

Prijedlog Reforme zdravstva

Andro Vlahušić

Poštovani Ministre,

Nedavno ste iznijeli prijedlog reforme zdravstva, za koji ste rekli da je samo prijedlog i da tražite otvaranje javne rasprave o njoj. Kao bivši Ministar zdravstva i stručnjak iz područja javnoga zdravstva i organizacije zdravstvene zaštite, iznosim svoje javno stajalište.

1. Novo obvezno/zdravstveno osiguranje

Najsporniji dio reforme, je prijedlog da samo radno aktivni stanovnici imaju pravo na izbor vlastitog obveznog zdravstvenog osiguranja. To znači uvođenje još jednoga paralelnoga javnoga zdravstvenog sustava u zemlju, koji ovim prijedlogom neće biti temeljen na solidarnosti kao što su svi javni sustavi zdravstva u ovoj zemlji bili u zadnjih 60 godina. U Hrvatskoj postoji samo jedno zdravstveno osiguranje, koje se naziva obvezno ili osnovno zdravstveno osiguranje. Dopunsko zdravstveno osiguranje snosi samo dio troška osnovnoga/obveznog osiguranja koji zamjenjuje participaciju ili plaćanje postotka zdravstvene usluge. Dodatno zdravstveno osiguranje je isključivo privatno osiguranje, namijenjeno pokrivanju usluga koje nisu u obveznom zdravstvenom osiguranju i u Hrvatskoj uopće nije zaživjelo.

Prijedlog koji se navodi u reformi da samo zdravi i bogatiji dio populacije, koji ujedno i plaća 85.7 % - 95 % ukupnoga zdravstvenoga budžeta može izabrati druga tj. privatna osiguranja jedinstven je u svijetu i dosada u literaturi nigdje nije opisan. Pročesljao sam sve tražilice, knjige o osiguranjima, razgovarao sa ekspertima u SADu i Evropi, konzultantima Svjetske banke i nitko nije čuo za takav model. Pošto nigdje ne postoji i ne nalazi se napisan u nijednoj knjizi, stručnom članku onda ga se nitko od liječnika u Hrvatskoj nije mogao sjetiti, osmisliti ni napisati. Očito dolazi iz sfera biznisa koji na zdravstvo gledaju isključivo kao na profit, a ne na pružanje zdravstvene zaštite.

Prema teoriji zdravstvenih osiguranja i praksi u svijetu, uvođenje još jednog osiguravatelja obveznog zdravstvenog osiguranja, znači da osiguranje počinje graditi ili ima i svoj zdravstveni sustav. Što je osiguranje veće i bogatije to je paralelni zdravstveni sustav veći i sveobuhvatniji. Većinu zdravstvenih usluga koje ugovara nastoji ostvariti u svojim ambulancama, opće medicine ili specijalističkim, centrima za dijagnostiku, bolnicama, ljekarnama, rehabilitacijama. Isključivo o njihovoj samostalnoj odluci ovisi kakvu će ponudu dati svojim osiguranicima i kojim će ih pogodnostima obasuti, kako bi napustili postojeće i jedino zdravstveno osiguranje, tj. HZZO i prešli njima.

Ovo je već ukidanje načela solidarnosti i prelazak sa nacionalnoga modela osiguranja na individualni model osiguranja. U suprotnosti je sa Ustavom Republike Hrvatske, Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o zdravstvenom osiguranju. Ustav jamči za sve hrvatske građane pravo na zdravlje i jednakost pred zakonom. Prijedlogom reforme ne ukida se pravo na zdravlje, ali se ukida jednakost pred zakonom. Samo dio populacije u ovom slučaju zaposleni, što u praksi znači zdraviji i bogatiji dio populacije ima pravo na izbor, dok svi ostali, a to su djeca, studenti, nezaposleni, umirovljenici, branitelji nemaju to pravo. Njima se ukida pravo na izbor, jer moraju ostati osiguranici nacionalnoga zdravstvenog osiguranja, tj. HZZO-a.

Zamislimo, da Vaš predloženi model uspije i da svi aktivni osiguranici, njih 1.5 milijuna izaberu jedno jedino privatno osiguranje od 1. siječnja 2010. godine. Za njih država koja prikuplja poreze i doprinose uplaćuje 4 % brutto plaće na račun privatnog zdravstvenog osiguranja, a 11 % njihove brutto plaće uplaćuje se u HZZO koji prikuplja novce za zdravstvenu zaštitu ostala 3 milijuna stanovnika, djece, staraca, umirovljenika, nezaposlenih, branitelja.

Vi ste prikazali da aktivni osiguranici troše 4.7 milijardi kuna godišnje, od čega na glavarine ide 680 milijuna kuna, na ostalu zdravstvenu zaštitu (lijekove na recept, ortopedska pomagala, specijalističku i zdravstvenu zaštitu) otpada 2.6 milijardi kuna, te na bolovanja 1.4 milijardi kuna.

Kako to u životu funkcionira. Radnik ima svoga liječnika koji prima glavarinu od osiguranja X. U populaciji koju liječi sadašnji liječnici imaju dvije skupine bolesnika, bolesnike HZZO-a i osiguranja X. Imaju dva ugovora, dva različita recepta, uputnice, doznake za ortopedska pomagala, bolovanja. Međutim da li je osiguranje X zadovoljno prenatrpanim čekaonicama, nedostatku opreme, neljubaznim osobljem. Naravno da nije, jer zašto bi ljudi uopće išli u privatno osiguranje X ako im

zdravstvena usluga ostaje ista.

Osiguranje ponudi svojim osiguranicima, nove, moderne ordinacije, čekaonice sa kvalitetnom uslugom, naručivanje u minutu, somatološku, laboratorijsku i specijalističku zaštitu na jednome mjestu i to sve za vrijeme jednoga posjeta. Naravno takvi Centri imaju i svoje ljekarne. Pošto im ne treba ugovor sa HZZOom za njih ne vrijedi postojeća mreža ljekarni. Poliklinike zdravlja, osiguranja X zarađuju novac od glavarina koje prepisuje država, ali za ostalo utvrđuju vlastita pravila. Poliklinika zdravlja naravno može ponuditi i specijalističku uslugu bez pretodnog pregleda kod liječnika opće medicine, što je jedna od važnijih pogodnosti koje bi se pružilo svojim osiguranicima, za napuštanje HZZO-a.

Liječnici koji rade u Poliklinikama zdravlja, trebaju svome vlasniku još zaraditi, a zarada dolazi od smanjenja druga dva troška, specijalističke i bolničke zdravstvene zaštite, te bolovanja. Osnovni cilj je ne trošiti ili minimalno trošiti upućivanjem svojih osiguranika specijalistima i u bolnice. Čim ih upute u bolnice koje su u javnome vlasništvu, dobiti će račun koji moraju platiti. Specijalisti koji nisu zaposleni u osiguranju X, uzimaju se iz javnoga sektora koji plaća HZZO. Naravno, većina se ne zapošljava na puno radno vrijeme. Poliklinike zdravlja razvijaju i jednodnevnu kirurgiju, kako bi smanjili potrebe za uslugama javnih bolnica.

Osiguranju X ostaje tada najveći trošak, a to su bolovanja u iznosu od 1.4 milijarde kuna godišnje. Koliko god smanjimo isplatu osiguranicima, toliko vlasnicima ostaje više. Nema više bolovanja na teret X osiguranja. Zbog toga se u prijedlogu reforme uskraćuje pravo na bolovanje duže od godinu dana, na teret zdravstvenog osiguranja, kako bi se osiguranju X povećala dobit.

Osiguranje X i ne želi aktivne osiguranike koji su bolesni, stvaraju im trošak liječenja i bolovanja. Također je pretpostaviti da bolesnije radno stanovništvo neće izabrati osiguranje X jer strahuju za svoje zdravlje i socijalna prava. Tako se stvara najpoželjnije stanje za osiguranje X, 1/3 aktivnih osiguranika, tj. radnika koji stvara najviše troškova od 4.7 milijardi kuna, njih neće izabrati. Računica je jednostavna 500 000 bolesnijih aktivnih osiguranika, troši najmanje 2/3 troška za zdravstvenu zaštitu, tj. oko 3 milijarde kuna koje će morati plaćati njihovo državno osiguranje tj. HZZO.

Znači osiguranju X u ovom slučaju ostaju prihodi od 2/3 aktivnih osiguranika, tj. 3 milijarde kuna, a rashodi samo 1/3 troška ili 1.5 milijarde kuna. Samo selekcijom i pametnom medijskom prezentacijom osiguranje X zaradi 1.6 milijardi kuna. Ništa ne radi, plati par dobrih PR stručnjaka, uloži 100 milijuna kuna u medijsku kampanju i ostaje godišnje čisto 1.5 milijardi kuna. Za deset godina 15 milijardi kuna samo na pametnom izboru radno aktivnih osiguranika.

Dovoljno novaca da na svakih 20 000 osiguranika izgradi vrhunsku, komfornu Polikliniku zdravlja u kojoj će na jednome mjestu imati uslugu o kojoj osiguranici HZZO-a mogu samo sanjati. Specijalistička usluga, opća medicina, stomatologija, ljekarna, ortopedska pomagala, mala kirurgija sve za vrijeme jednoga posjeta. Bez čekanja u komfornim čekaonicama i sve besplatno. Samo od jednogodišnje zarade mogu napraviti mrežu Poliklinika zdravlja koje ravnoparavno konkuriraju svim javnozdravstvenim ustanovama, osim pružanja usluga najkompleksnijih zahvata kao što je transplantacija ili složeni onkološki zahvati, kirurgija i zračenje.

Pitanje je da li i m i to treba. Kada se pojavi osiguranik osiguranja X koji zahtijeva vrlo skupu terapiju, recimo iznad 200 000 kuna godišnje, stimulira ga se da napusti osiguranje X i vrati se nazad u HZZO.

Što bi se dogodilo sa osiguranicima HZZOa i zdravstvenim ustanovama u javnom vlasništvu kada bi predložena reforma prošla. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti liječnici će ostati bez velikoga dijela glavarina. Najveći problem imati će liječnici primarne zdravstvene zaštite u velikim gradovima, Zagrebu, Splitu, Rijeci, gdje i inače imaju malo bolesnika po timu. U gradovima se nalazi i najviše radno aktivnog stanovništva, a već i postoje brojne poliklinike koje se lako transformiraju u Poliklinike zdravlja osiguranja X.

Liječnicima Primarne zdravstvene zaštite to značajno smanjuje zaradu, a u ambulantama ostaje samo bolesna i siromašna skupina stanovništva. Uvođenjem novoga privatnoga obveznoga osiguranja prestaje postojati mreža zdravstvene djelatnosti koju sada poznajemo, jer svako osiguranje radi vlastitu mrežu sukladno broju osiguranih osoba. Kao što je napisano mreža će potpuno nestati u gradovima, ne samo opće medicine, stomatologije i ljekarništva nego i specijalistička i bolnička mreža.

Najteže posljedice osjetiti će javne bolnice, koje su locirane u gradovima gdje će privatna osiguranja imati i najviše osiguranika. Najveći trenutni i dugoročni problem u Hrvatskoj je nedostatak liječnika u javnome sektoru. Poliklinike zdravlja preuzeti će dodatni broj specijalista iz javnoga sektora kako bi svojim osiguranicima pružili specijalističku zaštitu već pri prvome kontaktu.

Financijski HZZO će biti u vrlo teškom stanju. Zbog gubitka dijela doprinosa od 4 %, ostati će bez 5 milijardi kuna prihoda na godišnjoj razini. Rashodi HZZO će ostati podjednaki jer će i aktivni osiguranici, koji su bolesni sa svojim potrebama i troškovima ostati u HZZO-u. Uvođenje doprinosa na mirovine i za nezaposlene, drastično povećanje participacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i bolnicama ima samo jedan cilj: Namaknuti što više novaca kako bi se nadoknadio gubitak, koji se namjerava pokloniti privatnim zdravstvenim osiguranjima. Kada bi predložena reforma bila provedena sustav javnoga zdravstva temeljen na solidarnosti bogatijih i siromašnih, zdravih i bolesnih ne bi preživio.

2. Participacija i dopunsko osiguranje

Participacija i dopunsko osiguranje je drugi najveći problem predložene reforme. Participacija u zdravstvu znači plaćanje dijela usluge zdravstvene osnovnoga, tj. obveznoga osiguranja. Zakonodavac određuje cijenu usluge, kao njen postotak, te izuzeća od plaćanja.

Participacija u nijednome organiziranome sustavu ne služi za prikupljanje novaca nego za preusmjeravanje zdravstvenih usluga. Od prikupljenoga novca od participacije ili dopunskog osiguranja 20 – 30 % ne završi u zdravstvu, nego u troškovima prikupljanja i obrade novca, te zaradi osiguravatelja. Indirektni trošak znatno je i veći, jer kada medicinske sestre postanu blagajnice, njihov posao onda nitko ne radi. Kada bi svi građani jedne zemlje plaćali participaciju, to se u teoriji financiranja tretira o kao dodatni porez. Zato ga uređene zemlje i ne primjenjuju jer ne žele dati 30 % prikupljenih novaca administraciji i privatnim vlasnicima.

Predložene cijene polica i iznosi participacija u potpunom su neskladu. Sadašnje police osiguranja pokrivaju troškove participacija jer su male i osiguranjima stvaraju dobit, nakon što police osiguranja ne pokrivaju participaciju za lijekove. Novim prijedlogom participacija bolnice bi trebale uprihodovati 20 % od ukupnoga proračuna bolnica, a sada uprihoduju 0.72 %. Znači povećanje za 3 000 % ili 30 puta. Ako cijena participacije raste za 30 puta, polica ne može ostati ista, ukoliko osiguranje želi poslovati pozitivno. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti participacije se uvode bez ograničenja. Ukoliko pacijent pije deset lijekova mjesečno treba platiti 10 x 15 kuna ili 150 kuna, a ako je toliko bolestan da još 10 puta dođe u liječnika platiti će 10 x 15 kuna ili još 150 kuna. Ako ode samo jednom mjesečno u bolnici i zadrži se tamo 10 dana platiti će 2 000 kuna, jer je prosječni bolnički račun 10 000 kuna. Samo u tome mjesecu 2 300 kuna. Koje će osiguranje sa policom od 50 kuna mjesečno pokriti trošak od 2 300 kuna. Nijedno, jer takvoga modela nema u nijednoj državi svijeta. Niti državno dopunsko osiguranje ne smije poslovati negativno, jer je to protuzakonito.

3. Izdvajanja Državnog proračuna za zdravstvo, bez doprinosa

Kada govorimo o trošku državnoga proračuna, izvan doprinosa on prijedlogom reforme ostaje neutralan ili se još i povećava. Dosadašnjim zakonskim prijedlozima državni proračun trebao bi izdvajati oko 2.5 milijarde kuna za osobe koje su zaštićene člankom 8. Zakona o zdravstvenoj zaštiti i člankom 67. Zakona o zdravstvenom osiguranju. Međutim to Državni proračun sustavno izbjegava. Povremeno neki ministri to shvate pa dio obveza prebace na ministarstvo financija, kroz sanacije ili kroz kapitalnu izgradnju. Da je državni proračun unatrag 5 godina plaćao svoje obveze, 5 godina x 2.5 milijardi kuna, je 12.5 milijardi kuna, dugovi zdravstva ne bi postojali. Napominjem da je 31. prosinca 2003. godine dug ljekarnama bio 130 dana ili samo 10 dana iznad ugovorenoga roka, a danas je 280 dana ili 160 dana iznad ugovorenoga roka.

Tko garantira da će Državni proračun ubuduće plaćati nove obveze, doprinos za nezaposlene, ili participaciju za umirovljenike, HRVI branitelje, siromašne radnike, plaće baranitelja ili porodijske dopuste. Sjećamo se dobro vremena krize iz 1997., 1998., 1999. godine kada su odlukom Vlade Republike Hrvatske plaćanja doprinosa za zdravstvo bili oslobođeni zaposlenici u brodogradilištima, metalskoj i poljoprivrednoj industriji. Ukupni manjak u HZZO-u za neplaćanje doprinosa iznosio je 2000. godine 4 milijarde kuna. Znamo što nas čeka u gospodarskoj 2009. godini, znamo što čeka brodogradilišta.

Zašto onda raditi predloženu reformu zdravstva, ako postojeći zakoni osiguravaju dovoljno novaca za plaćanje tekućih troškova, sanaciju dijela starih dugovanja, unapređenje zdravlja stanovništva i poboljšanje statusa zdravstvenih djelatnika.

Ravnatelj Opće bolnice Dubrovnik i bivši ministar zdravstva