



# ZDRAVSTVENI PRIVATIZACIJSKI PENDULUM

Stjepan OREŠKOVIĆ  
Medicinski fakultet, Zagreb

Berislav SKUPNJAK  
Ured časnika za vezu sa  
Svjetskom zdravstvenom organizacijom, Zagreb

UDK: 614.255  
Pregledni rad

Primljeno: 4. 11. 1998.

Europski model konkurentnosti u zdravstvenoj zaštiti podrazumijeva privatnu inicijativu i privatno vlasništvo na svim razinama zdravstvenog sustava, ali pod uvjetom uravnoteženosti između elemenata jednakosti ("equity"), učinkovitosti ("efficiency") i pristupačnosti (accessibility) sustava zdravstvene zaštite. Uravnoteženost ta tri načela predstavlja sigurnu barijeru nekontroliranom rastu troškova, medikalizaciji i hipertehnologizaciji procesa liječenja te etički neutemeljenom isključivanju velikih skupina stanovnika iz sustava zaštite. U zemljama u kojima je kompetitivnost osobito izraženo (npr. SAD) kompetitivnost dovodi do izvrsnih rezultata u kliničkoj medicini. Međutim, ako profesionalno, individualno i institucionalno nadmetanje nije praćeno većim obuhvatom osiguranja, zdravstveno stanje pučanstva, usprkos visokim ulaganjima (znatno višim nego u ostalim industrijski razvijenim zemljama svijeta), može rezultirati niskom razinom zdravstvenog standarda u usporedbi s razinom ulaganja. U zemljama CCEE privatizaciji se pristupilo s pretpostavkom da je moguć privatizacijski "big bang" kao jedini put u tržišnu privredu. Rezultat su bili, gotovo bez iznimke u svim zemljama u tranziciji, golemi problemi u financiranju zdravstvene službe i institucionalni kolaps u pojedinim etapama reforme ili sektorima zdravstva. Kako se je taj proces odvijao u Hrvatskoj u proteklih osam godina? Koje su njegove zakonske pretpostavke, koji ekonomski instrumenti i koje posljedice taj proces ima za profesionalno organiziranje i status liječnika? U kojoj su mjeri dvije odrednice društvenog sustava koji je proklamiran Ustavom Republike Hrvatske (načelo tržišne ekonomije i poduzetništva te načelo socijalne države) našli odraz u novom sustavu zdravstva? Na ta pitanja autori daju odgovore u završnom dijelu rada.

Privatizacija je proces koji označava svjetsku ekonomiju kraja XX. stoljeća. Više od 8.500 poduzeća u zemljama svijeta koja su bila u vlasništvu države prešlo je u "privatne ruke". Od toga je 25 posto poduzeća privatizirano u zemljama u razvitku, a oko 75 posto u razvijenim zemljama. Proces privatizacije nema samo karakteristike globalnog trenda, uzimajući u obzir broj poduzeća i broj zemalja u kojima se odvija, već ga označava i probijanje ideoloških predrasuda o tome što doista može biti privatizirano. Ideja da se privatizacija može odnositi samo na mala poduzeća (promjena od državnog "obrta" u privatni) je radikalno napuštena. U zemljama u razvitku prodano je tridesetak poduzeća koja su po vrijednosti prelazila iznos od 19 milijardi dolara, što predstavlja iznos godišnjeg nacionalnog dohotka u Hrvatskoj (Kikeri, Nellis, i Shirley, 1992). Dogma o veličini poduzeća koje je moguće privatizirati nije jedina koja se napušta. Zajedno s njom napušta se i dogma o sadržaju privatizacije (što može, a što ne može biti upravljano od privatnih vlasnika). Malezija je prodala nacionalnu lutriju, Argentina zoološki vrt u Buenos Airesu, a Češka elitnu vilu bivše nomenklature.

Zašto se odvija proces privatizacije i kakva je njegova svrha? Odgovor na to pitanje je vrlo različit u različitim zemljama i u različitim sektorima. Vlade i ministarstva financija koja se susreću sa značajnim elementima fiskalne krize, otpočete mnogo ranije prije nastanka "Azijskog vala", pokušavaju već desetak godina povećati učinkovitost državne ekonomije te u tu svrhu unajmljuju nove menadžere i daju im plaće uvećane za postotke poslovnog uspjeha poduzeća. Nov pristup upravljanju državnim vlasništvom ipak se nije pokazao dostatnim u namjeri da se poveća učinkovitost i profitabilnost takvih poduzeća (Vickers i Yarrow, 1988). Kako bi se postigla veća produktivnost i brži rast profita, pristupilo se privatizaciji. U nekim slučajevima privatizacije (telefonske kompanije u Čileu, Meksiku, Britaniji) (Bishop i Kay, 1988) došlo je do udvostručenja kapaciteta, značajnog smanjenja troškova prema jedinici proizvodnje i poboljšanja kapitalne strukture poduzeća. Postoje i primjeri u kojima je nakon kraćeg vremena povećan i broj zaposlenih (studija četrdeset i jednog poduzeća u petnaest različitih zemalja svijeta) (Kikeri, Nellis, i Shirley, 1992). Važno je napomenuti kako je većina "priča o uspjehu" locirana u visoko ili srednje razvijene zemlje svijeta. Prema mišljenju stručnjaka svjetske banke, privatizacija je mnogo učinkovitija ako se odvija u razvijenom tržišnom okružju (Ott i Hartley, 1991).

Postoji li jedinstvena formula privatizacije?

Postoji mnogo različitih pravila privatizacije koja se različito primjenjuju u gotovo svakoj od zemalja koje pristupaju tom procesu. Sva ta pravila mogla bi se svesti na jedno univerzal-

● **TABLICA 1**  
Kako povećati  
konkurentnost,  
smanjiti troškove,  
raspodijeliti rizike,  
osigurati  
transparentnost

no pravilo: povećati konkurentnost pojedine firme i ukupnu konkurenciju na tržištu (Veljanovski, 1989). Unatoč tome, svaka zemlja, svaka regija, svaka kompanija mora tražiti svoja rješenja rabeći neke od tehničkih mogućnosti i preporuka koje navodimo u tablici 1.

Opća pravila privatizacije:

1. Privatizacija je uspješna ako se odvija u okviru širih programa povećanja učinkovitosti gospodarstva. Kao primjeri za takav pristup mogu služiti Novi Zeland, U. K. i Čile. Povećanje prihoda nije jedini, pa često niti primarni cilj države u postupku provođenja privatizacije. Mnogo značajnije je eliminiranje monopola i poticanje konkurencije. Same tehnike mogu biti različite: prodaja dionica, masovna privatizacija, financiranje potpomognuto od države, diskontna prodaja dionica zaposlenima ili angažiranje investicijsko-menadžerskih kompanija za vođenje skupina poduzeća samo su moguće tehnike koje nemaju nikakve univerzalne primjenjivosti.
2. Vrlo je važan zakonski okvir u kojem se privatizacija odvija. Osnovno je pitanje može li se postići win-win situacija u kojoj nisu na dobiti samo država (ili skupine u vlasti) i privatni kupac, već i potrošači, radnici. Iskustva iz zemalja Srednje Europe pokazuju da je zakonski okvir bio odlučujući za uspjehe i padove privatizacijskih programa.
3. "Menadžerska privatizacija" također može biti uspješan model. Privatiziranje menadžmenta bez privatizacije vlasništva pokazalo se vrlo uspješnim u sektorima koji ne privlače privatne investitore. Menadžerski ugovori, lizing i koncesije tehnike su kojima se ostvaruje takve ciljeve.
4. Transparentnost je iznimno važna za uspjeh. Pripremanje javno kontroliranih procedura natjecanja, priprema objektivnih kriterija i stalno nadgledanje postupka pokazali su se vrlo pozitivnim, a nedostatak transparentnosti doveo je do političkih sukoba (primjer Poljske).
5. Kontrola socijalnih troškova privatizacije je ključna za drugu fazu privatizacije. Programi koji uključuju financijsku podršku, novu izobrazbu za novo zaposlenje, dodatke za nezaposlene ključni su za smanjenje socijalnih troškova privatizacije.
6. U procesu promjene odnosa privatnog i državnog vlasništva privatizacija je ponekad manje važna od stimuliranja nastanka novih privatnih poduzeća. Zaustavljanje rasta javnog sektora i podupiranje privatnog može također biti učinkovitom strategijom.

Izvor: Kikeri, Nellis i Shirley, 1992.

## **ZDRAVSTVENO TRŽIŠTE: HOMO OECONOMICUS KAO TROSTRUKO PODIJELJENA OSOBA**

Sektor zdravstva predstavlja, gledajući postotak bruto nacionalnog dohotka koji se izdvaja za tu uslužnu djelatnost, najznačajniji dio nacionalne ekonomije razvijenih zemalja. Većina zemalja koje pripadaju skupini G-7 izdvaja između 9 i 14 posto bruto nacionalnog dohotka za financiranje zdravstva. U zdravstvenom sektoru vladaju posebne zakonitosti, gotovo neusporedive s "normalnim" funkcioniranjem zakona ponude i potražnje. Na tom se tržištu prodavači, naručitelji i davatelji usluga ne ponašaju u skladu s teorijom "racionalnih očekiva-

➤ **TABLICA 2**  
Sintagme koje  
označavaju zaokret  
prema stvaranju ili  
povećavanju uloge  
tržišta u sektoru  
zdravstva

nja". Upravo suprotno, pacijenti kupuju robu za koju ne znaju trebaju li je i u kojim količinama, liječnici propisuju intervencije ili lijekove kojima uglavnom ne znaju cijenu, a osiguravajuća društva plaćaju fakture za usluge kojima teško određuju ekonomsku ili medicinske učinke. "Homo oeconomicus" ovdje se nalazi u ulozi trostruko podijeljene osobe kojom ne upravlja uobičajeno prizivana "nevidljiva ruka" A. Smitha. Zbog toga je rast troškova u zdravstvu, u gotovo svim zemljama OECD-a u posljednjih dva desetljeća, prerastao okvire problema zdravstvenog sustava. Sredinom 1980-ih počela su se pojavljivati upozorenja o općoj neučinkovitosti zdravstvenog sustava. Kako bi se povećala učinkovitost, uvedeni su različiti mehanizmi: povećavanje konkurencije među davateljima usluga, naglasak na preventivnim aktivnostima, financijsko stimuliranje liječnika koji povećavaju uštede itd.

- 
- Tržišno usmjeren model zdravstva
  - Unutarnje tržište zdravstvenih usluga
  - Primjena tržišnih načela na zdravstvene probleme
  - Mješoviti tržišno orijentiran sustav zdravstva
  - Tržišni model izbora prioriteta u zdravstvu
  - Neograničeno djelovanje tržišta u sektoru usluga u zdravstvu
- 

Izvor: Skupnjak, 1997.

Otpočet je proces decentralizacije odgovornosti za upravljanje zdravstvenim ustanovama i financiranje zdravstvenih usluga. Konačno, u svim zemljama Europske unije privatni sektor počinje se sve više pojavljivati kao davatelj usluga bolničkom sektoru ("outsourcing"). Time se željelo povećati mogućnosti izbora korisnika usluga, što uobičajeno vodi povećanju učinkovitosti davatelja usluga (Deppe i Oreskovic, 1996). Takve promjene u europskoj regiji predstavljale su rezultat političkog prilagođavanja postkenesijanskom valu koji je otpočeo u SAD-u s poznatim ekonomskim liberalnim konceptom, popularno nazvanim "reganomika". Kao rezultat toga procesa u devedesetim godinama povećan je udjel privatnog sektora u zdravstvu u gotovo svim regijama svijeta. U zemljama koje su tradicionalno imale visok udjel privatnog sektora u zdravstvu taj je trend nastavljen (Maleziji je postotak liječnika u privatnoj praksi povećan s 43 posto u 1975. na 75 posto u 1996. U Indoneziji je gotovo polovica bolničkog sektora u privatnim rukama. U Južnoj Africi je 59 posto svih liječnika u privatnoj praksi, a u Zimbabweu 66 posto), a zemlje Europske unije uvelike su preslikale elemente sustava razvijenog u SAD-u ("managed care"). Stupanj udjela privatnog sektora u zdravstvu vrlo je određen i općim karakteristikama ekonomije u pojedinoj regiji svijeta (Kikeri, Nellis, i Shirley, 1992).

➤ **TABLICA 3**  
Razdioba zdravstvene  
potrošnje između  
javnog i privatnog  
sektora u regijama  
svijeta kao postotak  
ukupne zdravstvene  
potrošnje

Regija	Javno	Privatno
Zemlje OECD-a	61	39
Srednji istok	57	43
Bivše socijalističke ekonomije	71	29
Indija	22	78
Kina	59	41
Ostale azijske i pacifičke zemlje	39	61
Latinska Amerika i Karibi	61	39
Subsaharska Afrika	53	47

Izvor: The World bank, 1997.

### Privatizacija u zdravstvu: sličnosti i razlike

U zemljama u kojima je natjecanje davatelja usluga naročito izraženo (npr. SAD, Japan) vidljivi su izvrsni rezultati u kliničkoj medicini (SAD). Međutim, ako profesionalno, individualno i institucionalno nadmetanje nije praćeno većim obuhvatom osiguranja, zdravstveno stanje pučanstva, usprkos visokim ulaganjima (nerijetko dvostruko višim nego ostale industrijski razvijene zemlje; primjer SAD), može rezultirati niskom razinom zdravstvenog standarda.

Europske zemlje uglavnom nisu prihvatile model "managed carea" kao instrumenta stvaranja unutrašnjeg tržišta u zdravstvu. Taj model razvijen je u SAD-u kao alternativa visokom rastu troškova, rastu cijena zdravstvenih usluga, punih "franziza", brojnih iznimaka osiguravanju i relativno visoke participacije.

Europski model konkurentnosti u zdravstvenoj zaštiti također podrazumijeva privatnu inicijativu i privatno vlasništvo na svim razinama zdravstvenog sustava, ali pod uvjetom uravnoteženosti između elemenata jednakosti ("equity"), učinkovitosti ("efficiency") i pristupačnosti (accessibility) (*World Health Organization*, 1995) građana u uporabi sustava zdravstvene zaštite. Postoji uvjerenje da uravnoteženost ta tri načela predstavlja sigurnu barijeru nekontroliranom rastu troškova, medicalizaciji i hipertehnologizaciji procesa liječenja te socijalno neutemeljenom isključivanju velikih skupina stanovnika iz sustava zaštite.

U mnogim zemljama Europe privatizacija je obavljena samo kao transfer vlasništva, upravljanja i financiranja između središnje vlade i regionalnih vlada. *Municipalities* u Švedskoj i *counties* u Velikoj Britaniji preuzele su uloge prikupljanja i raspodjele dijela zdravstvenih sredstava, a sustavi nacionalne zdravstvene službe ili zdravstvenog osiguranja ostali su pod neposrednim ingerencijama države. Takva rješenja poduprta su uvođenjem konkurencije davatelja usluga, razdvajanjem naruči-

telja i izvršitelja usluga, mješovitim sustavom plaćanja liječnika i bolnica (uporabom metoda plaćanja po usluzi i glavarine), ugovaranjem konkretnih usluga, stvaranjem "nositelja budžeta" od liječnika obiteljske medicine te uvođenjem načela da "novac prati pacijenta" kroz cijeli proces od ulaska u sustav kod obiteljskog liječnika do izlaska iz zdravstvenog sustava. Može se reći da je uvođenje elemenata unutarnje konkurencije (koja je samo u nekim slučajevima identična s privatizacijom u zdravstvu) i stvaranje mješavine javnih i privatnih oblika financiranja i davanja usluga do sada dalo pozitivne učinke u Njemačkoj, Švedskoj, Velikoj Britaniji (Orešković, 1977).

## **PROCES PRIVATIZACIJE ZDRAVSTVA U ZEMLJAMA CEFTA-E**

---

Zdravstvo u pravilu slijedi sudbinu svekolikog javnog življenja i političkog sustava. To se izrazito očitovalo u industrijskim zemljama s netržišnim gospodarskim uređenjem. U tim zemljama, uz ostale čimbenike koji utječu na zdravlje stanovništva (zagađenje prirodne okoline nekontroliranim industrijskim razvitkom, izrazite socijalne razlike, nezdrav način življenja), i sam etatistički organiziran sustav zdravstva utjecao je na zabrinjavajuće loše zdravstveno stanje stanovništva. Sustav zdravstva nije jedini koji utječe na zdravstveno stanje stanovništva. Nerazvijen sustav odgoja za zdravlje, nedostatak zdravstvene informiranosti i neosmišljenost zdravstvene politike ubrajaju se u takve nepovoljne činitelje (Kanavos, 1996). Izostanak brige za okoliš, loša kvaliteta života, podrška rizičnom zdravstvenom ponašanju u sredstvima masovnog pripočavanja (reklamiranje cigareta, alkoholnih pića) rezultirali su vrlo lošom zdravstvenom situacijom. I druge odrednice zdravlja koje, u nesretnoj kombinaciji raznih nepovoljnih čimbenika, kakve smo nalazili u bivšim socijalističkim zemljama, njihovoj multifaktorijalnosti, stvaraju "sustav nepovoljnih okolnosti" koje označava i istodobnost procesa prve, druge i treće epidemiološke tranzicije.

U takvim okolnostima ljudi su gubili osjećaj odgovornosti za vlastito zdravlje, o unapređenju zdravlja nije se niti govorilo, zdravstvena samosvijest bila je na najnižoj mogućoj razini. Takve prilike stvorile su veliki teret bolesti, pa se veći dio zdravstvenih sredstava trošio na kurativne intervencije. Zbog toga što je veći dio sredstava usmjeren na liječenje, nedostajala su sredstva za promicanje zdravlja i prevenciju bolesti, čime je zatvoren začarani krug (Skupnjak, 1996). Sličan mehanizam "začaranog kruga palijativnih mjera" djeluje i u području ekološke politike i s njom povezanog okolinskog zdravlja. Nehaj, nebriga i neznanje vodili su u ekološke hazarde (poput Černobilske katastrofe) koji su ubrzo ubirali danak bolesti i prerane smrti.

Razne frustracije, niska kvaliteta života, odsutnost drugih oblika uživanja i ugone, loši uzori, a ponekad i ponegdje nedostatak brige u onih koji bi trebali alarmirati javnost (zdravstveni i prosvjetni radnici, primjerice) rezultirali su povećanjem broja pušača što je dodatno vodilo pogoršavanju zdravstvenog stanja. U zemljama koje su nekad imale socijalističke sustave sa centraliziranom/netržišnom privredom to je dovelo do rapidnog rasta kardiovaskularnih bolesti.

Prema analizi koju su sastavili stručnjaci iz odjela za analizu zdravstva Svjetske zdravstvene organizacije tome je pridonosila i slaba zdravstvena zaštita. Podržavanje sustava zdravstva, uz istodobnu odsutnost privatne inicijative i kompeticije, unatoč sveobuhvatnosti zdravstvene zaštite (kao što je bio slučaj u zemljama bivšeg Istočnog bloka, odnosno u industrijskim zemljama s netržišnim gospodarskim uređenjem), uz nepovoljne ostale činitelje (opći stil življenja, okolišne prilike) doveli su do zabrinjavajućeg zdravstvenog stanja naroda (World Health Organization, 1995).

Dotadašnji tzv. "Semaško – sustav" označen strogom etatizacijom, pretjeranom regulacijom, potpunom odsutnošću bilo kakve privatne inicijative, s niskim, zapravo krajnje oskudnim financiranjem i praktično nepostojanjem primarne zdravstvene zaštite (jer je ona bila u pravilu u ingerenciji područnih poliklinika), morao je biti promijenjen. Uz ostalo – na to su nagnale ne samo tekuće političke promjene i temeljita rekonstrukcija naslijeđenih zdravstvenih sustava, već i aktualno zdravstveno stanje koje su svi neutralni objektivni promatrači i analitičari morali kvalificirati kao katastrofično (Deppe i Orešković, 1996).

Sustav se našao na raskrižju: nije mogao ni u kojem slučaju ostati neizmijenjen pa niti sličan dosadašnjem, a trebalo je pronalaziti nove oblike i sadržaje pružanja zdravstvene zaštite pučanstvu. Najosjetljivija razina na kojoj se taj proces morao početi obavljati bila je upravo primarna zdravstvena zaštita (PZZ). U PZZ se rješava veći dio zdravstvenih problema. PZZ predstavlja mjesto prvog kontakta pučanstva sa sustavom zdravstva. Ne začuđuje što se pri oblikovanju PZZ-a, a posebice u reguliranju društvenih i gospodarskih odnosa, željelo, s jedne strane slijediti opća kretanja u društvu, a s druge strane tražiti uzore u drugim, poglavito zapadnim zemljama. Izlaz je viđen u privatizaciji.

Osnovna je pri tome značajka da se u većini zemalja privatizacija odvijala na odviše pojednostavljen način, da se u nju željelo ući bez dostatnih priprema i promišljanja. Privatizacija je shvaćena kao "čarobni štapić" kojim će se bivši – stvarno nakaradni – neproduktivni "Semaško-sustav" pretvoriti u nešto što će biti nalik sustavima zdravstva u drugim dijelovi-

ma Europe, ponajprije u Zapadnoj i Sjevernoj Europi. U nekim od tih zemalja došlo je, dakle, do procesa ubrzane, isforsirane privatizacije. Češka, Mađarska, Poljska te Istočne *Länder* u Njemačkoj promijenile su sustav zdravstva iz centraliziranog državnog sustava u decentralizirani sustav zdravstvenog osiguranja (McKee, Bobak, Kalina, Bojan i Enachescu, 1995).

Češka je zarana hrabro ušla u snažne i brze reformske procese. Možemo ih definirati kao intencije decentralizacije, privatizacije i daljnje komercijalizacije (naplaćivanje usluga po načelu "naplata po usluzi").

U vrijeme pripreme jednog izvješća za potrebe Svjetske zdravstvene organizacije 1996. godine tamo je djelovalo 20 000 pretežito privatnih zdravstvenih "pogona" i 27 agencija za zdravstveno osiguranje. Nagla liberalizacija se ubrzo počela osvećivati. Stručnjaci Svjetske banke upozorili su da je, usprkos nekim dobrim odlikama bivšeg sustava zdravstva (kao što su "univerzalnost pristupa" i snažna zdravstvena infrastruktura), posvemašnji rezultat nekontrolirane privatizacije bio brz gubitak kontrole nad zdravstvenim troškovima koji je bio posljedica uvođenja (1992. godine) sustava koji se u osnovi temelji na modelu "fee for services payment". Liječnici su u novom sustavu enormno umnožavali preglede i pretrage. Nedostatak kontrole cijena i hiperutilizacija svih vrsta usluga doveli su do kolapsa zdravstvenog budžeta i liječničkih štrajkova (Albert, Bennett i Bojar, 1993). Posljedica takvog načina poslovanja bila je porast zdravstvene potrošnje za više od 2,5 posto (s 5.6 posto na 8,1 posto BDP). U Češkoj je već 1994. godine zabilježeno 14.7 kontakata s liječnikom u PZZ-u po stanovniku. Takva razina kontakata enormno je visoka ako se zna da je, za usporedbu – u Hrvatskoj broj kontakata 5. 8, a u zemljama u tranziciji 6.3.

Takav je radikalni sustav privatizacije i zdravstvenog tržišta napušten u korist sustava koji bi se temeljio na uvođenju glavarine u primarnu zdravstvenu zaštitu (PZZ). Predviđa se da će 70 posto prihoda u PZZ-u biti zasnovano na načelu glavarine (capitation fee) a 30 posto prihoda bit će pokriveno iz plaćanja po usluzi ("fee for services") (Massaro, Nemeč, Kalman 1996).

U Mađarskoj se veći dio problema počeo rješavati 1992. godine, kad je napušteno financiranje budžetom. Do 1993. godine uveden je jedan prilično sofisticiran sustav izdavanja iskaznica zdravstvenog osiguranja, inovacije na kojoj se zasniva davanje naknade liječnicima u PZZ-u. Prije reforme sustava plaćanja razvijen je model tzv. obiteljskog liječnika (među kojima su dominirali liječnici opće medicine i pedijatri kao potpuno samostalne profesije). Nove osiguraničke iskaznice koje su postale financijskim temeljem odnosa između lije-



čnika (prethodno registriranih kod lokalnih vlasti i zdravstvenog osiguranja) i sustava novog zdravstvenog osiguranja predstavljale su također kuriozitet, jer je njihova valjanost bila različita u ovisnosti o životnoj dobi nositelja te iskaznice. Građani u dobi od 14 – 35 godina "nosili" su vrijednosti jednog boda, u dobi od 3 – 14 godina 2 boda, a najmlađi naraštaj, u dobi do 1 godine, nosio je 4,5 boda; građani iznad 60 godina 2,5 boda, a građani između 35 i 60: 1,5. Uvođeni su i razni drugi prihodi, kao što su oni vezani uz činjenicu radi li liječnik u velikom gradu ili na selu, koliko mu je profesionalno iskustvo (10-godišnje iskustvo nosilo je 1 bod), je li specijalist i sl. Već 1994. godine 40 posto liječnika opće medicine imalo je status "privatnih ugovarača". U tijeku su snažne reforme u čitavom sustavu socijalnog osiguranja, jer je nekada zdravstveno osiguranje bilo doslovce "socijalno", obuhvaćajući ujedno i mirovinsko i invalidsko osiguranje. U usporedbi s drugim zemljama regije, mađarsko osiguranje karakteriziraju visoke stope doprinosa od 23 posto na osobne dohotke osiguranika.

U Poljskoj je 1991. donesen novi Zakon o zdravstvenim ustanovama koji je veliku vlast dao vojvodstvima koje bi mogli nazvati provincijama. On je bio – što se tiče vlasništva – intoniran pluralistički te je ostao poznat po tome što se usredotočio na privatizaciju farmaceutskog sektora (industrije lijekova, distribucije veledrogerija i ljekarna). Promjene su vođene pod nazivom "New Drug Policy". Međutim, uskoro su se pokazale posljedice hiperliberalizacije u području farmaceutskog sektora. U sklopu zdravstvenog proračuna, koji se pretežito ostvarivao iz državnog proračuna, došlo je do nevjerojatnih povećanja sredstava predviđenih za lijekove, s 12 posto na 34,1 posto. S obzirom na to da su ljekarne u privatnom vlasništvu liberalnom politikom cijena ostvarivale enormne profite, moralo je doći do uvođenja viših participacija. Privatizacijski proces je rezultirao stanjem u kojem je 88 posto svih ljekarna u privatnim rukama.

Pokušaji uvođenja "unutarnjeg tržišta" (*internal market*) s nekim elementima američkog sustava "health maintenance organization" pokazali su se neizvedivim zbog marginalnog postojanja privatnog osiguranja i privatnih davatelja zdravstvenih usluga. Privatizacija se zapravo provodi za neke nemedicinske usluge, kao što je opskrba bolnica hranom, čišćenje bolnica, tehničke službe i sl. Osim toga, u PZZ-u je uvedeno tzv. teritorijalno načelo, po kojem svi građani pripadaju onoj jedinici PZZ-a koja im je najbliža po mjestu stanovanja (Wloch, 1994). Poljska je jedina zemlja u regiji koja je sve do 1998. godine zadržala sustav nacionalne zdravstvene službe nasuprot prevladavajućem trendu uvođenja sustava zdravstvenog osiguranja.

U Rumunjskoj je najveća reorganizacija PZZ-a zapravo njegovo odvajanje od teritorijalnih bolnica i stavljanje u djelokrug tzv. distriktnih uprava. Bolnice su u vlasništvu države, izuzevši dvije male bolnice koje su privatizirane. Primarna zdravstvena zaštita se provodi u 5 500 jedinica koje pokrivaju čitavu zemlju. Svaki liječnik opće medicine je odgovoran za 1 500 – 2 000 stanovnika. Zdravstvena potrošnja je u području lijekova na vrlo niskoj razini (jer svega 10,3 posto utroška otpada na lijekove). To se tumači činjenicom da 50 posto cijene lijekova plaćaju građani sami, s time da su iznimka umirovljenici koji plaćaju "svega" 25 posto. Sustav ljekarna je gotovo potpuno privatiziran, ali njihov je promet znatno smanjen. Uzrok tomu valja tražiti u golemom udjelu građana u plaćanju dijela troškova za lijekove. U drugim dijelovima zdravstvene službe privatizacija je marginalna s iznimkom stomatologije. Kreditom Svjetske banke od 150 milijuna US\$ te posebnom pomoći EU provode se dva projekta kojima je cilj uobličiti novu rumunjsku zdravstvenu strategiju. Ona će biti više usmjerena na decentralizaciju, snaženje zdravstvenog osiguravateljskog sustava te mogućnosti jačanja privatne inicijative (McKee, Bobak, Kalina, Bojan i Enachescu, 1995).

Slovačka je zarana nastojala prijeći iz državno-vlasničkog načina financiranja zdravstvene zaštite u osiguravateljski, pa je Zakonom br. 7/1993. osnovala Nacionalnu agenciju za osiguravanje i financiranje. Taj akt je, doduše, već iduće godine (Zakon br. 273/1994) bio nešto promijenjen, ali je, kao i drugi propisi nove države, omogućavao liberalne odnose između davatelja zdravstvenih usluga i osiguravatelja. Tome je pridoni-jela uredba vlade u prosincu 1994. godine kojom se potiče proces privatizacije u sektoru zdravstva. Osobito se to odnosi na PZZ gdje je bilo omogućeno, odnosno poticano, davanje vlasništva na prostor i opremu, odnosno njihovo iznajmljivanje liječnicima privatne prakse. Poradi toga, u kolovozu 1995. godine, Ministarstvo zdravstva je već izdalo 4 910 dozvola za privatni rad u PZZ-u, u što se ubrajaju dozvole za rad liječnicima opće medicine (njih 1115), zatim stomatolozima (njih 1577), a preostale su dozvole dobili ljekarnici. Svi koji rade u privatnoj praksi imaju posebne ugovore sa zdravstvenim osiguranjem. Njihove se usluge, kao i onih koji su ostali u državnom sektoru, zasnivaju na ugovarateljskom sustavu. U posljednje vrijeme se forsira glavarina, pa se već ostvaruje cilj da 60 posto svih usluga bude pokriveno glavarinom, dok se za stomatologe i dalje održava sustav "plaćanja po usluzi" (World Health Organization, 1994). Privatni liječnici sami sklapaju radne odnose s medicinskim sestrama i ostalim osobljem. Ako ne posjeduju vlastiti prostor, mogu ga iznajmiti, s tim da za najam prostora postoji najviša određena cijena. U

mnogim europskim zemljama, posebice u zemljama Srednje i Istočne Europe, najveći problem su propisi i praksa u svezi s prometom i distribucijom lijekova. U ovoj zemlji koja je nešto veća od Hrvatske (ima 5,4 milijuna stanovnika) u prometu je više od 9000 lijekova za čiju distribuciju se brine čak 250 vele-drogerija i 800 ljekarna. Praktično, sve bivše državne ljekarne su u nekoliko godina privatizirane s iznimkom bolničkih apoteka. Zbog navedenog sustava, potrošnja lijekova raste i predstavlja jedan od većih problema u ekonomici zdravstva Slovačke.

U nama susjednoj Sloveniji privatizacija se razvija na prilično osobit način. Domovi zdravlja i zdravstvene stanice – promatrajući PZZ – su u javnom vlasništvu, a sve do 1992. godine u njima su radili liječnici državni službenici. Godine 1992. uvedeno je tzv. neovisno ugovaranje, davanjem posebne koncesije privatnim liječnicima koji su time stekli ista prava kao i oni koji su ostali u državnom sektoru. Zapravo, davanje koncesije bilo je prepušteno općinama, ali uz privolu Ministarstva zdravstva. Namjera je bila da ti privatni liječnici unajme prostor u postojećim zdravstvenim ustanovama (to je praksa za 80 posto svih privatnih liječnika), s time da manji dio njih (oko 20 posto) djeluje u vlastitom privatnom prostoru. Prema podacima s konca 1994. godine 8.12 posto svih liječnika opće medicine i pedijataru, 22.6 posto svih stomatologa, 11.3 posto svih specijalista rade privatno. Međutim, postoji plan da se ta brojka sljedećih godina povisi na 50 – 60 posto svih liječnika u PZZ-u. Pri svemu tome strogo se pazi da ne dođe do rasta kapaciteta PZZ-a, što bi moglo ugroziti financiranje zdravstvene službe. Namjera je da privatni liječnici konkuriraju međusobno kao i s liječnicima koji su ostali u javnoj zdravstvenoj službi. Velika pozornost posvećuje se upravo toj kompeticiji, pa su donesena posebna Pravila zdravstvenog osiguranja po kojima pacijenti biraju svojeg "osobnog liječnika" ("personal physician"). Početkom 1995. godine, 80 posto svih osiguranika je na taj način izabralo svojeg "osobnog liječnika" i stomatologa.

Vidljiva je šarolikost u pristupu privatizaciji u zemljama CCEE. Osnovna je kritička pripomena da se reformi pristupilo s pretpostavkom da je moguć reformski "big bang" kao jedini put u tržišnu privredu. Rezultat su bili, gotovo bez iznimke u svim zemljama u tranziciji, golemi problemi u financiranju zdravstvene službe i gotovo potpuni institucionalni kolaps u pojedinim etapama reforme ili sektorima zdravstva (Kanos, 1996). Na kraju, državna riznica je morala pokrivati novonastale gubitke da bi se održao minimalan sustav zdravstvene zaštite. I drugi indikatori, uključujući i mišljenje javnosti, pokazuju da rabljeni modeli brze privatizacije nemaju svoje opravdanje (Hayo, 1995).

Kako se odvijao proces privatizacije zdravstva u Hrvatskoj? Predstavlja li zdravstvo u Hrvatskoj iznimku u odnosu na opisane procese? Hrvatska je jedna od rijetkih zemalja, uz Sloveniju i Češku, koja je sve do 1997. ostvarivala poboljšanje osnovnih zdravstvenih pokazatelja (ostvarivanje zdravstvenih probitaka – health gains) (Skupnjak, 1996).

## HRVATSKI MODEL PRIVATIZACIJE

---

Novi sustav zdravstva u Republici Hrvatskoj temelji se na seriji reformskih zahvata koji su otpočeli početkom devedesetih godina, a odlikovalo ih je uvođenje novih instrumenata koji su imali utjecaja na organizacijsku strukturu sustava, na način njihova financiranja, na upravljanje sustavom na svim razinama te na status prava i položaj zdravstvenih profesionalaca (Hebrang, 1994).

Naslijeđeno stanje u Hrvatskoj donekle je sličilo stanju u zemljama u tranziciji. Osnovna poruka korisnicima usluga bila je: Svi imaju pravo na sve. Država, odnosno društvo, brine se za sve građane, ustav i zakon im jamče potpunu pristupačnost zdravstvenim uslugama koje su uglavnom besplatne. Zdravstvena služba uvijek je "na usluzi" zainteresiranog korisnika. Nasuprot tom normativnom optimizmu, stajao je sustav teško prijemčiv za organizacijske i tehnološke inovacije te niska razina učinkovitosti. Problem vlasništva, toliko važan za upravljanje zdravstvenim ustanovama, bio je neriješen. "Društveno" vlasništvo tumačeno je kao "svačije i ničije". Upravljanje u zdravstvu bilo je definirano kao samoupravno. *Self-management*, inače poznat kao model participativnog upravljanja u ekonomijama Zapada, bio je deklarativan i zato u ulozu dekorativnog čimbenika, jer su se sve važne odluke donosile u političkim tijelima. Osim problema vlasništva i upravljanja, sustav je bio atomiziran i ekstremno decentraliziran.

Što zapravo znači pojam privatizacija u zdravstvenom kontekstu? Kako se taj proces odvijao u Hrvatskoj u proteklih osam godina? Koje su njegove zakonske pretpostavke, koji ekonomski instrumenti i koje posljedice taj proces ima za profesionalno organiziranje i status liječnika? Postavlja se također pitanje u kojoj su mjeri dvije odrednice društvenog sustava koji je proklamiran Ustavom Republike Hrvatske (načelo tržišne ekonomije i poduzetništva te načelo socijalne države) našli odraz i u sustavu zdravstva. Kao što je vidljivo iz prethodno prikazanih podataka, razine udjela privatnog vlasništva u zdravstvu vrlo su različite između pojedinih regija svijeta. Te su razlike rezultat evolucije sustava koja ponegdje traje i više od jednog stoljeća u okviru vrlo specifičnih socio-ekonomskih, političkih i kulturnih uvjeta. Hrvatsko se zdravstvo nalazi pozicionirano na strani sustava s izrazito malim

udjelom privatnog sektora i visokom razinom udjela javnog sektora.

Predstavlja li takvo stanje slabost Hrvatske privatizacijske politike? Koji su kriteriji uspješnosti sustava i što bi trebalo učiniti u idućem razdoblju?

U našim se uvjetima pod pojmom privatna praksa odviše simplificirano podrazumijevala privatna praksa liječnika koji rade samostalno osobnim sredstvima za rad. Zakon o izmjeni i dopuni Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju u Republici Hrvatskoj rabi pojam "samostalno osobnim radom", ali pri tome ne obvezuje na posjedovanje osobnih sredstava za rad (ordinacija, medicinska tehnologija). Taj se rad može obavljati vlastitim sredstvima (vlastita ordinacija i oprema), ali i u najmu, zakupu ili kupnji, kao što je ponekad slučaj i u SAD-u. Privatizacija se također provodi i kod oblika organiziranja na strani građana. I obvezno i dragovoljno osiguranje može po svojem početnom kapitalu i mehanizmima upravljanja, pa i nadzoru, biti u pripadnosti "javnog sektora", a može biti i u području privatne inicijative ("private arrangements"). Prema tome, pojam privatnog poduzetništva u zdravstvu je odviše širok i višeznačan da bismo ga mogli svesti samo na "liječničku privatnu praksu". Ona sama također može biti podložna daljnjim distinkcijama. Primjerice liječnik može imati pravo natjecanja pri fondovima osiguranja, a može biti na raspolaganju samo neosiguranim osobama, odnosno onima koji dodatno žele i mogu platiti neku medicinsku uslugu po načelu "out of pocket paymenta" (izravnog plaćanja gotovinom nakon zdravstvene usluge).

S obzirom na taj pluralizam značenja privatnog vlasništva, ovdje govorimo o modelima privatnog davanja usluga i korisnika usluga (građana i zdravstvenih profesionalaca). Time se objektivno zanemaruje simboličke i dekorativne oblike "privatne prakse" koji su postojali i u SR Hrvatskoj. Prijašnji Zakon je tolerirao postojanje nejake privatne prakse koja je, međutim, bila osuđena na odumiranje jer je bila dopuštena samo ona zatečena u trenutku donošenja Zakona.

U procesu privatizacije koji je realno otpočeo tek nakon dovršetka Domovinskog rata, stvaratelji zdravstvene politike, djelomice i zbog specifičnih okolnosti, nisu se odlučili za "big bang" pristup reformi kakav nalazimo u većini zemalja Srednje Europe. Odgoda koju je stvorio rat omogućila je pažljivo proučavanje tuđih iskustava i procjenu metoda privatizacije. Postalo je vidljivo da samo realno povećana natjecanja dovode do više kvalitete rada u zdravstvu. Konačno, zauzelo se stajalište identično stajalištu 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. Te dvije osnovne namjene privatizacije (natjecanje i "kvaliteta zaštite") mogu se postignuti i uvođenjem natjecateljstva u javni sektor. Poradi toga, u zakonima je predviđen niz instrumenata koji omogućuju:

1. slobodni izbor liječnika,
2. slobodni izbor ustanova,
3. uvođenje glavarine  
(s elementima "capitation fee")  
u primarnoj zdravstvenoj zaštiti,
4. uvođenje "zdravstvenih standarda".

Proces privatizacije zamišljen je kao dvostrani proces: proces konkurencije privatnog i javno financiranog zdravstvenog osiguranja i privatizacija davatelja usluga zdravstvene zaštite.

Tako je u Zakonu o zdravstvenom osiguranju otvorena mogućnost dopunskog i privatnog osiguranja. Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaćeno obveznim zdravstvenim osiguranjem razumijeva osiguranje zdravstvenog standarda pod jednakim uvjetima za sve osigurane osobe u zadovoljavanju potreba u primarnoj, specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti s odgovarajućom medicinskom rehabilitacijom. Opseg prava obveznoga zdravstvenog osiguranja (članak 16. Zakona) za svaku kalendarsku godinu donosi Vlada Republike Hrvatske na prijedlog ministra zdravstva. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje definirano je kao dopunsko i privatno. Dopunsko se zdravstveno osiguranje ustanovljuje ugovornim odnosom između osiguravatelja i osiguranika, odnosno između osiguranika i zdravstvene ustanove neposredno (Zakon o zdravstvenom osiguranju, 1993). Dopunsko zdravstveno osiguranje uvodi se kao razlika iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznoga zdravstvenog osiguranja, a može se odnositi i na veći opseg prava, odnosno standard usluga. Privatno zdravstveno osiguranje cjelovito rješava zdravstveno osiguranje osiguranika, a ustanovljuje se individualnim ugovorom između osiguravatelja i osiguranika. Pristupanjem privatnom zdravstvenom osiguranju osiguranik gubi pravo uporabe obveznoga zdravstvenog osiguranja. Osiguranik se može privatno osigurati pod uvjetom imovinskog cenzusa koji utvrđuje ministar zdravstva i koji je definiran na razini od 220 000 kuna. Ministru zdravstva također je dano u djelokrug da određuje uvjete i način provođenja dopunskoga i privatnoga zdravstvenog osiguranja.

Zavod za zdravstveno osiguranje objavljuje svake godine natječaj za sklapanje ugovora sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim djelatnicima na temelju ponuda za ostvarivanje programa zdravstvenih usluga. Ugovori se sklapaju najkasnije do 31. siječnja tekuće godine (Izmjene

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB  
GOD. 8 (1999),  
BR. 4 (42),  
STR. 601-621

OREŠKOVIĆ, S.,  
SKUPNJAK, B.:  
ZDRAVSTVENI...

U TABLICA 4  
Postojeći trendovi  
privatizacije primarne  
zdravstvene zaštite u  
Hrvatskoj: Prednosti,  
slabosti, i mogućnosti  
budućeg razvitka

i dopune Zakona o zdravstvenom osiguranju, 1996). Paralelno su rabljeni i drugi instrumenti kontroliranog zdravstvenog tržišta u samom javnom zdravstvenom sektoru; osebujno je riješen pristup privatizaciji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti otvaranjem mogućnosti zakupa, a ne otkupa pri čemu je liječnik primarne zdravstvene zaštite istodobno ovlašteni liječnik, izabrani liječnik i ugovorni liječnik; time se uspostavlja neometan pristup primarnoj zdravstvenoj zaštiti svim građanima. Na strani provoditelja naglo raste broj privatnih zdravstvenih jedinica koje ili djeluju kao na "slobodnom zdravstvenom tržištu" ili stupaju u ugovorne odnose sa sustavom zdravstvenog osiguranja. U 1996. godini djelovalo je 2679 liječničkih ekipa pod ugovorom s HZZO-om, u djelatnosti opće medicine radilo je 1283 liječnika, specijalista opće medicine bilo je 755, pedijatar 240, liječnika školske medicine 220, medicine rada 157 te drugih specijalnosti 30. Liječnika stomatologa u PZZ-u u 1996. godini bilo je 1352. Od liječnika koji djeluju u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 561 ugovor je sklopljen s onima koji rade u privatnim zdravstvenim ustanovama (Skupnjak, 1997).

Prednosti	Slabosti	Područja budućeg razvitka
1. Politička volja za jačanjem PZZ-a	1. Nedostatak ravnopravnog natjecanja između profesionaaca	1. Odrediti pravila ravnopravne utakmice
2. Jasni ciljevi	2. Naglasak na pitanju vlasništva sredstava i prostora prikriva važnija pitanja	2. Doraditi "ugovore" i načine plaćanja – natjecanje kao mehanizam
Troškovi		
Kvaliteta	Uvjeti ugovora	Bolji zdravstveni rezultati i učinci kao ciljevi
Zadovoljstvo	Način plaćanja Utjecaj monitoringa	
3. Naglasak na profesionalnu zainteresiranost	3. Naglasak na solo praksu nasuprot grupne prakse	3. Podržati grupnu praksu u primarnoj zdravstvenoj zaštiti
4. Realizam u implementaciji	4. Nedostatak uravnoteženog utjecaja različitih sektora zdravstva	4. Upravljanje promjenama i usklađivanje različitih opredjeljenja
Strategija implementacije "korak po korak"	Opći odnos prema zdravstvu	Ciljevi
Očekivanja	Upravljanje osiguranjem	Mehanizmi
Zadržava pozitivne osobine postojećeg sustava	Profesionalni standardi Prava pacijenata	Vrijeme

Izvor: WHO, Ref. 1994b.

Posebno je riješen problem privatizacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: kako je čitavo područje države pokriveno mrežom domova zdravlja, kao reprezentativnih jedinica primarne zdravstvene zaštite, nastojalo se izbjeći opasnost da se ti domovi zdravlja raspuste, odnosno da nestanu s obzirom na njihovu orijentiranost na javno zdravstvo i promociju zdravlja. S druge strane, kad bi se išlo na promjenu vlasništva, ti domovi zdravlja bi se morali "rasprodati", jer vrlo bi malo liječnika primarne zdravstvene zaštite, sada zaposlenih u domovima zdravlja, imalo mogućnosti otkupiti prostor i opremu. Poradi toga je usvojeno načelo: ne privatizirati vlasništvo već djelatnost, ne otkup već zakup. Proces privatizacije u primarnoj zdravstvenoj zaštiti predviđa da samo određene jedinice primarne zdravstvene zaštite mogu biti podložne zakupu, uz poštivanje načela da nitko od građana koji gravitiraju tim domovima zdravlja neće izgubiti svoju mogućnost ostvarivanja zaštite u domu zdravlja. Ministar zdravstva propisuje maksimalan iznos zakupnine (koja obuhvaća prostor, opremu, naknadu za zajedničke troškove, nužne lijekove koji se administriraju u ambulanti i sl.) koja im biva refundirana iz sustava zdravstvenog osiguranja, jer u zakup "idu" oni liječnici koji su istodobno i tzv. ugovorni liječnici. (Dakle, imaju ugovor sa zdravstvenim osiguranjem, jer su se za njih slobodnim izborom opredijelili osiguranici u broju koji dopušta uglavljivanje takvih ugovora). Neke za javno zdravstvo bitne funkcije domova zdravlja ne mogu se dati u zakup (npr. higijensko-epidemiološka djelatnost, hitna medicinska pomoć, ordinacija medicine rada, patronaža, i sl). Nadalje, otvorene su i druge široke mogućnosti angažmana privatnog potencijala u javnoj zdravstvenoj službi, počam od otvaranja brojnih privatnih ljekarna, stomatoloških ordinacija, jedinica za kućnu njegu i sl., s time da su dane i druge opcije, kao primjerice mogućnost rada privatnih liječnika u bolničkim prostorima; mogućnost rada bolničkih specijalista izvan redovitog radnog vremena koji se posebno naplaćuje od korisnika, pa sve do mogućnosti ulaganja vlastitog kapitala u osnivanje novih polikliničkih, bolničkih i lječilišnih ustanova. Ta ulaganja moraju biti sukladna ustanovljenoj mreži zdravstvene djelatnosti i ispunjenju stručnih uvjeta koje provjerava i kontrolira Ministarstvo zdravstva i izdaje odobrenja za osnivanje takvih privatnih zdravstvenih ustanova (Izmjene i dopune Zakona o zdravstvenom osiguranju, 1996).

Proces privatizacije sa stajališta zdravstvenih profesionalaca, koji se odražava kao ulaganje kapitala, uzimanje vlasničkih prava, kupnja, zakup i "leasing" može pridonijeti racionalizaciji sustava zdravstva i njegovoj boljoj kvaliteti samo ako se bude povećavala kvaliteta rada te uz ista ulaganja i raz-



**U** TABLICA 5  
 Mix sustav  
 (javno/privatno) u  
 financiranju  
 zdravstvenih usluga

inu potrošnje rezultirala boljim zdravstvenim rezultatima. Postavlja se pitanje mogu li liječnici, u skladu sa svojim poduzetničkim znanjima i vještinama, uvećati investirani kapital i rad? Koje su prednosti i slabosti novog modela privatizacije, prikazano je u sljedećoj tablici (World Health Organization, 1994b).

	Zdravstvene usluge: Javne	Privatne
Financiranje: Javno	Vlada financira i organizira usluge. Slobodno korištenje uslugama na točki ulaza u zdravstvo.	Ugovori o uslugama s privatnim poduzetnicima.
Financiranje: Privatno	Dodatno plaćanje participacije. Privatni kreveti u javnim bolnicama.	Privatna zdravstvena zaštita plaćena od privatnog zdravstvenog osiguranja.

Izvor: WHO, 1994b.

## ZAKLJUČAK

Privatno vlasništvo u zdravstvu, kao i proces privatizacije postojećeg državnog vlasništva u Hrvatskoj, još je uvijek u povojima. Određivanje titulara vlasništva izvršeno je i stvorena je "organizacijska ljuska" za potencijalni sustav unutarnjeg zdravstvenog tržišta koje bi uključivalo sve razine i sve oblike konkurencije. Uvođenje privatnog vlasništva u zdravstvu bez pratećih tržišnih mehanizama neće predstavljati dostatan izazov potencijalnim investitorima. Uvođenje unutarnjeg tržišta ("internal market") treba se ostvarivati u pažljivo reguliranom kontekstu, mora biti nadgledano i znanstveno vrednovano. Pitanje konkurencije među davateljima usluge načelno je riješeno, pitanje konkurencije među osiguravateljima za sada ostaje samo zakonskom mogućnošću, a privatna osiguravajuća društva pokrivaju zanemariv dio tržišta.

Ocjenjujući prijašnje razdoblje, možemo reći da stvaratelji zdravstvene politike u Hrvatskoj do sada nisu načinili pogrešku uobičajenu za većinu zemalja Srednje i Istočne Europe – nekritičko oponašanje drugih zemalja i iskustava i prenošenje gotovih modela koje vodi potpunoj destrukciji postojećeg sustava (Oreskovic, 1995b).

Stručnjaci Svjetske banke Alexander S. Preker i W. Bradford Herbert to su razdoblje reforme zdravstvenog sustava vrlo visoko vrednovali ("Postupci rekonstruiranja hrvatskog zdravstvenog sektora i njihova prilagodba tržišnom gospodarstvu predstavljaju briljantan primjer reformskih procesa koji se ističu diljem čitave regije".)

Zdravstveno privatizacijsko njihalo u proteklih se osam godina kretalo između krajnjih točaka svoje široke putanje. S jedne strane stajalo je društveno vlasništvo u zdravstvu, hiperdecentralizirano i "svačije i ničije", s druge strane bio je centralizirani sustav državnog vlasništva. Sada se zdravstveno vlasničko njihalo ponovno usmjerava prema dinamičkoj točki koju označava produktivna mješavina različitih tipova vlasništva na strani naručitelja (osiguravatelja) i davatelja (zdravstvene službe) usluga koji bi se morali nalaziti u odnosima vertikalne i horizontalne konkurencije. Današnje financijsko stanje zdravstva teško bi izazvalo ushićenje promatrača: visok deficit zdravstvenog osiguranja (HZZO), izazvan neplaćanjem doprinosa od poduzeća, problemi s plaćanjem dobavljača lijekova, kašnjenje uplata od socijalnog i mirovinskog osiguranja koje dolaze na osnovi osiguranja umirovljenih osoba uz bitno promijenjene ekonomske i socijalne okolnosti. Racionalizacija bolničkog sektora, stvaranje sustava informiranja, kontrole i vrednovanja učinaka liječničkih intervencija na svim razinama (*evidence-based medicine*), alokacija financijskih i tehnoloških resursa prema zdravstvenim potrebama i slici bolesti, davanje mogućnosti liječnicima opće medicine da stvarno djeluju kao "vratari" sustava samo su neke od hitnih mjera koje će trebati poduzeti u sustavu.

Te mjere, kao odgovor na nove zahtjeve zdravstvenih djelatnika, nove zdravstvene probleme stanovništva i nove teškoće u prikupljanju financijskih sredstava sadržane su u prijedlogu strukturalne reforme zdravstva predložene u dokumentu "Hrvatska: 2000". Taj projekt pretpostavlja ispunjenje dobro zamišljene i donekle stvorene, ali još uvijek prazne, konkurencijske i privatizacijske zdravstvene ljuške novim financijskim i ekonomskim odnosima koji se moraju uspostaviti između ordinacija PZZ-a, općih i specijalnih bolnica, farmaceutskog sektora na jednoj strani i naručitelja usluga – osiguravajućih društava na drugoj strani.

## LITERATURA

---

Albert, A., Bennett, C., Bojar, M. Health care in the Czech Republic. *JAMA*. 267 (18): 2461-2466.

Bishop, Matthew, and John Kay, *Does Privatization Work? Lessons from the UK*, London: London Business School, 1988.

Delajara JJ. Bossert T. Chiles health sector reform – lessons form 4 reforms periods. *Health Policy*. 32(1-3):155-166.

Deppe, H-U., Oreskovic, S. Back to Europe: Back to Bismarck. *International Journal of Health Services*, 6(4)1996, 777-803.

Hayo, B Eastern European public opinion on economic issues – Privatization and transformation. *American Journal of Economics & Sociology*. 56: 85-102.

DRUŠ. ISTRAŽ. ZAGREB  
GOD. 8 (1999),  
BR. 4 (42),  
STR. 601-621

OREŠKOVIĆ, S.,  
SKUPNJAK, B.:  
ZDRAVSTVENI...

Hebrang, A. Reorganisation of the Croatian health care system. *Croatian Med. J.* 35:130-136.

*Izmjene i dopune Zakona o zdravstvenom osiguranju. "Narodne novine"* 55/96.

Kanavos, P. An Analysis of Health Care Financing in Eastern European Economics. In *Transition: Issues for Health Policy*. In. Saltman R., Figueras, J. (eds.) Open University Press, 1996.

Kikeri, Sunita, John Nellis, and Mary Shirley, *Privatization: The Lessons of Experience*, World Bank, Washington D. C. June 1992.

McKee M, Bobak M, Kalina K, Bojan B, Enachescu D. Health sector reform in the Czech Republic, Hungary and Romania. *Croatian Med. J.* 35: 238-44.

Massaro, Thomas A., Nemec, Jiri,; Kalman, Ivan Health System Reform in the Czech Republic: Policy Lessons From the Initial Experience Of the General Health Insurance Company Caring for the Uninsured and Underinsured *JAMA*, 271(23):1870-1874.

Oreskovic, S. The Eastern Imitation of the Western Convergence, *Eurohealth*, 2:13-17.

Oreskovic, S. The Second Europe: From Constitutional Loyalty to DM Patriotismus. *A&T*, 1(1997), 72-76.

Oreskovic, S. Health System Reorganization in Croatia in Light of Major Reform Tendencies in OECD, *Croatian Med J.* 36(1):47-54.

Oreskovic, S. The Eastern Imitation of Western Convergence, *Eurohealth*, 3(1): 3-7.

Ott, Attiat F., and Keith Hartley, eds., *Privatization and Economic Efficiency: A Comparative Analysis of Developed and Developing Countries*, Brookfield, VT: Edward Edgar, 1991.

Preker, A., Bradford H. *Healing the wounds*. New World Health, 1994.

Skupnjak, B. *Health in Transition – Croatia*. Med-Ekon, Zagreb, 1996.

Skupnjak, B. Privatizacija – izazov ili strepnja za daljnji razvoj zdravstva u našoj zemlji?“. *ZOEZ*. Zagreb, siječanj 1991; 1- 26.

Veljanovski, Cento. *Privatization and Competition: A Market Prospectus*, London: Institute of Economic Affairs, 1989.

Vickers, John, and G. Yarrow. *Privatization: An Economic Analysis*, Cambridge: MIT Press, 1988.

Wloch, T. K. The potential for changing the health care system within the current Polish transformations. *Public Health* 107(6):437-439.

World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen. Health in Europe, The 1993/1994 health for all monitoring report, *WHO Regional Publications, European series*, 56:43-45.

World Health Organization. *Health Care Reform in Croatia. A preliminary observations and recommendations on collaboration with WHO*. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen, 1994b.

Zakon o zdravstvenom osiguranju. *Narodne novine*, br. 75/93.

## The Health Privatization Pendulum

Stjepan OREŠKOVIĆ  
Faculty of Medicine, Zagreb

Berislav SKUPNJAK  
World Health Organization  
Liaison Officer's Office, Zagreb

The European model of competitiveness in health protection implies private initiative and private ownership on all levels of the health system, but under the condition of achieving a balance among the elements of equity, efficiency and accessibility of the health protection system. The balancing of these three principles presents a safe barrier against the uncontrolled growth of costs, medicalization and hypertechnologization of the treatment process and ethically unfounded exclusion of large groups of the population from the protection system. In countries in which competitiveness is particularly expressed (e.g. in the USA), it produces excellent results in clinical medicine. However, if professional, individual and institutional competition is not followed by a greater scope of insurance, then the population's state of health, in spite of high investment (much higher than in other industrially developed countries of the world), can result in a low level of health standard compared to the level of investment. The countries of the CCEE approached privatization with the presupposition that a privatizational "big bang" was possible as the only path towards market economy. The consequences, almost in all transitional countries without exception, have been huge problems in financing health services and an institutional collapse in certain stages of reform or health sectors. How has this process evolved in Croatia in the past eight years? What are its legal prerequisites, which economic instruments and consequences has this process produced for the professional organization and status of doctors? To what extent have two determinants of the social system proclaimed by the Croatian Constitution (the principle of market economy and entrepreneurship as well as the principle of the social state) been reflected in the new health system? These questions are answered by the authors in the final part of the paper.

## Das Pendulum der Privatisierung im Gesundheitswesen

Stjepan OREŠKOVIĆ  
Medizinische Fakultät, Zagreb

Berislav SKUPNJAK  
Büro der Verbindungsoffiziere  
der Weltgesundheitsorganisation, Zagreb

Das europäische Modell der Konkurrenz im Gesundheitsschutz setzt das Bestehen von Privatinitiativen und Privateigentum auf allen Ebenen des Gesundheitswesens voraus, jedoch unter der Voraussetzung, daß die Elemente der Gleichberechtigung ("equity"), der Wirksamkeit ("efficiency") und der Zugänglichkeit ("accessibility") des Gesundheitswesens in einem ausgewogenen Verhältnis zueinander stehen. Die Ausgewogenheit dieser drei Grundsätze ist ein sicheres Hemmnis für den unkontrollierten Anstieg von Kosten, Arzneimitteleinsatz und Hypertechnologisierung des Behandlungsverlaufs sowie für den ethisch nicht vertretbaren Ausschluß großer Bevölkerungskreise aus dem Gesundheitssystem. In Ländern mit besonders ausgeprägten Wettbewerbsverhältnissen (z.B. die USA) erwies sich, daß mit dem Konkurrenzkampf hervorragende Ergebnisse in der klinischen Medizin erzielt werden. Wird jedoch der professionelle, individuelle und institutionale Wettbewerb nicht zugleich auch von umfassenden Versicherungsmaßnahmen begleitet, kann der Gesundheitszustand der Bevölkerung trotz hoher Einsätze (weit über den dafür investierten Summen in den übrigen Industriestaaten) im Verhältnis zum Investitionsniveau sehr niedrig sein. In den ehemaligen kommunistischen Staaten führte man die Privatisierung ein in der Annahme, daß ein Privatisierungs-"Big bang" der einzige Weg in die Marktwirtschaft sei. Dies resultierte, fast ausnahmslos in allen Transitionsländern, in enormen Problemen bei der Finanzierung des Gesundheitswesens sowie im institutionalen Kollaps einzelner Sektoren des Gesundheitswesens bzw. Etappen seiner Reformierung. Wie sah dieser Prozeß in Kroatien während der vergangenen acht Jahre aus? Was sind seine gesetzlichen Voraussetzungen, seine ökonomischen Instrumente, und wie wirkt sich dieser Prozeß auf die professionelle Organisation und den Status der Ärzte aus? Inwiefern reflektieren sich die zwei in der Verfassung der Republik Kroatien proklamierten Richtlinien zur gesellschaftlichen Ordnung (Grundsatz der freien Marktwirtschaft und des freien Unternehmertums sowie der Grundsatz des Sozialstaats) im neuen Gesundheitssystem? Diese Fragen werden im abschließenden Teil der Arbeit beantwortet.