

Vizija zdravstvene politike kroz odgovore na 10 pitanja

Mirjana Kolarek Karakaš

1. Obiteljska medicina do 2012: privatnici, zakupci ili javna služba ?

S obzirom na postojeći sustav obrazovanja liječnika, u sadašnjem momentu, u RH nije moguće uspostaviti instituciju obiteljskog liječnika, gdje bi specijalista obiteljske medicine preuzeo zbrinjavanje pacijenata iz domene djelovanja ginekologa i pedijatra. Moramo respektirati činjenicu da je sve više rizičnih trudnoća koje svakako moraju biti pod kontrolom ginekologa. Slijedom navedenog sve je veći broj visoko rizične djece koja zahtijevaju pedijatrijsku skrb.

Smatramo da i dalje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti treba zadržati uz ordinacije obiteljske medicine i ginekološke i pedijatrijske ordinacije u ugovornom odnosu s HZZO. Ukinemo li ginekologa i pedijatra u PZZ još će biti veća navala pacijenata na specijalističko-konzilijarne preglede. Zakup kao takav treba ukinuti jer po njemu nisu riješeni vlasnički odnosi niti opseg prava zakupaca. Kad su u pitanju obaveze prema državi zakupci su privatnici a kad se radi o pravima tada su javni namještenici. Predlažemo otkup ordinacija i izjednačavanje u pravima s liječnicima privatnicima u ugovornom odnosu s HZZO-a koji zdravstvenu djelatnost obavljaju u svojem prostoru.

Mišljenja smo da treba stimulirati privatnu praksu jer ona rasterećuje postojeći zdravstveni sustav, podiže kvalitetu usluge rasterećuje broj pacijenata po liječniku i smanjuje redove u čekaonici. Naravno da je neophodno održati ordinacije u okviru javnih službi gdje bi se zbrinjavali pacijenti van radnog vremena njihovog ordinariusa uslijed nenadanog i iznenadnog narušavanja zdravlja.

2. Prevencija poljskog sindroma

Zašto struka odumire? Studij je težak, mukotrpan, dug i skup. Odgovor društva neadekvatan.

Odgovornost je liječnika ogromna. U njegovim je rukama najvrjednije što imamo: ljudski život. Poput svih drugih segmenata života i rada i ovdje postoji mogućnost pogreške, no najveći je problem što se najčešće komplikacije u toku liječenja poistovjećuju s pogreškama. Tu je neosporna uloga Liječničke komore, kao cehovske organizacije koja treba štiti liječnički stalež od neosnovanih optužbi a s druge strane nadzirati njihov rad da bi ga obavljali savjesno i u skladu sa strukom.

Kako riješiti manjak liječnika u RH i smanjiti njihov odljev u inozemstvo?

1. Stimulirati upis na Medicinski Fakultet sufinanciranjem školarine, prijevoznih troškova i troškova stanovanja

2. Adekvatno nagrađivanje liječnika

3. Jačati ulogu Liječničke komore

4. Davanje povoljnih kredita za otvaranje privatne prakse, za daljnje školovanje, rješavanje stambenih potreba

3. Kategorizacija bolnica i sprečavanje neracionalnog korištenja tercijalne zdravstvene zaštite

Apsolutno podržavamo postupak kategorizacije bolnica. Generalno govoreći kod pružanja zdravstvenih usluga priklanjamo se konceptu NOVOG UNIVERZALIZMA koji znači pružanje visoko kvalitetne zdravstvene zaštite ali po kriteriju stvarne potrebe koja se definira na osnovu učinkovitosti, cijene i socijalne prihvatljivosti. To je koncept koji stoji između onog što nam se događalo u bivšoj državi i pristupa koji imamo u SAD-u u ovom trenutku gdje je oko 17% pučanstva bez zdr. osiguranja. Puno je prostora za ukidanje procedura koje su neučinkovite, skupe a i socijalno neprihvatljive. Tu vidimo rezervu zdravstvenog sustava kojom bi se mogle povećati plaće zaposlenih u zdravstvenom sektoru. Jednom je netko jako lijepo rekao. I pacijenti moraju dijeliti sudbinu zemlje u kojoj žive

Da bi se spriječilo neracionalno korištenje tercijalne a svakako i sekundarne zdravstvene zaštite potrebno je jačati primarnu zdravstvenu zaštitu. Pacijent mora znati tko je njegov liječnik i tko o njemu najviše zna i tko će mu u datom trenutku pružiti optimalnu zdravstvenu skrb. U društvu je sveprisutna fama da samo liječnici u bolnici znaju liječiti. Krajnji je čas da se razbiju te predrasude. Pritisak je pacijenata na liječnike obiteljske medicine za upućivanjem u bolničke ustanove. Zdravstveni sustav je takav da liječnik mora udovoljiti svakom zahtjevu

pacijenta da bi ga zadržao, jer se on može preseliti drugom liječniku kad god zaželi i bez ikakvog smislenog obrazloženja. Nekome očito odgovara neslaganje između liječnika i pacijenta ali mi smatramo da takvu praksu treba mijenjati. U slučaju posebnog inzistiranja pacijenta da želi zdr. skrb na sekundarnoj ili tercijalnoj razini a njegov ordinarius smatra da nema medicinske indikacije uvesti poseban režim participacije.

Zalažemo se da se redovite zdravstvene usluge pučanstvu pružaju u mjestu njihovog boravka, a usko specijalističke u nekoliko ili samo jednom centru jer je broj pučanstva u RH takav da ne podnosi razvoj nekoliko centara za tako mali broj bolesnika, što je očito rasipanje novca..

4. Kvaliteta zdravstvene zaštite

Što zapravo čini kvalitetu zdravstvene zaštite? Da li to znači primjenu najsuvremenije tehnologije u dijagnostici i liječenju? Da li kvalitetu čine najsuvremenija opremljenost zdravstvenih ustanova, ishodi liječenja ili pak odnos prema pacijentu, interes za njegove osobne probleme, potrošeno vrijeme na objašnjavanje prirode bolesti i davanja uputa koje treba slijediti? Očito sve navedeno i još više od toga..

Devedesetih godina prošlog stoljeća pojačano rastu zahtjevi za odgovornošću zdravstvenih organizacija što se manifestiralo objavljivanjem pokazatelja kvalitete rada. Zdravstveni sustavi su postali komplicirane strukture, te je pojačan interes za izgradnju indikatora (pokazatelja) i ciljeva zdravstvene zaštite i za njihovu usporedbu. Vlade nastoje kontrolirati povećane troškove zdravstvenih sustava tražeći od zdravstvenih organizacija povećani stupanj odgovornosti za sredstva koja troše. Razlike su između pokazatelja zdr. zaštite usmjerenih mjerenju procesa liječenja i onih usmjerenih na ishod liječenja.

Najčešće se efikasnost zdravstvenog sustava mjeri grubim pokazateljima kao što su količina utrošenih sredstava u zdravstvenom sustavu ili vitalnim pokazateljima kao što je mortalitet ili očekivano trajanje života. Efikasnost je multidimenzionalna kategorija sastavljena od sigurnosti, djelotvornosti, odgovarajuće i pravovremene zdravstvene zaštite, te odgovornosti pri njezinom pružanju. (Hurst, J., Jee-Hughes, M.). Namjera korištenja pokazatelja je višestruka: osiguranje odgovornosti prema osnivačima i vlasnicima, otkrivanje loše izvedbe i centara izvrsnosti, pomoć pacijentima pri izboru zdr. usluge i zdr. djelat. da uklone nedostatke.

5 Zajamčeni opseg prava na zdravstvenu zaštitu

Prenosim dio teksta iz Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2006-2011:

...dugogodišnji nekontrolirani rast potrošnje u zdravstvenoj skrbi doveo je ukupne troškove zdravstva do gornjeg limita koje bi hrvatsko gospodarstvo i državni proračun moglo podnijeti...

Po našem mišljenju ulaz u sustav treba biti besplatan. PRIMARNA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA svakom dostupna i bez participacije. Ukinuti administrativnu pristojbu koja je pretvorila medicinske sestre u blagajnice i koja unosi razdor među pacijente i zdravstvene djelatnike. Taj novac namaknuti povećanjem participacija za korištenje specijalističko-konzilijarnih pregleda. Samim tim smanjio bi se pritisak na iste. Jačanjem primarne zdravstvene zaštite u smislu educiranja i opremljenosti smanjila bi se navala na bolničke odjele i specijalističke ambulante.

Nema niti jedne zemlje u suvremenom svijetu u kojoj je regulacija odnosa na zdravstvenom području potpuno prepuštena djelovanju tržišta. S obzirom na tešku ekonomsku situaciju u RH i na činjenicu da je velik broj stanovnika na granici siromaštva ne bismo za sada smanjivali postojeća prava pacijenata ali bismo svakako nastojali racionalizirati potrošnju postojećih sredstava i nastojali iznaći dodatne modele financiranja.

Stav je Odbora za zdravstvo i socijalnu skrb DC-a da želimo SOCIJALNO ODGOVORNO MZSS I SOCIJALNO ODGOVORNE ZDRAVSTVENE ORGANIZACIJE, BILE ONE JAVNE ILI PRIVATNE. Ali je činjenica: nema besplatnog zdravstva Svemirskom tehnologijom i toga moramo biti svjesni.

Preduvjet za racionalizaciju je ulaganje u integrirani informacijski sustav zdravstvene zaštite koji ne bi ispustio nikoga tko je u njega uključen. Kod bilo kakve promjene što se tiče opsega osnovne košarice treba svakako uvažavati mišljenje pacijenata i zdravstvenih radnika, znači direktnih sudionika u procesu ostvarivanja zdravstvene zaštite.

6 Financiranje zdravstva

Zdravstveni proračun RH se donosi političkom odlukom na razini države, te se zatim sredstva supsidijarno raspoređuju do zdravstvenih ustanova na lokalnoj razini. Glavni problem je njegova fiksna ograničenost. S raspoloživim sredstvima treba postići što više zdravlja.

Sustav financiranja presudno utječe na pružanje usluga. DC je za kombinirani sustav financiranja: državno financiranje kroz poreze (Beveridgeov model), socijalno zdravstveno osiguranje (Bismarckov model) i privatno financiranje. Sadašnje stanje kad HZZO dobiva novac iz državne riznice je neodrživo i to treba mijenjati i svakako ukinuti monopol HZZO-a i povećati udio privatnih osiguravajućih kuća. Svakako podržati privatni sektor u sustavu zdravstva jer on rasterećuje javni

sektor. Podiže kvalitetu zdravstvene zaštite, smanjuje redove čekanja što je čini se gorući problem u zdravstvenom sustavu RH

Predlažemo i potičemo osnivanje Zaklada iz kojih bi se financirali skupi lijekovi i dijagnostika kao i terapijski postupci. U njih bi ulagala sredstva farmaceutska industrija, duhanska, kemijska, ind. alkoholnih pića i svi drugi mogući donatori a država bi im odobrila dodatne porezne olakšice..

7. Županijske bolnice

Mišljenja smo da i dijelove bolnica treba privatizirati iz istih razloga kao i dijelove primarne zdravstvene zaštite.

Mijenjati upravljanje Državnim i Županijskim bolnicama. Ravnatelj mora biti menadžer koji će biti odgovoran za rezultate. Uz sebe naravno treba imati stručne suradnike. Kod toga su potrebne promjene u sustavu ekonomsko-financijskih odnosa. Ravnatelj treba biti ravnopravan partner kod ugovaranja opsega usluga s HZZO-a. Bolnica ne može davati više usluga nego što može pokriti dobivenim sredstvima. Ravnatelj bi morao kao pravi menadžer iznaći i druge modele financiranja, npr: osiguravajuća društva, privatno osiguranje, donacije, zaklade.

PRAVILA IGRE TREBAJU ODREĐIVATI ONI KOJI U IGRI SUDJELUJU !

Ne može vlasnik bolnice biti Županija a kontrolor Država.

8. Participacija

Već sam navela da zastupamo slobodan ulaz u zdravstveni sustav, bez participacije ali s povećanjem participacije na sekundarnom nivou. Svakako ukinuti administrativnu pristojbu.

9. Preventiva

Ulaskom RH u EU potrebno je reorganizirati sustav javnog zdravstva kako bi postao glavni nositelj preventivnih aktivnosti propisanih Pravnom stečevinom EU u području zaštite zdravlja ljudi kao i nositelj sustavnog provođenja preventivnih programa radi smanjenja oboljenja i rasterećenja zdravstvene skrbi, a time i smanjenja troškova u zdravstvu. Potrebno je osnovati Zavode za zaštitu zdravlja koji bi uključivali centar za mentalno zdravlje, centar za sportsku medicinu, centar za zaštitu majke i djeteta, centar za ovisnosti.

Zalažemo se za uvođenje zdravstvenog odgoja u škole, posebno spolnog odgoja. Predlažemo nadzor nad prehranom u vrtićima i školama, zato se zalažemo za obvezan nadzor vrtića i jaslica od strane pedijataru. U najranijoj dobi se razvijaju prehrambene navike i tu se zapravo počinje sprečavati prekomjerna težina u odrasloj dobi, što je kao što znamo jedan od vodećih faktora rizika za razvoj kardiovaskularnih bolesti, vodećeg uzroka smrtnosti stanovništva.

Svakako treba razvijati kod ljudi svijest o odgovornosti za svoje zdravlje.

10. Lijekovi

Prije svega protiv smo dvije vrste lijekova na recept. Sve lijekove koji su potrebni i neophodni za liječenje bi stavili na A listu, ostali bi se lijekovi plaćali u cijelosti. Liječnik primarne zdravstvene zaštite svakodnevno je opsjednut s cijelom paletom istovrsnih lijekova različitih farmaceutskih kuća. Postavljam pitanje: Čemu uopće na tržištu toliko vrsta istovrsnih lijekova?

To sve zajedno poskupljuje proizvodnju i cijenu lijekova i opterećuje i zdravstveni sustav i zdravstvenog djelatnika. Mišljenja smo da bi trebalo uvesti minimalnu participaciju na lijekove jer bi se na taj način smanjilo stvaranje zaliha kod kuće, a i ne bi se podizali lijekovi koji se ne misle konzumirati.

Veledrogerije trebaju smanjiti svoje marže odnosno spustiti cijenu lijekova a gubitak nadoknaditi na ostalom asortimanu koji distribuiraju. Isti princip bismo primijenili na ljekarne.

Normalno je da troškovi za lijekove rastu oko 10 % godišnje, to je benchmarking kriterij iz drugih zemalja. Ovakvo povećanje troška za lijekove bi trebalo planirati i daljnje povećanje strogo kontrolirati jasnim kriterijima unutar osnovnog zdravstvenog osiguranja. Dug veleadrogerijama je potrebno reprogramirati, a kao benefit dati smanjenje rokova plaćanja.

Troškovi za lijekove nisu dominantan izdatak zdravstvenog sustava kako se to želi prikazati.