



Glede sve češćih glasina o privatizaciji kronične hemodijalize u Hrvatskoj te privatizaciji i ponudi za privatizaciju kronične dijalize u Kliničkim i Županijskim bolnicama po modelu javno-privatnog partnerstva, Hrvatsko društvo za nefrologiju, dijalizu i transplantaciju, Hrvatskog liječničkog zbora kao krovna strukovna udruga liječnika koji liječe bolesnike sa zatajenjem bubrega donijelo je na svojoj Izvanrednoj skupštini održanoj 15. lipnja 2010. godine mišljenje struke o privatizaciji hemodijalize u Hrvatskoj.

MIŠLJENJE NEFROLOŠKE STRUKE O NAČINU PRIVATIZACIJE DIJALIZA U HRVATSKOJ

U Hrvatskoj se osim hemodijalizom (68%) u 32% bolesnika bubrežna funkcija nadomješta peritonejskom dijalizom i transplantacijom bubrega. Nadomjesnim liječenjem godišnje započinje oko 700 novih bolesnika, a umire oko 600 bolesnika. Svi novi bolesnici započinju liječenje u bolnicama koje imaju hemodijalizu i koje su osposobljene za takvo liječenje. Posljednjih godina broj bolesnika na hemodijalizi stagnira, te su postojeći kapaciteti za kroničnu hemodijalizu dostatni za njihovo zbrinjavanje.

Izvanbolničke hemodijalize su ovisne o funkcioniranju bolničkih hemodijaliza.

U bolnicama rade visoko educirani liječnici specijalisti interne medicine i u liječenju djece specijalisti pedijatri, većina sa subspecijalizacijom iz nefrologije. Liječnici u izvanbolničkim dijalizama imaju uglavnom manji stupanj edukacije od liječnika u bolničkim dijalizama.

Zbrinjavanje bolesnika sa zatajenjem bubrežne funkcije sastoji se od:

- A) **ambulantnog rada** - konzervativno liječenje, prevencija i odgoda terminalne faze zatajenja bubrega, predijalizna edukacija bolesnika i obitelji, peritonejska dijaliza, kronična hemodijaliza, kontrole bolesnika s transplantiranim bubregom
- B) **bolničkog rada** – liječenje akutnog zatajenja bubrega, pripreme i početka liječenja dijalizom kako hitnog tako i elektivnog (privremeni krvožilni pristup kateterima, trajni krvožilni pristup kreiranjem arteriovenskih anastomoza, postavljanje tuneliranih "trajnih" endovenoznih katetera), pripreme za peritonejsku dijalizu (uvođenje katetera za peritonejsku dijalizu), liječenje akutnih i kroničnih komplikacija bolesnika na kroničnoj dijalizi koje zahtijevaju hospitalizaciju, kontinuiranog nadomještanja bubrežne funkcije u kritično bolesnih i hemodinamski nestabilnih bolesnika, priprema bolesnika za stavljanje na listu čekanja za transplantaciju bubrega, liječenje komplikacija u bolesnika s transplantiranim bubregom te ostalih metoda izvantjelesnog čišćenja krvi (plazmafereza, hemoperfuzija, lipofereza)

U Republici Hrvatskoj postoje centri za dijalizu:

1. **BOLNIČKI** – uz **kroničnu hemodijalizu** provode **ambulantni rad i bolničko liječenje**, u sklopu
 - a. kliničkih, županijskih i općih bolnica
2. **IZVANBOLNIČKI** - provode **samo kroničnu hemodijalizu** – u sklopu
 - a. domova zdravlja
 - b. privatnih ustanova
 - i. Samostalni centri, Poliklinike,
 - ii. Privatna hemodijaliza unutar prostora Kliničke bolnice (jedna)
 - iii. Privatna hemodijaliza unutar prostora Županijske bolnice (dvije)

MIŠLJENJE:

Hrvatsko društvo za nefrologiju dijalizu i transplantaciju, Hrvatskog liječničkog zbora:

1. **JE PROTIV privatizacije i izdvajanja kronične hemodijalize iz sustava bolnica** jer je štetna za bolesnike, struku te funkcioniranje i razvoj bolnica.
2. **Privatizacija izvanbolničkih centara za hemodijalizu JE PRIHVATLJIVA** uz poštivanje svih PRAVILNIKA koji se odnose na obavljanje zdravstvene djelatnosti DIJALIZA. Izvanbolnički centri za hemodijalizu moraju biti povezani ugovorom o suradnji s bolnicama koje pripremaju bolesnike za dijalizu, liječe komplikacije i obrađuju bolesnike za transplantaciju, a potrebno je ugovoriti i financijsku nadoknadu za poslove koje preuzima bolnica.

OBRAZLOŽENJE:

Ad 1)

a) Štetnost za bolesnika

Bolnice moraju provoditi cjelovit sustav zbrinjavanja kronične bubrežne bolesti kako bi liječenje bilo kvalitetno i racionalno. Privatizacijom kroničnih dijaliza unutar bolnica smanjuje se mogućnost adekvatnog zbrinjavanja komplikacija dijalize i transplantacije bubrega. U hitnim stanjima često je nemoguće ostvariti razmjenu podataka o bolesniku između bolničke i izvanbolničke hemodijalize.

b) Štetnost za struku

Svi bolnički centri za dijalizu imaju organiziranu 24 satnu službu 7 dana u tjednu za liječenje akutnog bubrežnog zatajenja kao i potrebe za hitnom dijalizom u stanjima koja ugrožavaju život. Uz svoje bolesnike zbrinjavaju i sve hitne komplikacije bolesnika iz izvanbolničkih centara na svom području. Za tu svrhu moraju imati prostor za hitnu dijalizu, aparate za dijalizu, adekvatno pripremljenu vodu kao i visoko educirano i specijalizirano osoblje (liječnike i sestre) koje takvo liječenje provodi. Klinički bolnički centri i kliničke bolnice vrše i edukaciju osoblja koje će liječenje dijalizom provoditi u manjim bolnicama i izvanbolničkim dijaliznim centrima.

Izdvajanjem samo kronične hemodijalize iz bolničkog sustava značajno se smanjuje broj visoko educiranog osoblja koje održava izvrsnost svakodnevnim radom na kroničnoj hemodijalizi, a preostalo osoblje više nije u stanju pokriti 24 satno dežurstvo te se u rad s najzahtjevnijim bolesnicima u dežurstvu uključuju i nedovoljno educirani liječnici i sestre što će dovesti do pada kvalitete pružene usluge.

Izdvajanjem kronične hemodijalize bolnički liječnici gube kontinuitet u liječenju tih bolesnika, gube mogućnost za stručni i znanstveni rad te unapređivanje zbrinjavanja zahtjevnih bolesnika. U pitanje bi mogao doći i program transplantacije bubrega te program liječenja peritonejskom dijalizom jer oni nisu održivi bez zajedništva s kroničnom hemodijalizom, predijaliznom edukacijom te pripremom i obradom bolesnika za listu čekanja na transplantaciju bubrega.

c) Štetnost za bolnicu i HZZO

U Hrvatskoj postoji interes za privatizacijom samo kroničnog programa hemodijalize tj. ambulantnih bolesnika na hemodijalizi bez komplikacija. Kako posljednjih godina broj bolesnika na hemodijalizi stagnira, povećao se je pritisak za privatizacijom postojećih bolničkih hemodijaliza s većim brojem bolesnika. Postupak izdvajanja kroničnih hemodijaliza iz bolnica naziva se javno-privatno partnerstvo. U takvom partnerstvu privatnik garantira visoku razinu kronične hemodijalize koja obuhvaća odgovarajući prostor, aparaturu, obrok i lijekove koji stimuliraju eritropoezu jer mu ugovorena novčana naknada HZZO-a za kroničnu ambulantnu hemodijalizu pokriva troškove i osigurava dobit. S druge strane, privatne hemodijalize nemaju nikakve obaveze ni troškove za rad na prevenciji bubrežnog zatajenja, pripremi bolesnika za kroničnu hemodijalizu, zbrinjavanju akutnih komplikacija, obavljanju kroničnih hitnih hemodijaliza izvan radnog vremena. Sve to odrađuje bolnica unutar državnog sektora koja osigurava svakodnevno 24 satno zbrinjavanje tih bolesnika sa svojim ljudima i u svom prostoru.

Troškovi tog liječenja obračunavaju se po sustavu DTS-a, a terete proračun bolnica i limit odjela. U kompliciranijim slučajevima troškovi liječenja značajno premašuju DTS-om ostvarena sredstva.

Privatnik je zainteresiran za dobit i sva svoja ulaganja pokriva sredstvima dobivenim od HZZO-a na temelju ugovora o broju učinjenih dijaliza na godišnjoj razini. Što je više bolesnika u centru dobit je još veća jer je moguće racionalnije korištenje resursa, a nema neočekivanih troškova jer se u slučaju komplikacija bolesnik premješta u državnu ustanovu. Privatni centri zainteresirani su samo za povećanje broja bolesnika na kroničnoj ambulantnoj hemodijalizi, a nisu zainteresirani za peritonejsku dijalizu koja je bolji način započinjanja liječenja dijalizom, a pritom značajno jeftinija od hemodijalize kao i za transplantaciju bubrega koja je za bolesnika najkvalitetniji način nadomještanja bubrežne funkcije.

Kod bolničkih hemodijaliza dolazi do prelijevanja sredstava namijenjenih kroničnom programu dijalize u druge oblike liječenja bubrežnih bolesnika ili za druge potrebe bolnice, koje u konačnici ponovo koriste bubrežni ili drugi bolesnici, ali ostaje u zdravstvenom sustavu. Usprkos prostornim, tehničkim i financijskim uvjetima koji značajno variraju, kvaliteta rada bolničkih hemodijaliza je na zavidnoj europskoj razini što redovito mjeri Hrvatski registar nadomještanja bubrežne funkcije.

Privatizacijom bolničkih hemodijaliza smanjuje se kvaliteta liječenja, a odlijeva se novac iz sustava zdravstva.

U svezi gore navedenog treba razmotriti i do sada provedene privatizacije hemodijaliza unutar bolnica.

Ad 2)

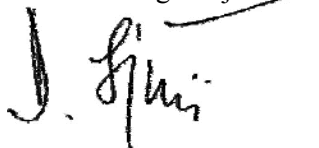
O privatizaciji postojećih izvanbolničkih dijaliza kao i o otvaranju novih treba razgovarati argumentirano (Ministarstvo zdravstva, HZZO, predstavnici struke, ponuđač) uzevši u obzir potrebe, dobrobit i broj bolesnika, interes lokalne zajednice, kvalitetu i stručnost ponuđača i obavezno poštivanje pravilnika: "PRAVILNIK O MINIMALNIM UVJETIMA U POGLEDU PROSTORA, RADNIKA I MEDICINSKO-TEHNIČKE OPREME ZA OBAVLJANJE ZDRAVSTVENE DJELATNOSTI" (NN 90/2004), "PRAVILNIK O ZDRAVSTVENOJ ISPRAVNOSTI VODE ZA POTREBE HEMODIJALIZE" (NN 125/2003). i garanciju ponuđača da će se u liječenju tih bolesnika pridržavati kriterija za kvalitetu liječenja dijalizom propisanom "Pravilnikom o kontroli kvalitete liječenja dijalizom" (u izradi). Pri tome treba uzeti u obzir da je hemodijaliza samo jedan segment liječenja kronične bubrežne bolesti.

Svi izvanbolnički centri koji provode liječenje dijalizom moraju ugovorom o suradnji biti povezani s bolničkim dijaliznim centrima koji bolesnike pripremaju za dijalizu, liječe komplikacije, obrađuju i liječe bolesnike s transplantiranim bubregom. Ugovorom treba definirati materijalnu naknadu izvanbolničkog hemodijaliznog centra s jedne strane i obavezu bolnice da osigura sve čimbenike za optimalno liječenje konačnog zatajenja bubrega. Na taj način bi se osiguralo potpuno i ravnopravno zbrinjavanje svakog pojedinog bolesnika, bez obzira na vrstu vlasništva centra u kojem se provodi hemodijaliza.

Sadašnja postojeća razlika cijene bolničke i izvanbolničke dijalize je samo 5%. Uz postojeću cijenu privatne izvanbolničke hemodijalize ostvaruju dobit, a pri tom ne sudjeluju u bolničkim troškovima pripreme za dijalizu i zbrinjavanju komplikacija. Neophodno je ustanoviti paušalni iznos za bolničke usluge iz cijene izvanbolničke hemodijalize koji će centar ili HZZO uplaćivati bolnici. Na taj način bi se sredstva HZZO-a namijenjena zbrinjavanju bolesnika sa zatajenjem bubrežne funkcije racionalnije koristila.

Zagreb, 15. lipnja 2010.

Predsjednik HDNDT
Prof.dr.sc. Dragan Ljutić



HRVATSKI LIJEČNIČKI ZBOR
HRVATSKO DRUŠTVO ZA NEFROLO-
GIJU, DIJALIZU I TRANSPLANTACIJU
CROATIAN MEDICAL ASSOCIATION
AND TRANSPLANTATION, DIALYSIS
41000 Zagreb - Šubičeva 9 - CROATIA

Potpredsjednik HDNDT
Doc.dr.sc. Sanjin Rački

