

Ministrov prijedlog reforme zdravstvenog sustava – «Reforma za više zdravlja»

Borka Cafuk

Hrvatska liječnička komora

Članak je objavljen u Liječničkim novinama broj 75-15.prosinca 2008. godine

Ministar zdravstva i socijalne skrbi mr. Darko Milinović predstavio je svoj prijedlog reforme zdravstvenog sustava prvi put u javnosti, pred svim relevantnim subjektima zdravstvenog sustava i medijima, 5. studenog u Zagrebu.

Nakon predstavljanja reforme i svih reakcija koje su na prijedlog uslijedile, pokrenuta je javna rasprava tijekom kojih je ministar prijedlog mijenjao. Naime, odustao je od, kako mnogi ističu, najspornijeg dijela reforme, uvođenja paralelnog privatnog osnovnog zdravstvenog osiguranja, koji bi uzrokovao prelijevanje društvenih sredstava u privatne osiguravajuće kuće. Također, iako u prvom javnom predstavljanju nije spominjao rješenje nedostatka liječnika, u kasnijim raspravama je najavio stvaranje fonda kojim bi se to trebalo riješiti. U ovom članku donosimo osnove prijedloga reforme kako su prvi put prezentirani u javnosti.

Ministrova prezentacija objavljena je na web stranici MZSS-a www.mzss.hr.

Ministar zdravstva Darko Milinović

Zašto je potrebna reforma?

Reforma je, istaknuo je Milinović, nužna zbog više razloga. Zdravstvo se financira isključivo iz jednog izvora i to tako da milijun i pol zaposlenih izdvajanjem od 15 posto na bruto plaću financira zdravstvenu zaštitu za 4,5 milijuna stanovnika Hrvatske. Zdravstvo, štoviše, godišnje generira dug od dvije milijarde kuna. Problem je i postojanje percepcije korumpiranosti i pad popularnosti struke, što ima za posljedicu nedostatak liječnika, a upitna postaje i dostupnost zdravstvene zaštite, i primarne, i sekundarne itd.

Cilj su reforme, naglasio je ministar, stavljanje osiguranika/pacijenta u središte pozornosti, poboljšanje zdravlja, zdravstvenih indikatora i zdravstvene skrbi te unapređenje sustava zdravstvene zaštite. Također, ciljevi su uspostaviti i fiksnu stopu izdvajanja za zdravstvo iz državnog proračuna kroz tri godine, omogućiti jednaku dostupnost zdravstvenih usluga, pronaći nove izvore financiranja, izdvojiti zdravstveni fond iz riznice, sačuvati socijalnu osjetljivost i solidarnost, nastaviti decentralizaciju, borba protiv korupcije itd. Jedan je od ciljeva reforme najboljim bolnicama i liječnicima u PZZ-u omogućiti da povećaju svoje prihode pružanjem medicinskih usluga te uspostava kvalitete zdravstvene zaštite kroz djelovanje Agencije za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu.

Racionalizacija u zdravstvu će se postići uvođenjem novih mehanizama plaćanja primarne zdravstvene zaštite i bolnica te intenzivnog liječenja, novim načinom ugovaranja PZZ-a, reformom hitne medicinske pomoći, kategorizacijom i akreditacijom zdravstvenih ustanova, informatizacijom PZZ-a, referentnom cijenom lijekova, objedinjenom nabavom, smanjenjem stope bolovanja i drugo.

Najveće promjene u PZZ-u

Reforma u primarnoj zdravstvenoj zaštiti mora riješiti pitanja zakupa i statusa zakupaca. Također, istaknuo je ministar, nužno je riješiti i pitanje neracionalnog omjera usluga u PZZ-u i SZZ-u, aktivnog uključivanja mjesne zajednice u planiranje i provođenje zdravstvene zaštite te statusa doma zdravlja i njegove pozicije u PZZ-u.

Ciljevi podrazumijevaju uvođenje više načina plaćanja kojima bi se, naglašava Milinović, potaklo liječnike u PZZ-u na unapređenje rada, poboljšanje kvalitete i povećanje opsega poslova te tako omogućilo uspješnije poslovanje timova. Timovi u PZZ-u više ne bi primali 100 posto glavarine nego 60 posto, a ostalo bi ovisilo o obavljenim uslugama.

Tim (A) specijalista obiteljske medicine bez ugovora s domom zdravlja i koji ne pruža posebne usluge s popisa HZZO-a te nije u grupnoj praksi i ne sudjeluje u lokalnim programima sada zarađuje 107 posto, a kada se provede reforma zarađivao bi svega 63 posto (tablica 1).

S druge strane, tim (B) specijalista koji potpiše i provodi ugovor s domom zdravlja, pruža usluge s popisa HZZO-a svojim osiguranicima, koji je dio grupne prakse i sudjeluje u lokalnim programima, mogao bi umjesto sadašnjih 107 posto zaraditi 118 posto.

Tim (C) koji potpiše i provodi ugovor s domom zdravlja, pruža usluge s popisa HZZO-a za svoje i druge osiguranike i koji je dio grupne prakse te sudjeluje u lokalnim programima mogao bi umjesto sadašnjih 107 posto zaraditi 158 posto (tablica 2).

Tablica 1 (izvor: prezentacija Prijedloga reforme zdravstvenog sustava, mr. Darko Milinović, dr. med.)

Simulacija plaćanja (bez ugovora s DZ i bez posebnih usluga)	
Sada	Poslije
Glavarina 100%	Glavarina 60%
Specijalizacija 3%	Specijalizacija 3%
PPTP - HZZO 4%	PPTP - HZZO $\geq 0\%$
DZ 0%	DZ $\geq 0\%$
HZZO za izvršenje ugovora 0%	HZZO za izvršenje ugovora 0%
Grupna praksa 0%	Grupna praksa 0%
UKUPNO 107%	UKUPNO 63%

Tim specijalista OM koji ne potpiše i provodi ugovor s DZ, ne pruža usluge s popisa HZZO, nije u grupnoj praksi i ne sudjeluje u lokalnim programima

Popis postupaka koji se sada plaćaju po PPTP-u dodatno bi se proširio u suradnji s Hrvatskim liječničkim zborom i Hrvatskom liječničkom komorom. Stoga bi, istaknuo je ministar, maksimalni mogući prihodi za A, B i C tim u narednoj godini mogli izgledati kako je prikazano u tablici 3.

Tablica 2 (izvor: prezentacija Prijedloga reforme zdravstvenog sustava, mr. Darko Milinović, dr. med.)

Simulacija plaćanja

(uz ugovor s DZ i posebnim uslugama za svoje osiguranike)

Sada	Poslije
Glavarina 100%	Glavarina 60%
Specijalizacija 3%	Specijalizacija 3%
PPTP - HZZO 4%	PPTP - HZZO do 20%
DZ 0%	DZ (preventivni programi i kontinuirana zdr. zaštita) do 20%
HZZO za izvršenje ugovora 0%	HZZO za izvršenje ugovora 10%
Grupna praksa 0%	Grupna praksa 5%
UKUPNO 107%	UKUPNO 118%

Tim specijalista OM koji potpiše i provodi ugovor s DZ, pruža usluge s popisa HZZO za svoje osiguranike, dio je grupne prakse i sudjeluje u lokalnim programima

U osiguranje kvalitetne zdravstvene skrbi uključile bi se mjesne zajednice. Poglavarstvo županije bi, uz suglasnost ministra zdravstva, a na prijedlog upravnog odjela za zdravstvo, davale koncesije pravnim i fizičkim osobama za obavljanje djelatnosti u PZZ-u. Koncesije bi se davale u skladu s osnovnom mrežom zdravstvene djelatnosti (koju donosi ministar), Nacionalnim planom, programom mjera zdravstvene zaštite i s prihvaćenim lokalnim programima, projektima i inicijativama. Potrebno je, naravno, provesti i kompletnu informatizaciju PZZ-a.

Tablica 13(izvor: prezentacija Prijedloga reforme zdravstvenog sustava, mr. Darko Milinović, dr. med.)

Prikaz maksimalnih mogućih prihoda standardnog tima opće/obiteljske medicine (1.700 osiguranih osoba) u 2009. godini

Opća/obiteljska medicina	Ukupan godišnji iznos (u kn)
Tim A	215.918,40
	- 146.525,80
Tim B	408.078,78
	+ 45.634,50
Tim C	547.831,79
	+ 185.387,59

331.913,39

Maksimalni mogući prihod u 2008. godini: 362.444,20

Hitna medicinska pomoć

U planu je osnivanje Hrvatskog zavoda za hitnu medicinsku pomoć i županijskih zavoda za HMP te uvođenje specijalizacije iz hitne medicine. U svim bolnicama osnovat će se centralni hitni prijemi te opremiti izvanbolnički HMP. U planu je i osnivanje 21 županijske prijavno-dojavne jedinice.

Cilj je reforme u HMP-u, istaknuo je Milinović, da se u tijeku pet godina za 80 posto poziva postigne prosječno vrijeme dolaska na mjesto nesreće za 10 minuta u urbanim sredinama a 20 minuta u ruralnim sredinama da prosječno vrijeme od poziva do dolaska u bolnički prijem bude 75 minuta, a u 80 posto slučajeva manje od sat vremena.

Nacionalne liste čekanja

U Ministarstvu je ustrojen odjel za izradu i vođenje nacionalnih listi čekanja (više o tome objavili smo u prošlom broju LN-a), a zbog potrebe javnosti njihova vođenja uvedena je i obveza uspostave centralne jedinice za naručivanje pacijenata u svim bolnicama (više o tome u ovom broju LN-a, u članku «Bolnička jedinica za centralno naručivanje pacijenata»).

Reforma bolničkog zdravstvenog sustava

Od 1. siječnja 2009. prestaje primjena PPTP-a i Plave knjige te sve bolnice moraju obračunavati svoje usluge po dijagnostičko terapijskim skupinama (DTS).

Primjenom obračunavanja i plaćanja po DTS-u želi se poticati i nagraditi učinkovit rad bolnica, osigurati jednakost za sve bolnice i bolesnike te poboljšati ravnopravnost u određivanju limita bolnica.

Također, to bi trebao biti poticaj bolnicama da smanje troškove, ali ne na teret bolesnika, da ih lakše kontroliraju te profitiraju uspiju li imati niže troškove od plaćene cijene. DTS bi trebao osigurati transparentnost pri ugovaranju zdravstvene zaštite, skraćivanje prosječnog trajanja hospitalizacije i potaknuti osnivanje dnevnih bolnica.

Bolnicama, također, predstoji informatizacija.

Na državnoj, županijskoj i regionalnoj razini, objasnio je Milinović, osnovat će se financijske uprave. One bi

provodile javnu nabavu i druge administrativne poslove od zajedničkog interesa, dok bi upravljanje zdravstvenim ustanovama ostalo u nadležnosti ravnatelja. Članice uprave na državnoj razini bile bi sve državne zdravstvene ustanove, na županijskoj sve županijske, a na regionalnoj razini zdravstvene ustanove iz dviju ili više županija, uz napomenu da se stvaranje regionalnih uprava temelji na dobrovoljnom udruživanju. Provođenjem ove mjere očekuje se ušteda od 200 milijuna kuna.

Kraj beskrajnih bolovanja

Reforma zahvaća i bolovanja jer je Hrvatska u samom europskom vrhu po stopi bolovanja (3,57 posto). Dnevno je u prosjeku 58.000 zaposlenih na bolovanju, što godišnje košta 2,350 milijardi kuna. Najviše zaposlenih boluje do godine dana (184.893), potom od jedne do pet godina (16.135) te od pet do 15 godina (300). Bolovanje do 42 dana plaćaju poslodavci, a potom HZZO bez ograničenja trajanja. Protekle je godine HZZO za bolovanja isplatio 1,350 milijardi kuna.

Provede li se predložena reforma, ubuduće bi osiguranici na bolovanju s naknadom mogli biti godina dana, odnosno ukupno 18 mjeseci u razdoblju od tri godine. Potom bi se trebali vratiti na posao ili otići u mirovinu. Uvođenjem ove promjene ministar očekuje da će se troškovi za bolovanja smanjiti za oko 350 milijuna kuna.

Racionalizacija potrošnje lijekova

Potrošnja lijekova na recept ograničit će se tzv. pay-backom, odnosno HZZO će s proizvođačima lijekova potpisati ugovore za kupnju točno određene količine lijekova, a sve troškove za lijekove prodane iznad ugovorene i plaćene količine snosit će farmaceutska industrija. Potpisivanjem ugovora farmaceutska industrija će se motivirati da smanji nepotrebno proširivanje indikacija za pojedinu skupinu lijekova, tvrdi ministar.

Uvest će se i nove referentne cijene lijekova, čime bi se u 2009. trebalo uštedjeti 200 milijuna kuna. Država će preuzeti brigu za pacijente koji trebaju posebno skupe lijekove i odreći se marže, a očekivana ušteda je oko 40 milijuna kuna.

Novi izvori financiranja

Milijun i pol stanovnika Hrvatske koji izdvajaju za zdravstvenu zaštitu potroši samo 25 posto ukupnih sredstava, a 75 posto ide na sve one koji ne izdvajaju za zdravstvenu zaštitu. Stanje je neodrživo pa će se, ističe Milinović, ili ići u deficit državnog proračuna ili je nužno pronaći nove izvore financiranja.

Jedan od novih izvora financiranja moglo bi biti uvođenje zdravstvenog doprinosa na duhan, koji su obvezne uvesti zemlje potpisnice Konvencije SZO-a o Kontrolu duhana, među kojima je i Hrvatska. U 2009. zdravstveni bi doprinos na duhan po kutiji cigareta iznosio pet kuna, 2010. povećao bi se na šest kuna, a 2011. na sedam kuna po kutiji.

Mogući je izvor financiranja i šest posto naknade za zdravstvenu zaštitu ozlijeđenih iz osiguranja od odgovornosti za upotrebu motornih vozila.

Ideja je da doprinos za nezaposlene u visini od pet posto na minimalnu plaću, što ukupno iznosi 405 milijuna kuna, ide iz Hrvatskog zavoda za zapošljavanje (HZZ) ili da plaćanje podijele HZZ i državni proračun. To je još stvar razrade Ministarstva financija.

U planu je uvođenje jedinstvene stope participacije od 20 posto, uz minimalni iznos plaćanja. Participacije od 15 do 3.000 kuna po zdravstvenoj usluzi plaćat će svi, izuzev djece do 18 godina i trudnica te onih kategorija za koje će se policia dopunskog osiguranja uplaćivati iz državnog proračuna. Tako uplata dopunskog zdravstvenog osiguranja postaje racionalno rješenje jer pokriva participaciju. Participacija se neće plaćati u patronažnoj zdravstvenoj zaštiti, za zdravstvenu njegu u kući, sanitetski prijevoz, HMP i hemodijalizu. U PZZ-u će se za liječnički pregled i izdavanje recepta plaćati participacija od 15 kuna, a u SKZ-u će iznositi 20 posto cijene usluge. Time se PZZ-u i bolnicama otvara mogućnost povećanja prihoda od participacije.

Uvjeti dopunskoga zdravstvenog osiguranja mijenjaju se za samo 415.633 radno aktivnih stanovnika čija je plaća veća od 5.200 kuna. Njihova policia je sada 80 kuna, a poskupjet će između 10 i 40 kuna. Za 986.128 radno aktivnih, čije su plaće ispod prosjeka, uvjeti se ne mijenjaju pa policia dopunskog zdravstvenog osiguranja i dalje košta 80 kuna. Za 115.148 radno aktivnih, koji su sada oslobođeni od participacije, policia će se plaćati iz državnog proračuna, također 80 kuna.

Za 691.141 umirovljenika, čija je mirovina ispod 5.200 kuna, cijena police dopunskog osiguranja ostat će ista, to jest iznositi će 50 kuna. Iz državnog proračuna će se 50 kuna plaćati za police 355.323 umirovljenika koji su trenutačno oslobođeni od participacije. Novi uvjeti vrijedit će za 20.095 umirovljenika s mirovinom većom od 5.200: njihova policia dopunskog osiguranja, koja sada košta 50 kuna, također će poskupjeti. Za 610 osoba s povlaštenim mirovinama, tj. saborskih zastupnika, članova Vlade i HAZU-a, vrijedit će isti uvjeti kao i za radno aktivne.

Za hrvatske ratne invalide, njih 30.576 koji su sada oslobođeni od participacije, policia dopunskog zdravstvenog osiguranja plaćat će se iz državnog proračuna, a 836.195 djece oslobođeno je od svega i nema potrebe za plaćanjem police dopunskog osiguranja.

Sveukupno, za 4.001.122 stanovnika vrijedit će isti uvjeti kao i do sada, a za 436.338 novi uvjeti. Novi prihodi iz dopunskog iznosili bi više od 1.551 milijardi kuna.