

Usporedba utjecaja ustrojbenih modela rada u djelatnosti opće medicine na kvalitetu i učinkovitost zdravstvene zaštite

Bekić, Tatjana

Professional thesis / Završni specijalistički

2018

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:477491>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-05**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



Sveučilište u Zagrebu
Medicinski fakultet

Poslijediplomski specijalistički studij
Menadžment u zdravstvu

Tatjana Bekić

**USPOREDBA UTJECAJA USTROJBENIH
MODELA RADA U DJELATNOSTI OPĆE
MEDICINE NA KVALITETU I UČINKOVITOST
ZDRAVSTVENE ZAŠTITE**

Završni specijalistički rad

Zagreb, 2018. godine

Ovaj završni specijalistički rad izrađen je pod mentorstvom prof.dr.sc. Biserke Bergman Marković dr. med. i predan na ocjenu u akademskoj godini 2017/2018.

Redni broj rada: _____

Zahvaljujem mojoj mentorici prof.dr.sc. Biserki Bergman Marković na svekolikoj pomoći i motivaciji prilikom izrade završnog specijalističkog rada te na svim savjetima i razumijevanju koje mi je bilo potrebno tijekom izrade ovog specijalističkog rada.

Zahvaljujem svojim kolegicama i kolegama, u prvom redu Dubravki Matanić, dipl. oec., Ivani Čizmić, dipl. oec., Andreji Rožić Dizdar, dr. med. spec. medicine rada na pomoći pri prikupljanju, obradi i prikazu podataka iz informatičkog sustava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Sadržaj

UVOD	6
Važnost primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenom sustavu	6
Razvoj uloge obiteljske medicine kroz reforme zdravstva	7
Hipoteza i cilj rada	11
ISPITANICI I METODE	13
Statistička analiza:	14
REZULTATI	16
RASPRAVA	23
Struktura timova obiteljske medicine	23
Rezultati rada u izvršenju ugovornih obveza - broj provedenih DTP	23
Rezultati u postizanju kvalitete rada (QI)	24
Rezultati u postizanju učinkovitosti rada (KPI)	24
Rezultati u rasterećivanju SKZZ i smanjivanju listi čekanja	25
Opremljenost ordinacija	26
Grupne prakse	27
Specijalizacija iz obiteljske medicine	27
Pregled organizacije i financiranja u zemljama s dobro organiziranom PZZ	29
Utjecaj organizacije PZZ na zdravstvene izazove u RH i zemljama okruženja	30
Rezultati postojeće organizacije rada u obiteljskoj medicini i prijedlozi reorganizacije ...	32
ZAKLJUČAK	35
SAŽETAK	36
SUMMARY	37
LITERATURA	38
ŽIVOTOPIS	42

Popis oznaka i kratica

HZZO	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
LOM	Liječnik obiteljske medicine
SOM	Specijalista obiteljske medicine
DTP	Dijagnostičko terapijski postupak
SKZZ	Specijalističko konzilijarna zdravstvena zaštita
PZZ	Primarna zdravstvena zaštita
LDZ	Liječnik zaposlen u domu zdravlja
KPI	eng. Key performans indicators - pokazatelji učinkovitosti rada
QI	eng. Quality indicators – pokazatelji kvalitete rada

UVOD

Zdravlje je ključan čimbenik kvalitete života pojedinca, obitelji i društva u cjelini. Ulaganje u zdravlje je osnovna ideologija i isplativa investicija svakog društva koje drži do svojeg razvoja. Zdravstveni sustavi, zbog razvoja novih tehnologija postaju sve učinkovitiji, ali i sve kompleksniji i skuplji. Financiranje takvih sustava postaje sve veći problem i za bogate zemlje svijeta. Stoga danas imamo sve blagodati koje moderna medicina pruža (dostupnost liječnika, učinkovitu dijagnostiku, kvalitetno liječenje), ali je racionalizacija u pružanju zdravstvenih usluga nužna kako bi svaki pojedinac dobio što bolju zdravstvenu zaštitu. Svaka zemlja treba donijeti odluku o načinu raspolaganja zdravstvenim novcem, a uvijete osiguranja zdravlja nacije treba zadovoljiti jednostavnim pristupom zdravstvenom sustavu koji osigurava prevenciju i promociju zdravlja, brzu i dostupnu dijagnostiku te liječenje i rehabilitaciju (1).

Važnost primarne zdravstvene zaštite u zdravstvenom sustavu

Svaki dobar zdravstveni sustav vodi brigu o primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) (2), znajući da o organizaciji PZZ ovisi globalno zdravlje nacije (3). Dobro organizirana PZZ pomaže u boljoj prevenciji bolesti te smanjenu smrtnosti (3). Brojna znanstvena istraživanja pokazuju kako dobro razvijena PZZ omogućava bolju koordinaciju dionika, kontinuitet u skrbi, ali omogućava i bolju kontrolu troškova u zdravstvenom sustavu (4,5). Stoga države u kojima je više zdravstvenih radnika angažirano u PZZ imaju bolje zdravstvene ishode skrbi populacije uz manje ukupne troškove zdravstvene zaštite (6), odnosno imaju zdraviju populaciju uz smanjenje negativnih učinaka socijalnih nejednakosti (3,7,8,9,10,11). PZZ u RH je dio sustava zdravstvene zaštite, Mreža javne zdravstvene službe, koja se danas provodi kroz privatne prakse (fizičke osobe, koncesionari) i ustanove (domovi zdravlja) (12). Uvjeti ugovaranja sa osiguravajućom kućom su identični i za fizičke osobe i za domove zdravlja. Međutim u sustavu ostvarivanja dohotka razlika ipak postoji. Koncesionar je privatni zdravstveni radnik koji radi u svoje ime i za svoj račun te ostvaren ukupan prihod s osnova ugovorene i provedene zdravstvene zaštite njegov je prihod u cjelini. Liječnik zaposlenik doma zdravlja radi u ime i za račun doma zdravlja te za svoj rad ostvaruje plaću od svog poslodavca (doma zdravlja) obračunatu prema zakonskim propisima (kolektivni ugovor) koji uređuju način obračuna i isplate plaće državnih i javnih službenika. Uvjeti za ostvarivanje dohotka radnika u javnom sektoru, razlogom su što svi doktori zaposleni u domovima zdravlja, bez obzira na izvršen opseg rada, te zadovoljavanje pokazatelja uspješnosti i kvalitete primaju isti, zajamčeni dohodak.

Tradicija razvoja i utemeljenja PZZ u Republici Hrvatskoj (RH) je svjetski priznata. Populacija na području Hrvatske, a i šire, prilično je osviještena elementarnim znanjem o Andriji Štamparu (1888–1958) (13). Njegove su ideje dale pečat jačanja javnog zdravstva kao i izradi ustava

Svjetske zdravstvene organizacije (14). Temelj PZZ u većini zemalja pa i u Hrvatskoj čini obiteljska medicina koja preuzima sve više funkcija primarne zaštite. Osnovna vrijednost PZZ u RH je u promjeni koncepcije od pasivnog prepisivača receptata i uputnica u aktivnog „čuvara“ sustava zdravstva koji prati zdravlje osobe i prevenira pojavu bolesti te rješava medicinski problem od početka bolesti do izlječenja. Obiteljska medicina treba biti organizirana po principu dostupne, kontinuirane i integrirane skrbi. Za takav kvalitetan i za samostalni rad u obiteljskoj medicini nužna je specijalizacija. Bez akademske stručne i znanstvene sastavnice nema opstanka i razvitka medicinske discipline (15). Prva specijalizacija iz obiteljske medicine počela je davne 1960. godine upravo u RH. Usprkos provođenju specijalizacije učešće liječnika sa završenom specijalizacijom opće/obiteljske medicine je ranih devedesetih godina prošlog stoljeća u djelatnosti opće medicine bilo oko 30%. Zbog potrebe da se u kratko vrijeme što više liječnika koji rade u obiteljskoj medicini primjereno obrazuje u skladu s europskim preporukama od 2003. godine do 2015. godine provodio se projekt specijalističkog usavršavanja za doktore koji rade u općoj medicini, a koji je uz redoviti program specijalizacije imao i program doedukacije za liječnike specijaliste medicine rada, školske medicine te liječnike koji su imali radno iskustvo u obiteljskoj medicini dulje od 10 godina. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo u djelatnosti obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj 2016 . godine radilo je ukupno 2293 liječnika a njih 1115 (48.6%) su bili specijalisti opće/obiteljske medicine.

Trenutačno je udio specijalista opće medicine naspram doktora medicine i specijalista drugih specijalnosti koji rade u općoj medicini 60 : 40 (16).

Razvoj uloge obiteljske medicine kroz reforme zdravstva

Startno polazište svake reforme mora biti pažljiva analiza postojećeg sistema financiranja kako bi se definirale slabosti ili problematična područja u kombinaciji sa razumijevanjem faktora koji mogu olakšati ili otežati uspješnu reformu (17). **Prva opsežna reforma zdravstva** ozakonjena je 1993. godine pod utjecajem globalnih agencija, poglavito Svjetske banke, kako bi eliminirala loše strane prošlog sustava (prevelika potrošnja, naslijeđeni gubici, neučinkovita decentralizacija), nove društvene probleme (zdravstvena kriza izazvana ratom i ekonomskim poteškoćama), nove društvene okolnosti (sloboda odlučivanja pacijenta, privatizacija). Eksplicitni cilj reforme iz 1993. godine bio je jačanje uloge PZZ te nastojanje da se na primarnoj razini, bez nepotrebnog upućivanja specijalistima, rješava najveći broj zdravstvenih problema. Svjetska zdravstvena organizacija savjetovala je postupni prijelaz u privatizaciju PZZ, zbog negativnih iskustava drugih zemalja (Mađarska) i zbog nenaviklosti građana na privatno vlasništvo. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 1993.g. inaugurirana je u punom opsegu tzv. „oprezna„ privatizacija koja je smjerala postupnoj, ali potpunoj privatizaciji PZZ. Zakonskim aktom iz 1995. godine utvrđena su pravila ulaska u sustav zakupa ordinacija PZZ. Uvjeti

zakupa te uvjeti pružanja zdravstvene zaštite bili su u potpunosti određeni od strane HZZO-a, u obliku često vrlo nepovoljnih, restriktivnih financijskih i drugih odredaba. Riječ je bila o vrsti ograničene, dirigitirane privatizacije. Drugi vid privatizacije sastojao se od uvođenja participacije za pojedine usluge te mogućnosti liječnicima da nakon obveznog radnog vremena pružaju privatne usluge. Svjetska zdravstvena organizacija nikada nije preporučila takvo rješenje. Budući da reformske mjere nisu donijele organizacijske promjene već su se bazirale na kontroli tokova financiranja te kontroli troškova (izbacivanje amortizacije iz prikaza troškova, povećanje stope doprinosa, limitiranje potrošnje) navedene mjere brzo su izgubile svoju učinkovitost. Tada je počeo i prvi zajednički projekt Vlade RH i Svjetske banke (1995 – 1999) putem informatizacije HZZO-a i nabavke medicinske opreme. **Reforma PZZ 2000. godine** financirana je iz tog projekta, za razvoj tzv. „grupnih praksa“ koje su trebale nadomjestiti funkciju urušenog sustava domova zdravlja. Međutim cilj reforme je bio sveobuhvatna reforma zdravstvenog sustava koja je uključivala niz promjena u upravljanju zdravstvenim sustavom, unapređenje učinkovitosti i kvalitete te jačanje preventivne i PZZ. U ovom razdoblju gradovima i županijama osigurana su sredstva od dodatnog udjela u porezu na dohodak za investicijsko održavanje ustanova koje u njihovom vlasništvu, a HZZO je postao dio središnjeg državnog proračuna. Vlada je time željela bolje kontrolirati financiranje zdravstvenog sustava, ali je time samo ojačala neučinkovitu državnu centralističku kontrolu bez ikakvih bitnijih promjena u sustavu planiranja i raspodjele zdravstvenih troškova. Reforma zdravstvenog sustava trebala bi točno definirati koja su prva i usluge koje se mogu financirati uz zadanu visinu izdvajanja za zdravstvo i postojeću visinu BDP-a. **Idući reformski zahvat** temelji se na Nacionalnoj strategiji razvitka zdravstva od 2006. - 2011. godine te konstatacijama da je RH obzirom na pokazatelje smrtnosti djece i odraslih svrstana u najprestižniju A skupinu zemalja premda se priznaju i problemi (teritorijalna neujednačenost kapaciteta sekundarne zdravstvene zaštite, koncentracija specijalističko konzilijarne zdravstvene zaštite u bolničkim zdravstvenim ustanovama, nepostojanje kategorizacije bolnica, redukcija uloge PZZ, smanjenje broja preventivnih pregleda). Jedno od načela postojeće Nacionalne strategije bilo je uspostava integrirane zdravstvene zaštite što uključuje jačanje PZZ kao osnovnog elementa integrirane skrbi i uspostava učinkovite kontrole nad korištenjem sekundarnih i tercijarnih kapaciteta i općom potrošnjom zdravstva te rješavanje do 80% medicinskih slučajeva na razini PZZ. U reformi PZZ jedna od najvažnijih promjena odnosi se na plaćanje u djelatnosti opće/obiteljske medicine. Cilj je financijskim i stručnim poticajima osigurati bolju kvalitetu rada odnosno bolju zaštitu populacije. Ovakve suštinske promjene se odvijaju kontinuirano, polako i uz pažljivo praćenje učinaka tih promjena te brzu korekciju neočekivano nepovoljnih učinaka (18). Plaćanje zdravstvene zaštite na primarnoj razini obavljalo se s obzirom na broj opredijeljenih osiguranih osoba po timu doktora opće/obiteljske medicine (tzv. glavarina) od 1998. godine. 2004. godine uveden je mehanizam plaćanja po usluzi u početku za preventivne programe, a

nakon toga i za određen dio kurativnih postupaka do maksimalnih. 20% dodatnog prihoda povrh glavarine (19).

Novi model financiranja PZZ putem strukturiranog izračuna prihodovanja počinje 01.04.2013. godine ugovorom između HZZO-a i 74,9 % liječnika obiteljske medicine koji su tada bili u koncesiji. Cilj novog modela je podizanje kvalitete i učinkovitosti pružanja zdravstvene zaštite kako pacijentima, tako i pružateljima zdravstvene zaštite, dok HZZO kroz direktne i indirektne rezultate očekuje bolje usmjeravanje sredstava za zdravstvenu zaštitu. Novi model ugovaranja PZZ uvodi dva osnovna elementa u način prihodovanja u obiteljskoj medicini. To su temeljni, osnovni dio prihoda i dodatni, stimulativni dio. **Osnovni dio prihoda** uključuje plaćanje hladnog pogona (plaća i ostali troškovi) u fiksnom iznosu, glavarinu (prihod prema broju osiguranika po dobnim skupinama) i plaćanje DTP prema izvršenju. Takav kombinirani sustav plaćanja potiče liječnika na širenje spektra rada i povećanje kvalitete rada (20). Njihov rad je mjerljiv i nije vrednovan samo brojem opredijeljenih osiguranih osoba već kvalitetom i količinom pruženih usluga. Pri tom, za uvođenje komponente plaćanje prema učinjenom radu moraju biti zadovoljeni slijedeći preduvjeti: osigurana dodatna sredstva, dobro praćenje izvršenja programa, primjeren informatički program i uvažavanje specifičnosti pojedinih sredina. 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 također mogu zaraditi dodatna sredstva (21). Uvođenjem novog modela ugovaranja došlo je do porasta aktivnosti (preventivne aktivnosti, poučavanje o zdravom stilu življenja i medicinska edukacija) koje su skoro nestale iz spektra rada u ordinacijama obiteljskih liječnika. Prema podacima iz Hrvatskog zdravstveno statističkog ljetopisa, Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, za 2015. godinu zabilježeno je 36.472.537 posjeta liječničkim ordinacijama, prema 34.715.078 u 2014. godini, što je porast od 5,1%. U prosjeku to iznosi 82 posjeta dnevno. Od toga 57 posjeta u pozadini imaju administrativni razlog dolaska. Međutim, istovremeno se i broj pregleda povećao, 3,1% više u odnosu na 2014.godinu (22). Slične rezultate je za 2015. godinu kroz bilježenje odgovarajućih dijagnostičko terapijskih postupaka (preventivni pregledi, pregledi, savjetovanja) iz opće/obiteljske medicine pokazao i HZZO. Izdvojeni su i posebni indeksi kvalitete rada kao pokazatelji učinkovitosti i kvalitete rada, te se taj elemenat koristi i za financijsku kontrole rada liječnika. Osim navedenih dijelova strukturiranog plaćanja uvodi se i **pokazatelji uspješnosti (key performance indicators - KPI)**. To je najčešće rabljeni alat za poboljšanje učinkovitosti organizacije rada, prateći financijske pokazatelji na razini PZZ-e. Praćenjem indikatora uspješnosti omogućuje se međusobna usporedivost ili ustanova ili provoditelja te da se temeljem toga mogu prihvatiti novi obrasci poslovanja kao i optimiziranje razina usluge. Za ključni pokazatelje učinkovitosti (KPI) odabrani su: propisivanje lijekova na recept, stopa bolovanja, upućivanje na

specijalističko-konzilijarne preglede, upućivanje u laboratorij primarne zdravstvene zaštite i udio obavljenih preventivnih postupaka. Njihovo ostvarenje omogućava dodatne prihode od zbroja prihoda glavarine i DTP-a., a krajnji cilj je stimulirati racionalno upravljanje resursima. Kada je riječ o kvaliteti zdravstvene zaštite, ne postoji univerzalno prihvaćena definicija kvalitete budući da se ona percipira ovisno o razini kulturnog razvoja, mentalitetu, navikama i slično i u konačnici se manifestira kao osjećaj zadovoljstva korištenjem neke usluge. Uvođenje primjerene stručne kontrole moglo bi se pridonijeti povećanju kvalitete rada, ali ta kontrola treba biti učinjena od parnjaka (stručni naziv peer review) odnosno od onih koji dobro poznaju struku i rade u istim uvjetima (23). Stoga su **pokazatelji kvalitete (*quality indicators – QI*)** uvršteni kao dodatni pokazatelji i dodatna financijska stimulacija liječnika. HZZO je utvrdio dva glavna pokazatelja kvalitete: vođenje panela kroničnih bolesnika (hipertenzija, dijabetes, KOPB) i sudjelovanje u savjetovanju „peer grupe“ odnosno u stručnom savjetovanju parnjaka. **Paneli** sadrže strukturirane jednoobrazne podatke ranog otkrivanja rizičnih ponašanja i situacija uz praćenje nastalih komplikacija u kroničnih bolesnika. Oni se uvode zbog potrebe sustavnog evidentiranja, praćenja i liječenja kroničnih bolesnika. Plaćanje prema tom pokazatelju je moguće ako dnevno ispune liječnici 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 te kada HZZO ne bi plaćao pojedinačno svaki Panel nego učestalost otkrivene bolesti na populacijskom nivou i na koncu kada bi plaćao prema postignutom ishodu liječenja. No, za takav način prihodovanja postavljeni su dobri temelji. Trenutačno je malo podataka o kvaliteti zdravstvene zaštite, a još uvijek se osmišljavaju načini za dobivanje informatičkih podataka o kvaliteti zdravstvene zaštite (21,24). Kroz aktualni sustav ugovaranja PZZ dana je mogućnost, koja je dodatno bonificirana, udruživanja u „skupnu praksu“. To je rađeno po uzoru na grupne prakse gdje se liječnici interesno udružuju svoje znanja, opremu i vrijeme prema vlastitim afinitetima i mogućnostima, a u cilju cjelovitog pristupa pacijentu i njegovoj obitelji u uvjetima optimalnog funkcioniranja ordinacije. Ta ponuda udruživanja u „skupne prakse“ nema neku praktičnu vrijednost jer to nije pravo interesno udruživanje za dobrobit svih, liječnika, pacijenta i društva u cjelini, jer za pravo udruživanje u grupne prakse je potreban pravi privatni model organizacije rada, a ne koncesija. Manjkavost samog zdravstvenog sustava je i neplaniranje na temelju podataka o morbiditetu i mortalitetu, ekonomskoj koristi ili na temelju poboljšanja kvalitete života. Derogirana je uloga doma zdravlja u programima zdravstvene zaštite, u planiranju rada, u edukaciji bolesnika i širenju spektra rada, stručnim nadzorom i osiguranjem kvalitete rada, zaštiti stručnog interesa, sveobuhvatnim osiguranjem zdravstvene zaštite na svojem području, planiranjem financijskih sredstava za opremanje ordinacija te povezivanju liječnika po interesu i struci (25). Posao liječnika obiteljske medicine često rade specijalisti kliničari, jer on nema vremena za svoj posao, i zato svaki drugi pregledani pacijent završi na pregledu u specijalističko konzilijarnoj

zdravstvenoj zaštiti. (SKZZ), posao medicinske sestre često radi liječnik (medicinska edukacija) jer je ona preuzeta administrativnim poslovima (21). Postojeći zdravstveni sustav disfunkcionalan je, oslonjen na kliničku medicinu i bolničko liječenje. Iz navedenog razloga težište financiranja je na bolničkoj zdravstvenoj zaštiti, a većina doktora medicine angažirana je upravo u bolničkom sustavu. PZZ je dodatno opterećena para medicinskim odnosno administrativnim poslovima i odgovornošću za funkcioniranje drugih sustava (socijalno zbrinjavanje, školstvo, policija, osiguravajuća društva i sl.). Geografski je RH razvedena zemlja sa posebnom potrebom organizacije ZZ u demografski ugroženim i zemljopisno izoliranim područjima. Populacija RH orijentirana je prema životu u četiri gradske cjeline, dok su velika kontinentalna područja demografski i ekonomski devastirana, a otoci zbog udaljenosti, loše infrastrukture i izoliranosti, neatraktivni za rad i stručno napredovanje doktora medicine. U interesu je jedinica lokalne samouprave u čijem su vlasništvu, između ostalog i domovi zdravlja, osigurati stanovništvu dostupnu zdravstvenu zaštitu. U tu svrhu, HZZO na temelju zahtjeva privatnika i domova zdravlja utvrđuje pravo na dodatna financijska sredstva, kojima se osigurava financijska opstojnost timova, koji zbog manjeg broja opredijeljenih osiguranih osoba ne bi mogli opstati samo na temelju svoga rada. Poseban standard, također se utvrđuje zbog otežanih uvjeta rada i povećanih troškova onim timovima, koji zbog nedostatka doktora rade na dvije lokacije ordinacije. **Glavne manjkavosti** u financiranju opće medicine su: manjak sredstava za poslovanje timova opće medicine, nedostatna sredstva za osiguranje primjerenog standarda i kvalitete života liječnika s posljedičnim izgaranjem na poslu, što se očituje na nepopunjenosti mreže opće medicine. Dodatni problem stvara nedostatna i nekvalitetna informatizacija (informatička nepovezanost s ostalim dionicima u pružanju zdravstvene zaštite). **Glavni problem u financiranju PZZ** je različiti obračun dohotka za isti obavljeni posao (individualno ugovaranje i individualni obračun prema učinjenom poslu liječnika u koncesiji u odnosu na fiksnu plaću prema kolektivnom ugovoru za javne službenike liječnika u domovima zdravlja.

Ovo istraživanje treba pokazati u kojoj mjeri postojeća organizacija provođenja ZZ u obiteljskoj medicini (koncesionari i domovi zdravlja) utječe na dostupnost, učinkovitost i kvalitetu zdravstvene zaštite.

Hipoteza i cilj rada

Obzirom na iste uvjete strukturiranog plaćanja za sve liječnike u PZZ koji uključuju kriterije uspješnosti i pokazatelje kvalitete rada te dodatne mogućnosti rada, svi liječnici u PZZ jednako uspješno provode ugovorenu zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Cilj rada je istražiti utječe li organizacijski oblik provođenja zdravstvene zaštite u obiteljskoj medicini iz obveznog zdravstvenog osiguranja na kvalitetu rada, odnosno postoji li razlika u

izvršenju ugovornih obveza između timova obiteljske medicine koji su u koncesiji i timova koji su u domu zdravlja

Specifični ciljevi:

1. Utvrditi da li radno pravni status ordinacije utječe na broj izvršenih DTP
2. Utvrditi da li radno pravni status ordinacije utječe na broj izvršenih preventivnih pregleda
3. Utvrditi da li radno pravni status ordinacije utječe na pokazatelje uspješnosti i kvalitete rada ordinacije opće medicine
4. Utvrditi da li radno pravni status ordinacije utječe na rasterećivanje SKZZ
5. Utvrditi da li postoji razlika u zastupljenosti pojedinog organizacijskog oblika provođenja obiteljske medicine na područjima teže zemljopisne izoliranosti i demografske ugroženosti gdje se ugovaranje zdravstvene zaštite radi osiguranja dostupnosti provodi po posebnom standardu
6. Predložiti moguća rješenja s obzirom na iskustva zemalja iz okruženja te neprovedene reformske ciljeve

ISPITANICI I METODE

Ispitanici su liječnici opće/obiteljske medicine koji imaju ugovorni odnos sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu HZZO), a koji rade u dva ustrojbeno oblika odnosno dva radno pravna statusa (koncesionari i liječnici u domovima zdravlja). Ispitano je 1.481 liječnika u koncesiji i 787 liječnika u domovima zdravlja

Analizirano je se razdoblje od 1. 01. 2015.g. do 31. 12. 2015.g. Za prikaz strukture, rasprostranjenosti i broja ugovornih timova u djelatnosti opće/obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj korišteni su podaci iz baze ugovornih subjekata HZZO.

Analiziran je utjecaj načina financiranja pojedinog ustrojbenog oblika (koncesionari i liječnici u domovima zdravlja) na motiviranost za rad prikazan kroz usporedbu podataka o izvršenim DTP na temelju poruka poslanima u Centralni informatički sustav zdravstva (CEZIH) na dan 31.12. 2015. godine.

Procijenjena je uspješnost u postizanju pokazatelja učinkovitosti (stopa bolovanja, potrošnja lijekova na recept, broj izdanih uputnice za primarni laboratorij, broj izdanih uputnica za kompletan specijalistički pregled, uputnice za SKZZ) i pokazatelja kvalitete rada (broj otvorenih panela za dijabetes, hipertenzija KOPB, sudjelovanje u peer grupama) izvršena je usporedbom dva ustrojbeno oblika koji su ostvarili prihode tijekom 2015. godine osnovom zadovoljenih pokazatelja. Pokazatelji učinkovitosti i kvalitete u djelatnosti opće/obiteljske medicine te način i uvjeti vrednovanja navedenih pokazatelja objavljeni su u Odluci o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Utjecaj pojedinog ustrojbenog oblika na broj provedenih preventivnih pregleda (OM166 Preventivni program za prevenciju prekomjerne tjelesne težine i edukacija, OM167 Preventivni program za prevenciju šećerne bolesti i edukacija, OM168 Preventivni program za prevenciju pušenja i edukacija, OM169 Preventivni program za prevenciju prekomjerne konzumacije alkohola i edukacija) utvrdit će se kroz broj evidentiranih poruka o obavljenim DTP u CEZIH-u u 2015. godini. Navedeni pregledi u općoj medicini se provode oportunistički u ordinacijama opće medicine za opredijeljenu populaciju u dobi od 2 do 70 godina starosti, a popis DTP objavljen je u Odluci o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Za procjenu uspješnosti pojedinog ustrojbenog oblika na cjelovito zbrinjavanje pacijenta u PZZ korišteni su podaci za 2015. godinu o broju izvršenih, ciljanih DTP koji se mogu provoditi na primarnoj razini zdravstvene zaštite, a za koje postoji duga lista čekanja u specijalističkim i bolničkim ustanovama i to osnovom podataka o porukama o izvršenim postupcima u CEZIH-u za DTP OM200 Uobičajena elektrokardiografija, OM201 Spirometrija, OM202 Dermoskopija, OM203 Oftalmoskopija, OM225 Kontirano jednodnevno monitoriranje arterijskog tlaka, OM226 Pulsna oksimetrija, OM227 Dermoskopija u slučaju horizontalnog upućivanja, OM300 Pretraga ultrazvukom pojedinog organskog sustava, OM301 pretraga ultrazvukom abdomena, OM302 Pretraga ultrazvukom dojki, OM304 Pretragom ultrazvukom lokomotornog sustava, OM305 pretraga ultrazvukom kožnih i potkožnih tvorbi.

Analizira zastupljenost koncesionara i zaposlenika domova zdravlja na područjima teške prometne izoliranosti i demografski ugroženim područjima izvršena je na temelju podataka Zavoda o broju timova ugovorenih u djelatnosti opće/obiteljske medicine u 2015. godini u skladu s odredbama Odluke o posebnim standardima i mjerilima njihove primijene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Za prikaz utjecaja organizacijskih oblika provođenja opće/obiteljske medicine na izravan ulazak pacijenata na sekundarnu razinu zdravstvene zaštite kroz hitne bolničke prijeme ili objedinjene hitne bolničke prijeme koristit će se podaci HZZO-a o broju izdanih računa u 2015. godini iz objedinjenih i hitnih bolničkih prijema u pojedinoj regiji.

Statistička analiza:

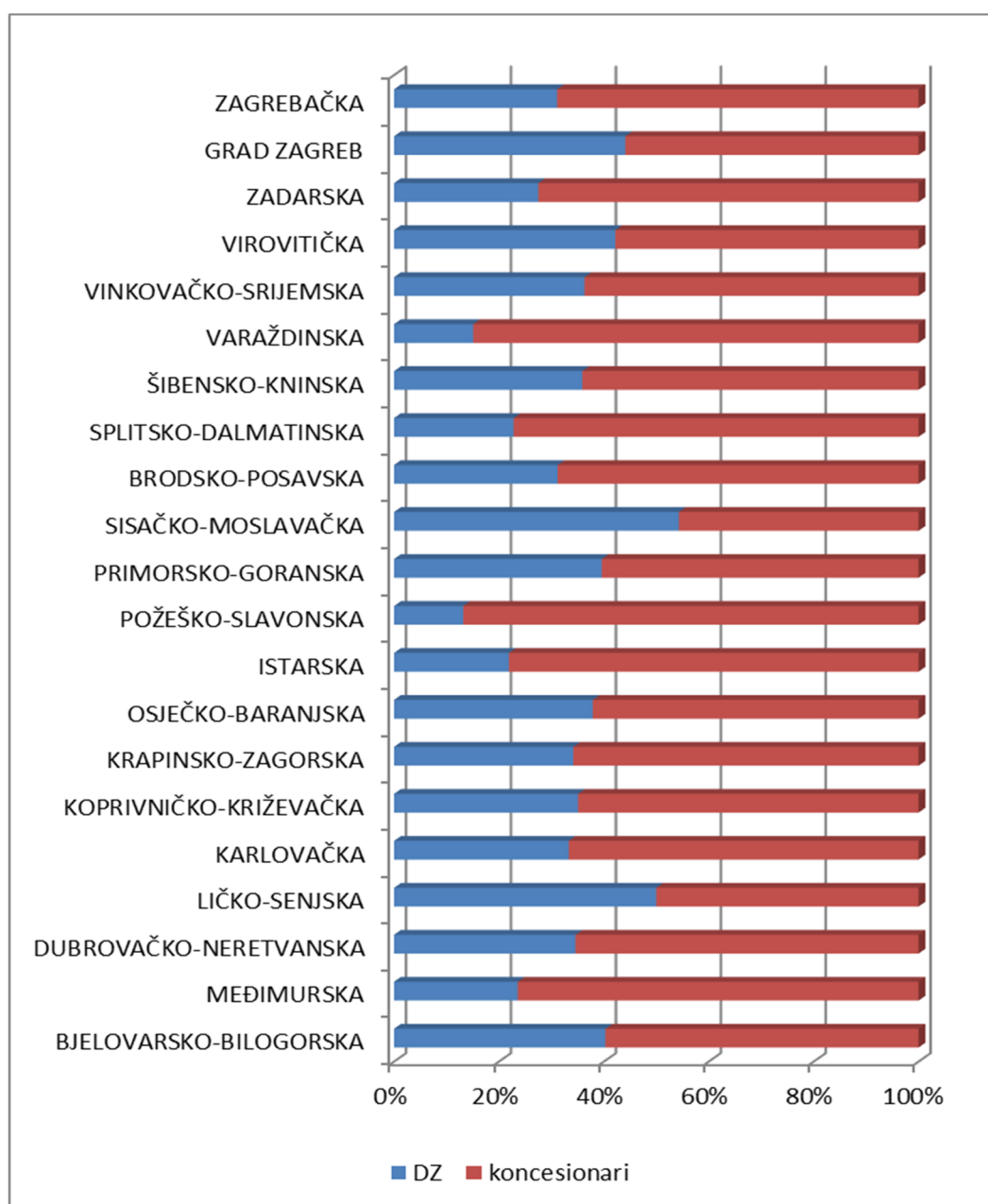
Uspješnost u postizanju pokazatelja učinkovitosti i kvalitete, podataka o izvršenju DTP te izvršenju izvan limita, bit će prikazani apsolutnim (n) i relativnim (%) frekvencijama. Analizirat će se koji od dva ustrojbeni oblika je uspješniji u postignutim pokazateljima učinkovitosti i kvalitete rada, u ukupnom broju izvršenih DTP te izdvojeno u broju izvršenih DTP za koje je potrebna posebna oprema kao i u broju izvršenih preventivnih pregleda.

Razlike u raspodjeli podataka s obzirom na ustrojbeni oblik liječnika obiteljske medicine testirane su χ^2 testom. Za utvrđivanje utjecaja liječnika (s obzirom na radno pravni status) na izvršenje DTP korištena je logistička regresija. Dobivene vrijednosti statističkih testova su interpretirane na razini značajnosti od 95% .

REZULTATI

Prema podacima iz baze ugovora Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje na dan 31.12.2015. godine na području Republike Hrvatske ugovoreno je 2.285 timova u djelatnosti opće/obiteljske medicine od čega je 787 (34,4%) timova ugovoreno s domovima zdravlja, a 1.498 (65,6%) timova je ugovoreno osnovom privatne prakse u koncesiji (Tablica 1.).

Tablica 1. Udio (%) broja doktora opće medicine/obiteljske medicine s obzirom na radno-pravni status ordinacije (pripadnost domu zdravlja/koncesiji), po županijama



Djelatnost opće/obiteljske medicine mogu obavljati doktori medicine ili doktori medicine bilo koje specijalnosti te doktori medicine specijalisti obiteljske medicine (Tablica 2.).

Tablica 2. Raspodjela liječnika s obzirom na radno-pravni status i specijalizaciju, po županijama

Županija	dom zdravlja			koncesije			P
	ukupno	LOM	SOM	ukupno	LOM	SOM	
BJELOVARSKO-BILOGORSKA	27	26	1	40	22	18	<0,001
MEĐIMURSKA	13	12	1	42	12	30	<0,001
DUBROVAČKO-NERETVANSKA	27	22	5	51	29	22	0,044
LIČKO-SENJSKA	16	13	3	16	11	5	0,685
KARLOVAČKA	25	21	4	50	25	25	0,005
KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA	20	16	4	37	20	17	0,083
KRAPINSKO-ZAGORSKA	26	20	6	50	32	18	0,305
OSJEČKO-BARANJSKA	64	49	15	105	36	69	<0,001
ISTARSKA	25	17	8	89	43	46	0,112
POŽEŠKO-SLAVONSKA	5	4	1	33	12	21	0,141
PRIMORSKO-GORANSKA	53	37	16	81	49	32	0,357
SISAČKO-MOSLAVAČKA	51	41	10	43	24	19	0,219
BRODSKO-POSAVSKA	24	17	7	53	23	30	0,029
SPLITSKO-DALMATINSKA	60	35	25	203	119	84	1,000
ŠIBENSKO-KNINSKA	23	19	4	41	11	30	<0,001
VARAŽDINSKA	13	12	1	73	27	46	<0,001
VINKOVAČKO-SRIJEMSKA	33	24	9	58	29	29	0,047
VIROVITIČKA	19	14	5	26	12	14	0,077
ZADARSKA	22	22	0	58	47	11	0,030
GRAD ZAGREB	195	101	94	247	96	151	0,007
ZAGREBAČKA	46	30	16	102	36	66	0,001
UKUPNO	787	552	235	1498	715	783	<0,001

Kratice: LOM-liječnik obiteljske medicine, SOM-specijalista obiteljske medicine, P= χ^2 test-razina statističke značajnosti ili vjerojatnosti pogreške prema Fisheru

Udio specijalista obiteljske medicine u ukupnom broju ugovorenih doktora u djelatnosti opće/obiteljske medicine u domovima zdravlja na nivou cijele RH je 29,9%, a kod koncesionara 52,3% odnosno statistički značajno više specijalista obiteljske medicine radi u koncesiji u odnosu na specijaliste u domovima zdravlja ($P < 0,001$).

U Ličko-senjskoj, Koprivničko-križevačkoj, Krapinsko-zagorskoj, Istarskoj, Požeško-slavonskoj, Primorsko-goranskoj, Sisačko-moslavačkoj i Virovitičko podravskoj županiji (8 od 20 županija) razlika u raspodjeli doktora medicine i specijalista obiteljske medicine u domovima zdravlja i koncesiji je slučajna ($P < 0,050$)

Tablica 3. Broj liječnika obiteljske medicine i specijalista obiteljske medicine s obzirom na dobne skupine i radno-pravni status, po županijama

Županije	dobne skupine	zaposlenici DZ			koncesionari		
		LOM	SOM	(Fisher) P	LOM	SOM	P
BJELOVARSKO-BILOGORSKA	<50 g.	11	1	1,000	1	2	0,579
	≥ 50 g.	14	1		21	16	
MEĐIMURSKA	<50 g.	8	1	1,000	2	13	0,158
	≥ 50 g.	4	0		10	17	
DUBROVAČKO-NERETVANSKA	<50 g.	11	1	1,000	3	4	0,447
	≥ 50 g.	13	2		26	18	
LIČKO-SENJSKA	<50 g.	5	1	1,000	1	1	1,000
	≥ 50 g.	8	2		10	4	
KARLOVAČKA	<50 g.	15	3	0,597	1	2	0,602
	≥ 50 g.	5	2		25	22	
KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA	<50 g.	11	3	0,521	3	3	1,000
	≥ 50 g.	6	0		18	13	
KRAPINSKO-ZAGORSKA	<50 g.	12	2	0,365	5	3	1,000
	≥ 50 g.	8	4		27	15	
OSJEČKO-BARANJSKA	<50 g.	39	8	0,305	5	4	0,269
	≥ 50 g.	12	5		31	65	
ISTARSKA	<50 g.	7	2	1,000	6	3	0,305
	≥ 50 g.	12	4		37	43	
POŽEŠKO-SLAVONSKA	<50 g.	3	1	1,000	2	4	1,000
	≥ 50 g.	1	0		10	17	
PRIMORSKO-GORANSKA	<50 g.	27	5	0,006	3	6	0,735
	≥ 50 g.	10	11		47	65	
SISAČKO-MOSLAVAČKA	<50 g.	22	5	1,000	1	2	0,575
	≥ 50 g.	20	4		23	17	
BRODSKO-POSAVSKA	<50 g.	10	4	0,358	1	2	1,000
	≥ 50 g.	9	1		24	26	
SPLITSKO-DALMATINSKA	<50 g.	18	17	0,289	13	10	0,825
	≥ 50 g.	17	8		107	74	
ŠIBENSKO-KNINSKA	<50 g.	9	1	0,604	2	1	0,170
	≥ 50 g.	10	3		9	29	
VARAŽDINSKA	<50 g.	11	1	1,000	11	10	0,110
	≥ 50 g.	1	0		16	36	
VUKOVARSKO-SRIJEMSKA	<50 g.	18	5	1,000	8	6	0,760
	≥ 50 g.	8	2		21	23	
VIROVITIČKO-PODRAVSKA	<50 g.	8	1	0,582	0	1	1,000
	≥ 50 g.	7	3		12	13	
ZADARSKA	<50 g.	15	0	1,000	7	2	0,708
	≥ 50 g.	7	0		41	22	
GRAD ZAGREB	<50 g.	72	49	<0,001	9	19	0,538
	≥ 50 g.	25	49		87	131	
ZAGREBAČKA	<50 g.	20	16	0,488	4	12	0,410
	≥ 50 g.	7	3		32	55	
Ukupno RH	<50 g.	352	127	0,031	88	110	0,543
	≥ 50 g.	204	104		634	721	

Kratice: LOM-liječnik obiteljske medicine, SOM-specijalista obiteljske medicine, $P=y^2$ test-razina statističke značajnosti ili vjerojatnosti pogreške prema Fisheru

U domovima zdravlja je 479 (60,86%) liječnika mlađe od 50 godina, odnosno 308 (39,14%) je starije od 50 godina. U koncesionara je 198 (12,75%) mlađe od 50 godina, odnosno 1355 (87,25%) ih starije od 50 godina (Fisher $P < 0,001$). Liječnici u koncesiji statistički su značajno stariji od liječnika zaposlenika domova zdravlja.

Jedino je dokazana statistički značajna razlika u dobi između SOM i LOM u Primorsko–goranskoj županiji 73% LOM je mlađe od 50 godina u odnosu na 31,3% SOM kao i u Gradu Zagrebu gdje je 74,2% LOM mlađe od 50 godina u odnosu na 50% SOM.

Za utvrđivanje količine izvršenog rada u djelatnosti opće medicine, a s obzirom na radno-status ordinacije, korišteni su podaci o ukupnom broju izvršenih DTP (Tablica 4).

Tablica 4. Izvršenje DTP s obzirom na radno-pravni status liječnika

Djelatnost	status	Broj timova na dan 31.12.2015	DTP		
		ukupno	prosječno izvršenje DTP-a unutar limita (%)*	prosječno izvršenje DTP-a do limita 10% **	
				broj timova	iznos u kn
opća/obiteljska medicina	DZ	787	92,17	247	149
	koncesionar	1.481	98,14	871	519
	ukupno	2.268	190,31	1.118	668

* $X^2=48,3$ $P < 0,001$; ** $X^2=154$ $P < 0,001$

Koncesionari su statistički značajno ostvarili više DTP-a od liječnika zaposlenika domova zdravlja (98 vs 92%). Također, koncesionari su statistički značajno ostvarili više DTP-a do 10% više od limita od liječnika zaposlenika domova zdravlja (59 vs 31%).

Analizirajući logističkom regresijom izvršenje svakog pojedinog DTP s obzirom na radno-pravni status liječnika utvrđeno je da se LOM razlikuju s obzirom na broj postupaka pulsne oksimetrije i uobičajene elektrokardiografije ($B=0,64$; $P < 0,001$; R^2 Negelkerke = 0,37).

Analizom pokazatelja učinkovitosti rada (KPI) (Tablica 5.) i kvalitete rada (QI) (Tablica 6.) vidljivo je da su koncesionari u značajnoj mjeri uspješniji u postizanju rezultata rada od liječnika zaposlenika domova zdravlja (Tablica 5. i Tablica 6.).

Tablica 5. Izvršenje prema pokazateljima učinkovitosti (KPI) s obzirom na radno-pravni status liječnika

KPI	prosječan broj doktora sa zadovoljenim KPI			udio doktora sa zadovoljenim KPI		
	ukupno	LDZ	koncesionar	ukupno	LDZ	koncesionar
KPI	953	288	666	41	37	45

$X^2=14,8$ $P<0,001$

Kratice: KPI (engl. Key performans indicators - pokazatelj učinkovitosti, LDZ-liječnik zaposlen u domu zdravlja

Statistički je značajno više koncesionara sa zadovoljenim KPI od doktora zaposlenika domova zdravlja (45 vs 37%).

Tablica 6. Izvršenje prema pokazatelju kvalitete (QI) s obzirom na radno-pravni status liječnika

QI	prosječan broj doktora sa zadovoljenim QI			udio doktora sa zadovoljenim QI		
	ukupno	DZ	koncesionar	ukupno	DZ	koncesionar
QI	389	53	335	15	7	23

$X^2=91,4$ $P<0,001$

Kratice: QI (eng. quality indicators – pokazatelj kvalitete rada)

Udio liječnika za zadovoljenim QI je statistički značajno veći kod koncesionara nego kod liječnika zaposlenika domova zdravlja (23 vs 7%).

Usporedbom izvršenja preventivnih pregleda vidljivo je da su koncesionari izvršili prosječno dvostruko više preventivnih pregleda od liječnika u domovima zdravlja (13 vs 5%).

Usporedbom korištenja medicinske opreme za provođenje DTP za koje je potrebna posebna oprema i edukacija, vidljivo je da koncesionari provode prosječno 176 postupaka, a liječnici u domovima zdravlja provode prosječno 100 postupaka na godišnjoj razini.

Usporedbom upućivanja na pregled i cjelovitu obradu u SKZZ vidljivo je da je 99% doktora zaposlenih u domovima zdravlja kao i koncesionara zadovoljilo navedeni pokazatelj kvalitete (Tablica 7.).

Tablica 7. Upućivanje na cjelovitu obradu u SKZZ s obzirom na radno-pravni status doktora

KPI	prosječan broj liječnika sa zadovoljenim KPI			udio doktora sa zadovoljenim KPI		
	ukupno	LDZ	koncesionar	ukupno	LDZ	koncesionar
upućivanje na pregled i cjelovitu obradu u SKZZ	2.215	765	1.450	99	99	99

Kratice: KPI (engl. Key performans indicators - pokazatelj učinkovitosti, LDZ-liječnik zaposlen u domu zdravlja

Prosječni udio hitnih prijama u ukupnom broju prijama na specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu (SKZZ) na razini Republike Hrvatske je 0,61%. Od navedenog prosjeka odstupa Sisačko-moslavačka županija (1,03%) gdje je udio koncesionara 45%, Varaždinska županija (0,83%) gdje je udio koncesionara 84% i Virovitička županija (1,03%) gdje je udio koncesionara 57%.

Na područjima zemljopisno-prometne izoliranosti i rijetke naseljenosti HZZO ugovara provođenje zdravstvene zaštite po posebnom standardu. U 2015. godini HZZO je imao 144 (18%) timova opće medicine u domovima zdravlja ugovorenih po posebnom standardu te 136 (9%) timova opće medicine u koncesiji županija.

RASPRAVA

Polazeći od hipoteze da je rad svih doktora u obiteljskoj medicini financiran od HZZO-a po istim principima što pretpostavlja podjednaki opseg, učinkovitost i kvalitetu izvršenog rada, rad je ukazao da postoji značajna razlika u pokazateljima učinka i kvalitete rada u općoj / obiteljskoj medicini obzirom na radno - pravni status liječnika. Liječnici u koncesiji su se prema analizi odabranih podataka pokazali značajno uspješnijima od liječnika domova zdravlja. Naime, reforma privatizacije PZZ iz 1996. koja nije u potpunosti završena niti danas, polazila je od iskustva da privatne prakse pokazuju bolje rezultate u dogovaranju prvih posjeta, kontrolnih pregleda, naručivanju pacijenata, telefonskim konzultacijama, općenito u boljoj organizaciji rada te kraćim čekanjem na pregled osoba u skrbi u odnosu na ordinacija koje su ostale u sastavu doma zdravlja (26).

Struktura timova obiteljske medicine

Iz rezultata je vidljivo da je u RH značajno više timova u koncesiji, da liječnici u koncesiji imaju veći nivo edukacije (veći broj specijalizacija), ali su i značajno stariji u usporedbi s liječnicima domova zdravlja, što može objasniti i upravo dobivene rezultate o boljim pokazateljima uspješnosti i kvalitete rada. Stupanj edukacije što vodi prema većoj stručnosti rada i kompetencije liječnika, kao i duži profesionalni rad jer je populacija liječnika u koncesiji starija objašnjava ne samo utjecaj na razinu kvalitete i uspješnosti u upravljanju svojim radom već i razinom zadovoljstva pacijenata. Sustavnim mjerenjem pacijentovog zadovoljstva i percepcije kvalitete pružene zdravstvene zaštite liječnici mogu unaprijediti efikasnost primarne zdravstvene zaštite, povećati suradljivost pacijenata i poboljšati kontrolu troškova (27).

Rezultati rada u izvršenju ugovornih obveza - broj provedenih DTP

Rezultati usporedbe izvršenja rada pokazuju da liječnici koncesionari ostvaruju značajno više DTP od liječnika u domovima zdravlja te značajno više postupaka izvan limita za koje su potrebna dodatna stručna znanja te edukacija i oprema. Od izvršenih DTP po važnosti su izdvojeni DTP primarne prevencije (preventivni program za prevenciju prekomjerne tjelesne težine i edukacija, preventivni program za prevenciju šećerne bolesti i edukacija, preventivni program za prevenciju pušenja i edukacija, preventivni program za prevenciju prekomjerne konzumacije alkohola i edukacija) kao i DTP sekundarne prevencije (vođenje panela kroničnog bolesnika - šećerna bolest,

hipertenzija, kronična opstruktivna bolest pluća KOPB). Broj izvršenih DTP a uzet je kao posredan pokazatelj kvalitete rada budući da u prvom redu pokazuje volju i stimulaciju liječnika za bilježenje svih napravljenih postupka. Bez bilježenja postupaka nije moguće napuniti baze podataka i analizirati učinjeno. Veći broj provedenih postupaka ne može se automatski tumačiti i boljom kvalitetom rada, ono je samo znak bolje stimulacije dosljednog bilježenja svih učinjenih postupaka u koncesionara, a koje je u slučaju liječnika domova zdravlja izostalo.

Rezultati u postizanju kvalitete rada (QI)

Rezultati u izvršenju pokazatelja kvalitete rada (QI) pokazuju kako su koncesionari izvršili značajno više preventivnih pregleda primarne i sekundarne prevencije odnosno značajno su uspješniji u pokazateljima kvalitete rada od liječnika domova zdravlja. Danas u RH nema jedinstvene baza podataka o zdravstvenim ishodima (ishodima liječenja) u liječnika obiteljske medicine, iz kojih bi se na jednostavan i siguran način mogli dobiti podaci o kvaliteti rada liječnika obiteljske medicine, premda se ti podaci nalaze u lokalnim informatičkim bazama liječnika. Primjerice, poznati indeksi kvalitete rada - udio osoba u skrbi koje se liječe od dijabetesa i koji imaju reguliranu razinu glukoze u krvi, udio osoba u skrbi koje se liječe od hipertenzije s reguliranim krvnim tlakom, udio osoba u skrbi obuhvaćenih procjenom kardiovaskularnog rizika). Postojeći pokazatelji kvalitete rada (QI) kroz financijsko vrednovanje trebaju poticati doktore da koriste alate (panele) kao pomoć u kontinuiranom praćenju kroničnih bolesti pacijenta stručnom radu, ali i stimulira punjenja baze javno zdravstvenih podataka, a osnova su razvoja značajnih pokazatelja kvalitete rada u obiteljskoj medicini. Istraživanja su pokazala da dobro organizirana PZZ ne garantira ujedno i visoku efikasnost (kvalitetu) zdravstvene zaštite, ukoliko nije koordinirana s ostalim elementima zdravstvenog sustava te popraćena s adekvatnom raspodjelom sredstava (28).

Rezultati u postizanju učinkovitosti rada (KPI)

Usporedbom učinkovitosti rada (bolovanja, izdane uputnica za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, izdane uputnice za primarnu laboratorijsku dijagnostiku i potrošnja lijekova na recept) potvrđeno je da su koncesionari značajno uspješniji u zadovoljenu pokazatelja uspješnosti rada od liječnika zaposlenih u domovima zdravlja. Iako u domovima zdravlja postoji gotovo 10% tzv. "timova bez

nositelja“ odnosno timova koji nemaju stalno izabranog liječnika, već se doktori svakodnevno izmjenjuju. Zna se da takvi timovi ne mogu i ne vode kontinuiranu brigu o učinkovitosti svoga rada prilikom skrbi o pacijentu te su stope bolovanja, upućivanje na primarnu laboratorijsku dijagnostiku kao i potrošnja lijekova na recept u takvim timovima iznad standarda koje je utvrdio HZZO, a rezultati učinkovitosti su loši. Učinkovitost se razvija kroz međusobnu kompeticiju, koja rezultira boljom opremljenošću ordinacije, ulaganjem u vlastitu edukaciju, ali i razvojem osobne odgovornosti za liječenje pacijenta te posljedično boljim rezultatima rada, većim prihodima i osjećajem zadovoljstva ishodom rada.

Rezultati u rasterećivanju SKZZ i smanjivanju listi čekanja

Potpomognuto tehnološkim razvojem, liječenje na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite (bolničko liječenje) se skraćuje te postoji tendencija spuštanja sve kompleksnije skrbi na razinu PZZ. S druge strane povećava se informiranost i aktivni pristup pacijenata zdravlju. Jačanje PZZ u smislu organiziranja multidisciplinarnih timova odgovor je na zahtjeve novog modela skrbi u PZZ u zemljama EU (29). Obiteljska medicina je „čuvar vrata“ (*engl. gate keeping*) cijelog zdravstvenog sustava, a zadatak liječnika je da pacijenta vodi kroz sustav zdravstvene zaštite (29). U Velikoj Britaniji se na razini PZZ rješava 84% zdravstvenih problema, a na razini EU rješava se 75% zdravstvenih problema. U RH u prosjeku se rješava manje od 50% zdravstvenih problema, iako pružatelji usluga u PZZ raspolažu i znanjem i vještinama za zbrinjavanje osoba u skrbi. Zna se da preveliko upućivanje na SKZZ te na bolničko liječenje povećavaju troškove liječenja i nepotrebno produžuju liste čekanja. Kada se primjerice analizira rad liječnika obiteljske medicine kroz upućivanje na pregled i cjelovitu obradu u specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu vidljivo je da 99% liječnika zadovoljilo pokazatelj samostalne obrade pacijenata na primarnoj razini zdravstvene zaštite bez upućivanja na pregled i cjelovitu obradu u specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu. Ovaj podatak nije u korelaciji s gore navedenim referencama. To znači da je taj pokazatelj učinkovitosti rada doktora opće medicine od strane HZZO-a krivo postavljen te će ga HZZO morati revidirati. Kada se uspoređuje broj hitnih prijema u bolničkim zdravstvenim ustanovama, bez upućivanja od strane PZZ, po županijama, vidljivo je da se odstupanja od prosjeka hitnih prijema na razini cijele RH ne mogu povezati s radno-pravnim statusom ordinacija. Na nadprosječan broj hitnih prijema u Sisačko-moslavačkoj županiji, Varaždinskoj županiji i Virovitičko-

podravskoj županiji vjerojatno utječe smanjena dostupnost PZZ zbog nepopunjene Mreže javne zdravstvene službe te neorganiziranja posebnih dežurstava subotom poslije podne, nedjeljom, praznicima i blagdanima. U budućim istraživanjima trebalo bi utvrditi jesu hitno zaprimljeni pacijenti u bolničkim hitnim prijemima, koji su zaobišli PZZ, u skrbi liječnika domova zdravlja ili koncesionara, te utvrditi moguće značajne razloge. Naime, obiteljska medicina, prema stavovima i očekivanjima pacijenata osigurava cjelokupnu, kontinuiranu skrb za pacijenta i doprinosi kvaliteti zdravstvene skrbi u cjelini. Mjerenje zadovoljstva rada liječnika opće medicine za vrijeme provođenja zdravstvenih reformi u Litvi pokazalo je kako na zadovoljstvo liječnika više utječe percepcija rada liječnika po etičkim načelima struke, njegova autonomnost u odlukama, te rad na unaprjeđenju pacijentova zdravlja i postizanja uspjeha u liječenju od financijske dobiti velike plaće i titule, dok loš socijalni status (pod plaćenost), zavisnost i nejednakost, preopterećenost, nemogućnost napredovanja djeluje demotivirajuće na rad liječnika (30).

Opremljenost ordinacija

Kada se razmišlja o razlozima relativne neuspješnosti kako koncesionara tako i zaposlenika domova zdravlja u rješavanju većine zdravstvenih problema svojih pacijenata, dolazimo do problema opremljenosti ordinacija. Zakonom o zdravstvenoj zaštiti utvrđeno je da Županije i gradovi osiguravaju sredstva za investicijsko ulaganje i tekuće održavanje zdravstvenih ustanova, medicinske i nemedicinske opreme i prijevoznih sredstava te informatizaciju zdravstvene djelatnosti, kao i za pokriće gubitaka zdravstvenih ustanova čiji su županije osnivač. Usporedbom korištenja medicinske opreme vidljivo je da koncesionari prosječno provode više DTP za koje je potrebna medicinska oprema od zaposlenika domova zdravlja, ali ne statistički značajno. Taj podatak ukazuje da se decentralizirana sredstva za nabavku medicinske opreme ne angažiraju dovoljno. Slijedom rečenog ne može se niti očekivati smanjenje pritiska na SKZZ vezano uz navedene DTP. Bez dobre opreme nezamisliv je rad u ordinaciji opće medicine. Ulaganja u medicinsku opremu, međutim, ne bi trebala biti ostavljena na procjenu ili isključivu samoinicijativu liječnika, privatnika. Neophodna je koordinirana i planska strategija opremanja PZZ da bi se ostvarili zacrtani ciljevi rješavanja većeg broja medicinskih slučajeva na razini PZZ bez slanja na konzultacije i dijagnostiku u SKZZ.

Grupne prakse

Povezivanje liječnika u grupne prakse s obzirom na funkcionalnost organizacije rada, a ne s obzirom na prostor koji dijele, može pridonijeti unaprjeđenju rada u PZZ. Grupna praksa je interesno udruživanje koje omogućuje bolji obuhvat populacije, širi djelokrug rada te lakšu dostupnost zdravstvene zaštite. U grupnoj praksi liječnici mogu bolje koristiti specifična znanja i interese, biti stručna podrška jedan drugome, međusobno se konzultirati, i proširiti spektar rada i usluga. Dijagnostička oprema (primjerice UZV, EKG, spirometrija) može se uspješno koristiti za veći broj bolesnika, jer za manji broj je praktički neiskorištena, odnosno financijski neisplativa. Jedan od bitnih razloga ulaska u grupnu praksu je isplativost nabavka dijagnostičke opreme. Dobro opremljena grupna praksa osigurava opseg, učinkovitost i kvalitetu rada i što je važnije, rasterećuje SKZZ. Čak i u onim europskim zemljama u kojima liječnici opće medicine tradicionalno rade u individualnim praksama kao što je to u Belgiji ili Njemačkoj sustavno se povećava broj grupnih praksi u kojima rade liječnici opće medicine, ali i zdravstveni djelatnici drugih struka (24). Prihodovanje u ordinacijama koncesionara danas se može ostvariti kroz dodatni prihod za ulazak u skupnu praksu. Ono zbog čega bi liječnik jedino mogli pristati učiti u takvu vrstu grupne prakse (koja u stvari i nije grupna praksa te je HZZO naziva „skupna praksa“) je dodatna medicinska sestra, no ta je usluga novim ugovaranjem iz 2017. nažalost nestala. Uloga dodatne medicinske sestre s odgovarajućom izobrazbom te kompetencijama za unapređenje rada u zajednici je iznimno važna, pogotovo za praćenje pacijenta sa stabilnim kroničnim nezaraznim bolestima (22,29). U Sloveniji danas uz svakog liječnika tako rade u timu dvije medicinske sestre i to medicinska sestra u ordinaciji koja je zaposlena puno radno vrijeme te dodatno obrazovana (magistra sestrinstva) medicinska sestra koja radi pola radnog vremena u timu obiteljske medicine na poslovima zdravstvene izobrazbe, prevencije te registracije i kontrole kroničnih bolesti.

Specijalizacija iz obiteljske medicine

Kako bi bio osposobljen za ispunjenje zadaće primarnog liječnika za cjelokupnu populaciju, bez obzira na dob, spol i zdravstveni problem liječnik mora biti primjereno osposobljen kroz specijalizaciju. U RH je 2015. godine istekao projekt usklađivanja djelatnosti obiteljske medicine s europskim standardima uvođenjem obvezne specijalizacije te je u RH udio specijalista obiteljske medicine 2016. godine bio 48,6%.

Činjenica je da su za sudjelovanja u projektu specijalizacije iz obiteljske medicine koncesionari bili u nepovoljnom položaju u usporedbi s liječnicima zaposlenicima domova zdravlja jer su morali sami, u situaciji nedostatka nezaposlenih liječnika na tržištu rada, osigurati zamjenu u svojoj ordinaciji za cijelo vrijeme trajanja specijalizacije. Što to znači za opstanak populacije u skrbi nakon 4 godina koliko traje specijalizacija nije potrebno elaborirati. Neophodnost specijalizacije za samostalni rad u PZZ preporuka je EU.

Teritorijalna zastupljenost organizacijskih oblika provođenja obiteljske medicine i dostupnost zdravstvene zaštite

U RH krovnu ulogu u projektiranju, osiguranju sredstava za javno-zdravstvene aktivnosti, u izradi strategije i zakonodavnog okvira ima Ministarstvo zdravstva, dok lokalna zajednica odnosno županije svojim planiranjem te poznavanjem specifičnosti svojega područja trebaju raspoređivati planirana sredstva za unaprjeđenje zdravstvene zaštite, raspisivati natječaje za projekte korištenja sredstava iz Europske unije, kao i upravljati koncesijskim natječajima u svrhu održanja optimalnog načina organizacije zdravstvene zaštite na svojem području. Primjerice, na manje razvijenim područjima, veće prometne izoliranosti i zahvaćenim depopulacijom, postojanje timova opće medicine u domovima zdravlja je garancija osiguranja dostupnosti zdravstvene zaštite, posebno u prilikama starije dobne strukture postojećih koncesionarskih timova.

Činjenica je da se veći dio teritorija RH, osim velikih gradskih cjelina, kategorizira kao slabo razvijeno ili nerazvijeno područje na kojima postoje veća odstupanja u organiziranju zdravstvene zaštite. Na takvim područjima se zdravstvena zaštita organizira kroz primjenu posebnih standarda za ugovaranje zdravstvene zaštite za koje su utvrđena mjerila u provedbenom aktu HZZO-a (Odluka o posebnim standardima i mjerilima njihove primjene u provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja). Cilj takvog oblika ugovaranja zdravstvene zaštite je osigurati standardne uvjete financiranja kako bi se osigurala financijska opstojnost timova na navedenim područjima. S obzirom na otežane uvjete rada kao što je prometna izoliranost, nepovoljna demografska obilježja, manjak raspoloživih doktora medicine i ostalih zdravstvenih radnika i slično, takva područja kao što su primjerice naši otoci teško pronalaze zdravstvene radnike. Međutim zahvaljujući ugovaranju timova po posebnom standardu na hrvatskim otocima, na primjer, od 112 potrebnih timova obiteljske medicine u Mreži sa HZZO je ugovoreno 109 timova čime je očuvana

dostupnost zdravstvene zaštite u djelatnosti opće/obiteljske medicine. Na područjima RH koja udovoljavaju mjerilima za ugovaranje po posebnom standardu ugovoreno je 208 timova odnosno 18% ukupnog broja timova opće medicine koji su u domovima zdravlja te 9% ukupnog broja timova u koncesiji. Standardni broj pacijenata u skrbi utvrđuje se s obzirom na broj raspoloživih liječnika te je nedostatak doktora moguće kompenzirati poticanjem funkcionalnog rada u grupnoj praksi. Trenutno skupna praksa je pretežito administrativno-organizacijski oblik rada, dobrovoljnog udruživanja bez pravog funkcionalnog efekta na dostupnost i kvalitetu zdravstvene zaštite ili je takav efekt sporadičan.

Pregled organizacije i financiranja u zemljama s dobro organiziranom PZZ

Zemlje članice EU moraju osigurati financijsku stabilnost i održivost zdravstvenog sustava pridržavajući se principa univerzalne pokrivenosti, financijske solidarnosti, jednake dostupnosti i provođenja visoko kvalitetne zdravstvene skrbi, a glavni problem aktivnosti za unapređenje zdravlja u nas je što sadržaji i aktivnosti nisu prilagođeni vrijednosnim sustavima u RH u kojoj još nismo uspješno riješili osnovne socijalne probleme (31). U manjem broju zemalja EU odgovornost za organiziranje PZZ je centralizirana na nacionalnom nivou. Uglavnom su centralizirane određene vitalne funkcije u zemljama nejednake razvojne raspodjele (npr. osiguranje sredstava za skrb), dok su u većini zemalja financiranje, planiranje, upravljanje, kontrola kvalitete itd.) u nadležnosti lokalnih vlasti i regionalnih zdravstvenih fondova.

U Velikoj Britaniji 60% prihoda ordinacija opće medicine ili grupne prakse kao prevladavajućeg modela čini glavarina. Liječnici opće prakse imaju mogućnost birati ugovaranje s lokalnim ili nacionalnim medicinskim servisima. Kombinirani model plaćanja prema znanstvenim i stručnim preporukama sadrži na stručnim temeljima razrađene kriterije kvalitete rada koji onda određuju financijske poticaje za rad. Poznato je da postoje znatne razlike u morbiditetu iste dobne skupine koje su izložene različitom socioekonomskom statusu ili različitoj dostupnosti zdravstvene zaštite (tzv. Jarmanovi kriteriji tereta bolesti) koji se uzimaju u obzir prilikom ugovaranja zdravstvene zaštite u Velikoj Britaniji (21).

Slovenija ima koncesije u PZZ i SKZZ. Koncesionari ugovaraju s osiguravateljem opseg i vrijednost usluga, a plaćanje se ne vrši na temelju pokazatelja uspješnosti u postizanju zdravstvenih ciljeva pa je takav način plaćanja netransparentan. Zbog dugih

lista čekanja penalizira se upućivanje u SKZZ i BZZ koje je veće od nacionalnog prosjeka s 2-4% prihoda.

Njemačka ima veliki broj zdravstvenih fondova organiziranih na lokanoj razini tako da liječnici opće medicine mogu raditi za više zdravstvenih fondova, a sredstva koja ostvaruju u potpunosti su osigurana zdravstvenim osiguranjem. Vrijednost ugovorene usluge uglavnom ovisi o broju osiguranika, usporedbe lokalnog cjenika s nacionalnom vrijednosnom skalom usluga, postignutim pokazateljima kvalitete tako da ista usluga u različitim područjima može imati različitu cijenu.

U Francuskoj doktori zaposleni u privatnom sektoru plaćeni su po sistemu cijena x usluga tako da njihov ukupan prihod ovisi o broju, vrsti i cijeni usluge umanjeno za profesionalni trošak. Skrb o pojedinim skupinama pacijenata plaća se po glavi ili se posebno plaća sudjelovanje u mreži multidisciplinarnih timova. Liječnici se mogu uključiti u programe financirane od osiguravatelja pod uvjetima minimalnog broja pacijenata i plaćanja postignutih pokazatelja kvalitete te obveze da pacijenta prime u roku od 48 sati, čime se osigurava oko 85% prihoda.

Utjecaj organizacije PZZ na zdravstvene izazove u RH i zemljama okruženja

U RH su kronične nezarazne bolesti uzrokom 93% ukupnog mortaliteta. U radno aktivnoj populaciji 18% preranih smrti uzrokovano je kroničnim nezaraznim bolestima. Odgovor na povećanje pojavnosti kroničnih nezaraznih bolesti sve je veći izazov za velik broj europskih zemalja uvažavajući činjenicu starenja stanovništva. U Europskoj uniji je 20-40% stanovništva u dobi starijoj od 15 godina, koji imaju jednu ili više kroničnih bolesti. 80% preranih smrti uzrokovano je kroničnim nezaraznim bolestima. Pristup rješavanju problema kroničnih nezaraznih bolesti: 1. klinički pristup - orijentacija na slučaj (definirani koraci u liječenju uz definiranje pacijentovih očekivanja) 2. upravljanje slučajem (intenzivan cjelovit pristup pacijentu uz postavljanje „case managera“, koji može biti liječnik, specijalista ili specijalizirana medicinska sestra, uz razvoj plana njege i liječenja koji su individualizirani za pacijenta i nose visoki socijalni, financijski i medicinski rizik 3. model kronične medicinske skrbi koji se temelji na elementima samopomoći, sustava razvijene dostupnosti zdravstvene zaštite, pomoći u informiranju pacijenta te razvijenog sustava kliničkog informiranja 4. koordinirana zaštita („care management“) razvijen i implementiran terapijski plan koji je kreiran da podupire zdravstvenu skrb i socijalne servise i omogućuje međuresornu suradnju. Dva su temeljna koncepta u upravljanju kroničnim bolestima. 1. Upravljanje bolešću koje

podrazumijeva praćenje grupe pacijenata s određenim stanjem, bolešću. Primjerice kod pacijenata oboljelih od dijabetesa postiže se bolja kontrola glikemije u odnosu na grupaciju pacijenata koja je u uobičajenoj skrbi. 2. integralna skrb cilja na starije osobe sa mnogostrukim zdravstvenim problemima, a podrazumijeva odličnu suradnju između primarne i specijalističke te bolničke zdravstvene zaštite. Rezultat je unapređenje zadovoljstva pacijenata, poboljšanje kvalitete života, ali nema utjecaja na smanjenje mortaliteta u toj skupini u usporedbi s netretiranom skupinom. Ekonomski efekti navedenih pristupa najbolje se očituju u smanjenim troškovima bolničke skrbi, kao što povećano ulaganje u integralnu skrb pokazuje smanjenje ukupnih troškova za dvije godine liječenja u usporedbi sa troškovima liječenja pacijenata koji nisu u integriranoj skrbi. Pretpostavka da će kvalitetnija zdravstvena skrb u zajednici automatski značiti i redukciju zdravstvenih troškova nije uvijek u korelaciji. Različite europske zemlje dodatno financiraju različite modele upravljanja kroničnim bolestima. Njemačka zdravstvena osiguranja posebno ugovaraju s provoditeljima integriranu skrb, Italija kroz ministarstvo zdravlja podržava specijalne programe, Dodatni financirani programi potaknuti su i od farmaceutske industrije (primjer Mađarske gdje se sufinanciralo dokumentiranje ishoda liječenja). Pojedine zemlje (Mađarska, Njemačka, Švicarska) dodatno su financirale poboljšanje kvalitete kroz utvrđene pokazatelje. Neki od pristupa uključuju elemente plaćanja po izvršenju ili osiguranja od rizika bolesti (Mađarske, Italija, Nizozemska). Većina programa je ugrađena u zdravstvena osiguranja, a samo neki se u potpunosti financiraju od samih pacijenata (u Austriji ambulanta skrb nakon moždanog udara). Brojni programi su implementirani na nacionalnoj razini (V. Britanija, Estonija, Njemačka, Mađarska, Litva), a određen broj modela je organiziran na regionalnoj razini, uglavnom u obliku Pilot projekta ili eksperimentalnih projekata. Najčešće ciljane bolesti su dijabetes tipa II, KOPB i astma, kardiovaskularne bolesti, karcinomi i mentalne bolesti. U većini zemalja liječnik opće medicine je glavni provoditelj ili glavni koordinator projekta. Mnoge zemlje pokušavaju uključiti jedan od modela upravljanja kroničnim nezaraznim bolestima redizajniranjem pojedinih sektora zdravstvene zaštite bilo kroz pilot projekte ili kroz formu obvezujuće rutinske skrbi. Za opstojnost i dugovječnost programa bitan je stabilan izvor financiranja te dovoljan broj ugovornih provoditelja (32). Mjerenje i procjena kvalitete rada doktora obiteljske medicine je puno složenije od praćenja kvalitete u bolničkim ustanovama gdje je pacijent kraće vrijeme i pod kontroliranim uvjetima. U većini razvijenih zemalja pa tako i u zemljama Europske unije, kvaliteta rada primarne

zdravstvene zaštite procjenjuje se indirektno kroz smanjenje ili povećanje broja hospitalizacija za pojedinu dijagnozu bolesti.

Nacionalna strategija zdravstva u RH 2012 .- 2020. prepoznaje rastući problem kroničnih nezaraznih bolesti i njihov utjecaj na socioekonomski razvoj zemlje. Nacionalna zdravstvena strategija postavila je za cilj jačanje uloge PZZ u zdravstvenom sustavu i to u smislu preventivnih aktivnosti, ranog otkrivanja i kontrole kroničnih nezaraznih bolesti. Implementacija međunarodno dokazanih i potvrđenih intervencija koje podržava svjetska zdravstven organizacija su od krucijalnog značaja za uspjeh reforme. Kao primjeri inovacija i dobre prakse dokumentirani su preventivni i kronični paneli u PZZ (33).

Rezultati postojeće organizacije rada u obiteljskoj medicini i prijedlozi reorganizacije

Ne postoji niti jedan model financiranja zdravstva koji može odgovoriti svim zahtjevima suvremenog društva. U većini razvijenih zemalja svijeta, temeljna obilježja nacionalnih zdravstvenih sustava postoje veoma dugo te na neki način predstavljaju i dio nacionalnog i društvenog identiteta. Mogućnost da se postigne univerzalno socijalno zdravstveno osiguranje veoma su male u gospodarstvima koja imaju veliki broj nezaposlenih i veliki broj zaposlenih u neformalnom sektoru (34). Sve zemlje se susreću s rastućim troškovima za zdravstvenu zaštitu te nemogućnošću da se zadovolje ukupne zdravstvene potrebe stanovništva. U većini zemalja u traženju rješenja tog globalnog problema polazi se od nekoliko postavki; temeljem analize zdravstvenog stanja populacije identificiraju se prioriteti, primjenom različitih znanstveno utemeljenih metoda procjenjuje se primjerenost primjene medicinskih tehnologija te odabiru rješenja utemeljenih na dokazima (*engl. evidence based medicine*). Pritom se nastoji postići suglasje javnosti, zdravstvenih profesionalaca koji pružaju zaštitu te onih koji organiziraju i financiraju zdravstvenu zaštitu. U nastojanjima da se sačuva i unaprijedi zdravstveni sustav u RH, potrebno je u skladu s opće prihvaćenim principima oblikovati zdravstvenu politiku.

Suprotnost interesa koja se javila miješanjem javnog i privatnog zdravstva, dovela je do još jačeg slabljenja domova zdravlja, a time dovela i do disperzije i interesne odvojenosti obiteljskih liječnika. Ukidanjem zajedništva struke u pružanju zdravstvene zaštite na određenom području, kao i razaranjem doma zdravlja sa ukidanjem

planiranja i stručnog nadzora rada, došlo se do konačnih, loših rezultata, sužavanje spektra rada, nestručan rad, pretvaranje službe u administrativni servis konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite. Na to upućuje porast broja posjeta uz smanjenje broja stanovnika i broja liječnika. Krivac za pad kvalitete rada u općoj medicini je dezorganizacija. Zaustavljanje procesa privatizacije te jačanje uloge Doma zdravlja, trenutno ne slijedi jako dobro razrađen i strukturiran način prihodovanja jer pogoduje samo liječnicima u koncesiji. Objedinjavanje, PZZ što je osnovni preduvjet dobro organizirane PZZ, nije uspjelo. Osim toga uz strukturirano prihodovanje, ne postoji mehanizam za okrupnjavanje individualnih praksa u grupne prakse.

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 (21,35).

Daljnji razvoj, dakle, trebao bi ići u smjeru u kojem bi domovi zdravlja bili „rasadnici“ mladih doktora medicine koji bi iskustva stjecali pod mentorstvom ovlaštenih specijalista obiteljske medicine. Nakon stjecanja praktičnih iskustava takvim doktorima trebala bi se osigurati specijalizacija financirana od strane nadležnih županijskih ureda za zdravstvo (lokalne uprave) ili od strane resornog ministarstva. Nakon završene specijalizacije doktorima, koji to žele je potrebno omogućiti rad u koncesiji te udruživanje u funkcionalnu grupnu praksu.

Na visoke stope specifičnog mortaliteta u nekim županijama uz prosvjećenost i standard stanovništva utječe i organizacija i uloga zdravstvenog sustava na tim područjima u čemu je bitan faktor loša preventivna zdravstvena zaštita. Podaci o broju učinjenih preventivnih pregleda, kućnih posjeta, stalnom porastu konzilijarnih pregleda i broju prvih pregleda kod pacijenata ukazuju na kvalitetu odnosno ne kvalitetu skrbi u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Obiteljsku medicinu stoga potrebno je reorganizirati, točno utvrditi kompetencije i spektar rad struke, osigurati adekvatnu stimulaciju rada, osigurati zaštitu radnih prava, stvoriti odgovarajuće radne uvjete i radno opterećenje te omogućiti kontinuiranu edukaciju i stručni nadzor rada.

Organizacija zdravstva se danas u svijetu temelji na sustavu financiranja i postojećim oblicima zdravstvenog osiguranja, a manje na stručnim saznanjima i raspoloživom zdravstvenom kadru. Jedna od najkonzistentnijih politika zemalja s jakim PZZ je

upravljanje usmjereno ravnomjernoj raspodjeli sredstava i izbjegavanju faktora nestabilnosti (36).

Neostvarenje materijalnih potreba uz potisnute duhovne vrijednosti, zazivaju u većine ljudi iracionalne osjećaje neuspješnosti, manje vrijednosti i gubitništva pa u tim uvjetima naš super ego (savjest) sve manje dolazi do izražaja. Organizacija zdravstvenog sustava mora biti primjerena razini razvoja i mentalitetu društva u kojem djeluje jer će jedino tako postići svoju punu efikasnost. Organizacija podrazumijeva kvalitetno razrađenu i popunjenu mrežu ordinacija opće medicine, koja vodi računa o teritorijalnoj pripadnosti pacijenta, koja objedinjuje obitelj kod jednog liječnika, koja vodi računa o ujednačenoj kvaliteti prostora i opreme, koja vodi računa o izvršavanju preventivnih programa i koja radi planski na temelju zdravstvenih pokazatelji i potreba. Gradeći jaku obiteljsku medicinu sudjelovati ćemo u planiranju budućnosti primarne zdravstvene zaštite u EU, koji čini razvoj mreže na dokazima temeljenih protokola o zbrinjavanju bolesti razvijenih od doktora obiteljske medicine, integrirano djelovanje PZZ, SKZZ i javnog zdravstva, integriranje zdravstvene, socijalne i kućne skrbi (37).

ZAKLJUČAK

S obzirom na prikazane rezultate i ciljeve istraživanja može se zaključiti da je ostvarivanje prihoda i organizacijski model rada u koncesiji u kojem je liječnik direktno financijski stimuliran i bonificiran, prema pokazateljima HZZO-a, učinkovitiji, kvalitetniji i po financijskim rezultatima uspješniji od rada liječnika domova zdravlja.

Ovim istraživanjem se ne može utvrditi razlika u kvaliteti rada doktora prema zdravstvenim ishodima populacije u skrbi budući da u RH nije uspostavljeno praćenje i bonificiranje kvalitete rada doktora prema zdravstvenim ishodima kako je to uobičajeno u zemljama EU.

Istraživanje je pokazalo kako:

- radno pravni status liječnika u obiteljskoj medicini (koncesionar i liječnik zaposlen u domu zdravlja) utječe na
 - a. broj izvršenih DTP
 - b. broj izvršenih preventivnih pregleda
 - c. pokazatelje uspješnosti i kvalitete rada ordinacije obiteljske medicine
- temeljem broja uputnica za kompletan pregled i obradu u SKZZ nije se moglo zaključiti da radno pravni status liječnika u obiteljskoj medicini (koncesionar i liječnik zaposlen u domu zdravlja) utječe na rasterećivanje SKZZ. Razlog takvih rezultata je krivo postavljen kriterij pokazatelja učinkovitosti osnovom broja uputnica za SKZZ od strane HZZO-a, koji je zadovoljilo 99% ukupnog broja liječnika obiteljske medicine.
- Na područjima teže zemljopisne izoliranosti i demografske ugroženosti na kojima se zbog osiguranja dostupnosti zdravstvena zaštita ugovara po posebnom standardu dvostruko su zastupljeniji liječnici u domovima zdravlja.
- Postojeći organizacijski modeli provođenja i način financiranja obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj nisu usporedivi s modelima u ostalim zemljama Europske unije.

SAŽETAK

Dva ustrojbeni modela rada, dva radno prava statusa liječnika u djelatnosti opće / obiteljske medicine (koncesionari i zaposlenici domova zdravlja), uz dvojni način financiranja rada u kojem koncesionari ostvaruju dohodak prema učinjenom, a liječnici zaposlenici domova zdravlja dobivaju plaću neovisno o rezultatu rada, utječu na efikasnost i kvalitetu provođenja zdravstvene zaštite. Cilj rada je istražiti razlike u uspješnosti postizanja pokazatelja provođenja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja ovisno o organizacijskom obliku rada liječnika. Za prikaz su korišteni podaci iz baze podataka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) ugovorenih timovima opće / obiteljske medicine (usporedni podaci o izvršenju provedenih dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP) te podaci o pokazateljima kvalitete i uspješnosti rada definiranih od HZZO. Rezultati rada ukazuju na statistički značajnu razliku u pokazateljima kvalitete provedene zdravstvene zaštite, obzirom na radno pravni status liječnika (koncesionari su uspješniji u postizanju ciljanih pokazatelja). Na takve rezultate utječe osobno zadovoljstvo uvjetovano materijalnom stimulacijom, dobna i obrazovna struktura timova u koncesiji, ali i oprema ordinacije što vodi prema zaključku o nužnoj reorganizaciji obiteljske medicine, radi postizanja ujednačena kvalitete rada na području cijele Republike Hrvatske.

SUMMARY:

Two organizational employment models, two different legal employment statuses of physicians engaged in general practice / family medicine (cessionaires or employees of state-owned health centres), along with a dual method of financing of the work performed, within which physicians who are concessionaires receive income based on performance and those who are employees of state-owned health centres receive a fixed salary regardless of the results, affect the efficiency and quality of healthcare services. The aim of this paper is to examine the differences in the level of success in attaining indicators pertaining to healthcare services provided under mandatory health insurance, depending on the organizational employment model of physicians. For the purpose of the research, we used data from the database of the Croatian Health Insurance Fund (HZZO) for contractual teams for general practice / family medicine (parallel data on the performed diagnostic and therapeutic procedures (DTP) and data on the quality and success indicators as defined by HZZO). Results obtained point to a statistically significant difference in the quality indicators of provided healthcare services with respect to the legal employment status of physicians (cessionaires have more success in achieving the targeted standards). These results are influenced by personal satisfaction dependent upon monetary incentives, age and education-related structure of concession teams, and the quality of equipment in the office facilities, all of which points to the conclusion that family medicine urgently needs reorganization, in order to achieve a more harmonized quality level of services on the territory of the whole Republic of Croatia.

LITERATURA

1. The World Health Report 2010 - health systems financing: the path to universal coverage. 2010. <http://www.who.int/whr/2010/en/>. Pristupljeno: 23.11.2017
2. [De Maeseneer J](#). The contribution of primary health care to global health. [Br J Gen Pract](#). 2010; 60(581): 875–876.
3. 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):831-865.
4. Briggs CJ, Garner P. Strategies for integrating primary health services in middle and low-income countries at the point of delivery. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, (3):CD003318
5. World Health Organization. Primary health care: now more than ever. Geneva: World Health Organization; 2008.
6. Forrest CB, Starfield B. The effect of first-contact care with primary care clinicians on ambulatory health care expenditures. *Journal of Family Practice*, 1996, 43:40–48.
7. Starfield B., Shi L., Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 2005;13:457–502.
8. [Gulliford MC](#). Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association? [J Public Health Med](#). 2002 Dec;24(4):252-4.
9. [Aakvik A](#), [Holmås TH](#). Access to primary health care and health outcomes: the relationships between GP characteristics and mortality rates. [J Health Econ](#). 2006;25(6):1139-53.
10. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Affairs*, 2004 (Suppl. web exclusive: W4-184–197).
11. McAlister FA et al. The effect of specialist care within the first year on subsequent McAlister F outcomes in 24,232 adults with new-onset diabetes mellitus: population-based cohort study. *Quality and Safety in Health Care*, 2007, 16:6–11.
12. Šogorić Selma i autori, Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika, Medicinska naklada, Zagreb, 2016.
13. Kovač N. Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. *Ekonomski vjesnik*. 2013; 2: 551-563.
14. Dugac Ž., Fatović-Ferenčić, S. i dr. The care for health cannot be limited to one country or one town only, it must extend to the entire world: the role of Andrija Štampar in the building of the World Health Organization. *CMJ*, 208;49 (12): 697–708.

15. Marković B., Vukić S., Modeli organizacije i financiranje zdravstva u odabranim zemljama svijeta, 2003
16. Katić M, Jureša V., Orešković S.; Family medicine in Croatia: past, present and forthcoming challenges, Croatian Medical Journal , 2004., 45(5): 543-549.
17. Tomson S., Foubister T., Mossialos E., Financing health care in the European Union Challenges and policy responses World Health Organization 2009, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. (<http://www.euro.who.int/pubrequest>). Pristupljeno: 17.5.2017.
18. Barić V., Smolić Š., Mogućnost kontrole zdravstvene potrošnje - primjer Hrvatske, Zbornik radova Ekonomskog fakulteta u Zagrebu, 2008; 303-314.
19. Zrinščak S. Zdravstvena politika Hrvatske. Rev .soc. polit. 2007;14 (2): 193-220.
20. Bergman Marković B. Prilog razmišljanju o reformi primarne zdravstvene zaštite – kome treba obiteljska medicina. U: Soldo D, urednik. Zbornik radova. Šesnaesti kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora. Zagreb, 2016. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora; 2016. Pp 277– 94.
21. Bergman Marković B. Zašto zdravstvena vlast ne teži objedinjenoj obiteljskoj medicini. U: Soldo D, urednik. Zbornik radova. Četrnaesti kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora. Zagreb, 2014. Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora; 2014. Pp 13-20.
22. Bergman Marković B. Zašto zdravstvena vlast ne teži objedinjenoj obiteljskoj medicini. U: Soldo D,, urednik. Zbornik radova. Četrnaesti kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora i Hrvatskog liječničkog zbora. Zagreb, 2014. /Zagreb/: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; 2014. Pp.13-20 [Why Health Authorities do not Tend to Integrated Family Medicine].
23. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015.godinu, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2016; str 86.
24. Bergman-Marković B., Blažeković-Milaković S., Katić M., Vrca Botica M. Utjecaj osiguravajućih društava na rad obiteljske medicine, poticaj za rješavanje pravnog statusa zakupaca U: Mazzi B., ur. Zbornik Peti Kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora Hrvatskog liječničkog zbora, Rovinj, Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, 2005, 55-62.
25. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264285088-hr>
26. Katić M, Bergman Marković B, Blažeković Milaković S, Keglević Vrcić M, Tiljak h, Lazić Đ, Cerovečki Nekić V, Petriček G, Ožvačić Z, Soldo D. Sustav financiranja i kvaliteta rada u obiteljskoj medicini. U: Mazzi B, urednik. Zbornik radova. Sedmi

kongres Hrvatskog društva obiteljskih doktora, Hrvatskog liječničkog zbora. Rovinj, 2007. /Zagreb/: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora; 2007. Pp 34-48.

27. Hebrang A., Henigsberg N., Erdeljić V., Foro S., Viđak V., Grga A., Macek T., Privatization in the health care system of Croatia: effect on general practice accessibility, Health Policy Plan 2003;18:421-8.
28. Drain M. Quality improvement in primary care and the importance of patient perceptions, Journal of Ambulatory Care Management, 2001; 24 (2): 30-46.
29. Kingros D.S., Bjerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. Building primary care in a changing Europe (2015) <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>. Pristupljeno: 28.11.2017.
30. Ivković S., Cerovečki V., Soldo D., i sur. Koncept obiteljske medicine - sigurna budućnost Med Jad, 2011; 41(1-2):5-13.
31. Buiciuniene I., Blazeviciene A., Bliudziute E. Health care reform and job satisfaction of primary health care physicians in Lithuania, BMC Family practice 2005; 6(1): 10.
32. Letica S., Zdravstvena politika u doba krize, Naprijed, Zagreb, 1989.
33. Kingros D.S., Bjerma W.G.W., Hutchinson A., Saltman R.B. Building primary care in a changing Europe (2015) <http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory>. Pristupljeno: 28.11.2017.
34. Nolte E., Knai C., Saltman B. R. Assessing chronic disease management in European health systems, concept and approaches World Health Organization 2014 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) (<http://www.euro.who.int/pubrequest>). Pristupljeno: 17.5.2017.
35. Tello J., Stachenko S., Jurgutis A., Mulholland D., T Habicht, Satylganova A., Langins M. Health system barriers and innovations for better NDC outcomes (country assessment) WHO regional office for Europe 2015 (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).
36. Bergman Marković B., Primarna zdravstvena zaštita danas - potreba funkcionalnog povezivanja u zajednici, U: Zbornik radova, Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite, Labin 2002.
37. Dahrouge S., Hogg W., Ward N, Tuna M., Devlin R.A., Kristjansson E., Tugwell P., Pottie K. Delivery of primary health care to persons who are socio-economically disadvantaged: does the organizational delivery model matter? BMC Health Serv Res. 2013; 13: 517.
38. European Observatory on Health Systems and Policies. The health systems and policy monitor, Payment mechanisms Croatia, France, Germany, Slovenia, United Kingdom <http://www.hspm.org/mainpage.aspx>. Pristupljeno: 28.11. 2017.
39. Zakon o zdravstvenoj zaštiti ("Narodne novine", broj 150/08, 155/09 - Uredba, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11 - Uredba, 12/12, 35/12 - odluka Ustavnog

suda RH, 70/12, 144/12 - Uredba, 82/13, 159/13 i 22/14 - odluka Ustavnog suda
RH, 154/14, 70/16 – Uredba)

Životopis

OSOBNI PODACI:

Ime i prezime: Tatjana Bekić
Datum i mjesto rođenja: 26. travnja 1961., Zagreb
Adresa: Čakovečka 5, Zagreb
Telefon: 00385 959028042
Mail: tatjana.bekic@gmail.com

RADNO ISKUSTVO:

1986 – 1988	Ordinacije opće medicine U svojstvu zamjene za odsutne doktore
7/1998 - 2002	HZZO RU Zagreb Rukovoditeljica odjela za medicinsku kontrolu računa
9/2002 - 2009.	HZZO-Direkcija Viši inspektor za medicinske poslove u Službi za ugovaranje zdravstvene zaštite
2/2009. - 2010.	HZZOZZR- Središnja služba Rukovoditeljica Službe za ugovaranje zdravstvene zaštite
10/2010.- 2012.	Dom zdravlja Zagreb Zapad Pomoćnica ravnatelja za kontrolu i kvalitetu zdravstvene zaštite

6/2012 –.

HZZO- Direkcija

Viši inspektor za medicinske poslove u Službi za ugovaranje

zdravstvene zaštite

OBRAZOVANJE:

- 2013. - Poslijediplomski studij Menadžment u zdravstvu
- 1990. - Poslijediplomski studij: Hitna medicina
- 1988. Odobrenje za samostalan rad
- 1981 -1986 Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

ZNANJA I VJEŠTINE:

- Strani jezici: Engleski – C razina
Talijanski – B razina
Njemački – A razina
- Uredski alati Ms Office paket
- Internet/Web
- Vozački ispit (B kategorija)
- Komunikacijske, organizacijske i poslovne vještine