

Vizija zdravstvene politike kroz odgovore na 10 pitanja

Ana Stavljenić-Rukavina

1) Obiteljska medicini do 2012: privatnici, zakupci ili javna služba

Obiteljska medicina je u transformaciji prema privatizaciji već više od 10 godina. Projekt je započeo prema modelu koji nije imao uzor kao uspješni model u drugim zemljama, a narušio je dobar sustav javnog ustroja Doma zdravlja. Danas nije realno vraćati se s obiteljskom medicinom na ustroj od prije 10 godine, već je treba privatizirati, ali ne i privatizirati prostore domova zdravlja. Liječnicima obiteljske medicine može se dati na odabir: privatna praksa u prostoru doma zdravlja uz realni najam prostora ili privatna praksa u osobnim prostorima izvan doma zdravlja. I u jednom i drugom slučaju ostaje obveza stručne koordinacije te službe u određenoj lokalnoj zajednici (dežurstvo, i druge zajedničke obveze prema stanovništvu). Liječnici obiteljske medicine prema programu HSS-a postaju ključni za sljedivost liječenja svojih bolesnika- smanjivanjem obveznog broja bolesnika, smanjivanjem administrativnih poslova i preraspodjelom poslova na medicinske sestre (s obvezno višom spremom) uz primjenu odgovarajućih informacijskih tehnologija vode svoje osiguranike kroz sve dijelove sustava. Uz navedeno promjene zahvaćaju i način plaćanja za koji je predviđen paušalni iznos za osnovnu i definiranu skrb o osiguranicima te plaćanje po utvrđenom i ugovorenom cjeniku izvršenog programa rada. Liječnik obiteljske medicine postaje time odgovoran i motiviran za ishod prevencije, liječenja i rehabilitacije osiguranika o kojima skrbi.

Dom zdravlja u lokalnoj zajednici bi prema stavu stručnog vijeća za zdravstvo HSS-a trebao imati ulogu organizacije hitne službe, patronaže, prevencije i zdravstvenog prosvjećivanja u suradnji s županijskim zavodima za javno zdravstvo, s dodatnim specijalističkim službama poput mentalnog zdravlja, pedijatrije, ginekologije, medicine rada, a u određenim područjima Hrvatske se u tim prostorima po potrebi mogu dodatno organizirati internističke i druge specijalnosti (prostorno i prometno slabije dostupna mjesta) u suradnji s županijskim bolnicama. Dom zdravlja u decentraliziranom ustroju Hrvatske treba organizacijski i kadrovski prilagoditi potrebama stanovništva u punom smislu te riječi.

2) Planovi za prevenciju „poljskog sindroma“ emigriranja liječnika te „odumiranja“ struke zbog progresivnog smanjivanja broja liječnika

U integriranoj europskoj zajednici sutra ne bi trebalo očekivati veće fluktuacije liječnika prema drugim zemljama ako se uvjeti za rad, napredovanje u struci, te realna cijena rada uredi prema normama koje vrijede u zemljama EU i ako se stručni rad i napredovanje u struci depolitizira. I danas postoji kretanje u svim profesijama prema drugim zemljama. Poljski sindrom je nastao iz više drugih razloga (zatvorenost zemlje u starom režimu, nered u organizaciji zdravstvenog sustava i sustava zdravstvenog osiguranja (Poljska je u jednom trenutku imala puni krah sustava osiguranja zbog neprimjerene privatizacije u tom sustavu s oko 50 osiguravajućih društava). Liječnicima u Hrvatskoj treba u punom smislu vratiti profesionalni dignitet koji nije najčešće vezan samo na materijalni status. Hrvatska ima dostatni kapacitet medicinskih fakulteta ali ne i kvalitetu studija medicine (kadrovski, materijalni, prostorni). Zato su nužne i promjene u sustavu edukacije budućih liječnika modernizacije nastavnih metoda i osiguranja kvalitete.

Nedostatak liječnika u određenim specijalnostima je posljedica nedostatka odgovarajućeg planiranja potreba, osiguranja uvjeta stanovanja i rada u određenim sredinama, metropolizacije i centralizacije zdravstvenog sustava. Analiza stanja koju je pripremila Hrvatska liječnička komora je dobar putokaz za izlaz iz potencijalnog stanja manjka stručnjaka, a dodatno bi trebalo produžiti radni vijek svima kojima to omogućava zdravstveno stanje do 68 godina života.

3) Kategorizacija bolnica i sprečavanje neracionalnog korištenja tercijalne zdravstvene zaštite

Kliničke bolnice odnosno ustanove koje pružaju tercijarnu zdravstvenu skrb su danas preopterećene poslovima koje su u pravilu u domeni rada županijskih bolnica. Razlozi su višeslojni: od opće centralizacije sustava, neodgovarajućeg sustava financiranja bolničkog liječenja, do zapuštenosti županijskih bolnica. Kategorizacija sama po sebi ne mijenja to stanje ako se ne učini slijedeće:

- a) revitalizacija županijskih bolnica, obnova infrastrukture, obnova opreme, dopuna stručnjaka
- b) provede promjena sustava financiranja
- c) izvrši decentralizacija bolničkog sustava
- d) uvede primjena međunarodnih normi kvalitete i sustav poboljšanja kvalitete

e) provedu organizacijske promjene koje će osigurati da je organizacija skrbi podređena potrebama bolesnika

4) Kvaliteta zdravstvene zaštite – netransparentni čimbenik ili javna činjenica (akreditacija bolnica, objavljivanje podataka o hospitalnim infekcijama, fondovi za obeštećenje prilikom liječničke pogreške...)

Već je u projektu reforme zdravstvenog sustava 2000.godine bio razrađen projekt primjene normi kvalitete kao preduvjeta za akreditaciju bolnica. Projekt je pokrenut u suradnji sa vodećim stručnjacima za akreditaciju i osiguranje kvalitete WHO i ESQH. Edukacijom je bilo obuhvaćeno 1800 zdravstvenih radnika i uspostavljeni su osnovni kadrovski preduvjeti za postepenu primjenu pojedinih normi. Projekt je stao 2004 godine i tek je 2007 ne nastavljen nego započet otpočetak administrativnim donošenjem Zakona o kvaliteti. Taj zakon kao i Zakon o zaštiti prava bolesnika ostati će nekonzumiran ako se prije svega ne promijeni odnos prema normama kvalitete, sustavnoj procjeni poštivanja normi ne zbog zakona nego zbog sigurnosti bolesnika i zdravstvenog osoblja. U normama je sadržan stav o otvorenosti sustava prema građanima i odgovornosti za kvalitetu odnosno poboljšanje kvalitete. Dakle nije dostatno imati zakone, već sustav koji će funkcionirati prema međunarodno prihvaćenim metodama procjene kvalitete i opredjeljenosti svih u sustavu prema stalnom poboljšanju kvalitete.

Bolnice se moraju osigurati kod osiguravajućih društava za slučajeve liječničkih pogrešaka, a same voditi skrb o kvaliteti. Osiguranje treba financijski pokriti vlasnik zdravstvene ustanove. Privatne prakse to moraju učiniti temeljem svojih prihoda. U dobro postavljenom sustavu dodatni fondovi nisu nužni.

5) Zjamčeni opseg prava (osnovna košarica) na zdravstvenu zaštitu – smanjenje, isti ili veći

U EU opseg prava koja financira javni sustav zdravstvenog osiguranja ili državni proračun pokriva 90 % potreba bolesnika a samo 10 % plaćaju građani osobno. U Hrvatskoj danas sustav osiguranja pokriva 80% zdravstvenih troškova, a 20% financiraju građani i to onda kad su bolesni. To je značajno više nego u znatnije bogatijim društvima i zato će opseg prava (košarica) koja se plaća iz javnih sredstava prema programu HSS-a biti veća i usklađena sa onim u EU.

6) Financiranje zdravstva putem davanja na plaću i fonda, kombinirano preko riznice ili potpuno preko poreza i budžeta

Programom HSS-a se predviđa zadržavanje sadašnje razine doprinosa za zdravstveno osiguranje na plaće sve dok se ne postigne značajni rast BDP –a i osigura poštivanje zakona od strane poslodavaca (netočno prijavljivanje visine plaća, i.t.d.) države i svih koji doprinose u zdravstveni sustav. Financiranje sustava je sada kombinirano- dio novca se daje iz državnog proračuna tj. poreza. Postoji više razloga da se sredstva iz poreza povećaju- osobito da se uvede porez na sve što narušava zdravlje što je istodobno edukativna i poticajna mjera. Nije realno očekivati sniženje sredstava za zdravstvo jer je sustav u stanju da treba prvo uložiti u njegovu obnovu i osuvremeniti ga . Za sustav je svejedno da li je novac na računu fonda ili u riznici ako se vodi transparentno i ako svi sudionici poštuju zakonske norme.

7) Županijske i druge bolnice na sekundarnom nivou – decentralizacija, djelomična privatizacija, austrijski model bolničke korporacije ili centralna državna agencija za upravljanje bolnicama

O dijelu tog pitanja odgovoreno je kod točke 3. Županijske bolnice ne treba privatizirati .Privatizacija sama po sebi ne doprinosi poboljšanju. Potrebno je uložiti u edukaciju bolničkih upravljačkih struktura od managera do glavnih medicinskih sestara, postaviti stručne uvjete za izbor ključnih kadrova poslovanja bolnice i osigurati kontrolu vlasnika bolnice nad poslovanjem. Centralno upravljanje bolnicama je kočnica razvoju inicijative za poboljšanje stručnog rada, inhibicija odgovornosti za rad . Istodobno je potrebno razraditi model ugovaranja postojećih i budućih privatnih kapaciteta kako bi fond zdravstvenog osiguranja osigurao potrebne kapacitete za svoje osiguranike i učinio nepotrebnim liste čekanja na bolničku i specijalističku skrb

8)participacija u zdravstvenoj zaštiti: smanjenje, ista ili veća / primarna-sekundarna zz

Participaciju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti ćemo temeljem programa HSS-a ukinuti jednako kao i administrativnu taksu. Obje mjere su kočnica korištenju zdravstvene zaštite na vrijeme i više štete nego li doprinose sustavu.

U specijalističkom sustavu će se preispitati sve participacije i svesti na prosjek participacija zemalja EU što iznosim 10 %.

9) Financiranje preventive i donošenje zakona s preventivnom djelovanjem (o zabrani pušenja, prehrani u školama, ekologija...)

Preventivni programi će se financirati iz poreza : prevencija je predviđena kao trajna i obvezna mjera, promocija zdravlja također, a ne samo u obliku povremenih kampanja. Važni je element zdravstveni odgoj koji prema programu HSS-a počinje od vrtičke dobi i nastavlja se kroz cijelo školovanje. Iskustvo Finske najbolje govori o vrijednosti tog modela preuzimanja odgovornosti i brige o vlastitom zdravlju.

10) Način kontrole rasta troška za lijekove i poravnanje dugova veldrogerijama

Potrošnja lijekova i porast troškova za lijekove iz godine u godinu je sve veći. Dugovi u tom segmentu su posljedica neadekvatnog planiranja, odnosno trajnog potplaniranja. Drugi razlog je u metodama rada farmaceutske industrije . Posljedica su dugovi koji se moraju u konačnici platiti- a cijena je tada ukupno veća jer se plaća i cijena uloženog kapitala, s obzirom da su veldrogerije privatne. Izlaz je u postavljanju realnih cijena, boljem planiranju i sustavnom praćenju troškova i edukaciji o racionalnoj farmakoterapiji od strane kliničkih farmakologa a ne farmaceutske industrije.