

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje – trendovi u zdravstvu i novi izazovi osiguranja

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), u suradnji s Ministarstvom zdravlja jedno je od ključnih tijela za organizaciju i provođenje zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. Zadaća tog zavoda nije nimalo jednostavna jer mora zadovoljiti rastuće potrebe i prava bolesnika unutar jasno ograničenih financijskih sredstava, ne zanemarujući pritom realne mogućnosti organizacije i provedbe zdravstvenih usluga kao i prava onih koji te usluge pružaju. Više o aktualnim stavovima i predstojećim planovima rekao nam je ravnatelj HZZO-a prim. dr. Siniša Varga.

S ravnateljem HZZO-a prim. Sinišom Vargom, dr. med. dent. razgovarala je Lea Rukavina Kralj



Na pitanje koji je cilj novih ugovora ponuđenih liječnicima obiteljske medicine, prim. dr. Varga je bio decidan: prepoznavanje i valorizacija stvarno učinjenog rada

Kako je navedeno na službenim web stranicama, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) osnovan je zbog provođenja tada uspostavljenog zdravstvenog osiguranja te obavljanja drugih poslova prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju iz 2001. i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine. Prava i obveze te odgovornosti HZZO-a utvrđeni su Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ broj 150/08.), koji se primjenjuje od 1. siječnja 2009. godine i Statutom HZZO-a. Osim obveznog zdravstvenog osiguranja, HZZO provodi i dopunsko zdravstveno osiguranje prema odredbama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ broj 85/06. i 150/08.) za pokriće sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. O sadašnjem radu i planovima, od kojih neki uključuju skraćivanje lista čekanja, integraciju u europski sustav zdravstvene zaštite i promjene na razini primarne ali i sekundarne zdravstvene zaštite, razgovarali smo s ravnateljem HZZO-a prim. Sinišom Vargom.

MEDIX: Prim. Varga, koja je vaša vizija rada i ustroja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje? Jesu li potrebne i planirane promjene?

PRIM. VARGA: Dolaskom na ovu funkciju zatekao sam prividno dosta dobro ustrojen sustav. Moram napomenuti da su djelatnici Zavoda izuzetno profesionalni i da bi sustav

takav kakav je mogao čak funkcionirati bez ikakvog vodstva.

Sigurno postoji dosta prostora za promjene koje bi unaprijedile ono što je dobro i promijenile ono što je loše, iako je to dosta težak zadatak jer državna služba sama po sebi ne trpi ni male, a kamoli velike promjene. S druge strane, postoje velika očekivanja i struke i bolesnika, koja predstavljaju izazov u ovo doba ograničenih resursa. Svakako da mi je cilj polučiti rezultate koji bi zadovoljili i struku i bolesnike i djelatnike Zavoda, iako to, s obzirom na krizu i opće mjere štednje, nije lako. Mislim da smo do sada postigli dobre rezultate u racionalizaciji potrošnje, što se vidi i u financijskoj bilanci. Planovi koje imamo za 2013. i 2014. godinu također daju velike nade da ćemo moći realizirati željene promjene.

MEDIX: Koje promjene planirate provesti idućih godina?

PRIM. VARGA: U HZZO-u se radi na 34 velika projekta za poboljšanje sustava. Jedan od prioriteta je naravno nastavak informatizacije jer je način upravljanja informacijama dosta arhaičan. Naš centralni sustav, ZOROH, slavi 20. godišnjicu postojanja u svom izvornom obliku. Regionalni uredi i područne službe na centralni su sustav spojeni su preko telnet-sustava, koji polako postaje zaboravljeni put komunikacije.

Nova informatička oprema uvelike će poboljšati brzinu protoka informacija na postojećem sustavu, a ove godine planiramo i prelazak na cjelovitiji sustav, koji daje bolje mogućnosti upravljanja informacijama. Previše je centralnog prikupljanja informacija, koje se jako malo koriste za upravljanje; način na koji se one akumuliraju i analiziraju prastar je i gotovo neupotrebljiv.

MEDIX: Koji su najveći nedostaci zdravstvenog sustava i gdje u svezi toga vidite ulogu HZZO-a?

PRIM. VARGA: Svake srijede u Ministarstvu zdravlja održavaju se sastanci s Udrugama pacijenata te nastojimo uzeti u obzir sve njihove prijedloge za poboljšanje zdravstvenog sustava. Jedan od akutnih problema su liste čekanja i vremenski interval u kojem bolesnici uspijevaju obaviti pojedinu pretragu. Adresiranje te problematike kroz uvođenje hodograma aktivnosti i pročišćavanje postojećih lista čekanja, na kojima se nalazi oko 540.000 ljudi, već je dovelo do poboljšanja sustava.

Vjerujemo da će završetkom pilot-projekta, kada sistem bude u punoj funkciji, osim smanjenja lista čekanja, i struka prepoznati racionalnije zdravstvo kroz striktnu primjenu kliničkih smjernica

u kombinaciji s mogućnostima e-naručivanja. Nadam se da će i liječnici obiteljske medicine shvatiti da postoje dva vida liječenja; prvi je onaj u kojem oni liječe pacijente i povremeno konzultiraju specijaliste iz sekundarne zdravstvene zaštite, a drugi je onaj u kojem se skrb o pacijentima u potpunosti prepušta sustavu specijalističke zdravstvene skrbi.

Prema svojim iskustvima na međunarodnom planu smatram da je hrvatski zdravstveni sustav među boljima u svijetu jer za relativno malu količinu novca koju država ulaže daje vrlo dobre rezultate, mjerljive na međunarodnoj razini. Hrvatska je, primjerice, prema eksplantaciji bubrega po broju stanovnika prva, a po eksplantaciji srca druga na svijetu. To nisu uspjele postići ni puno bogatije zemlje. Treba spomenuti i da je opremljenost CT i MR-uređajima podjednaka kao u Europskoj zajednici. Dostupnost svih mogućih vidova medicinskih zahvata u različitoj životnoj dobi je također puno veća u Hrvatskoj nego u nekim bogatijim zemljama. U neke od takvih zahvata pripadaju i kardiokirurške operacije za starije osobe, koje se u mnogim zemljama ne smatraju „isplativima“.

Humanost hrvatskog zdravstva često čak i prelazi zapadnoeuropske granice „popustljivosti“, i to kroz pružanje usluga pojedincima neodgovornima za svoje zdravlje kao što su primjerice pretili osobe, pušači i drugi koji se nemarno odnose prema vlastitom zdravlju. Za njih u Hrvatskoj takvo ponašanje nema baš nikakvih reperkusija.

MEDIX: Je li to zaista dobro za hrvatsko zdravstvo?

PRIM. VARGA: Glede zadovoljstva pacijenata vjerojatno je, ali s pozicije ravnatelja HZZO-a smatram da je takva darežljivost neracionalna i kontraproduktivna.

MEDIX: Projekt elektroničkog naručivanja je počeo 1. kolovoza 2012. Što pokazuju analize?

PRIM. VARGA: U prvih mjesec dana liste čekanja su smanjene za otprilike 30%. To je odličan rezultat koji nitko nije očekivao za tako kratko razdoblje. Pri analizi lista

čekanja postavilo se važno pitanje: kako na razini od 4,5 milijuna stanovnika može postojati 540.000 ljudi koji čekaju na zdravstvene usluge? Takva činjenica bi zapravo dovela u pitanje zdravstveno stanje čitave nacije. Ispostavilo se međutim da su na liste čekanja bili uvršteni i ljudi koji su naručeni na redovite preglede u razdoblju od godine dana. Nakon detaljnijih provjera i analiza listi čekanja, realan je broj bolesnika koji zaista dulje vrijeme čekaju medicinski zahvat mnogo manji.

MEDIX: Planiraju li se u projekt e-naručivanja uključiti sve bolnice?

PRIM. VARGA: Da, u planu je uključiti sve bolnice, kao i naše privatne partnere. Sve usluge će postupno ući u projekt e-naručivanja.

MEDIX: Hoće li postojati sankcije za pacijente koji ne dođu na naručenu pretragu?

PRIM. VARGA: Udruge pacijenata su od nas zahtijevale da financijski kaznimo pacijente koji se ne odazovu na pretragu ili se odazovu, ali ne preuzmu nalaz. Još uvijek se, međutim, traži ustavno-pravni, odnosno zakonski model po kojem bi se to moglo izvesti. U zemlji koja je uređena kao naša dosta je teško pronaći model po kojem bi se neodgovornost kao takva mogla odgovarajuće sankcionirati.

MEDIX: Spomenuli ste i privatne partnere: koliko je još prostora za otvaranje novih privatnih klinika i zdravstvenih institucija, kako fizički tako i funkcionalno?

PRIM. VARGA: Naši privatni partneri u sustavu zdravstva imaju dvije važne uloge: prva se odnosi na rastećenje lista čekanja, a druga uključuje podizanje kvalitete zdravstvene skrbi, koja se ostvaruje kroz pozitivnu tržišnu utakmicu i u konkurenciji s javnozdravstvenim sektorom.

Zadovoljstvo pacijenata možemo pratiti i preko tzv. bijelog telefona, odnosno putem sektora koji prati sve primjedbe i prigovore upućene na račun zdravstvenog sustava, telefonski ili putem e-maila. Pokazalo se da je broj primjedaba na pružanje usluga u privatnom sektoru neproporcionalno manji nego u javnom sektoru. Narav-

no, javni sektor u socijalnoj državi kao što je Hrvatska mora postojati te za razliku od privatnog sektora, osim kvalitete, pacijentima mora osiguravati i kontinuitet zdravstvene skrbi kada si to sami ne mogu financijski priuštiti. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ne utvrđuje politiku zdravstvene zaštite. Politiku zdravstva utvrđuju ministar zdravlja i stručne službe Ministarstva zdravlja. Ona je sublimirana u strategiji razvika zdravstva prihvaćenoj u Saboru. U njoj je jasno definirana uloga privatnog sektora, uz optimizaciju omjera privatnog i javnog sektora.

Velik prostor za razvoj postoji primjerice u sferi zdravstvenog turizma. Hrvatska tijekom ljetnih mjeseci ima značajno veći broj stanovnika nego zimi, i to su sve ljudi koji mogu zatrebati zdravstvenu skrb ili pak dolaze ciljano u Hrvatsku upravo zbog zdravstvene skrbi. Doktori dentalne medicine u Istri tako tijekom cijele godinu imaju pacijente Talijane, koji dolaze zbog prihvatljive cijene, ali i kvalitete zdravstvene usluge. Sve je više ulagača zainteresirano i za razvoj zdravstvenog turizma u toplicama.

Primarna uloga HZZO-a je osiguranje osnovne zdravstvene zaštite, a svi vidovi privatnog sektora u tome predstavljaju nadgradnju s nizom dodatnih mogućnosti u smislu komfora pacijenata, i tu sigurno ima prostora za daljnji razvoj.

MEDIX: Uskoro ulazimo u Europsku uniju. Na koji će se način regulirati liječenje naših bolesnika u EU i obratno?

PRIM. VARGA: Najveća je promjena što ulaskom u Europsku uniju svaki njezin građanin postaje ravnopravan hrvatskim pacijentima kada se nalazi na teritoriju Hrvatske. Ta se ravnopravnost osigurava kroz apliciranje i dobivanje tzv. EHIC-kartice (engl. *European health insurance card*). Izdavač i regulator izdavanja te kartice u Hrvatskoj je HZZO.

Drugim riječima, svaki naš građanin koji planira putovanje u jednu od zemalja članica Europske unije ishođenjem te kartice ima pravo na zdravstvenu skrb pod istim uvjetima kao i građani države u kojoj se nalazi. To se međutim odnosi samo

na postupke koji su nužni zbog određenog zdravstvenog stanja, ne i one elektivne, za koje postoje liste čekanja.

Direktive europske unije reguliraju način na koji se može ostvariti ta prekogranična zdravstvena skrb i zna se točno koje se usluge podrazumijevaju. Treba napomenuti da nisu svi zdravstveni sustavi Europske unije isti, pa treba i to imati na umu kada se računa na dobivanje određene zdravstvene skrbi u pojedinoj državi.

MEDIX: Hoće li će ulazak u EU pojednostaviti i odlazak na medicinske postupke koji se ne izvode u Hrvatskoj?

PRIM. VARGA: Ne. Sustav liječenja u inozemstvu koje provodi HZZO je specifičan i uključuje odlazak na specijalističko liječenje na prijedlog liječnika specijalista iz Hrvatske, te prolazi kroz administrativnu proceduru u Zavodu za zdravstveno osiguranje, koja će se i dalje morati poštivati.

MEDIX: Planira li se redistribucija izdvajanja financijskih sredstava za pojedina područja zdravstvenog sustava, poput primjerice skupih lijekova?

PRIM. VARGA: Svaki lijek koji je registriran u Hrvatskoj, a nije na listi lijekova HZZO-a, dostupan je bolesniku ako si ga može sam financijski priuštiti. Način na koji lijekovi dolaze na listu lijekova HZZO-a sličan je onima u europskim zemljama. Pojedine države imaju različite osnovne i dopunske liste jer dosta ovisi i o financijskom mogućnostima, navikama te povijesti te zemlje.

Kod nas još postoji mjesta za racionalizaciju s ciljem sniženja nepotrebnih izdataka, pa se za iduće godine planiraju dodatni pomaci u tom smjeru. Redistribucijom sredstava na taj bi se način moglo financirati više posebno skupih, onkoloških lijekova, neke od kojih si trenutačno ne možemo priuštiti.

MEDIX: Kako komentirate izjavu prof. Labara iz intervjua u jednom domaćem mediju da je obiteljska medicina, koja čini temelj zdravstvenog sustava, u Hrvatskoj zapostavljena od 1990. godine?

PRIM. VARGA: Potpuno se slažem. Neki problemi postoje već dosta dugo, ali trebamo se pitati na čemu želimo završiti. Nama je cilj završiti na sveobuhvatnoj i pacijentima dostupnoj zdravstvenoj zaštiti, bez ugrađivanja pretjeranih prepreka.

Uloga obiteljske medicine kao čuvara sustava prema bolničkom sektoru je kao takva policijska funkcija koju želimo umanjiti, uz naglasak na veće provođenje strukovnih pravila. U vrijeme informatizacije, kada je pacijentima dostupan internet i većina ih je informatički educirana, postavljanje policajaca vrijeđa i njih i liječnike. Želimo da u sustavu zdravstvene zaštite obiteljski liječnik ima svoje mjesto kao multipotentan pružatelj zdravstvenih usluga. Cilj je da mu alat ne budu jedino stetoskop, tlakomjer, kemijska olovka i uputnica, već mnogo više. To se može ostvariti organizacijom liječnika obiteljske medicine u grupne prakse i ulaganjem sredstava u skuplju opremu kao što su EKG uređaji, spirometri, UZV aparati i financiranje administracije ili dodatnih liječnika u timu. Na taj način se mogu stvoriti uvjeti u kojima pacijent nema potrebe lutati po sekundarnoj i tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti u potrazi za temeljnim medicinskim zahvatima.

MEDIX: Je li u planu financiranje takve sofisticirane opreme od HZZO-a?

PRIM. VARGA: Financiranje bi se najvjerojatnije izvodilo kroz cijenu usluge, koja danas nije reprezentabilna po pitanju udjela u troškovima zdravstvene zaštite. Cijena mora biti reprezentabilna i usporediva s cijenama istih usluga u drugim zemljama u regiji kako bi imala adekvatnu tržišnu vrijednost.

MEDIX: Koji je cilj novih ugovora koje ste ponudili liječnicima obiteljske medicine?

PRIM. VARGA: Cilj novih ugovora je prepoznavanje i valorizacija stvarno učinjenog rada. Prema dosadašnjem sustavu liječnik obiteljske medicine mogao je pružati zaista mnogo svojim pacijentima, bez mogućnosti prikaza i financijskog nagrađivanja istih.

Značajno smo proširili broj DTP usluga, od kojih je dosta u sfe-

ri specijalistike, a koju su specijalisti obiteljske medicine obučeni pružiti. Neki liječnici koji su završili tečajeve I. kategorije, primjerice iz ultrazvuka, mogu pružati i te usluge.

Do sada su također bile neprepoznate sve usluge preventivnog karaktera, koje se sada mogu valorizirati i posebno nagraditi kako bismo stimulirali takav način rada.

MEDIX: Može li promjena financiranja rada dovesti do hiperprodukcije fiktivnih postupaka?

PRIM. VARGA: To je jedan od osnovnih razloga zbog kojih nismo išli u potpuno financiranje „cijena puta usluga“. Financiranje objedinjuje kombinaciju nekoliko modela plaćanja koji uključuju izračun fiksnog troška, glavarinu ovisno o broju opredijeljenih osiguranika, DTP postupke te indikatore kvalitete i uspješnosti. U našem je izračunu liječnicima kroz procjenu fiksnog troška osigurana plaća za visoku stručnu spremu. Vrlo teško liječnik obiteljske medicine koji uredno obavlja svoj posao, kroz naš način financiranja, može primati manju plaću od bolničkog specijalista. Ako netko i dalje smatra da mu je oportuno lažirati podatke, neće od toga imati velike koristi, samo štete zbog nezadovoljstva pacijenata kojima na taj način uskraćuje potrebnu zdravstvenu zaštitu.

MEDIX: Je li u planu da se spomenuti indikatori kvalitete rada – propisivanje lijekova, pretrage i pomagala – primjenjuju i u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti?

PRIM. VARGA: Tražimo od informatičkih tvrtki koje rade programe za bolnice da se iz otpusnih pisama izdvoji dio koji se tiče propisivanja lijekova. Tako ćemo uz klinički matematički broj svakog liječnika definirano moći pratiti koje je lijekove propisao.

Od Ministarstva rada i mirovinskog sustava očekujemo da u kolektivne ugovore uvede mogućnost kažnjavanja i stimuliranja liječnika, ovisno o njihovoj uspješnosti na radu. To je nešto što očekuju i sami liječnici, stručna društva, HZZO i Ministarstvo zdravlja, pa vjerujemo da će se kroz pregovore sa sindikatima i to realizirati.