

# ZAŠTO ZDRAVSTVENA VLAST NE TEŽI OBJEDINJENOJ OBITELJSKOJ MEDICINI

WHY HEALTH AUTHORITIES DO NOT TEND TO INTEGRATED FAMILY MEDICINE

Biserka Bergman Marković\*

\* Katedra za obiteljsku medicinu, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu  
Ordinacija obiteljske medicine „Prof. dr. sc. Biserka Bergman Marković, prim. spec. obit. med.“

## SAŽETAK

Novim strukturiranim načinom prihodovanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) stimulira se kvaliteta rada, a broj pacijenata (glavarina) samo je jedan od parametara plaćanja. Stupio je na snagu 1.4.2013. godine i njime je plaćeno oko 73% liječnika u koncesiji, dok su liječnici u domu zdravlja plaćeni fiksnom plaćom. Za isti posao dva liječnika koji rade vrata do vrata, s istim brojem pacijenata, primaju različit prihod. Razlika je veća od 30%. U nizu reforma koje su u posljednjih 20-ak godina provedene u PZZ-u, ovakav različit način prihodovanja najviše razjedinjuje PZZ. Kvalitetan rad liječnika u domu zdravlja nije prepoznat ni stimuliran. Koja je onda osnovna ideja vodilja u reformi PZZ-a? Zaustavljanje procesa privatizacije, jačanje uloge doma zdravlja ne slijedi jako dobro razrađen i strukturiran način prihodovanja jer ga mogu koristiti samo liječnici u koncesiji. Trebalo je onda biti obrnuto. Jedno je sigurno, objedinjavanje PZZ-a, što je osnovni preduvjet dobro organizirane primarne zdravstvene zaštite, nije uspjelo. Osim toga, uz dobro strukturirano prihodovanje, ne postoji mehanizam za okrupnjavanje individualnih praksa u grupne prakse. Nekoliko postotaka u sustavu prihodovanja nije dovoljno da pojedinac odustane od svoje samostalnosti. Ako se želi potaknuti stvaranje grupnih praksi, tada je potrebno koncesionare pretvoriti u privatnike. Tim činom se jača i uloga doma zdravlja jer ne žele svi koncesionari podnijeti teret prave privatne prakse.

**Ključne riječi:** primarna zdravstvena zaštita, organizacija primarne zdravstvene zaštite, načini prihodovanja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti

## SUMMARY

The new structured way of income in primary health care (PHC) stimulates the quality of work and the number of patients (capitation) is not only one of the parameters of payments. Entered into force on 01.04.2013 year and it was paid about 73% of doctors in the concession, while doctors in the Health Center were paid by fixed salary. For the same job two doctors who work door to door, with the same number of patients receive different revenue. The difference is greater than 30%. In a series of reforms that have been in the last 20 years spent in primary health care, such a different way of income the most divide PHC. Quality work of doctors in the Health Center is not recognized and stimulated. What's the basic idea of the reform of PHC? Stop the privatization process, strengthening the role of the Health Center does not follow very well developed and structured way of income because it can only be used by doctors in the concession. It should then be reversed. The only thing is for sure, the integration of PHC as a basic prerequisite for a well-organized PHC has been failed. In addition with so good structured income, there is no mechanism for the consolidation from individual practice in to a group practice. Couple percent in the system of income is not enough that an individual gives up from

his independence. If we want to encourage the creation of group practice, it is necessary to convert the concessionaires in to real private companies. This act strengthens the role of the Health Center too, because all concessionaires is not willing to bear the burden of true private practice.

**Key words:** primary health care, primary health care organizations, ways of income in primary health care

## UVOD

### Privatizacija ili „zakupizacija“ primarne zdravstvene zaštite

U doba socijalizma primarna zdravstvena zaštita bila je u državnom sektoru, kao i cijela država. Davne 1952. stvoren je prvi dom zdravlja u bivšoj Jugoslaviji, u Zagrebu na Trešnjevci. Domovi zdravlja su bili regionalno organizirani, svaki liječnik je imao određeni broj pacijenata o kojima je skrbio. Krajem osamdesetih godina prošlog stoljeća pacijenti su dobili pravo na samostalni izbor liječnika.<sup>1,2,3</sup> Svakom stanovniku Jugoslavije bila je zagarantirana zdravstvena zaštita. Svi su imali isto pravo na svu zdravstvenu zaštitu, a mreža primarne zdravstvene zaštite (domovi zdravlja) pokrivali su cijelu zemlju. Međutim tada nije bilo bitno koliko takav jedan dom zdravlja stoji u odnosu na skrb koju pruža, je li on rentabilan ili ne, koliko timova liječnika opće prakse sadrži, je li broj timova unutar doma zdravlja relevantan podatak za kvalitetno organiziranje i kvalitetu zdravstvene zaštite. Sve je to plaćala država, a koliko je to stajalo, ni pacijenti, a ni liječnici to nisu znali. Promjenom društvenog sustava, uvođenjem tržišnog mehanizma i u javni sektor, dogodile su se promjene i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Odluka o privatizaciji primarne zdravstvene zaštite donesena je 1997. godine.<sup>4</sup> Ordinaciju u zakup daje dom zdravlja, a ugovor se sklapa na osnovi Zakona o zdravstvenom osiguranju i rješenja Ministarstva zdravstva kojim se ujedno i određuje najveća cijena zakupa. Vrlo malo liječnika je tada imalo ordinaciju u svom vlastitom prostoru. Zdravstvene vlasti su vjerojatno došle do zaključka kako je glomazni dom zdravlja nerentabilan i kako bi ulaskom privatnog sektora u primarnu zdravstvenu zaštitu došlo do pomaka u opsegu rada i kvaliteti zbrinjavanja. Točna pretpostavka. Prvotno zamišljenom reformom primarne zdravstvene zaštite svi liječnici obiteljske medicine trebali su otići u privatnike (osim onih koji su bili tri godine prije umirovljenja ili su imali manje od pet godina radnog iskustva). Zamišljeno, učinjeno. Svi liječnici (koji su imali zadane uvjete) trebali su potpisati „sporazumni prekid radnog odnosa“. Na taj je način cijeli niz liječnika iz državnog sektora preveden u privatnike, bez plaćanja otpremnina! **Jesu li „zakupci“ bili privatnici? Nisu.** Izmišljen je status „zakupca“, koji je pravno bio potpuno nejasan subjekt. Zakupac je individualni zdravstveni radnik, liječnik obiteljske medicine u ugovornom odnosu s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Kako su ti liječnici radili u prostoru koji su zakupili od doma zdravlja, njihov status je prozvan „zakup“, a oni „zakupci“. Umjesto privatizacije dogodila se „zakupizacija“ primarne zdravstvene zaštite.

Liječnici u zakupu su imali obveze kao i pravi privatnici. Plaćali su državi sve doprinose za sebe i za medicinsku sestru (koju su morali zaposliti bez obzira na broj pacijenata i opseg rada) i bili su financijski odgovoran subjekt na tržištu. Međutim osim obveza kao pravi privatnici, nisu imali i prava privatnika. **Nisu imali pravo na posjedovanje intelektualnog vlasništva.** Njihovo intelektualno vlasništvo bili su njihovi pacijenti. U pacijente, u njihovo zbrinjavanje, dijagnostiku njihovih bolesti i njihovo liječenje ugrađeno je sve njihovo znanje. Oni nisu imali pravo raspolaganja svojim intelektualnim vlasništvom. Odlaskom u mirovinu oni nisu imali pravo nasljeđivanja, nisu imali pravo prodaje i/ili zapošljavanja mladog liječnika, kao što primjerice imaju liječnici u Njemačkoj. Njih bi naslijedio drugi liječnik kojeg je izabralo Upravno vijeće Doma zdravlja. Također nisu imali pravo pojaviti se na tržištu. Zakupci su bili plaćeni isključivo „glavarinom“ prema broju osiguranika koji su imali u skrbi. Plaćanje glavarinom je trom nekvalitetan mehanizam gdje liječnik dobiva plaću nevezano za bilo kakvu procjenu kvalitete rada. Nikakva stimulativna opće poznata mjerila kvalitete rada tada nisu upotrebljavana, a bilo je potrebno imati što više pacijenata za dobar život.

## Individualizacija primarne zdravstvene zaštite, a što je s kvalitetom rada?

Primarna zdravstvena zaštita tako se individualizirala<sup>5</sup>, bez ikakve mogućnosti stvaranja grupnih praksa. HZZO je od 2003. do 2008. godine nudio 3%, a od 2009. i 5% od godišnje glavarine, za stvaranje grupne prakse. Međutim to očito nije bio put prema organiziranju liječnika u racionalnije grupne prakse s boljim i kvalitetnijim radom. Nitko od liječnika nije se htio odreći svoje samostalnosti za taj novac, mada to i nije bilo malo, a ostale pogodnosti koju prava privatna grupna praksa nudi nije dobio. Individualizirana primarna zdravstvena zaštita ima svoju glavnu negativnost, a to je nedostupnost liječnika. Liječnik radi pola dana, a u drugoj polovici dana pacijent opterećuje hitnu službu, koja tako opterećena prestaje biti „hitna“.

## Pretvaranje „zakupizacije“ u koncesiju

Približavanjem Europi Republika Hrvatska je morala pravno uskladiti zakonodavstvo s pravilima Europske unije, pa se i pojam „zakup“ morao promijeniti. Zakup kao pojam za obavljanje privatne prakse u Europskoj uniji je neprepoznatljiv te se novim zakonskim odredbama za obavljanje privatne prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uvodi koncesija.<sup>6</sup> Na temelju koncesije može se obavljati zdravstvena djelatnost obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, zdravstvene zaštite dojenčadi i predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, laboratorijske dijagnostike, medicine rada i zdravstvene njege u kući. **Zdravstvena vlast je tada**

imala drugu šansu da pojednostavni organizaciju primarne zdravstvene zaštite na onu u svijetu uobičajenu: državni i privatni sektor. Međutim to se opet ne događa. „Zakupizacija“ se pretvara u koncesiju, pravno jasniji pojam, ali primarna zdravstvena zaštita time puno ne dobiva. Iako u svijetu postoji koncesija u javnom sektoru, to se rijetko upotrebljava i to za pojedina vrlo teško dostupna područja gdje bi zdravstvena zaštita na drugi način bila teže organizirana. U Republici Hrvatskoj (RH) 2010. godine bilo je 23,4% liječnika u domovima zdravlja, a 73,6% liječnika u koncesiji.<sup>7</sup> Negativna strana koncesije u odnosu na pacijenta je i dalje otežana dostupnost liječnika. Hitna služba i dalje je jako opterećena pozivima pacijenata. Negativne strane koncesije u odnosu na liječnika su otežana zamjena za godišnji odmor, bolovanje, odlazak na stručno usavršavanje. Sve bi to organiziranje kroz grupnu praksu moglo riješiti.

## Novo prihodovanje u PZZ-u diže kvalitetu rada, ali razjedinjuje liječnike; pokušaj približavanja grupnoj praksi

Novom reformom PZZ-a od 1.4.2013. mijenja se i struktura prihodovanja. Više liječnik nije plaćen isključivo prema broju pacijenata u skrbi. Način plaćanja isključivo preko glavarine uveden je 2002. godine. To je bio trom i loš mehanizam prihodovanja jer su liječnici bili stimulirani da imaju što više pacijenata, kvaliteta rada nije se prepoznavala, a indikatori kvalitete rada koji su u to vrijeme u svijetu bili korišteni u RH nisu bili u upotrebi. Broj pacijenata i dobna struktura je bilo jedino mjerilo ulaska u sustav javnog sektora, liječnici su bili financijski ovisni o pacijentu. Upravo je to bio razlog zašto se uvodi novi model prihodovanja gdje glavarina nije jedino mjerilo plaćanja.<sup>8</sup> Kombinirani sustav plaćanja potiče liječnika na širenje spektra rada i povećanje kvalitete brada.<sup>9,10</sup> Pri tom valja naglasiti kako za uvođenje komponente plaćanje prema učinjenom radu moraju biti zadovoljeni sljedeći preduvjeti: osigurana dodatna sredstva, potom dobro praćenje izvršenja programa, primjeren informatički program te uvažavanje specifičnosti pojedinih Predina.<sup>11,12</sup> Okvir za plaćanje prema ishodu i kvaliteti rada obuhvaća tri glavna područja: kliničku skrb, organizaciju prakse i bolesnikovo iskustvo - odnosno zadovoljstvo. Za brzu dostupnost liječnici mogu zaraditi dodatna sredstva. Brojna iskustva iz Velike Britanije zasigurno su pomoć pri odluci koju zdravstvena vlast odnosi.<sup>13,14</sup> Prema novoj shemi od 2013. struktura prihodovanja se mijenja u hladni pogon, koji sadrži 43% prihoda (u koji ulazi i plaća sestre prema kolektivnom ugovoru uvećana za doprinose, minimalna plaća liječnika i ostali materijalni troškovi), te varijabilni dio. Varijabilni dio sadrži glavarinu (20% prihoda), dijagnostičko-terapijske postupke - DTP (29%) te po 4% prihoda koji otpada na ključne pokazatelje uspješnosti i kvalitete rada.

U ključne pokazatelje uspješnosti ulazi količina sredstava potrošenih na propisivanje lijekova na recept, stopa bolovanja, upućivanje u laboratorij na razini primarne zdravstvene zaštite, upućivanje u SKZ te prijavljivanje zaraznih bolesti. U pokazatelje kvalitete rada ulaze različiti klinički pokazatelji tzv. paneli za praćenje liječenja hipertenzije, šećerne bolesti, KOPB-a i astme te rad na primarnoj prevenciji KVB-a. Plaćanje prema tom pokazatelju moguće je ako

liječnici dnevno ispune barem jedan panel. To je kvalitetan pokazatelj rada, ali bi bio još kvalitetniji kada bi objedinjene i evaluirane podatke HZZO vratio liječniku na uvid za daljnje poboljšanje rada. Također, kada HZZO ne bi plaćao pojedinačno panel, nego učestalost otkrivene bolesti na populacijskoj razini i na koncu kada bi plaćao prema postignutom ishodu liječenja. Za takav način prihodovanja postavljeni su dobri temelji.

Prihodovanje se može ostvariti i uz 5% glavarine za ulazak u grupnu praksu. Jedini razlog zbog kojeg bi liječnici opće/obiteljske medicine mogli pristati ući u takvu vrstu grupne prakse (koja u stvari i nije grupna praksa te je HZZO naziva „skupna praksa“) dodatna je besplatna medicinska sestra za šest liječnika opće/obiteljske medicine. Zamjenjuje li „skupna praksa“ u potpunosti grupnu praksu, hoće li ona osim zamjene za godišnje odmomore donijeti i pravi razlog potrebe za udruživanjem, a to je opća dobrobit navedena prije u tekstu?

## Podijeljenost primarne zdravstvene zaštite prema radnom statusu

Kakve oblike radnog statusa sada imamo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u RH? To su: 1. liječnik obiteljske medicine zaposlen u domu zdravlja, plaćen je fiksnom plaćom bez obzira na broj pacijenata i napravljenih DTP postupaka, 2. liječnik obiteljske medicine u koncesiji koji radi u zakupljenom prostoru doma zdravlja, dohodak mu ovisi o broju i dobnoj strukturi pacijenata te napravljenim DTP postupcima, 3. liječnik obiteljske medicine u koncesiji u vlastitom prostoru, trebao bi biti plaćen kao i liječnik u zakupljenom prostoru od doma zdravlja, ali ima mogućnost otvoriti zdravstvenu ustanovu, polikliniku, grupirati se u monovalentnu ili polivalentnu grupnu praksu i 4. liječnik obiteljske medicine koji radi kao čisti privatnik bez ugovora s HZZO-om, koji u dobro organiziranoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti nema nikakvu važnost.

Kakva je to podijeljenost? U samoj biti.

Liječniku koji radi u domu zdravlja uskraćeno je 29% prihoda koji se odnosi na DTP postupke. Zamislite čekaonicu u domu zdravlja u kojoj pacijenti čekaju svoje liječnike. Jedna vrata vode u ordinaciju LOM-a u koncesiji, a druga vrata vode u ordinaciju LOM-a koji radi u domu zdravlja. Oba rade isti posao i imaju podjednak broj pacijenata, a liječnik u domu zdravlja ima 29% prihoda manje. Točno je da je dom zdravlja jedna velika grupna praksa, ali prevelika i inertna grupna praksa. Dom zdravlja u kojem radi više od 100 liječnika opće/obiteljske medicine stvoren je odredbom zdravstvene vlasti, a ne interesom liječnika.

## Funkcionira li primarna zdravstvena zaštita kao cjelovit sustav? Je li želja za boljom povezanosti primarne zdravstvene zaštite razlog zašto je zdravstvena vlast odlučila „zakupce“ pretvoriti u koncesionare umjesto u prave privatnike?

Sustav primarne zdravstvene zaštite mora funkcionirati kao jedinstven sustav i mora biti dobro povezan sa sekundarnom razinom, bolnicom.<sup>15,16</sup> Postoji li povezanost liječnika u koncesiji i liječnika u domu zdravlja? Osim zajedničkih dežurstava tijekom vikenda i blagdana nikakva druga povezanost ne postoji. Krajem 2013. Upravno vijeće Doma zdravlja smanjeno je za jednog člana koji je bio rezerviran za predstavnika liječnika u koncesiji, tako da ni ta formalna poveznica više ne postoji. Dom zdravlja funkcionira zasebno, a liječnici u koncesiji zasebno. Daljnji odlazak liječnika koji stječu uvjet za odlazak u koncesiju je zaustavljen, a postojeće koncesije odlaskom u mirovinu ili smrti LOM-a vraćaju se u dom zdravlja. Na taj se način prirodnim putem omjer liječnika u domovima zdravlja i koncesionara mijenja. Zdravstvena vlast time želi ojačati dom zdravlja. Povratak na staro povlači za sobom način financiranja sustava koji je bio i jedini razlog zašto se išlo u „privatizaciju“ PZZ-a. Napravljen je jako dobar, strukturirani model prihodovanja, koji stimulira kvalitetu rada, koji mogu koristiti samo liječnici u koncesiji, a jača se uloga doma zdravlja. Nelogično, zar ne?

Postavlja se pitanje što zdravstvena vlast uopće hoće, jer se to iz ovakvih postupaka ne može dokučiti. Je li zaustavljanje koncesije i povratak u velike domove zdravlja racionalan pristup organizaciji primarne zdravstvene zaštite? Ako se želi ojačati uloga doma zdravlja i ako je omjer liječnika u koncesiji i domovima zdravlja nepovoljan, za promjenu nije potrebno čekati dvadesetak godina. Ako koncesije nisu riješile najvažniju karakteristiku primarne zdravstvene zaštite, a to je dostupnost liječnika i nisu objedinile PZZ, zašto i dalje inzistirati na njima? Rješenje je vrlo jednostavno. Organizirati PZZ na državni i privatni sektor, kao što se u svijetu i radi. Mnogi koncesionari bez inovativnih i menadžerskih sposobnosti vratili bi se u dom zdravlja, a u privatnom sektoru stvorile bi se mogućnosti za pravu grupnu praksu. Takve interesne grupne prakse stvorene na tržišnom mehanizmu bile bi prave lokomotive racionalne, kvalitetne i učinkovite primarne zdravstvene zaštite. Mehanizam prihodovanja za takvu je praksu već stvoren. Tako bi se ojačao i dom zdravlja. Tako organizirana primarna zdravstvena zaštita zasnivala bi se na volji liječnika opće/obiteljske medicine u kojem sektoru žele raditi, a ne na intervenciji države.

Pitanje iz naslova i dalje stoji. Idemo li mi prema objedinjavanju primarne zdravstvene zaštite ili u obrnutom smjeru? Unatoč kvalitetnim pojedinačnim koracima (strukturirano prihodovanje) sve smo dalje od objedinjavanja PZZ-a u jedinstven i racionalan sustav.

## LITERATURA

1. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res* 2003; 38(3): 831-65.
2. Pravilnik o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite (NN 041/07).
3. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13, NN 137/13).
4. Pravilnik o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta (NN 6/96., 29/97., 1/98., 45/99., 121/99., 112/00., 87/02.).
5. Hebrang A, Henigsberg N, Erdeljic V, Foro S, Vidjak V, Grga A, Macek T. Privatization in the health care system of Croatia: effects on general practice accessibility. *Health Policy Plan* 2003; 18: 421-8.
6. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/08., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11., 154/11., 12/12.
7. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis, HZJZ, 2010.
8. Katić M, Bergman-Marković B, Blažeković-Milaković S, et al. Sustav financiranja i kvaliteta rada u obiteljskoj medicini. U: Mazzi B., glavni i odgovorni urednik. Zbornik radova. Sedmi kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora, Hrvatskog liječničkog zbora. Rovinj, 2007. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; 2007. Str. 35-48.
9. Doran T, Fullwood C, Gravelis H, Reeves D, Kontopantelis E, Roland DM. Pay-for-Performance Program in Family Practices in the United Kingdom. *NEJM* 2006; 355: 375-84.
10. Rosenthal MB, Frank RG, Li Z, Epstein AM. Early experience with pay-for-performance: from concept to practice. *JAMA* 2005; 294: 1788-9.
11. Katić M, Jurković D, Jureša V, et al. Kombinirani sustav plaćanja u obiteljskoj medicini – što nam donosi? U: Mazzi B, glavni i odgovorni urednik. Zbornik radova. Sedmi kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora, Hrvatskog liječničkog zbora. Rovinj, 2009. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; 2009. Str. 205-14.
12. Katic M, Juresa V, Oreskovic S. Family medicine in Croatia: past, present, and forthcoming challenges. *Croat Med J* 2004; 45: 543-9.
13. Roland M. Linking Physicians' Pay to the Quality of Care - A Major Experiment in the United Kingdom. *NEJM* 2004; 351: 1448-54.
14. Campbell SM, Roland MO, Middleton E, Reeves D. Improvements in quality of clinical care in English general practice 1998-2003: longitudinal observational study. *BMJ* 2005; 331: 1121-36.
15. Marković-Bergman B, Katić M, Milaković-Blažeković S, Petric D. Deset godina nakon privatizacije primarne zdravstvene zaštite. *Acta Med Croatica* 2007; 61(1): 1-6.
16. Katić M, Rumboldt M, Materljan E, Gmajnić R. Analiza stanja u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj i nužnost promjena. *MEDIX* 2009; 80/81: 51-6.