



STAJALIŠTA POLITIČKIH STRANAKA O ZDRAVSTVENOJ POLITICI

UVOD

Treći u nizu pregleda predizbornih programa političkih stranaka bavi se područjem zdravstva, tj. zdravstvenom politikom u iduće četiri godine. Zdravstvo je uz obrazovanje i znanost jedna od osnovnih javnih usluga koje čine temelj socijalne države, stoga je prije odluke o tome kome na predstojećim izborima dati svoj glas izrazito bitno saznati što sa zdravstvom planiraju oni koji će u sljedećem mandatu temeljem vaših glasova dobiti priliku voditi državu.

U tekstu koji slijedi prikazat ćemo vam najvažnije odrednice programa šest političkih stranaka i koalicija kroz prizmu nekoliko problema u zdravstvenom sustavu koje u Matici hrvatskih sindikata ocjenjujemo ključnima za hrvatske pacijente, a to su:

- **privatizacija zdravstva** ili odvajanje javnog od privatnog zdravstva
- pitanje **razine zdravstvene zaštite** na kojoj se rješava većina zdravstvenih problema (primarna, sekundarna ili tercijarna) i njene ravnomjerne dostupnosti građanima
- adekvatno **financiranje sustava** nakon izdvajanja HZZO-a iz riznice
- kako riješiti **nedostatak liječnika i medicinskih sestara** u sustavu
- treba li definirati „**košaricu usluga**“ obuhvaćenih obveznim zdravstvenim osiguranjem i što je s visinom participacije građana u cijeni usluge
- kako smanjiti **liste čekanja** za dijagnostičke postupke
- razvoj **palijativne skrbi** sukladno Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva i strateškom planu

Osim gledišta predstavljenih na okruglom stolu Matice hrvatskih sindikata, pri izradi ove analize koristili smo se dostupnim programskim dokumentima političkih stranaka te sadržajem iznesenim u javnim medijima. Usporedni prikaz programa smo pokušali maksimalno sažeti i pojednostaviti kako bi bio pregledan i lakše čitljiv. U komparativnom prikazu nije zastupljen MOST nezavisnih lista, jer njihov predstavnik unatoč pozivu nije sudjelovao u okruglom stolu Matice. Također, primjetit ćete kako su najdetaljniji odgovori prisutni kod SDP-ove i HDZ-ove koalicije, čiji predstavnici su uzeli najviše prostora na okruglom stolu, ali i čiji su programi, i dosadašnje iskustvo vođenja zdravstvenog sustava najopširniji. Pritom SDP puno više pažnje pridaje prezentaciji već ostvarenih rezultata u proteklom mandatu i naglasku na kontinuitetu politike. ORaH i Pametno također imaju konzistentne programe zdravstvene politike, dok kod preostale dvije političke opcije nismo uspjeli dobiti odgovor na sve postavljene probleme.

U nastavku vam dajemo kratak uvid u održani okrugli stol o zdravstvu, a zatim raščlanbu ponuđenih rješenja na gore prezentirane probleme za svaku političku opciju zasebno.

OBAVIJEST O OKRUGLOM STOLU

U organizaciji Matice hrvatskih sindikata 28. listopada 2015. održan je treći, ujedno i posljednji okrugli stol iz predizborne serije, ovog puta na temu zdravstvene politike u iduće 4 godine. Uvod u osnovne probleme hrvatskog zdravstva dala je **Anica Prašnjak** (predsjednica Glavnog vijeća Hrvatskog strukovnog sindikata medicinskih sestara – medicinskih tehničara). Uz gospođu Prašnjak, predstavnik sindikata bio je **Vilim Ribić** (predsjednik Matice hrvatskih sindikata) koji je i iz perspektive građana – korisnika zdravstvenih usluga strankama uputio zanimljiva pitanja.



Nakon uvodnih riječi, ukratko su svoje programe predstavili predstavnici stranaka: **Dragan Korolija Marinić** (koalicija Hrvatska raste), **Ante Ćorušić** (Domoljubna koalicija), **Mladen Bušić** (u ime Koalicije rada i solidarnosti), **Drago Pilsel** (Naprijed Hrvatska), **Ana Bobinac** i **Alen Protić** (ORaH) te **Dijana Mršić Novački** i **Maja Vehovec** (Pametno).



Komentare izloženog dali su predstavnici raznih udruga u zdravstvu: **Marijo Drlje** (predsjednik Udruge hrvatskih pacijenata), **Dražen Jurković** (ravnatelj Udruge poslodavaca u zdravstvu) i **Đula Rušinović-Sunara** (predsjednica Hrvatske udruge za promicanje prava pacijenata). U ulozi moderatora nastupio je **Mario Harapin**.

PREGLED PONUĐENIH RJEŠENJA PO POJEDINIM STRANKAMA

Za početak, treba istaknuti kako je u nekim segmentima prisutna visoka suglasnost stajališta, pa se tako sve stranke zalažu, barem deklarativno, za konsenzus među političkim opcijama kao preduvjet reforme zdravstvenog sustava. Na taj način bi se izbjegle situacije da opcija na vlasti donosi zakonske pakete i reformske mjere koje traju samo jedan mandat, jer ih sljedeća vlast odmah demontira i vodi zdravstveni sustav u posve drugom smjeru. Također, sve prisutne političke stranke podržavaju izlazak HZZO-a iz Državne riznice kao reformski potez koji značajno pridonosi održivom financiranju sustava. Mi ćemo u ovom pregledu podvući ono što je sindikatima neupitno prihvatljivo, uvjerljivo i važno. I one tvrdnje koje nisu podvučene mogu biti prihvatljive, ali sindikatima možda nisu uvjerljive ili nisu prevažne ili sindikati nisu zauzeli stajalište.

DOMOLJUBNA KOALICIJA (HDZ I PARTNERI)

Javno/privatno zdravstvo. Zalažu se za odvajanje javnog od privatnog u smislu vlasništva, jer javno zdravstvo mora počivati na sustavu solidarnosti. Nisu protiv privatnog ukoliko se samo financira, ali smatraju nedopustivim da je liječnik koji plaću prima iz državnog proračuna, posebno ako obnaša rukovodeću poziciju u javnoj ustanovi, u isto vrijeme i vlasnik privatne poliklinike. S druge strane, dopuštaju zdravstvenim djelatnicima rad u privatnim ustanovama izvan radnog vremena ukoliko uredno ispunjavaju dnevne normative rada, uz uvođenje kontrole i blokiranje korupcije u zdravstvu. Također, nisu protiv ugovaranja usluga HZZO-a s privatnicima tamo gdje javni sustav ne može udovoljiti potrebama korisnika.

Razina zdravstvene zaštite. Primarnu zdravstvenu zaštitu potrebno je ojačati kako bi se rasteretile bolnice. Namjeravaju cijelu primarnu zaštitu (gdje je to moguće) dati u koncesiju jer smatraju da je to bolji model od postojećeg omjera 30:70. Županijski domovi zdravlja će ostati kao organizatori dežurstava i centri obiteljske medicine, laboratorija i dijagnostike.

Financiranje sustava. Od 22 milijarde kuna izdvajanja za zdravstvo, značajan dio novca gubi se na administraciju, razne agencije i zavode od kojih nisu svi potrebni i tu se mogu postići uštede. Također, razvoj interneta i informatičkog povezivanja smanjit će troškove zdravstvenog sustava. HZZO treba ostati jedini nacionalni neprofitni osiguravatelj. Njegovi troškovi administracije iznose 0,91% proračuna HZZO-a, što nas svrstava među bolje države. Uvest će plaćanje zdravstvenim ustanovama prema mjerljivim ishodima liječenja, a ne prema broju pregleda i faktura. Ne protive se outsourcingu nemedicinskog osoblja kao obliku uštede.

Nedostatak zdravstvenog kadra. Proaktivnim stimulirajućim mjerama, od financijskih preko edukacijskih do mjera za rješavanje stambenog pitanja, zaustavit će daljnji odljev zdravstvenih djelatnika u inozemstvo. Dodatno će stimulirati ostanak omogućavanjem dodatnog rada u privatnim poliklinikama nakon radnog vremena. Omogućit će u javnom sektoru model mobilnih liječnika (sklapanjem ugovora s još jednom javnom ustanovom osim primarne), što će liječnicima biti dodatan izvor zarade. Prepoznaju problem nepriznavanja kvalifikacija za velik broj medicinskih sestara školovanih u Bolonjskom sustavu i planiraju to riješiti.

Košarica usluga. Uz obvezno osiguranje koje pokriva točno definirani opseg zdravstvenih usluga i rokove u kojima ih osiguranik mora dobiti, otvorit će se prostor osiguravajućim društvima za dodatno osiguranje, stoga planiraju uvesti 3. stup dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Liste čekanja. Smatraju da liste čekanja nisu najveći problem hrvatskog zdravstva jer postoje i u puno razvijenijim zemljama, ali ih treba dovesti u red.

Palijativna skrb. Populacija u RH stari i potrebno se prilagoditi toj situaciji. Zato višak akutnih bolničkih postelja koji financijski opterećuje sustav treba prenamijeniti u palijativne.

HRVATSKA RASTE (SDP I PARTNERI)

Javno/privatno zdravstvo. Kvalitetan zdravstveni sustav mora biti jednako dostupan svima, bez obzira na imovinsko stanje. Međutim, potrebno je iskoristiti dostupne kapacitete privatnih ustanova tamo gdje javni zdravstveni sustav ne može adekvatno pokriti sve potrebe osiguranika. U takvim slučajevima treba omogućiti HZZO-u da ugovara usluge s privatnicima. Donijeli su pravilnik kojim propisuju uvjete (ispunjenje norme i drugo) pod kojima zdravstveni radnici mogu nakon odrađenog radnog vremena dodatno raditi u privatnim

ustanovama. Provode redovite kontrole rada liječnika kako bi suzbili slučajeve uskrate usluge i upućivanja u privatne poliklinike.

Razina zdravstvene zaštite. Naglasak je na primarnoj zdravstvenoj zaštiti kroz jačanje domova zdravlja, edukacijom liječnika, opremanjem ordinacija i informatizacijom sustava (e-Naručivanje, e-Kartoni, e-Uputnice, e-Nalazi, e-Novorođenče) financiranim primarno iz EU fondova, za što je osigurano 1,8 milijardi kuna. Kao rezultat toga u prošloj je godini 800.000 pacijenata manje upućeno u bolnice, a broj preventivnih pregleda u domovima zdravlja povećan 40 puta. Paralelno, u sekundarnoj zaštiti ostvaren je rast od 44% pacijenata koji se liječe u dnevnim bolnicama. To je put kojim planiraju nastaviti rasterećenje sekundarne zdravstvene zaštite i jačanje primarne.

Financiranje sustava. Osnovni cilj je financijska održivost zdravstvenog sustava kojoj su zbog izdvajanja HZZO-a iz riznice sada vrlo blizu. Zadržat će se novi sustav ugovaranja zdravstvene zaštite kroz ugovaranje postupka umjesto djelatnosti, temeljen na indikatorima kvalitete i uspjeha. Informatizacijom sustava koja je u velikoj mjeri već implementirana, te objedinjenom javnom nabavom ostvaruju se osjetne uštede. Dodatne mjere predviđene su Nacionalnim planom razvoja bolnica. Pokušali su provesti outsourcing nemedicinskog osoblja, a i dalje rade na smanjenju udjela tog kadra u bolničkom sustavu.

Nedostatak zdravstvenog kadra. Najavljuju nastavak povećanog ulaganja u ljudske resurse. Donijeli su Pravilnik o dopunskom radu. Unatoč formalnoj zabrani zapošljavanja, zaposlili su oko 1000 medicinskih sestara i 200 specijalista, sukladno specifičnim potrebama ustanova. Prva su administracija koja je počela mjeriti rad i uvela nagrađivanje rada, makar na simboličnoj razini, što u sljedećem mandatu namjeravaju proširiti. Planiraju subvencioniranje stambenih kredita za djelatnike, uvođenje novčane stimulacije do maksimalno tri bruto plaće godišnje, kao i omogućiti zdravstvenim radnicima da kroz klinička ispitivanja i zdravstveni turizam ostvare dodatne prihode.

Košarica usluga. Jamče nepromijenjeni opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, kao i smanjenje participacije za značajni dio zdravstvenih usluga, prije svega na preventivne pretrage i preglede specijalista kod kroničnih bolesti.

Liste čekanja. Kao posljedica izlaska iz riznice povećan je broj aktivnosti kojima se smanjuju liste čekanja („Program plus“ i „Dani otvorenih vrata“), liste su značajno skraćene za sve postupke, pri čemu je prosječno vrijeme skraćeno s 53 dana na 42 dana. Programom „72 sata“ omogućen je početak liječenja maligne bolesti unutar 72 sata od postavljanja dijagnoze i plana terapije za rak dojke i debelog crijeva. Ove programe namjeravaju nastaviti kako bi se liste dodatno smanjile.

Palijativna skrb. Donijeli su strateški plan razvoja palijativne skrbi, kao i novu mrežu u kojoj je povećan broj palijativnih kreveta, a smanjen broj akutnih. Rezultat tih mjera je da je broj pacijenata koji koriste palijativnu skrb porastao je s nekoliko promila na blizu 20 posto. U sljedećem mandatu predviđena je provedba strateškog plana i daljnja integracija palijative u sustav zdravstvene zaštite.

KOALICIJA RADA I SOLIDARNOSTI

Javno/privatno zdravstvo. Apsolutno podržavaju javni zdravstveni sustav. Nisu protiv dodatnog angažmana privatnih ustanova ukoliko je financiran privatnim kapitalom i u partnerstvu s javnim zdravstvom.

Razina zdravstvene zaštite. Nije izrečen stav.

Financiranje sustava. Hrvatska ima vrlo dobar zdravstveni sustav, najveće nacionalno bogatstvo koje trebamo njegovati i unaprjeđivati. Za to je neophodno dodatno ulaganje u zdravstveni sustav, koje je trenutno oko 700€ po glavi stanovnika, dok je prosjek EU 2200€ po glavi stanovnika (od zemalja u regiji, Slovenija ulaže dvostruko više od nas, Austrija oko 4000€ po glavi stanovnika).

Nedostatak zdravstvenog kadra. Potrebno je uključiti liječnike kao nositelje djelatnosti u kolektivno pregovaranje za Temeljni kolektivni ugovor, što je onemogućeno aktualnim Zakonom o reprezentativnosti. Time će se postići bolji uvjeti za liječnike.

Košarica usluga. Nije izrečen stav.

Liste čekanja. Nije izrečen stav.

Palijativna skrb. Nije izrečen stav.

NAPRIJED HRVATSKA

Javno/privatno zdravstvo. Zalažu se za jasno odvajanje javnog od privatnog zdravstva po skandinavskom modelu. Podržavaju privatnu praksu, ali ne financiranu javnim novcem. Privatizacijom zdravstva i urušavanjem javnog zdravstva liječenje bi postalo isključivo tržišna kategorija. Zalažu se za strogu kontrolu i sankcije zdravstvenih djelatnika koji uskraćuju javnu uslugu pacijentima i šalju ih u svoje privatne poliklinike.

Razina zdravstvene zaštite. Potrebno je postići standard od maksimalno 70km udaljenosti pacijenta od najbliže bolnice.

Financiranje sustava. Protive se kombiniranom modelu plaćanja za usluge u zdravstvu prema broju odradenih postupaka umjesto nekadašnje glavarine jer on dovodi do povećanog broja nepotrebnih postupaka. Potrebno je smanjiti visok postotak nemedicinskog osoblja u bolnicama (EU prosjek je 20%, a hrvatski 33%), ali ne outsourcingom, već racionalnim premještanjem kadra po bolnicama.

Nedostatak zdravstvenog kadra. Nije izrečen stav.

Košarica usluga. Osnovne zdravstvene usluge treba učiniti svima dostupnima.

Liste čekanja. Nije izrečen stav.

Palijativna skrb. Posvetit će pažnju brizi za stare i nemoćne.

ORAH

Javno/privatno zdravstvo. Javno i privatno zdravstvo treba odvojiti, kompatibilni su isključivo ako javno zdravstvo funkcionira na visokoj razini kvalitete.

Razina zdravstvene zaštite. Primarna zdravstvena zaštita treba, uz preventivu, biti stup zdravstvene zaštite i imati puno veće ovlasti kako bi mogla većinu pacijenata obraditi bez potrebe za uputnicama. Potrebno je definirati protokole koji bi osigurali uniformiranost pristupa liječenju na cijelom teritoriju RH kako bi svi građani imali jednaki tretman. U sekundarnoj zaštiti treba potencirati rad kroz dnevne bolnice.

Financiranje sustava. Nužno je definirati pravu, realnu cijenu pojedinih usluga u zdravstvu kao preduvjet za novi sustav plaćanja zdravstvenih radnika i ustanova u kojem bi oni koji rade više bili adekvatno i nagrađeni. Naglasak stavljaju na transparentnost i učinkovitost sustava. Uspostavom informatičkih procesa bit će moguće pratiti koliko tko radi, a u drugoj fazi i kako kvalitetno. Zalažu se za regionalizaciju objedinjene javne nabave i bolju kontrolu zlouporabe kroz četiri centralna KBC-a.

Nedostatak zdravstvenog kadra. Liječnici odlaze iz sustava jer nisu zadovoljavajuće honorirani za svoj rad. Uspostavom novog sustava plaćanja omogućit će se honoriranje djelatnika prema broju i kvaliteti poslova koje su stvarno odradili. Potrebno je dodatno educirati neliječnički kadar da preuzme dio subspecijalističkih poslova koje trenutno obavljaju liječnici.

Košarica usluga. Zalažu se za koncept održivog zdravstva, kroz definiranje košarice usluga (u koordinaciji s udrugama pacijenata i drugim dionicima) na koje pacijent ima pravo i koje zdravstveni sustav može financirati, tvrde da je sadašnji model zdravstva po kojem su sve usluge dostupne svima doveo do kaosa s kojim nisu zadovoljni ni pacijenti ni zdravstveni radnici. HZZO treba ostati glavni stup obveznog osiguranja, ali potrebna je demonopolizacija dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Liste čekanja. Reorganizacijom radnog vremena, popunjavanjem ambulanti i dijagnostičkih uređaja tijekom cijelog dana, izradom i primjenom postupnika te informatizacijom uz sprječavanje dupliranja pretraga i pregleda može se postići znatno skraćivanje lista. Treba smanjiti broj nepotrebnih dijagnostičkih pregleda od strane liječnika PZZ i bolničkih liječnika.

Palijativna skrb. Višak akutnih kreveta u bolnicama prenamijeniti u palijativne kojih imamo vrlo malo. Palijativnu skrb treba uključiti i na primarnu razinu, dakle blizu pacijenta i njegove obitelji.

PAMETNO

Javno/privatno zdravstvo. Podržavaju solidarno, socijalno i dostupno zdravstvo za sve po uzoru na skandinavske zemlje. Pacijentima treba omogućiti da zdravstvenu uslugu mogu putem obvezatnog zdravstvenog osiguranja koristiti u privatnim i javnim zdravstvenim ustanovama prema njihovom izboru. Nisu protiv dodatnog rada u privatnom zdravstvu, ali potrebni su transparentnost, jasna pravila i kontrola kvalitete svih usluga kako bi se spriječile zlouporabe. Devijacije treba oštro kažnjavati.

Razina zdravstvene zaštite. Naglasak stavljaju na primarnu zdravstvenu zaštitu kao temelj zaštite, pri čemu se model koncesije treba omogućiti svima. Međutim, da bi to funkcioniralo, u primarnoj zaštiti treba modernizirati medicinsku infrastrukturu, uložiti u permanentnu edukaciju zdravstvenih radnika i uvesti jasna pravila.

Financiranje sustava. Program stranke rađen je uz pomoć ekonomskih analitičara kako bi se osigurala održivost kroz dostupne izvore financiranja. Ukupni udio izdataka za zdravstvenu zaštitu u BDP-u treba zadržati barem na istoj razini, odnosno povećati na 8% ili više kad se za to ostvare uvjeti. Provizije u procesu javne nabave trebaju se uplaćivati direktno ustanovama, a ne HZZO-u.

Nedostatak zdravstvenog kadra. Zalažu se da se osiguraju adekvatna sredstva za financiranje plaća zdravstvenih radnika u skladu sa složenošću njihovog posla te stručnosti i kvaliteti usluge koju pružaju i na taj način pokuša smanjiti odljev zdravstvenih radnika.

Košarica usluga. Svi pacijenti trebaju moći dobiti ono što im je potrebno, no treba razlikovati potrebe od želja. Princip solidarnosti i dostupnosti u javnom financiranju zdravstvene zaštite treba zadržati za dogovoreni raspon zdravstvenih usluga.

Liste čekanja. Žele povećati horizontalnu povezanost zdravstvenih ustanova zbog racionalnije upotrebe opreme i veće kvalitete zdravstvenih usluga za pacijenta.

Palijativna skrb. Nije izrečen stav.

U Zagrebu, 5. studenoga 2015.

MATICA HRVATSKIH SINDIKATA