

## Zbog čega je bio zadnji čas za reformu PZZ ???

Ranko Stevanović

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

### Popis problema u djelatnostima PZZ

1. Nestanak funkcija doma zdravlja
2. Diskontinuitet skrbi
3. Problemi privatizacije
4. Problem prostora i zajedničkih ordinacija
5. Pomanjkanje aktivne skrbi
6. Oslanjanje na dijagnostičke i terapijske servise na višim razinama sustava
7. Edukacija, uporaba znanja
8. Lijekovi
9. Informatizacija - Kako pratiti i kontrolirati sustav ?
10. Nedostatak timskog rada, horizontalnog i vertikalnog povezivanja u brizi za pacijenta
11. Nedostatak horizontalne i vertikalne komunikacije u brizi za pacijenta
12. Neorištenje dijagnostičkih algoritama, kliničkih smjernica i kliničkih putova
13. Hipertrofirana administracija, bilježenje na papirima
14. Problem plaćanja timova opće/obiteljske medicine
15. Problem plaćanja zaposlenog radnika u timu
16. Nema partnerstva s pacijentom, obitelji i zajednicom
17. Nema partnerstva s drugim sektorima, intersektorske suradnje
18. Oprema ordinacija
19. Popunjavanje osnovne mreže PZZ
20. Grupna praksa
21. Problem prostora
22. Odnos privatnika/zakupaca i Domova zdravlja
23. Problem zamjena za godišnji odmor, pokrivanja bolovanja i izostanaka s posla (kongresi, edukacije itd.) kod ordinacija u zakupu

### Kratak opis pojedinačnih problema u djelatnostima PZZ

#### 1. Nestanak funkcija doma zdravlja

Zbog nedostatka poticaja i kontrole, sa zakupizacijom su nestale i važne funkcije Doma zdravlja (osiguranje kontinuiteta skrbi, edukacija, timski rad, aktivna skrb, liječenje u kući, aktivno pozivanje na preventivne preglede, aktivno liječenje kroničnih bolesnika itd.). Funkcija doma zdravlja kakvoga smo poznavali nekad, čija je zadaća bila sveobuhvatna skrb o zdravlju pučanstva u obuhvatu, danas je svedena samo na liječenje bolesti pojedinaca i usmjeravanje pacijenata prema specijalističkoj i bolničkoj skrbi.

#### 2. Diskontinuitet skrbi

Jedan od osnovnih problema koji se izravno odražava na kvalitetu zdravstvene zaštite jest nedostatak kontinuiteta skrbi za osiguranike u obuhvatu. Timovi opće/obiteljske medicine koji su u zakupu, o svojoj populaciju brinu u radno vrijeme koje se izmjenjuje prema pravilu, parni datumi prije podne, neparni popodne ili obratno. To u praksi znači da tim koji je npr. u petak radio ujutro do 14 sati, ponovno počinje raditi u ponedjeljak u 8 sati, što de facto znači da pacijentu u to vrijeme moraju svoje zdravstvene potrebe rješavati na drugom mjestu (u pravilu preko djelatnosti hitne medicinske pomoći i hitnih/dežurnih ordinacija specijalističko konzilijarne zdravstvene zaštite te bolnicama), što je višestruko skuplje, nekomofornije po pacijenta i nesvršishodnije.

#### 3. Problemi privatizacije

Privatizacija zdravstvene zaštite nije se uopće dogodila. Dogodile su se samo manje „kozmetičke promjene“, dogodio se samo zakup prostora. „Privatni“ timovi primarne zaštite ustvari su godišnji kontraktori s HZZO, i nemaju nikakvu garanciju da će i iduće godine sklopiti ugovor. Oni su u najmu prostora DZ, a jedino se po posjedovanju žiro-računa mogu smatrati privatnicima. Oni su ovisni, i više na nekoliko tankih grančica. Oni ne mogu ništa samostalno raditi, ni mimo ugovora ni izvan ugovora, niti protiv ugovora, oni ne mogu zapošljavati, dizati kredite, oni nisu nikada postali d.o.o., što je osnovni način da se netko ili nešto privatizira.

#### **4. Problem prostora i zajedničkih ordinacija**

Znatan dio ordinacija u zakupu dijeli se između 2 tima, što s jedne strane odgovara doktorima u zakupu jer to ponekad znači da „dijele“ iznos zakupa s „kontra smjenom“. Međutim, u praksi to stvara velike probleme jer doktor i medicinska sestra onda ne rade po 8 sati (ordinacije bi trebale raditi od 6-14 i od 14-22 sata), nego drukčije, u pravilu počinjući s prvim pacijentom „poslije 8“ i završavaju „oko 14 sati“. Danas nakon što je uveden u praksu sustav „naručivanja pacijenata“ praktički nemoguće naručiti se prije 9 ili poslije 13 u jutarnjoj smjeni, odnosno prije 15 i poslije 19 sati u poslijepodnevnoj smjeni). Ovakav način rada još više potiče doktore da se „brzo rješavaju pacijenata“ što u praksi znači nekritičko slanje pacijenata na druge, više i skuplje razine zdravstvene zaštite. U takvoj atmosferi i takvim odnosima i doktori koji imaju na raspolaganju ordinacije 24 sata nisu poticani niti motivirani na aktivan i kontinuiran rad, nego slijede način rada po ugledu na kolege koji „dijele“ ordinacije.

#### **5. Pomanjkanje aktivne skrbi**

Razdvajanjem od domova zdravlja s jedne strane i činjenicom da su timovi u zakupu plaćeni po glavarini, izgubio se poslovni smisao aktivne skrbi za osiguranike. Primarna zdravstvena zaštita danas pruža samo pasivnu skrb i konstatira, a ponešto i liječi bolesti, ali se uopće ne bori protiv njih. U PZZ se čeka da se čovjek razboli, da dođe u ordinaciju gdje će dobiti nekakvu uputnicu ili recept. Svaki drugi način rješavanja problema je doktoru PZZ teretan.

#### **6. Oslanjanje na dijagnostičke i terapijske servise na višim razinama sustava**

2007. godine zabilježeno je 7.452.930 upućivanja od strane timova primarne zdravstvene zaštite, odnosno 0,7% više nego u 2006. godini. U odnosu na 1995. godinu, broj upućivanja na specijalističke preglede povećan je za trećinu. U odnosu na 1995. godinu, kada je jedan specijalistički pregled obavljen na svakih 3,3 pregleda u općoj medicini, u 2006. godini zabilježeno je daljnje pogoršanje tog omjera: jedan je specijalistički pregled obavljen na svakih 2,1 pregleda u djelatnosti opće/obiteljske medicine. Uz to, u 2006. godini bilježi se 104 pregleda u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti na 100 upućivanja iz primarne zdravstvene zaštite. To očito pokazuje da se i dalje znatan dio tih pregleda obavlja bez uputnica. To znači da se ionako nepotrebno velik broj upućenih na specijalističke preglede i terapije povećao i da se veći dio bolesti i stanja „rješava“ na razini specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite.

#### **7. Edukacija, uporaba znanja**

Ukupna količina znanja u medicinskoj znanosti danas se udvostručuje svakih 3-5 godina. Mnogi doktoru u djelatnosti opće obiteljske medicine ne prate uvo povećanje znanja. Također, način na koji Hrvatska liječnika komora relicencira doktore, tako da im daje bodove za pasivno sudjelovanje na stručnim skupovima i kongresima ne osigurava uporabu potrebnog modernog medicinskog znanja u praksi. Zbog toga doktori lakše popuštaju pritiscima pacijenata, farmaceutskih i drugih kompanija, kolega i sl., svjesno ili nesvjesno pružajući zdravstvene usluge koje ne daju dobre rezultate.

#### **8. Lijekovi**

Propisivanje lijekova u djelatnosti opće/obiteljske medicine provodi se nestandardizirano i često mimo preporuka i smjernica. Zbog velikog pritiska pacijenata, kolega, vrlo razvijenih promidžbenih aktivnosti farmaceutskih tvrtki, različitih dvojbena stručnih preporuka, doktori često podliježu tim pritiscima i propisuju lijekove koji nisu najučinkovitiji, najracionalniji i najpovoljniji za ishod bolesti. Iz administrativnih razloga kronični bolesnici moraju samo zbog podizanja recepata za kroničnu bolest dolaziti u ordinacije nekoliko puta mjesečno.

#### **9. Informatizacija - Kako pratiti i kontrolirati sustav?**

Zdravstveni sustav „težak“ je više od 20 milijardi kuna godišnje. Ne postoji jači financijski sustav u Hrvatskoj. Njega moramo promatrati kao najveću banku u ovom dijelu Balkana. Ako se želi iz neke banke uzeti novac, treba imati pametnu karticu, znati napamet PIN, i imati neki novac na računu. Jedino u zdravstvenom sustavu može se bez ikakve kartice i bez PIN-a, i bez novca na računu ! Može se uzeti s računa 10 ili 20 tisuća kuna na ime neke zdravstvene usluge. To pokazuje koliko je taj sustav slab, ranjiv i kako se jedva uspijeva održati. Ono što zdravstvenom sustavu treba jest informatizacija, onako kako su informatizirane banke.

#### **10. Nedostatak timskog rada, horizontalnog i vertikalnog povezivanja u brizi za pacijenta**

Izdvajanje u solitarne ordinacije u zakupu, odvajanjem školske medicine iz doma zdravlja, podjela zaštite školske djece na aktivnu, preventivnu koja se pruža u djelatnosti školske medicine i pasivnu, kurativnu koja se pruža u djelatnosti opće/obiteljske medicine, pomalo autistično ponašanje prema patronažnoj skrbi, privatizacije djelatnosti kućnog liječenja i kućne njege, učinili su da je jedan od osnovnih preduvjeta kvalitetne PZZ, timski rad, u potpunom odumiranju.

#### **11. Nedostatak horizontalne i vertikalne komunikacije u brizi za pacijenta**

Unatoč impresivnom razvoju informacijsko-komunikacijskih tehnologija i mogućnosti (fiksna i mobilna telefonija, telefax, interneta, slanje slika i raznih elektroničkih zapisa o pacijentu), horizontalna i vertikalna komunikacija u brizi za pacijenta postaje sve oskudnija i praktički je izostala. Razvitak novih tehnologija nije pratio razvitak novih uvriježenih metoda komuniciranja pa je pacijent postao jedini „prijenosni“ medij za komunikaciju. Problem je u tome da pacijent vrlo često nema kod sebe nalaz, dijagnostičku sliku ili informaciju o prethodnim bolestima ili epizodama skrbi i da u pravilu ima kod sebe one manje važne, često administrativne dokumente nego nalaze i mišljenja koji su potrebni za kontinuitet skrbi i kvalitetno liječenje. Danas kad bi, de facto elektronički osobni zdravstveni karton sa svim nalazima, otpusnim pismima i medicinskom povijesti pacijenta mogli spremati na memory stick i dati pacijentu u ruke s pričuvnom kopijom kod doktora obiteljske medicine, još uvijek o pacijentu ovisi da li će fizički podići sve nalaze, otpusna pisma i ostala dokumenta, hoće li ih pažljivo administrirati, slagati i čuvati i hoće li ih u pravo vrijeme imati one potrebne dokumente kod sebe. Zbog toga se ponavlja dobar dio nalaza, dobar dio nalaza nikada se ne podigne ili ne evidentira, što znatno povećava potrošnju na mjestu dijagnostičkih i drugih usluga.

## **12. Korištenje dijagnostičkih algoritama, kliničkih smjernica i kliničkih putova**

Ne postoje standardizirani i usvojeni algoritmi postupanja za pojedine bolesti i stanja. To rezultira vrlo različitim pristupima koji u pravilu generiraju povećane troškove uz zaobilaznje pravog puta do dijagnoze izlječenja ili poboljšanja stanja. Tako se npr. za kontrolu nekih bolesti u biokemijskim laboratorijima umjesto jednog jedinog dijagnostičkog parametra često traže svi: KKS, diferencijalna KKS, enzimi, lipidogram, jetrene probe i sl. pa se onda često od šume nalaza niti ne akceptira onaj relevantni. Rtg i skupe dijagnostičke pretrage ponekad se rade na „zahtjev“ pacijenta koji „ucjenjuje“ doktore s mogućnošću da prenese svoj karton kod drugog „darežljivijeg“ doktora i td.

## **13. Hipertrofirana administracija, bilježenje na papirima**

Administracija, koja je u Štamparovo vrijeme bila okrenuta pacijentu i narodu, u međuvremenu je hipertrofirala i danas se svodi na administraciju raznih podataka potrebnih financijeru i upravi. Uvođenje novih evidencija i bilježenja nije značilo i napuštanje starih, nego samo dodavanje novih, a izvješća za HZZO i HZZJ ako se žele točno voditi zahtijevaju ogroman ljudski rad i napor. Uz to, sve je potrebno bilježiti ili tiskati na originalna izvješća i obrasce pa se troškovi za papir, bez računanja ljudskog rada i ostalog penju na desetke milijuna kuna (15 milijuna recepata, 7 milijuna uputnica specijalisti, milijuni doznaka, 700.000 uputnica u bolnice, 700.000 otpusnih pisama i otpusnica, milijuni dijagnostičkih i drugih papira. Jasno je da se podaci bilježe nesustavno, selekcionirano i bez prave pouzdanosti a da se sestre umjesto da se bave pacijentima i pomažu doktoru, u velikom dijelu vremena i energije bave administriranjem.

## **14. Problem plaćanja timova opće/obiteljske medicine sustavom glavarine**

Ugovor doktora opće/obiteljske medicine s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje ne specificira vrstu i obim usluga što ih je tim obvezan pružiti pacijentu. Nije definirano što tim pruža preko dopunskog osiguranja, odnosno što pacijent izravno plaća. Ovakva deregulacija napravila je velike razlike u broju i kvaliteti dostupnih usluga na terenu i nejednakost u pravima osiguranika. Uz to, "Popis dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima (vremenski i kadrovski normativi)" ("Plava knjiga") s bodovima kojima su određeni samo vremenski i kadrovski ne omogućava uvid u pravi sadržaj i kvalitetu rada tima opće/obiteljske medicine već samo formalno (vremenski i u bodovima) normira rad tima. Plaćati treba izvršenje i učinke a ne popis opredijeljenih osiguranika ili aktivnosti (ne koliko sati rada ili minuta i bodova, već koliko je pruženo uspješnih usluga/intervencija).

## **15. Problem plaćanja zaposlenog radnika u timu**

Odlaskom u zakup, novopečeni privatnik mora sklopiti ugovor sa svojim djelatnikom u timu kojemu je poslodavac. No ti, sada »njegovi radnici«, koji su iz Doma zdravlja sporazumnim otkazom otišli bez ikakve otpremnine (kao i njegov poslodavac), kao niti priznanja minulog rada u djelu vlasništva npr. nad dijelom prostora u kojem rade, žele da im nositelj tima prizna nastavak kontinuiteta prava koja su imali u bivšoj ustanovi-fiksnu plaću kakvu bi imali kao da su nastavili rad u državnom sektoru, jubilarne i druge nagrade, uvećanje plaća ovisno o ukupnom radnom stažu, a ne stažu ostvarenom radom u ordinaciji privatnika. Ako ispunjava zahtjeve svojih radnika, bez osiguranih sredstava ukalkuliranih u ukupnu cijenu usluge (glavarinu), privatni doktor to može učiniti samo smanjivanjem vlastite zarade. U praksi se dešavaju i apsurdne situacije: poštujući kolektivne ugovore koji su određeni za djelatnost javnog – državnog zdravstva, doktor privatnik nositelj tima i djelatnosti, odbitkom svih troškova uključujući i plaću sestre ima manju zaradu nego što je iznos sestrinske plaće.

## **16. Nema partnerstva s pacijentom, obitelji i zajednicom**

Novi tržišni odnosi u kojima nema poticaja da se uspostavi partnerstvo s osiguranikom - pacijentom otuđilo je pacijente od timova opće/obiteljske medicine, nema partnerstva i istoga cilja u suradnji, pacijentov je cilj doći do zdravlja, a cilj tima je preživjeti i financijski se održati. Iako često doktori

imaju obiteljske kartone ili pojedinačne kartone članova istih obitelji, nema više rješavanja (i onih) problema koji se izravno tiču obitelji i na koje obitelj može utjecati, nego se slučajevi rješavaju pojedinačno a osiguranici pacijenti promatraju i tretiraju kao da su samci. Također, i primjeri partnerstva i povezivanja sa zajednicom iznimka su, a ne pravilo.

### **17. Nema partnerstva s drugim sektorima, intersektorske suradnje**

Suradnja s centrima za socijalni rad, školstvom, gospodarstvom i drugim sektorima nedostatna je i svodi se uglavnom na (obvezatno) pismeno izvješćivanje. Aktivne, preventivne i projektne suradnje skoro da nema niti u tragovima.

### **18. Oprema ordinacija**

Dio doktora medicine otišlo je u zakup nakon što su ih domovi zdravlja uredili i opremili ordinacije potrebnom opremom, dio doktora otišao je u zakup sa zatečenim stanjem i opremom, a dio doktora otišao je u zakup nakon što je dom zdravlja „ispraznio“ ordinaciju, odnosno nakon što je iz ordinacija iznesen dio opreme. Zato je, po procjeni, u oko 50% ordinacija PZZ oprema u njoj nedostatna, zastarjela ili neispravna.

### **19. Popunjavanje osnovne mreže PZZ**

Unatoč višekratnim pokušajima i stalno otvorenim natječajima za zapošljavanje doktora, do popunjavanja osnovne mreže PZZ nikako ne dolazi. Razlike u broju osiguranika po timu su izrazito velike i kreću se minimalno od 600-800 u velikim gradovima, do 2400 u dijelovima Slavonije, na primjer. U prvom slučaju, doktorima se ne isplati raditi, jer su im sredstva jedva dostatna za obvezna davanja, a u drugom je nemoguće s pacijentima raditi bilo što osim pasivne skrbi. K tome, u cijelom sustavu nedostaje najmanje 50 timova opće/obiteljske medicine uz podatak da je od 4,300.000 građana Hrvatske, njih više od 100.000 još uvijek neraspoređeno i neopredijeljeno između timova.

### **20. Grupna praksa**

Unatoč strogim preporukama konzultanata i struke u cjelini, ovaj svojevrsni surogat za dom zdravlja u nestajanju, institucija koja je trebala preuzeti dio funkcija doma zdravlja i preuzeti dobar dio aktivne skrbi nad ukupnom populacijom, u praksi nije niti pilotiran iako su stručne osnove i modeli financiranja za nju pripremljeni. Razloge treba tražiti i mentalitetu doktora koji, napokon kad su počeli raditi „sami i samostalno“ ne žele razmišljati niti o jednom obliku povezivanja, čak niti kada im donose korist, a dijelom zbog toga što nije izrađena kompletna regulativa niti su u transparentnom obliku predstavljene sve prednosti za vlasnike grupnih praksi i uposlenike u njima.

### **21. Problem prostora**

Sistem zakupa prostora doma zdravlja predstavlja veliku kočnicu daljnjoj privatizaciji, a s druge strane „podstanarstvo“ timova u domu zdravlja ne ide na ruku razvijanju pozitivnih tržišnih odnosa. Za doktora privatnika u zakupu najteža moguća situacija je rad u smjeni u istom prostoru (često uz istu, maksimalnu vrijednost zakupnine određene od strane DZ) s drugim doktorom, s kojim može ali i ne mora biti u dobrim međuljudskim odnosima. Pošto su radni prostori prilagođeni veličinom jednome timu, nemoguće je da svaki doktor nabavlja ili ima svoju opremu-npr. dva kompjutera na istom stolu, ili dva na stolu sestre.

### **22. Odnos privatnika/zakupaca i Domova zdravlja**

U mnogim domovima zdravlja došlo je do slabljenja ili potpunog prekida veza timova s domom zdravlja. U rijetkim slučajevima došlo je i do uspostavljanja loših odnosa, prijepora i konflikata između doktora i doma zdravlja. Iako se nalaze u zajedničkim prostorima sa zajedničkim servisima i mogućnošću komfornog timskog rada i suradnje, ona je u pojedinim slučajevima potpuno nemoguća.

### **23. Problem zamjena za godišnji odmor, bolovanja i izostanaka s posla (kongresi, edukacije itd.) kod ordinacija u zakupu**

Zbog toga što je „sve riješeno u glavarini“ te što je zbog manjka doktora teško naći i platiti zamjenu za godišnji odmor, bolovanja i izostanaka s posla (kongresi, edukacije itd.), postalo je pravilo da timovi „pokrivaju“ jedni druge što u praksi znači da su ljeti kad u Hrvatku stignu milijuni turista, ordinacije već dvostruko opterećene poslom od domaćih osiguranika, uz još puno drugih problema koji nastaju sa zamjenama.

### **Kontakt podaci:**

Primarijus dr. sc. Ranko Stevanović, specijalist obiteljske medicine

Predsjednik Hrvatskog društva za farmakoekonomiku i ekonomiku zdravstva

Voditelj Odjela za primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskom zavodu za javno zdravstvo

Voditelj modula „Javno zdravstvo“ na Međunarodnom poslijediplomskom studiju iz menadžmenta u zdravstvu pri Školi narodnog zdravlja "Andrija Štampar" Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

