

Vizija zdravstvene politike kroz odgovore na 10 pitanja

Rajko Ostojić

Pretpostavlja se da već danas Hrvatskoj u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) nedostaje oko 170 timova obiteljske medicine. Dakle, dok su ordinacije obiteljske i opće medicine očito preopterećene prekomjernim brojem osiguranika, neprestano ih se opterećuje dodatnim administriranjem računa i prikupljanjem novca. Naravno, ključni problem je odluka o ukidanju domova zdravlja i privatizacija ("zakupizacija") PZZ-a s financiranjem isključivo putem tzv. "glavarina". Upravo zbog ove odluke primarna zdravstvena zaštita je pretvorena u niz malih nepovezanih jedinica koje ne zadovoljavaju zdravstvene potrebe građana. Inače, danas u PZZ-u, prema dostupnim podacima, oko 1.700 liječnika radi u prostoru koji su zakupili od doma zdravlja, oko 110 liječnika radi u privatnom prostoru, dok je oko 240 liječnika ostalo raditi u domu zdravlja. Uostalom smatram da je najbolje citirati kako, vrlo slikovito, sami liječnici u PZZ-i ocjenjuju današnje stanje: "Medicinske sestre uglavnom rade poslove administrativnog radnika ili blagajnika, liječnici obiteljske medicine često rade posao medicinske sestre, a specijalisti u bolnicama rade djelomično posao liječnika obiteljske medicine. Svi puno rade, ali s malim učinkom. Rezultat sadašnje organizacije zdravstvene zaštite je i nezadovoljni pacijent koji stvara nezadovoljstvo u već tako nezadovoljnom liječniku. I krug se zatvara." (Acta Med Croat 2007; 61:1-6). Stoga je naš plan povratak konceptu javnog zdravstva koji je godinama bio najbolji hrvatski izvozni proizvod. Naravno, nužno je precizno odrediti opseg poslova i nadležnosti u sklopu specijalizacije iz obiteljske medicine jer će se samo tako ostvariti proklamirano načelo da 80% zdravstvenih potreba treba zbrinjavati u PZZ-i. Naime, poznato je da se oko 80% dnevnog morbiditeta kreće unutar 200 dijagnoza, a što čini oko 90% ukupnog pobola od preko 3.000 entiteta. Međutim, zaključno bih naglasio da je država dužna omogućiti svu potrebnu infrastrukturu da liječnici u PZZ-u uspješno obave navedeni vrlo odgovorni posao.

Iako je osnovni cilj SDP-ove Strategije razvoja zdravstva: «Pružiti sve najbolje našim pacijentima» svjesni smo neprocjenjive važnosti ljudskih resursa u našem zdravstvenom sustavu. Drugim riječima, svjesni smo da izvrsne bolnice "ne čine zidovi, nego ljudi – stručnjaci". I zato je naglasak u našoj Strategiji, pored brige o pacijentima upravo i sustavna briga o ljudskim resursima. Nažalost, Hrvatska ima znatno manje liječnika, ljekarnika i medicinskih sestara na 1.000 stanovnika od prosjeka kako za stare tako i na nove članice EU-a. Naime, samo po broju stomatologa Hrvatska je izjednačena s europskim prosjekom. Nadalje, posljednjih godina značajno je smanjeno zanimanje studenata za upis na medicinske fakultete. Uzroci su naravno višestruki: studij traje 6 godina uz godinu obaveznog pripravničkog staža te daljnjeg višegodišnjeg specijalističkog i subspecijalističkog usavršavanja. Nadalje, stalno cjeloživotno obrazovanje liječnika, odgovornost, nepoticajna primanja te cjelodnevna dežurstva su visoko vjerojatno daljnji razlozi odustajanja mladih od upisa studija medicine. Sličan problem imaju stare članice EU-a (primjerice, Engleska i Njemačka), nove članice EU-a (primjerice, Poljska i Češka), ali i Sjedinjene Američke Države. Naime, svaki četvrti liječnik koji danas radi u SAD-u nije diplomirao na američkim medicinskim fakultetima nego je studij medicine završio u inozemstvu. U svakom slučaju treba: prvo, značajno povećavati broj upisanih studenata uz potporu Ministarstva znanosti; drugo, promijeniti sustav financiranja odnosno mjesečna primanja zdravstvenih djelatnika trebaju, napokon, postati poticajna i ovisiti o učinku; treće, cijelim nizom mjera i olakšica kako za dodiplomsko tako i za poslijediplomsko obrazovanje omogućiti mladima da u Hrvatskoj maksimalno iskažu svoja znanja i vještine. Unatoč tome, vjerojatno će i Hrvatska u budućnosti uvoziti liječnike, u pravilu s istoka, jer već postoje takve profesionalne migracije u Europi. Međutim, Ministarstvo zdravstva zajedno s nadležnim komorama moraju vrlo detaljno provjeravati stručnost i obrazovanje tih zdravstvenih djelatnika.

Bolnički sustav u svijetu je u posljednjih dvadesetak godina doživio cijeli niz strukturalnih promjena. U Hrvatskoj, slično kao i u većini drugih tranzicijskih zemalja, te promjene bolničkog sustava nisu adekvatno praćene kako u organizacijskom, tako niti u tehnološkom odnosno građevinskom smislu. Dodatna objektivna poteškoća ovakovom stanju u hrvatskom zdravstvu je, naravno, ratna agresija na našu zemlju. Međutim, ključna odluka je ukidanje amortizacije iz 1993. godine čime je nastao neiskazani, ali realan, dug od nekoliko desetaka milijardi kuna koji je doveo do potpuno neusklađenog razvoja zdravstva kako u pojedinim zdravstvenim segmentima tako i u pojedinim regijama diljem Hrvatske. Naravno, direktna posljedica potonje odluke je značajno tehnološko i prostorno zaostajanje sveukupnog hrvatskog zdravstva prema svijetu. Odlukom koalicijske Vlade iz srpnja 2001. godine omogućeno je ponovno investicijsko održavanje hrvatskih zdravstvenih ustanova, ali zaostatak

hrvatske medicine je i dalje znan.

Nadalje, posljednjih godina se značajno promijenio koncept bolničkog ustroja i bolničke skrbi. Prijašnji zastarjeli koncept je obilježen sa slijedeće 3 karakteristike:

- briga isključivo o bolesnom pojedincu ("individualnom pacijentu")
- prioritet je bila akutna skrb o aktualnim tegobama pacijenta
- "izoliranost i rascjepkanost" zdravstvenih radnika i pojedinih odjela ("sistem feuda").

Suvremeni koncept bolničkog ustroja i bolničke skrbi je karakteriziran:

- fokus je na pacijentu ali i njegovoj obitelji. Pažnja je usmjerena osobito na potencijalno "visokorizičnim" pacijentima (genetska dijagnostika ali i faktori okoliša, te dr.)
- prioritet postaje kontinuirana briga o stanovništvu s preventivnim pregledima
- izraziti naglasak na multidisciplinarnom radu liječnika – naime, nakon perioda rascjepkanosti medicine na cijeli niz specijalnosti i subspecijalnosti, u svijetu se posljednjih godina osobita pažnja posvećuje ponovnom objedinjavanju medicine, različitim integracijskim procesima i timskom radu liječnika.

Republika Hrvatska s obzirom na veličinu populacije, incidenciju i prevalenciju bolesti te najvažnije javno-zdravstvene probleme, nedvojbeno mora imati vodeće zdravstvene ustanove koje će rješavati najzahtjevnije i najsloženije medicinske probleme, a koje županijske bolnice ne mogu riješiti. Uostalom, takav ustroj zdravstvenog sustava imaju kako zapadne države slične veličine (primjerice, Danska i Irska) tako i tranzicijske zemlje (primjerice, Slovenija). Dakle, mi u našoj gospodarskoj Strategiji nudimo industrijsko – regionalnu politiku razvoja, koja se popularno naziva «4 x 4» odnosno «pogon na četiri kotača». Upravo na identičnom tragu je i naša zdravstveno – regionalna politika razvoja («4 x 4»). Zaključno, svaka od, uvjetno podijeljene, četiri hrvatske regije treba imati tercijarnu ustanovu vrhunske kvalitete koja može ponuditi svakom građaninu integralno i ekspertno rješenje za njegove zdravstvene probleme.

Upravo je koalicijska Vlada prva ukazala na nedostatni sustav kvalitete u hrvatskom zdravstvu. Stoga smo u svim zdravstvenim ustanovama i uveli pomoćnike ravnatelja za kvalitetu te započeli podizanje svijesti o važnosti kvalitete kako kod pružatelja tako i kod davatelja zdravstvenih usluga. Stoga ćemo inzistirati na akreditaciji bolnica te na transparentnom svakodnevnom praćenju uobičajenih zdravstvenih pokazatelja kvalitete rada svih zdravstvenih djelatnika, primjerice od broja novorazvijenih dekubitusa tijekom hospitalizacije (kao procjena skrbi medicinskih sestara) preko podataka o hospitalnim infekcijama (kao procjena vrlo složenog bolničkog sustava u kojem sudjeluju medicinski biokemičari, mikrobiolozi, ljekarnici, farmakolozi i drugi) do podataka o invaliditetu, morbiditetu i mortalitetu nakon pojedinih kako interventnih dijagnostičkih metoda tako i operacijskih zahvata.

Naš plan je, napokon, precizno i taksativno definirati: a) Listu lijekova; b) Listu ugradbenih materijala; c) Listu postupaka. Naime, danas naši građani teoretski imaju zajamčena sva prava u zdravstvenom sustavu, ali ista u svakodnevnoj praksi, nerijetko ostaju «samo mrtvo slovo na papiru». Nažalost, recentno su neka njihova prava jednostranom odlukom HZZO-a i ukinuta. Primjerice, odlukom iz srpnja 2006. godine iz polica dopunskog osiguranja izuzeti su sveukupni financijski izdaci za lijekove. U listopadu iste godine formirane su dvije Liste lijekova: a) Osnovna lista lijekova sa 1875 preparata a koji su besplatni za sve osiguranike; b) Dopunska lista lijekova sa 271 preparatom koji se nadoplaćuju u različitom financijskom iznosu. Stoga ćemo, pored ukidanja administrativne pristojbe, sukcesivno revidirati obje Liste lijekova sukladno sadašnjim znanstvenim EBM spoznajama (engl. evidence based medicine - EBM). Nadalje, naš plan je da sveukupno poslovanje kako HZZO-a tako i svih zdravstvenih ustanova stavimo na uvid javnosti. Naime, građani (osiguranici) financiraju i održavaju hrvatski zdravstveni sustav. Oni su razlog, svrha i krajnji smisao postojanja zdravstvenog sustava. Njihovo je pravo dobiti najviše moguće za svoj novac (i zato ćemo precizno definirati gore navedene tri liste), a istodobno je njihovo pravo imati potpuni uvid u način trošenja svoga novca (i zato ćemo poslovanje svih zdravstvenih subjekata i staviti na internet).

Danas se oko 80% troškova zdravstvene zaštite u Hrvatskoj financira iz obveznih doprinosa za zdravstveno osiguranje čiju osnovicu čine plaće zaposlenih. Preostalih 20% troškova financira se transferima proračuna kako središnjeg tako i proračuna lokalnih jedinica samouprave, te iz dopunskoga i privatnoga zdravstvenog osiguranja. Nadalje, od 2002. godine troškovi financiranja obveznoga zdravstvenog osiguranja se više ne dijele između poslodavaca i zaposlenih. Naime, do tada su poslodavci na plaće zaposlenih plaćali doprinos po stopi od 7% a zaposleni po stopi od 9%. Dakle, sada doprinose plaćaju samo poslodavci a stopa obveznog doprinosa za zdravstveno osiguranje iznosi 15% uz dodatnih 0,5% za zaštitu na radu. S obzirom da veliku većinu svih troškova zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj snose poslodavci to ih, nažalost, potiče da zapošljavaju radnike

na određeno vrijeme, na privremene ugovore, da dio zaposlenih ne prijavljuju i/ili da rad zamijene robom. To naravno, osobito pogađa mlade, odnosno one radnike koji traže prvi posao. Upravo zato oko 35% svih nezaposlenih kod nas čine mladi što je druga najveća stopa u Europi (ispred nas je samo Poljska), a na burzi rada trenutačno je oko 100.000 osoba koje nemaju ni jednog dana radnog staža. Stoga, je naša globalna Strategija da se poslodavce postepeno rastereti dijela troškova zdravstvenog osiguranja što bi ih potaknulo na otvaranje novih radnih mjesta. S druge strane, već sada u državnom proračunu ima dovoljno prostora da se za zdravstvo izdvajaju veća sredstva, dok će se porastom BDP-a ostvariti dodatne 2 milijarde kuna isključivo za zdravstvo. Zaključno, ključno je pitanje koliki postotak zdravstvene potrošnje dvije trećine stanovništva koji sada ne plaća doprinose - (ali, naglašavam da su ih mnogi od te dvije trećine plaćali u prošlosti!) - treba financirati iz proračuna, a koliki dio iz doprinosa. Mi smatramo da se u Hrvatskoj mora vrlo pažljivo dorađivati postojeći sustav Nacionalnog zdravstvenog osiguranja (tzv. Bismarckov model) ali uz sve veće i veće financijsko učešće središnjeg proračuna (tzv. Beveridgeov model). U svakom slučaju, hrvatska zdravstvena reforma se ne smije kretati u smjeru daljnjeg narušavanja načela solidarnosti odnosno narušavanja dva ključna transfera sredstava (tzv. dvostruka solidarnost): prvo, sredstva se transferiraju od bogatijih prema siromašnijima i drugo, sredstva se transferiraju od zdravih prema bolesnima.

Ključni akteri zdravstvene zaštite (zdravstvene vlasti, zdravstveni profesionalci i osiguravateljske kuće) u svim EU zemljama posljednjih desetak godina su praktički stalno u stanju ambivalencije kako u pogledu daljnje organizacije zdravstvene zaštite tako i snošenja njezinih sve većih troškova. Naime, svi su svjesni činjenice da nema sustava zdravstva koji bi imao dovoljno novca pa pokušavaju iznaći makro- i mikroekonomske mjere za obuzdavanje troškova, ali na način koji neće štetiti kvaliteti zdravstvene zaštite. Stoga, se u EU pokušava sa slijedećim mjerama:

- selektivno ugovaranje zdravstvene zaštite između velikih osiguravatelja i točno određenih skupina davatelja zdravstvenih usluga (čime se prvenstveno smanjuje potreba za multipliciranjem nepotrebnih pretraga a istodobno se osigurava kontinuirana zdravstvena zaštita)
- osiguravanja s tzv. franšizama (inicijalno manja premija, ali pacijenti direktno snose troškove za jeftinije zdravstvene usluge)
- paušalno plaćanje premija (čija je osnovna zamjerka da se time krši sustav solidarnosti, s obzirom da svaki osiguranik plaća jednaki doprinos)
- bonusi za neiskorištenje zdravstvene zaštite (bonus/malus - osnovna zamjerka je da se time stimulira apstinencija od potražnje zdravstvene zaštite).

Naša aktualna zdravstvena administracija ponudila je tijekom posljednje četiri godine rješenja kozmetičke prirode, novih nameta i smanjenja stečenih prava - prvo, uvedena je administrativna pristojba; drugo, iz polica dopunskog osiguranja HZZO-a jednostranom odlukom izuzeti su sveukupni financijski izdaci za lijekove; i treće, uvedena je dopunska lista lijekova. Očito se, dakle, zdravstvena politika sadašnje vlade zasniva na prebacivanju troškova financiranja s države na građane. S druge strane, pretpostavlja se da već danas Hrvatskoj u PZZ-i nedostaje oko 170 timova obiteljske medicine. Dakle, dok su ordinacije obiteljske i opće medicine očito preopterećene prekomjernim brojem osiguranika, uvođenjem, primjerice administrativne pristojbe još ih se značajno opterećuje dodatnim administriranjem računa i prikupljanjem novca. Stoga ćemo, odmah, na početku mandata ukinuti administrativnu pristojbu. Zaključno, rast standarda hrvatskih građana glavni je cilj politike SDP-a. Pritom naša gospodarska strategija polazi od osiguranja uvjeta za dugoročno održivi rast standarda koji proizlazi iz porasta plaća, mirovina i dividendi te povećanja kvalitete javnih usluga, uključivo značajno povećanje kvalitete zdravstvenog standarda. Upravo stoga, mi ne možemo prihvatiti strateško opredjeljenje i sadašnja zakonska rješenja po kojima pravo na zdravlje, kvalitetnu zdravstvenu skrb i lijekove najviše ovise o financijskoj moći pojedinca te ćemo odmah na početku mandata ukinuti administrativnu pristojbu.