



Zagreb, 16. studenoga 2022.

PRIOPĆENJE ZA MEDIJE

Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju neće financijski stabilizirati zdravstvo

HLK: PREDLAŽEMO REALNE CIJENE I NOVI MODEL UGOVARANJA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Hrvatska liječnička komora prijedlog izmjena i dopuna Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju smatra nedostatnim i nezadovoljavajućim jer zakon neće financijski stabilizirati zdravstvo. Naime, predložene promjene zakona ne uvode realne cijene usluga, ne uređuju novi model ugovaranja tih usluga, ne uzimaju u obzir vremensko-kadrovske normative tj. potrebne izvršitelje i vrijeme za provođenje medicinskih postupaka, a donose i neka sasvim neprihvatljiva rješenja kao što je isključivanje predstavnika liječnika i drugih zdravstvenih struka, tj. komora iz procesa donošenja tzv. košarice zdravstvenih usluga.

Stoga je Hrvatska liječnička komora kroz javnu raspravu o ovom zakonu predložila sadržajno uistinu reformski, novi model definiranja cijena zdravstvenih usluga, kao i strukture te načine plaćanja bolnicama, odnosno ugovaranja tih usluga. Dosadašnji model prema kojem HZZO jednostrano i samostalno određuje cijene zdravstvenih usluga koje plaća ustanovama je nerealan i neodrživ. To je primjerice kao da građani prilikom kupnje namirnica u dućanu samostalno određuju po kojoj će cijeni kupiti proizvode koje stave u košaricu, neovisno o tome koja je njihova realna cijena i hoće li zbog toga prodavač i proizvođač poslovati negativno, odnosno stvarati gubitke. Nastavak neodrživog planiranja zdravstvenih troškova predstavlja i prijedlog državnog proračuna za 2023. godinu koji je Vlada usvojila ovoga tjedna, a koji predviđa smanjivanje materijalnih troškova u zdravstvu u odnosu na troškove iz 2022. za 1/5 što je neostvarivo i neodgovorno, ako imamo u vidu da materijalni troškovi između ostalog uključuju troškove za energiju i materijal u svim državnim bolnicama i institucijama (a cijene su značajno porasle), te troškove bolničkih lijekova i medicinskog materijala.

“Nužno je da HZZO prestane samostalno određivati cijene zdravstvenih usluga, jer to u pravilu rezultira nemogućnošću velike većine bolnica da stvarne troškove svedu u maštovito niske “procjene” troška HZZO-a. Ako govorimo otvoreno, ne stvaraju bolnice gubitke, nego HZZO postavlja neodrživo niske cijene koje ne pokrivaju stvarni trošak zdravstvene usluge. Zadržavanjem takvog lošeg modela planiranja, financiranja i plaćanja zdravstvenih usluga jednostavno nije moguće financijski stabilizirati sustav. Stoga je Komora predložila **osnivanje neovisnog tijela** koje će određivati cijene zdravstvenih usluga, a u kojem bi sudjelovali predstavnici osiguravatelja, bolnica, domova zdravlja, privatnih ugovornih ordinacija u



primarnoj zdravstvenoj zaštiti te drugih pružatelja usluga te Hrvatska liječnička komora, druge zdravstvene komore, kao i predstavnici Ministarstva zdravstva i udruga pacijenata. Ono što je jednako važno je da se sa sustava povijesnih limita kao načina plaćanja bolnica prebacimo na plaćanje prema učincima i ishodima, uz primjereno razdoblje prilagodbe”, objašnjava **doc. dr. sc. Krešimir Luetić**, predsjednik Hrvatske liječničke komore.

Ministar zdravstva Vili Beroš, kao i drugi dužnosnici ministarstva, su u različitim predstavljajima najavljene reforme zdravstva i sami konstatirali da je vrijednost DTS koeficijenta tj. cijene koju HZZO plaća bolnicama za određena liječenja u zadnjih desetak godina pala u apsolutnom iznosu, a zbog inflacije i u realnoj vrijednosti, umjesto da je porasla. No, prijedlog zakona ne nudi rješenje ovog temeljnog problema financiranja zdravstva. Začuđuje i zabrinjava da najviši predstavnici zdravstvene administracije samo konstatiraju postojanje problema, a ne nude njegovo sustavno rješavanje. Javna potvrda visokih dužnosnika Ministarstva zdravstva da cijene usluga nisu realne i da se limiti bolnicama ne raspoređuju na realnim osnovama, navodi na zaključak da je cjelokupni model financiranja bolnica putem sustava DTS (engl. DRG) u Hrvatskoj svojevrsna igra bilance, protivna stvarnim ekonomskim postulatima. Sve se na kraju svodi na scenarij koji smo toliko puta gledali, da država dospjele obveze pokrije iz proračuna, ako ne prije onda u trenutku kada dobavljači zaprijetu blokadama.

HLK se oštro protivi isključivanju zdravstvenih komora iz procesa definiranja opsega zdravstvenih usluga na koje pacijenti imaju pravo u sklopu obveznog zdravstvenog osiguranja. Naime, do sada je za donošenje dokumenta koji propisuje taj opseg usluga (Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja) bilo obvezno pribaviti mišljenje zdravstvenih komora, a novi prijedlog zakona pokušava komore tj. predstavnike onih koji pružaju te zdravstvene usluge u cijelosti eliminirati iz tog procesa. Komora inzistira da se u tekst drugog zdravstvenog zakona koji je također bio u javnoj raspravi, tj. izmjena i dopuna Zakona o zdravstvenoj zaštiti, uvrste vremensko-kadrovski normativi kao obvezni dio dokumenta Plan i program mjera zdravstvene zaštite (2020. – 2022.). Vremensko-kadrovski normativi sadrže i propisuju izvršitelje medicinskog postupka i potrebno vrijeme za njegovo provođenje.