3.717.414	1.534
2001.	2.423	3.763.023	1.553
2002.	2.428	3.810.008	1.569
2003.	2.412	3.803.821	1.577
2004.	2.400	3.837.499	1.599



2. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA PREDŠKOLSKE DJECE

Godina	broj timova	broj opredijeljenih	prosječan broj osiguranih osoba po timu
2000.	277	323.284	1.167
2001.	274	333.029	1.215
2002.	268	315.033	1.175
2003.	262	302.711	1.155
2004.	259	316.370	1.222



U Republici Hrvatskoj u djelatnosti opće/obiteljske medicine u 2003. godini ukupno je radilo 2.412 doktora medicine. Od toga je bilo 1.025 specijalista svih specijalnosti (724 specijalista opće/obiteljske medicine, 150 specijalista medicine rada, 119 specijalista školske medicine i 32 specijalista ostalih specijalnosti). U odnosu na 2002. godinu u 2003. godini broj doktora medicine je manji za 1%, a broj liječnika specijalista opće/obiteljske medicine manji je za 2%. Od ukupnog broja dojenčadi i male djece (do 7 godina starosti) 26% ih je bilo u skrbi opće/obiteljske medicine. U kurativnoj skrbi bio je i najveći broj školske djece i mladeži (oko 500.000), jer je manji dio obuhvaćen i timovima z.z. predškolske djece, dok se preventivna skrb za njih provodila u Zavodima za javno zdravstvo. Smanjenje broja timova opće medicine posljednjih godina posljedica je zatvaranja ordinacija umirovljenih liječnika na području gdje one prema postojećoj mreži predstavljaju višak. To međutim još uvijek ne rješava problem nepopunjenosti čak 7% ordinacija, koje su na ruralnom području predviđene mrežom. Sadašnji prosjek od 1.600 osiguranika po timu u Hrvatskoj i nepopunjene ordinacije slika su loše pokrivenosti našeg stanovništva sa PZZ kao posljedica slabosti ranijih sustava,

koji su centralizirali z.z. u gradovima uz mjesto rada i školovanja a obiteljsku medicinu po mjestu stanovanja zapustili.

Tablica br. 3.

Broj ugovorenih timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti na dan 31.12.2004.

	Ugovoreni broj timova			
	Domovi zdravlja	Zakup	Privatno	Ukupno
Opća/obiteljska medicina	479	1.683	243	2.405
Stomatološka polivalentna zdrav. zaštita	267	1.140	420	1.827
Zdrav. zaštita predškolske djece	55	176	28	259
Zdravstvena zaštita žena	125	106	21	252
Sveukupno:	926	3.105	712	4743

*podaci HZZO

Od ukupno 2.405 ugovorenih timova opće-obiteljske medicine u zakupu je 70% ili 1.683 timova, u vlastitom prostoru radi 10, 1% ili 243 tima, a u domovima zdravlja je ostalo 19, 9% ili 479 timova opće prakse. Kod stomatološke službe je u domovima zdravlja ostalo 14, 6% timova, kod predškolske z.z. 21, 2% timova a kod z.z. žena čak 49, 6% timova.

Tablica br. 4.

Raspodjela osiguranika na postojeći broj timova opće medicine

Redni broj	Broj osiguranih osoba	Broj Timova	Udio u %
1	Do 850	105	4
2	851-1000	115	5
3	1001-1300	360	15
4	1301-1500	336	14
5	1501-1700	380	16
6	1701-2000	644	27
7	2001-2200	416	17
8	2201-2400	45	2
9	Više od 2400	6	0, 0
	SVEUKUPNO	2407	100

*podaci HZZO

U tako zvanom stručno normalnom rasponu, od 1300-1700 pacijenata po timu, nalazi se samo 30% timova .Sa više od 1.700 pacijenata je 46% timova a sa manje od 1.300 pacijenata 24% timova. Stavimo li to u odnos sa postojećom glavarinom čak 45% timova nema dostatna sredstva za preživljavanje.

Broj potrebnih timova obiteljskih doktora na području jedne županije određen je odnosom broja standardnih timova (tim sa 1.700 pacijenata) sa brojem stanovnika županije i brojem pripadajućih općina. Na dan 31.03.2004. god, u Republici Hrvatskoj u djelatnosti opće medicine bilo je **ugovoreno 2.410 timova**, dok je prema postojećoj mreži zdravstvene djelatnosti opće/obiteljske medicine bilo **potrebno 2.389 timova**. U nekim gradovima i općinama ugovoren je veći broj timova nego što je to prema mreži bilo potrebno, jer su se s obzirom na zatečeno stanje ugovarali svi timovi koji su zadovoljavali uvjete «javnog poziva» HZZO-a, dok su se viškovi u mreži usklađivali na kraju svake godine, kad pojedini doktori raskinu ugovor. To se njihovo radno mjesto tada gasi, a osigurane osobe se opredjeljuju za preostale timove.

Zbog loše disperzije zdravstvene službe **u manje razvijenim područjima R.H. sada nedostaje 171 tim za popunu mreže**. Pri tome da problem bude još veći, to su ustvari fiktivna radna mjesta, jer tu nikad nije bilo liječnika i nema osiguranog zdravstvenog prostora, a svi osiguranici su opredijeljeni za postojeće udaljenije ordinacije. Na raspisani javni poziv za popunu mreže u 2003. godini, zbog toga nije zaprimljena niti jedna ponuda. Rješenje tog problema je moguće jedino na način da država pravilnije razradi potrebnu zdravstvenu mrežu i da na novim područjima izgradi potrebne zdravstvene objekte, osigura smještaj zdravstvenom kadru i preusmjeri osiguranike. Socijalna država se naime ne može privatizacijom riješiti socijalnog zdravstva, pa mora skrbiti o efikasnosti zdravstvene mreže kojom će osigurati ravnopravnost u omogućavanju korištenja obveznog dijela primarne zdravstvene zaštite.

Zdravstvenu zaštitu dojenčadi i male djece tijekom 2003. godine provodilo je 267 pedijatrijskih timova. Zaštita se provodila za 321.442 osiguranika od kojih su 73% djeca predškolske dobi, a ostatak su djeca školske dobi. Od ukupnog broja djece predškolske dobi 73% zaštite se sprovodi u ovoj djelatnosti, a preostalih 27% se sprovodi kod doktora opće/obiteljske medicine uglavnom na ruralnim i otočkim područjima.

U 2003. godini **u skrbi ginekologa** bilo je 1, 462.435 žena ili 75, 7 % žena starijih od 15 godina. Njih čak 25% nije obuhvaćeno zdravstvenom zaštitom, što treba hitno riješiti. Te godine je 59, 3% koristilo zdravstvene usluge, što je za 4% više obzirom na prethodnu godinu, ali još uvijek premalo. Od 1995. do 1999. godine svaka je trudnica u trudnoći pregledana šest puta, a od 2000. do 2003. prosječno sedam puta, što je zadovoljavajuće.

1990. god. uveden je institut ugovornog doktora u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, pa danas imamo prema mjestu rada i načinu poslovanja **tri kategorije ugovornih doktora u primarnoj zdravstvenoj zaštiti**:

- **u radnom odnosu** – zaposlenike Doma zdravlja,
- **u privatiziranoj praksi kao zakupce u Domu zdravlja**
- **privatnike u ugovornom odnosu s HZZO ili bez njega** koji rade u vlastitom ili zakupljenom prostoru izvan Doma zdravlja.

Sve tri kategorije liječnika su jednako plaćene, samo što su im mogućnosti zarade različite. Zaposlenici imaju garantiranu plaću i u sustavu bez stručnog nadzora su bez ikakve stimulacije za pružanje kvalitetnijih usluga i većeg obim rada. Zakupci imaju teoretsku mogućnost stimulaturnijeg rada ali su omeđeni glavarinom, troškovima poslovanja i zabranom naplate usluga osiguranicima, pa su im primanja nerijetko manja nego zaposlenima u Domu zdravlja.

1995.god. procesom privatizacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ili t.zv. «zakupizacije», liječnici PZZ su prisilnim raskidom ugovora sa Domom zdravlja i odlaskom u

zakup, u mnogočemu izjednačeni sa osobama koje obavljaju samostalnu djelatnost u slobodnom zanimanju. Oni su poslodavci svojoj sestri i obveznici predujma poreza na dohodak. Umjesto plaće, doktori imaju «zaradu» koja ovisi o broju izborom opredijeljenih osiguranika i glavarini koju određuje HZZO. Privatizacijom prakse i zakupom prostora obiteljski doktor nije više samo čovjek struke, već i poduzetnik, menadžer, koji mora na najracionalniji način iskoristiti materijalna sredstva kojima raspolaže. Brojne su dileme i neriješena pitanja ovakve privatizacije u odnosu na načina ugovaranja sa HZZO-e. Naime postojeći oblik ugovaranja ima više elemente nekog pravilnika ili nametnutog ugovora o radu, nego ugovora između dviju strana o pružanju zdravstvenih usluga osiguranicima. Sam postupak odlaska u zakup bio je prisilno proveden uz prijetnju otkaza ugovora o radu, što je danas nakon što se više od 80% zdravstvenih djelatnika potjerano u privatnike ublaženo, pa se kolegama koji ne žele u zakup ipak dozvoljava ostanak u ustanovi. Doktor osim toga, ima i ugovor o zakupu radnog prostora sa Domom zdravlja, čije nepoštivanje također može rezultirati iseljenjem iz prostora i otkazom ugovora o radu sa HZZO.

Obiteljski doktor odlaskom u zakup nema više osiguranu plaću, već mu prihod, a time i zarada ovisi o veličini glavarine i zadovoljstvu, odnosno nezadovoljstvu osiguranika koji ga slobodno biraju. On je na tržištu i podložan je promjenama tržišta, ali i neočekivanim događajima kao što su npr. vlastita bolest ili bolest radnika u timu, izmjene propisa i uvjeta poslovanja, i sl. Uz svakodnevni rad sa svojim osiguranicima, opterećen je financijskim i organizacijskim rukovođenjem ambulante, pa je izložen većem stresu nego liječnik u državnoj službi. Ulaženjem u gubitak, zdravstvena ustanova u državnom vlasništvu se uglavnom sanira od strane države i svi osim rukovodstva, koje eventualno bude smijenjeno, prolaze bez većih sankcija. Nasuprot tome, doktor privatnik nema mogućnost pokrića svojih gubitaka od strane države i prisiljen je sam se sanirati ili propasti. Stoga on mora biti krajnje štedljiv sa sredstvima kojima raspolaže, što je razlog mnogih sadašnjih teškoća u PZZ-i (padu kvalitete i spektra rada, izbjegavanju svih vidova usluga vezanih uz potrošnju, udovoljavanju neracionalnim prohtjevima pacijenata kako bi ih se zadržalo u skrbi, nepotrebnom upućivanju u druge ustanove i nepotrebnom korištenju dijagnostike). Iako je pravni status doktora u zakupu jasan, jer on nije u radnom odnosu sa Domom zdravlja niti sa HZZO-om, makar je za oba subjekta ugovorno vezan, u praksi se pojavljuju različita tumačenja njegova položaja.

Realno je on naime, usprkos privatizacije prakse još uvijek u državnoj službi, jer ne radi po principu profita (što bi kao privatnik po naravi stvari morao) i jer ima jednostrano obvezujući ugovor s HZZO-om, koji je neprofitna proračunska ustanova. Osim toga on ima i ugovor o zakupu sa Domom zdravlja, a raskinuće svakog od tih ugovora povlači za sobom gubitak prava na rad u postojećoj zdravstvenoj mreži.

Zato je nužno, jasno definirati položaj liječnika u zakupu, njegov odnos prema državnim ustanovama i istaći granicu privatno-profitnog i državno-neprofitnog rada. Oba koncepta mogu postojati istovremeno (liječnici privatnici i liječnici u državnoj službi), ali odnose i status svakoga treba regulirati.

U tom postupku »zakupizacije« najlošije je prošla opća/obiteljska medicina, koja je temeljna djelatnost PZZ. Tu je zbog loše preraspodjele pacijenata prije privatizacije i loše dobne strukture pacijenata oko 40% liječnika ostalo bez dovoljnih sredstava za obavljanje djelatnosti. To je rezultiralo međusobnom krađom pacijenata i poremećajem odnosa među liječnicima, zakidanjem pacijenata u pravima, padom kvalitete rada i usmjeravanjem pacijenata prema SKZZ i bolnici uz porast korištenja dijagnostike i dužine obrade pacijenta.

Stalni financijski rast izdvajanja za zdravstvo i sve veća potreba racionalizacije zdravstvene potrošnje, postavljaju pred doktora opće/obiteljske medicine «kao čuvara ulaska u sustav », sve veće odgovornosti u raspolaganju odobrenim sredstvima.

To se odnosi naročito na stalno rastuća sredstva za lijekove na recept i na stalni rast dijagnostičkih, konzultativnih i bolničkih usluga .U nekim zemljama su to riješili «fundholdingom» ili raspolaganjem sredstvima od strane ugovornog liječnika, što aktivira liječnika na štednju i racionalno ponašanje sa sredstvima osiguravatelja. U Velikoj Britaniji je taj sustav ipak napušten zbog nekih negativnih posljedica kao što su pad dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite .Taj je sustav inače moguće uvesti u dobro sređenoj PZZ, sa liječnicima osposobljenim za širok spektar usluga i uz razvijeni sustav kontrole kvalitete. Nažalost kod nas bi pri sadašnjem stanju PZZ, takav način poslovanja prije uništio nego li unaprijedio struku, jer su naši liječnici prisiljeni zbog nedovoljne stručne osposobljenosti, slabe opremljenosti i manjka financijskih sredstava, smanjivati spektar rada, pojačano koristiti SKZZ i bolničku z.z., te dijagnostiku i neracionalnu terapiju.

Danas ima mnogo nepoznanica i oko eventualnog otkupa prostora u kojem doktor radi, jer nema nikakvih pozitivnih ili negativnih iskustava a mnogi su liječnici za to zainteresirani. Naime vlasništvo nad prostorom koje bi se stjecalo na temelju minulog rada, omogućilo bi im prodajom tog prostora kod odlaska u mirovinu, neka sredstva za preživljavanje, jer im to sadašnjim mirovinama nije osigurano.

Informatizacija s nabavom informatičke opreme i obukom doktora i sestre, te komunikacijsko povezivanje svih sudionika zdravstva mora se nužno provesti. Ne samo zbog racionalnije i za državu jeftinije zdravstvene zaštite, već i zbog kvalitetnijeg rada, samokontrole svoga rada, realnih prikaza zdravstvenih pokazatelja, edukacije, dobivanja potrebnih podataka i znanstvenog istraživanja.

Starenjem stanovništva i povećanjem udjela kroničnih, nezaraznih i degenerativnih bolesti, otvara se ne samo **pitanje racionalne i učinkovite farmakoterapije, već i pitanje učinkovite i racionalne prevencije** na sve tri razine (primarna, sekundarna i tercijarna prevencija).

Sadašnje stanje na tom području je neodrživo, jer je preventiva zadnjih deset godina skoro nestala iz spektra rada liječnika, pa je potrebno razraditi stimulativne metode ponovnog uvađanja tog načina rada i nadzor nad izvršenim.

Dosadašnja organizacija i sustav plaćanja u PZZ doveli su do suženja spektra rada obiteljskog doktora, što se očitovalo prestankom vršenja većine medicinskih zahvata, velikim smanjenjem broja kućnih posjeta i svih vrsti preventivnog rada i do pretvaranja liječnika opće medicine u administrativnog djelatnika.

Broj prijavljenih kućnih posjeta u djelatnosti opće/obiteljske medicine 2003. godine sa 350.519 jednak je onom u 2002., što je 35% manje nego prije privatizacije.1990.godine pa je time u zadnjih deset godina ispod razine koja garantira kvalitetnu zdravstvenu zaštitu stanovništva.

Od 1995. godine prati se i broj upućivanja na specijalističke preglede. U 2003. godini je tako zabilježeno 5, 906.220 upućivanja od strane timova opće/obiteljske medicine ili 4, 6% više nego 2002. godine (jedno upućivanje specijalisti na tri obavljena pregleda).U odnosu na 1995. godinu bilježi se povećanje upućivanja na specijalističke preglede veće od 40 %. U djelatnosti zaštite male djece imamo nešto bolju situaciju sa jednim upućivanjem na pet pregleda-dakle oko 20% upućenih u SKZZ.

Danas je liječnik PZZ administrativno postavljen u položaj dispečera financijskih sredstava u zdravstvu. Njegov potpis pod uputnicu ili recept, putni nalog ili doznaku ima novčanu vrijednost, pa je on prva linija odgovornosti za racionalizaciju. **Od njega bi sve trebalo kretati, međutim u biti je veliki dio potrošnje induciran od poliklinike, bolnice i postojećih propisa, koji kod osiguranika ne limitiraju potrošnju . Stoga je potrebno**

racionalno ponašanje ali i nadzor nad trošenjem na svim razinama sustava zdravstva a ne samo u PZZ. Da bi se ostvarila ključna uloga obiteljskog doktora, doktor mora biti ne samo dobro educiran i opremljen dijagnostičkom i terapijskom opremom, već i motiviran da upotrijebi sve svoje znanje, na korist i blagodat društva i svojih pacijenata, ali i na vlastitu korist.

Tablica 5.

Pokazatelji potrošnje pri upućivanju u SKZZ prema dobnim skupinama

Dobne skupine	Prosječan broj uputnica za SKZZ	Prosječna potrošnja po uputnici za SKZZ (kn)	Glavarina u 2005. LOM / SOM
0-7	1, 51	265, 26	284, 63 / 307, 71
7-18	1, 07	214, 08	122, 04 / 126, 43
18-45	1, 02	195, 87	160, 58 / 166, 36
45-65	1, 79	325, 19	217, 93 / 225, 77
>65	1, 87	311, 88	277, 37 / 287, 35

*podaci HZZO i HZZJZ

Analizom tablice vidljivo su najveći korisnici SKZZ, pacijenti dobne skupina od 45 –65 god. i oni stariji od 65 god. koji su ustvari najveći potrošači u zdravstvenom sustavu, a sadašnja glavarina je najviša za djecu do 7 god. i za one starije od 65 god.

Pretjerano upućivanje na dijagnostičke pretrage, prepunjene bolnice zbog najbanalnijih slučajeva, izluđeni pacijenti koji za običan pregled satima čekaju u bolničkim hodnicima a mjesecima za neku pretragu ili zahvat, su naša stvarnost. Ova situacija odgovara mnogima, jer ako se nešto ne može postići redovnim putem u razumno vrijeme, prisiljeni ste na korištenje alternativnih načina, koji su često vezani za dodatna financijska davanja. To odgovara crnom tržištu u zdravstvu, podmićivanju i korupciji i tjera vodu na mlin čistih poduzetnika, kod kojih se tražena pretraga može obaviti odmah, bez dugog i nepotrebnog čekanja .Zato i nema interesa za ozbiljnim promjenama, a naš zdravstveni sustav je po pacijenta sve ne efikasniji i skuplji. Osim toga, u situaciji smo materijalne potplaćenosti većine ugovornih doktora u PZZ-u, koja dovodi do nezainteresiranosti za kvalitetnijim radom, stručnim usavršavanjem, aktivnijim pristupom ili napretkom struke. Uz to stečena se znanja ne mogu realizirati u većoj zaradi s postojećim modelom plaćanja, a idealizam u kapitalističkom društvu nije više osnova rada doktora.

Prema neslužbenim podacima izdvajanje iz proračuna za djelatnost opće medicine, u 2004. godini iznosi oko 714 milijuna kuna što je oko 5% ukupnih sredstava za zdravstvo. Sa tih 5% planiranih troškova, ne može se od opće medicine očekivati da riješi 80% zdravstvenih problema.

Tablica 6.

**ZBIRNI PRIKAZ MJESEČNOG IZVRŠENJA RADA UGOVORNIH DOKTORA
OPĆE/OBITELJSKE MEDICINE U ZAGREBU TIJEKOM JEDNOG MJESECA**
(Analiza je rađena na temelju mjesečnog izvješća o radu koje ugovorni doktor dostavlja u Područni ured Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje)

Broj doktora opće med. u PU Zagreb	Mjesečna akontacija za 01/2003	Sveukupno osig.o. 31.01. 2003.	Očekivani bodovi	Realizirani bodovi	Indeks realizacije	Ukupno postupaka
600	14.520.557,28	947.581	1.439.186,02	1.588.238,62	90,62	453.628

Postupak 00001	% od ukupnog br. Postupaka	Postupak 01001	% od ukupnog br. Postupaka	Postupak 03001	% od ukupnog br. Postupaka	Postupak 04001	% od ukupnog br. Postupaka	Postupak 06001/2	% od ukupnog br. postupaka
92.838	20,35	192.231	42,13	80.938	17,74	7.045	1,54	7.397	1,62

Postupak 81910 (88981, 83200)	% od ukupnog br. Postupaka	Postupak 58830	% od ukupnog br. Postupaka	Postupak 91101	% od ukupnog br. Postupaka	Postupak 91215	% od ukupnog br. Postupaka	Postupak 88461	% od ukupnog br. postupaka
8531	1,86	15	0,003	48706	10,67	15277	3,35	551	0,12

Legenda postupaka iz "Plave knjige":

- 00001 = Kratak orijentacijski pregled (5 min) – 1, 63 boda
- 01001 = Djelomičan ili srednje opsežan pregled (12 min) – 3, 91 bod
- 03001 = Prošireni pregled (14 min) – 4, 56 bodova - dr.spec. 15 minuta – 6, 39 bodova
- 06001 = Djelomični liječnički pregled kod kuće (20 min) – 4 boda
- 06002 = Prošireni liječnički pregled kod kuće (30 min) – 6 boda
- 81910 = Opskrba površinskih i manjih rana (10 min) – 4, 26 boda
- 88981 = Odstranjivanje šavova (10 min) – 4, 26 bodova
- 83200 = Imobilizacija
- 58830 = Incizija gnojnih procesa (15 min) – 6, 39 bodova
- 91101 = Propisivanje lijeka na recept
- 91215 = I.m. injekcija (samo med sestra – 5 min) – 1, 0 bod
- 88461 = I.v. injekcija (viša med. sestra – 5 min) – 0, 73 boda

Komentar tabličnog prikaza:

- 1.) Broj usluga je u ordinacijama s manjim brojem pacijenata isti onom u ordinacijama sa većim brojem pacijenata, pa je u ordinacijama sa manjim brojem pacijenata indeks realizacije veći za 50 – 100% od potrebnog. Podatak bi bio kvalitetniji da je poznata i zastupljenost dobnih skupina.
- 2.) Iz tablice zbirnih podataka prema vrsti izvršenog rada vidljivo je da rad doktora u ordinaciji obuhvaća gotovo isključivo obavljanje pregleda i propisivanje lijeka na recept, a zanemarivo mali broj postupaka se odnosi na druge stručne poslove doktora i rad medicinske sestre u timu.

To ukazuje na to da ordinacije s manjim brojem pacijenata češće naručuju svoje pacijente i dostupnije su, čime im se uz već i tako nisku glavarinu još više povećavaju troškovi poslovanja. S druge strane imamo više vremena posvećenog pacijentu i vjerojatno kvalitetniju obradu, što bi još dodatnim analizama trebalo provjeriti.

To je i jedan od argumenata koji govore za potrebu limitiranja gornje granice upisa pacijenata, što su u uostalom mnoge zemlje Europe već provele (u susjednoj Italiji je taj limit sveden na 1.200 pacijenata po liječniku, u Velikoj Britaniji na 1700 pacijenata)

2. NAČELA I PODRUČJE RADA OBITELJSKOG DOKTORA

Obiteljski doktor je temeljni liječnik u sustavu zdravstva u suradnji s kojim i preko kojeg osiguranik zadovoljava sve svoje zdravstvene potrebe. Organizacija zdravstva mora biti takva da mu omogući spektar rada i primjenu načela rada obiteljske medicine .

Danas je još uvijek u primjeni definicija koju je oblikovala Leeuwenhorst grupa, imenovana na II. europskoj konferenciji o nastavi opće medicine, koju je nedavno prilagodio prof. dr. Frede Olsen, profesor opće medicine na danskom Univerzitetu u Aarhusu, a koja bi u našim uvjetima glasila:

Obiteljski doktor je specijalista opće/obiteljske medicine osposobljen za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti .On je stručno osposobljen za prihvatanje svih zdravstvenih potreba svojih pacijenata u svakoj životnoj dobi. U većini slučajeva on te zdravstvene probleme samostalno rješava a po potrebi ih lijeći u suradnji sa konzilijarnim liječnikom ili upućivanjem na bolničko liječenje. On svoje usluge pruža u lokalnoj zajednici, neovisno od osobnih i socijalnih karakteristika pacijenta ili vrste njegove bolesti. Omogućuje pacijentima korištenje prava iz zdravstvenog osiguranja na najbolji mogući način. U svojem djelovanju služi se prevencijom bolesti, dijagnostikom, terapijom i palijativnim liječenjem koristeći i integrirajući biomedicinske nauke sa psihologijom i medicinskom sociologijom. Karakteristika njegova rada je vremenska kontinuiranost i mogućnost praćenja razvoja bolesti. On općenito rješava u svom radu od 250-300 bolesti u odnosu na 30-50 bolesti koje rješavaju specijalisti drugih grana medicine. Nema ni jednog drugog liječnika koji bolje poznaje sve mogućnosti zdravstvene zaštite na tom području i nema nikoga koji je bolje informiran o obiteljskim i socijalnim prilikama pacijenta i njegovim genetskim predispozicijama za pojavu bolesti. Jedino je on u stvari u mogućnosti susretati zdrave jedinice i raditi na prevenciji pojave bolesti. Preko 90% svih neoplazmi otkriva se u PZZ i jedino je specijalista opće medicine osposobljen za vođenje pacijenta sa više različitih kroničnih bolesti. Osim toga jedino je on osposobljen za snalaženje među različitim simptomima, terapijama, lijekovima i jedino on može prilagoditi liječenje psihofizičkim i socijalnim karakteristikama pacijenta. On jedini provodi kontinuirano kućno liječenje i najčešće provodi terminalnu njegu .

Načela rada obiteljskog doktora su:

1. OPĆI PRISTUP

Obiteljski doktor pruža primarnu zdravstvenu zaštitu svima, bez obzira na starost, spol, rasu, vjeru, nacionalnost, društveni položaj ili težinu bolesti objedinjujući u svom djelovanju kurativne, preventivne, rehabilitacijske i edukativne principe rada.

2. OSOBNI PRISTUP

Obiteljski doktor kontinuirano razvija pozitivan odnos sa svojim pacijentom, pomažući mu savjetom i psihološkom potporom uz svjesnost da povjerenje pacijenta ima bitnog udjela u liječenju. Pri tome uvijek poštuje pacijentovu intimnost a svoja saznanja na najprikladniji način saopćava, vodeći računa o tome da pacijent mora biti o svom zdravstvenom stanju detaljno informiran.

3. OBITELJSKI PRISTUP

Obiteljski doktor upoznaje obitelj svakog svog pacijenta, proučava obiteljske interakcije i

u skladu sa time poduzima radnje u svrhu njegova liječenja i očuvanja njegova zdravlja i zdravlja njegove obitelji.

4. KONTINUIRANOST

Obiteljski doktor ne bavi se samo određenom bolesti ili fazom oboljenja već se bavi zdravljem i održavanjem zdravlja pojedinca, obitelji i zajednice kroz duže vremensko razdoblje, prateći svog pacijenta tijekom bitnijih razdoblja njegova života

5. DOSTUPNOST

On je uvijek dostupan svakom svom pacijentu bez obzira na financijske mogućnosti i udaljenost pacijenta, vlastitu opterećenost ili odsutnost s posla. U tu svrhu on prilagođuje i usklađuje svoj posao i organizira si zamjene.

6. GRUPNI RAD

Obiteljski doktor svoj rad usklađuje sa drugim liječnicima u svrhu pružanja primarne zdravstvene zaštite i liječenja svojih pacijenata .On surađuje sa specijalistima u primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti .U cilju kvalitetnijeg rada uključuje se po potrebi u grupne prakse liječnika istog ili sličnog profila.

7. MULTIDISCIPLINARNOST

Obiteljski doktor surađuje i prema potrebi upućuje svoje pacijente u svrhu liječenja i očuvanja zdravlja drugim davateljima medicinskih, zdravstvenih i socijalnih usluga, sa kojima usklađuje svoje djelovanje.

8. USMJERENOST KA ZAJEDNICI

Obiteljski doktor sagledava probleme pacijenta u svezi sa njihovim životom i životom njihove obitelji u lokalnoj zajednici i društvu. On poznaje zdravstvene potrebe svog stanovništva i pokušava ih rješavati u suradnji sa ostalim stručnjacima i djelatnostima na tom području. U tu svrhu on pokreće samozaštitne aktivnosti među svojim pacijentima i u zajednici.

Osiguranik za vrijeme liječenja pri svemu tome mora biti aktivni i informirani partner doktora. Odnos se osniva na obostranom povjerenju. Izabrani liječnik osiguranika (samog ili cijele njegove obitelji) je koordinator zdravstvene skrbi osiguranika, na kojeg on utječe preventivno, kurativno i socijalno. Temeljem spoznatih činjenica informira osiguranika, predlaže mu rješenje problema i pušta ga da se temeljem spoznanog, sam ili sa svojom obitelji odluči na rješenje .

Konzilijarni specijalisti bi mu trebali biti konzultanti, čiji prijedlog liječenja on može ali i ne mora prihvatiti, jasno uz informiranost i suglasnost pacijenta. Dio liječenja koji on prepušta specijalisti SKZZ, nadzire i kontrolira u trajanju i uspjehu liječenja. U dogovoru sa pacijentom uz predloženi i od strane pacijenta usvojen plan liječenja postavlja i organizira potrebne terapijske i dijagnostičke postupke .Farmakološko liječenje, slanje na kontrolne pretrage specijalistima i laboratorijska dijagnostika, potpuno su u odluci izabranog liječnika i s pacijentom dogovorenim planom liječenja. Zbog smanjenja bespotrebnih i često dupliciranih troškova induciranih od strane SKZZ, obiteljski doktor mora imati vještine, znanje i mogućnosti da plan liječenja provede, te da bude materijalno stimuliran i motiviran za racionalnost postupaka. On mora preuzeti odgovornost za svoj plan liječenja, a ne prepuštati liječenje SKZZ prebacujući na nju i odgovornost za ishod. Danas nažalost još uvijek većina liječnika opće medicine radi kao pomoćna, produžena ruka SKZZ. Bolnice koje moraju opravdati svoje budžete količinom obavljenih medicinskih postupaka danas traže sve

više uputnica od doktora PZZ-e. Ako se ugovorni doktor tome usprotivi, dolazi do sukoba sa pacijentom, a ako takvu nepotrebnu uputnicu izda on omalovažava i sebe i struku. Dijelu liječnika takav način rada odgovara, jer si time smanjuju troškove poslovanja, naime uvijek je lakše napisati uputnicu ili recept, nego problem riješiti sam.

3. ZDRAVSTVENO OSIGURANJE

Rashodi poslovanja Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2005. god. Iznose 87.322.833.770 kn a rashodi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2005. godinu sukladno rebalansu iznose 14.679.000.000 kn, što znači da rashodi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje čine 16, 81% rashoda Državnog proračuna.

Na dan 31.12.2004. godine registrirano je **4.296.955 osiguranih osoba**.

Tablica broj 7.

Osiguranci po kategorijama i njihovo učešće u ukupnom broju osiguranika

Osigurane osobe					
	Prosječni broj		Indeks 2004./20 03.	Učešće u %	
	I.-XII. 2003.	I.-XII. 2004.		I.-XII. 2003.	I.-XII. 2004.
Aktivni radnici	1.389.096	1.412.445	101, 68	32, 33	32, 82
Aktivni poljopriv.	85.632	77.332	90, 31	1, 99	1, 80
Umirovljenici	1.000.408	1.005.342	100, 49	23, 28	23, 36
Nezaposleni	375.258	388.915	103, 64	8, 73	9, 04
Ostali	139.989	140.710	100, 52	3, 26	3, 27
Članovi obitelji	1.299.407	1.272.912	97, 96	30, 24	29, 58

U odnosu na 2003. god. Od ukupnog broja osiguranika najviše je relativno povećan broj nezaposlenih i to za 3, 64% ili za 13.657 osoba čime je povećan udjel od 8, 73 na 9, 04%. Broj aktivno zaposlenih povećan je za 23.349 osoba što je 1, 68% više nego u 2003. godini s povećanjem udjela od 32, 33% na 32, 82%. Broj umirovljenika ostao je u gotovo istom udjelu. Sve je nepovoljniji omjer aktivnog i uzdržavanog stanovništva (2002.-je iznosio 1, 33, 2003-1, 39, a 2004-1, 40).

Prihodi od doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje se uplaćuju na žiro-račun Riznice. **Broj osoba oslobođenih od participacije** po različitim osnovama oslobađanja (prihodovni cenzus, nezaposleni, ratni vojni invalidi, djeca i dr.) **bio je 2.497.442**. Dopunskim osiguranjem bilo je obuhvaćeno 655.566 osiguranika od kojih je 375.932 umirovljenika ili 57, 34% a aktivnih zaposlenika 279.634 ili 42, 66%.

U 2003. godini ostvareni prihod po osiguraniku iznosio je prosječno mjesečno 239, 00 kuna, a u 2004. godini 256, 99 kuna.

Tablica br. 8.

Pregled prosječnih godišnjih i mjesečnih izdataka za zdravstvenu zaštitu po kategorijama osiguranih osoba u 2003. i 2004. god.

	Prosječni godišnji izdatak u kn		Prosječni mjesečni izdatak u kn		Indeks
	2003	2004	2003	2004	
Aktivni osigur. i članovi obitelji	2.791,65	2.832,22	232,64	236,02	101,45
Umirovljenici i članovi obitelji	4.293,18	4.789,04	357,77	399,10	111,55
Poljoprivrednici i članovi obitelji	2.811,87	3.388,64	234,32	282,39	120,51
Nezaposleni i članovi obitelji	1.517,98	2.030,10	126,50	169,18	133,74
Nesposobni i članovi obitelji	2.739,56	3.357,58	228,30	279,80	122,56

Iz pregleda je vidljivo da su prosječni godišnji i mjesečni izdatci kod aktivnih osiguranika povećani samo za 1.45%, gotovo koliko je povećan i broj aktivno zaposlenih, kod umirovljenika su troškovi povećani za 11, 55% za isti gotovo broj umirovljenika kao 2003. godine. Kod kategorije osiguranika-poljoprivrednika troškovi su povećani za 20, 51%, a kod nesposobnih za rad 22, 56%, no najveće povećanje prosječnog mjesečnog izdatka iskazan je kod kategorije nezaposlenih osiguranika.

Tablica br. 9.

Naturalni pokazatelji korištenja zdravstvene zaštite prema razinama zdravstvene zaštite odnosno prema broju izvršenih usluga, slučajeva, dana bolničkog liječenja kao i drugih prava tijekom 2004. god.

Korištenje zdravstvene zaštite			
	I.-XII.2003.	I.-XII.2004.	Indeks
Broj usluga u primarnoj zdrav. zaštiti	67.465.131	69.184.190	102,55
Broj usluga u stomatološkoj zaštiti	12.723.327	13.197.224	103,72
Broj usluga u specijal.-konzilijar. zdrav. zaštiti	64.853.986	72.368.689	111,59
Broj recepata	31.046.259	32.613.637	105,05
Slučajevi bolničkog liječenja	680.678	685.299	100,68
Dani bolničkog liječenja	7.506.039	7.592.691	101,15
Broj ortopedskih uređaja i pomagala	979.158	1.026.711	104,86
Broj isplaćenih pomoći za novorođeno dijete	38.946	39.740	102,04
Broj isplaćenih putnih troškova	572.708	632.160	110,00

Usporedbom naturalnih pokazatelja proizlazi da je broj usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u 2004. godini povećan za 2, 55%, dok je u stomatološkoj povećan za 3, 72% u odnosu na 2003.god.

U specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti broj usluga je u 2004. god. povećan za 11, 59% odnosno izvršeno je 7.514.703 usluge više nego u 2003.god. U bolničkoj zdravstvenoj zaštiti broj obrađenih slučajeva je gotovo na razini obrađenih slučajeva u 2003. god., dok je broj dana bolničkog liječenja neznatno povećan za 1, 15% u odnosu na 2003. god.

Za osnovno zdravstveno osiguranje se danas izdvaja 15 % na bruto osobni dohodak zaposlenika a zbog relativno niskog postojećeg prosječnog osobnog dohotka trebalo bi se izdvajati čak oko 20%. Osim toga, **postojeća velika materijalna prava i nedefinirani opseg zdravstvenih usluga** koje pokriva osiguranje, neracionalno povećavaju

zdravstvenu potrošnju, pa je u sustavu stalno prisutan manjak financijskih sredstava, koji utječe i na likvidnost i poslovanje zdravstvenih ustanova i ostalih zdravstvenih subjekata. Kao rezultat manjka sredstava u sustavu, javlja se **problem niskih primanja u zdravstvu** i slabe stimulacije za rad. Veći dio sredstava odlazi osim toga u određene profitabilne djelatnosti PZZ koje su se privatizirale (dijagnostika, ljekarne, medicina rada, kućna njega, stomatologija), pa pojedinci koji su najmanje važni za funkcioniranje primarne zdravstvene zaštite, odnose najveći dio zdravstvenog kolača.

Tablica br. 10.

Prosječna bruto i isplaćena neto plaća po zaposlenom ukupno i po razinama zdravstvene zaštite u 2003. i 2004. god.

	Prosječna bruto plaća po zaposlenom I.-XII.		Indeks	Prosječna isplaćena plaća po odbitku dop. Poreza i prireza po zapos. I.-XII.		Indeks
	2003.	2004.		2003.	2004.	
Primarna zdravstvena zaštita	6.392	6.644	103, 94	4.567	4.621	101,18
Bolnička zdravstvena zaštita	6.796	7.150	105, 21	4.657	4.875	104,68
Zavodi	6.976	7.286	104, 44	4.803	4.977	103,62
Ljekarne	8.259	8.923	107, 57	5.573	5.912	106,08
Ukupno:	6.764	7.106	105, 06	4.667	4.858	104,09

Prosječna neto plaća po zaposleniku na razini cjelokupnog zdravstva u 2004. god. Iznosi 4.858 kn., prosječna neto plaća u primarnoj zdravstvenoj zaštiti iznosi pak 4.621 kn i ispod je prosjeka zdravstva za 4, 88% .Na razini prosjeka je neto plaća po zaposlenom u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, dok je neto plaća u Zavodima za 2, 45%, a u ljekarnama za čak 21, 70% veća od prosječne neto plaće u zdravstvu Hrvatske.

Usporede li se isti pokazatelji sa 2003.godinom proizlazi da je indeks rasta neto plaća najniži u djelatnostima PZZ a najviši u ljekarnama.

Zdravstveno osiguranje, koje se kod nas provodi preko HZZO-e, zbog načina financiranja i ugovaranja pretjerano se upliće u poslovanje svih zdravstvenih subjekata, onemogućuje ih da dio svog dohotka ostvare na slobodnom tržištu i pretvara ih u potpune ovisnike.

Danas tako ne možemo govoriti o privatnim ugovornim subjektima u zdravstvu, jer su svi oni prisiljeni na rad po ne ekonomskim cijenama, a zbog manjka limita u osnovnom osiguranju, prisiljeni su na zadovoljavanje nelimitiranih zdravstvenih potreba stanovništva. **Kako troškovi poslovanja nadilaze cijenu usluge, u takvom sustavu nije moguće normalno poslovati a da to poslovanje ne završi deficitom.**

Zato su svi subjekti u zdravstvu prisiljeni iz doznačenih sredstava, najprije izdvojiti sredstva za plaće a sa ostatkom koji je obično nekoliko puta manji od potrebnog, zadovoljavati zdravstvene potrebe stanovništva. Takav odnos postavlja zdravstvene subjekte u položaj krivca za ne pružanje traženih zdravstvenih usluga i **dovodi do poremećaja odnosa i nepovjerenja između liječnika i pacijenta**, bez kojeg ne može biti kvalitetne z.z..

Zato predlažemo: određivanje limita sa točnim definiranjem zdravstvenih usluga u osnovnom zdravstvenom osiguranju, zadržavanje participacije i uvođenje plaćanja ostalih usluga ili pokrivanja putem dopunskih osiguranja.

Osnovno zdravstveno osiguranje pokrivano iz bruto dohotka mora biti besplatno i limitirano brojem i spektrom usluga po osiguraniku, a svako prekoračenje se mora plaćati ili iznimno omogućavati putem L. K. Veći broj usluga ili drugi spektar usluga, koje nije pokrilo osnovno osiguranje, pacijent može pokriti dopunskim osiguranjem, a troškove za sve ostale neugovorene usluge pacijent treba snositi osobno.

Dakle, zaključno treba:

- 1. odrediti limite u obveznom zdravstvenom osiguranju i smanjiti nerealno visoka prava**
- 2. uvesti elektronsku karticu za kontrolu potrošnje**
- 3. dopunskim osiguranjem pokriti najveće rizike i otvoriti ga svim osiguravateljima**
- 4. zadržati participaciju**
- 5. uvesti plaćanje osiguranjem nepokrivenih zdravstvenih usluga**
- 6. uvesti racionalni tržišno razrađeni sustav cijena zdravstvenih usluga**

4. FINANCIRANJE I UGOVARANJE Z.Z.

Sadašnji način financiranja pokazuje niz slabosti koje imaju za posljedicu neracionalnu potrošnju, nemogućnost podmirivanja obveza, stimulaciju nerada te pad stručnosti i funkcionalnosti sustava. Izdvajanja za zdravstvo su već skoro dostigla 10% BDP pa smo po tom postotku u samom vrhu Europe a po izdvojenim sredstvima zbog niskog BDP na samom dnu. Susjedna Slovenija izdvaja dva i pol puta više od nas i na tu razinu bi se morali popeti da se približimo Europskim standardima. Jasno je da se sa 3 do 6 puta manjim izdvajanjima ne mogu proklamirati veća prava osiguranika nego u mnogim državama Europe. Zato nikakve restrikcije i racionalizacije nisu više moguće ukoliko se ne povećaju izdvajanja za zdravstvo ili smanje prava osiguranika.

Ugovorni obiteljski doktori ostvaruju prihode za rad svoga tima doznačenim sredstvima HZZO-a ovisno o broju i dobnoj strukturi osiguranika. Po standardnom timu(1700 pacijenata) u 2005., liječnik opće medicine tako ostvaruje 287.569, 33 kuna ili 23.964, 11 kuna mjesečno što je jedva dovoljno za pokriće plaća po sindikalnom kolektivnom ugovoru, režijskih i drugih troškova poslovanja. Specijalistima opće/obiteljske medicine priznata je specijalizacija u izračunu sredstava sa 297, 605, 92 kune godišnje po standardnom timu ili oko 3 % više. Tijekom 2005. godine doktori opće medicine mogu osim toga dio zarade ostvariti **provedenjem preventivnih pregleda osoba starijih od 50 godina**, koje se nisu u ordinaciju javljale protekle tri godine. Svaki pregled od strane HZZO-a je posebno plaćen sa 49, 74 kune do razine od 5% standardnog tima godišnje(oko 14.500 kuna godišnje) .Odluka je zatim dopunjena s time **da doktor sam odlučuje koga će pozvati na preventivni pregled** uz uvjet da osiguranik nije u zadnje vrijeme detaljno bolnički obrađivan.

Osim toga omogućeno je **plaćanje prema izvršenom postupku PPTP** (EKG, kateterizacija, otoskopija i ispiranje cerumena, prednja tamponada nosa, opskrba površnih i manjih rana, incizija gnojnih procesa kože i potkožja, odstranjivanje ili resekcija nokta, lokalna i površinska anestezija i odstranjivanje šavova)do razine od 2% standardnog tima godišnje (oko 5.800 kuna godišnje).Nažalost to je još uvijek premalo stimulativno i vezano na komplicirane administrativne postupke, pa ne nailazi na širu primjenu, čime se željeni efekt širenja spektra usluga obiteljskog doktora ne postiže. **Predlažemo zato da količina PPTP dosegne 10% glavarine** ili da se pređe na direktnu naplatu uz kasniju refundaciju troškova osiguraniku u osiguravajućem zavodu. Osim toga je nužno pojednostaviti evidenciju na preventivnim pregledima, koja nepotrebno opterećuje liječnike, jer su svi podaci kao i za ostale preglede i usluge dostupni svakoj eventualnoj kontroli i nema potrebe za posebnim formularima i izvješćima. Način financiranja mora postati stimulativan za proširenje spektra i podizanje kvalitete rada a ne administrativno opterećujući i odbijajući po liječnika.

Tablica br.11.

Predviđena izdvajanja iz proračuna za z.z. od 2000-2005. god.(u tisućama)

Vrsta prava	2000	2001	2002	2003	2004	2005
PZZ	2.278.723	2.497.000	2.295.707	2.530.407	2.598.776	2.581.000
Lijekovi na Rp.	2.238.266	1.710.000	2.017.465	1.591.907	2.000.000	2.262.218
SKZZ	1.998.653	1.832.404	1.663.751	U bolnici !	521.092	540.187
Bolnička z.	4.245.401	4.195.147	3.831.458	6.041.882	6.126.683	6.525.017
Pomagala	352.938	258.000	372.950	364.200	390.250	395.000
Ostalo			61.950		13.500	46.410
UKUPNO	11.113.981	10.492.551	10.242.874	10.528.396	11.730.301	12.433.812

Naročito posljednjih godina vidljiv je porast izdvajanja za zdravstvo iz proračuna, koji je usmjeren na SKZZ i bolničku z.z., dok izdvajanja za PZZ ostaju približno ista. To jasno ukazuje na raskorak između proklamiranog jačanja PZZ i realnosti. Osim toga postojeći način financiranja iz proračuna, nije primjeren sustavu zdravstva, gdje se primjenjuju tržišni principi poslovanja, pa bi ga čim prije trebalo zamijeniti sa ranijim načinom financiranja iz zdravstvenog osiguravajućeg fonda i drugih osiguravajućih društva.

Tablica br. 12.

Rashodi-izdaci u osnovnom i dopunskom zdravstveno osiguranju za 2004.god.

RASHODI - IZDACI	Ukupno	Struktura
Ukupna zdravstvena zaštita	13.457.356	84,87
Naknade	2.014.361	12,7
Rashodi za zaposlene	184.091	1,16
Materijalni rashodi	77.370	0,49
Financijski rashodi	29.598	0,19
Ostali rashodi	22.714	0,14
Rashodi za nak. nefinan. imovine	34.466	0,22
Izdaci za fin. imov. i otplate zajmova	37.017	0,23
Sveukupni rashodi-izdatci	15.856.973	100,00

Zbog promijenjene metodologije iskazivanja rashoda tijekom 2003.god. i 2004. god. ti podaci nisu usporedivi. Najveći dio rashoda se ipak odnosi na zdravstvenu zaštitu s udjelom od 84, 46%.

Tablica broj 13.

Rashodi i struktura rashoda unutar ukupne zdravstvene zaštite u 2004. god.

	Ukupno	%
Primarna zdravstvena zaštita	2.492.468	18,50
Lijekovi na recepte	3.098.666	23,03
Cjepivo	38.854	0,29
Specijal.-konzilijar. zdravstvena zaštita	2.680.907	19,92
Bolnička zdravstvena zaštita	4.400.784	32,70
Ortopedski uređaji i pomagala	489.636	3,64
Zavod za javno zdravstvo i drugi programi	21.401	0,16
Zdravstvena zaštita u inozemstvu	57.403	0,43
Troš. zdrav. zaš. inozemnih osigur. u RH	39.194	0,29
Zdrav. zaštita osoba za nepoz. prebivalištem	1.802	0,01
Zdravstvena zaštita SFOR-a	475	-
Ostale medicinske usluge	13.516	0,10
Regres	122.250	0,91
Sveukupno:	13.457.356	99,98

Iz strukture sveukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu vidljivo je da je udjel troškova bolničke zdravstvene zaštite najznačajniji i da zajedno sa udjelom troškova specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite prelazi polovicu (52, 62%) ukupnih rashoda cjelokupne

zdravstvene zaštite. Slijede izdaci za lijekove koji i apsolutno i u strukturi s udjelom od 23, 03% prelaze troškove cjelokupne primarne zdravstvene zaštite (18.50%) i specijalističko-konzilijarne zaštite (19, 92%)

Tablica br. 14.

Rashodi i struktura rashoda unutar PZZ-a

Struktura		
Primarna zdravstvena zaštita	1.798.018.593	73, 00%
Liječenje i sanacija zubi	511.676.799	20, 77%
Protetika	102.013.227	4, 14%
Otpremnine i uprave domova zdravlja	4.490.223	0, 18%
Troškovi prijevoza	42.734.356	1, 74%
Hitna pomoć na magistralnim cestama	3.347.843	0, 14%
Ostala primarna zdravstvena zaštita	444.989	0, 03%
Ukupno:	2.463.026.030	100, 00%

*podaci HZZO

U načinu financiranja i ugovaranja zato predlažemo slijedeće zaključke i promjene:

Sadašnji postotak financijskog izdvajanja za PZZ je nedovoljan (2004.god. se kretao oko 18, 5%) i trebao bi u postojećoj organizaciji zdravstva iznositi barem 25% proračunskih sredstava. **Naročito su nedostatna sredstva za obiteljsku z.z.**, koja bi se trebala povećati sa sadašnjih 5% proračuna na najmanje 10% proračuna kako bi se postigla potrebna efikasnost.

Zdravstvene ustanove svoje financiranje moraju temeljiti osim na ugovorima sa osiguravateljima i na sredstvima općina, gradova, županije, turističkih zajednica i privrednih subjekata, što Zakonom treba omogućiti. Zakonom koji će točno odrediti subjekte i postotak sufinanciranja, a za neprovođenje postavki imati i svoje kaznene odredbe.

Osim toga bi svim ugovorenim timovima sa nedostatnim sredstvima za poslovanje trebalo **osigurati podmirivanje osnovnih režijskih troškova**, jer osiguravatelju mora biti u interesu da mu liječnički tim bude u mogućnosti pružati kvalitetnu zdravstvenu zaštitu.

Ugovaranje HZZO-a za opću medicinu treba ići za time da se standardni broj osiguranika **po timu smanji sa sadašnjih 1.700 na 1.500 i da se načinom financiranja svakom ugovornom timu barem osiguraju minimalna primanja predviđena s kolektivnim ugovorom.**

Sadašnji način ugovaranja ne osigurava dostatna financijska sredstva potrebna za pokrivanje troškova rada zdravstvenog tima kod oko 40% timova i time se posredno ne osigurava jednaka kvaliteta zdravstvene zaštite svim osiguranicima. Naime, timovi kojima nisu riješeni egzistencijalni problemi, prisiljeni su materijalno zakidati osiguranike i pružati im jeftinije i nekvalitetnije zdravstvene usluge, kako bi sačuvali za poslovanje i plaće veći dio tih malih primanja. **Samo miješani sustav plaćanja (glavarina + cijena x usluga + plaćanje po programu, itd.) se pokazao efikasnim.** (referenca - Katić M, Petric D, Jureša V, Mazzi B, Bakar Ž, Stevanović R, Soldo D, Katić V. *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*)

Stoga je potrebno ponovno stimuliranje i motiviranje doktora PZZ-e kako bi počeli medicinski raditi i samostalno rješavati većinu zdravstvenih problema svojih pacijenata. Potrebno je stvoriti mehanizme da oni koji ne žele raditi ili nisu sposobni ili nisu motivirani za rad, budu kao takvi prepoznati, kažnjeni i destimulirani.

U PZZ se mora početi cijeniti primijenjeno znanje, jer onaj koji zna raditi a neće, je isto toliko beskoristan kao i onaj koji to ne zna. **Potrebna je zato materijalna stimulacija uvođenja novih terapijskih, dijagnostičkih i preventivnih postupaka, jer znanje koje nije pretočeno u praksu je beskorisno. Čemu specijalizacija obiteljske medicine ako novi specijalista ne može adekvatno materijalno vrednovati svoj rad i novostečeno znanje primijeniti u praksi.**

Potrebna je i racionalnost raspolaganja s društvenim sredstvima i zarada sukladna rezultatima rada, a ne plaća. Procijenjeno je da doktor opće medicine kao doktor prvog kontakta sa oboljelim i «čuvar ulaska u sustav», koji je dobro educiran, motiviran i opremljen, može riješiti i do 80% zdravstvenih potreba osiguranika. Skrbeći se za pojedince i opredijeljene obitelji, obiteljski doktor zna njihovu problematiku i međusobne odnose, vrlo često skrivene bolničkim specijalistima. On bolesnika ne gleda samo kroz oboljeli organ, već kao cjelokupnu psihofizičku i socijalnu osobu, čija se bolest razvija pod utjecajem genetskih predispozicija, društvenih odnosa, odnosa u radnoj sredini i obitelji i ne utječe samo na njega samoga već i na cijelu njegovu obitelj i radnu sredinu. Poznajući te odnose i prateći kontinuiranim vremenskim slijedom stanje bolesnikovog zdravlja, on zna što je za bolesnika u danom problemu najbolje i najracionalnije. **Upravo ta mogućnost racionalnosti u dijagnostičkim i terapijskim postupcima, čuva sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu od despecijalizacije, a moguća racionalnija potrošnja u skladu sa materijalnim mogućnostima društva, mora biti poticaj državi da ulaže i razvija ovaj dio zdravstvene zaštite .**

Kvalitetne i jeftine, tj. racionalne zdravstvene zaštite nema, bez kvalitetne primarne zdravstvene zaštite. Ulaganja u PZZ su dokazano najjeftinija i najrentabilnija.

U Velikoj Britaniji je tako izračunato da liječenje pacijenta s istom dijagnozom u PZZ košta 30 funti a u bolničkoj z.z. 8x više ili 240 funti. **Potrebne su zato i sljedeće promjene u načinu ugovaranja i financiranja liječnika:**

1. **Potrebo je odrediti i definirati položaj doktora opće medicine u ugovornom odnosu sa HZZO-om.** Definirani položaj morao bi biti jasan svim sudionicima u zdravstvu kao i u čitavom društvu.. Postojeće tumačenje, da je on privatnik, izjednačen sa drugim osobama u slobodnom zanimanju i da nije zaposlenik Doma zdravlja niti HZZO-a, ne stoji, jer mnoštvo postojećih propisa i način poslovanja to opovrgavaju.
2. Određenjem za doktora privatnika mora se prihvatiti sljedeća postavka: **Tim je na tržištu i podložan je tržišnoj konkurenciji. Nema zajamčene plaće već postoji samo zarada, koja organizacijom rada mora biti omogućena.**
3. Ugovorni odnos sa HZZO-om mora **točno definirati vrstu i obim usluga** za koju je doktor preuzeo obavezu sklapanjem ugovora i ne smije sprječavati liječnika da svoje usluge izvan ugovorom zakupljenog radnog vremena i ugovorenog spektra usluga ne naplaćuje.
4. **Sve usluge koje nisu točno definirane ugovorom, trebale bi se naplaćivati posredno ili neposredno.**
5. **Svako uvođenje novih ugovornih obaveza i širenje spektra rada liječnika mora biti praćeno i vrednovanjem tog rada,** jer besplatnog i omalovaženog rada ne bi trebalo biti.
6. Postoji mišljenje da **hiperprodukciju doktora i njihovu nezaposlenost ne možemo rješavati samo smanjenjem broja osiguranika po doktoru uz zahtijevanje većih**

materijalnih sredstava za manji rad, nego i ograničavanjem broja upisa na medicinski fakultet, praćenjem i planiranjem potreba zdravstva i jasnom i svima dostupnom listom čekanja na posao u državnoj službi. Mora postojati lista dostupna svakom nezaposlenom doktoru, kao i onima koji žele studirati zdravstvenu struku da vide koliko dugo bi trebali čekati na državni posao. Prvi na listi bio bi obvezan primiti bilo koji otvoreni posao u bilo kojem djelu Hrvatske, a ako to odbije, briše se sa liste. Privatni sektor zdravstva mogao bi zapošljavati mimo liste, uz brisanje nezaposlenog sa liste. Nažalost neke od tih planskih metoda poznatih iz ranijih političkih sustava više nisu primjenjive, jer u demokraciji tržište radne snage mora biti otvoreno a školovanje svima omogućeno. Država se pak u ovakvom načinu organizacije zdravstva mora samo pobrinuti da provede planiranje razvoja i potreba svoje zdravstvene službe u sklopu osnovnog zdravstvenog osiguranja, da osigura zakonske uvjete za poslovanje svih subjekata u zdravstvu i da spriječi neloyalnu konkurenciju, a **privatno zdravstvo će se već razviti na temelju odobrene mreže i zahtjeva tržišta.**

7. **Obiteljskom doktoru treba omogućiti razvijanje odnosa povjerenja s pacijentom i njegovom obitelji .** Znači, potrebno je **smanjiti na minimum nepotrebnu administraciju i isključiti liječnika iz pozicije zakidanja pacijenta** u njegovim potraživanjima zdravstvenih usluga. Zdravstveno osiguranje mora preuzeti svoju ulogu ugovorne strane i svojim propisima točno količinski definirati prava svog osiguranika . Izabrani pak doktor mora samostalno rješavati cijeli spektar usluga iz svoje struke i biti vodič bolesniku kroz dijagnostičke i terapijske postupke suvremene medicine kao i savjetnik u alternativnim načinima liječenja. Širenjem dijagnostičkih i terapijskih postupaka u ordinaciji izabranog doktora uz nabavu adekvatne opreme i specijalizacijom, rasteretiti će se SKZZ a bolesnik će obaviti veći dio svojih potreba brže i uz manje čekanja. Izabrani doktor mora biti motiviran da svom osiguraniku pruži što veću moguću zdravstvenu skrb i pažnju, barem zbog postizanja veće zarade, ako ne zbog nekog humanizma, po kojem bi doktor bolesniku trebao pomoći kao što bi i on to želio da se u istoj situaciji pomogne i njemu, jer je i on sam potencijalni pacijent.
8. **Kontrolu potrošnje treba zato riješiti i putem ugovora između osiguravatelja i osiguranika, a ne samo na teret ordinariusa.** Osiguravatelj određuje limite osiguraniku i pruža mu mogućnost korištenja zdravstvenih usluga prema razini osiguranja koje je osiguranik zaključio. Financijsko prekoračenje te razine, pacijent mora pokriti dopunskim osiguranjem ili snositi sam ili pak u iznimnim slučajevima potraživati od osiguranja(na pr. odobrenjem putem L.K.).
9. **Kalkulativni troškovi tima u zakupu** određeni projekcijom na standardni tim, u praksi su zbog svih dodatnih nekalkuliranih troškova veći i zakupac da bi ih platio, mora umanjiti svoju zaradu(plaću). Npr. zakupcu su za standardni tim u 2003. god, priznati troškovi potrošnje struje, grijanja, vode, naknade za čistoću, HT troškovi, te ostali troškovi čišćenja, komunalne i vodne naknade u iznosu oko 536 kn mjesečno, dok Domovi zdravlja prema postojećim kalkulativnim elementima terete tim i sa 2.000-2.500 kuna na mjesec. Osim toga nisu predviđena sredstva za investicijsko održavanje i za razvoj tima(nabavku opreme). Održavanje radnih prostora tereti zakupca a održavanje građevinskih elemenata tereti Dom zdravlja kao vlasnika tih prostora. Dio tih sredstava Dom zdravlja dobiva iz decentraliziranih sredstava preko županije, a dio iz zakupnina, što sve zajedno nije dovoljno, jer se iz tih sredstava plaća i uprava i službe održavanja. Zato bi za razvoj tima trebalo predvidjeti najmanje 5% sredstava standardnog tima za sve timove jednako. Upitno je i priznavanje troška amortizacije doktorima u zakupu(prosječni vijek otpisa za tzv. mehaničku opremu je

deset godina, a za elektroničku opremu pet godina)jer se ona priznaje i kao porezni odbitak.

Procjena:

Daljnji razvoj tržišnog principa zahtijevao bi točno definiranje što glavarina pokriva i osiguranje dodatnih sredstava za uvođenje novih obaveza prema doktoru.

Postoje dva stava:

1. ***Moguće je i potrebno je definirati spektar usluga obveznog osiguranja*** i sve izvan toga podvrći dopunskom ili privatnom osiguranju ili plaćanju. Naime, treba napokon shvatiti da svaka usluga ima svoju realnu cijenu i da postojeće osiguranje nije u mogućnosti pokriti cijeli spektar rada obiteljskog liječnika, makar se cijena tog rada i krajnje nerealno obračunavala. Socijalističke metode se napokon moraju napustiti.
2. ***Nije moguće definirati spektar usluga obveznog osiguranja, ako se s njime želi obuhvatiti kompletan rad obiteljskog doktora*** jer navodno i praksa pokazuje da je nemoguće stvarno popisati sve što obiteljski doktor radi. Po tom stavu, trebalo bi napraviti popis usluga koje ne bi pokrivalo osnovno osiguranje i koje bi se posebno plaćale(kućne posjete, mala kirurgija i sl.), dok bi sve ostalo bilo besplatno. Međutim tu se opet ne polazi od činjenice da sadašnje izdvajanje po osiguraniku nije dovoljno niti za pokriće nekoliko osnovnih usluga u PZZ. Naime, cijena usluge mora dobiti svoju ekonomsku dimenziju i ne može se više ići sa cijenom usluge koja ne pokriva niti realni materijalni trošak.

Zato treba razviti tri razine plaćanja zdravstvenih usluga:

1. Prvu razinu bi osiguraniku pokrilo točno definirano i limitirano osnovno zdravstveno osiguranje i ona bi za osiguranika bila besplatna. Ta razina se mora razviti u skladu sa materijalnim mogućnostima društva i na realnim ekonomskim odnosima.
2. Druga razina bila bi obuhvaćena dopunskim osiguranjima i obuhvatila bi usluge koje bi doktor naplatio preko dopunskog osiguranja osiguranika, bilo HZZO-a ili druge osiguravateljske kuće. Ona bi obuhvatila medicinske postupke koji nisu obuhvaćeni prvom razinom, ali su strogo definirani i ekonomski isplativi.Za osigurane bi te usluge također bile besplatne.
3. Treća razina usluga naplaćivala bi se po cjeniku Liječničke komore za postupke za koje je liječnik posebno osposobljen a nisu obuhvaćeni osiguranjem ili ne spadaju u spektar usluga PZZ i za postupke administrativne naravi ili stručna mišljenja.(UZV, EKG, akupunktura, kiropraktika, hipnoza, potvrde, mišljenja, obrade za IK-u po zahtjevu osiguranika itd.).

U glavarini bi trebalo predvidjeti i sredstva za troškove trajnog usavršavanja i zamjene za vrijeme bolovanje i godišnjih odmora u visini od 5% od godišnjih sredstava standardnog tima, za sve timove jednako.

Cilj je : vrednovati rad i motivirati doktora opće medicine da kroz širenje dijapazona dijagnostičko-terapijsko-preventivnih usluga poveća kvalitetu rada, više zaradi i bude zadovoljniji a time da ima i zadovoljnijeg bolesnika uz manje troškove zdravstvene zaštite .

5. INFORMATIZACIJA U PZZ

Sadašnje stanje:

Danas se oko 40% doktora PZZ se u radu koristi kompjuterom i postoji različita informatička pismenost doktora i sestara. Većina doktora koja koristi računalo u svome radu na vlastiti je trošak nabavila opremu i program, pa i tu vlada šarolikost .

Koji su razlozi informatizacije PZZ ?

1. Ulaganje u informatizaciju predstavlja stratešku investiciju, koja je isplativa u PZZ za dvije godine od uvođenja.
2. Informatizacija podiže kvalitetu i omogućuje racionalizaciju u PZZ-u
3. Medicinske sestre prelaskom na nov, olakšani način rada imaju više vremena za pacijenta .
4. Omogućava se dostupnost podataka svima koji ih trebaju, u svrhu stjecanja znanja i kontrole normi, procedura i algoritama
5. Omogućena je izravna komunikacija sa drugim sudionicima u zdravstvu: bolnicama, specijalistima, laboratorijima, kućnim njegovima, HZZO -om, javnim zdravstvom i sl.
6. Sustav omogućuje korištenje dijagnostičkih i terapijskih smjernica, jamči jednakost u pristupu pacijentu i dostupnost potrebnog znanja .
7. Sustav omogućuje povezivanje-umrežavanje u interesne grupe radi istraživanja te poslovna ili problemska povezivanja .

Koje su poteškoće?

1. Takav rad iziskuje dobru informatičku educiranost liječnika i sestre
2. Potrebna je veća preciznost zapisa i veće radno opterećenje liječnika
3. Potrebna je educiranost kadra za zamjenu
4. Nabava i održavanje opreme predstavlja financijsko opterećenje za naše ordinacije

Zaključak:

Sve ordinacije PZZ trebale bi prijeći na informatički rad uz umrežavanje i dostavu podataka prema referentom centru. U bilo koje vrijeme može se na taj način imati uvid u podatke na razini RH i prevenirati poremećaje. Ujedno se omogućuje međusobna razmjena podataka i medicinskih znanja u vidu Hrvatskog medicinskog interneta. U tu svrhu trebalo bi putem nadležne komisije Ministarstva zdravstva:

1. **Definirati standardni informatički paket za ordinacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti** koji bi sadržavao željene karakteristike hardvera i osnovnog softvera (Windowsi) . Po tom prijedlogu išlo bi se u nabavu informatičke opreme, a medicinski program (softver) liječnici bi sami nabavljali na tržištu, uz uvjet da je ponuđeni program kompatibilan t.j. da omogućuje praćenje zadanih parametara na istovjetnom obrascu i omogućuje izvještavanje nadležnih.
2. **Izraditi upitnik** kojim bi se preko područnih ureda HZZO-a, izvršilo anketiranje ugovornih liječnika i ustanovilo :

- Koliko ugovornih ordinacija (opće medicine, pedijatrije, z.z. žena, stomatologije) se u svakodnevnom radu koristi kompjuterom i na koji način?
 - Imaju li anketirane ordinacije jedan ili dva kompjutera (tj. da li su umrežene sa sestrom). Osnovne tehničke karakteristike prisutnih kompjutera?
 - Koliko ordinacija je vezano na Internet i koje su im e-mail adrese?
 - Da li je informatička oprema nabavljena iz vlastitih ili iz društvenih sredstava?
- 3. Podaci bi se sintetizirali na razini Doma zdravlja** i time bi se stekao uvid u stanje na terenu. Temeljem prikupljenih podataka Domova zdravlja načinio bi se Plan potreba informatizacije po županijama. U ordinacijama u kojima su liječnici sami nabavili informatičku opremu trebalo bi dograditi informatičku opremu ako je to moguće, kako bi zadovoljilo kriterije informatičkog paketa. Ako oprema zadovoljava, ne nabavljati novu, već dati prioritet tim ordinacijama pri nabavi druge opreme za ordinaciju po nahođenju i procjeni nosioca tima. Vlasnik dodatne opreme bio bi nositelj tima. U ordinacijama koje trebaju kompletnu informatizaciju, instalirala bi se oprema na račun HZZO-a, uz mogućnost obročne otplate na dvije godine.
- 4. Centre za informatičko prikupljanje i obradu podataka** od umreženih liječnika, trebala bi imati svaka zdravstvena ustanova, s time da bi se medicinski podaci slali u županijski zavod za javno zdravstvo a pokazatelji broja usluga i potrošnje u HZZO. Svaki ugovorni liječnik imao bi svoju e-mail adresu na tom tako ga nazovimo Hrvatskom zdravstvenom internetu, kojim bi bio povezan s ostalim sudionicima u zdravstvu
- 5. Cilj tog Hrvatskog zdravstvenog interneta u ADSL sustavu bio bi :**
- kvalitetno i brzo dolaženje do traženih podataka.
 - međusobno komuniciranje i razrješavanje problematike sudionika u zdravstvu.
 - omogućiti edukaciju objavljivanjem radova naših i stranih stručnjaka i javljanjem novosti iz područja zdravstva.
 - omogućiti uvid u slabosti i neracionalnosti u radu pojedinih sudionika zdravstva i omogućiti stručni nadzor i savjetodavnu podršku.

Što se želi postići uspostavom Informacijsko komunikacijskog sustava (IKS PZZ) za primarnu zdravstvenu zaštitu ?

Što dobiva HZZO ?

- **BI (Business Intelligence)**
- Sustav će ove godine potrošiti više od 15 mrd. kuna (2 milijarde USD). Samo racionalizacijom u potrošnji lijekova (preko 2 milijarde. kuna) i u specijalističko konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti, za jednu godinu se može uštedjeti novaca za cijeli projekt informatizacije PZZ koji košta oko 120 milijuna kuna.
- Uvođenjem ICPC-2 podatkovnog standarda sustav će brinuti da se standardizirano, neporecivo i neponovljivo, bilježe sve transakcije koje HZZO želi i/ili treba pratiti. Potrebno ih je samo specificirati, unutar ekspertne grupe odrediti šifre i one će biti automatski bilježene. Također, za odabrane pokazatelje moći će se provoditi «on line» praćenje na svim razinama, od razine tima, preko grupne prakse i ustanove, do razine županija i države. HZZO i doktori prestaju misliti na prikupljanje i primarnu obradu podataka, o tome će brinuti izabrani sustav sa standardiziranim aplikativnim

rješenjima. Performance monitoring sustav će točno mjeriti učinkovitost i ishode, obuhvat i sadržaje rada timova.

Što dobiva HZZJZ i MIZ ?

- **PHI (Public Health Intelligence)**
- Integracijski alat – Obzirom da se planira povezivanje svih G2 aplikacija sa jedinstvenim G1 centralnim sustavom, a u kasnijoj fazi i uključivanje svih bolničkih sustava u zajedničku zdravstvenu infrastrukturu, tehnološke karakteristike integracijskih alata i iskustva na tom području su od presudne važnosti i jedan od glavnih preduvjeta uspješnog provođenja projekta informatizacije nacionalnog zdravstvenog sustava.
- Iz samo jednog obilježja (ICPC-2 šifre) moguće je izraditi 108 osnovnih pokazatelja, prema skupini bolesti, razlogu dolaska i ishodu, uz mogućnost povećanja ovog broja i proširivanja broja indikatora. Sada se samo iz djelatnosti PZZ sakupljaju podaci za više od 500 obilježja da bi se iz njih izradilo tek nekoliko informacija (isključivo na razini udjela ili trendova)
- Standardizirano i točno će se dobiti informacije o sadržaju rada i učinkovitosti timova i sustava kroz jedinstveni Performance monitoring sustav.
- Izvješćivanje - statistika, prijavljivanje u javno zdravstvene registre (obvezna prijavljivanja cijepljenja, zaraznih bolesti, malignoma, psihotika, invalida itd.) provoditi će se automatski, interaktivno i proaktivno. Obuhvat prijavljivanja biti će praktički potpun a značajno se može utjecati i na pouzdanost podataka (centralna logička kontrola)
- Mogućnost provođenja koordiniranih i zajedničkih preventivnih i kurativnih intervencija
- Sustav ranog uzbunjivanja kod izvanrednih zdravstvenih i medicinskih događaja. Sustav istodobnog i sigurnog izvješćivanja svih timova i ustanova
- Zajamčena tajnost i sigurnost osobnih podataka i podataka o zdravlju i bolesti, VPN, PKI, kriptiranje, smart kartice, odvojeni autentikacijski i podatkovni serveri i repozitoriji podataka, mogućnost da se u nezgodama i katastrofama cijeli sustav sa svim podacima i informacijama «digne» za 24-48 sati.

Što dobivaju liječnici/timovi, Hrvatska liječnička komora ?

- **HCI (Health Care Intelligence)**
- Pružanje brže, točnije i komfornije dijagnostike za pacijente u skrbi,
- Pružanje učinkovitije, korisnije po pacijenta, manje škodljive i jeftinije terapije
- Korištenje elektronski standardiziranih smjernica u dijagnostici i terapiji (kliničke smjernice, laboratorijske i druge dijagnostičke smjernice, farmaceutske smjernice itd).
- Povezanost s drugim sudionicima u procesu liječenja i prevencije bolesti (on-line povezanost s HMP, PKZZ, laboratorijima, ljekarnama, bolnicama), regulirano i sigurno korištenje svih podataka o zdravlju i bolesti osiguranika u skrbi, on-line konzultacije s umreženim ekspertima, e-konzultacije (očitanja EKG, Rtg. snimaka i sl.) na daljinu sa specijalistima.
- Integraciju svih podataka o osiguranju, zdravlju i bolesti osiguranika iz svih sustava osiguranja i zdravstva
- Otvaranje vlastitih web-stranica, uspostava web-marketinga koji za kratko vrijeme povećava zaradu i profit

- Izravno uključivanje u gradske, županijske, državne i međunarodne znanstvene, stručne, javno zdravstvene projekte i poslove
- Uštede vremena i novaca za administriranje, poštanske i druge troškove
- **Omogućavanje doktorima da raspolažu s onim znanjem koje im je potrebno za dobru praksu. Svakih pet godina ukupno je medicinsko znanje dvostruko veće nego u prethodnom razdoblju. To se ne može pratiti samo čitanjem literature te sudjelovanjem na seminarima i simpozijima, nego korištenjem informatičke tehnologije koja dostavlja upravo trenutačno potrebne informacije. E-edukacija, E-relicenciranje kod HLK također su mogući u ovakvom sustavu.**
- **KI (Knowledge Intelligence)** – Znanje, koje također pridonosi racionalnijoj potrošnji, poboljšanju ishoda liječenja pacijenata, ubrzanju dijagnostike, poboljšavanju ukupne skrbi o građanima.

Što dobiva građanin-bolesnik-osiguranik ?

- Jednakost mogućnosti
- Ordinacije (grupne prakse), bolnice i zdravstvene ustanove otvorenih vrata, transparentne liste čekanja, samo naručivanje
- Algoritme i smjernice u dijagnostici i liječenju koje su mjerljive i standardizirane i svima jamče kvalitetan pristup
- Kontinuitet, neporecivost, prenosivost i sigurnost spremanja podataka o skrbi za osiguranika
- Mogućnost dvosmjernog (višesmjernog) komuniciranja doktora (mjerljivog i standardiziranog), građanina-bolesnika-osiguranika i drugih sudionika u zdravstvenom sustavu
- E-obavješćivanje, e-aktivno pozivanje, izravno i istodobno slanje poruka
- Zajamčenu tajnost i sigurnost osobnih podataka i podataka o zdravlju i bolesti

6. SPECIJALIZACIJA I KONTINUIRANA EDUKACIJA U OBITELJSKOJ MEDICINI

Za provođenje koncepta obiteljskog doktora **neophodan je nastavak specijalizacije** obiteljske medicine. Završenim medicinskim fakultetom, obaveznim pripravničkim stažem, te polaganjem državnog ispita, omogućen je danas samostalan rad bez dodatne specijalizacije jedino u djelatnosti opće medicine. U svim drugim granama medicine se traži specijalistička izobrazba uz nesamostalan rad do polaganja specijalističkog ispita. Osim toga i specijalistima drugih grana medicine omogućen je danas rad u općoj medicini bez dodatne medicinske naobrazbe.

Na iskustvima i saznanjima «kućnih liječnika-obiteljskih prijatelja» napose u malim sredinama gdje doktori nisu imali samoodređenu dobnu skupinu ili skup pojedinaca, već su rješavali i pratili zdravstvene probleme i stanje cijelih obitelji od rođenja do groba, ne samo u smislu kurative i preventive već i nasljednih i socijalnih čimbenika u obitelji, razvijen je koncept specijalizacije prvo opće, a potom i obiteljske medicine. Hrvatski koncept je prihvaćen i razvijan u mnogim državama članicama EU.

Prema dokumentima WHO i EU i iskustvu tranzicijskih zemalja specijalističko usavršavanje za općeg/obiteljskog doktora osnovna je pretpostavka za unaprjeđenje cjelokupnog sustava zdravstvene zaštite. Prema propisu 16/93/EEC sve zemlje članice EU moraju do 1995. godine uvesti obavezno trogodišnje specijalističko obrazovanje za sve doktore iz obiteljske medicine.

«Doktor opće/obiteljske medicine kroz preventivu, dijagnostiku, liječenje, njegu i palijativnu skrb objedinjuje biomedicinsku znanost, medicinsku psihologiju i medicinsku sociologiju. Odgovoran je za svrhovito korištenje svih zdravstvenih resursa kako bi osigurao najbolju moguću skrb onima koji ju trebaju» On se ne bavi prvenstveno bolešću organa poput kliničke medicine već bolesnikom kao cjelinom njegovog fizičkog, psihičkog i socijalnog stanja u sklopu bolesnikove obitelji, ali i utjecajem bolesti člana obitelji na obitelj. Promatrajući i poznajući međuljudske odnose u obitelji, poremećaje u tim odnosima koji narušavaju obitelj, može na njih utjecati, ne kao autoritet koga se mora obavezno poslušati već pomaganjem obitelji da shvati bit problema i donese odluku.

Specijalizacija obiteljske medicine potrebna je i stoga što završenim medicinskim fakultetom, odrađenim stažem i državnim ispitom doktor ne dobiva potrebno znanje za rad u općoj/obiteljskoj medicini, koje mu daje fakultetska izobrazba. Rad u općoj medicini, napose u sredinama udaljenim od bolnica zahtjeva poznavanje i rješavanje većine medicinskih problema bolesnika, elastičnost u razmišljanju i brzo mentalno prelaženje sa jednog dijela medicinske struke na drugi, jer nakon djeteta sa temperaturom, slijedi psihijatrijski bolesnik, potom gerijatrijska problematika, kirurška i sl.

Svojim znanjem i iskustvom doktor obiteljske medicine ne bi trebao samo rješavati i pratiti većinu zdravstvenih problema obitelji za koje skrbi, već bi im trebao biti i usmjeravatelj, te savjetnik kroz specijalističke, subspecijalističke segmente medicine, ali i sve prisutnije komplementarne medicine.

Današnja opća medicina u RH unatoč proklamiranom usmjerenju na specijalizaciju obiteljske medicine ne počiva na tom konceptu. U općoj medicini rade doktori i bez specijalizacije, doktori drugih specijalizacija, dok su ginekologija u cijelosti i pedijatrija djelomično (oko 30% liječnika opće/obiteljske medicine radi sa djecom) izdvojeni iz struke. Prema Zakonu o zdravstvu diplomirani liječnici sa položenim državnim ispitom mogu samostalno raditi u djelatnosti opće/obiteljske medicine. Po raspoloživim podacima ima 762

specijalista opće/obiteljske medicine, 112 specijalista školske medicine i oko 160 specijalista medicine rada.

Program specijalizacije opće medicine u RH je organiziran na principima učenja odraslih. Specijalizanti uključeni u program specijalizacije dolaze s različitim predznanjem, radnim iskustvom i potrebama. Stoga su program i njegovi ciljevi tako koncipirani da se prilagode obrazovnim potrebama svakog pojedinca u svakoj sredini.

Program traje tri godine i u prijelaznom razdoblju izvodio bi se na tri načina i to kao: izvedbeni program A, program B i program C.

Kandidati za izvedbeni program A su doktori sa položenim državnim ispitom, mlađi od 35 godina, u ugovornom odnosu sa HZZO-om, neovisno o tome da li su nositelji praksi ili su zaposlenici domova zdravlja. Specijalizacija traje kontinuirano tri godine.

Izvedbeni program B obuhvaća doktore sa 5-10 godina radnog iskustva u općoj/obiteljskoj medicini, mlađe od 40 godina, privatne zdravstvene radnike u ugovornom odnosu sa HZZO-om. On nije skraćen ali ima posebnosti u načinu izvođenja. Poslijediplomski studij je organiziran vikendom (petak, subota, nedjelja), uz rad u ostalim danima u svojoj ambulanti, kroz 7 mj. Za vrijeme staža u općoj medicini 9 mj. rade u svojoj ordinaciji a 3 mj. kod mentora, a za vrijeme staža na kliničkim odjelima, specijalističkim ambulantomama i laboratorijima, oslobođeni su rada u svojoj ambulanti kroz 18, 5 mjeseci, što im je plaćeno.

Programom C obuhvaćeni su doktori sa 10-20 godina radnog iskustva u PZZ-u na poslovima opće/obiteljske medicine, u dobi od 41-50 godina, te doktori specijalisti školske medicine i medicine rada, privatni zdravstveni djelatnici nositelji privatne prakse ili zaposlenici domova zdravlja. Program ima više posebnosti ovisno o strukturi znanja ili prije završenoj specijalizaciji polaznika. Na temelju priznavanja prethodnog iskustva i znanja priznato im je 8, 5 mj. kliničkog staža i 6 mj. staža u općoj medicini, pa im specijalizacija traje 21, 5 mjeseci.

Projektom usklađivanja djelatnosti obiteljske medicine s europskim standardima utvrđeno je specijalističko usavršavanje iz obiteljske medicine isključivo liječnika koji su u ugovornom odnosu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Za školsku godinu 2003/2004 prema utvrđenom planu specijalizacija i projektom obuhvaćeno je ukupno 185 specijalizacija od čega je 63 prema izvedbenom programu A (*obveza HZZO za nadoknadu plaće za 36mj*) 28 prema izvedbenom programu B (*obveza HZZO za nadoknadu plaće za 18mj*) 94 prema izvedbenom programu C (*obveza HZZO za nadoknadu plaće za 9mj*)

HZZO je raspisao natječaj za 137 specijalizacija za ugovorne i privatne doktore - nositelje prakse u vlastitom prostoru ili u zakupu, od kojih je 15 po izvedbenom programu A, 28 po izvedbenom programu B i 94 po izvedbenom programu C.

Domovi zdravlja su prema utvrđenom planu specijalizacija mogli raspisati natječaj za ukupno 48 specijalizacija i to samo po izvedbenom programu A. Do prosinca prema podacima Katedre obiteljske medicine Medicinskog fakulteta u Zagrebu, specijalističko usavršavanje je započelo 144 ugovorna doktora Zavoda. Ugovor o refundaciji plaće za doktora na zamjeni u vrijeme specijalističkog usavršavanja, Zavod je potpisao za ukupno 70 ugovornih doktora, od kojih je 53 doktora –privatnih zdravstvenih radnika i 17 doktora zaposlenika domova zdravlja (13 domova zdravlja). Za refundaciju plaće zamjenskog doktora za vrijeme specijalističkog usavršavanja i naknadno utvrđenog dijela školarine za poslijediplomski studij za školsku godinu 2003/2004 (pod pretpostavkom da je započeto svih 185 specijalizacija) predviđeno je Financijskim planom Zavoda oko 20, 5 milijuna kuna.

Po opisanom doktor sa završenim medicinskim fakultetom i položenim državnim ispitom mogao bi raditi u općoj/obiteljskoj medicini samo kao specijalizant sekundarac u ordinaciji mentora. U hitnoj medicinskoj pomoći mogao bi raditi samostalno ali samo nakon doedukacije. Stručno usavršavanje i specijalizacija obiteljskog doktora morali bi ići preko životnih, praktičnih tečajeva, a ne samo stjecanjem akademskog znanja. U «Vodiču kroz specijalizaciju» navedeno je sve ono što specijalizant mora naučiti, veliki dio posvećen je praktičnim vještinama. Predviđa se i nabava modela za učenje raznih vještina. Potrebno bi bilo vidjeti mogućnosti da pojedine praktične tečajeve sprovode i organiziraju kolege iz struke. Zašto da platimo tečaj stručnog usavršavanja bolničkom specijalisti ako to možemo omogućiti kolegima unutar struke? Kolege iz struke koji bi takve tečajeve provodili i bili za njih ovlaštene, imaju daleko bolji uvid u potrebu stručnog djela u općoj/obiteljskoj medicini nego bolnički specijalista, okrenut klinici.

Ne smatramo da je moguće isključiti sve specijaliste drugih medicinskih grana iz nastave i stručnih usavršavanja odmah, niti je naša struka u mogućnosti da preuzme sve sama na sebe (niti stručno, niti po opterećenju), ali struka je na najboljem putu da polako, sazrijevanjem, sve više nastave izvodi samostalno. Ne smiju se isključiti niti drugi oblici stručnog usavršavanja po nahođenju doktora.

Unutar plaćanja specijalizacije opće/obiteljske medicine treba adekvatno materijalno vrednovati rad kolega na svim razinama od voditelja do mentora. Za sada je planirano da u svim narednim godinama troškovi specijalizacije za 150 kandidata budu oko 30 milijuna kuna, pri čemu je nedovoljno razrađen sustav sufinanciranja zakupaca za vrijeme odlaska na specijalizaciju i stimuliranja potrebnog mentorskog sustava.

7. REAFIRMACIJA PREVENTIVNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Pitanje preventivnih pregleda i postupaka mora biti temeljito razrađeno, jer vladaju različita, često suprotstavljena i interesno usmjerena mišljenja. Preventivne preglede na razini obiteljskog doktora u jednom dijelu bi trebao plaćati HZZO a u drugom dijelu trebala bi plaćati i organizirati lokalna samouprava, prema lokalnim specifičnostima i ekonomskoj snazi zajednice. Primarna prevencija (omogućavanje kvalitetnog načina života, edukacija o zdravom načinu života i unapređenju i zaštiti zdravlja) trebala bi ići i preko svih struktura društva (od dječjeg vrtića do kraja života). Na državi je dužnost da educira a na pojedincu je dužnost da čuva i unapređuje svoje zdravlje, ali i da snosi posljedice svog svjesno rizičnog ponašanja, a ne da cijelo društvo time bude oštećeno. Prevencija je potrebna u svim dobnim skupinama, a posebice kod mladih osoba zbog bolesti ovisnosti, spolno prenosivih bolesti, ali i sociološki uvjetovanih mentalnih poremećaja (odnosi u obitelji, školi, društvu, materijalne prilike i sl.).

Tijekom 2003. godine u djelatnosti opće/obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj zabilježeno je ukupno 99.798 sistematskih, periodičnih i kontrolnih pregleda odraslih, 3% manje nego u 2002. godini, a **za 72% manje u odnosu na 1990.godinu.**

U djelatnosti za zaštitu zdravlja dojenčadi i male djece prosječno je bilo 5, 4 preventivnih pregleda po dojenčetu, a u općoj/obiteljskoj medicini 3, 95 preventivnih pregleda. U obje djelatnosti prosječni broj preventivnih posjeta je niži od standarda određenog Programom mjera zdravstvene zaštite.

U djelatnosti zdravstvene zaštite dojenčadi i male djece u 2003. godini zabilježen je 425.322 posjeta zbog preventivne skrbi, što je u odnosu na 2002. godinu 4.8% više.

U djelatnosti opće/obiteljske medicine uvedeni su tijekom 2004. godine preventivni pregledi osoba starijih od 45.godina koje se nisu javljale tijekom protekle tri godine svom izabranom doktoru, a od ove godine planirani su pregledi starijih od 50 godina. Izabrani doktor je trebao prepoznati te svoje osiguranike, pozvati ih i pregledati, ispunjavajući zadan obrazac preventivnog pregleda. Osim anamneze i statusa s posebnim osvrtom na kardiovaskularne bolesti i maligne bolesti, radi orijentacije o općem stanju pregledanog osiguranika potrebno je bilo učiniti i osnovne laboratorijske pretrage GUK, Hb, SE. Laboratorijske pretrage su se laboratorijima posebno plaćale izvan ugovornih obaveza. Svaki obavljeni pregled doktoru opće/obiteljske medicine trebao je biti plaćen slijedeći mjesec mimo glavarine. Iako u razdoblju od 01.4 do 30.9. 2004. godine nije učinjen niti minimalno očekivani broj pregleda, temeljem 3.055 obavljenih pregleda izabrani doktori su našli kod 1.132 pregledana osiguranika jedno ili više patoloških stanja što čini **31% pregledanih** osiguranika. Zbog uočenih nedostataka u suradnji sa Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo, obrazac za 2005. god. je zbog lakše informatičke obrade i ispunjavanja promijenjen. Ujedno će izabrani doktor dobiti i pisane upute za ispunjavanje obrasca kao i preporuke koje će davati pregledanom osiguraniku sukladno nađenom rizičnom ili patološkom stanju.

Izabrani doktor opće/obiteljske medicine kao i pedijatar u PZZ provode i program obaveznog cijepljenja u Republici Hrvatskoj koji svake godine donosi Ministarstvo zdravstva RH.

Doktori opće/obiteljske medicine cijepi i osobe s navršениh 60 godina života protiv tetanusa. Najmanji potrebni obuhvat cijepljenjem je za sva cijepljenja 90%, uz iznimku ospica, gdje se traži 95%. U 2003. godini razina od 90% je postignuta i premašena u većini predviđenih cijepljenja: difterija, tetanus za djecu i mladež, pertussis, BCG, rubeola, parotitis

epidemicna, hepatitis B, hemofilus influenzae tip B, dok je kod ospica postignut obuhvat od 94, 5%. Osim toga je 68, 2% šezdeset godišnjaka, cijepljeno protiv tetanusa.

U PZZ žena, broj preventivnih pregleda je u stalnom porastu. Dok je 1990.god.stopa preventivnih pregleda iznosila 163, 6/1000 žena fertile dobi, u 2001. 209, 9/1.000, a u 2003. 386/1000. Iz godine u godinu raste i broj PAPA testova koji se prate od 1995. godine. Tako je 1998.godine stopa iznosila 313, 4/1.000, a 2000.-te god. 353, 2/1.000, 2002.godine 385, 1/1.000, a 2003.godine 387, 7/1.000.Od ukupnog broja uzetih PAPA testova 2000. god bilo je 7, 7% patoloških nalaza, 2001.god 8, 0%, 2002, god 7, 4%, a 2003, 9, 7%.(Izvor podataka Ljetopisi HZZO i HZZJZ).Međutim obuhvat žena je neprimjerno nizak. **Samo 61% žena u Hrvatskoj ima svog ginekologa a od tih samo 39% koristi zdravstvenu zaštitu.** Tako je samo 18, 5% žena u skrbi izvršilo ginekološki pregled, samo 8, 9% žena je pregledalo dojke a samo 28, 5% učinilo PaPa test, pa ne čudi visok postotak ginekološkog karcinoma u populaciji.

Preventivni pregledi su nedostavno zastupljeni i u radu doktora opće/obiteljske medicine. Obavljeni rezultati preventivnih pregleda osoba koje se nisu javile u protekle tri godine svom izabranom doktoru ukazuju na visok postotak utvrđenih patoloških stanja. **Kod 42% pregledanih nađeno jedno ili više patoloških stanja, koja su rezultirala upućivanjem 20, 7% pregledanih u daljnju SKZZ obradu.**

Podaci po županijama ukazuju na ogromne razlike u provedbi tih preventivnih pregleda

Rezultati naglašavaju potrebu daljnjeg nastavka programa .Od 2005. godine uvodi se mogućnost preventivnog pregleda osiguranih osoba iznad 50 godina života po pozivu, prema procijeni izabranog doktora. Tijekom četiri godine ovom vrstom pregleda izabrani doktor opće/obiteljske medicine trebao bi pregledati većinu svoje populacije iznad 50.godina starosti, u svrhu što ranijeg otkrivanja i liječenja nađenih patoloških stanja. Obradom podataka doći će se do vrijednih informacija o zdravstvenom stanju izabrane populacije koji će poslužiti za planiranje daljnjih zdravstvenih akcija. Predviđeno je davanje pisanih uputa osiguranoj osobi kojima će se nastojati utjecati na promjenu rizičnih faktora osigurane osobe i promjenu rizičnog stila života.

Cilj se može postići predviđenim posebnim plaćanjem doktora za svaki izvršeni preventivni pregled, motivacijom doktora da te preglede obavlja, ali i kontrolom i nadzorom HZZO i HZZJZ.

Poštujući stručne kriterije preventivne obrade stanovništva trebalo bi svake godine najmanje pregledati 25% pacijenata starijih od 50 godina, tako da bi se kroz 4 godine pregledali svi stariji od 50 godina.

Potrebni su programi preventivnih pregleda na nacionalnoj razini, financirani preko HZZO-a ili Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi i lokalni preventivni pregledi ovisno o lokalnim specifičnostima na razini županija, financirani iz sredstava lokalne samouprave. Obje vrste programa ne smiju se financirati iz sredstava glavarine, već se za njih moraju osigurati posebna sredstva. Trebalo bi prepoznati mjere: savjet, savjetovalište, zdravstveni odgoj. Bez dodatne velike dokumentacije. U literaturi je dokazano da na populacijskoj razini veliku ulogu igra kratak savjet koji daje doktor PZZ-a. Manje su djelotvorna dugotrajna individualna savjetovanja visoko rizičnih osoba . Međutim i savjet također treba dati i registrirati. Analizom broja učinjenih preventivnih pregleda od 01.04. do 31.12.2004. u općoj medicini u sklopu akcije posebnog plaćanja preventivnih pregleda učinjena su 19.809 preventivna pregleda. Kod 42% pregledanih otkriveno je novo patološko stanje, što je samo potvrdilo saznanje o nužnosti ponovnog uvođenja preventivnih pregleda u redovan rad

liječnika. Današnji način stimuliranja tog rada treba usavršiti kako bi se što veći broj liječnika uključio i kako bi obuhvat stanovništva bio čim veći.

Tablica br.15.

Preventivni pregledi po područnim uredima u razdoblju od 01.04. do 31.12.2004.

	Područni ured	Ukupno u razdoblju od 1. travnja do 31. prosinca 2004.			
		Broj izvršenih pregleda	Broj osig. osoba s patološkim stanjem	Udio patol. stanja u ukup. broju pregleda	Broj osig. osoba upućen na SKZZ
1	Bjelovar	648	0	0%	7
2	Čakovec	1063	418	39, 00%	185
3	Dubrovnik	279	90	32, 00%	46
4	Gospić	160	43	27, 00%	26
5	Karlovac	378	115	30, 00%	68
6	Koprivnica	754	339	45, 00%	136
7	Krapina	1021	418	41, 00%	160
8	Osijek	905	427	47, 00%	212
9	Pazin	1202	487	41, 00%	298
10	Požega	549	451	82, 00%	233
11	Rijeka	1128	428	38, 00%	228
12	Sisak	986	510	52, 00%	183
13	Slavonski Brod	670	332	50, 00%	114
14	Split	1819	735	40, 00%	269
15	Šibenik	403	116	29, 00%	55
16	Varaždin	1092	479	44, 00%	266
17	Vinkovci	960	447	47, 00%	264
18	Virovitica	403	182	45, 00%	86
19	Zadar	1729	497	29, 00%	303
20	Zagreb	3660	1792	49, 00%	960
	Sveukupno	19809	8306	42, 00%	4099

U primarnoj zdravstvenoj zaštiti u sklopu preventivnih aktivnosti mogu se provoditi:

- **Programi protiv pušenja** (individualnim i grupnim mjerama). Dio doktora opće medicine završio je tečaj za odvikavanje osiguranika od pušenja. Trebalo bi omogućiti da zainteresirani osiguranici mogu proći taj tečaj, ali uz puno plaćanje njegove cijene, Jer ako mogu trošiti novac na cigarete, mogu i na odvikavanje od njih. U konačnici profitiraju sami.
- **Pregledi na poziv** onih koji ne dolaze u ordinaciju (osobito socijalno ugroženih, siromašnih, nezaposlenih itd.). Moguć je dogovor i priprema socijalne i zdravstvene službe.
- **Grupni rad i edukacija o samozaštiti kroničnih bolesnika** i starijih, razvoj projekta rehabilitacije i fizičke aktivnosti i radne terapije, uz aktivnu suradnju Hrvatske stranke umirovljenika i drugih udruga umirovljenika.
- **Prevenција neracionalne uporabe lijekova** (od krivih informacija do mijenjanja stava s težištem na tome da se terapija lijekovima provede kako treba i da bude samo dio cjelovite intervencije (posebno za kronične bolesti i duševne smetnje).
- **Otvaranje obiteljskih savjetova lišta** za čuvanje i unapređenje zdravlja po dobnim grupama, u lokalnim zajednicama i školama .
- **Raspisivanje natječaja za preventivne preglede** (pojedinačno i grupno) s dodatnim sredstvima i opravdanjem nakon 1 do 3 godine.

MOGUĆI OBLICI PREVENTIVNOG RADA U OPĆOJ/OBITELJSKOJ MEDICINI

• **RAD S POJEDINCIMA-U REDOVNO RADNO VRIJEME**

1. U okviru redovnog pregleda:

- ispitivanje životnih navika, utvrđivanje zdravstvenih rizika
- individualni, kratki savjeti

2. U okviru posebno rezerviranog radnog vremena:

- sistematski pregledi, utvrđivanje zdravstvenih rizika i ranih oblika bolesti
- savjetovanje

3. Pisani materijali:

- ciljane anamneze i upitnici za otkrivanje rizika i bolesti (osobito starijih)npr. depresija,
- srčane smetnje itd.
- individualna pisma upozorenja!
- letci o sprječavanju i liječenju pojedinih bolesti i upute o provođenju fizičke aktivnosti
- plakati, audiovizualna sredstva i popularni časopisi u čekaonici

4. Preventivne kućne posjete zbog:

- kontrole provođenja dogovorenih aktivnosti
- obilaska potencijalno ugroženih koji se dugo ne javljaju

• **SAVJETOVALIŠTA**

U posebno, unaprijed određeno vrijeme.

- za trudnice, dojenčad, malu djecu
- «obiteljsko zdravlje»
- škola zdrave prehrane, škola odvikavanja od pušenja
- Rad s grupama kroničara i grupama za rehabilitaciju

• **RAD U LOKALNOJ ZAJEDNICI**

- Pojedina predavanja i tečajevi
- Nastupi na radiostanici i u lokalnim novinama
- Manifestacije: Dan zdravlja, Dan borbe protiv..., izložbe, akcije,
- Klubovi zdravstvene samozaštite-Dobrovoljne grupe za uzajamnu samo pomoć
- Akcije upozorenja, obilazak javnih mjesta i radnih organizacija
- Veće sustavne terenske akcije

- **GRUPNI RAD**

Osposobljavanje za samozaštitu: kronični bolesnici, ugroženi, ranjive grupe.

Prvi korak:

serija predavanja jednom tjedno 8-10 puta, opće informacije, opće upute, odabir za nastavak

Međukorak:

Sastanci jednom mjesečno 4-6-10 puta. Poduka o praćenju stanja, uvježbavanje, uzajamna potpora

Osnivanje kluba:

Jednom mjesečno, kroz 2-3 godine. Samouprava, obnova znanja, društveni sadržaji

- **PROBLEMI OKO PROVEDBE PREVENTIVNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

1. **Postoje različiti interesi kod provedbe preventivne z.z. u primarnoj zdravstvenoj zaštiti:** od strane države, stanovnika, i stručnjaka .
2. **Prisutan je veliki broj vjerovanja i nedokazanih tvrdnji** (npr.»prevencija je jeftinija od liječenja», «Ljudi su neuki pa ih samo treba uputiti itd.»), a o financijskim aspektima da i ne govorimo)
3. **Uvjerenje da je zdravlje najvažnije i da ljudi žele biti zdravi**, što je točno samo u nekim prilikama, a treba se nadati da je to uvjerenje prisutnije što je standard viši. Sadašnje iskustvo govori da većina ljudi dok je zdrava ne razmišlja o svome zdravlju.
5. **Svođenje prevencije na čisti skrining.** Prevencija se svodi na otkrivanje: koliko školske djece ima ravno stopalo ili karijes a da se poslije ne poduzima ništa zbog nepovezanosti struka.
4. **Tendencija da se sve rješava preparatima** kao dio opće medikalizacije preventivnog pristupa, to je prošireno upravo u općoj medicini(**farmacizam**)
5. **Autizam** (svatko sam)međutim, većina preventivnih mjera traži timski rad i partnerstvo sa pacijentima.
6. **Sciјentizam** (nekritično prihvaćanje nedokazanih ili nepotpuno dokazanih rezultata znanosti i glamuroznih otkrića iz velikog svijeta.).**Nema razlikovanja reklame i rezultata istraživanja. Najgore je da se na temelju takvih dokaza viktimiziraju i stručnjaci i pacijenti.**
7. **Opći problemi-veliki dio rizičnih faktora ovisi o socijalnom statusu društva. Samo stvaranjem većeg socijalnog blagostanja može se očekivati pozitivan učinak.** Ne može se kod nisko obrazovanog ili ekonomski ugroženog čovjeka očekivati i tražiti zdrav način življenja. Osim toga svaka lokalna zajednica ima svoje specifične probleme, a zdravstvena problematika u Dalmaciji, Istri ili Slavoniji također nije ista. Bilo bi logično da jedinice lokalne samouprave u skladu sa zdravstvenim specifičnostima i materijalnim mogućnostima donesu vlastite planove preventivnih programa, koji bi se financirali iz njihovih sredstava, a ne iz sredstava HZZO-a.

8. NADZOR NAD STRUČNIM RADOM U OPĆOJ/OBITELJSKOJ MEDICINI

Po postojećim propisima nadzor nad stručnim radom se provodi u vidu **unutarnjeg nadzora**, stručnog **nadzora Liječničke Komore, zdravstveno inspekcijskog nadzora Ministarstva zdravstva i ugovornog nadzora HZZO-a**.

Nadzor nad kvalitetom rada liječnika primarno je u interesu struke, a zatim države, osiguravatelja i pacijenata.

Preduvjeti za provedbu stručnog nadzora:

potrebno je definirati minimum stručne osposobljenosti kadra koji ga provodi, minimalni i maksimalni spektar rada djelatnosti, minimalni standard opreme i plan i program mjera zdravstvene zaštite za određenu godinu. Da bi se procijenio nečiji rad potrebni su podaci o timu, podaci o radnom prostoru i uvjetima rada, podaci o opremljenosti materijalom za rad, podaci o populaciji i spektru usluga i podaci o zadovoljstvu pacijenata. Prema primjenjivim kriterijima kvalitete rada u općoj/obiteljskoj medicini objavljenim U: Zbornik radova IV. Kongresa HDOD-HLZ, Rovinj, 2003. može se provoditi unutarnji nadzor ako se prethodno zadovolje navedene pretpostavke. Nužno je zbog toga u naš svakodnevni rad implementirati svjesnost o potrebi praćenja navedenih pokazatelja, kako bi liječnik primarno sam mogao kontrolirati, ispravljati i poboljšavati svoj rad. Nadzor nad stručnim radom općenito ima svrhu stjecanja uvida u nečiji rad i otklanjanje negativnosti s namjerom poboljšanja zdravstvene zaštite. Kompjuterizacija je jedan od preduvjeta kvalitetnog nadzora, jer jedino ona omogućuje momentalni pristup svim potrebnim podacima. Današnji način organizacije Domova zdravlja onemogućuje kontrolu kvalitete rada u klasičnom smislu a nedorečenost postojećih propisa dovodi u pitanje i bilo kakav stručni nadzor postojećih ustanova nad zakupcima.

Zaključak:

potrebno je Zakonom definirati prije navedene preduvjete za provedbu stručnog nadzora, kao i nadležnosti ustanova na razini PZZ te obveze svih pravnih subjekata u PZZ. Komisiju za stručni nadzor sastavljenu od najkvalitetnijeg kadra, bez obzira dali je u zakupu ili u ustanovi, trebala bi imati svaka ustanova PZZ, a godišnji stručni nadzor trebao bi postati obveza.

9. PROBLEMI PRIVATNIH DOKTORA U ZAKUPU

- **Problem nabavke dijagnostičke, terapijske informatizacijske opreme u PZZ-u.**

Sadašnje stanje:

Do danas HZZO nije osigurao u sredstvima glavarine ili izvan glavarine sredstva za investicije i razvoj (što bi bilo pravednije i boljega učinka na konačno stanje u PZZ-u). Doktor koji želi unaprijediti rad svoje ordinacije informatizacijom ili kupnjom dijagnostičke ili terapijske opreme nema za to priznata sredstva u obračunatoj vrijednosti usluga svoga rada, te ako nabavlja navedeno čini to iz sredstava svoje zarade.

Procjena:

Nabavka dijagnostičke i terapijske opreme može ići :

1. preko države-centralizirano, uniformno, za sve ordinacije jednako .
2. pojedinačno, odobrenjem investicijskih sredstava mimo glavarine iz npr. dodatka od 5% na standardni tim za svaki tim jednako, uz samostalnu procjenu liječnika koju vrstu i kvalitetu opreme će sam kupiti.
3. kombinirano, s time da se za osnovnu opremu koju mora imati svaka ordinacija pobrine država i da se po standardnom timu dodijeli 2-3% sredstava više, za nabavku dodatne opreme prema potrebi.

U ustanovama gdje radi više doktora dio opreme npr. EKG, UZV, spirometar i sl. mogu se nabaviti na način da se s njima može služiti više doktora po dogovorenom rasporedu. U situaciji neprestanog obogaćivanja dijagnostičko-terapijske opreme obiteljski doktor ne može ostati samo na tlakomjeru i slušalicama, već se dio dijagnostičko-terapijske opreme, koju sada koristi samo SKZZ mora spustiti na primarni nivo. Shodno tome potrebno je organizirati tečajeve za licencu pojedinih postupaka npr. UZV, EKG, davanje blokada i sl., moguće čak ergometrije. Nabavka dodatne opreme ako bi potpuno ili dijelom išla preko države, išla bi sukladno planu Doma zdravlja, ovisno o broju stručno osposobljenih liječnika, iz decentraliziranih sredstava, ili iz zajma Svjetske banke.

Cilj:

Treba omogućiti doktoru opće/obiteljske medicine da obavi što veći broj dijagnostičkih i terapijskih postupaka u svojoj ordinaciji. Time se rasterećuje SKZZ, bolesnik obavlja sve pretrage brže i dostupnije nego u SKZZ-u. Smanjuju se liste čekanja u SKZZ i specijalistima se omogućuje da se posvete zaista specijalistički zahtjevnim slučajevima. Treba pomoći doktoru da sam nabavi potrebnu opremu i da se educira za rad na njoj, te stvoriti uvjete kako bi se taj rad adekvatno materijalno stimulirao.

Na razini države se mora odrediti standardna oprema ordinacija i normativ usluga te dopušten nad standard opreme (npr. kao na pr. UZV, ergometar, spirometar i sl.).

Najgore je rješenje nabava opreme koju nitko neće koristiti, jer doktor nije motiviran za to, ne zna ili ju ne želi upotrijebiti. Tada sama nabavljena oprema postaje problem. U praksi imamo mnogo primjera ranije nabavljenih kompjutera, koji se nisu koristili, jer nije postojala obveza takvog načina obrade podataka, pa se sada ta oprema zbog zastarjelosti baca.

- **Problem plaćanja zaposlenog radnika u timu**

Sadašnje stanje:

Odlaskom u zakup novopečeni privatnik mora sklopiti ugovor sa svojim djelatnikom u timu kojemu je poslodavac. Liječnik kao poslodavac a medicinska sestra kao zaposlenik su iz Doma zdravlja su morali otići sa sporazumnim otkazom bez ikakve otpremnine i bez priznanja minulog rada. Rada koji se po postojećim zakonskim propisima morao barem valorizirati u vidu pripadajuće otpremnine ili što je još pravilnije, s udjelom vlasništva nad prostorom u kojem su radili .Nasuprot tome, zakonodavac još traži od nositelja tima da prizna nastavak kontinuiteta prava zaposlenog radnika, koje je on imao u bivšoj ustanovi. Od fiksne plaće kakvu bi imao da je nastavio rad u državnom sektoru, jubilarne i drugih nagrada, uvećanja plaća ovisno o ukupnom radnom stažu i ostalih prava prema kolektivnom ugovoru zaposlenika u državnom zdravstvu .Danas oko 40% doktora opće/obiteljske medicine zbog odlaska u zakup sa manjim brojem pacijenata od standarda i lošeg dobnog sastava pacijenata, nema dostatna sredstva za podjelu plaća po kolektivnom ugovoru djelatnika u državnom zdravstvu, pa im je onemogućeno ispunjavanje zakonskih postavki i zahtjeva svojih radnika.

U praksi se zato dešavaju i apsurdne situacije da doktor privatnik nositelj tima i djelatnosti, odbitkom svih troškova uključujući i plaću sestre može imati manju zaradu nego što ju ima njegova medicinska sestra.

Rješenje:

Trebalo bi javno proklamirati načelo da plaća medicinske sestre ili drugog radnika koji radi za privatnika mora biti sukladna ostvarenim prihodima tima, a ne fiksnim iznosima kao u državnom sektoru. U slučaju da se ipak poslodavca obveže na poštivanje kolektivnog ugovora, potrebno je sredstva za takve plaće osigurati mjesečnim paušalnim iznosom bez obzira na visinu glavarine.

- **Odnos zakupca i Doma zdravlja**

Sadašnje stanje:

Tijekom 2003. godine izvršena je reorganizacija zdravstvenih ustanova u skladu sa zakonom o zdravstvenoj zaštiti. Na području 14 županija objedinjavanjem lokalnih Domova zdravlja osnovan je jedan Dom zdravlja, a u gradu Zagrebu pet Domova zdravlja, dok je u preostalih 7 županija zadržan raniji ustroj sa ukupno 28 Domova zdravlja. Određen je minimum zaposlenih radnika uprave doma zdravlja za koje je HZZO podmirivao plaće do 21.01.2003.kad je to odlukom Upravnog vijeća HZZO prekinuto. Nakon toga se financiranje uprave vrši iz sredstava sakupljenih zakupnina, koja su nedovoljna, pa to dovodi do gubitaka u poslovanju. Ukidanjem Domova zdravlja se mislilo reducirati uprave i to izbjeći, što se nije dogodilo, jer bivši Domovi zdravlja zbog dislociranosti nisu mogli poslovati bez te minimalne uprave koja je zaostala

Procjena:

Problem Domova zdravlja treba ozbiljno i sa svih aspekata razmotriti. Rješenje tog problema zavisi o viziji organizacije PZZ i shemi organizacije koju će država prihvatiti.

Županijama treba dati mogućnost da imaju potreban broj Domova zdravlja u svim većim gradovima i na dislociranim punktovima (naseljeniji otoci, brdsko planinska područja).

Moguća su tri rješenja i načina organizacije u PZZ i na politici je da se odluči za:

- Reorganizirani Dom zdravlja koji daje koncesije zaposlenicima i privatnicima
- Kompletnu privatizaciju PZZ sa privatnim Domovima zdravlja ili bez njih, grupnim praksama i pojedincima
- Vraćanje u državnu službu svih subjekata PZZ u sklopu Doma zdravlja i HZZJZ

Prvo rješenje:

Potrebno je ostaviti Domove zdravlja i vratiti im ulogu ustanove zadužene za provedbu PZZ na određenom području. Dom zdravlja bi zaključivao ugovor sa HZZO i zatim davao šestogodišnju koncesiju doktorima zaposlenicima, zakupcima ili privatnicima. Bez jedinstva akcije i stručne povezanosti liječnika na jednom području ne može biti kvalitetnog sustava PZZ-a. Domovi zdravlja moraju objedinjavati sve djelatnosti u PZZ-u na jednom području i garantirati provođenje PZZ-a na tom području. Dom zdravlja tako mora objedinjavati liječnike privatnike i liječnike zaposlenike, manje administrativno, a više stručno-organizacijski. Domovi zdravlja informatizacijom bi trebali postati centri prikupljanja i obrade podataka PZZ-a i povezivanja sa informatičkim centrom na razini RH. Dom zdravlja bi trebao biti mjesto okupljanja i zajedničkih inicijativa javnog sektora, npr. ugovaranja preventivnih pregleda plaćenih od strane lokalne zajednice i organizacija zadužena za stručno usavršavanje kadrova. Daleko je lakše riješiti taj problem zajednički uz nižu cijenu, nego ako ga svatko rješava sam.

Drugo rješenje:

Krenuti u potpunu privatizaciju svih djelatnosti u PZZ. Privatizirati Domove zdravlja u vidu grupnih praksi ili ih potpuno ukinuti, te privatizirati svaku djelatnost koja to želi zasebno. Svaki subjekt brine za svoj dio z.z. i ugovara ga sa HZZO i osiguranjima. Takav način organizacije je moguć uz čiste ekonomske odnose, točno određene ekonomske cijene usluga i ustaljeni sustav plaćanja zdravstvenih usluga. Osim toga tu postoji problem manjka koordinacije rada a nužna je i vrlo efikasna stručna kontrola i nadzor rada tih subjekata uz visoku kvalitetu kadra koji tu zaštitu provodi. Inače postoji opasnost nekvalitetnog rada i trke za zaradom na račun stanovništva.

Treće rješenje:

Vraćanje u državnu službu svih subjekata PZZ u sklopu D.Z. i HZZJZ, jer je dosadašnja transformacija dovela do pogoršanja kvalitete p.z.z. Međutim usprkos čvrstih argumenata, koji govore za takvo rješenje ima i puno onih protiv toga, zasnovanih na dosadašnjim negativnim iskustvima koja ukazuju na slabiju stimuliranost za rad, uravnilovku i jačanje administracije u državnoj službi, koja hipertrofira na račun struke, što na kraju opet rezultira nekvalitetnom zdravstvenom zaštitom stanovništva.

• Pitanje sadašnjih dežurstava na posebnom punktu u DZ ?

To treba riješiti novom organizacijom rada hitne službe. Nedopustivo je da doktor u zakupu prisilno dežura po nametnutoj neekonomskoj cijeni u ustanovi državnog vlasništva. Potom, da bez mogućnosti slobodnog dana mora nastaviti posao u svojoj ordinaciji za svoje

ugovorne osiguranike. Potrebno je zato smanjiti standard broja osiguranika za organizaciju timova hitne pomoći i dozvoliti ju na svakih 20.000 stanovnika a ne kao do sada na 35.000. Time bi se osigurala organizacija H.P. u većini sredina na području države, a ne da kao sada da na nju imaju pravo samo županijski centri i veći gradovi. Zbog toga danas veći dio države nije pokriven sustavom H.P., već se ona odvija u sustavu dežurstva, koji prisiljava obiteljske doktore na prekovremeni rad, nepotrebno ih opterećuje i lošije je kvalitete. Domove zdravlja turističkog pojasa, koji ne mogu opstati bez sustava hitne pomoći, prisiljava pak na rizično poslovanje, jer se potrebna sredstva ne uspijevaju osigurati u lokalnoj zajednici. Takvim načinom organizacije, osim toga povećava se mogućnost liječničke pogreške, jer se nakon redovnog radnog vremena nastavlja sa 14-satnim dežurstvom što očito smanjuje radnu sposobnost liječnika. Osim toga u službi hitne pomoći bi morao raditi mlađi, fizički sposobniji i specifično educiran kadar, a promjenom standarda omogućilo bi se i zapošljavanje sadašnjeg viška liječnika.

Osim toga država mora osigurati svim svojim građanima približno iste uvjete života a ne da samo manji broj bude privilegirani i pokriven sustavom hitne medicinske pomoći.

- **Pitanje povrata zakupaca u državnu službu ?**

Potrebno je razmotriti da li liječnicima koji se iz zakupa žele vratiti na rad u Dom zdravlja to treba i omogućiti. Naime, većina njih je prisilno morala otići u zakup pa bi bilo pravedno omogućiti im i povratak. To jasno povlači za sobom i osiguranje primanja po kolektivnom ugovoru za što treba izdvojiti potrebna sredstva u HZZO-u. Naime, većina tih timova, želi se vratiti u ustanovu zbog manje glavarine i deficitnog poslovanja. Mnogi su provedenom prisilnom privatizacijom poslani u zakup sa ordinacijama u koje su voljom poslodavca razmješteni, koje su često imale i manji broj pacijenata od predviđenog standarda a samim time i nedovoljna financijska sredstva potrebna za preživljavanje tima.

Zato bi trebalo omogućiti povrat takvim timovima ili im paušalnim mjesečnim iznosom pokrивati kolektivnim ugovorom garantirana minimalna mjesečna primanja. Sad je samo medicinskim sestrama omogućen povratak u ustanovu ako se tim ugasi zbog premalom broja opredijeljenih osiguranika.

- **Prijedlozi za poboljšanje organizacije**

1. Prijedlog mreže treba prepustiti Domovima zdravlja jer oni najbolje znaju gdje postoji stvarna potreba otvaranja novih ordinacija na određenom području, a ne da se to radi temeljem broja stanovnika i općina u Komorama. Mreža bi morala biti orijentir, nikako pravilo. Sad se zato dešava da se otvaraju ambulante «po mreži» koje pacijenti zaobilaze i koje su prazne ili ambulante kojih nikad tu nije bilo, pa za njih nije osiguran niti potreban prostor.
2. Treba razmotriti mogućnost da se bolnice obavežu na to da dio njihovih specijalista radi određeno vrijeme u ispostavama Doma zdravlja. Financijski bi za HZZO bilo puno isplativije i za osiguranike jednostavnije kada bi specijaliste doveli u Dom zdravlja. Uštede bi se postigle i smanjenjem putnih troškova kod udaljenijih bolnica. Osim toga treba razmotriti uvođenje veće participacije kod SKZZ čime bi se pokrili povećani troškovi.
3. Za razmotriti je preraspodjelu defektologa, logopeda i psihologa iz SKZZ u PZZ, jer ta služba sada postoji pri većim centrima ali u nedovoljnom broju.

4. Rodilišta pri Domovima zdravlja su upitne potrebe. Na području Doma zdravlja Split rodilišta postoje u Imotskom, Makarskoj, Sinju, i Supetru na Braču, ona financijski nisu isplativa i stručno su upitna, jer se porod ne može završiti kirurški ako se zakomplicira. A problem bi bio rješiv kvalitetno organiziranim savjetovalištem za trudnice i dobrom patronažnom službom sa stopostotnim obuhvatom svih trudnica te pravodobnim upućivanjem u bolničko rodilište.
5. Treba zakonskim mjerama omogućiti i pooštriti kazne (suspenzija, novčana kazna, otkaz ugovora) za radnike Domova zdravlja i zakupce koji se nepravilno odnose prema radu.
6. Iskustva pojedinih Domova zdravlja organiziranih na razini županije pokazuju da ovakva organizacija može biti racionalnija, jer se centralizacijom objedinjavaju kriteriji poslovanja koji se primjenjuju u svim ispostavama i postiže se bolja kontrola potrošnje. Međutim izostaje lokalna inicijativa u razvojnim programima, slabi povezanost sa zakupcima na području bivšeg doma zdravlja i mogućnost kontrole kvalitete rada. Osim toga zbog redukcije upravnog kadra u ispostavama dolazi do nemogućnosti praćenja vlastitog poslovanja i planiranja razvoja, pa se sve svodi na opće restrikcije i sušto održavanje postojećeg stanja koje će vremenom dovesti do pada kvalitete zdravstvene zaštite na zdravstveno zahtjevnijim i ranije zdravstveno bolje organiziranim područjima. Iskustva su nešto bolja na područjima gdje se išlo na zadržavanje ranijih uprava i gdje je došlo samo do financijskog objedinjavanja u smislu nadzora, dok su upravne, organizacione i poslovne ingerencije zadržane na lokalnoj razini (kao na pr. u Istri). Općenito, nužno bi bilo revidirati postojeći Zakon i broj Domova zdravlja prilagoditi lokalnim organizacionim i zdravstvenim potrebama, vodeći naročito računa o specifičnostima turističkog pojasa .

- **Problem zdravstvene zaštite turista i subvencioniranja sredstvima lokalne samouprave**

Sadašnje stanje:

Država svake godine na račun ranije ukinute amortizacije dodjeljuje županijama t.zv. decentralizirana sredstva za investicijsko ulaganje i tekuće održavanje zdravstvenih ustanova-prostora, medicinske i nemedicinske opreme, te prijevoznih sredstava, sukladno Planu i programu mjera zdravstvene zaštite i osnovnoj mreži zdravstvene djelatnosti. Ta namjenska sredstva za održavanje ustanova ne mogu biti korištena od strane privatnih subjekata. Nažalost danas i tu postoje nepravilnosti, jer ta sredstva Županije zatim usmjeruju u određene ustanove koje su im prioritetne ne vodeći računa o pravilnoj raspodjeli i postojećim potrebama. Odredbom istog članka 9. stavak 5. kojom se uređuje organiziranje, financiranje i provođenje zdravstvene zaštite pučanstva tijekom turističke sezone, isključuje se mogućnost financiranja doktora privatnika iz sredstava lokalne samouprave i turističke privrede, što nije logično. Naime, tu bi trebalo izjednačiti privatne zdravstvene subjekte sa državnim, jer već 70% potreba za PZZ pučanstva osiguravaju ugovorni liječnici u zakupu i privatnici.

Osim toga za sufinanciranje zdravstvene zaštite turista, za zdravstveno preventivne programe i za višu razinu zdravstvene zaštite na određenom području trebala bi se brinuti lokalna zajednica . Nažalost Zakon nije predvidio nikakve sankcije za onu lokalnu upravu koja ta sredstva ne dodijeli pa su zdravstvene ustanove i privatni liječnici prisiljeni pružati usluge i hitnu pomoć turistima za vrijeme ljetne sezone, što iziskuje povećanje troškova poslovanja, koje nitko ne podmiruje.

Zbog važnosti te grane privrede po državu, sustav zaštite turista treba razviti u sklopu Domova zdravlja koji ipak mogu garantirati određeni kontinuitet i kvalitetu zaštite. .Naime i

sada hoteli i slične turističke organizacije sami zaključuju ugovore sa privatnim liječnicima ili zakupcima u svrhu pružanja zdravstvene zaštite njihovim gostima. Na žalost zbog nemogućnosti kontrole takvih punktova tu se radi svašta (od proizvoljnog naplaćivanja usluga do nekvalitetnog rada) i obično se ta zaštita pruža samo kroz nekoliko sati, pa gosti većinu svojih potreba opet zadovoljavaju u turističkoj ambulanti Doma zdravlja i na Hitnoj pomoći.

Rješenje:

Zdravstvenu zaštitu turista treba povjeriti Domu zdravlja, koji će zaposliti potrebni kadar i opremiti potrebne ordinacije kao što je to kroz ranijih dvadeset godina radio, a za područje koje se ne može na takav način riješiti, zaključiti će se ugovor sa zakupcem ili privatnim liječnikom. Što se tiče potrebnih sredstava za zdravstvenu zaštitu turista rješenje se može naći u povećanju boravišne takse za 50 lipa od kojih bi se 40 lipa po turistu na određenom području preko turističke zajednice doznačilo nadležnom Domu zdravlja ili Ispostavi a 10 lipa sa područja cijele županije županijskoj bolnici. Ako takvo rješenje predstavlja problem, ta se sredstva mogu namaknuti i iz gradskih i općinskih budžeta kao i iz prihoda turističkih zajednica, samo se to Zakonom mora točno razraditi. Osim toga HZZO bi kao i dosad novac za zdravstvenu zaštitu stranih turista sa konvencijama, refundirao od stranih osiguravateljskih kuća i doznačavao Domu zdravlja i Županijskoj bolnici.

U suprotnom se postavlja pitanje zašto da doktori rade posao koji nisu ugovorili i za koji nisu plaćeni? Gledajući sa stanovišta struke oni zbog toga uskraćuju zaštitu svojim ugovorenim pacijentima, zbog turista koje nisu ugovorili. Kako je turizam jedna od strateških grana privrede, našoj zemlji je u interesu da svakom turistu garantira kvalitetno zdravstveno zbrinjavanje, pa o toj problematici Vlada mora usuglasiti stavove i provesti ih putem Ministarstva zdravstva i ministarstva odgovornog za turizam.

• Pitanje otkupa prostora

Sadašnje stanje:

Otkupa prostora nema, a niti je prije postojala mogućnost otkupa prostora u kojem zakupac radi. Poželjno bi bilo da sadašnji sustav zakupa prostora doma zdravlja daljnjim razvojem tržišnog principa preraste u sustav otkupa prostora, ali uz prethodnu razradu uvjeta otkupa i namijene prikupljenih sredstava. **Otkup prostora ima smisla samo ako je liječnik jedini vlasnik i ako na kraju radnog vijeka može prodati praksu (zidove + opremu + listu pacijenata) drugom liječniku koji ulazi u mrežu. Takva rješenja su prihvatila i druge tranzicijske zemlje primjerice Mađarska.**

Kao prvo bi trebalo pripremiti promjene zakona koje će omogućiti prodaju prostora, jer za sada tu ne postoje nikakve zakonske mogućnosti (pravo ustanove na odlučivanje, vlasništvo županije itd.). Naše želje su jedno a stav vlade i politike drugo. Mi danas možemo samo predložiti da se kod prodaje prostora krene odmah sa dislociranim, manjim objektima gdje je to lakše provedivo. Možemo predložiti da se pri određivanju cijene vodi računa o godinama provedenim na radu u tom prostoru, neplaćenim amortizacijama, dotrajaloj opremi, приходima ordinacije i sl. Međutim i vlasnik će gledati svoje interese i neće prepustiti prostore besplatno. Možemo tražiti da se i prema starosti zgrade odredi cijena na pr. od 100-300 EU po m², da nam se omogući obročna otplata koja ne bi smjela biti veća od 1.000 kn mjesečno ili da nam se ne obračunavaju kamate kod otplate kredita itd., međutim opet sve ovisi o zakonodavcu i vlasniku.

Cilj bi trebao biti:

omogućiti liječniku u zakupu da može otkupiti praksu i prostor u kome radi i da time i sam iskoristi beneficije privatizacije, kao i ostali radnici u drugim poduzećima i osigura si sredstva za mirovinu.

Ako se krene s otkupom prostora, treba ići pažljivo, postepeno, nikako masovnom akcijom koja bi mogla rezultirati nepredviđenih neugodnim iznenađenjima za prodavatelja i kupca.

Prvi koraci moraju biti apsolutno na razini dobrovoljnosti. Doktori moraju sami odlučiti da li hoće ili neće ići u otkup prostora u kojemu rade. Država(odnosno županija kao vlasnik prostora) bi morala dati pravo teoretskog otkupa svih prostora u kojima liječnici rade, ali da pravo otkupa prostora ima prvenstveno doktor koji u njemu radi. Vlasnika-Županiju bi zakonski propisi na to morali prisiliti, što će biti vrlo teško, jer se svatko teško odriče vlasništva, a kao novi vlasnik(jer se uknjižila nedavno na ranije vlasništvo Doma zdravlja)nema obvezu priznavanja povlastica djelatnicima, zbog nekog dugogodišnjeg rada u tim prostorima. Doktor koji otkupi prostor, željeti će čiste račune, što može dovesti do pokretanja građevinskih radova u dotada jedinstvenoj građevinskoj cjelini sa namjerom da svatko ima svoj mjerač struje, svoj vodomjer, svoju čekaonicu ili ulaz. Potrebno će biti izvršiti i etažnu diobu kojom će se regulirati upravljanje nad zajedničkim dijelovima zgrade i sve će to iziskivati dugi niz godina i velika sredstva, da bi se provelo. Kad bi se i riješilo pitanje prodaje, ostati će mnoga otvorena pitanja oko obveze namjenskog korištenja prostora i kasnije preprodaje, gdje bi prijašnji vlasnik morao imati pravo prvo otkupa po prodajnoj cijeni, zbog zaštite dostupnosti pacijentima. Ako u cijenu prostora uračunamo minuli rad doktora, za razdoblje koje je proveo radeći u tom prostoru kao radnik DZ, iz kojega je raskidom ugovora o radu izgubio pravo na otpremninu i priznanje za minuli rad, postavlja se pitanje da li isto takvo pravo priznati i medicinskoj sestri? Ako se i njoj prizna udio u vrijednosti prostora, javlja se dvojno vlasništvo (u slučajevima laboratorijskih prostora i višestruko), u kojem sestra može ucjenjivati liječnika cijenom, ako on želi otkupiti njen dio prostora itd. Otvara se i pitanje prenamjene prostora i pravne mogućnosti ograničavanja vlasništva uvjetima prodaje prodavatelja. Naime, zdravstvo je djelatnost od posebne društvene važnosti i u slučaju otkupa zdravstvenog prostora ne bi se smjeli primjenjivati propisi koji vrijede za privatne kuće, već bi pravo raspolaganja otkupljenim prostorom trebalo biti uvjetovano time da se kupljeni prostor smije koristiti isključivo u zdravstvene svrhe. Kad se sve to uzme u obzir postoji mala vjerojatnost da će se ići u otkup prostora, ako se to posebnim zakonom ne regulira, već je vjerojatnije da će se omogućiti doktoru povlaštena nabava i oprema drugog prostora, ako želi izaći iz sustava zakupa. Međutim napuštanjem zgrade koja je funkcionalno građena za zdravstveni sadržaj i njenom prenamjenom od strane vlasnika (županija) za neki drugi sadržaj došlo bi i do lošijih uvjeta u pružanju z.z..Osim toga, odlaskom svakog doktora na drugu lokaciju gubi se zajedništvo, međusobna komunikacija i dostupnost liječnika, koji su do sada radili zajedno i rješavali zajedno dio zdravstvenih problema . Ta bi pitanja **zato trebala u skladu sa izabranom koncepcijom buduće organizacije PZZ, razraditi i riješiti pravna služba Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi i Vlada RH.**

10. GRUPNA PRAKSA KAO ORGANIZACIJSKI MODEL U PZZ

Grupna praksa bi se organizirala na razini lokalne zajednice veličine 8.000-12.000 stanovnika.

Osnovna obilježja bi bila: teritorijalna organiziranost, pružanje kontinuirane, sveobuhvatne i integrirane zdravstvene skrbi cijelom stanovništvu. Udruživanje u grupnu praksu mora biti dobrovoljno, fleksibilno, te utemeljeno na zadovoljavanju profesionalnih i financijskih interesa članova.

Pretpostavljene prednosti grupne prakse:

- bolji obuhvat populacije, te lakša dostupnost svim korisnicima
- grupna praksa omogućuje liječnicima lakše obavljanje posla (zamjene, bolovanja, usavršavanja, zajedničko racionalnije korištenje prostora i opreme)
- stabilnije financiranje i bolja zarada
- organizacija rada u grupnoj praksi omogućuje kontinuiranu edukaciju (odlazak liječnika na specijalizaciju obiteljske medicine, na tečajeve trajne edukacije), edukacija medicinskih sestara svih profila
- omogućuje se planiranje, organiziranje i izvođenje dodatnih preventivnih i kurativnih programa (cijepljenje, programi i mjere zaštite, kućno liječenje i sl.)
- liječnici organizirani u grupne prakse proširuju djelokrug rada: hitna pomoć, pripravnost, terminalna skrb, mala kirurgija, UZV.
- bolja suradnja sa konzultantima i bolnicama

Lokalna zajednica može sufinancirati rad grupne prakse, ako postoji potreba i mogućnost da se zbog specifičnih potreba mora osigurati viši standard zaštite od onoga koji je moguće financirati kroz standard obaveznog-osnovnog osiguranja.

Predloženi modeli grupnih praksi :

- 4-6 timova liječnika opće medicine i patronažna služba
- 4-6 timova liječnika opće medicine, patronažna služba i drugi specijalisti u primarnoj zaštiti (pedijatri, ginekolozi), laboratorij, dijagnostika.
- Udruživanje timova iste djelatnosti na području većeg grada.

Međusobna prava i obaveze vezane za stručni i financijski položaj partnera u grupnoj praksi osiguravaju se ugovorom. Ranije u grupnim praksama u Velikoj Britaniji postoji zajednički račun, svi partneri ravnopravno dijele dobit, vezani su ugovorom, a praksom rukovodi u financijskom i organizacijskom smislu menadžer kojega praksa upošljava. Taj se model pokazao djelotvornim, iako partneri mogu imati i drugačije reguliranje financiranja, primjerice pojedinačne račune i zajedničko financiranje posebnih zadataka. **U Velikoj Britaniji je zamjetan proces povećavanja broja partnera u grupnoj praksi pa postoje i grupne prakse sa više od 20 partnera, no najveći je broj praksi veličine 4-8 partnera. Međutim, na lokalnoj razini koordinaciju grupnih praksi provodi «krovna» organizacija koja okuplja po 300-400 timova koje pokrivaju cijelu određenu pokrajinu.**

Postojeći način financiranja putem pojedinačnih ugovora HZZO i izabranog liječnika čini ozbiljnu prepreku udruživanju u situaciji kada liječnici zbog razlika u veličini liste imaju vrlo različite prihode. Stoga je potrebno oblikovati sustav koji će stimulirati obiteljske liječnike na udruživanje, kao što je na pr. teritorijalni raspored grupnih praksi i razrađen sustav stimulacije i kao što su slijedeći modeli u kojima:

1. Svi partneri u grupnoj praksi ravnopravno dijele dobit od provođenja dodatno financiranih programa na razini grupne prakse
2. Zbog većeg obuhvata populacije u skrbi, veći je opseg pružanja dodatnih usluga koje se financiraju po modelu cijena puta usluga. 30% ostvarene dobiti iz tog posla svaki član grupe daje u zajednički prihod.
3. Za poticanje udruživanja u grupnu praksu osiguravatelj daje 10% veću sumu za bazične troškove ambulante.
4. Za poticanje udruživanja u grupnu praksu osiguravatelj odnosno HZZO- garantira svakom liječniku osnovnu plaću bez obzira na veličinu liste
5. Svake tri godine grupna praksa može dobiti plaćenu specijalizaciju za jednoga polaznika specijalizacije iz obiteljske medicine
6. Svi partneri daju jednak udio sredstava za zajedničke troškove (servisi, upošljavanje menadžera prakse, edukacija članova grupne prakse).

ZAKLJUČAK:

Grupna praksa mora biti prvenstveno dobrovoljna odluka liječnika da si udruživanjem olakšaju posao, organiziraju zamjene za vrijeme odsustva zbog bolovanja, stručnog usavršavanja, izvođenja preventivnih programa i slično. Predloženo povećanje djelokruga rada doktora udruženih u grupnu praksu, uz zapošljavanje menadžera koji bi organizirao i rukovodio financijama, zajamčena plaća i sl., dovode do gubitka samostalnosti doktora poduzetnika, stvaranje nekakve organizacije čiji je pravni status upitan. Nadalje sva sredstva koja bi se dodatno u ovako predloženi oblik grupne prakse ulila nisu dostatna da pokriju troškove menadžera. Prema nekim mišljenjima ako ovakav model grupne prakse znači povratak na odnose u ranijim Domovima zdravlja tada ona znači političku odluku i zaustavljanje procesa privatizacije, te vraćanje korak unatrag. Grupna praksa se ne može nametnuti, političkom ili bilo kojom drugom odlukom, što se i kod nas vidjelo, jer se usprkos raspisanog natječaja 2003. nitko u Hrvatskoj nije udružio.

Valja napomenuti da je u sadašnjem trenutku poticaj za udruživanje u grupnu praksu bio samo simboličan bez provedbenih rješenja koja su nužna da bi liječnici imali dovoljan motiv za udruživanje, osim toga u zdravstvenom sustavu Velike Britanije postojeći model organizacije malih grupnih praksi je zbog nedostatka sredstava manje efikasan, a najveća je zamjerka sadašnjem sustavu smanjena dostupnost zdravstvene zaštite stanovništva.

Europska zdravstvena, a i opća javnost sa iznenađenjem i čuđenjem je primila informaciju o – blago rečeno – zbunjujućim događanjima, koja se dešavaju u zemlji za koju mnogi smatraju da, uz Japan, ima najbolji i najracionalniji sustav zdravstva na svijetu.

Poznato je da je Engleska, kao i druge države britanskog otočja koje čine «Ujedinjeno kraljevstvo», 1948. godine prva u svijetu uvela tzv. nacionalnu zdravstvenu službu, poznatu NHS (National Health Services) koja se financirala direktno iz budžeta, putem poreza.

Ta se je služba s vremenom toliko afirmirala da je postala uzorom i modelom za brojne druge službe, odnosno zdravstvene sustave, prvenstveno u Europi. Uvela je čitav niz novosti i to prvenstveno u domeni primarne zdravstvene zaštite u kojoj je dominirao svugdje čuveni i

renomirani GP (General Practitioner) tj. liječnik opće medicine. On se je razvio, u punom smislu riječi, u obiteljskog liječnika pa je uz ostala neka svojstva tog sistema, bio glavna ličnost sustava. Ostala rješenja su također dobro znana i prenašana i u druge sisteme, kao što su grupna praksa, glavarina (capitation fee), patronažne sestre, stvaranje veze između primarne zdravstvene zaštite i socijalnih službi na razini lokalne zajednice (do te mjere da se govorilo kako bi bilo u redu da postoji tzv. primarna zdravstveno-socijalna zaštita) i sl.

Sustav Ujedinjenog kraljevstva je u zapadnoj hemisferi bio osjetno jeftiniji, pa se uvijek kretao na razini od nekih 6-7% trošenja bruto društvenog proizvoda, dok su druge, inače Ujedinjenom kraljevstvu slične zemlje, trošile i do 10 i više %. (dovoljno je spomenuti da je – primjerice 2000. godine – sustav NHS je trošio 5, 8%, a Njemački 10, 5%, Francuski 9, 8% Švicarski 10, 1%, Švedski 9, 2% BDP-a i sl.).

Međutim, koncem 80-ih godina počele su se pokazivati neke slabosti u sustavu. Dolazilo je do nesuglasja između raspoloživih sredstava, potreba i zahtjeva i nešto što je posebno uzbuđivalo javnost: «Utvrđeno je da postoji visoki stupanj netolerantne nejednakosti i nepravičnosti u mogućnostima pristupa u tu službu, što se inače smatralo najboljom odlikom sustava».

Tadašnja konzervativna vlada, a i predsjednica te vlade čuvena D. Margaret Thatcher tih je godina pokrenula akciju za reformiranje sustava pa je 1989. godine izdana tzv. «Bijela knjiga» «Radeći za pacijente». 1990. donesen je Novi zakon o zdravstvenoj zaštiti.

Najznačajniji dokument je bio u stvari «Zelena knjiga» «Zdravlje nacije» koja je sadržavala zdravstvenu strategiju, proizišlu iz novog zakona i prije spomenute Bijele knjige. Poanta je bila na forsiranju mogućnosti jednakog pristupa u zdravstvo, zatim na davanju najveće moguće ovlasti primarnoj zdravstvenoj zaštiti (dapače sustavu zdravstva vođenom po primarnoj zdravstvenoj zaštiti), uvođenjem respektiranja tržišnih zakonitosti i to najmanje u dva oblika.

Uvedeno je tzv. «unutarnje tržište u zdravstvu», te obnašateljstvo sredstava (fundholding) po liječniku obiteljske medicine. Ovo posljednje je bio sjajan argument i instrument u korist liječnika opće medicine koji su mogli «kupovati» usluge za svoje pacijente, a i lijekove.

U samom dokumentu «Zdravlje nacije» kao cilj dan je naglasak na četiri odstupanja od zdravlja tj. krvožilne bolesti, neoplazme, duševne bolesti, spolno prenosive bolesti (sa posebnom brigom na borbu protiv AIDS-a). Te su novine imale velikog odjeka u europskim zdravstvenim krugovima i u mnogim zemljama su bile razmatrane pa ponegdje i primjenjivane.

U međuvremenu, u svibnju 1997. godine, konzervativna vlast je na izborima smijenjena, pa su na čelo zemlje došli laburisti. Oni su već te iste godine donijeli dokument «Nova NHS», a iduće 1998. godine drugi dokument sa značajnim nazivom (u odnosu na tada važeći dokument «Zdravlje nacije») «Naša zdrava nacija». Odmah iza toga, preciznije 2000. godine donesen je i novi zakon o zdravstvu da bi već 2003. sa podosta pompe, bilo ukinuto interno tržište u zdravstvu i sustav «fundholdinga». Umjesto toga, uvedeno je u primarnu zdravstvenu zaštitu formiranje tzv. grupa primarne zdravstvene zaštite, a kojoj grupi je na određenom području pripadalo 400-500 obiteljskih liječnika zaduženih za skrb 100.000 stanovnika. Izdvajanja za zdravstvo su se i dalje kretala na, za Europu, rekordno niskoj razini. Ove je godine uslijedio šok. Predstavници vlade na čelu s premijerom g. Tony Blairom izrekli su tvrdnju kako je sustav zdravstva Engleske u katastrofičnom stanju; premijer je doslovce rekao da «javnost osjeća ožiljke od nedostatnog financiranja sustava», a ministar zdravstva Alan Milburn je dao izjavu kako je sustav demodiran, visoko centraliziran, zastario i sl.

Štampa je to popratila s vrlo oštrim komentarima kojima je dominirao izraz «a sick NHS» (bolesni NHS).

Tražio se i uzrok tom stanju i glavnina krivnje se svalila na nedostatno financiranje (underfunding). To je uzrokovalo i pojavnosti kao što su činjenica (s kojom se inače engleski sustav hvalio) da ta država ima najmanji broj (zapravo odmah iza Albanije) liječnika u odnosu na broj stanovnika, tj. da najmanje troši, a iza toga su stajale silno dugačke liste čekanja (waiting list). Mnogo ljudi idu u privatnu praksu makar imaju zdravstveno osiguranje. Nadalje, otvoreno je rečeno, da je NHS postala «centralizirani državni monopol». Traže se i lijekovi, te je ponovno ministar zdravstva dao do znanja da će odmah započeti sa snažnim ubacivanjem novih financijskih sredstava u sustav, spominjući pri tome 5 milijardi funti godišnje povećanih prihoda za NHS. Navodni plan bi se trebao realizirati do najkasnije 2008. godine po kojem bi u sustav trebalo ući 15.000 novih liječnika obiteljske medicine, 30.000 terapeuta, 35.000 sestara i babica, te bi se bolnički kapaciteti povećali za najmanje 10.000 kreveta. Engleski javno zdravstveni i drugi zdravstveni stručnjaci bili su ponosni što se njihov sustav tretira kao uzoran za čitav svijet, međutim, ipak se počela pravodobno pojavljivati i autokritična opaska za nedovoljno financiranje sustava. Čuveni, nedavno umrli, a svjetski najpoznatiji zdravstveni stručnjak prof. dr. Abel Smith je tu tvrdnju o krizi u engleskom zdravstvu i manjku sredstava izrekao još 1980-ih godina, što je u zadnjim tekstovima, jednako tako čuveni prof.dr.Maynard potvrdio. Engleski su stručnjaci sad napokon ustvrdili da bi «prenašanje rješenja iz UK trebalo provoditi mnogo opreznije, jer u mnogim aspektima, Ujedinjeno kraljevstvo je osobita zemlja», pa su dapače upozorili: «postoji opasnost da se reforma Ujedinjenog kraljevstva nekritički prihvaća po ostalim europskim zemljama, a napose po onima u južnom dijelu EU». Drugim riječima, u našoj reformi sustava zdravstva treba prihvatiti ovu opomenu u smislu izbjegavanja doslovnog prihvaćanja nekih rješenja koje nude, inače u najboljoj namjeri, konzultanti iz te zemlje.

11. RAZMATRANJE MOGUĆEG UVOĐENJA FUNDHOLDINGA

Prijedlog projekta:

10 ključnih pretpostavki za razrađeni, dokazivi (evidence based) pristup i ostvarenje koncepta fundholdinga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

Ciljevi i zadaci projekta:

S obzirom na prihvaćanje koncepta korištenja kompleksnog instrumentarija «obnašanja troškova» (fundholding) zdravstvene zaštite po liječnicima primarne zdravstvene zaštite, u ovom projektu bi se potanje identificirale, definirale i operativno razradilo 10 ključnih predradnji i pretpostavki za uvođenje tog radikalnog (po promjenama) mehanizma u sustav zdravstva naše zemlje. Pri tome se navode ključne pretpostavke za uvođenje fundholdinga:

- Izražena politička volja za prihvrat tog instrumentarija
(S obzirom na obilje korjenitih promjena koje uvađanje tog mehanizma zahtjeva u sustavu zdravstva i zdravstvenog osiguranja, ne mogu se standardno i uvijek očekivati privole ili protivljenja uvođenju tog sustava, bilo u stručnim krugovima, bilo u općoj javnosti; poradi toga, nakon temeljito razrađenog sustava i provedenog stručno-znanstvenog obrazloženja te izrade upotrebljivih i vjerodostojnih priručnika za njegovu primjenu, nakon prethodnog provjeravanja u pilot područjima reforme sustava zdravstva, kao udarni dio te reforme očekuje se donošenje odgovarajuće političke odluke koja će odraziti voljnost svih zainteresiranih činitelja sustava zdravstva u Hrvatskoj).
- Novouvedeni kompjuterizirani zdravstveni informacijski sustav utemeljen na IT
(Pretpostavka sadrži čitav niz neophodnih predradnji, počevši od sustava evidencije osiguranih osoba, zatim svih ključnih zdravstvenih profesionalaca, dobro uvedeni informacijski podsustavi za financiranje zdravstva, kao i za provedbu –korištenje u svim segmentima sustava zdravstva, jer je to bitno jamstvo za sprečavanje udvostručenja, redundancije i eventualne zlouporabe).
- Usporedno prestrukturiranje i drugačije profiliranje institucionalnih oblika primarne zdravstvene zaštite
(Dom zdravlja bi morao povratiti neke integrirajuće funkcije i preuzeti određene odgovornosti kao glavni provoditelj primarne zdravstvene zaštite na svom području. To bi mogao ako stekne određena prava i ako bude podvrgnut svojoj također usporednoj preobrazbi, postajući opet središnjom institucijom primarne zdravstvene zaštite, koja funkcija mu je još dodijeljena prije 75 godina u prigodi njegovog osnivanja).
- Uvažavanje principa fundholdinga u prigodi predstojeće reorganizacije sustava financiranja u zdravstvu
(Neizbježna predstojeća reforma sustava zdravstvenog osiguranja, uz postignuće i realizaciju načela «osnovne košare zaštite» (basic package), mora voditi računa o tome da će izvršitelj, ne jedini, ali pretežiti, biti liječnik opće medicine sa svim pravima i obvezama fund-holdera).
- Uvođenje inovativnih oblika praćenja rada liječnika i stručne ispomoći u primarnoj zdravstvenoj zaštiti – obnašatelja fundholding sustava
(Polazeći od 6 načela utvrđenih po svim predstavnicima zdravstvene vlasti u Europi, a u organizaciji Svjetske zdravstvene organizacije, te u svezi s provedbom reforme

sustava zdravstva, jedan od ciljnih momenata u reformi jest kultiviranje prava pacijenata, čuvanje njihova digniteta, forsiranje pravičnosti u pristupu zdravstvenoj službi, itd.

To znači da će trebati provesti mahom na elektronskoj tehnologiji zasnovano praćenje rada liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Usporedo će se pledirati i očekivati i ozbiljnije njihovih obveza i prihvat informacija, aktivno sudjelovanje, preuzimanje dijela odgovornosti i sl.).

- U duhu čl. 17. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, bit će potrebno donijeti program zdravstvene zaštite za područje Republike, ali i za područja županija, te grada Zagreba. U okviru takvog programa trebat će koncipirati, identificirati, izračunati i predočiti tzv. zdravstveni standard koji će biti utvrđen za svakog građanina Republike Hrvatske i koji će mu jamčiti zadovoljenje određenog kruga zdravstvenih potreba.
(Taj standard ima dvije komponente: naturalnu i finansijsko-gospodarsku. Obje podliježu posebnoj identifikaciji i kvantifikaciji, kao obje strane jedne te iste medalje, ali obje krajnje utjecajne na uvođenje principa fundholdinga).
- Organizacijsko, stručno i gospodarsko snaženje jedinica primarne zdravstvene zaštite radi primjerenog preuzimanja funkcija fundholdinga
(Makar se Hrvatska može pohvaliti s relativno dobro razvijenom mrežom primarne zdravstvene zaštite, kao i liječnicima pojedincima, i u praksi ostvarivanog holističkog pristupa organizaciji koncepta fundholdinga, trebat će posebnim programima jačati spomenutu mrežu ustanova i drugih fizičkih subjekata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, postići viši stupanj njihove opremljenosti, a posebno brinuti za neprestani i sustavni «capacity building» u smislu povećanja i snaženja njihove profesionalne kompetencije za rješavanje do 80% problematike s kojom se susreće pri zadovoljavanju zdravstvenih potreba građana za njih opredijeljenih.
- Dosljedno provodati princip slobodnog izbora liječnika
(S obzirom na međusplet interesa na strani davatelja usluga, tražitelja usluga i mogućnosti za njihovo ostvarenje, pri čemu može doći do konflikata interesa, neophodno je puno povjerenje građana u liječnike za koje se opredjeljuju. To se može jedino postići svakogodišnjim dosljednim provođanjem principa slobodnog izbora liječnika.
- Postupnost pri provedbi principa fundholdinga
(Kako se radi o novom instrumentariju koji pledira na integritet i cjelokupnost zdravstvene zaštite, ali uz vrlo radikalne promjene u metodi i načinima financiranja sa strane platioca, tj. osiguravatelja, novi model se smije i može uvažati samo postupno i to nakon određenih radnji koje prethode široj aplikaciji. Tu se misli na ponudu nekoliko opcija (npr. vlastiti rad liječnika primarne zdravstvene zaštite i troškovi propisivanja i kupnje samih lijekova, zatim to isto plus troškovi specijalističke zaštite). Također će trebati uspostaviti pokuse putem simulacije te na koncu testiranje u «pilot arei». Tek nakon nepristrane procjene i ocjene, dat će se zeleno svjetlo za širu aplikaciju tog po svemu sudeći vrlo korisnog instrumenta.
Uvođenje fundholdinga, odnosno, osiguravanje sredstava za realizaciju zdravstvenog standarda svakog građanina, podrazumijeva određenu postupno provođanu razinu decentralizacije i u sustavu zdravstvenog osiguranja. Međutim, imajući u vidu pomalo drastične razlike u ekonomskoj moći između pojedinih županija u našoj Republici, ta decentralizacija će se provesti na način da će biti uveden sustav

reosiguranja te napose da će se u punoj mjeri poštivati princip zasnovan na solidarnosti i uzajamnosti između pojedinih županija. Za tu namjenu morat će se uvesti metoda utvrđivanja «terećenja bolestima» (disease burden), što će omogućiti da se prosječni troškovi prosječnog tzv. uvjetnog korisnika u jednoj županiji prikazuju kao postotak terećenja mase osobnih dohodaka i drugih sredstava te županije, što bi omogućilo utvrđivanje granica takvog opterećenja iza koje granice slijedi priliv sredstava iz Nacionalnog fonda solidarnosti za zdravstveno osiguranje.

Obrazloženje i opravdanje projekta:

Prije nekoliko decenija, praktički od vremena donošenja čuvene Deklaracije o primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Alma-Ati 1978. godine i širenju te ideje po Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji i brojnim zdravstveno-političkim dokumentima svih zemalja svijeta, napose u Europi, s mnogo patetike i s izrazima blagonaklonosti, proklamira se princip tretiranja primarne zdravstvene zaštite kao središnje razine čitavog sustava zdravstva, a liječnika opće medicine kao obnašatelja najvažnijih funkcija zdravstvene zaštite uopće.

Međutim, pragmatični rezultat ovih inače vrlo zvučnih, ponekad bombastičnih izjašnjenja je u stvari vrlo skroman; dapače u podosta slučajeva je neprimjerenim načinom financiranja i neprimjerenim međuodnosima primarne, sekundarne i tercijarne zaštite, primarna zdravstvena zaštita je stimulirana da što manje rade, a što više pacijenata upućuje u druge razine zdravstvene zaštite, ali i obratno. Izlaz je u promjeni načina financiranja, uvođenjem miješanog modela i unapređenjem kvalitete rada temeljene na stručnim kriterijima i kultivanju središnje funkcije primarne zdravstvene zaštite kao obnašatelja cjelokupne integralne zdravstvene zaštite.

Poradi toga pronalaze se drugi oblici da se ta središnja funkcija ipak dodijeli primarnoj zdravstvenoj zaštiti, i to ne samo poradi njezinih vlastitih interesa, već zbog očekivanog jačeg pristupa tretmanu cjelokupnog zdravstvenog sustava, koji je svagdje došao do presudne etape svog razvitka; univerzalna je pojava konfliktnost osnovnih determinanti svakog sustava zdravstva, tj. nepodudarnost, inkompatibilnost između potreba, ponuda i mogućnost, pa se je – uz ostalo – pribjelo i forsiranju mehanizma fundholding pod kojim se pretpostavlja povjeravanje glavnine sredstava zdravstvene zaštite liječniku primarne zdravstvene zaštite, s time da se tim sredstvima pokrivaju troškovi njegovog vlastitog rada, ali i drugi troškovi za koje je on praktički uvijek naredbodavac, a to su troškovi lijekova i troškovi specijalističko-konzilijarne službe.

Kao kuriozum se spominje da je taj sustav djelovao u Hrvatskoj u razdoblju od 1960-1964. i tada je zabilježio vrlo značajne rezultate. Sličan sustav je čvrsto bio na snazi i još uvijek funkcionira u Velikoj Britaniji te na Novom Zelandu, a SZO ga u nekim svojim radovima i preporukama rado spominje.

Međutim, njegovo preuzimanje bi bio vrlo radikalno, upravo presudni korak za razliku od dosadašnjeg klasičnog načina funkcioniranja svih tih razina zdravstvene zaštite, pa se kao imperativ nameće načelo da svi moraju poštivati brojne neizbježne pretpostavke obavljanja brojnih predradnji da bi se pristupilo tom inače po svemu sudeći vrlo obećavajućem sustavu, ne samo u financiranju zdravstvene zaštite, nego u cjelokupnom poimanju i koncipiranju te javne djelatnosti.

Poradi toga će se u priloženom projektu razraditi 10 ključnih predradnji i pretpostavki, predložiti bilo njihovo usvajanje po nadležnim tijelima, bilo potanje elaboriranje u specifičnim za tu namjenu orijentiranim ekspertizama.

Plan projekta:

3.1. Vremenski plan

Taj plan će se podrediti općim planovima i programima reforme sustava zdravstva u Republici Hrvatskoj. Međutim, kada se nakon eventualnog prihvaćanja počne na njemu raditi, tada je potrebno odrediti šestomjesečni rok za sve koncepcijske pa i operativne predradnje nakon čega bi se mogla provesti simulacija i testiranja u pilot području.

3.2. Institucionalni i kadrovski plan

Nositelj čitavog posla jest ustanova predlagatelj ovog projekta. U tom svom radu na provedbi projekta, kooperirat će sa srodnim ustanovama, a naročito će se angažirati multidisciplinarni tim stručnjaka kao što su javno-zdravstveni radnici, zdravstveni ekonomisti, zdravstvu orijentirani pravnici, sociolozi, psiholozi, informatičari i informatolozi.

3.3. Konceptualni plan

Za provedbu projekta izradit će se studija koja će sadržavati reminiscencije za prve pokušaje takvog pokušaja objavljene prije 30-40 godina; zatim će se dati osvrt na dosadašnja iskustva u nekim zemljama svijeta, podastrijet će se stajališta Svjetske zdravstvene organizacije i Svjetske banke.

U konceptualizaciji će se ići u detaljizaciju aplikabilnosti, s odgovarajućim računicama i predviđanjima. Pri svemu tome će se stalno davati kritički osvrt na moguće posljedice na druge dijelove sustava zdravstva, na metode praćenja, zatim evaluacije u toku i za pripreme za završnu evaluaciju.

3.4. Financijski plan

Uzevši u obzir izradu tog projekta, složenost zadataka, interferenciju s provedbom drugih reformskih zahvata u zdravstvu Hrvatske, neophodnost kolaboracije s drugim institucijama, te angažman velikog broja visoko profesionalnih kadrova, sveukupna sredstva potrebna za provedbu projekta iznosila bi najmanje par milijuna kuna.

KOMENTAR:

- Uvođenje fundholdinga na sadašnjem stupnju razvijenosti primarne zdravstvene zaštite u RH i sveukupnih odnosa u zdravstvu, za sve ordinacije opće medicine (i druge u PZZ-u), dovelo bi do sloma primarne zdravstvene zaštite s neprocjenjivim posljedicama. U sustavu financiranja u kojem bolnički specijalista mora preko uputnica liječnika opće medicine opravdati svoj paušal i onaj odjela i bolnice, uz postojeću razmaženost osiguranika koji «imaju sva prava, napose na sve lijekove» i u sustavu totalne nebrige i neodgovornosti većine građana ove zemlje prema svom zdravlju, te nerazvijenosti preventivne zaštite i zdravog načina života i nekažnjavanja kod svjesnog rizičnog ponašanja, liječnik opće medicine ne bi mogao opstati. Naši osiguranici su naučili da imaju «prava», ali ne i obaveze. Bolnički specijalisti su se radeći posao primarnog liječnika despecijalizirali, jer moraju opravdati količinom usluga svoje postojanje. Obiteljski su se liječnici bez obzira na broj osiguranika u skrbi, zbog načina financiranja pretvorili u prepisivače recepta i uputnica, a već i najbanalniju kazuistiku upućuju specijalistici. Treba mijenjati cijeli sustav, koji je truo u svim svojim segmentima prije nego se odlučimo na fundholding. Potrebne su promjene u glavama sudionika sustava, uz promjenu načina financiranja i izraženu političku volju da se sustav postavi na zdrave osnove.

- Stvorimo najprije preduvjete da se s tim oblikom financiranja započne, jer je on bez daljnega koristan u sređenom sustavu zdravstva. U našim ordinacijama treba stvoriti uvjete za kvalitetan rad ali uz adekvatnu dijagnostičku i terapijsku opremu, zakonske okvire za stimulaciju zdravlja i zaštitu zdravlja, te stimulativne uvjete financiranja uz izdvajanje potrebnih sredstava za nesmetan rad obiteljskih doktora. Potom krenimo u fundholding i to postepeno (dodijelimo sva sredstva za dijagnostiku ili sva sredstva za SKZZ ili sva sredstva za lijekove itd. i kontrolirajmo rezultate za svako područje.) Tijekom slijedećih par godina trebalo bi stvarati uvjete za fundholding, i zatim bi se moglo krenuti s većim pilot programom uz detaljno praćenje efekata, da nam se ne ponovi situacija iz Velike Britanije.

12. PRIJEDLOZI ZA SMANJENJE NOVČANE POTROŠNJE ZA LIJEKOVE NA RECEPT

Tablica br.16.

Potrošnja lijekova na recept uz apotekarske usluge od 2000-2003 god.

Godina	Iznos za lijekove	Iznos usluge	Ukupan iznos
2000	1.511.742.396,89	303.943.891,27	1.815.686.288,16
2001	1.722.222.791,54	242.489.483,78	1.964.712.275,32
2002	2.067.387.766,91	167.866.905,29	2.235.254.672,20
2003	2.408.445.047,19	198.515.802,64	2.606.960.849,83

Potrošnja lijekova na recept zadnjih godina raste.92, 12% lijekova propisanih na recept ide preko doktora opće medicine, 2, 22% preko doktora zdravstvene zaštite djece pretškolskog uzrasta, 0, 62% preko doktora polivalentne stomatološke zdravstvene zaštite, 1, 83% preko doktora zdr.zaštite žena, ostalih sudionika u zdravstvu 3, 22%.Stoga je doktor opće medicine, kao i specijalista SKZZ koji lijekove preporučuje ključ racionalizacije potrošnje.Do sada nije bila dobra informatička potpora praćenja potrošnje lijekova na recept.Od 2004. godine HZZO obavještava svakog doktora o mjesečnoj potrošnji i prebačaju dozvoljene potrošnje.

Tablica br. 17.

Ukupni broj izdanih recepta i prosječan broj recepta po osiguraniku

Godina	Broj izdanih recepata	Verižni indeks	Broj osiguranika	Verižni indeks	Pros. broj recepata po osiguraniku
2000	29.213.229	-	4.186.723	-	6,98
2001	29.076.230	99,53	4.217.444	100,73	6,89
2002	29.386.844	101,07	4.239.110	100,51	6,93
2003	31.046.259	105,65	4.296.955	101,36	7,23
2004	32.613.637	105,05	4.303.087	100,14	7,58

Iz tablice je vidljivo da je od 2000. do 2004. god i ukupno i po osiguraniku broj izdanih recepta u porastu i to znatnije tijekom 2003. i 2004. god. i to i ukupno i po osiguraniku.

Prosječno po osiguraniku je u 2004. god. na razini Hrvatske izdano 7, 58 recepta dok je u 2003. god. Izdano prosječno po osiguraniku nešto manje ili 7, 23 recepta. Sam broj recepta po osiguraniku bez analize količine i troška propisanog lijeka nije dostatan za bilo kakav zaključak. Naime, kako je HZZO prihvatio argumente struke da ograničenje broja recepta (formulara) ništa ne znači to su liječnici unazad dvije godine počeli propisivati i manje količine lijeka na jedan obrazac što pridonosi porastu ukupnog broja recepta.

Ali kako je prisutan stalan porast troškova lijekova na recept, bez dokaza da je ta potrošnja stručno opravdana i temeljena na evidence-based praksi, nužno je poduzeti potrebne radnje u svrhu smanjenja potrošnje lijekova.

Dobna skupina od 0-35 godina sudjeluje u ukupnoj potrošnji lijekova na recept s 12, 20%, dobna skupina od 35-45 god. s 7, 08%, dobna skupina od 45-55 god. s 14, 04%, od 55-65 god. s 20, 16%. Najveću potrošnju ostvaruje dobna skupina iznad 65 god. Starosti s 46, 52% udjela u ukupnoj potrošnji lijekova na recept.

Potrebna je razviti novu svijest o korištenju lijekova kod liječnika i osiguranika u Hrvatskom zdravstvu, svijest da svaki lijek, dijagnostički ili terapijski postupak košta i da nije bezopasan. Liječnik mora početi razmišljati stručno i ekonomski. **Ne traži se zakidanje prava pacijenta već najracionalnije ostvarenje željenog terapijskog učinaka.** Potrebna je racionalnost u preskripciji, dijagnostici i terapiji. Svaki liječnik mora se pitati da li je kod svog bolesnika postupio najsvrsishodnije i najracionalnije.

Kontinuiran rad na novoj svijesti mora biti zadatak prvenstveno Hrvatskog liječničkog zbora i Hrvatske liječničke komore i njihovih stručnih društava a ne samo ministarstva zdravstva i HZZO-a. Osiguranika treba upoznati s činjenicom da lijek nije besplatan i da su troškovi za lijekove sve veći. Osiguranici moraju shvatiti da se prema lijeku treba odnositi racionalno, da svaka tableta ili kapsula ima svoju cijenu kao i da lijekovi imaju svoje nuspojave koje prekomjernim i nekritičkim uzimanjem mogu dovesti do trovanja. Nagomilavanje lijekova i stvaranje kućnih apoteka od lijekova koji se prestankom potrebe bacaju, mora postati prošlost. Pojedinaac mora postati svjestan da je čuvanje i unaprjeđenje zdravlja njegova obaveza i dužnost. Očuvanje zdravlja ne može se bazirati samo na uzimanju lijekova već i na razvoju zdravog stila života. Razvoj zdravog načina života i nove svijesti mora biti kontinuiran proces a ne kampanjska akcija, pojedinac u njemu mora aktivno participirati, kao i cijeli društveni sustav. Smanjenje potrošnje lijekova na recept zahtjeva donošenje **Plana racionalizacije potrošnje lijekova na recept**, u kojem osim HZZO-a i Ministarstva zdravstva moraju sudjelovati i sve stručne Komore, Stručna društva i Hrvatski liječnički zbor. Plan bi trebao definirati dužnosti i obaveze svakog sudionika zdravstva.

Ako je svaki doktor PZZ racionalan u preskripciji, propisuje medicinski opravdan lijek i vodi računa o njegovoj cijeni i farmaceutska će se industrija tome sa svojim cijenama morati prilagođavati.

Cilj:

Dovesti potrošnju na recept u racionalne, ekonomski prihvatljive granice. Obuzdati daljnju neracionalnu potrošnju i razviti kod svih sudionika u zdravstvu svijest o tome da lijek je skup i da je nužno zlo, jer ima niz štetnih nuspojava.

Ostali razlozi povećanja potrošnje:

1. **Dopunsko zdravstveno osiguranje povećalo je potrošnju lijekova, jer se «ono što je besplatno», više se traži.** Svakodnevna praksa pokazuje da osiguranici u pravilu poistovjećuju dopunsko zdravstveno osiguranje sa proširenjem svojih prava, a ne

samo oslobađanjem plaćanja participacije. Nije definiran paket usluga osnovnog zdravstvenog osiguranja sa kojim bi bili upoznati osiguranici.

2. **Provedeno je ukidanje participacije za lijekove na recept za većinu osiguranika** po raznim osnovama kao i mogućnost naplate participacije u ordinacijama opće medicine i SKZZ.
3. **Nema kontinuiranog rada Povjerenstva za lijekove pri HZZO-o** u svrhu revizije liste lijekova, odobravanja novih lijekova za listu i kontinuirane borbe i pregovaranja oko smanjenja cijene lijekova. Potrebno je revidirati važeću listu lijekova, brisati većinu paralela, skuplje preparate, uvesti participaciju na anksiolitike, analgetike i antireumatike itd..
4. **Nedostatna je kontrola propisivanja lijekova na svim razinama zdravstvene zaštite.** Stoga je potreban:
 - **Kontinuiran nadzor nad liječnicima primarne zdravstvene zaštite** od strane **HZZO-a i struke.** Liječnici moraju osjetiti da su nadzirani i da postoji mogućnost kazne, te da je prošlo vrijeme nekritičke i nekontroliranog propisivanja . Kontrolori HZZO-a i predstavnici struke moraju mjesečno obići bar dio liječnika, čija preskripcija znatno premašuje ugovorni iznos i razmotriti razloge za to, te savjetodavno djelovati na liječnike, a u krajnjem slučaju primijeniti i represiju.
 - **Potreban je i nadzor i nad SKZZ uz kontinuiranu stručnu edukaciju specijalista.**
 - **Nužna je i kontinuirana obuka i edukacija kontrolora HZZO-a uz jasno postavljene smjernice i kriterija.**

Limit potrošnje lijekova po liječniku nije provediv ako se ne odredi i limit potrošnje lijekova po bolesniku. Limit potrošnje po bolesniku treba bi se određivati na temelju:

- određivanja količine lijeka po dijagnozi bolesti
 - i financijskim limitom, čije prekoračenje bi se pravdalo preko Povjerenstva HZZO-a ili u slučaju neopravdanosti naplaćivalo.

Danas koristimo samo aproksimativni financijski limit, koji ne ukazuje na realnu potrebu za lijekom već samo služi za sankcioniranje liječnika koji ga prekorači.

Tablica br.18.

Odobreni prosječni godišnji iznos za lijekove na recept po osiguraniku 2005. god.

Dobna skupina	Iznos po osiguranoj osobi
0-35 god.	125,77 kuna
35 – 45	202,55 kuna
45 – 55	341,02 kuna
55 – 65	582,85 kuna
> 65	754,20 kuna

Ne može se kažnjavati i upozoravati samo liječnik a ujedno osiguraniku dati sva prava bez ikakvih ograničenja i obveza .Osiguranik u RH nije svjestan da i lijek ima svoju cijenu.Za njega je besplatan, jer uglavnom ne participira u njegovoj cijeni. Stoga kod pacijenta nije prisutna samo nekritičnost u uzimanju i traženju lijeka, već i totalna neinformiranost koji lijek koliko košta i kakva su mu prava na njega. Nadalje limiti zahtijevaju da se utvrde i drugačiji kriteriji maksimalno odobrene potrošnje po dijagnozi i osiguraniku. Ne može se liječniku prijetiti kažnjavanjem ako prekorači ukupnu svotu, koja je mu je odobrena za potrošnju lijekova na recept, ako ima npr. bolesnika sa transplantiranim organom, koji uzima Consuprem caps. od 100 mg, gdje samo jedna kutija sa 50 kapsula košta 1.109, 88 kn. Priznata potrošnja za toga bolesnika samo u jednoj kutiji lijeka prelazi maksimalnu odobrenu

godišnju potrošnju po osiguraniku bilo koje dobne skupine! Stoga je potrebno uvesti praćenje potrošnje lijekova po osiguraniku uz prethodnu informatičku povezanost ljekarni i HZZO-a. Osim toga je potrebno :

- **u ljekarnama pratiti potrošnju po izabranom doktoru i dostavljati mu ne samo mjesečnu financijsku potrošnju lijekova na recept, već i strukturu te potrošnje.**
- **razdvojiti potrošnju koju je inducirao obiteljski doktor od potrošnje koju je preporučio bolnički specijalista (iskazanu u % ukupne potrošnje).** Izabrani doktor u pravilu ne može utjecati na potrošnju i prepisivanje lijekova od strane bolničkih specijalista, jer dolazi u konflikt sa bolesnikom, koji misli da je uskraćen, jer «doktori uštedom nad njima dobivaju nagradu».
- **kontinuirano nadzirati i liječnike sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite u pogledu korištenja i preskripcije lijekova.** Svaka bi bolnica zato morala imati povjerenstvo za nadzor potrošnje lijekova uz evidenciju preskripcije.

Sadašnja praksa pokazuje preporuku propisivanja lijekova mimo postavljenih indikacija HZZO-a, kao na pr. :

1. **Fosamaxa** kod osteopenije.
2. **Eviste** u žena starijih od 80 god.
3. **Antilipemika u osoba starijih od 70 god**, bez znakova koronarnog zbivanja, kod neznatno povišenog ukupnog holesterola, bez laboratorijskih nalaza ili bez LDL nalaza, kod pretilog pacijenta sa BMI iznad 30.
4. **Nekritično i pretjerano prepisivanje skupih antipsihotika** primjerice Zyprexa i nastavljanje istom terapijom nakon 6 mjeseci iako nema kliničkog poboljšanja i terapijskog učinka, niti su prethodno iscrpljene mogućnosti dostupnog, jeftinijeg liječenja.
5. **Prepisivanje skupih antihipertenziva** Hyzaara, Pritora, Cozaara iako nisu dokazani alergija ili neke nuspojave na ACE inhibitore.
6. **Prepisivanje Myacalcila** za osteoporozu.
7. **Nekritičko propisivanje Durogestik flastera** od strane fizijatra, ortopeda, neurologa, onkologa prije iscrpljivanja mogućnosti jeftinijeg analgetika ili njihove kombinacije.
8. **Nužno je revidirati i otpusna pisma u kojima se propisuju sedam ili više lijekova** istom pacijentu. Nameću se pitanja struci: polipragmazija, interakcija lijekova, cost-benefit itd.

Zato je nužno provođenje nadzora nad bolničkim povjerenstvom za lijekove budući da nema opravdanja za uvođenje u terapiju niti jednog novog, skupljeg lijeka ukoliko je već primijenjena terapija jeftinija, djelotvorna, dobro podnošljiva, bez nuspojava. Osim toga maksimalno treba ograničiti propisivanje lijekova kao što su skupi antipsihotici tipa Zyprex, Seroquel, Rispolept i slično.

Potrebno je jasno odrediti mjere, sankcije i način provođenja istih za sve ugovorne zdravstvene ustanove i doktore koji ne postupaju prema utvrđenim algoritmima. Treba razmotriti i mogućnost ukidanja oslobađanja od participacije za pacijente koji: ne poštuju savjete liječnika, ne surađuju, otežavaju liječenje, ne pridržavaju se dijetoterapije, puše, piju ili se na drugi način drogiraju a u sklopu bolesti od koje boluju im je to strogo zabranjeno.

Zadaće HLK i HLZ i stručnih društava:

1. Preko javnih medija, tribina, organizacija građana i svih zdravstvenih djelatnika, treba educirati osiguranike o štetnosti polipragmazije.
2. Potreban je novi kodeks etike nastupanja liječnika u javnim medijima i potrebni su novi propisi o reklamiranju lijekova . Ne može se u javnim medijima nekritički govoriti o čudesima vrhunske medicine, nekritički propagirati pojedine skupine lijekova i time pogrešno oblikovati svijest građana i razvijati potrošački mentalitet a zatim od njihovih liječnika tražiti kontrolu potrošnje. Nužna je medijska propaganda, ne o čudesima lijekova, već zdravom načinu života, brige o očuvanju zdravlja, naglašavanju štetnih navika sa ciljem pozitivnog i aktivnog stava prema zdravlju i kvaliteti života.
3. Potrebno je aktivno mijenjati dosadašnje mišljenje da se liječnik ne smije obazirati na cijenu lijeka, dijagnostičkog ili terapijskog zahvata, bez obzira na mogućnost jeftinijeg izbora isto tako djelotvornog postupaka ili lijeka.
4. Treba osnovati stručne timove sastavljene od kliničkih farmakologa, liječnika specijalista sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite te specijalista obiteljske medicine sa višegodišnjim iskustvom, sa zadatkom da se izrade jasni algoritmi za dijagnostiku i terapiju najučestalijih i najskupljih bolesti koje danas najviše opterećuju zdravstvenu potrošnju.

Postavljeni algoritmi bi bili obaveza i osnova za edukaciju i usuglašavanje stavova liječnika od primarne do tercijarne zdravstvene zaštite, kako bi svi radili i djelovali dogovorno po principu «cost benefit» ili bolje rečeno «cost-effective» uz puno uvažavanje struke, radnog iskustva i znanstvenih postignuća, ali vodeći računa o prioritetima i novčanim limitima.

ZAKLJUČAK

Izneseni podaci razmatranja i zaključci rezultat su kontinuiranog rada povjerenstva za Reformu PZZ pri Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi RH. i temelje se na dugogodišnjim iskustvima i saznanjima naših i stranih stručnjaka za primarnu zdravstvenu zaštitu i organizaciju zdravstva. Ovaj se dio uglavnom odnosi na obiteljsku medicinu i cilj mu je bio razraditi svu postojeću problematiku, ukazati na manjkavosti sadašnjeg sustava i ponuditi u praksi primjenjiva rješenja, koja mogu dovesti do racionalnije t.j. ekonomski opravdane, funkcionalnije i kvalitetnije primarne zdravstvene zaštite. Pri tome treba napomenuti da su ponudena rješenja međusobno zavisna i povezana i da se primjenom samo pojedinih rješenja ne osigurava uspjeh. Osim toga bitni element na kojem počiva svaka reforma je politička odluka o strategiji razvoja i odluka o organizacionom modelu koji će se primijeniti u PZZ, jer većina ponuđenih rješenja zavisi upravo o tome. Kako te strategije još nema, ponuđeni materijal je pokušao obuhvatiti različita rješenja i ukazati na njihove prednosti i manjkavosti ne zauzimajući neke decidirane stavove.

Dakle, država se treba najprije opredijeliti na temelju svojih financijskih mogućnosti i procjene mogućnosti i zdravstvenih potreba stanovništva kakav će model razvijati, a struka će tada moći ponuditi najkvalitetnija rješenja. Tu treba krenuti od načina organizacije PZZ (dali zadržati sadašnje ustanove, a naročito Dmove zdravlja i na koji način ih ustrojiti, koje nadležnosti im odrediti, kako ih financirati itd.) do načina financiranja zdravstvene zaštite i pojedinih djelatnosti. Koliki dio zdravstva i kako ćemo privatizirati, koliki dio ćemo zadržati u državnim rukama, kako ćemo riješiti međusobne odnose, kako ćemo te dijelove povezati u funkcionalno zajedništvo i kako ćemo i koliko ćemo zadržati socijalne elemente u zdravstvenoj zaštiti i zdravstveno zaštititi vlastito stanovništvo. Sve te osnovne elemente politika mora odrediti kako bi struka mogla ponuditi najbolja rješenja. Zato ovaj prijedlog strategije može poslužiti zakonodavcu samo kao materijal na temelju kojeg će se donijeti ti osnovni stavovi, koji će omogućiti izbor određenih elemenata predložene strategije razvoja primarne zdravstvene zaštite i detaljnu razradu provedbe.

LITERATURA

1. Mazzi B, Obitelj i zdravstvena zaštita, U:Peršić L, ur. Zbornik Dani PZZ, Labin 1993;88-92
2. Mazzi B, Obiteljski liječnik naša budućnost ili iluzija U:Zbornik Prvi simpozij obiteljske medicine, HUOM-e, Varaždin 1994;13-17.
3. Mazzi B, Racionalizacija u PZZ, U:Peršić L, ur. Zbornik Dani PZZ Labin, 1994;43-50.
4. Mazzi B, Aktualni problemi oko uvođenja ekonomskih principa u PZZ .U:Capar M.ur. Istarsko zdravstvo 1988-1992, HLZ Istre, Pula 1994;239-244.
5. Mazzi B. Kompjuterizirani informativni sustav obiteljskog liječnika U:Jakšić Ž.ur. Obitelj i zdravlje, Zagreb- Osijek-Rijeka-Split, Škola A.Štampara M.F. u Zagrebu, M.F. u Rijeci i Hrvatska liga protiv raka, Zagreb 1995;
6. Mazzi B. Struka u novim uvjetima. Obiteljski liječnik temelj reorganizacije zdravstva. U:Peršić L, ur. Zbornik Dani PZZ Labin 1988;90-99.
7. Mazzi B. Reafirmacija obiteljskog liječnika i sadašnji problemi u sustavu PZZ, Zbornik VI. Kongresa obiteljske medicine, Karlovac 1999;269-280.
8. Dome-Bareta R.Radeljak A.Mazzi B, Utjecaj normativa i standarda na sadržaj rada liječnika opće medicine. U: Zbornik Dani PZZ Labin 2000;73-78.
9. Mazzi B. Položaj liječnika opće/obiteljske medicine u našem sustavu zdravstvene zaštite, Zbornik Hrvatski dani PZZ, Labin 2000;27-35.
10. S.Turek, Čepulić E., Đepina M. Lovasić S. Mazzi B, Mjesto i mogućnosti PZZ u procesu privatizacije, Zbornik Hrvatski dani PZZ, Labin 2000;36-47.
11. Mazzi B. Problematika i nužne promjene u PZZ u Hrvatskoj, Liječničke novine HLK, Zagreb 2000.
12. Mazzi B. Treba se izboriti za staleška prava, stimulativnu i racionalnu organizaciju rada; 209-211, U:Jakšić Ž. Oglеди o razvoju opće/obiteljske medicine, Škola N.Z.» A.Štampar» i HUOM, Zagreb 2001.
13. Mazzi B. Organizacija hitne medicinske pomoći i z.z. turista, U:Mazzi B.ur. Zbornik obiteljske medicine HDOD-HLZ –Prvi simpozij, Rovinj 2001;11-24.
14. Mazzi B. Položaj liječnika opće/obiteljske medicine u našem sustavu zdravstvene zaštite, MEDIX specijalizirani medicinski dvomjesečnik, Zagreb 2001.
15. Mazzi B. Dom zdravlja najracionalniji postojeći oblik grupne prakse, Liječničke novine HLK, Zagreb 2001.
16. Mazzi B. Obiteljski doktor u reformiranom sustavu zdravstva, U:Mazzi B.ur. Zbornik HDOD-HLZ-drugi simpozij, Umag 2002;11-28.
17. Katić M. Budak A. Petric D. Mazzi B. Lovasić S, et alt.PZZ danas-potreba funkcionalnog povezivanja u zajednici U: Materljan E.ur.Zbornik Dani PZZ 2002;22-36
18. Vrcić Keglević M. Petric D. Katić M. Tiljak H. Lovasić S. Mazzi B, et alt. Program specijalizacije obiteljske medicine-je li moguće i kako nadoknaditi propušteno U:Materljan E. ur.Zbornik Dani PZZ 2002;282-292
19. Petric D. Pravičnost, slobodno plaćanje i dopunsko osiguranje, reklama i profesionalna etika. U: Zbornik Dani PZZ. Labin: Dom zdravlja Labin; 1998: 62-7.
20. Petric D. Utjecaj postojećih ugovornih odnosa sa HZZO-om na odnos pacijent-liječnik. U: Zbornik Dani PZZ. Labin: Dom zdravlja Labin; 1999: 52-8.
21. Petric D. Zdravstveni sustav u Hrvatskoj: trenutno stanje i mogućnosti razvoja. U: Zbornik Dani PZZ. Labin: Dom zdravlja Labin; 2000: 20-6.
22. Petric D. Budućnost opće/obiteljske medicine – trenutačno stanje. U: Zbornik Dani PZZ. Labin: Dom zdravlja Labin; 2001: 36-43.
23. Petric D. Zašto biti liječnik opće/obiteljske medicine? U: Jakšić Ž. Oglеди o razvoju opće/obiteljske medicine. Zagreb: Hrvatska udružba obiteljske medicine; 2001, str. 251-5.
24. Šimunović R, Todorović G, Vinter Repalust N, Petric D, Katić M. Usporedba korištenja zdravstvene zaštite između seoske i gradske ambulante obiteljske medicine. U: Zbornik. Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite. Labin, 2003. Labin: Dom zdravlja, 2003;250-260.
25. Petric D, Vinter Repalust N, Šimunović R. Opća i/ili obiteljska medicina u Hrvatskoj – isto ili različito? U: Zbornik. Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite. Labin, 2003. Labin: Dom zdravlja, 2003;282-290.

26. Katić M, Petric D. Primary Health care Reform in Croatia: Experiences and Challenges. In: Book of Abstracts. 6th International Conference Health insurance in transition - Biotechnology and Public Health Cavtat, 2003. «Andrija Štampar» School of Public Health, Zagreb 2003, 153.
27. Petric D. Pojašnjenje Sporazuma o unapređenju djelatnosti opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite predškolske djece i Modela financiranja za 2004. godinu. Med Fam Croat 2003;11:81-3.
28. Sviben D, Šimunović R, Bašić A, Dražina R Ocjena rada strukovnih organizacija u zaštiti interesa liječnika opće medicine Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite Labin 2000, Labin Dom zdravlja, 2000:97-111
29. Sviben D, Šimunović R, Grčević Z., Panijan M Odnos liječnika opće medicine i specijalista: partnerstvo, konkurencija ili podčinjenost ? Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite Labin 2000, Labin Dom zdravlja, 2000:79-88
30. Sviben D, Kolarić V, Odžić Lj, Ljubešić D, Bešlić Đ, Što i kako dalje? Prikaz pojedinih problema liječnika opće medicine i prijedlozi rješenja Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite Labin 2001, Labin Dom zdravlja 2001:215-223
31. Katić M, Budak A, Vrcić-Keglević M, Blažeković-Milaković S, Bergman-Marković B, Tiljak H, Lazić Đ, Cerovečki-Nekić V, Petriček G, Ožvačić Z, Soldo D. Obiteljska medicina u Hrvatskoj: Od Doma zdravlja do grupne prakse. U: Zbornik Treći Kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora. Rovinj 2003. Hrvatsko društvo obiteljskih doktora. 29-42.
32. Katić M, Petric D, Jureša V, Mazzi B, Bakar Ž, Stevanović R, Soldo D, Katić V. 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
33. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje-različiti izvori
34. Hrvatski zavod za javno zdravstvo :Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2003. godinu
35. Podaci iz različitih brojeva časopisa "Privatna praksa u zdravstvu" Izdavač :Udruga privatnih poslodavaca u zdravstvu Zagreb, Rugvička ul.