

Radni sastanak “ Unapređenje kvalitete rada u primarnoj zaštiti primjenom sustava plaćanja odabranih zadataka” Cavtat 8-10.10. 2003.

Zaključci usuglašeni i prihvaćeni od ministra zdravstva gospodina Andra Vlahušića, profesora Stjepana Oreškovića, direktorice HZZO gospođe Ljubice Đukanović, zamjenika direktorice HZZO dr Josipa Mićije, pomoćnice direktorice HZZO dr Lidije Hrašćić- Novak, predsjednika HUOM- dr Dragomira Petrica, zamjenice predsjednika Povjerenstva za primarnu zdravstvenu zaštitu HLK dr Nevenke Vinter-Repalust, predstavnika Katedri obiteljske medicine prof.dr.sc. Milica Katić

Dogovorena preambula Ugovora za 2004. godinu

1. Ministarstvo zdravstva se obvezuje da kroz 2004. i 2005. godinu zajedno sa županijama opremi sve ordinacije obiteljske medicine ugovornih liječnika sukladno standardu koji će se izraditi u suradnji sa Povjerenstvom za primarnu zdravstvenu zaštitu Hrvatske liječničke komore. (rok 1.12. 2003. godine)
2. Nastavlja se ubrzani proces informatizacije primarne zdravstvene zaštite koji treba biti dovršen za liječnika obiteljske medicine tijekom 2004. godine.
3. Program specijalizacije obiteljske medicine nastavlja se sukladno prihvaćenom planu.

Razlozi za uvođenje promjena u ugovoru:

1. Sustav plaćanja isključivo glavarinom u obiteljskoj medicini potiče liječnika da imaju registrirano na listi maksimalan broj osiguranika, a da pri tome nema poticaja za unapređenje rada
2. Predlaže se da se uvede dio plaćanja kojim se potiče liječnika na unapređenje rada,. Taj dio plaćanja je ovisan o izvršenju određenih od struke odabranih indikatora.
3. Odabir indikatora temelji se na zdravstvenim prioritetima hrvatskog pučanstva
4. Pri odabiru indikatora vodilo se računa o mogućnosti mjerenja i praćenja odabranog indikatora

Odabrani indikatori su:

I Izmjeren RR u razmacima od 5 godina. Startne godine su godine u kojoj osiguranik navršava: 25, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65, 70 i 75 godina.

II. Izmjeren indeks tjelesne mase (Body mass index = BMI) prvi put s navršene 2. godini života, zatim od 20. godine u petogodišnjim razmacima. Startne godine su godine u kojoj osiguranik navršava: 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65. godina.

III. Skrining raka dojke – upućivanje na mamografiju u godini u kojoj osiguranica navršava 45. godina, vrijedi nalaz unatrag tri godine .

IV. Skrining raka debelog i završnog crijeva – hemokult u godini u kojoj osiguranik navršava 50. godina, za oba spola s test trakama nabavljenim od HZZO.

Zašto se preporučuje provođenje ovih mjera u navedenim godinama života?

1. Jednostavnije je i učinkovitije napraviti određene intervencije u točno određenoj životnoj dobi sa većom sigurnosti da će programom biti obuhvaćene sve osobe te dobi
2. U odabranim godištim veća je vjerojatnost da će osobe kod kojih se ne izvrši program u jednom razdoblju to sigurno biti izvršeno u slijedećem petogodišnjem razdoblju
3. Ako za program odredimo jasno dobnu skupinu lakše je identificirati pojedince u kojih je potrebno izvršiti program i kontrolirati da li je program izvršen
4. U dobro kompjuterski vođenoj evidenciji osoba u skrbi jednostavno je izlučiti osobe određenog godišta
5. Prema sastavu populacije u skrbi u ambulanti je za očekivati da se u svim navedenim skupinama zajedno prosječno obuhvati oko 250-300 osoba godišnje
6. U informatički opremljenoj ambulanti, medicinska sestra će biti oslobođena velikog djela administrativnog posla koji sad obavlja te bi mogla radno vrijeme koristiti za “pravi” medicinski rad

Bodovanje – obuhvat planirane populacije.

Računa se udio osiguranika u ciljnoj dobi koji su obuhvaćeni postupkom za odabrani indikator u odnosu na ukupan broj osiguranika u istoj dobi koji su trebali biti obuhvaćeni tim postupkom.

Manje od 50 % obuhvata skupina osiguranika u ciljnim godištima = 0 bodova

Od 50-65 % obuhvata skupina osiguranika u ciljnim godištima = 5 bodova

Više od 65 % obuhvata skupina osiguranika u ciljnim godištima = 10 bodova

V. Edukacija i promocija zdravlja u suradnji patronažne sestre i medicinske sestre u ambulanti.

Broj sati posvećenih edukaciji i promociji zdravlja

Manje od 9 sati godišnje = 0 bodova

Od 9-12 sati godišnje = 5 bodova

Više od 12 sati godišnje = 10

Minimalni broj bodova za ovu skupinu indikatora je 25, maksimalni 50 bodova.

Ako je za jedan od indikatora broj bodova 0 ukupan broj bodova je 0.

Plaćanje za ukupni PBP izračunava se:

Za ostvarenih od 25 do 37 bodova 50% sume za PBP

Za 38 i više ostvarenih bodova 100% sume za PBP

Neophodno je osvojiti najmanje 5 bodova za svaki indikator.

Plaćanje je kvartalno, praćenje izvršenja programa u intervalima od šest mjeseci, a konačni obračun nakon godine dana. Prema izvršenju liječnik će ili zadržati sva sredstva koje je tijekom godine redovito dobivao paušalno u kvartalnim obrocima, ili će dio novca vratiti prema obračunu.

Način provođenja postupaka po navedenim indikatorima, obrasci za popunjavanje i način popunjavanja obrazaca donijet će struka u suradnji sa HZJZ. To će biti posebno regulirano posebnim dokumentom.

Elementi Ugovora za 2004. godinu

Uvođenje novog sustava plaćanja u Ugovor

Uvodi se još jedna dobna skupina, od 44 – 65 godina, za obračunavanje plaćanja vrijednosti glavarine.

Sustav plaćanja koji sadrži fiksni iznos (glavarinu) i varijabilni iznos (PBP) uvodi se od 2004. godine i primjenjivat će se kroz razdoblje od 5 godina u kojem će se pratiti učinak takvog načina plaćanja. Za svaku narednu godinu u ugovoru će se povećavati udio PBP do 2008. godine kad će glavarina iznositi 75% ukupnih sredstava , a PBP 25%.

U prvom tromjesečju 2004. godine zadržava se postojeći način plaćanja isključivo glavarinom jer je prema Zakonu na snazi privremeni proračun zbog izbora

U novom Ugovoru za ostatak 2004. godine dogovorene su slijedeće promjene:

1. HZZO osigurava 6% povećanja sredstava za obiteljsku medicinu, što iznosi prema udjelu troškova za obiteljsku medicinu u ukupnom budžetu za zdravstvenu zaštitu na razini troškova iz 2003. godine koji su bili 700 000 000,00 kuna ukupno 42 000 000,00 kuna više. Također se predviđa zadržavanje i raspoređivanje u sustavu primarne zaštite sredstva za glavarine neraspoređenih osiguranika u vrijednosti 3 % odnosno 21 000 000,00 kuna više.
2. Ukupna sredstva za ugovor za ostatak 2004. godine činila bi 109 % sadašnjeg budžeta. Ovih 9% viška sredstava čine sredstva od kojih će se odmah 6% rasporediti za PBP, a 3% će se rasporediti za stimulaciju udruživanja u grupne prakse. Kako se ne očekuje udruživanje svih timova obiteljske medicine na razini Hrvatske u grupne prakse, očekuje se da će realno povećanje biti u okvirima planiranog povećanja od 6 %.
3. Za PBP se izdvaja 6% ukupnih sredstava, što znači da svaki liječnik koji napravi 100% izvršenje svih 5 prihvaćenih indikatora dobiva 6% bonusa na sadašnji iznos glavarine.
4. U slučaju da program ne izvrši mora vratiti dobivena sredstva u HZZO, ali HZZO ne smije ta sredstva prenamijeniti u druge svrhe već ih mora dati onom tko je program izvršio (Dom zdravlja ili neko drugi). Liječnik ne može ostvariti prava na dodatna sredstva iz PBP ukoliko krši ostale točke ugovora za koje su predviđene kaznene mjere.

5. Dodatni bonus za liječnike obiteljske medicine je dodatak od 5% za grupnu praksu, preraspodjelom neutrošenih sredstava timova koji se nisu udružili.
6. Dugoročni je cilj smanjenje raspona u broju pacijenata. Predlaže se svake godine za ugovaranje povećati minimalni broj za ulaz u sustav za 5 %, a maksimalan broj smanjiti svake godine za 2.5% do postizanja optimuma.
7. Povjerenstvo u paritetnom sastavu predstavnika ugovornih liječnika obiteljske medicine i predstavnika HZZO –a pratit će ukupne troškove zdravstvenog sustava na koje liječnici obiteljske medicine mogu utjecati te predlagati mjere racionalizacije koje će unaprijediti zdravstvene parametre. Sredstava ostvarena mjerama racionalizacije Povjerenstvo će utrošiti na edukaciju i izvršenje dodatnih javno zdravstvenih programa.
8. Za praćenje provođenja Ugovora osniva se stalna radna grupa na nacionalnoj razini, koja se sastaje najmanje jednom mjesečno a sastoji se od predstavnika HZZO-a i HLK na paritetnoj razini i jednog predstavnika Ministarstva zdravstva. O radu redovito izvještavaju ministra zdravstva, upravno vijeće HZZO i Izvršni odbor HLK, te sve liječnike putem Liječničkih novina i drugih sredstava javnog priopćavanja. Na županijskoj razini osniva se povjerenstvo sastavljeno od predstavnika Područnog ureda HZZO-a, predstavnika županijskog povjerenstva HLK i predstavnika županije.