

KAKO USPOSTAVITI SUSTAV RACIONALNE PZZ? (ILI BEZ KVALITETNE PZZ NEMA KVALITETNOG ZDRAVSTVA!)

UVOD

Prošlo je trideset godina od prve međunarodne konferencije o Primarnoj zdravstvenoj zaštiti u Alma-Ati u Kazahstanu, održanoj od 6 do 12. 09. 1978, na kojoj je 137 zemalja svijeta donijelo proklamaciju «Zdravlje za sve do 2000-te godine. U toj se proklamaciji ističe da razvoj zdravstva svake zemlje treba dati prioritet razvoju primarne zdravstvene zaštite (PZZ), jer je to jedini način postizanja istih uvjeta u pravu na zdravlje cjelokupnog stanovništva. Zdravstvo dotad u većini država nije služilo stanovništvu već interesima države. Bilo je u nadležnosti birokratskih i vladajućih snaga a ne stanovništva tj. korisnika zdravstvene zaštite. Usmjereno je bilo kurativnom i hospitalnom pristupu a ne preventivnom i socijalnom aspektu, koji može pružiti samo organizirana i efikasna PZZ.

Pristupačnost zdravstva se sve više pogoršavala i sve su se više narušavala humana i deontološka načela u odnosima liječnika i pacijenta. Osim toga, uslijed stalnog porasta zdravstvene potrošnje, kao posljedica opće potrošačke euforije i brze potrage za vječnim životom, sve su se više razvijali kratkoročni- ekonomski zanimljiviji oblici zdravstvene zaštite, a investicije u zdravstvu su usmjeravane prema bolničkoj, brznoj i kratkoročnoj kurativnoj djelatnosti. Lakši uvjeti rada i viša primanja preusmjerili su tijekom medicinskih specijalizacija, a obiteljska medicina i drugi oblici PZZ koji su zasnovani na kontinuiranoj edukaciji i preventivi sve su više gubili svoju funkciju, čak i ondje gdje su bili razvijeni. Zdravstveno stanje stanovništva se u zadnjih pedesetak godina, kao posljedica dinamičnih društveno-ekonomskih promjena, izmijenilo. Smanjio se problem akutnih bolesti i sve više prevladavaju kronične i degenerativne bolesti koje su većinom neizlječive, doživotne i po društvo sve više opterećujuće. Ta promjena patologije zahtijeva i promjenu edukacije zdravstvenog kadra i ponovo sve veće preusmjeravanje zdravstva prema preventivnim aktivnostima. U te aktivnosti treba sve više uključivati pojedince i samozaštitu, obitelji, škole, društvene organizacije i poduzeća, dakle cijelo društvo, jer se jedino na taj način može postići efikasna preventivna zaštita i produženje aktivnog, društveno korisnog dijela života. Aktualnost te deklaracije je tolika, da ju je nužno doslovce ponoviti i zamisliti se nad postojećim stanjem, koje ukazuje na to koliko smo još daleko od proklamiranih načela.

Dakle, zacrtani zadaci te naše primarne zdravstvene zaštite (PZZ) su bili da:

1. planski, organizirano i kontinuirano rješava zdravstvene probleme pojedinca, obitelji i zajednice. Ona je jezgra i temeljni dio zdravstvenog sustava i kao takva je uključena u opći društveno-ekonomski plan razvoja svake zemlje.

2. Ona se provodi u lokalnoj zajednici u kojoj ljudi žive i rade i njena dostupnost i pristupačnost mora biti jednaka za sve.

3. Jedan od njenih temeljnih postulata je aktivno učešće stanovništva u planiranju i odlukama o sadržaju, razvoju i načinu financiranja te zaštite.

4. Načelo jedinstva zdravstvene zaštite može se u potpunosti provesti samo putem PZZ, a to znači kontinuiranim i planskim rješavanjem zdravstvene problematike, dakle preventivom, kurativom, rehabilitacijom i socijalnim aspektima pružanja zdravstvene zaštite.

5. Ona se mora prilagoditi lokalnoj zdravstvenoj problematici i zato ne može na svim područjima biti ista. Međutim ona uvijek objedinjuje brigu o pravilnoj prehrani, vodi za piće, uvjetima stanovanja, zaštiti okoline, zdravstvenoj samozaštiti, zaštiti majke i djeteta i planiranju obitelji, potrebnom cijepljenju protiv zaraznih bolesti, zbrinjavanju hitnih stanja i ozljeda i opskrbi s lijekovima. Usmjeren je ona čovjeku i njegovim problemima a ne samo liječenju neke bolesti.

Znači PZZ brine o svim zdravstvenim problemima, koji bitno utječu na uvjete života i rada i zdravlje ljudi.

SADAŠNJE STANJE U PZZ

Osnovna karakteristika naše PZZ je nejedinstvo akcije, otežana dostupnost, uzak spektar i niska kvaliteta rada postojećih subjekata, te nizak postotak samostalnog rješavanja zdravstvenih problema.

Prema sadašnjem Zakonu o z. z., P. Z. Z. provode :

Dom zdravlja, Ustanove za hitnu medicinsku pomoć, Ustanove za zdravstvenu njegu, Ljekarničke ustanove i Ustanove za palijativnu skrb, uz mnoštvo privatnih subjekata u zakupodavnom i ugovornom odnosu sa HZZO.

Tako u ordinacijama opće medicine radi 2.317 liječnika od kojih su u zakupu 2.127, a ostalih 190 su još u D. Z. Stalno opada i broj timova, pa se povećava i broj timova sa većim brojem pacijenata od onih predviđenih standardom, pa u sustavu već fali oko 300 liječnika. Najveći su problemi u stručnom sastavu tih liječnika. 1.291 su obični liječnici opće medicine bez dovoljne edukacije, a 1.026 su specijalisti, od čega su 777 specijalisti opće medicine, od kojih je već veliki broj despecijaliziranih, jer ne rade ono za što su školovani, zbog uskog spektra rada, neopremljenosti i manjka kontinuirane edukacije, te destimulativnog načina financiranja i organizacije. Sa neadekvatnom edukacijom u općoj-obiteljskoj medicini radi još 7 pedijatara, 98 bivših specijalista školske medicine 121 bivši specijalista medicine rada i 23 specijalista raznih drugih specijalnosti.

Dom zdravlja je kao temeljna ustanova PZZ, privatizacijom svojih djelatnosti izgubio svoju osnovnu ulogu i karakteristike. Higijensko epidemiološka služba i školska medicina su izdvojene i priključene HZZJZ, a sve druge djelatnosti su prisilno privatizirane osim hitne medicinske pomoći, medicinskog transporta i patronažne službe(kasnije je uključen i rtg i medicina rada, ali bez obveze povratka). Osim toga ukinuta je i plansko-analitička služba, bez koje se izgubila i funkcija analiziranja i planiranja zdravstvene zaštite na teritoriju djelovanja. Privatizacijom je osim toga ukinuta i mogućnost održavanja zajedništva u akciji i nadzora kvalitete rada privatiziranih subjekata. Dom zdravlja je izgubivši najprofitabilnije dijelove ustanove, kao što su ljekarne, stomatologija, dijagnostika, medicina rada i H-E služba, zapao i u financijsku krizu, iz koje se već godinama ne uspijeva izvući.

Privatizacija, koja je navodno trebala osigurati racionalniju zdravstvenu zaštitu, dovela je samo do rasapa sustava i omogućila pojedincima neopravdano bogaćenje uz sve lošiju kvalitetu zdravstvene zaštite. Sustav kontinuirane edukacije i stručnih sastanaka, koji su sve bolje ustanove ranije imale, kao i sustav analiziranja podataka i planiranja potrebne zdravstvene zaštite uz nadzor kvalitete rada se potpuno izgubio, o čemu svjedoče brojni negativni pokazatelji kvalitete zdravstvene zaštite.

Sama država u Nacionalnoj strategiji razvitka zdravstva od 2006-2011 god. priznaje da nam stopa smrtnosti od ishemične bolesti srca raste i da je čak 76% viša od europske. Stanovnik Hrvatske prosječno u životu, 8,2 god provede u bolesti tj. 1 god. duže nego Europljanin. Imamo stalni porast broja hospitaliziranih(sa 530.000 1990. na 629.000 2006.) uz smanjenje broja dana hospitalizacija (sa 12,05 1990 na oko 7,0 2006). Uz 41.817 živorođenih još imamo 10.224 prekida trudnoće i negativni priraštaj od -2,0 promila ili 8.932 umrlih više od rođenih.

U mortalitetnoj statistici nam vode cirkulacijske bolesti i neoplazme od kojih nam umire ¾ stanovništva. Ostatak nam umire zbog ozljeda i trovanja te bolesti dišnog i probavnog sustava.

Od 4.236.609 osiguranika njih 3.390.319 ili 80% je koristilo zdravstvenu zaštitu, smanjio se broj posjeta za 3,8%, broj pregleda za 10% i broj pregleda u kući za 44% u odnosu na prethodnu godinu. Tako da sad imamo pad broja kućnih posjeta u usporedbi sa 1990. god. za 94%. Istovremeno za oko 6% godišnje nam raste broj usluga u HMP koja stalno kompenzira organizacione manjkavosti opće medicine. Raste i broj upućivanja na specijalističke preglede (2006 za 3 %) pa se sada već ukupno upućuje poliklinici oko 50% pacijenata(odnos 2:1), što jasno ukazuje na smanjenje profesionalne kompetitivnosti opće medicine. Smanjuje se i broj preventivnih usluga za 14% (ili 82% manje nego 1990), a slično se događa i u školskoj i predškolskoj medicini, pa ukupna PZZ danas rješava manje od 40% zdravstvene problematike, s time da se taj postotak u općoj medicini već smanjuje na oko 25 %.

Efikasnost Doma zdravlja kao temeljne ustanove PZZ dodatno je smanjena ukidanjem gradskih D.Z. i spajanjem u Županijske ustanove, pa im se broj 2001. sa 120 smanjio na 47 u 2006. Stvoren je veliki broj gigantskih ustanova sa više stotina zaposlenih, razbacanih u radijusu i od osamdesetak kilometara, sa vrlo otežanim sustavom upravljanja i minimalnom mogućnošću potrebnog nadzora i sa različitim zdravstvenim potrebama. Predviđena racionalizacija administrativnog kadra se nije dogodila, jer su te službe već ranije reducirane, pa su nova upravna središta bila prisiljena na novo zapošljavanje ili premještanje kadrova. To je samo povećalo putne troškove i ukupne troškove poslovanja nove administracije, koja je zbog disperzije izgubila na efikasnosti. Stradali su kvalitetniji Domovi zdravlja na račun onih lošije organiziranih i nelikvidnijih i povećao se broj ustanova s negativnim poslovanjem. Te su nove županijske ustanove, tako još više smanjile mogućnost objedinjavanja i nadzora u PZZ, pa se postojeći rasap sustava samo povećao.

KAKO PONOVO USPOSTAVITI EFIKASAN I KVALITETAN SUSTAV PZZ ?

Sadašnja vlada u svom koalicijskom sporazumu navodi nekoliko bitnih ciljeva, kao što su:

1. Financijska konsolidacija sustava zdravstva
2. Stvaranje zakonskih okvira za decentralizaciju sustava i organizacijske promjene
3. Razvoj ljudskih resursa i unapređenje sustava
4. Promjenu zakonskih propisa u cilju očuvanja zdravlja (pušenje, alkoholizam itd.)

U provedbenim mjerama se navodi:

1. Konstituiranje skupštine i radnih tijela HZZZO i HZZZNR
2. Uredno i redovno izdvajanje sredstva iz riznice za nove Zavode
3. Formiranje radnih timova za izradu Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju do kraja 2008. god.
4. Donošenje poreznog broja građana i novi zakonski okvir financiranja zdravstvenog osiguranja uz zaštitu ugroženih skupina stanovništva
5. Samo namjensko upotrebljavanje sredstva za investicijsko održavanje i opremanje do opće fiskalne decentralizacije, (zakonske promjene do 31. 03. 2008.)
6. Pokrivanje financijskih gubitaka zdravstvenih ustanova samo iz Državnog proračuna
7. Stvaranje zakonskih okvira za decentralizaciju sustava i organizacijske promjene PZZ

8. Jačanje PZZ dodatnim programima u D. Z. i koordinacijom stručnog rada u D. Z. sa preventivnim programima, dječjom i preventivnom stomatologijom, školskom medicinom, medicinom rada, kućnim liječenjem i rehabilitacijom i zdravstvenim prosvjećivanjem.
9. Uvođenje promjena u plaćanju LOM, GIN, PED s postepenim uvođenjem plaćanja usluga, povećanje broja GIN i PED i povećanje dostupnosti medicinskih laboratorija.
10. Decentralizacija DZ na gradsku razinu uz suodgovornost gradova i županija.
11. Organiziranje kontinuiteta zdravstvene skrbi od PZZ do specijalističkog i bolničkog liječenja i rehabilitacije.
12. Na područjima gdje nema ljekarni uvesti pokretne ljekarne
13. Izdavanje recepata za liječenje kroničnih stanja na rok od 3 mjeseca
14. Povećanje fonda za skupe lijekove i veća dostupnost
15. Stavljanje izvan snage Pravilnika o uvjetima i postupku za davanje u zakup dijelova doma zdravlja i ljekarničkih ustanova(NN 80/07) na jednoj od prvih sjednica vlade, kako bi se zaustavio postupak daljnje zakupizacije i odumiranja D. Z.
16. Dosljedna provedba Nacionalne strategije razvitka zdravstva do 2011 u svezi proširenja djelatnosti D. Z. (započeti odmah) i usuglašavanje djelatnosti DZ (rok do 30.06.2008.)
17. Izmjene i dopune Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju z. z. iz obveznog zdravstvenog osiguranja u skladu s Nacionalnom strategijom (rok 30.06.2008)
18. Uvođenje decentralizacije u financiranje PZZ-kontinuirano
19. Ukidanje administrativne pristojbe kao izvora financiranja(uredбом vlade)
20. Dopuna zakona o Ljekarništvu zbog uvođenja pokretnih ljekarni
21. Proširenje prava na lijekove na recept(rok 30. 03. 2008.)
22. Nabava novih 300 vozila za H. M. P. i organizacija H. M. P. u sklopu P. Z. Z.
23. Helikopterska medicinska pomoć u najmanje tri središta
24. Povećanje broja timova H. M. P. u P. Z. Z. i uvođenje specijalizacije iz urgentne medicine.

Uvođenjem svih navedenih programskih načela sigurno će doći do određene promjene u organizaciji i kvaliteti PZZ, međutim opet sve zavisi o načinu i dosljednosti primjene u praksi.

Nažalost već su se potkrali i u tim načelima propusti, kao onaj u točki 9., gdje se navodi potreba za povećanjem broja ginekologa i pedijatara u P. Z. Z. ali se ne spominje potreba popunjavanja sadašnjeg manjka od 300 liječnika opće medicine i smanjenje broja pacijenata po liječniku na najviše 1.500, kako bi se osigurala kvaliteta rada, što je za sustav mnogo važnije.

Danas je osnovni problem u P. Z. Z. manjak stručne i organizacione nadležnosti i odgovornosti Doma zdravlja u provedbi P. Z. Z. stanovništva na određenom području. Na temelju dugogodišnjeg iskustva i saznanja iz prakse i stručne literature europskih zemalja, mišljenja sam, da bi kod nas bilo nužno izdvojiti državu od privatnog zdravstva i u potpunosti ukinuti zakupodavni odnos u P. Z. Z. U socijalnoj državi potrebno se pobrinuti za jednakost pružanja zdravstvene zaštite barem na primarnoj razini, a to se jedino može osigurati dobro organiziranom državnom službom u sklopu Doma zdravlja, kao najkvalitetnijeg poznatog oblika organizacije P. Z. Z. Zakupodavni je odnos doveo do pada kvalitete zdravstvene zaštite, do smanjenja prava osiguranika i do lošijih zdravstvenih pokazatelja. Pokrenuti «circulus viciosus» bit će teško zaustaviti, pa se moraju koristiti sve mjere, od onih zakonskih do onih stimulativnih i represivnih ali u dobro planiranom sustavu sa točno postavljenim ciljevima i zadacima. Nadam se da ćemo sada nakon petnaestak godina isprobavanja i nestručnog poigravanja sa ranije u mnogo čemu vrlo kvalitetno razrađenim sustavom P. Z. Z., napokon shvatiti da se samo na vlastitom znanju i iskustvu može razviti funkcionalni sustav zdravstva.

Djelatnosti koje su temelj P.Z.Z :

- opća medicina,
- zdravstvena zaštita dojenčadi i male djece,
- P. Z. Z. žena,
- školska medicina,
- medicina rada,
- patronaža sa kućnom njegom,
- stomatologija(predškolska, školska i preventivna)
- RTG, UZV, biokemijska dijagnostika
- osnovni ljekarnički sustav (1 ljekarna po Domu zdravlja)
- hitna medicinska pomoć
- medicinski transport

moraju biti dio državne službe, ukoliko želimo postići funkcionalnost i kvalitetu rada.

ZAKLJUČAK

Sustavom financiranja treba stimulirati izvršenje zdravstvenih programa i usluga i kvalitetniji rad te omogućiti svakom liječniku bolju zaradu.

Međutim, jedino kontinuiranim stručnim radom, planiranjem rada i kontrolom izvršenja, te koordinacijom rada, trajnom edukacijom i stručnim nadzorom, možemo osigurati potreban spektar i kvalitetu usluga.

Ne smije se više dozvoliti da obiteljski liječnik obavlja samo deset posto predviđenih vrsti usluga za koje je osposobljen.

Ako je preventivna zaštita i zdravstvena edukacija temelj obiteljske medicine, ona se mora omogućiti novom organizacijom i stimulacijom toga rada.

Ne može se dozvoliti da postojeći sustav zakupa uruši cijeli sustav PZZ, koja je temelj državnog sustava zdravstva i obveznog zdravstvenog osiguranja.

Ne može se u provedbi zakona biti nedosljedan i na pr. odrediti da medicina rada i rtg-uzv dijagnostika ne idu u zakup, a svim dosad zakupljenim jedinicama istovremeno dozvoliti da zadrže svoj status, čime se automatski poništavaju zakonske odredbe i svrha promjene.

Država se zato mora odlučiti da kvalitetnim propisima i njihovom provedbom uvede novi sustav u P.Z.Z., koji će garantirati bolju zdravstvenu zaštitu. Kod toga se ne smije popuštati nikakvim interesima pojedinih lobija, koji osobnu financijsku korist postavljaju iznad interesa društva.

Jeli važnije imati stotinjak vrlo bogatih farmaceuta, kojima smo poklonili naše ljekarne ili je važnije imati stotinjak financijski solventnih Domova zdravlja, koje neće trebati saldirati iz proračuna? Jeli važnije omogućiti bogaćenje pojedinih pomoćnih djelatnosti ili omogućiti normalan život i rad obiteljskim doktorima, koji su nosioci P.Z.Z. zaštite? Nadam se da tu više ne smije i neće biti dileme, ukoliko P.Z.Z. želimo reaktivirati i funkcionalno osposobiti.

Sustav potpuno privatnih liječnika treba zadržati na slobodnom tržištu, ali samo kao dopunu osnovnom državnom sustavu zdravstva. Ne smijemo zaboraviti da se jedino u sklopu ustanove može razviti dostupnost i sveobuhvatnost, sustav poštivanja radnog vremena, sustav poštivanja standarda i normativa opreme i usluga, sustav kontinuirane edukacije, te planiranja i nadzora izvršenja i kvalitete rada.

Ukoliko se još kroz neko vrijeme misli zadržati sustav zakupa, nužno je hitno razviti financijsku ovisnost zakupaca od ustanove, na način da ugovore o zdravstvenoj zaštiti sklapa Dom zdravlja za cijelo područje svog djelovanja. Time će se barem uvesti mogućnost destimulacije nepoštivanja zakonskih odredbi i prisiliti sve zakupce na

interesno zajedništvo u sustavu pružanja zdravstvene zaštite. Zato ne može biti rješenja postojeće krize bolničkog sustava, ako se prethodno P.Z.Z. opet ne postavi na noge.

S velikim smo zadovoljstvom zbog toga dočekali program prilagodbe P. Z. Z. iz koalicijskog sporazuma Vlade, kao znak da se napokon počela uviđati postojeća problematika, ali jednako tako sa zebnjom iščekujemo formiranje pravno i stručno kompetentnog povjerenstva u svrhu kvalitetne i detaljne razrade potrebnih propisa i implementacije potrebnih promjena. Nastale štete bit će teško ispraviti, ali ako bude dovoljno strpljenja, stimuliranja struke i izbjegavanja političkog uplitanja, siguran sam da ćemo u slijedećih desetak godina napokon uspostaviti sustav PZZ, koji će osiguravati socijalnu jednakost, financijsku održivost i kvalitetu zdravstvene zaštite.

Predsjednik HDOD-HLZ

Prim. mr. sc. dr. Bruno Mazzi