



NASLOVNICA

ČLANCI

Tekući broj

Prethodni broj

Prošli brojevi

Zbirke po temama

TKO ŠTO RADI U JAVNOM
ZDRAVSTVU

DOGAĐANJA

O NAMA

HČJZ

Upute za autore

Autorska izjava

PISMA ČITATELJA

KORISNI LINKOVI

Baze podataka

Časopisi

Edukacija

Knjige

Kongres

Medline

Newsletter

Organizacije

MAPA PORTALA

Kolumne

Druga strana

Andro Vlahušić

Gubitnici i dobitnici zdravstvene reforme

Novo mjere koje najavljuje Vlada, a nalaze se u konačnom prijedlogu Zakona o zdravstvenoj zaštiti, proračunu za 2006. godinu, sa prijedlogom proračuna za 2007. i 2008. godinu, te najavljenim izmjenama Zakona o zdravstvenom osiguranju čine zaokruženi paket mjera koji će imati nesagledive posljedice za cijelo društvo i promijeniti sliku Hrvatske kao socijalno pravedne države. Iako je premijer Sanader zaustavio donošenje Zakona o zdravstvenoj zaštiti, predstavnici MMF-a govore kako će se predložena reforma nastaviti početkom naredne godine.

U svakoj reformi netko gubi, a netko dobiva pa da vidimo tko su gubitnici, a tko dobitnici, iz čega bi se moglo zaključiti tko su pokretači reforme i kakvi su im motivi.

Gubitnici:

Bolesnici i siromašni:

Što više koristiš zdravstvenu zaštitu ona postaje skuplja, moto je uvođenja administrativnih pristojbi. Ukinuti su putni troškovi do 100 kilometara, uključujući i troškove bolesne djece. Mjesečni trošak ove mjere za bolesnu obitelj koja živi više od 50 km od bolnice i češće koristi zdravstvenu zaštitu može iznositi i tisuću kuna.

Povećanje iznosa participacija također će najviše osjetiti bolesnici i siromašni, te umirovljenici, jer će se smanjiti broj izuzetaka od oslobađanja plaćanja participacije. Police dopunskog osiguranja otići će privatnicima i one će značajno poskupiti.

Ukinuta je većina preventivnih mjera zdravstvene zaštite koja je najučinkovitiji i najjeftiniji način unapređenja zdravlja. Posebno čudi što su ukinute akcije: Recimo Da nepušenju i Živjeti zdravo.

Umirovljenici:

Polica dopunskog osiguranja za umirovljenike iznosi 50 kuna, koju plaća oko 300 000 umirovljenika, dok ih je 700 000 oslobođeno plaćanja participacije. Do uvođenja administrativne pristojbe umirovljenici su imali najdostupniju i najjeftiniju zdravstvenu zaštitu u posljednjih 50 godina, jer osim police od 50 kuna, koju je plaćalo samo 30 % umirovljenika drugih plaćanja u zdravstvu nisu imali. Kada se ukine dopunsko osiguranje HZZO-a, te smanji broj oslobođenih plaćanja participacije, većina umirovljenika plaćati će uz administrativne pristojbe i participaciju od 15 % ili skupu policu kod privatnog osiguravatelja. Ukupni mjesečni trošak po umirovljeniku iznositi će više od 100 kuna (privatna polica + administrativni trošak), što će godišnje značiti oko 1.5 milijardi kuna. Za deset godina umirovljenici će dodatno platiti za zdravstvo najmanje 15 milijardi kuna ili znatno više nego što će im država u isto vrijeme vratiti duga. Situacija postojbe još ozbiljnija, jer se dug vraća pretežno umirovljanicima sa višim mirovinama, dok će nove troškove u zdravstvu većinom platiti umirovljenici sa malim mirovinama i kroničnim bolestima.

Zaposlenici i poslodavci:

Osim izdvajanja 15.5 % za obavezno zdravstveno osiguranje što je jedna od najviših stopa u Europi, zaposlenici već sada moraju plaćati i administrativne pristojbe, a najavljuju im se i povećanje participacija za 15 %. Da država poštuje Zakon o zdravstvenom osiguranju i za skupine koje je navela u Zakonu plaća iz proračuna (trudnice, poljoprivrednici iznad 65 godina starosti, nezaposlene, studenti, vojnici...) ne bi bilo potrebno uvoditi nove namete zaposlenicima, nego bi postojala i mogućnost blagog smanjivanja stope izdvajanja, do 1%, čime bi se povećale neto plaće za zaposlene, a smanjila cijena rada za poslodavce.

Najavljuje se da će zaposlenicima koji su na bolovanju biti plaćeno 50 % naknade za prva tri dana bolovanja. Bolesni radnici tako bi godišnje manje dobili oko 175 milijuna kuna. Za HZZO je to neutralan trošak, jer prva 42 dana bolovanja plaća poslodavac

Zdravstveno osoblje:

Povećanje plaća zaposlenicima u zdravstvu biti će simbolično i iznositi će 3 % godišnje, što je daleko manje od obećanja data zdravstvenim djelatnicima, a pogotovo liječnicima. Pitanje je: Gdje su se izgubili zahtjevi liječničkog sindikata danas? Prijedlog Zakona o zdravstvenoj zaštiti dozvoljava svim zaposlenicima u zdravstvu rad izvan punoga radnoga vremena u drugim ustanovama ili privatnim poliklinikama, sukladno Zakonu o radu, a ukida mogućnost rada liječnika u svojim zdravstvenim ustanovama izvan radnoga vremena. Samo mali broj liječnika koristi mogućnost rada u svojim zdravstvenim ustanovama, a najveći broj se nalazi u velikim kliničkim centrima, Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku. U svim drugim ustanovama imamo samo sporadično korištenje ove mogućnosti, iako ona vrijedi za sve zaposlenike u zdravstvu. Teško je pretpostaviti da će se povećati broj liječnika koji će sada moći raditi u drugim ustanovama ili osnovati svoje privatne poliklinike, te tako konkurirati svojim bolnicama nego što ih sada radi u javnim bolnicama koristeći uz malu naknadu protor i opremu u koju nisu morali ništa uložiti.

Drugi problem je zakonska odredba u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti koja izričito kaže da će svaki ravnatelj biti automatski smijenjen, ako iskaže u svome radu mjesečni gubitak. Sve bolnice u Hrvatskoj osim Jordanovca prave mjesečni gubitak. Pošto poslodavac jedini može osporiti pravo rada kod konkurencije sukladno Zakonu o radu, ravnatelji će biti zainteresirani da onemoguće

KOLUMNE

Rad i zdravlje
Obitelj i zdravlje
Edukacija iz javnog
zdravstva
Lijekovi
Zdravlje i stariji
Bibliografske baze
podataka
Druga strana

SADRŽAJ



Priprema za ispis
članka

Pošalji ovaj članak:
[Upišite e-mail adresu](#)
POŠALJI STRANICU

konkurenciju vlastitoj ustanovi ukoliko ne žele biti smijenjeni. Ukoliko se ovakava zakonska mjera donese dovesti će do narušavanja međuljudskih odnosa u zdravstvenim ustanovama, a broj liječnika koji mogu raditi izvana radnoga vremena biti će manji nego danas.

Županije :

Promjenama Zakona o zdravstvenoj zaštiti županije i Grad Zagreb gube hitnu medicinsku pomoć, u privatizaciju idu i patronažne sestre, tako da od Doma zdravlja kakvoga smo poznavali ne ostaje ništa osim uprava. A po novome zakonu broj uprava Domova zdravlja se povećava, a medicinski sadržaji se izuzimaju iz djelatnosti.

Opće bolnice u proračunu za razdoblje 2006. – 2008. godina nisu dobili nikakva sredstva za investicije iz državnoga proračuna, osim bolnica u Zaboku i Čakovcu, koje smo započeli graditi za vrijeme mandata bivše Vlade. Gubitak bolnica koji je najvećim dijelom uzrokovan nedostatnim sredstvima HZZO-a u protekle dvije godine mora preuzeti osnivač, tj. županija, a da istovremeno ne može utjecati na troškovnu ni prihodovnu stavku svojih ustanova.

Decentralizirana sredstva moći će se koristiti za pokrivanje gubitaka, čime će se smanjiti investicijsko održavanje općih bolnica, što će za posljedicu imati odlazak bolesnika u veće centre ili kod privatnika.

Gospodarstvo RH:

U protekle dvije godine nije započeta izgradnja novih zdravstvenih objekata, nego se nastoje zaustaviti ranije započeti. Ogladni primjer je bolnica Rebro, tj. KBC Zagreb. Zaustavljen je program modernizacije hrvatskih bolnica u iznosu od 7 milijardi kuna do 2010. godine, kako bi se zdravstveni sustav pripremio za ulazak u Europsku uniju i nemilosrdnu tržišnu utakmicu koja u njoj vlada i na području zdravstva. Projektiranje, nadzor i izvođenje radova na svim bolnicama u Republici Hrvatskoj izvode hrvatske tvrtke i hrvatski stručnjaci čime stižu reference za izvozne poslove na izgradnji bolnica, koje su najzahtjevniji objekti visokogradnje.

Zaustavljen je program informatizacije hrvatskoga zdravstva, koji je od Svjetske banke pa i samih Ujedinjenih Naroda proglašen kao najbolji svjetski projekt namijenjen manje bogatim zemljama. Projekt su pod vodstvom domaćih stručnjaka u Ministarstvu zdravstva u cijelosti napravile hrvatske informatičke kuće, a intelektualno vlasništvo, tj. izvorni softverski kod za dosadašnja rješenja je vlasništvo Republike Hrvatske. Dio dobiti koja se ostvari mogućim izvozom pripao bi i Republici Hrvatskoj sukladno potpisanim, a nerealiziranim ugovorima.

Financijska stabilnost zemlje:

Zdravstvo u Republici Hrvatskoj troši oko 9 % bruto domaćeg proizvoda. Preporuke MMF-a i svjetskih gospodarskih stručnjaka govore da Hrvatska ne smije više povećavati svoj udio zdravstvene potrošnje u ukupnom GDP-u ukoliko želi razvijati ostale sektore kao Znanost, školstvo, ceste, željeznicu... Najavljenim mjerama udio potrošnje zdravstva u GDP-u će se povećati iz dva razloga. Javni sektor se neće smanjiti, nego će postati neučinkovitiji, a građani će usluge morati potražiti u paralelnome privatnome zdravstvenome sektoru koji nastaje, sa znatno većim cijenama. Tako će se potrošnja za zdravstvo još više povećati, a ne smanjiti.

Dobitnici:

Privatna osiguranja :

Privatna osiguranja koja se bave zdravstvenim osiguranjem doći će na svoje. Dobiti će monopol u dopunskom zdravstvenom osiguranju, te će cijene polica moći određivati samostalno. U njih će uključiti i faktore rizika, pa će za bolesnu i stariju populaciju postati nedostupne. Siromašni ih ionako neće moći plaćati.

Dobiti će besplatno liječnike za rad u njihovim poliklinikama koji će biti zainteresirani da pruže što manje usluga u svojim javnim bolnicama kako bi broj bolesnika koji traže privatne usluge porastao.

Ministarstvo financija:

Ministarstvo financija će uštediti jer će svoje obaveze iz Zakona o zdravstvenom osiguranju u ukupnom iznosu od oko 2.5 milijarde kuna prebaciti na stanovništvo, što će najviše osjetiti dvije skupine ljudi: siromašni i bolesni.