

Izazovi decentralizacije u zdravstvenom sustavu

*Siniša Zrinščak**

UDK 35.071.6
369.2

Pregledni znanstveni rad
Primljeno: 15. 7. 2000.
Prihvaćeno: 25. 9. 2000.

U ovom se radu raspravlja o mogućnostima i perspektivama decentralizacije u oblikovanju hrvatskoga zdravstvenog sustava. Stoga se, najprije, opisuje hrvatski zdravstveni sustav koji je oblikovan nakon 1990. godine, a zaokružen donošenjem dvaju zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju 1993. godine. Naglasak je stavljen na pitanja organizacije, upravljanja i financiranja sustava. Kako bi se odgovorilo na pitanje može li i na koji način strategija decentralizacije pomoći rješavanju problema hrvatskoga zdravstva, u radu se prikazuju komparativna iskustva organizacije zdravstvenih sustava. Osim opisa različitih načina financiranja sustava te šest načina njegove političko-teritorijalne organizacije u Europi, prikazuju se i recentne zdravstvene reforme u Italiji, Njemačkoj, Švedskoj i Danskoj. One pokazuju kako je decentralizacija svuda važan trend, ali se ponajviše javlja u kontekstu postizanja troškovne racionalizacije te kao aspekt privatizacije sustava. Neki primjeri govore i o mogućim opasnostima decentralizacije. Na kraju se rada pozornost posvećuje važnoj, ali vrlo često zanemarenoj ulozi lokalne samouprave u promociji javnog zdravlja.

Ključne riječi: zdravstveni sustav, decentralizacija, financiranje, upravljanje, javno zdravlje

* Dr. sc. Siniša Zrinščak, docent Pravnog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu

Uvod

Dva su osnovna razloga zbog kojih pitanju decentralizacije zdravstvenih sustava valja prići obzirno, tj. vodeći brigu o specifičnom povijesnom razvoju pojedinih zemalja unutar kojih su se oblikovali distinktivni zdravstveni sustavi te o posebnoj prirodi zdravstvene skrbi, koja zbog prijeke potrebe oblikovanja posebnih mjera zdravstvene zaštite i njege, visokostručnog rada te vrlo visokih troškova iziskuje poseban interes države. To, međutim, ne znači da se o izazovima decentralizacije u zdravstvu ne može govoriti. Tome idu u prilog i različita povijesno-komparativna iskustva i suvremeni trendovi. Usporedba različitih zemalja govori da zdravstveni sustavi pokazuju svoju uspješnost unutar vrlo različitih organizacijskih struktura, kako onih više centraliziranih tako i onih gdje zdravstveni sustavi pokazuju zavidnu razinu poslovne i, posebice, organizacijske autonomije. Upravo se na toj činjenici zasnivaju mnoge studije koje su već podrobno istraživale prednosti i nedostatke različitih rješenja. Suvremeni trendovi podvlače još neke aspekte. Danas je decentralizacija jedan od vrlo izraženih trendova transformacije zdravstvenih sustava, ali se javlja kao aspekt promjena koje nisu jednoznačne, već se kombinira s tendencijama privatizacije, recentralizacije, povećanja participacije građana te, posebice, s nastojanjima smanjivanja zdravstvenih troškova. Sve to upućuje na iznimnu važnost pitanja decentralizacije u zdravstvenim sustavima.

Riječ decentralizacija može imati mnoga značenja, a ona unutar zdravstvenih sustava mogu dobiti specifičnu konotaciju. Pojam decentralizacije u ovom će se radu shvaćati u kontekstu rada na projektu kojem je cilj jačanje kapaciteta lokalnih institucija i organizacija u rješavanju i zadovoljenju svakodnevnih ljudskih problema, odnosno jačanje samouprave kao oblika građanske participacije. Riječ je, dakle, o razvijanju decentralizacije kao bitne komponente demokratskoga političkog sustava. Očividno je da tako široko shvaćeni pojam valja prilagoditi različitim sustavima. Primjenjujući pojam decentralizacije na zdravstvene sustave moguće je razlučiti četiri međusobno povezane, ali ipak različite razine. Prva je općenita i govori o općem ustroju zdravstvenih sustava i njihovom položaju u državnoj strukturi. Komparativna analiza različitih sustava ne može zaobići tu razinu. Druga razina je mnogo specifičnija i govori o unutarnjoj organizaciji zdravstvene

službe koja se diferencira i počinje najčešće od primarnih zdravstvenih centara ili obiteljskih liječnika pa sve do centralnog zdravstvenog planiranja ili mjera razvoja javnog zdravstva. O toj će razini biti riječ samo u dijelu decentraliziranog upravljanja zdravstvenim jedinicima. Treća razina obuhvaća pitanje financiranja i ona će također biti zanimljiva samo u dijelu kombinacije različitih izvora financiranja na različitim razinama državne organizacije. Četvrta razina pokazuje sve veću važnost lokalnih razina u razvoju koncepta zdravlja za sve, odnosno u postizanju ciljeva zdravstvene politike koji su nedostižni uz tradicionalne oblike zdravstvene zaštite.

Novi sustav zdravstva u Republici Hrvatskoj

Novi hrvatski sustav zdravstva počeo je dobivati svoje osnovne konture već u prvim godinama tranzicijskog razdoblja, što je posebice iskazano donošenjem novih zakona 1993. godine: Zakona o zdravstvenoj zaštiti (ZZZ) i Zakona o zdravstvenom osiguranju (ZZO). Već i najosnovnija analiza tih zakona, tj. njihovih kratkoročnih i dugoročnih učinaka, mora voditi računa o kontekstu u kojem se doneseni. Oni su, kao i mnoga druga zakonska rješenja u tranzicijskom razdoblju, nastali, ponajprije, u kontekstu suprotstavljanja dotadašnjem, najčešće neovisno o analizi prednosti i nedostataka toga dotadašnjeg. Tako je jedna od osnovnih karakteristika novog sustava bila centralizacija nasuprot dotadašnjoj decentraliziranoj strukturi. Ovdje je sadržana bitna specifičnost hrvatskoga iskustva, koje je, za razliku od drugih postkomunističkih zemalja, naglaskom na jačoj državnoj kontroli ponekad spriječilo neke poteškoće tranzicije (primjer opasnosti brze i neregulirane privatizacije i decentralizacije u zdravstvenim sustavima nekih zemalja Srednje Europe), dok je, s druge strane, trasiralo pravac razvoja koji je u bitnoj suprotnosti s jačanjem demokratskog sustava, posebice u njegovu aspektu jačanja lokalnih razina vlasti i participacije građana na lokalnim razinama.

Nema sumnje da je Hrvatska naslijedila izrazito segmentirani zdravstveni sustav, decentraliziran do te mjere da je svaka općina nadzirala svoje zdravstvene jedinice putem tzv. samoupravnih interesnih zajednica. Bitan nedostatak takvog sustava ogledao se u potpuno neefikasnoj ili, točnije, nepostojećoj financijskoj kontroli troškova, bez ikakvih utvrđenih standarda, te

u ideologijsko-političkom utjecaju u zdravstvenom sustavu. Osim toga, iako je Hrvatska baštinila i razvijala ideju Andrije Štampara o temeljnoj važnosti te dobroj organiziranosti i dostupnosti primarne i preventivne zdravstvene skrbi, zanimljivo je da su, primjerice, 1985. godine troškovi primarne zdravstvene skrbi (10,3%) bili vrlo niski u odnosu prema troškovima bolničke skrbi (53,9%) (Turek, 1999.:150), što govori i o tome da primarna zdravstvena skrb nije u potpunosti ispunjavala svoju osnovnu funkciju. Osnovni zdravstveni indikatori bili su dijelom našto bolji, dijelom sasvim usporedivi s drugim tranzicijskim zemljama, a ukupno lošiji od prosjeka zemalja OECD-a.

Osim postojećih slabosti, inherentnih samom sustavu, zdravstveni je sustav valjalo prilagoditi osnovnim osobinama tržišne ekonomije, što se u prvi mah očitovalo slobodom izbora liječnika, a potom je prošireno mogućnostima privatizacije u zdravstvenoj skrbi i u zdravstvenom osiguranju. No, najosnovniji problem zdravstvenog sustava bio je financijske naravi, prouzročen tranzicijskim gospodarskim problemima te ratom. Usporedno s rapidnim padom razine BDP-a sustav je dospijevao u sve veće teškoće. Pored naslijeđenog gubitka od 350 milijuna DEM 1990. godine, financijski okviri zdravstvenog sustava iznosili su 3,5 milijardi DEM 1990. godine, a samo 1,3 milijarde 1994. godine (Hebrang, 1994.:132). Može se gotovo sa sigurnošću tvrditi da su te okolnosti, unutar općeg okvira političkog pravca jačanja državne kontrole i svedržavne nazočnosti u svim segmentima javnog života, bitno odredili osnovne konture novoga zdravstvenog sustava Hrvatske. To su, uostalom, izrijeком priznali autori Zakona, a ta činjenica objašnjava osobiti *mix* centralizacije i decentralizacije koji je ovdje došao do izražaja. "Bez obzira na to kako mi organiziramo naš sustav, on zahtijeva određena materijalna sredstva. Izrada elastičnog sustava, u kojemu se socijalna odrednica može vrlo brzo centralizacijom odlučivanja prilagođavati gospodarskom stanju, a istodobno poštivanje lokalnog utjecaja u upravljanju zdravstvenim sustavom što je preporuka Svjetske zdravstvene organizacije, suprotne su težnje koje su tražile pomirbu u ovom zakonu. On se osniva na značajnom lokalnom utjecaju na upravljanje ustanovama, ali i na temeljitu centralizaciju nadzornih službi." (Hebrang, Mrkonjić, Njavro, 1993.:14)

Navodni značajni lokalni utjecaj odnosi se, zapravo, na vlasništvo zdravstvenih ustanova. Člankom 31. ZZZ određena je diferencijacija vlasništva čime je, ipak, u zdravstvenom sustavu učinjen iskorak u odnosu prema obrazovnom sustavu ili sustavu socijalne skrbi. U državnom su vlasništvu klinike kao samostalne ustanove, kliničke bolnice, klinički bolnički centri i državni zdravstveni zavodi. U vlasništvu su županija, odnosno Grada Zagreba, sljedeće ustanove: domovi zdravlja, ustanove za zdravstvenu njegu u kući, poliklinike, opće bolnice, specijalne bolnice, ljekarne, lječilišta, ustanove za hitnu medicinsku pomoć i zavodi za javno zdravstvo i transfuzijsku medicinu. U privatnom i mješovitom vlasništvu mogu biti sve ustanove u vlasništvu županija odnosno Grada Zagreba, izuzev doma zdravlja, ustanove za hitnu medicinsku pomoć, zavoda za javno zdravstvo i transfuzijsku medicinu. Sukladno tom rješenju te Zakonu o ustanovama predviđeno je i upravljanje zdravstvenim ustanovama. Člankom 47. i 48. ZZZ utvrđeno je da je najvažnije tijelo upravljanja ustanovom u državnom vlasništvu upravno vijeće. Upravno vijeće ustanove u državnom vlasništvu ima devet članova, od čega pet imenuje vlasnik na prijedlog ministra zdravstva. Upravno vijeće ustanove u županijskom vlasništvu ima pet članova, od čega tri imenuje vlasnik, tj. županija ili Grad Zagreb. Tim je rješenjima, neovisno o diferencijaciji vlasnika, naglašen jak državni utjecaj u upravljanju zdravstvenim ustanovama. Činjenica je i to da je funkcionalna razdioba zdravstvenih ustanova na tri razinama - primarna (domovi zdravlja, ustanove za hitnu medicinsku pomoć, ustanove za zdravstvenu njegu u kući, ljekarne), sekundarna (poliklinike, bolnice, lječilišta) i tercijarna (državni zdravstveni zavodi, kliničke ustanove) - u upravljačkom smislu svedena na spomenute dvije razine.

Sukladno novom političkom i gospodarskom sustavu Hrvatske te sukladno rješenjima o upravljanju zdravstvenim ustanovama oblikovano je financiranje zdravstvenog sustava. Neovisno o mogućnostima postojanja dopunskoga i privatnoga zdravstvenog osiguranja (čl. 60-63. ZZO) zdravstveni se sustav temelji na obveznom osiguranju sveg stanovništva. Temeljem toga Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) postaje središnjom financijskom institucijom, tj. glavnim financijerom cjelokupne zdravstvene skrbi. Time je Zavod dobio obrise financijske osiguravajuće kuće koja je, međutim, odgovorna ne samo (ili dominantno ili izravno) onima koji

uplaćuju doprinose već državi, tj. Vladi Republike Hrvatske i Ministarstvu zdravstva. Člankom 71. ZZO određeno je, naime, da Upravno vijeće Zavoda od devet članova imenuje Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministra zdravstva, a sastoji se od četiri predstavnika zdravstvenih djelatnika iz zdravstvenih ustanova i privatne prakse, tri predstavnika osiguranika i dva predstavnika poslodavca. Nadzor na radom Zavoda provodi u potpunosti Ministarstvo zdravstva, a direktora Zavoda ne imenuje upravno vijeće, već Vlada na prijedlog ministra zdravstva. Takvo rješenje zakonodavac opravdava činjenicom da država financira zdravstveni sustav i iz državnog proračuna te da joj se time najizravnije nameće obveza podmirivanja godišnjeg manjka. Osim toga: "Zakonodavac je odredio da se obveze vlasnika odrede u aktima o osnutku ustanove, a te obveze bi se trebale odnositi na dio troškova održavanja i obnove zgrada, instalacija i opreme. Tako se ističe i potiče lokalna briga za razvoj zdravstvene djelatnosti." (Hebrang, Njavro, Mrkonjić, 1993.:28)

Najnoviji podaci Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje, obrađeni na osnovi godišnjih izvješća zdravstvenih ustanova za 1999. godinu, pokazuju da zdravstvene ustanove najveći dio svojih prihoda (85,64%) ostvaruju iz poslovanja s HZZO-om. Kod bolničkih zdravstvenih ustanova taj je udio još viši i iznosi 93,5%. Podaci prikupljeni anketom za potrebe ovog rada u dijelu županija i gradova o sufinanciranju zdravstvenih ustanova za 1999. godine pokazuju da županije izdvajaju prosječno 5% do 7% svojih proračunskih sredstava za zdravstvenu djelatnost, premda realan iznos ovisi o financijskim mogućnostima županije. Kod gradova koji nemaju zakonske obveze sufinanciranja situacija je vrlo različita te ima gradova koji izdvajaju relativno velike iznose (primjerice Rijeka), onih koji izdvajaju manje iznose, ali ipak pomažu svoje zdravstvene ustanove te različite zdravstvene programe (primjeri Karlovca, Makarske, Raba) te najveći broj onih gradova koji ne izdvajaju nikakve iznose iz svojih proračuna. U tom su smislu u relativno nepovoljnom položaju svi oni zdravstveni programi koji se mogu odnosno moraju razvijati na razini lokalne zajednice.

Novi hrvatski zdravstveni sustav zaista je uspostavljen na zadovoljavajućoj razini zdravstvenom reformom iz 1993. godine što je, primjerice, Svjetska banka ocijenila najvišom ocjenom (Svjetska banka, 1997.). Osim toga, nešto kasnije započinjanje privatizacije uslijed rata omogućilo je sagledavanje

iskustava drugih tranzicijskih zemalja, odnosno pridonijelo je zauzimanju stajališta "Svjetske zdravstvene organizacije koja drži kako je osnovni problem privatizacije i decentralizacije što ih se rabi kao ciljeve po sebi, a ne kao sredstva da se postignu bolji zdravstveni učinci" (Orešković, Skupnjak, 1999.:613-614). No, s druge strane, već je sredinom devedesetih postalo jasno da u zdravstvenom sustavu tinjaju mnogi problemi, koji su produbljivanjem gospodarske krize svršetkom devedesetih dosegli dramatične razmjere. Stoga je već ista analiza Svjetske banke, koja je reformu iz 1993. godine ocijenila impresivnom, upozorila na nekoliko područja trajnih napetosti. Oni, naravno, izviru iz visokih troškova za zdravstvo koji svršetkom devedesetih dosegli su oko 10% BDP-a, što se ne može opravdati nikakvim boljim zdravstvenim indikatorima u usporedbi sa zemljama sa sličnom strukturom zdravstvene potrošnje (World Bank, 1999.). Proračunski su mehanizmi u zdravstvu takvi da ne osiguravaju dovoljnu kontrolu troškova, posebice bolničkih izdataka te gotovinskih davanja (bolovanja i porodne naknade). Poseban je problem sveopća nelikvidnost, a to se na primjeru Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje izražava u nenaplaćenim potraživanjima u iznosu od 2,7% BDP-a do kraja 1998. godine, odnosno u mjesečnom deficitu od 160 milijuna kuna sredinom 1999. godine (World Bank, 2000.). Nadalje, mnogi su zdravstveni problemi u Hrvatskoj vezani uz životne stilove i nedovoljnu prevenciju bolesti, što kazuje da se veća pozornost treba pokloniti programima javnog zdravlja. U tome važnu ulogu treba igrati i primarna zdravstvena zaštita koja i dalje ostaje relativno zanemarenom i neučinkovitom razinom zdravstvenog sustava.

Rješavanju problema hrvatskoga zdravstva mogu pripomoći jedino vrlo različiti mehanizmi odgovora. Dio se rješenja, međutim, može upravo pronaći unutar strategije decentralizacije. O tome govore i komparativna iskustva drugih zemalja.

Komparativna iskustva organizacije zdravstvenih sustava

Decentralizacija zdravstvenih sustava može se primjereno sagledavati i razumjeti jedino unutar konteksta različitih tradicija zdravstvenih sustava ili, točnije, različitih načina organizacije zdravstvenog osiguranja. Te se različite tradicije, unutar europskog okruženja, mogu prepoznati u bismarckovskom i beveridgeovskom naslijeđu.

Bismarckovski zdravstveni sustav oblikovan je Bismarckovim socijalnim zakonima u osamdesetim godinama 19. stoljeća te osuvremenjen prema načelima socijalno-tržišnog gospodarstva nakon Drugoga svjetskog rata. Zdravstveni sustav je organiziran i financiran na osnovi socijalnog osiguranja, tj. plaćanjem doprinosa za zdravstveno osiguranje u poseban fond. Ovdje, dakle, nije riječ o nacionalnom zdravstvenom sustavu, iako je velik postotak stanovništva zdravstveno osiguran, a to, između ostalog, znači da fondovi zdravstvenog osiguranja, medicinska profesija i zdravstvena industrija zadržavaju relativnu autonomnost u odnosu prema državi (Ginsburg, 1992.:90). Odnos između fondova te liječnika opće prakse i bolnica rješava se ugovorima, a bolnice su većinom u vlasništvu lokalnih i regionalnih vlasti te u vlasništvu crkva i drugih neprofitnih organizacija. Taj sustav omogućuje veću depolitizaciju i decentralizaciju zdravstvenih sustava u odnosu spram nacionalnih zdravstvenih sustava, ali je ovdje i snažniji javno-privatni *mix*, koji koji dolazi do izražaja kako u privatnom osiguranju tako i u privatnoj zdravstvenoj opskrbi. U Njemačkoj je, primjerice, udjel javnih troškova u ukupnim zdravstvenim troškovima bio uvijek znatno veći nego u SAD, ali manji nego u Ujedinjenom Kraljevstvu ili Švedskoj (Hill, 1996.:110-111).

Beveridgeovski sustav svojim imenom podvlači utjecaj lorda Beveridgea u oblikovanju britanske socijalne države nakon Drugoga svjetskog rata, koja je svoj najvažniji izraz i najjači simbol dobila upravo organizacijom nacionalne zdravstvene službe (*National Health Service - NHS*) 1948. godine. Zdravstveni je sustav sveobuhvatan, u državnom vlasništvu, porezno financiran i većinom besplatan za konzumente (Ginsburg, 1992.:178). Od šezdesetih godina javni zdravstveni troškovi iznose oko 90% svih zdravstvenih izdataka i po tome je Ujedinjeno Kraljevstvo slično Švedskoj, što ujedno znači iznad prosjeka OECD-a prema udjelu javnih izdataka. NHS utjelovljuje kolektivistički pristup socijalnim pravima, što ga čini gotovo jedinstvenim slučajem unutar zapadnog svijeta. Ipak, taj sustav nije mogao izbjeći niz problema kao, primjerice, dominaciju bolničke znanstvene medicine, podfinanciranost, relativno duge liste čekanja i sl., što je možda i objašnjenje činjenice da su ukupni zdravstveni troškovi u UK niži nego u ostalim zemljama (Hill, 1996.:110-111). Nacionalni zdravstveni sustav omogućuje značajnu državnu kontrolu, posebice u pitanjima financiranja, ali je, zauzvrat, medicinskoj profesiji ostavljena velika kontrola u uprav-

ljanju zdravstvenim jedinicima, a kako liječnici opće prakse, tj. obiteljski liječnici nisu integrirani u NHS sustav, njihova uloga nije atrofirala u mjeri u kojoj se to desilo u drugim zemljama.

Osnovne osobine nacionalne zdravstvene službe, ali ipak nešto drukčije oblikovane, nalazimo i u Švedskoj, tj. na primjeru skandinavskih socijaldemokratskih socijalnih država, a u sedamdesetim i osamdesetim godinama i zemlje Južne Europe posežu za modelom oblikovanja nacionalne zdravstvene službe. Usprkos nizu sličnih karakteristika te se službe oblikuju unutar posebnih tipova socijalnih država i posebnih povijesno-nacionalnih specifičnosti te se i takvi sustavi često razlikuju u nekim bitnim elementima. Konačno, valja znati da je i britanska nacionalna zdravstvena služba doživjela mnoge promjene svršetkom razdoblja tačerizma te je danas ona u nekim bitnim aspektima promijenjena u odnosu prema prvotnom modelu.

Razlike između tih dvaju sustava zdravstvenog osiguranja dodatno se kontekstualiziraju unutar različitih tipova političko-teritorijalne organizacije pojedine zemlje te unutar različitih tipova političke organizacije zdravstvene službe. Kada je riječ o odgovornosti za primarnu i sekundarnu zdravstvenu zaštitu, u Europi je identificirano šest dominantnih sustava (Green, 1998.). Kod prvoga je primarna odgovornost na općinama (*municipalities*) - taj je sustav najrazvijeniji u Finskoj, a slijede ga i neke postkomunističke zemlje (Estonija, Letonija, Bugarska...). Drugi je sustav karakterističan za bivše zemlje Sovjetskog Saveza koje u zdravstvenoj zaštiti nastavljaju s praksom demokratskog centralizma. Treći je sustav tzv. interaktivnih provincija. Tom modelu pripada niz zemalja (Grčka, Nizozemska, Turska, većina zemalja Srednje Europe) - u njima provincije igraju veliku ulogu u raspodjeli odgovornosti za zdravstveni sustav, iako su rješenja odnosa s centralnom vlašću vrlo različita. Sljedeći model naglašuje autonomnost nižih administrativnih jedinica (*counties*) jer one ne čine dio hijerarhijskog ustroja vlasti (Danska, Švedska, Norveška, Mađarska...). Model federalnih regija karakterističan je za federalne države - u njima je ne samo odgovornost na regijama (najčešće *cantons* ili *Länder*) već i na nižim jedinicama vlasti te je raspodjeljenja vrlo različitom vlasničkom strukturom zdravstvenih jedinica (Belgija, Njemačka, Austrija, Italija...). Konačno, centralizirane zdravstvene sustave imaju najčešće male europske države (Island, Malta, Slovenija...).

Ta podjela pruža jasniji okvir proučavanju promjena zdravstvenih sustava u nizu zemalja u osamdesetima i devedesetima. Te se promjene ne mogu objasniti samo konceptom decentralizacije, premda je strategija decentralizacije bitna sastavnica promjena.

Novija OECD-ova studija zaključuje da mnoge zemlje odgovornost za niz usluga zdravstvene skrbi spuštaju na lokalnu razinu te da to čine zbog više razloga:

1. kako bi se povećala kvaliteta usluga, jer su lokalne vlasti sposobnije za bržu prilagodbu potrebama stanovništva;
2. kako bi se povećala učinkovitost troškova i koordinacija;
3. kako bi se, zbog starenja stvanovništva, razvijali sustavi podrške u zajednici usmjereni prema novim potrebama stanovništva. (Kalisch, Aman and Buchele 1998.)

Na sličan način o prednostima i, čak, atraktivnostima decentralizacije govori i studija Svjetske zdravstvene organizacije (*European...*, 1996.). Ona naglašuje da je u Europi prošireno razočaranje velikim, centraliziranim i birokratiziranim institucijama te da se, unutar tog konteksta, mogu navesti mnoge prednosti decentraliziranih institucija: one su fleksibilnije, učinkovitije, inovativnije, sposobnije u aktiviranju građana i lokalnih grupa itd. Međutim, uspješna decentralizacija traži specifične društvene i kulturne preduvjete i možda je to okvir unutar kojeg se mogu pronaći i njezini mogući negativni učinci: fragmentirane usluge, slabljenje centralnih zdravstvenih službi, političke manipulacije posebnim interesima, nepravičnost te slabljenje položaja i statusa javnog sektora. U tom se dokumentu također navodi da je privatizacija krajnji oblik decentralizacije, ali valja reći da u tom stajalištu treba biti oprezan kako se ne bi negativnosti privatizacije u zdravstvenom sektoru jednostavno podvele pod opasnosti decentralizacije.

Mogućnosti i opasnosti decentralizacije zorno se mogu vidjeti na primjeru Italije. Usprkos tome što je Italija 1978. godine uvela nacionalni, univerzalni zdravstveni sustav Beveridgeovog tipa, on je u svojoj biti vrlo decentraliziran (Spence, 1996.; Niero, 1996.; Ferrera, 1996.; ISSA, 1996.) Financiranje zdravstvene zaštite određivalo se na godišnjoj osnovi Zakonom o proračunu. Dio proračuna određenog za zdravstvo (tj. oko 90% zdravstvenog udjela) distribuirao se kroz Nacionalni zdravstveni fond

(*Fondo Sanitario Nazionale*) regionalnim vladama te, kroz regije, lokalnim zdravstvenim vlastima (*Unità Sanitaria Locale*), kojih je u Italiji bilo 673 i koje su, zapravo, upravljale cijelim zdravstvenim sustavom. To je lokalnoj razini davalo veće značenje od regionalne (20 regija) i nacionalne. Lokalne su zdravstvene vlasti imale potpunu organizacijsku, administrativnu, financijsku i upravnu autonomiju. Praksa je, međutim, pokazala da je takva administrativna organizacija isuviše kompleksna te da generira dva ozbiljna problema: neracionalno trošenje te velik utjecaj političkih struktura na lokalnim razinama (riječ je o specifičnoj varijanti partitokracije koja je u Italiji najviše dolazila do izražaja u socijalnom području). Vjerojatno je i to razlog što su Talijani bili najmanje zadovoljni svojim zdravstvenim sustavom u usporedbi s drugim europskim zemljama.

Jedan od osnovnih ciljeva zdravstvene reforme (koja je stupila na snagu 1994. godine) bilo je uklanjanje tih negativnosti, ali ne i ideje decentralizacije. To je učinjeno na taj način da su lokalne zdravstvene vlasti temeljito reorganizirane, a veća je odgovornost i moć dana regijama. Regije imaju sada veću moć i odgovornost u planiranju, investiranju, kontroli lokalnih zdravstvenih vlasti i osiguranju kvalitete usluga. Regije su zadužene za kooperaciju i koordinaciju s drugim regijama i između lokalnih jedinica. Lokalnim su zdravstvenim vlastima (a njihov je broj smanjen za pola) oduzete mnoge funkcije, poglavito u pogledu upravljanja bolnicama. Javne bolnice postaju nezavisne institucije, odgovorne za svoje financijsko i administrativno poslovanje te one same ugovaraju opseg zdravstvenih usluga s lokalnim zdravstvenim vlastima, na isti način kao što su to radile i privatne bolnice. Regije postaju potpuno financijski odgovorne za zdravstveni sustav svoje regije i dužne su nadoknaditi svaki nepredviđeni trošak lokalne razine. Vjeruje se da takav sustav, uz mnoge druge promjene koje su se dogodile u zdravstvenom sektoru, može osigurati financijsku dugovječnost univerzalnoj zdravstvenoj skrbi, izgrađivati demokratski utjecaj u zdravstvu kroz ravnotežu lokalne i regionalne odgovornosti te omogućiti bolji zdravstveni standard svima koji to mogu platiti (uvođenje različitih shema zdravstvenog osiguranja i sl.).

Njemačko recentno iskustvo također je zanimljivo, iako polazi od potpuno različitog naslijeda administrativne i financijske organizacije. Sukladno sustavu relativno autonomnog zdravstvenog osiguranja i naglašenog javno-

-privatnog *mixa*, savezne su zemlje (*Länders*) najodgovornije za organizaciju zdravstvene službe na svome teritoriju te donose svoje posebne zakone prema zakonodavnom nacionalnom okviru. Dio odgovornosti spušta se i na niže razine vlasti (gradovi i općine). Reforma zdravstvenog sustava iz 1993. i 1996. godine (prva i druga faza) nije dovela u pitanje sustav zdravstvenog osiguranja, ali su savezne zemlje (uz fondove) postale odgovornije za financijsku održivost sustava (ISSA, 1996.). Kako je Njemačka, među zapadnim zemljama, bilježila najveću prosječnu dužinu bolničke njege, jedan od ciljeva novog zakona bilo je smanjenje broja bolničkih kreveta 15%. Međutim, savezne zemlje mogu zadržati veći broj kreveta, ali to moraju nadoknaditi iz vlastitih prihoda. Svaka savezna zemlja morala je uvesti financiranje zasnovano na zdravstveno definiranim jedinstvenim naknadama. Osim toga, zdravstveni fondovi samostalno odlučuju hoće li sklapati ugovore s liječnicima, što ovisi o potrebama određenog teritorija, čime se ograničava potpuna sloboda liječnika da rade u područjima u kojima ih već ima dovoljno.

Skandinavske zemlje tradicionalno razvijaju decentralizirani administrativni sustav, što se ogleda i u zdravstvenom sustavu, i to usprkos njegovim nacionalnim, javnim, univerzalnim obilježjima. U Švedskoj su regionalna vijeća (*county councils*, engl.) ustanovljena već sredinom 19. stoljeća u svrhu upravljanja javnim bolnicama. Sredinom šezdesetih godina 20. stoljeća 26 švedskih regija (*county*) preuzelo je veću odgovornost u zdravstvenoj skrbi, što je zaokruženo Zakonom o zdravstvu i medicinskoj službi iz 1983. godine (Ginsburg, 1992.; Jones, 1996.; Gould, 1996.). Regionalne su vlasti odgovorne za:

- promociju zdravlja stanovnika svojeg područja,
- osiguranje pristupa dobroj medicinskoj skrbi, što uključuje, gdje je potrebno, osiguranje adekvatnog transporta,
- planiranje i razvijanje zdravstvenih usluga shodno ukupnim potrebama stanovništva regije,
- uključivanje u planove razvoja zdravstvene službe koje osiguravaju industrijski sektor, privatna praksa i općinske školske medicinske usluge.

Oko 60% troškova zdravstvene zaštite pokriva se prihodom od poreza na dohodak koji prikupljaju regije. Nacionalna vlada pridonosi sa sljedećih

15% koji se regijama doznačuje diferencirano, radi kompenziranja nejednakosti u regionalnim razinama dohotka. Regionalna vijeća, stoga, kontroliraju oko 75% ukupnih zdravstvenih troškova. Preostalih 25% potrebnih sredstava osigurano je iz nacionalnih sredstava (obrazovanje i istraživanje), participacije i zdravstvenog osiguranja.

I švedski je zdravstveni sustav podložan nizu promjena. Početkom devedesetih godina 20. stoljeća objavljen je niz dokumenata koji analiziraju stanje zdravstvenog sustava i njegove osnovne boljke: visoki troškovi sustava, nužnost povećanja participacije, problem atrofije uloge liječnika opće prakse i nastojanje uvođenja obiteljskih liječnika, rastući trend privatizacije. U snižavanju troškova pokušavaju se primijeniti britanska iskustva uvođenja tržišnog mehanizma unutar zdravstvenog sustava, dok se bitna rasprava vodi o razmjerima i posljedicama privatizacije na javni sustav (Lehto, Moss, Rostgaard, 1999.). Usprkos svemu sve evidentirane promjene, barem zadasa, ne dovode u pitanje administrativnu i financijsku strukturu zdravstvenog sektora.

Srednjoeuropske zemlje nakon 1989. godine poduzimaju, također, niz reformskih koraka, unutar kojih se decentralizacija javlja kao bitna tendencija, zajedno s privatizacijom i komercijalizacijom (Lawson, Nemec, 1998.; Marée, Groenewegen, 1997.; Orešković, Skupnjak, 1999.) Tendencija decentralizacije posebno se javlja u kontekstu suprotstavljanja dotadašnjem centraliziranom i ideologijski nadziranom modelu, tzv. modelu Semaško. Unutar tih zajedničkih trendova svaka srednjoeuropska zemlja razvija svoj vlastiti model te se susreće s posebnim problemima funkcioniranja zdravstvenog sustava.

Mađarski je primjer vrlo ilustrativan. Strategiju decentralizacije moguće je odčitati unutar dvaju paralelnih procesa. Prvi započinje s donošenjem Zakona o lokalnoj vlasti iz 1990. godine kojim je raspodijeljena odgovornost između centralne i lokalnih vlasti s obzirom na zdravstvenu službu. Vlasništvo nad bolnicama preuzele su lokalne jedinice, koje su ujedno preuzele i brigu za održavanje zgrada, investicije te zamjenu i modernizaciju opreme. Drugi proces ogleda se u promijenjenom načinu financiranja zdravstvene skrbi. Godine 1989. financiranje je promijenjeno u sustav osiguranja osnivanjem zajedničkog Fonda socijalnog osiguranja za

sve osigurane rizike. Tri godine kasnije taj je fond podijeljen u dva - mirovinski i zdravstveni. Fond zdravstvenog osiguranja postaje jedino odgovornim za financiranje zdravstvene skrbi te je nadgledan od Ministarstva i odgovoran parlamentu. Od 1993. godine Fondom upravlja nezavisno tijelo sastavljeno od predstavnika poslodavaca i zaposlenika. Time je u potpunosti oblikovan nov sustav i čini se da je mađarsko iskustvo najzaokruženije u smislu organizacije konzistentnog i relativno decentraliziranog sustava. Tim više što Mađarska nije brzala s privatizacijom zdravstvenog sektora, kao što su to učinile neke druge postkomunističke zemlje. To, međutim, još ne znači da je Mađarska lišena mnogih problema zdravstvenog sustava: pitanje nedostatnih sredstava, nužnost daljnjeg razvoja primarne zdravstvene skrbi i sl.

Lokalna samouprava i promocija javnog zdravlja

Premda Hrvatska ima dugu i respektabilnu tradiciju razvoja javnog zdravlja, nedvosmislena veza koncepta promocije zdravlja s razvojem i mogućnostima lokalne zajednice nalaže kratko spominjanje i te teme.

Koncept javnog zdravlja povijesno počinje s pitanjem rješavanja niza sanitarnih i epidemioloških problema, a ta su pitanja, s druge strane, posebno potencirana razvojem gradova te su većinom činila te i danas čine dio njihove neotuđive odgovornosti. Suvremeni pojam promocije zdravlja znači, međutim, mnogo više. O tome govori niz svjetskih konferencija i projekata koji uobličuju viziju razvoja zdravlja za sve te se granaju u niz nacionalnih i lokalnih akcija javnozdravstvene politike. Taj niz započinje deklaracijom Svjetske zdravstvene organizacije *Zdravlje za sve* iz 1977. godine i deklaracijom iz Alma Ate o razvoju primarne zdravstvene zaštite 1978. godine. Slijede: Ottawska deklaracija o unapređenju zdravlja s Prve međunarodne konferencije o unapređenju zdravlja (1986.), Preporuke iz Adelaide (1988.), Deklaracija iz Jakarte (1997.), Aalborška povelja europskih gradova i mjesta o održivom razvoju (1994.), projekt Svjetske zdravstvene organizacije *Zdravi grad*, europski dokumenti i programi *Zdravlje 21* i *Dnevni red za 21. stoljeće* itd., itd.

Projekt zdravih gradova (u kojem Hrvatska sudjeluje gotovo od samih početaka, tj. od 1987. godine kada se Zagreb priključio europskoj mreži

projektnih gradova), iako u sebi ne sumira sve sastavnice unapređenja zdravlja, najjasnije pokazuje kako se tek unutar potencijala lokalne zajednice može uspješno razvijati javna politika zdravlja. To najbolje pokazuje činjenica da je bit ovog projekta koncept grada - tj. "onog što grad jest i što bi kao zdravi grad mogao postati. Grad se shvaća kao složeni organizam koji živi, diše, raste i stalno se mijenja. Zdravi je grad onaj koji unapređuje svoju okolinu i proširuje svoje resurse kako bi ljudi, dajući podršku jedni drugima, mogli doseći svoj najviši potencijal" (Dvadeset stepenica..., 1992.:8). Osim toga, posebna je vrijednost tog projekta što uspješno njeuguje cjelovit pristup problemima siromaštva, nasilja, društvene izolacije, nezadovoljenih potreba, nejednakosti, onečišćenja okoliša itd. te pokazuje nužnost toga pristupa.

Hrvatska i svjetska iskustva govore o tome da je razvijena lokalna samouprava, s jedne strane, pretpostavka ozbiljenja javne zdravstvene politike te da je, s druge strane, poticaj samoorganizaciji i sudjelovanju građana u rješavanju niza potreba njihove zajednice. Da bi grad ili neka druga lokalna sredina mogli zadovoljiti potrebe svojih stanovnika i uspješno se razvijati, potreban je niz preduvjeta: vizija, organizacija, sredstva, participacija, međusektorsko djelovanje i sl. Riječ je, svakako, o dugoročnom i promjenjivom procesu, ali tom procesu valja dati poticaj i prioritet. No, važnost tog procesa ne ogleda se samo u području promocije zdravlja, već u širem prostoru organizacije društva. Sumirajući niz iskustava javne zdravstvene politike na lokalnoj razni, Evers zaključuje kako je javna zdravstvena politika mjesto u kojem se oblikuju šire promjene u području političkog odlučivanja, tj. mjesto u kojem se one potiču u području zdravstva (Evers, Farrant, Trojan, 1990.:90). Treba prepoznati da javna zdravstvena politika nije isključivi posao centralne vlasti, već da je riječ o tzv. miješanoj političkoj ekonomiji socijalnoga gdje se mijenjaju granice i odgovornosti. Državi se time ne oduzima njena osnovna odgovornost, ali se naglašuje područje u kome se ozbiljuje društvo - područje lokalne zajednice, mikroorganizama, građanskih inicijativa, tj. vrlo različitih i fleksibilno organiziranih grupa. To sve, međutim, uključuje još niz delekosežnih poruka u području organizacije zdravstvene i socijalne politike: intersektorsko planiranje i političko odlučivanje, ravnotežu između sukoba i suradnje, pristup informacijama i znanju, važnost javnog mnijenja u području zdravlja, povezanost nejedna-

kosti u zdravstvu s društvenim nejednakostima, ravnotežu između protektivnih i promotivnih elemenata u zdravstvenoj i socijalnoj politici i sl.

Zaključak

Posljednje rečenice prethodnog poglavlja još jednom svjedoče o tome kako je zdravstvena politika izravno povezana s cjelokupnom društvenom organizacijom te, posebice, organizacijom socijalnog sustava pojedine zemlje. U tom je smislu pitanje decentralizacije dvostruko povezano sa zdravstvenim sustavom. Organizacija zdravstvenog sustava u velikoj mjeri prati osnovne konture državne organizacije te objedinjuje niz povijesnih i kulturnoloških osobitosti pojedinih naroda. Istodobno, nove se inicijative u razvoju zdravstvene politike teško realiziraju mimo razvoja i sve veće uloge intermedijalnih razina te različitih nedržavnih subjekata.

Decentralizacija, ipak, nije sveprožimajući koncept organizacije zdravstva. Komparativna svjetska iskustva pokazuju da se prva i osnovna odluka tiče osnovnog načina financiranja zdravstva. Sustav zdravstvenog osiguranja već bi sam po sebi morao jamčiti relativnu autonomiju zdravstvenog sustava. Ipak, ni državno nadzirano porezno financiranje ne mora značiti apsolutnu dominaciju centralne vlasti. Regionalizacija pojedine zemlje može se uspješno očitovati i unutar javnoga zdravstvenog sustava. Ovdje valja upozoriti i na činjenicu da veća uloga regionalnih i lokalnih vlasti ne znači samo zamjenu centralne državne dominacije nižom razinom. Uloga je države, neovisno o kojoj je razini riječ, ograničena kako sve većom potrebom troškovne racionalizacije (gdje osobito dolazi do izražaja autonomno-menadžerski princip upravljanja zdravstvenim jedinicima) tako i sve većom ulogom privatnih profitnih i privatnih neprofitnih subjekata. Na kraju, svijest o važnosti i očuvanju zdravlja ne može se razvijati i kreativno primjenjivati bez jasne strategije razvoja zdravlja unutar demokratskih političkih sustava koji naglašuju aktivnu participaciju građana.

Sve su to dovoljni razlozi da se pitanju decentralizacije zdravstva, bez euforije o njezinim moćima, i u Hrvatskoj pokloni dolična pozornost.

Literatura

- Deset stepenica u razvoju projekta Zdravi grad (1992.) [Http://andrija.snz.hr/hcn](http://andrija.snz.hr/hcn).
- European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. Summary (1996.) Copenhagen: WHO
- Evers, A., Farrant, W., Trojan, A. (eds.) (1990.) *Healthy Public Policy at the Local Level*. Campus Verlag, Westview Press
- Ferrera, M. (1996.) The "southern model" of welfare in social Europe, *Journal of European Social Policy* 1:17-37.
- Ginsburg, N. (1992.) *Divisions of Welfare. A Critical Introduction to Comparative Social Policy*. Sage Publications
- Gould, A. (1996.) Sweden: The Last Bastion of Social Democracy, u: George, V. and Taylor-Gooby, P. (eds.) *European Welfare Policy. Squaring the Welfare Circle*. London: MacMillan Press Ltd.
- Green, G. (ed.) (1998.) *Health and Governance in European Cities. A compedium of trends and responsibilities for public health in 46 Member States of the WHO European Region*. London: EHMJ Ltd.
- Hebrang, A., Njavro, J., Mrkonjić, I. (1993.) *Komentar Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju*. Zagreb: Privredni biro
- Hebrang, A. (1994.) Guest Editorial. Reorganization of the Croatian Health Care System, *Croatian Medical Journal* 35(3):130-136.
- Hill, M. (1996.) *Social Policy. A comparative analysis*. Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf
- ISSA 25th General Assembly (1996.) The reform of health systems: Equity, efficiency and the quality of care, *International Social Security Review* 2:77-90.
- Jones, B. (1996.) Sweden, u: Wall, A. (ed.) (1996.) *Health Care Systems in Liberal Democracies*. London and New York: Routledge
- Kalisch, D. W., Aman, T. and Buchele, L. A. (1998.) *Social and Health Policies in OECD Countries: A Survey of Current Programmes and Recent Development*. Paris: OECD
- Kovačić, L., Šošić, Z. (1998.) Organization of Health Care in Croatia: Needs and Priorities, *Croatian Medical Journal* 39(3):249-255.
- Lawson, C., Nemeč, J. (1998.) Central European health reform: the case of Slovakia, 1990-7, *Journal of European Social Policy* 3:237-252.
- Lehto, J., Moss, N., Rostgaard, T. (1999.) Universal public social care and health services?, u: Kautto, M., Hvinden, B., Marklund, S., Ploug, N. (eds.) *Nordic Social Policy. Changing welfare states*. London and New York: Routledge
- Marée, J., Groenewegen, P.P. (1997.) *Back to Bismarck: Eastern European Health Care Systems in Transition*. Avebury
- Niero, M. (1996.) Italy: Right Turn for the Welfare States?, u: George, V. and Taylor-Gooby, P. (eds.) *European Welfare Policy. Squaring the Welfare Circle*. London: MacMillan Press Ltd.

- Orešković, S. (1995.) Health System Reorganization in Croatia in the Light of Major Reform Tendencies in OECD Countries, *Croatian Medical Journal* 36(1):47-54.
- Orešković, S., Skupnjak, B. (1999.) Zdravstveni privatizacijski pendulum, *Društvena istraživanja* 4(42):601-621.
- Projekt "Zdravi grad" i "Dnevni red za 21. stoljeće" u Hrvatskoj [Http://andrija.snz.hr/hcn](http://andrija.snz.hr/hcn).
- Renewing the Health-for-all Strategy* (1995.) Geneva: WHO.
- Spence, R. (1996.) Italy, u: Wall, A. (ed.) (1996.) *Health Care Systems in Liberal Democracies*. London and New York: Routledge
- Svjetska banka (1997.) Financiranje javnog sektora, reforma zdravstva i mirovinska reforma u Hrvatskoj, *Revija za socijalnu politiku* 3:265-285.
- The role of local authorities in the field of local social services. Basic report* (2000.) Istanbul: Conference of European ministers responsible for local government
- The World Health Report 1997. Conquering suffering. Enriching humanity* (1997.) Geneva: WHO
- Turek, S. (1999.) Reform of Health Insurance in Croatia, *Croatian Medical Journal* 40(2):143-151.
- Wall, A. (ed.) (1996.) *Health Care Systems in Liberal Democracies*. London, New York: Routledge
- World Bank (1999.) *Croatia. Health Policy Note*. Doc. no. 19505-HR
- World Bank (2000.) *Hrvatska. Program mjera za gospodarsku reformu i rast*. Tom 1 i 2. Odjel za Albaniju i Hrvatsku (ECC02).
- Zrinščak, S. (1999.) Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi, *Revija za socijalnu politiku* 1:3-19.

THE CHALLENGES OF DECENTRALIZATION IN THE SYSTEM OF HEALTH SERVICES

Summary

The potential and the prospects of decentralization in the formation of the Croatian system of health services has been discussed in the article. At first place, the Croatian system of health services, which has been formed after 1990, and completed by the adoption of the two pieces of legislation, on health protection and the health insurance in 1993, is described. The emphasis was put on the questions of organization, administration and finances of the system.

In order to answer the question whether and in which way the strategy of decentralization may contribute to solve the problems of the Croatian health services, a survey of comparative experiences with organization of the health services is presented in the article. Besides to the description of various ways of financing the systems, and the six modes of their territorial organization in Europe, the recent health services reforms in Italy, Germany, Sweden and Hungary have been presented.

They demonstrate that decentralization makes an important trend everywhere, but also that it arises mostly within the context of achieving a rationalization of expenses as well as an aspect of privatization of the system. Some instances point to possible risks of privatization.

At the end the attention was devoted to the important, but often neglected role of local self-government in a promotion of public health.

Key words: health services system, decentralization, financing, administration, public health