

Vizija zdravstvene politike kroz odgovore na 10 pitanja

Andro Vlahušić

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

Liječnici će imati ugovore sa nacionalnim zdravstvenim osiguranjem, a neće moći privatizirati prostore i sredstva za rad, jer ih nisu stjecali po posebnim uvjetima pa ih ne mogu ni otkupiti. Država mora voditi računa o dostupnosti zdravstvene zaštite i osigurati da namjenski izgrađeni prostori ostanu u svrsi zdravstvene djelatnosti. Važnije je pitanje kakav će liječnici imati ugovor, a HNSov prijedlog je da 50 % budu Glavarine, a ostalo preventiva, zdravstveni postupci po modelu: cijena x usluga, te provjerljiva kvaliteta pružene usluge.

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

Individualni ugovori sa bolničkim liječnicima koji osiguravaju značajno veće plaće, a ne samo u PZZ. Otvaranje još jednoga Medicinskoga fakulteta u Zagrebu u okviru Nove Sveučilišne bolnice, stambeni krediti liječnicima po uzoru na visoko obrazovanje. Uvođenje lokalnih (gradovi i županije) poticaja za liječnike i njihove obitelji. Dalja liberalizacija privatnog rada za liječnike.

- 3) kategorizacija bolnica i sprečavanje neracionalnog korištenja tercijalne zdravstvene zaštite

Standardizacija bolnica, pa tek onda akreditacija. Apsolutno protiv kategorizacije kao trajne podjele, nema više „malih“ i „velikih bolnica, postoje samo dobre ili loše bolnice, a ne velike i male. Razvoj specijalizacija u obiteljskoj medicini, razvoj općih bolnica, a regionalni centri bi trebali imati i Opće bolnice.

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

Zakon o medicinskoj dokumentaciji donijeti u 2008. Godini, u kome će se jasno utvrditi kako se prikupljaju, obrađuju, evaluiraju i distribuiraju medicinski podaci. HZZO će već dogodne sufinancirati dio police osiguranja za svakoga liječnika, te uplatiti prve novce u Fond za obeštećenje pacijenata.

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

Osnovna košarica će se povećavati, a ne smanjivati. Trošak zdravstva (osim lijekova na recept) ne ovisi o osnovnoj košarici i pravima pacijenata, nego o veličini i strukturi zdravstvenoga sustava. 75 % troškova bolnica je hladni pogon, a samo 25 % troši se direktno za bolesnike.

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

Doprinosi na zdravstvo se neće smanjivati i ostati će osnovni izvor punjenja zdravstvenoga proračuna, ostalo se plaća iz proračuna za korisnike koje definira Zakon. Svaka nagla promjena izazvala bi novu financijsku nestabilnost.

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

Vlasništvo je u zdravstvu sekundarna stvar, ako liječnici i medicinske sestre mogu raditi u javnom i privatnom sektoru, zar je važno tko je vlasnik zidova ili tko je poslodavac spremnicima. Ključan je ugovor o obavljanju

javne djelatnosti sa kontrolom kvalitete, te da bolesnik ne plaća direktno usluge nego da umjesto njega to radi osiguranje.

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

Ukidanje odmah svih participacija i administrativnih pristojbi u PZZ, participacija ostaje za sekundarnu zdravstvenu zaštitu i dio za lijekove na recept. Participacija služi primarno za preusmjeravanje i racionalno korištenje zdravstvene zaštite, a ne za prikupljanje sredstava.

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

Donijeti u 2008. Godini Zakon o zabrani pušenja na javnim mjestima, te Zakon o unapređenju zdravlja kojim bi se financiranje preventive unaprijedilo i povećalo sredstvima subjekata koji pogoršavaju zdravlje, a ubiru dobit.

10) način kontrole rasta troška za lijekove i poravnanje dugova veledrogerijama

Dugove HZZO treba plaćati u ugovornom roku, koji će do kraja mandata iznositi 60 dana. Informatizacijom sustava zdravstva ukinuti će se pisani recepti, a svaki liječnik PZZ i specijalista će se pratiti medicinski i financijski. Struka će napraviti smjernice koje će se i online kontrolirati provođenje. Država će poticati potrošnju kvalitetnih generičkih lijekova koji će smanjiti finacijsku potrošnju lijekova.

Dodatak:

HNS ov zdravstveni program nosi još i : potpunu informatizaciju zdravstva koja će omogućiti u roku od godine dana ukidanje pisanih: Receptata, Uputnica, Mjesečnih izvještaja, te klasične RTG slike.

2008. godine početi će se graditi Nova Sveučilišna bolnica i KBC "Rijeka", te nastaviti ulaganje 7 milijardi kuna do 2012. Godine.