

Prilog raspravi o zdravstvenoj politici u predstojećem razdoblju u nas

(Contributon to debate on health policy in Croatia in the next time period)

Marko Šarić

Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

Živimo u vremenu koje je, između ostaloga, obilježeno izvanrednim napretkom u medicini. Obogaćeni smo novim saznanjima o etiologiji, dijagnostici i liječenju većeg broja bolesti. Posebno treba istaknuti dostignuća u imunologiji, genetici, transplantaciji organa, kardiologiji i kardiokirurgiji ali i svim drugim medicinskim disciplinama. Učinjen je velik iskorak u razvoju medicinske tehnologije, posebno za potrebe dijagnostike, ali i liječenja. Isto se odnosi na područje farmakoterapije i u proizvodnji lijekova općenito.

Ograničavajući čimbenici da se sve ono s čime suvremena medicina raspolaže i koristi svode se na materijalne mogućnosti ljudi odnosno društvenih zajednica da podmiruju cijenu napretka koja je u stalnom porastu. Istaknuto mjesto pri tome imaju i kadrovi u zdravstvu i njihova stručna osposobljenost, a svakako je u igri i organizacija zdravstvene zaštite.

Kako se sve to što je sažeto navedeno odražava na prilike u nas?

Dostignuća u medicini ne poznaju granice. Saznanja na području medicinskih znanosti i zdravstvene prakse posebno u razvijenom dijelu svijeta, s kojim se s pravom želimo uspoređivati, neposredno su prisutna i u nas i to ne samo u okvirima struke nego su poznata i široj javnosti zahvaljujući suvremenom razvoju komunikacija i otvorenosti medija.

Struktura bolesti odnosno uzroci morbiteta i smrtnosti u Hrvatskoj slični su onima u drugim zemljama Europe. Obzirom na rastući udio starijih osoba u stanovništvu, što je popraćeno porastom bolesti iz skupine kroničnih degenerativnih, sve je aktualnije zdravstveno zbrinjavanje različitih bolesnih stanja iz tog dijela medicinske patologije.

Sustav zdravstvenog osiguranja ima u nas relativno dugu tradiciju. Taj se sustav tijekom vremena dopunjavao a dijelom i mjenjao, ali se utemeljen na solidarnosti i uzajamnosti održao, što je važna pretpostavka širokoj dostupnosti zdravstvene službe stanovništvu. Izdvajanja iz nacionalnog dohotka (BDP) za potrebe zdravstvenog osiguranja usporediva su s izdvajanjem u većini europskih zemalja. No, s druge strane obzirom na visinu našeg BDP koji je još uvijek znatno niži nego u razvijenom dijelu svijeta, iznosi po osiguraniku su u nas bitno manji. U takvim je uvjetima vrlo aktualna potreba da se raspoloživa sredstva za zdravstvenu zaštitu što racionalnije koriste.

Mreža zdravstvenih ustanova nije jednakomjerno raspoređena na području naše zemlje, ali uglavnom može zadovoljiti aktualne potrebe. Opremljenost je još uvijek dobrim dijelom zastarjela i traži modernizaciju. Isto vrijedi za prostorne kapacitete, posebno bolnica.

Medicinski kadrovi, liječnici, medicinske sestre, u odnosu na broj stanovnika malobrojniji su nego u većini europskih zemalja. Dobna struktura upućuje također na potrebno pomlađivanje. Tijekom zadnjih godina, naročito, došlo je do znatnog porasta jedinica privatne prakse. Uglavnom se radi o privatnim ordinacijama specijalističkog i subspecijalističkog tipa, ali ima i privatnih polikliničkih pogona, pa čak i jedna specijalna bolnica.

Odnosi i funkcije u odabranim dijelovima zdravstva i zdravstvene zaštite s prijedlozima za unapređenje i razvoj

Primarna zdravstvena zaštita

Jedan od vrlo važnih problema s kojima se suočava zdravstvena zaštita u nas odnosi se na poremećene odnose između tri razine zaštite: primarne, sekundarne i tercijarne. O tome kako su te razine organizirane, njihovom funkcioniranju, opremljenosti (kadrovi, oprema) ovisi dostupnost zdravstva stanovništvu, efikasnost u zdravstvenoj zaštiti ali i racionalnost (troškovi) zaštite. Od posebnog je značenja funkcioniranje primarne zaštite, naročito na gradskim područjima. Slijedom koncepcija koje je još u vrijeme prije II. Svjetskog rata zastupao Andrija Štampar, u nas je bila prihvaćena i ostvarena ideja: dom narodnog zdravlja. Taj je pristup imao široku podršku ne samo u zemlji nego i u međunarodnim okvirima. Zdušno ga je podržavala i Svjetska zdravstvena organizacija. Kao što je poznato, putem DNZ-a odnosno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti djelovala je opća (obiteljska) medicina, specifična zdravstvena zaštita pojedinih vulnerabilnijih skupina stanovništva: djeca, školska djeca, žene te specifična zdravstvena zaštita radnika (s dislociranim jedinicama u većim privrednim organizacijama), zatim posebno organizirana zaštita u vezi aktualnih socijalno-medicinskih

i masovnih bolesti (tuberkuloza a kasnije i kronične nespecifične bolesti pluća, kožne i venerične bolesti, psiho-socijalni poremećaji). Postupno su čak uključivane i pojedine druge bolesti iz skupine kroničnih degenerativnih poput arterijske hipertenzije, ateroskleroze, koje su zauzimale sve veći udio u morbiditetu. DNZ-a su imali standardne kemijske i hematološke laboratorije kao i radiološku dijagnostiku, higijensko-epidemiološke jedinice te jedinice za zubozdravstvenu zaštitu. Osnovna zamisao je bila da se na toj temeljnoj razini obavi što veći dio poslova povezanih s aktualnim morbiditetom stanovništva, kako u dijagnostičkom i terapijskom dijelu, ali i da se provode preventivne aktivnosti i mjere (cjepljenja, pregledi prije uposlenja, prije i tijekom školovanja, sistematski i periodički pregledi radnika, ciljani pregledi pojedinih skupina (žene, starije osobe), zatim aktivnosti zdravstvenog prosvjećivanja i promocije zdravlja i sl. U sporazumu s bolnicama, neke visoko-frekventirane specijalističke ordinacije, kao npr. okulistika, interna medicina, bile su u pojedinim slučajevima dislocirane u prostorijama DNZ-a.

Što se dijagnostičko-terapijskih postupaka tiče, pretpostavka je bila, što je praksa uglavnom i potvrđivala da se, uz potrebnu selektivnu pomoć specijalističko-konzilijarne službe organizirane u bolnicama i njihovim poliklinikama, može uspješno rješavati i preko 85 % dnevnog morbiditeta, koji se kreće praktički unutar 200-tinjak dijagnoza (što čini više od 95-96 % od ukupnog pobola od oko 3000 utvrđenih bolesnih entiteta). Nažalost, od koncepcije takvih domova zdravlja praktički se odustalo iz razloga koji nikad nisu objašnjeni. Opća (obiteljska) medicina je hibridnim rješenjem o zakupu rascjepkana na jedinice koje su nužno trebale biti međusobno radno (funkcionalne) povezane, kućni posjeti obiteljskih liječnika su gotovo potpuno izostali. U Zagrebu, gdje je silom prilika taj posao preuzela Ustanova za hitnu medicinsku pomoć, podaci pokazuju da se u više od 50 % radi o intervencijama koje nikako ne spadaju u kategoriju medicinski hitnih stanja. Dispanzeti su ukinuti, medicina rada je potpuno marginalizirana, čak se u jednoj fazi „razvojnih reformi“ smatralo da je uopće ne trebamo, itd. O aktualnom stanju, aktivnostima i problemima obiteljske medicine kao bitnog dijela primarne zdravstvene zaštite, deset godina nakon „privatizacije“ nedavno je vrlo dokumentirano i analitički objavljeno nekoliko priloga u časopisu Acta Medica Croatica (Vol 61, broj 1, 2007.)

Posljedice krivih poteza koji su napravljeni odrazile su se, između ostalog, i na nepotrebno povećanje troškova za zdravstvenu zaštitu. Slabljenjem prve linije zaštite povećan je pritisak na znatno skuplje oblike zaštite [polikliničko-specijalistička i bolnička - hospitalizacije], povećani su troškovi za često nepotrebne specijalističke obrade, kao i troškovi za lijekove. Direktna specijalistička/subspecijalistička obrada, mimo nužne prethodne temeljne obrade u općoj (obiteljskoj) medicini, često ima i medicinski negativne posljedice (previd prave dijagnoze s posljedicama na terapiju i ishod liječenja). Jedna od bitnih uloga izabranog liječnika opće (obiteljske) medicine je da sintetizira medicinske nalaze koji se odnose na pojedine organe i organske sustave, gledajući na organizam kao cjelinu, uzimajući pritom u obzir i socijalnu i radnu okolinu čovjeka odnosno pacijenta.

Pojedini parcijalni potezi koji su u međuvremenu poduzimani (npr. uvođenje informatičkog sustava u opću (obiteljsku) medicinu, što treba pozdraviti) ne mogu riješiti probleme koji su uzrokovani krivim i nedovoljno promišljenim zahvatima. Različite restriktivne mjere, kojima se u nastalim situacijama obično pribjegava npr. dodatne administrativne pristojbe, koje su – usput rečeno – kontraproduktivne i asocijalne jer selektivno terete čovjeka (osiguranika) koji traži liječničku pomoć, ne mogu dati željene rezultate. Potrebni su odlučni zahvati da se stvari vrate na mjesto koje im pripada po stručnim ocjenama i stvarnim potrebama u unapređenju dostupnosti i efikasnosti zdravstvene zaštite.

Propisivanje lijekova i korištenje sofisticirane medicinske tehnologije

Kad je riječ o prije spomenutom problemu potrošnje odnosno porastu troškova za lijekove, potreban je još jedan dodatni komentar. Veliki napredak u području farmakoterapije i u proizvodnji lijekova, što je naglašeno u uvodnim razmatranjima, popraćen je i određenim nepoželjnim pojavama. Farmaceutska industrija koristi sve marketinške i druge mogućnosti za povećanje plasmana svojih proizvoda. Liječnici se, posebno u situaciji poremećenih odnosa između primarne i viših oblika zdravstvene zaštite, ne uspjevaju a dijelom ni ne pokušavaju oduprijeti pritiscima pri propisivanju lijekova. Posljedica je stalan rast potrošnje. Dio pribavljenih lijekova u sustavu zdravstvenog osiguranja ostaje nekorišten i završava u „kućnim apotekama“. Nedovoljna kritičnost pri propisivanju lijekova ima uz financijske i druge nepoželjne stručno-medicinske posljedice. Posebno se to odnosi na neopravdano učestalo propisivanje antibiotika. Dobro je poznat problem stvaranja rezistencije odnosno nedjelotvornost učinka terapije kad je aplikacija antibiotika određene skupine zaista potrebna.

Ovdje treba dodati i nužnost selekcioniranog korištenja sofisticirane (i skupe) medicinske tehnike u dijagnostičke svrhe. Pribjegavanje upotrebi takvih zahvata a da prethodno nije učinjena jednostavnija i znatno jeftinija laboratorijska ili druga medicinska obrada sa zadovoljavajućim dijagnostičkim učinkom također prati nepotrebno povećanje troškova obrada.

Bolnice

Odlučno zalaganje na jačanju uloge primarne razine zdravstvene zaštite nije u sukobu s potrebom

da se unaprijedi stanje u sekundarnoj zaštiti. U tom kontekstu, uz inzistiranje na potrebnoj decentralizaciji u zdravstvu s ulogom županija kao osnivačima i vlasnicima županijskih bolnica, što podrazumijeva i obvezu osiguranja njihovog normalnog održavanja i poslovanja, nužno je obaviti posao vezan za ocjenu aktualnih i razvojnih potreba o veličini krevetnog fonda odnosno specijalističkoj i supspecijalističkoj strukturi u tom dijelu zdravstvene službe u nas. Aktualno je i pitanje smišljenog plana organiziranja tzv. dnevnih bolnica.

Treba se konačno odlučiti i o sudbini nastavka i završetka izgradnje „Sveučilišne bolnice“ u Zagrebu. Zahvati u smislu rekonstrukcije pojedinih zagrebačkih bolnica (npr. KBC Rebro) ne kolidiraju s dovršenjem bolnice u Blatu. Dapače, treba ih smatrati komplementarnim i nužnim da se postojeći bolnički fond u Zagrebu dovede na prihvatljivu razinu s obzirom na aktualne standarde koji se zahtijevaju. Paralelno s tim treba definirati i napuštanje odnosno prenamjenu pojedinih bolničkih prostora u Zagrebu, koji će se izgradnjom „Sveučilišne bolnice“ osloboditi. Nije nužno ovdje posebno isticati da se dovršenjem izgradnje „Sveučilišne bolnice“, u koju su već uložena značajna sredstva građana Zagreba, rješava dugoročno potreba za adekvatnom kliničkom specijalističkom obradom i liječenjem posebno dijela stanovnika grada koji je u rastu, ali i ostalih koji su upućeni da to obave u Zagrebu. Izgradnjom odnosno stavljanjem u funkciju takve bolnice bio bi učinjen još jedan krupan korak u daljnjoj afirmaciji Zagreba kao istaknutog medicinskog središta u ovom dijelu Europe.

Uz Zagreb prirodno su se razvili klinički bolnički kapaciteti regionalnog karaktera u Rijeci, Splitu i Osijeku. Potpuno je opravdano pružiti potrebnu pomoć odnosno podržati planove izgradnje novog kliničko-bolničkog centra u Rijeci te preostalim zahvatima koji su potrebni u rekonstrukcijama i kompletiranju kliničkih odnosno nastavnih medicinskih centara u Osijeku i Splitu.

Hitna medicinska pomoć

Jedno od pitanja na koje treba dati pravi odgovor odnosi se na organizaciju hitne medicinske pomoći. Iako dosadašnja praksa ne iziskuje bitne promjene, pojedine dijelove ove službe treba dotjerati a i donekle drukčije postaviti. U bolnicama općeg tipa ukazuje se potreba za organiziranjem centralnih jedinica za hitni prijem po uzoru na „emergency ward“ u Americi a i europskim zemljama. To je načelno prihvaćeno, ali preostaje da se oživotvori. Sanitetski prevoz treba odvojiti od službi hitne medicinske pomoći koje su u većim centrima organizirane u samostalnim ustanovama. U okviru Ustanove za hitnu medicinsku pomoć u Zagrebu, koja će se preseliti na novu prikladniju lokaciju (izgradnja je već započela) potrebno je vratiti stacionar za detoksikaciju koji je godinama uspješno djelovao u suradnji s Centrom za kontrolu otrovanja Instituta za medicinska istraživanja i medicinu rada, pa je bez pravih razloga bio ukinut. Posebnu pažnju zahtijeva bolje rješenje problema hitne medicinske pomoći na glavnim prometnicama (autostradama), što se naročito aktualizira tijekom glavne turističke sezone. Organizacija tog dijela hitne medicinske pomoći koja uključuje helikoptersku službu najbolje je riješiti centralno za Hrvatsku kao cijelinu, uključujući otoke. Unapređenje službe hitne medicinske pomoći na navedenim razinama i oblicima zahtijeva i uvođenje specijalizacije hitne medicine.

Preventivna medicina i aktivnosti u promicanju zdravlja

Svakako vrlo važno ali relativno zanemareno područje u zdravstvenoj zaštiti u nas odnosi se na mjere preventivne medicine, zdravstveni odgoj i promicanje zdravlja.

Taj dio zaštite treba provoditi prvenstveno u okviru funkcija primarne zdravstvene zaštite. Za to su potrebni stručno dobro fundirani programi, ali i osiguranje dodatnih sredstava za njihovu provedbu a dijelom i za materijalnu stimulaciju provoditelja. U praksi se najčešće radi o organiziranju sistematskih pregleda za rano otkrivanje bolesnih stanja u osoba iz zatvorenih kolektiva (radnici, školska djeca). Ciljani zdravstveni pregledi žena kao što su npr. oni za ranu detekciju raka dojke moraju također biti dobro organizirani i planirani s ponovljenim obuhvatom istih skupina u predviđenim vremenskim intervalima, kako bi se izbjeglo da žene s urednim nalazom kod pregleda, osjećajući se zbog takvog nalaza sigurnima, zapostave potrebnu pažnju da same uoče odstupanja od normale, do čega može u međuvremenu doći. U vezi ranog otkrivanja pojedinih oblika malignih tumora, što se također odnosi na karcinom dojke važnu ulogu ima zdravstveni odgoj s upućivanjem žena na samokontrolu (palpacija) Isto vrijedi za rano otkrivanje karcinoma debelog crijeva samoopservacijom krvi u stolici.

Jedan od aktualnih problema s kojima se naše društvo suočava je vrlo visoka zastupljenost pretilosti u populaciji svih uzrasta u oba spola. Dovoljno je dobro poznato i znanstveno potvrđeno da su pretili osobe u značajno većem riziku za razvoj arterijske hipertenzije, dijabetesa, kardijalnih i cerebrovaskularnih inzulta. Vrlo je široko prisutno u nas i prekomjerno konzumiranje soli. U vezi s time programe usmjerene promjeni životnih navika te posebno načine prehrane koji su najavljeni ili su već pripremljeni treba pozdraviti i zdušno podržati. U promicanju zdravlja i borbi protiv različitih nezdravih navika vrlo je važno populariziranje potrebe za fizičkom aktivnosti. U nas je još uvijek više od trećine stanovnika koji puše. To ukazuje na potrebu da se korištenjem svih mogućnosti, od legislative pa do organiziranih zdravstveno-prosvjetnih aktivnosti, nastavi s kontinuiranom borbom odvikavanja od pušenja.

Ovih nekoliko primjera navedeno je samo radi ilustracije pravaca mogućeg djelovanja pri čemu je

uzet o obzir dio registriranih javnozdravstvenih problema.

U vezi s unapređenjem rada i aktivnosti na ovom području posebnu pažnju zahtijeva dalji razvoj pojedinih centralnih ustanova, naročito onih koje su usmjerene potrebama javnog zdravstva i preventivne medicine, edukacije i znanstveno-istraživačkog rada u zaštiti zdravlja naše populacije.

Zdravstveno osiguranje

Uvodno je navedeno da u nas tradicionalno djeluje sustav obveznog nacionalnog zdravstvenog osiguranja, što i dalje treba održati i to na principima solidarnosti i uzajamnosti. Taj sustav uključuje pravo na korištenje temeljnih oblika izvanbolničke i bolničke zdravstvene zaštite i bitna je pretpostavka dostupnosti zdravstvene službe za svakog člana društvene zajednice pod jednakim uvjetima. Treba, međutim, dozvoliti mogućnost da se po potrebi u sistemu uvode određena ograničenja, vodeći pritom računa o tome da se ne ugrožavaju prava bolesnih kojima je zdravstvena pomoć najpotrebnija te onih s niskim prihodima odnosno slabog materijalnog stanja. Sustav obveznog nacionalnog zdravstvenog osiguranja trebao bi djelovati samostalno s time da država zakonom uređuje osnovne odnose i prava u sustavu te visinu doprinosa i izdvajanja za financiranje sustava. Treba podržati i oživotvoriti nedavno prihvaćen poseban dio zdravstvenog osiguranja koji se odnosi na zaštitu zdravlja radnika odnosno zaštitu u slučaju ozljeda na radu i profesionalnih bolesti.

Uz postojanje obveznih oblika zdravstvenog osiguranja mogu se slobodno na principima koji vladaju na tržištu uvoditi sustavi dodatnog osiguranja izvan prava ili načina njihovog korištenja utvrđenih obveznim nacionalnim zdravstvenim osiguranjem.

U okviru obveznog nacionalnog zdravstvenog osiguranja može se, kad potrebe to zahtijevaju, angažirati liječnike iz privatne prakse (uz njihovu suglasnost). Inače mora postojati jasno razgraničenje između rada u privatnoj praksi i rada u javnom zdravstvu.