

Kakva bi trebala biti inovativna reforma primarne zdravstvene zaštite?

(Innovative Reform of the Primary Health Care. The type of reform needed)

Nevenka Krčmar, Ranko Stevanović, Nataša Jurlina, Arsen Stanić, Aleksandar Jovanović, Sanja Musić Milanović, Ivan Pristaš, Ivana Aras, Vanesa Benković

Sažetak

Autori predlažu model "nove, inovativne reforme" te definiraju elemente i sadržaje koje ističu kao vrlo važne za uspjeh reforme primarne zdravstvene zaštite. Pobrojani su i objašnjeni najvažniji reformski zahvati koje treba provesti: promjena legislative, vrsta i načina osiguranja, razvoj grupne prakse, reformiranje doma zdravlja te načina plaćanja rada, promjena sustava izvješćivanja, edukacije, uvođenje i provedba posebnih programa, umrežavanje, povezivanje, suradnja timova i drugih sudionika, osiguranje kvalitete, itd. Posebno su obrađene zadaće reformiranog doma zdravlja: organiziranje, koordinacija i povezivanje timova, monitoring zdravstvenog stanja populacije na lokalnoj razini, epidemiološki nadzor, suradnja i zajednički rad s drugim službama, "umrežavanje" na lokalnoj razini, edukacija (pasivna i aktivna - s obje strane katedre), zajednički dijagnostički servisi, kontrola kvalitete. Za pravu inovativnu reformu a ne onu birokratsku, formalnu, potrebno je uvažavati i neophodne promjene u upravljanju i organizaciji a ne samo u standardima, normativima, pravima i obvezama.

Abstract

The authors suggest a model of a "new and innovative reform", defining the elements and contents that they consider to be very important for the success of a primary health system reform. The most important reform activities to undertake are enumerated and explained They are: legislative changes, insurance scheme type and methods, group practice development, health center reform, work payment methods, changes in the reporting system and education, introduction of special programs and their implementation, networking, linkage, collaboration between teams and other participants, quality assurance etc.). There is a detailed discussion of a reformed health center's charges. This involves the organization, coordination and linking of teams, monitoring of the health of a population on the local level, epidemiological surveillance, education (active and passive, on both sides of college chair), joint diagnostic and other services, and quality control. In contrast to a bureaucratic and formal one, a real and innovative reform should take account of the necessary changes in management and organization, not just in standards, norms, rights and obligations.

Reforma primarne zdravstvene zaštite. Zašto?

Naše zdravstvo troši ogroman udio BDP i zapravo je sustav u kojem su svi zadovoljni. Doktori stalno negoduju, ali su ustvari zadovoljni jer primaju pristojne plaće, a rade onoliko koliko moraju, trebaju, ili hoće, već prema prilici. Imamo pacijente koji negoduju, a ustvari mogu dobiti skoro sve što požele (npr. CT, jest da se malo čeka, ali se i dočeka, ako ste uporni). S treće strane, imate vrlo zadovoljni HZZO koji završi godinu s gubitkom od milijardu-dvije, pa mu se odnekud prebace novci, i napokon, imate zadovoljnu državu koja na jednom mjestu raspolaže sa 17 milijardi kuna s kojima može „upravljati“. Međutim, unatoč „neprimjereno“ visokoj potrošnji, prosječno očekivano trajanje života u Hrvatskoj 6 do 8 godina kraće od zemalja sličnog političkog, ekonomskog, socijalnog i kulturnog okruženja. Taj raskorak između ulaganja koje je među najvišima u svijetu, i rezultata koji su skromni, postoji i zahtijeva pravu, inovativnu reformu (1-3).

Veliki je problem što se u zdravstvu događa stalno jedna te ista stvar: da bi popravili zdravstvo, mi stalno mijenjamo ljude i događaje. Znači, mijenjamo ravnatelje, ministre, pomoćnike ministara, ili mijenjamo događaje: način plaćanja usluga – po dijagnozi, po postupku, po bodovima, pa mijenjamo plavu knjigu za bijelu knjigu, mijenjamo bodove ovako i onako. Međutim, zdravstveni sustav ostaje isti, a najveći problemi generiraju se upravo stoga jer se zdravstveni sustav nije niti najmanje promijenio od ranih šezdesetih godina prošlog stoljeća. To znači da je način prikupljanja i trošenja novaca u zdravstvu ostao isti. Puno bi bilo jednostavnije napraviti i promijeniti sustav, a onda bi se ljudi i događaji sami mijenjali i prilagodili tom sustavu. Jedino se na taj način može prekinuti začarani krug u kojem se nalazimo. Mi smo prešli veliku tranziciju. Ljudi su prešli u puno stvari u kapitalizam, počeli su se baviti dionicama, franšizama, lizingom, otišli su u kapitalizam u mnogim stvarima, mnoge tvrtke su postale privatne, ali su neke stvari ostale daleko u prošlosti. Sustav zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj je takav sustav. S druge strane, način financiranja i uspostava mreže išla je vrlo često politički i/ili privatno

interesno, imamo mrežu koja je nastala spontano i kojekako, i sustav čije se financiranje i funkcioniranje temelji na vrlo zastarjelim zasadama.

K tome, u zdravstvu imamo potpunu nekulturu činjenica i podataka, potpunu nekulturu praćenja onoga što se dešava u sustavu. Zdravstveni sustav je jedini sustav u kojem možete napisati da ste dali penicilin, i kad se pacijent za dvije godine vrati, možete napisano premazati korekturnim lakom i napisati «eritromicin», ako to više odgovara vama ili pacijentu. Ta papirnata tehnologija, koja je apsolutno zapuštena i zadnji put redizajnirana ranih sedamdesetih godina, apsolutno je nepraktična. Jedini dokaz posla su papiri, a papire ispunjavaju ljudi, i to oni koji su osobno zainteresirani.

Također, u Hrvatskoj imate doktore koji objavljuju po 60 znanstvenih i stručnih radova godišnje, a imate i one koji od kad su završili medicinski fakultet nisu pročitali niti jedan izvorni znanstveni ili stručni članak, a njihova praksa je utemeljena na rješenjima kojih se oni prisjećaju više decenija unatrag. Imamo mnogo entuzijasta, marljivih ljudi, učljivih i obrazovanih. Nigdje u svijetu se ne obrazuje tako žestoko, tako nemilosrdno prema sebi, kao što se to radi u Hrvatskoj. Znači da određeni dio sustava, ničim izazvan, bez ikakvih poticaja, poklanja sve svoje vrijeme i svoju energiju. Tako imamo oaze vrhunske medicine nastale bez ikakvih ulaganja iz sustava, ali imate i pustinje „s druge strane temperaturne liste“.

Ovaj tekst ima za cilj da specificira glavna reformska mjesta i da ukaže na moguć put za izvođenje prave inovativne reforme u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Rješenja za nas izvana nema, i ne moramo ga vani tražiti. Ako pogledajmo povijest, Hrvatska je prva u svijetu imala dom zdravlja, još 1952. godine. U cijeloj bivšoj državi niknuli su domovi zdravlja za samo dvije godine. To je ideja Andrije Štampara, realizirana po profesoru Anti Vuletiću. Hrvatska je prva u svijetu, 1962. godine uvela i specijalizaciju iz obiteljske medicine. Nama su, primjerice, 1994. godine došli konzultanti iz svijeta, i dali nam preporuke. Prva je preporuka bila da osnujemo domove zdravlja. Druga njihova ideja je da bi bilo sjajno da uvedemo specijalizaciju obiteljske medicine. U zdravstvu se vrlo malo toga može preslikavati, taj se sustav treba graditi. Ako nemamo povjerenja u svoju pamet, tuđa vam sigurno neće pomoći, a Hrvatska ima velik broj stručnjaka koji su eksperti prema svjetskim mjerilima, ne samo u tenisu, rukometu i nogometu, već i u medicini, informatici, znanosti.

Zašto ne dolazi do promjene sustava?

Svima je dobro u ovakvom sustavu. Svaka promjena sustava može na neki način kompromitirati status igrača u sustavu. Promjena sustava vjerojatno će pogoditi neke pacijente po nečemu. Promjena sustava sigurno će pogoditi neke doktore po nečemu. Ona će sigurno zatvoriti ili prenamijeniti jednu trećinu potpuno nepotrebnih i neracionalnih kapaciteta u Hrvatskoj. Mnogi će ostati bez svojih pozicija. Ali, držanje tih pozicija nas košta previše. Mi se moramo pomiriti da u jednom trenutku netko mora promijeniti specijalnost, da mora promijeniti radno mjesto. Da li bi bilo tko, osim u komunizmu, držao radnika koji ne zarađuje ništa, proizvodi ništa, stoji na mašini, a prima plaću? U kapitalizmu toga nema. Doktor koji nije zaradio sebi plaću, a državi davanja, i neki profit kući za koju radi, zapadno od Sutle praktički je nepotreban, i mijenja svoju poziciju ili se otpušta. Jedan od velikih prostora za reformu i racionalizaciju je racionalizacija ljudskih resursa. Mi imamo možda premalo doktora, ali i to što imamo, radi neučinkovito. Imamo puno slabih mjesta u zdravstvu, a plaćena su kao dobra.

Što bi najprije trebalo napraviti/promijeniti?

Trebalo bi promijeniti način prikupljanja i trošenja novca, a ljudi i događaji će se onda prilagoditi ovim promjenama, onako kako to u svijetu inače biva. Znači, s jedne strane imamo tradicionalizam u skupljanju i trošenju novcu, a posljedično, s druge strane imamo tradicionalizam u pristupima i organizaciji. Promjena načina skupljanja novca, a posljedično i načina trošenja, najjača je poluga inovativne reforme. Mi sad imamo samo jednu policu zdravstvenog osiguranja, i svi smo jednaki pred tom policom i u tom sustavu. Imate samo jedan način plaćanja, a to je glavarina u PZZ, a u bolnicama bodovi. Treba uvesti više policu i više načina plaćanja! Kad imate samo jedan legalni sustav plaćanja, automatski se razvija desetak ilegalnih sustava plaćanja. Kad imate desetak legalnih načina plaćanja, onda može postojati samo jedan ilegalni, a taj ima svoje ime. Treba imati desetak načina plaćanja i desetak policu zdravstvenog osiguranja (4,5). Čovjek ima pravo izabrati policu koja mu odgovara ili ćemo imati paradoks: ljude koji svakog mjeseca uplaćuju po par tisuća kuna u zdravstveni sustav, a imaju apsolutno jednako pravo – što je, gledano komunistički i ljudski, fenomenalno – kao i oni koji nikad u životu u sustav nisu uplatili ni lipe. Onaj tko uplaćuje par tisuća kuna mjesečno mora imati bolju zdravstvenu zaštitu. Ako je taj čovjek dugo živ i zdrav, on će dugo i uplaćivati u taj sustav. Ako ima jednaku zdravstvenu zaštitu kao i svi drugi, on će brže ispasti iz tog sustava i preći će u onu skupinu koja ne uplaćuje ništa. I tu se začarani krug opet zatvara. Kad bi postojalo više policu, nulta policu, ona besplatna, jamčila bi minimum minimuma koji je medicinski, ljudski i ekonomski opravdan. Iza toga, police trebaju imati svoje ime, premije, osigurane iznose. Zdravstveni sustav je valjda jedini sustav gdje svi imaju jednaka prava, ali upravo zbog toga, u tranziciji i kapitalizmu daje loše rezultate.

Osnovni elementi inovativne reforme primarne zdravstvene zaštite

1. Poštivati definiciju reforme – definicija: Reforma je radikalna redefinicija i temeljiti redizajn poslovnih procesa sa ciljem ostvarenja drastičnih poboljšanja ključnih poslovnih parametara (troškovi, kvaliteta, brzina). Definicija reforme kao osnovnu, sadržava riječ **radikalna**, radikalna promjena, reforma, reinženjering, a to znači da mnogima neće biti kao što je bilo. Ako mislimo samo o nekima, a ne o sustavu i korisnicima, onda se to uopće ne može nazvati reformskim pristupom. Problem je što se kod nas reforma doživljava kao kozmetički odgađaj. A reforma znači da nakon nje više nismo ovo što sada jesmo, već nešto drugo. Reforma znači da nas ni rođena majka ne može prepoznati kad dođemo s reforme. Reinženjering je vrlo ozbiljan posao. U njega se mora ući projektno, u njega se mora ući timski, i mora se napraviti za maksimalno dvije godine. Iza nje više ništa nije kako je bilo, nego četiri i više puta bolje. Reforma je težak proces s puno teških operacija, ali se jedino tako može ostvariti njezina definicija i misija. Za njezino ostvarenje potrebna je samo volja, politička i stručna odluka.

2. Abolicija od svake politike - Zdravstveni sustav ne smije ovisiti o politici zbog toga što je zdravlje naroda dugoročni strateški projekt, a političke opcije su kratkoročne projekcije političara s osnovnim ciljem ostajanja na vlasti. Hrvatski strateški projekti su na primjer, ulazak u EU ili izgradnja auto-cesta, i oko tih projekata stranke, od najdesnijih do najljepijih, koliko god se mrzile i podmetale, nalaze konsenzus. Zdravlje naroda u Hrvatskoj očito nije strateški projekt, jer se tu često sukobljavaju politike i interesi, i to na štetu osiguranika i pacijenata. Gradnja zdravstvenog sustava strateški je projekt hrvatskog naroda, a to znači da mora biti abolicirana od svake politike. Nas vjerojatno čeka razdoblje kad ni jedna vlada neće upravljati više od godinu, dvije u sljedećih 15 godina, a vrlo je mala šansa da će jedan ministar zdravstva preživjeti dva mandata. Svaki dio projekta reforme zdravstvenog sustava traje duže od tri godine, što znači da se reforma niti ne može dogoditi ako u njoj ima imalo politike.

3. Ispuniti četiri ključne riječi uspješne reforme:

1. **brzina** (eng. Speed), jer svaki inovativni projekt postaje birokratski ako traje predugo,
2. **opća povezanost** (eng. Connectivity), umrežavanje ljudi i ideja, znanja i pristupa, energija i mogućnosti, rezultata i ishoda
3. **rast neopipljivoga** (eng. Intangibles), popularnost, treba edificirati reformu i ljude u njoj da postanu važni, da se o njima misli, priča i osjeća dobro, učiniti sve da javnost ima veliku pozornost i poštovanje prema projektu, postići međunarodni i tuzemni interes
4. **redizajn** (eng. Reengineering) – ponuditi potpuno nov pristup i rješenja za utvrđene probleme koje će umnogostručiti efikasnost i dati višestruka poboljšanja

4. Informatizacija - Kako pratiti i kontrolirati sustav? - U novom, reformiranom sustavu podrazumijeva se maksimalna kontrola izvršenja obaveza i postignutih ishoda. Tu nastaje problem jer za takav sustav moramo imati informacijski sustav kakav postoji u drugim razvijenim cehovima i mora postojati apsolutna kontrola. Zdravstveni sustav "težak" je 16-18 milijardi kuna godišnje. Ne postoji jači financijski sustav u Hrvatskoj. I njega moramo promatrati kao najveću banku u ovom dijelu Balkana. Ako se želi iz neke banke uzeti novac, treba imati pametnu karticu, znati napamet PIN, i imati neki novac na računu. Jedino u zdravstvenom sustavu može se bez ikakve kartice i bez PIN-a, i bez novca na računu ! Može se uzeti s računa 10 ili 20 tisuća kuna na ime neke zdravstvene usluge. To pokazuje koliko je taj sustav slab, ranjiv i kako se jedva uspijeva održati. Ne možete voziti auto ako ne znate koliko imate i koliko trošite benzina, i svako malo ostajati bez goriva, a onda nalaziti nekakve rezerve. Ono što zdravstvenom sustavu treba jest informatizacija, onako kako su informatizirane banke. Zdravstveni sustavi u razvijenom svijetu daju za informatizaciju 3-4%, a Banke ulažu 6-8 % budžeta, a naš sustav samo 0,23% godišnje (6-11). Potpuna integracija informacija i podataka i potpuna informatizacija sustava je događaj bez kojeg nema reforme. Problem je da se kod nas informatizacija zdravstvenog sustava smatra troškom, jer „mi smo mala i siromašna zemlja i nemamo novca za taj projekt“. Ako informacijski sustav promatramo kao alat za uštedu i zarađivanje novca, onda ta investicija ima smisla, ako on služi da racionalizira potrošnju, onda ga treba nabaviti. Zbog pomanjkanja informacijskog sustava, iz zdravstvenog sustava Hrvatske „iscuri“, tj. on spali svaki dan 3-5 milijuna kuna. Neracionalnost, nepostojanje podataka i informacija, glomazna organizacija u kojoj se puno kotača vrti na prazno drobi i troši ogromne novce. Samo racionalizacijom tog novca ima prostora za napredak i razvoj (12-15). Samo iz tog novca mogao bi se kupiti kompletni informacijski sustav – hardver, softver, edukacija, komunikacija, a ostalo bi i za lijekove, čak i one skuplje, za rjeđe bolesti, i za razvoj sustava u cjelini. Lijek koji izliječi nije gubitak za sustav, ma koliko bio skup.

5. Racionalizacija - najviše novaca u zdravstvu odlazi na dva mjesta: jedno su plaće, drugo su lijekovi propisani na recept i to su dva najvažnija mjesta za racionalizaciju:

Ljudski resursi (plaće) – sustav nema mjerenja učinkovitosti i ishoda, ukinute su sve kontrolne i represivne mjere, a očekuje se da se ljudi nastave ponašati kao u totalnoj represiji. Danas je u svijetu

kontrola tako jaka da poslodavac ugrađuje čip svojim djelatnicima ispod kože i prati ih kamerama na svakom koraku, a na poslu se ne čitaju novine, pije kavu i ne razgovara o nogometu. Međutim, mi bismo jako rado da nam u tom dijelu ostane samoupravljanje, da imamo korištenje slobodnih dana kako nam odgovara, spajamo praznika s vikendima, i ostalo. Tu se priča zatvara. Treba imati sustav s transparentnošću i apsolutnom kontrolom. Svaki ulaz u sustav se bilježi, svaki pokušaj ulaza se bilježi, pa i neuspješan, svaka transakcija se bilježi, svaki storno, jer ako hoćemo mjeriti učinke, uspješnost pojedinih polica osiguranja ili dijelova sustava, moramo imati točne podatke. I to ne podatke o bodovima, o udaranju crtica na papir, već on-line podatke koji se ne mogu napraviti drukčije nego tako da ste obavili to što ste upisali. Možda zbog toga ljudi, podsvjesno znajući da je ovakav sustav hipertransparentan, imaju otpor prema informatizaciji. Mi volimo privatnost. Ali na žalost, volimo privatnost kad treba znati kako netko zarađuje, što je napravio da zaradi, i to ne za sebe, već za tvrtku za koju radi.

Reforma propisivanja lijekova - Samo na lijekovima propisanim na recept može se racionalizirati – ne uštedjeti, ne otkidati od lijekova, već racionalizirati godišnje od 500 milijuna do milijardu kuna. Pacijent mora dobiti lijek koji mu je neophodan, uzimati ga u pravom obliku i u pravoj dozi. Takav lijek nije trošak, čak i ako košta 5000 kn mjesečno. Ali ako ga pacijent uzima u neodgovarajućem obliku, to jest neodgovarajućem pakiranju ili cijeni, onda je to nepotreban trošak. Samo na mjestu antibiotika propisanih za običnu prehladu, ova država troši oko milijun eura godišnje. Doktor ih propisuje pod pritiskom pacijenata, okoline i farmaceutske industrije. Za običnu prehladu propisuje npr. azitromicin. Ako ne propiše, doktor će se zamjeriti pacijentu i on će preseliti karton drugom doktoru, a s kartonom i glavarinu. Obična početna hipertenzija u nas se liječi ACE inhibitorima 4. i 5. generacije, dok u Australiji doktor mora 40% hipertenzija riješiti diureticima, ne samo zato što su diuretici vrlo jeftin lijek, i koštaju 5-10 Eura mjesečno, već zato što je to za pacijenta najbolje. Pacijenti malo više mokre, ali tlak im je kontroliran. A mi imamo pritisak pacijenata, javnosti, a osobito farmaceutske industrije i specijalista, takav da propisivanje diuretika naprosto nije očekivani događaj, nego mu morate propisati ACE inhibitor 5. generacije koji košta 50 Eura mjesečno. Nažalost, mi smo narod koji vrednuje proizvod prema cijeni istaknutoj na proizvodu, a ne prema koristi od tog proizvoda. Pacijenti tako ugrožavaju i svoje zdravlje, jer što je lijek kompleksniji, što «napada» više organa, to može učiniti i više štete organizmu. Imamo i masu lijekova kod kojih je pakiranje skuplje od samog lijeka. Plaćamo pakiranje i brand, a ne plaćamo lijek.

6. Osigurati fiksni proračun za provođenje reforme – svaka reforma košta a mi smo postali majstori u provođenju reforme koja ne košta ništa i koja ne mijenja udjele u plaćanju niti malo. Za pravu inovativnu reformu primarne zdravstvene zaštite država treba osigurati fiksni proračun. Potrebno je alocirati sredstva, primjerice iz specijalističke zdravstvene zaštite u primarnu, ili iz racionalizirane potrošnje na lijekove u razvoj primarne zdravstvene zaštite. Potrebno je osigurati i fiksne troškove za reformu, primjerice, za računala i softvere, edukaciju, opremu i sl.

7. Reforma svih (većine) modula – vrlo česta greška u otpočinjanju reforme je fokusiranje samo na jedno područje, npr. zakup ordinacija, uz ostavljanje svih drugih modula na istoj poziciji. Ili, npr. prelazak na „plavu knjigu“, bez ikakvih pratećih promjena. U pravoj, inovativnoj reformi, paralelno treba remodelirati sve module da bi se ostvario potreban sklad i postigli ukupni a ne samo parcijalni rezultati.

Najvažnija područja koja bi se reformskim zahvatima trebala mijenjati su:

1. Legislativa
2. Vrste i načini zdravstvenog osiguranja
3. Podrška razvoju grupnih praksi na primarnoj razini zaštite
4. Reformiranje doma zdravlja u "Centar za primarnu zdravstvenu zaštitu"
5. Način plaćanja rada, programa i usluga
6. Sustav izvješćivanja iz djelatnosti PZZ (indikatori, evaluacija, ocjena)
7. Edukacija
8. Uvođenje i provedba posebnih programa
9. Umrežavanje, povezivanje, suradnja timova i drugih sudionika
10. Osiguranje kvalitete (akreditacija, kliničke smjernice)
11. Ostalo (osiguranje digniteta struke, vodstvo, timski rad)

8. Reforma privatizacije - Privatizacija primarne zdravstvene zaštite nije se uopće dogodila. Dogodio se samo zakup prostora. „Privatni“ timovi primarne zaštite ustvari su godišnji kontraktori s HZZO, i nemaju nikakvu garanciju da će i iduće godine sklopiti ugovor. Oni su u najmu prostora DZ, a jedino se po posjedovanju žiro-računa mogu smatrati privatnicima. Oni su ovisni, i vise na nekoliko tankih grančica. Oni ne mogu ništa samostalno raditi, ni mimo ugovora ni izvan ugovora, niti protiv ugovora, oni ne mogu zapošljavati, dizati kredite, oni nisu nikada postali d.o.o., što je osnovni način da se netko

ili nešto privatizira. Ovakvom parcijalnom reformom, reorganizacijom primarne zdravstvene zaštite izgubili smo puno i propustili mnogo šansi. Priča o domovima zdravlja je tužna priča. Hrvatska je izmislila dom zdravlja, i Domovi zdravlja u godinama 1950-1970 donijeli su izvanredne rezultate. Narod koji je umirao s 26-27 godina od TBC i zaraznih bolesti, riješio se tih bolesti, organizirana ja kvalitetna skrb za djecu i majke, za radnike i zemljoradnike. Danas možda dom zdravlja i ne mora postojati kao ustanova, ali moraju se održati njegove funkcije. Izgubljena je aktivna skrb za osiguranike. Primarna zdravstvena zaštita danas pruža samo pasivnu skrb i konstatira, a ponešto i liječi bolesti, ali se uopće ne bori protiv njih. U PZZ se čeka da se čovjek razboli, da dođe u ordinaciju, gdje će dobiti nekakvu uputnicu ili recept. Svaki drugi način rješavanja problema je doktoru PZZ teretan. Opet se vraćamo na plaćanje. Sustav plaćanja, nagrađivanja i kažnjavanja je takav da tjera doktore, čak i one koji imaju najbolje namjere, da odustanu od brige za zdravlje i da se posvete bolesti, skrećući samo (ponekad) njezin tok. Propuštene su šanse da doktori u primarnoj zdravstvenoj zaštiti postanu pravi privatnici, poduzetnici i menadžeri koji bi pružajući kvalitetnu zdravstvenu zaštitu omogućili i vlastiti razvoj i razvoj struke u cjelini. Da bi se to dogodilo potrebno je do kraja regulirati prava vlasništva na ordinaciji i opremi, prava „intelektualnog“ vlasništva na popis osiguranika koji su izabrali određenog doktora kao svog i omogućiti privatnim ugovorenim ordinacijama da postanu društva s ograničenom odgovornošću (d.o.o.), da mogu raditi poslove izvan ugovora s HZZO, da mogu podizati kredite, zapošljavati ljude, biti oslobođeni poreza za investicije i ulaganja itd.

9. Reforma projektne organizacije Hrvatska ima stručnjake, ima znanja, ima pameti. Naravno da nema sve znanje, ali sve znanje ovog svijeta danas se može dobiti besplatno preko Interneta, ili se može kupiti za male ili velike novce. Ti novci nikad nisu tako veliki kao oni koje gubimo u sadašnjem nereformiranom sustavu. Projekt reforme treba postaviti u svim njegovim određenjima. Treba odrediti vrijeme, koje je kratko, odrediti fiksni budžet, voditelja projekta i tim koji će imati više izvršnih producenata. Takav sustav izvršnih producenata kod nas ne postoji. Mi imamo šiljastu organizaciju s ministrom zdravstva na vrhu, a hoćemo pomaknuti stijenu tešku 17 milijardi kuna. Kad se s takvim dijamantnim šiljkom zaletavamo u stijenu tešku 17 milijardi, možda ćemo i probušiti jednu malu rupicu veličine tog šiljka, ali to je sve što se može napraviti. Ako se želi pomaknuti cijelu stijenu, tu šiljastu organizaciju, menadžment, s dijamantnim vrhom, treba postaviti plošno. To znači da 70 izvršnih producenata gura svaki svoj komad stijene. A šiljak vam onda uopće ne treba. Kad imate izvršne producente, oni odgovaraju za sve svoje odluke, ali ih i samostalno donose. Imati povjerenje u svoje ljude, znači imati povjerenje u sebe (16-18). Pravi uspješni lider stvara nove lidere.

10. Poštovati partnerske strane, poslušati i drugu stranu - prijedlozi za promjene u navedenim područjima zadiru u sve oblike organizacije rada i znače zamjenu mnogih dosadašnjih rješenja u organizaciji primarne zdravstvene zaštite novim sadržajima, ekonomskim i organizacijskim rješenjima. O ovakvim organizacijskim promjenama sadržaja i organizacije nužno je upitati i druge zainteresirane strane: osiguranike, osiguranja, stručne udruge, sindikate, škole, zdravstvene poslodavce, zdravstvene političare i druge te, po mogućnosti, konsenzusom donijeti odluku o provođenju reforme.

Zaključak - recept ukratko

Za provođenje prave inovativne reforme zdravstvenog sustava treba skupiti i imenovati više izvršnih producenata, dati im sto dana da proučite sve o problemu, dijelu sustava za koji su zaduženi. Ti ljudi su u pravilu mlađi od 40 godina. Ti ljudi u pravilu nisu vrlo poznate osobe. Ali ti ljudi se mogu naći preko Interneta, u bibliotekama se mogu naći njihova djela. Skupimo li 70 izvršnih producenata, time ćemo anulirati svaku politiku. Nemoguće je skupiti 70 eksperata, a da su u jednoj stranci. Nakon toga treba im dati još sto dana da iz toga što su proučili, naprave najbolji mogući hrvatski koncept. Pritom su osobno odgovorni za ono što predlože. Trećih sto dana ostaje za pokusni rad na manjem području. Treba donijeti odluku o početku reforme, treba tu odluku abolirati od svake politike, treba imenovati ekspertni tim, treba ekspertnom timu dati rok, članovima tima treba objasniti da jedan dan čekanja košta ovu državu pet milijuna kuna, i treba ih požuriti. Ti ljudi ne smiju raditi zabadava, ali tu se i ne radi o nekom velikom novcu. Ukupan trošak za rad takvog tima bio bi manji od nepotrebnog troška koji nastaje u jednom dana rada u nereformiranom sustavu (5 milijuna kuna).

Prilog - Razlike u organizaciji između nereformirane i reformirane primarne zdravstvene zaštite koje bi trebalo postići u reformi

Elementi organizacije	Nereformirano (sada)	Reformirano (buduće)

CILJ	Status Quo	razvoj
PROMJENE	spore, defenzivne	brze, ofenzivne
PRISTUP	slijediti pravila	mijenjati ih
CILJEVI	procedura, poznate metode	rezultati i ostvarenja
VODSTVO	Autokratsko	demokratsko
AUTORITET	formalna hijerarhija	participacija i znanje
RJEŠAVANJE PROBLEMA	Iskustveno	inventivno
IZBOR LJUDI	formalni kriteriji	znanja i vještine
ODLUČIVANJE	glasovi većine, ravnatelj	konsenzus
NOVE IDEJE	negativan stav	pozitivan stav
KLJUČNI RESURS	novac ili vrijeme	znanje
ORGANIZACIJA	rigidna i stabilna	fleksibilna, dinamična
IZOBRAZBA	specijalizacija	multidisciplinarnost
IDEALNI DJELATNIK	poslušan	nezavisan
KONTROLA	vanjska, naknadna	samokontrola, anticipativna
METODA	promjene "intuitivne"	stvoriti uvjete za promjene

Literatura

1. R. Stevanović, H. Tiljak, A. Znaor, U. Rodin, N. Krčmar, I. Gluhak, A. Jovanović. Utjecaj načina financiranja zdravstva na odnos liječnik-bolesnik, usporedba zdravstvenog sustava u SAD i Hrvatskoj. U: Zbornik: Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite, Labin 1999. (140-152)
2. R. Stevanović. Primarna zdravstvena zaštita. U: Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2000. godinu. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb, 2001. (109)
3. N. Krčmar, R. Stevanović, L. Kovačić, M. Merzel. Reforma doma zdravlja, obiteljske medicine i zdravstvene zaštite u zajednici. U: Zbornik: VIII Kongres obiteljske medicine: Bolesti lokomotronog sustava. Pretilost, bolest današnjice, Opatija, 2001. (219-27).
4. Stevanović R. Osiguranje i financiranje, plaćanje – paketi usluga – osnovni, dopunski, dodatni, tržište, druge usluge. Radionica REFORMA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE. Radna skupina za primarnu zdravstvenu zaštitu. Projekta Reforme zdravstvenog sustava. Zagreb, 7. ožujka 2001. godine.
5. A. Budak, R. Stevanović, M. Katić, H. Tiljak, S. Blažeković-Milaković, M. Vrcić-Keglević. Prijedlog struci za raspravu: Popis usluga, mjera i postupaka tima opće/obiteljske medicine prema vrsti osiguranja/plaćanja. Medicina Familiaris Croatica Vol. 6. No 1-2. 1998., separat (1-7)
6. Stevanović, R. Klapan, I. Uspostava i razvoj e-zdravstvenog informacijskog sustava u tranzicijskim zemljama (Hrvatsko iskustvo) // Telemedicine / Klapan, Ivica ; Čikeš, Ivo (ur.). Zagreb : Telemedicine Association Zagreb, 2005. (84-92)

7. Stevanović, R. Pristaš, I. Ivičević Uhernik, A. Stanić, A. Development and deployment of a health information system in transitional countries (Croatian experience) // Medical and Care Compunetics 2 / Bos, Lodewijk ; Lexminarayan, Swami ; March, Andy (ur.). Amsterdam : IOS Press, 2005. (82-88).
8. Erceg, M. Stevanović, R. Babić-Erceg, A. Nacionalni javnozdravstveni informacijski sustav. // Acta Medica Croatica. 59 (2005) ; 245-249.
9. Stevanović, R. Stanić, A. Varga, S. Informacijski sustav u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. // Acta Medica Croatica. 59 (2005) ; 209-212.
10. Stevanović, R. Tiljak, H. Stanić, A. Varga, S. Not, T. Jovanović, A. ICPC-2 - Međunarodna klasifikacija primarne zdravstvene zaštite i njena primjena u zdravstvu Hrvatske. // Acta Medica Croatica. 59 (2005) ; 267-271.
11. Stevanović, R. Mauher, M. Uspostava i razvoj zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske. // Acta Medica Croatica. 59 (2005) ; 191-199 (članak, znanstveni rad).
12. H. Tiljak. Izvješćivanje, kontrola kvalitete, evaluacija. Radionica REFORMA PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE. Radna skupina za primarnu zdravstvenu zaštitu. Projekta Reforme zdravstvenog sustava. Zagreb, 7. ožujka 2001. godine.
13. Tiljak H, Ivančić A. Projekt «Prakse otvorenih vrata». U: Zbornik «Hrvatski dani primarne zdravstvene zaštite». Labin. 1999. (193-202)
14. Stevanović R. Petrović M, Krajač J, Sirišćević H, Krčmar N. Oboljeli od infekcije virusom humane imunodeficijencije u ordinaciji obiteljske medicine. 2. Simpozijum o spolno prenosivim bolestima s međunarodnim sudjelovanjem. Knjiga sažetaka. Dubrovnik 2000.
15. Stevanović R. "Redefiniranje" doma zdravlja – javnozdravstvena funkcija. Okrugli stol "Primarna zdravstvena zaštita danas i sutra". Ministarstvo zdravstva RH, ŠNZ "Andrija Štampar" i Hrvatska liječnička komora u suradnji s Hrvatskim liječničkim zborom i Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo. Zagreb, 28. veljače 2001. godine
16. Johnson S. Blanchard K. Tko je maknuo moj sir ?: kako se uhvatiti u koštac s promjenama na poslu i u svakodnevnom životu (prijevod knjige Who moved my cheese?, web stranica: www.whomovedmycheese.com). Tuma. Ljubljana. 2001.
17. Integracija zdravstvenih usluga u Koprivničko-križevačkoj županiji. Izvještaj 3. Dodatak 1. Medicinske usluge primarne zdravstvene zaštite. BIS HEALTH CARE GROUP. 2001.
18. Švab I. Reform of PHC in Slovenia. U: Primary Health Care Reforms. WHO. Regional Office for Europe, Copenhagen. 1993 (111-112)