

Promjene u zdravstvenom zakonodavstvu

Marija Strnad

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Imamo prilike čuti i čitati da je zdravstvena potrošnja u Hrvatskoj vrlo visoka i prelazi 8% bruto nacionalnog dohotka. Iz državnog proračuna plaća se 99% troškova zdravstvene zaštite, a korisnici sudjeluju u troškovima samo s 1%. Već se godinama traži se reorganizacija zdravstva, smanjenje troškova, ali i želja da se ne naruši zdravlje građana. Povjerenstvo Ministarstva zdravstva za reorganizaciju zdravstvenog sustava koje vodi prof.dr. Andrija Hebrang donijelo je zaključak da se prijedlozi novih zakona o zdravstvenoj i zakona o zdravstvenoj zaštiti izrade do kraja godine, a zakoni zažive u praksi za godinu ili dvije. Govori se o tome da se kao hitna mjera dopuni Zakon o zdravstvenom osiguranju. Prema njemu bi se na svaki recept i uputnicu plaćala administrativna pristojba od 5 ili 10 kuna. Prema procjenama bi na taj način ušlo u sustav godišnje oko 400 milijuna kuna.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) iskazao je u 2004. godini gubitak od 1,17 milijardi kuna. Sredstva za 2005. godinu namijenjena za zdravstvo ostavljaju 2 milijarde kuna nepokrivenih sredstava potrebnih za funkcioniranje sustava zdravstva. U predviđenim promjena zakona je okvir već dijelom razrađen ali treba riješiti količinu usluga u sustavu obveznog osiguranja. Ministarstvo je je predložilo tridesetak mjera za smanjenje rashoda u zdravstvu, ali prema riječima ministra zdravstva učinci su skromniji od očekivanih. Potrošnja lijekova snižena je za oko 4% nakon prvih pet mjeseci i to samo zbog smanjenja cijena, a ne količina lijekova. Planirani proračun za ovu godinu je 14,7 milijardi. Od administrativnih taksi, participacija i efekata vezanih uz to očekuje se rasterećenje sustava. S obzirom da je procjena da je udjel privatne potrošnje u zdravstvu za 2004. godine tri milijarde kuna, mišljenje je da su to unutrašnje rezerve i da se to može pretočiti u sustav dodatnog, odnosno dopunskog osiguranja. Za to je potrebno jasno donijeti i odgovarajuće zakone, o obveznom i dobrovoljnom osiguranju. Pri tome je stav da se ne može financirati zdravstveni sustav u kojem apsolutno svi imaju prava na sve. Kao osnova za participaciju najavljen je dohodovni a ne imovinski census, jer imovinski status pretpostavlja postojanje imovinske kartice koje za sada nema. Ministar izjavljuje da se košarica zdravstvenih usluga, koja je u fazi izračuna, ne će znatnije promijeniti, jer želimo biti socijalna država. Očekuje se limitiranje broja pretraga, ali ne za bolesne. To bi utjecalo na smanjenje liste čekanja i zahtijeve za nepotrebene dijagnostičke pretrage. Predviđa se pri tome jačanje sustava prevencije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Uvođenje administrativne takse i sudjelovanja u cijeni usluge nema za cilj, prema riječima ministra, prikupiti veliku količinu novaca nego biti čuvar vrata i rasterećenje sustava. Tu se misli na preventivne preglede na koje nema administrativne takse, bez obzira radi li se o programu cijepjenja ili preventivnim pregledima starijih.

Izmjenama zakona dati će se poticaj osiguravajućim kućama za ugovaranje dijela bolničkih kapaciteta, omogućujući bolje uvjete hospitalizacije. To znači da će se dio bolničkih kapaciteta, koji će se propisati, nuditi na tržištu. Treba spomenuti da bi prijedlog kategorizacije bolnica trebao biti gotov do kraja godine, predviđa se i kontrola kvalitet rada bolnica preko zdravstvene inspekcije, a HZZO treba pratiti evidenciju izvršenih usluga u bolnicama.

Cilj je i da se svaka pretraga provede unutar 60 dana. Ako liječnik ne dogovori pretragu za svoga pacijenta unutar 60 ili 30 dana, ovisno o tipu pretrage, tada bolesnik ima pravo dobiti uputnicu za privatnog liječnika koji ima ugovor s HZZO. Bolnici u kojoj se nije mogla obaviti određena pretraga naplatiti će se iznos te pretrage od zadanog limita.

Ostaje kao veliki problem primarna zdravstvena zaštita za koju postoje tri varijante: sustav domova zdravlja kao poslodavca, sustav zakupaca u domovima zdravlja koji jesu poslodavci i funkcioniraju kao privatnici i treća pravi privatnici koji imaju svoj prostor a financiraju se također iz zajedničkog fonda. Što će pri tome biti s patronažom, da li će ostati za više zakupaca zajedno ili otići u zavod za javno zdravstvo kao školska medicina. Potrebno je odrediti i status starijeg pučanstva, djece i trudnica. Ostaje riješiti i kako plaćati zubozdravstvenu zaštitu.

Ostaje i pitanje centralizacije ili decentralizacije sredstava i planiranja u zdravstvenom sustavu. Uostalom, nove članice EU riješavale su te probleme pod pritiskom MMF-a prije ulaska u EU. Njihova iskustva uvelike će se analizirati prije izrade prijedloga zakonskih za Hrvatsku.

