

Интервју с Гораном Кљајчином, директором ФЗО РС

Приоритети у 2012. години

Реализација средњорочног плана развоја Фонда здравственог осигурања Републике Српске, који је донесен почетком 2008. године, требало би да буде окончана до краја ове године. На резултатима из овог петогодишњег периода засниваће се стратегија развоја ове институције у наредном раздобљу. Тим поводом разговарали смо с директором Фонда Гораном Кљајчином, с намјером да нашим читаоцима представимо најбитније резултате, евентуално неријешене проблеме и неке од приоритета развоја обавезног здравственог осигурања у Републици Српској у овој години.

Medici.com: Усклађивање прихода и трошкова обавезног здравственог осигурања је био један од пет стратешких циљева из Стратешког плана развоја Фонда. Да ли сте постигли овај циљ?

Г.Кљјчин: Очекујем да ће у овој години бити реализоване неке кључне активности, којима ће бити створене претпоставке да на крају овог средњорочног периода можемо рећи да смо постављени циљ великим дијелом остварили, односно да смо за дужи период створили претпоставке за уравнотеженост прихода и трошкова, реалних потреба и расположивог новца. Ово очекивање заснивам на томе да је крајем прошле године усвојен Програм системских мјера за превазилажење проблема финансирања обавезног здравственог осигурања, којим је прецизно речено гдје су проблеми, како их је могуће ријешити и какве финансијске ефекте могу да произведу та рјешења. Наравно, не очекујем да је све мјере могуће одмах и реализовати, али сама чињеница да је програм мјера урађен је велики напредак.

Поред тога, у овој години можемо да очекујемо да ће Министарство здравља и социјалне заштите дефинисати опсежан програм мјера и активности које би требало да допринесу унапређењу организације здравственог система и рационализацији свега онога што није оптимално. На овоме се већ ради, а као један од кључних резултата очекујемо да буде прецизирано колико је новца потребно за одрживо финансирање здравственог система у наредном периоду и како га је могуће обезбиједити. У сваком случају, у овој години ће много више бити говорено о одрживом финансирању здравственог система и обавезног здравственог осигурања.

Medici.com: Да ли већ знате које ће конкретне мјере и активности бити предузете?

Г. Кљајчин: О томе ће говорити министар здравља, када активност буде окончана, а ја могу да говорим о ономе што смо ми планирали да на том плану урадимо у овој години. Нови начин плаћања болничких услуга, као и потреба да ефикасније управљамо трошковима, произвели су потребу да прецизније него до сада дефинишемо пакет права који финансира обавезно здравствено осигурање. У погледу садржаја права не би требало да буде већих промјена, али ће прецизно одређивање обима права бити једна од наших преокупација у овој години. Наиме, анализирајући нашу регулативу и праксу уочили смо да постоји потреба да јасније дефинишемо колики ћемо обим права финансирати у једној години, што је важно не само с аспекта контроле трошкова, већ и као механизам који ће нпр. унаприједити нови начин плаћања болничких услуга и онемогућити девалвацију реалтивне вриједности бода за пружене услуге испод границе економске одрживости за здравствене установе.

Планирали смо и то да пакет права на здравствену заштиту, са прецизно исказаним садржајем и обимом права, буде утврђен за сваку годину, са исказаном финансијском вриједношћу и изворима финансирања.

Medici.com: Рекли сте да неће бити промјена код садржаја пакета права, значи ли то да је тај сегмент задовољавајући?

Г. Кљајчин: У поређењу с другим земљама у региону, садржај нашег пакета права је међу најскромнијим, јер нам је и издвајање за здравство међу најнижим у региону. Финансијске (не)прилике не дозвољавају да радимо нека побољшања, међутим, сигурно је да ћемо, како нам могућности буду дозвољавале, радити на томе да наш пакет права у већој мјери ускладимо с другим земљама. Ту, прије свега, мислим на потребу да у пакет права уврстимо и право на путне трошкове, којег сада немамо, као и да с већим обимом «покријемо» лијечење у иностранству које није могуће обавити у Србији и да тиме допринесемо томе да престане потреба да пацијенти сами сакупљају новац путем хуманитарних телефона и слично томе.

Област која ће бити у фокусу интересовања је и оптимализација постојећих стандарда и норматива, будући да смо на првом мјесту по броју становника на једног љекара, што негативно утиче на доступност, а добрим дијелом и на ефикасност и квалитет здравствене заштите. С обзиром да свако смањење норматива подразумјева повећање трошкова, ту ћемо активност спроводити постепено у складу с расположивим новцем, а и расположивим љекарским кадром, дефинишући приоритете. Сматрамо да у области у којима би најприје требало да буде смањен број становника по љекару спадају педијатрија, гинекологија, офталмологија и интерна медицина. Тренутно наш норматив у педијатрији износи 1.400 дјеце на једног педијатра, док у Хрватској нпр. он износи 950, а у Србији и

Словенији 850 дјецe по педијатру. У гинекологији наш норматив је 10.000 жена на једног гинеколога, а у Хрватској је 6.000, Србији 6.500, а у Словенији 5.500. Наш норматив у офталмологији је 50.000 становника на једног специјалисту, док у Србији износи 30.000, а у Хрватској 35.000. Сличне разлике су и у другим областима и то постепено треба да смањујемо како бисмо допринијели већем побољшању доступности и квалитета здравствене заштите.

Medici.com: Medici.com: Међу стратешким циљевима за ово раздобље било је планирано да обавезно здравствено осигурање буде доступно свим грађанима. Између осталог, ово је подразумевало знатно смањење броја неосигураних. Да ли је то постигнуто?

Г. Кљајчин: У 2008. години, када смо усвојили средњорочни план развоја, здравствено осигурање је имало око 963.000 грађана, да би већ у сљедећој години тај број био повећан за преко 62,5 хиљада. У 2010. години је дошло до стагнације, па и смањења броја осигураних због последица економске кризе, али је у прошлој години поново забиљежен раст, тако да смо на крају 2011. године у осигурању имали преко милион и тридесет хиљада грађана, при чему мислим само на оне грађане за које је уплаћиван допринос и који су имали могућност да овјере здравствену књижицу. Због непостојања поузданих података о броју становника, немогуће је прецизно рећи који проценат грађана нема здравствено осигурање. Ми процијењујемо да у Републици Српској живи око 1,2 милиона становника и у односу на тај број, неосигурано је око 15 одсто грађана. У 2008. години тај проценат је износио 20 одсто, а у 2005. години чак 33 одсто. Наш циљ је да проценат неосигураних сведемо на просјек земаља ЕУ, односно да он буде испод 8 одсто и, уколико не буде већих економских потреса, вјерујем да ћемо тај циљ постићи. Иначе, када говоримо о смањењу броја неосигураних грађана, морам истаћи заслуге Владе и контролних органа

јер су пооштрене казне и ефикаснија контрола у овој области допринијели томе да је број неосигураних за пет-шест година буде преполовљен, иако смо у том периоду имали двије изузетно неповољне године. Оно што прижељкујемо у наредном периоду је да упоредо с повећањем броја осигураних, буде побољшавана и структура осигураника, која је сада веома неповољна због превеликог учешћа оних који кроз доприносе издвајају много мање него што износе трошкови њихове здравствене заштите.

Medici.com: Може ли то значити да је извјесно повећање партиципације осигураних лица, о чему је већ говорено у медијима?

Г. Кљајчин: У претходном периоду смо настојали да наше осигуранике растеретимо плаћања из властитог џепа, с обзиром да је то био доста изражен проблем. У вези с тим настојали смо да превасходно заштитимо најболесније и најосјетљивије социјалне категорије. По разним основима готово половина наших осигураника је ослобођена партиципације код већине услуга или код лијечења основне, хроничне болести. У поређењу с другим земљама, можда смо у томе и претјерали, с обзиром да је код њих знатно мањи обим услуга у чијим трошковима осигураници не партиципирају. У оквиру укупних активности на обезбјеђењу одрживог финансирања, извјесно је да ће бити анализирано и лично учшће осигураних лица, али сигурно нећемо одступити од нашег основног принципа да не буде дозвољено да здравствена заштита некоме не буде доступна због тога што нема новаца да плати партиципацију. Рјешењем одрживог финансирања не можемо тражити само у повећању партиципације, већ, прије свега, у реалнијем дефинисању основица и стопа за обрачун доприноса код појединих категорија, нарочито оних које осигурава Влада. На тај начин би се трошкови осигурања тих категорија

дијелили на све пореске обвезнике, што је праведније, него да падају на терет осигураника.

Medici.com: Међу циљевима је и увођење нових модела плаћања и унапређење партнерских односа код уговарања здравствене заштите. Увели сте нови модел плаћања болничког сектора, да ли је тиме испуњен циљ?

Г. Кљајчин: Увођење новог модела плаћања болничке здравствене заштите, укључивање приватног сектора у здравствени систем и знатно побољшана доступност здравствене заштите, сигурно припадају најзначајнијим резултатима у овом периоду, при чему бих истакао да смо крупне реформске промјене спровели без већих потреса и проблема и то, захваљујући снажној подршци и помоћи од стране Министарства здравља. Иако смо формално постигли циљ, наша активност ће бити настављена, прије свега на усавршавању модела и отклањању неких слабих тачака. У вези с тим у овој години смо планирали неколико озбиљних анализа које ће послужити да идентификујемо оно што би требало да буде побољшано. Код новог модела плаћања акутног болничког лијечења, између осталог, анализираћемо утицај броја извршених услуга на релативну вриједност бода, као и ефикасност контроле начина евидентирања пружених услуга у болницама, како бисмо на основу тога могли да предузмемо мјере које ће овај модел побољшати.

За реализацију активности у вези с укључивањем приватног сектора у здравствени систем добили смо бројне похвале и то не само због броја приватних установа које су укључене у систем, већ, прије свега, због тога што смо приватни сектор потпуно интегрисали у систем и више нема никаквих разлика између јавног и приватног. Овај ћемо процес наставити,

јер се показало да је то ефикасан начин побољшања доступности здравствене заштите без превеликог финансијског оптерећења.

Medici.com: Планирате ли неке промјене и на нивоу примарне здравствене заштите?

Г. Кљајчин: У 2010. години смо урадили значајну ствар реализујући пројекат побољшања доступности консултативно-специјалистичке здравствене заштите, којим смо сваком породичном доктору додијелили консултанте из десет специјалистичких области. Тиме смо, заправо, породичној медицини дали механизам да испуни очекивање да више од 80 одсто здравствених потреба становништва буде завршено на том нивоу, дакле да буде смањена „овисност“ о болничким услугама. То добро функционише, нарочито тамо гдје су укључене приватне здравствене установе и гдје поштују стандард да специјалистички преглед мора да буде обављен у року од седам дана и да специјалиста одлази у дом здравља уколико би пацијент морао да путује више од 30 километара.

У примарној здравственој заштити је остао један сегмент који би требало унаприједити, односно обезбиједити мотивисаност сваког тима породичне медицине за ефикаснији рад и рационализацију трошкова. Садашњи модел уговарања и плаћања то не омогућава, јер једнаку плату добија и доктор који постиже натпросјечне резултате и онај кога пацијенти избјегавају и који производи превисоке трошкове. Тим проблемом ћемо се бавити у овој години и вјерујем да ћемо, заједно с Министарством здравља, пронаћи рјешење које ће омогућити да тим породичне медицине постане економска јединица, који ће знати с коликим буџетом располаже и који ће бити мотивисан да буџетом располаже рационално, а да при том не изгуби повјерење пацијената који су је изабрали. Упоредо с тим радићемо и на томе да начином финансирања и уговарања услуга допринесмо јачању

улоге дома здравља, прије свега на плану организовања и координације активности на примарном нивоу здравствене заштите.

Medici.com: Да ли су ваши осигураници, а и ваши пословни партнери, прије свих здравствене установе, задовољни оним што је до сада урађено?

Г. Кљајчин: Задовољство је прилично субјективна категорија, али резултати анкета, и оних које смо ми спроводили и оних које је спровео Институт за јавно здравство, говоре да су грађани препознали побољшања и да су знатно задовољнији него прије. Примјера ради, у прошлој години смо анкетирали око хиљаду осигураника широм Републике Српске и питали их да ли им здравствена књижица сада вриједи више него раније. Преко 80 одсто анкетираних је дало позитиван одговор, а као разлог за то су навели да сада са здравственом књижицом могу да добију више љекова, да здравствену заштиту мање плаћају из властитог џепа, да им књижица вриједи и у приватним здравственим установама, да су им доступније информације итд. Упечатљив је и податак из прошлогодишњег истраживања Института за јавно здравство, који говори о томе да је 98 одсто репрезентативног узорка анкетираних грађана у Републици Српској изјавило да је задовољно новим начином организовања консултативно-специјалистичке здравствене заштите, а раније је то био најлошије оцијењени сегмент здравствене заштите и проценат незадовољних грађана је био готово педесет одсто.

Мислим да је и задовољство здравствених установа знатно веће, јер за то постоје бројни разлози. За све ово вријеме Фонд је редовно здравственим установама плаћао уговорене услуге, уговори су закључивани у првом тромјесечју пословне године, захваљујући централизованом снабдјевању здравствене установе су све вријеме имале потребне лијекове и санитарски материјал, Фонд је био отворен за све приједлоге и све облике сарадње. Не

бјежећи од тога да постоје и сегменти у којима има незадовољства, вјерујем да су здравствене установе, на основу досадашње сарадње, а и онога што планирамо да урадимо у овој и наредним годинама, препознале нашу намјеру да унапређујемо међусобне односе. Уосталом, само је у доброј атмосфери, и уз међусобно уважавање и свијест о специфичним улогама у јединственом систему, могуће постићи резултате. Мислим да смо, захваљујући прије свих Министарству здравља, ту атмосферу имали и зато резултати нису изостали.

ПЗЗ би требало растеретити неких трошкова

Унапређењем уговарања примарне здравствене заштите, поред осталог, биће обухваћено и то да од ризика прекорачења трошкова за лијекове на рецепт изузмемо лијекове на чију потрошњу породични доктори не могу да утичу, као што су цитостатици, антиепилептици, опоидни аналгетици. Овим ћемо примарни ниво здравствене заштите растеретити трошкова за љекове, али и створити услове за објективније праћење прописивачке праксе. Иначе, прописивачкој пракси ћемо посветити још више пажње јер нас на то присиљава податак да трошкови за љекове на рецепт годишње расту за преко 20 одсто. Да би у тој области било могуће трошкове свести на оптималне, неопходно је да трошкове пратимо на нивоу тима, да тим буде мотивисан на рационалну прописивачку праксу, а и да сноси посљедице уколико доприноси нерационалном трошењу. Како то постићи је питање на које ћемо у овој години тражити одговор.

Сматрамо, такође, да би примарну здравствену заштиту требало растеретити и трошкова за специјализацију љекара за области које не

припадају примарном нивоу. Специјализације би требало да буду планиране и финансиране у оквиру националног програма, а новац за његову реализацију би требало обезбиједити из буџета Републике.

Наставак смањења упућивања изван РС

Стратешким планом развоја ми смо планирали да до краја 2012. године за 50 одсто смањимо број упућених пацијената на лијечење изван Републике Српске. Тај циљ смо остварили још прошле године, тако да ћемо до краја планског периода имати резултат који знатно премашује планирани. Томе ће допринијети, не само развој јавног сектора, већ и то што су створени услови за развој болничких капацитета и у приватном сектору, који ће, сигурно је, приоритет дати развоју оних дјелатности којих нема у јавном сектору. С циљем смањења трошкова за лијечење изван Републике Српске, наставићемо и с реализацијом пројекта да у наше болнице доводимо стручњаке из иностранства. Они ће у нашим болницама спроводити најкомпликованија лијечења и уједно обучавати наше љекаре и техничаре, који ће у догледно вријеме сами моћи да спроводе таква лијечења.

еЗдравство

Стратегијом развоја еЗдравства планирано је да до 2014. године имамо изграђен јединствени информациони систем у нашем здравству. С обзиром да је и Фонд укључен у реализацију ове стратегије, нашим акционим планом смо обухватили и активности из те области. У овој години ћемо наставити активности на успостављању електронског рецепта и

електронског здравственог картона за сваког становника у Републици Српској, као и активности које се односе на наставак технолошког унапређења пословног информационог система у Фонду.

Реализација Стратегије еЗдравство, коју проводи Министарство здравља, биће један од најзначајних подухвата у развоју здравственог система, који ће омогућити још интензивнији развој у наредном периоду.