

## Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova

### (THE CROATIAN HEALTH POLICY. IN THE WHIRLPOOL OF REFORMS AND CONTEMPORARY SOCIAL CHALLENGES)

Siniša Zrinščak

Studijski centar socijalnog rada, Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu

#### Sažetak

U radu se prikazuje razvoj zdravstvene politike Hrvatske od druge polovice 19. stoljeća pa sve do kraja 2006. godine, s time da se najveća pozornost posvećuje tranzicijskom razdoblju. Analiza počiva na tri osnovna stupa: prikazu ključnih zakona i reformi (koji oblikuju politiku), analizi društvenih učinaka zdravstvenog sustava (ključni zdravstveni indikatori, troškovi sustava te prava osiguranika) te analizi društvenih okolnosti i ključnih aktera zdravstvene politike Hrvatske. Ona pokazuje da niz reformskih zahvata (pogotovo učestalih u tranzicijskom razdoblju), premda je kratkoročno uspijevaos sanirati najakutnije finansijske probleme, nije uspijevaos adresirati ključna pitanja finansiranja, dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite. Analiza također pokazuje da niz zdravstvenih indikatora ne daje jednoznačnu sliku zdravstvenog sustava Hrvatske jer je moguće identifi cirati one koji govore o povoljnim, ali i o nepovoljnim vidovima zdravstvene zaštite. Na kraju se rada, ukazivanjem kako na vrlo kompleksne vidove zdravstvenog sustava tako i društvenog konteksta, pledira za javnu i stručnu raspravu koja može pomoći u razrješavanju barem nekih dilema daljnjeg razvoja zdravstvene politike Hrvatske.

**Ključne riječi:** zdravstvena politika, zdravstvene reforme, zdravstveni troškovi, zdravstveni indikatori, izazovi zdravstvenog sustava, Hrvatska

#### Abstract

The paper presents the development of Croatian health policy from the second half of the 19th century until the end of 2006, focusing on the period of post-socialist transition. The analysis relies on three basic elements: the outline of crucial laws and reforms (that shape the policy), the analysis of social effects of the health system (key health indicators, costs of the system and the rights of insured persons) and the analysis of social circumstances and key actors of the health policy of Croatia. It shows that a series of reforms (particularly frequent in the transition period) failed to address the crucial issues of financing, accessibility and quality of the health protection, although such actions managed to cope with the most acute financial problems in the short run. The analysis also shows that a series of health indicators does not provide a unambiguous picture of the health system of Croatia. It is possible to identify those that speak of the favourable, but also of the unfavourable aspects of the health protection. The end of the paper urges for development of a public and professional discussion by pointing out both to complexity of the health system and to the social context in which it operates. Such a discussion could help to solve at least some of the dilemmas of the future development of the health policy of Croatia.

**Key words:** health policy, health reforms, health costs, health indicators, health system challenges, Croatia.

**Prenešeno iz Revije za socijalnu politiku, godina 14, br. 2, str 193-220, Zagreb 2007.**

#### UVOD

Premda je zdravstvena politika samo jedna od mnogobrojnih javnih politika (poput mirovinske, obrazovne, stambene...), njeno je iznimno društveno značenje neprijeporno i ona je vrlo često predmet mnogih javnih rasprava, ali i svakodnevnih životnih odluka.<sup>1</sup> Tri su ključna razloga tome. Prvi je povezan s činjenicom da je ovdje riječ o vrlo osjetljivom ljudskom pitanju zdravlja i bolesti radi čega se mogućnosti uspješnog liječenja te svi drugi vidovi zdravstvene zaštite promatraju s povećanom pozornošću, kao što i moguće pogreške u ovom području mogu imati nezanemarive

društvene posljedice. Drugi razlog leži u činjenici da su zdravstveni sustavi vrlo skupi, bilo da je riječ o javnom ili privatnom fi nanciranju. Uobičajena je činjenica da je zdravstveni sustav, uz mirovinski, onaj koji konzumira najveći dio društvenog bogatstva. Treći razlog, koji neposredno izvire iz prethodna dva, govori o tome da su zdravstveni sustavi u današnjim suvremenim društvima uglavnom socijalizirani te čine jedan od glavnih stupova socijalnih država. Usprkos tome, relativno je malo, barem u Hrvatskoj, studija koje iz društvene perspektive analiziraju zdravstveni sustav. To je vidljivo i u nizu reformskih zahvata koji se oblikuju unutar vrlo uskih stručnih (gotovo isključivo medicinskih), političkih (vladajućih stranaka) te fi nancijskih (gotovo isključivo međunarodnih fi nancijskih institucija) krugova. Zdravstvena politika, barem do sada, nije postala predmetom šire stručne i društvene rasprave kao što je, a očividno je riječ o povezanim stvarima, i začuđujuće malo znanstvenih analiza.

Polazeći od ovakve konstatacije, namjera je ovog rada trostruka. On, prvo, želi pružiti kratak, ali sustavan pregled razvoja zdravstvene politike u Hrvatskoj od početaka državne intervencije u zdravstvu u 19. stoljeću pa sve do današnjih dana. Pri tome se najveća pozornost posvećuje razdoblju nakon 1990. godine. Zatim, njegova je namjera barem djelomično, koliko je to moguće na ograničenom broju stranica, osvjetliti niz kontroverznih pitanja, kao što su pitanja o tome koliko zaista Hrvatska troši na zdravstvo i može li biti zadovoljna svojim zdravstvenim postignućima. Pri tome je očito, kao što pokazuje i prethodna studija koja izlaže teorijski i komparativni okvir analize (Zrinščak, 2005.), da ne postoji jedinstveno i jednoznačno mjerilo učinkovite i djelotvorne zdravstvene zaštite, već više parcijalnih mjerila koje valja kombinirati. Konačno, njegova je namjera upozoriti na svu kompleksnost društvenih izazova koji se postavljaju pred zdravstvene sustave. Pri tome će biti izostavljeni neki ključni elementi funkcioniranja zdravstvenog sustava, kao što je primjerice odnos liječnik-pacijent, ostvarivanje programa javnog zdravstva, detaljnija analiza odnosa između različitih razina zdravstvene zaštite i sl.

Temeljem navedenoga, struktura je rada sljedeća. Nakon kratkog povijesnog uvoda nešto se šire obrazlažu temelji zdravstvenog sustava koji su uspostavljeni u socijalističkom razdoblju. Funkcioniranje zdravstvenog sustava nakon 1990. godine opisano je kroz četiri razdoblja, povezana s četiri glavna reformska vala: 1993. godine, postratno razdoblje, početak 2000-ih te reforma 2006. godine. Potom slijedi detaljnija prezentacija zdravstvenog sustava koja se temelji na analizi: (1) njegove organizacije i prava iz zdravstvenog osiguranja, (2) financiranja i troškova te (3) stanja zdravlja i pokazatelja uspješnosti sustava.

## **POVIJESNE ZASADE**

Sustavniji počeci državne intervencije u zdravstvenom sustavu sežu u 19. stoljeće kada je veliki dio današnje Hrvatske bio u sastavu Austro-Ugarske Monarhije. Oni se mogu podijeliti na dva dijela: uvođenje prvih oblika osiguranja od bolesti ili nesreće na radnom mjestu te reguliranje zdravstvenih usluga.

U području osiguranja, ideje Bismarckovih zakona vrlo su se brzo proširile u Austriji te ona uvodi 1887. godine obvezno socijalno osiguranje za slučaj nesreće na poslu, a 1888. i za slučaj bolesti (Jelčić, 1988.:27-28). Austrijski zakoni automatski su bili na snazi u Dalmaciji koja je bila u sastavu Austrije, dok je u Hrvatskoj i Slavoniji obvezno osiguranje za slučaj bolesti, premda samo za radnike zaposlene u taksativno navedenim poduzećima, uvedeno tri godine kasnije, 1891. godine. Zakon iz 1907. proširio je osiguranje na širi krug zaposlenih te je uveo i osiguranje za slučaj nesreće na poslu, iako valja napomenuti da su tada zaposlenici činili vrlo mali dio ukupnog broja radnoaktivnog stanovništva. Paralelno s tim, odnosno čak nešto ranije, započeo je važan proces uređenja zdravstvene službe, uspostav ljanja nadzora nad njom te regulacije dijela službe koja ima javnozdravstveni te socijalni značaj. Prve ideje o uređenju zdravstvenog sustava i posebice uvođenju općinskih liječnika formulirali su zagrebački liječnici na svom skupu u veljači 1850. godine, no njihovi prijedlozi nisu bili prihvaćeni, a iste godine donesena su Načela javnoga medicinskog upravljanja za cijelu Monarhiju (Sremac, Žuža, 2002.:10-15). Načela su na najnižoj razini predvidjela samo kotarske liječnike, a ne i općinske koji bi bolje mogli zadovoljiti potrebe cijelog stanovništva. Zakon o uređenju zdravstva u kraljevini Hrvatskoj i Slavoniji ipak je ugledao svjetlo dana 1874. godine, u vrijeme značajnih reformi koje je provodio ban Mažuranić. Tim je zakonom Kraljevska zemaljska vlada pod svoj nadzor stavila cjelokupno zdravstvo, dakle i privatno, a ne samo javno. Dvadeset godina kasnije, 1894. godine, donosi se novi zakon kojim se mnogo detaljnije propisuje organizacija javne zdravstvene službe, a s ciljem omogućavanja realizacije potpune brige za narodno zdravlje.

Važnost ovakvog nasljeđa pokazala se nakon stvaranja Kraljevine SHS, odnosno tzv. prve Jugoslavije 1918. godine. Na njegovim je temeljima donesen Zakon o socijalnom osiguranju radnika 1922. godine kojim su bili pokriveni svi rizici, osim nezaposlenosti, pa tako i rizici bolesti i nesreće na radnom mjestu. No, on se u cijelosti počeo primjenjivati tek 1937. godine te je njime bio obuhvaćen maleni broj osiguranika. Uglavnom, razdoblje između dva svjetska rata nije donijelo napredak u

zdravstvenom osiguranju ili pristupu zdravstvenoj zaštiti. Ipak, to je razdoblje koje valja zapamtiti po razvoju preventivne medicine (Sremec, Žuža, 2002.:125-145). Dr. Andrija Štampar, kasnije jedan od utemeljitelja Svjetske zdravstvene organizacije osnovane 1948. godine, imenovan je 1919. godine načelnikom Odjela za javnu i socijalnu higijenu u Ministarstvu narodnog zdravlja u Beogradu. Štamparova nastojanja oko naglašavanja važnosti terenskog i preventivnog medicinskog rada, odnosno utemeljenja socijalne i javno finansirane medicine, predstavljala su veliki iskorak u tom razdoblju. Škola narodnog zdravlja osnovana je u Zagrebu 1927. godine, a 1928. donesena je Uredba o prosvjećivanju naroda, a u kojoj se ističe da su sve ustanove i tijela higijenske službe dužni posebnu pozornost posvetiti obavješćivanju, obrazovanju i poučavanju naroda.

## **TEMELJI ZDRAVSTVENOG SUSTAVA: RAZDOBLJE OD 1945. DO 1990.**

Nakon završetka Drugoga svjetskog rata Hrvatska je u sastavu socijalističke Jugoslavije te se do 1990. godine događaju mnoge promjene, od kojih će ovdje biti kratko opisane samo one najbitnije, i to ponajviše u kontekstu razvoja zdravstvenog osiguranja i pristupa zdravstvenim uslugama (Jelčić, 1988.; Škrbić, 1978.).

U razdoblju neposredno nakon rata zdravstvena zaštita postoji u tri osnovna oblika. Javna (državna) zdravstvena služba 196 Rev. soc. polit., god. 14, br. 2, str 193-220, Zagreb 2007. Zrinščak S.: Zdravstvena politika Hrvatske obuhvatila je sve zdravstvene ustanove koje su i ranije bile u državnom vlasništvu, dok je zdravstvena služba socijalnog osiguranja obuhvaćala ustanove u vlasništvu socijalnog osiguranja. Socijalno je osiguranje plaćalo troškove liječenja osiguranih neovisno o tome liječili se oni u državnim zdravstvenim institucijama ili u privatnim ordinacijama. Treći oblik je bila privatna praksa, koja nije bila oštro izdvojena od državnoga ili socijalnog osiguranja jer su mnogi privatni liječnici imali ugovor s osiguranjem, a prevladavala je praksa da u privatnoj praksi rade liječnici nakon radnog vremena provedenoga u zdravstvenim institucijama. No, sukladno novoj ideologiji, postupno jača uloga države, njena kontrola nad zdravstvenim sustavom, kao i obuhvat osiguranih osoba. To je ponajprije došlo do izražaja u Zakonu o socijalnom osiguranju radnika, službenika i njihovih obitelji iz 1950. godine. Njime je osiguranje prošireno na sve osobe u radnom odnosu i članove njihovih obitelji, a kojima su zajamčena vrlo velika prava na zdravstvenu zaštitu. Time je, kao i u drugim područjima socijalne politike, promovirana atraktivnost zapošljavanja u državnom sektoru, u odnosu na tzv. nedržavni sektor unutar kojega su većinu činili poljoprivrednici. Premda je zakonom afirmiran zdravstveni sustav na temeljima osiguranja zaposlenih, finansiranje je ipak bilo proračunsko (ne, dakle, iz uplaćenih doprinosa), a sredstva su dolazila iz proračuna svih razina vlasti (općine, kotari, republike i federacija).

Novo razdoblje povezano je s postupnim procesom deetatizacije te uvođenja samoupravljanja od početka 50-ih. Zdravstveno se osiguranje izdvaja iz socijalnog osiguranja te od 1955. godine biva regulirano posebnim zakonom. Ono također postupno, premda nikada u potpunosti, dobiva obrise samostalne službe, kao što je i primjereno načelu osiguranja. Sukladno procesu decentralizacije, finansiranje, uz uplaćene doprinose, u većoj mjeri preuzimaju lokalne vlasti. Zdravstvene ustanove dobivaju status samostalnih ustanova te prelaze na samofinansiranje na osnovi naplaćivanja svojih usluga. Svakako je važna činjenica da je od 1960. godine uvedeno zdravstveno osiguranje poljoprivrednika, ali samo za osnovno zdravstveno osiguranje, dok će se tek kasnije postupno izjednačavati prava na zdravstvenu zaštitu poljoprivrednika s pravima zaposlenih radnika (do potpunog izjednačavanja opsega prava dolazi tek 1980. godine).

U 60-ima valja zabilježiti nove zakone kojima se regulira organizacija zdravstvene zaštite i finansiranje zdravstvenih ustanova, ali i krizu finansiranja zdravstva, uvjetovanu djelomice tzv. privrednom reformom iz 1965. kojom se pokušalo odgovoriti na ekonomske poteškoće jugoslavenske ekonomije. Kako je razdoblje od 1961. do 1965. bilo popraćeno i povećanjem zdravstvene potrošnje, nakon 1965. dolazi do smanjivanja financiranja, većeg uplitanja državnih organa (čime se, zapravo, zaustavlja trend rasta autonomnosti zdravstvenog osiguranja), ali i povećanja prava osiguranih osoba što zdravstveni sustav dovodi u prilično ne zavidan položaj. Primjerice, stopa doprinosa za zdravstveno osiguranje smanjena je u Hrvatskoj s 8,4% 1965. na 5,2% 1967. godine (Škrbić, 1978.:180). Dvije godine kasnije, ukida se limitiranje stope doprinosa, što predstavlja uvod u novo razdoblje organizacije zdravstvenog sustava.

To novo razdoblje, koje s nekim izmjenama praktički traje sve do raspada Jugoslavije, karakteriziraju prelazak svih nadležnosti u pogledu zdravstvenog sustava na pojedine republike, uspostavljanje triju zajednica zdravstvenog osiguranja (radnika, poljoprivrednika i samostalnih profesija 3), financiranje zdravstvene zaštite u okviru tzv. samoupravnih interesnih zajednica te podvrgavanje svih socijalno-političkih sustava, time i zdravstva, interesima tzv. udruženog rada, što je bio novi naziv za društveno vlasništvo nad poduzećima. Samoupravne interesne zajednice bile su zamišljene kao mjesta gdje se susreću uplatitelji (predstavници tzv. udruženog rada), korisnici i davatelji usluga te gdje se dogovora opseg i prava zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja. Jasno je, međutim, da

je sustav bio visoko politiziran, odnosno podložan političkim interesima i mogućnostima. Ne treba zaboraviti da je to ujedno i razdoblje rastuće sveopće krize jugoslavenskog društva, koja se ogleda i u krizi zdravstva (Letica, 1989.). Kako su općine bile ključna mjesta odlučivanja, sustav je postao i izrazito decentraliziran. Valja napomenuti da je i temeljem načela solidarnosti, dopunsko financiranje uvedeno za općine s manjim doprinosima, odnosno manjim prihodima. Jedan od oblika solidarnosti bila je i solidarnost s poljoprivrednicima, kojima je od 1974. godine zajamčeno pravo na besplatno bolničko liječenje što, međutim, tzv. samoupravne interesne zajednice poljoprivrednika nisu mogle platiti.

Temeljem opisanih promjena, prava na zdravstvenu zaštitu i iz zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj su bila regulirana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju iz 1980. godine. Postupno širenje broja osiguranih osoba (1979. godine bilo je zdravstveno osigurano oko 85% ukupnog stanovništva Hrvatske) vidljivo je i u novom zakonu koji praktički navodi gotove sve kategorije stanovništva: zaposlene osobe, poljoprivrednici, osobe koje samostalno obavljaju profesionalnu djelatnost, prijavljene privremeno nezaposlene osobe, stranci na temelju međunarodnih ugovora itd. Prava na zdravstvenu zaštitu su bila detaljno propisana i za članove obitelji osiguranika. Prava iz zdravstvenog osiguranja sastojala su se u pravima na zdravstvene usluge (sve mjere preventivne i kurativne zdravstvene zaštite, smještaj u zdravstvene ustanove, lijekovi i ortopedski pomagala) te prava na novčana davanja (naknade u slučajevima privremene spriječenosti za rad zbog bolesti, trudnoće, poroda i sl., naknada prijevoznih troškova, naknada za opremu novorođenog djeteta, itd.). No, ova posljednja prava nisu bila svima zajamčena jer, primjerice, poljoprivrednici nisu mogli ostvariti pravo na novčanu naknadu zbog privremene nesposobnosti za rad. Naknade su, inače, bile relativno izdašne, što je potenciralo brojne zloupotrebe prava. Zanimljiv je podatak da su u Hrvatskoj izdaci za naknade i pomoći iznosili 1978. godine čak 21,7% ukupnih rashoda zdravstvenog osiguranja radnika, u usporedbi sa slovenskih 12,1% i jugoslavenskih 18,8% (Letica, Špoljar, Habazin, 1981.:479).

Ovaj prilog, naravno, nije prigoda da se provede sustavna rasprava o zdravstvenom sustavu socijalističke Hrvatske. No, za nešto uobličenu sliku, potrebno je dodati podatke o zdravstvenoj potrošnji te osnovnim zdravstvenim pokazateljima.

Prema raspoloživim podacima vidljivo je da zdravstvena potrošnja kontinuirano rasla od 50-ih godina prošlog stoljeća u cijeloj bivšoj Jugoslaviji, i to brže od porasta samoga društvenog proizvoda, s time da je rast bio ograničen administrativnim mjerama sredinom 60-ih godina (Škrbić, 1978.:251- 298). Uprkos takvom rastu, valja primijetiti da ni Jugoslavija ni Hrvatska nisu niti udjelom u društvenom proizvodu, a kamo li realnim iznosom premašivale razvijene zemlje. Primjerice, po udjelu izdvajanja od 5,65% 1976. godine Hrvatska je bila vrlo slična Austriji, Finskoj, ili Ujedinjenom Kraljevstvu, ali se, slično kao i danas, zbog daleko nižega iznosa društvenog proizvoda, nalazila pri dnu ljestvice realnoga izdvajanja za zdravstvo, ako je uspoređujemo s najrazvijenijim zemljama (Letica, Špoljar, Habazin, 1981.:464-469). Usporedba s drugim publikama bivše Jugoslavije prikazana u tablici 1. kazuje da se po relativnoj stopi izdvajanja Hrvatska nije bitno razlikovala od drugih republika, s time da ponovno ne treba zaboraviti vrlo velike ekonomske razlike unutar bivše Jugoslavije koje su vodile i do velikih razlika u realnoj potrošnji pa je Hrvatska trošila relativno više od ostatka Jugoslavije, osim Slovenije. U pogledu investiranja u zdravstvo Hrvatska je, primjerice, u razdoblju od 1970. do 1978. godine imala dvostruko manje investicija nego Slovenija pa su istraživači i tada upozoravali da Hrvatska u zdravstvo ulaže daleko manje nego što bi to objektivno omogućavao njen društveno-ekonomski razvoj (Letica, Špoljar, Habazin, 1981.:470).<sup>4</sup>

Tablica 1. Udio zdravstvene potrošnje u društvenom proizvodu u bivšoj Jugoslaviji, 1970. i 1978. godine<sup>5</sup>

	1970.	1978.
Jugoslavija	5,60	6,09
Hrvatska	5,55	6,17
Slovenija	5,23	5,51
Uža Srbija	5,78	6,71

Izvor: Letica, Špoljar, Habazin (1981.:466).

Odabrani zdravstveni pokazatelji (prikazani u tablicama 2. i 3.) također pokazuju poziciju Hrvatske kako unutar bivše Jugoslavije tako i u odnosu na krug europskih zemalja. U ovom je slučaju mortalitet dojenčadi bolji pokazatelj učinkovitosti zdravstvenog sustava, za razliku od očekivanog trajanja života koji reflektira i neke druge kulturološke vidove kvalitete života (ovdje je vrlo indikativna pozicija Grčke s nešto lošijim pokazateljem dojenačke smrtnosti u odnosu na druge zapadne zemlje, ali s vrlo visokim očekivanim trajanjem života). U pogledu prvog pokazatelja vidljivo je da je još 1960. godine Hrvatska znatno zaostajala za nizom europskih zemalja, uključujući i one

komunističke, ali i da je to zaostajanje svedeno na minimum 1990. godine. Takvo smanjenje nisu zabilježile neke druge bivše jugoslavenske republike, što ponovno govori o velikim razlikama unutar bivše države. Zanimljivo je spomenuti podatak da je razlika u dojenačkoj smrtnosti između Kosova i Slovenije 1960. i 1980. godine iznosila čak 3,77:1 (Letica, 1989.:48). U pogledu očekivanog trajanja života Hrvatska je bila slična nizu bivših komunističkih država, a koje su sve zaostajale za nekoliko godina od zapadnih zemalja.

Tablica 2. Mortalitet dojenčadi (umrli u prvoj godini života na 1 000 živorođenih) u Hrvatskoj i odabranim europskim zemljama u razdoblju od 1960. do 1990. godine

Zemlja	1960.	1970.	1980.	1990.
Austrija	37,6	25,6	14,4	7,9
Bosna i Hercegovina	107,0	70,0	31,5	15,3
Češka R.	20,1	20,3	16,6	10,8
Francuska	27,5	18,2	10,1	7,4
Grčka	40,1	29,7	17,9	9,7
<b>Hrvatska</b>	<b>70,0</b>	<b>33,9</b>	<b>20,5</b>	<b>10,7</b>
Italija	43,9	29,3	14,4	8,2
Mađarska	47,3	35,8	23,0	14,9
Makedonija	-	88,0	54,9	31,7
Njemačka (bivša zapadna)	35,0	23,4	12,7	7,1
Poljska	54,8	36,7	25,5	19,3
Srbija i Crna Gora	84,7	54,4	33,3	24,8
Slovenija	35,1	24,5	15,1	8,2
Švedska	16,6	11,0	6,9	6,0
UK	22,8	18,4	14,0	8,0

Izvor: Council of Europe (2005.).

Tablica 3. Očekivano trajanje života (u godinama) u trenutku rođenja te u 65. godini života muškaraca i žena u Hrvatskoj i odabranim europskim zemljama 1980. godine

Zemlja	0		65	
	M	Ž	M	Ž
Austrija	69,0	76,0	12,9	16,2
Bosna i Hercegovina	67,9	72,9	13,1	14,8
Češka R.	66,8	73,9	11,2	14,4
Francuska	70,2	78,3	13,9	18,1
Grčka	73,1	77,7	15,2	17,2
<b>Hrvatska</b>	<b>66,6</b>	<b>74,2</b>	<b>12,1</b>	<b>15,1</b>
Italija	70,6	77,2	13,4	16,8
Mađarska	65,5	72,7	11,6	14,6
Makedonija	68,3	72,0	13,8	15,5
Njemačka (bivša zapadna)	69,6	76,1	12,7	16,1
Poljska	66,0	74,4	12,0	15,5
Srbija i Crna Gora	68,3	72,9	13,3	15,1
Slovenija	67,3	75,2	12,4	15,7
Švedska	72,8	78,8	14,3	17,9
UK	70,8	76,9	12,9	17,0

Izvor: Council of Europe (2005.).

Ako ništa drugo, dosadašnji je opis pokazao poteškoću opisa zdravstvenog sustava Hrvatske, kao uostalom i drugih bivših socijalističkih država, u kontekstu poznatih zdravstvenih modela: beveridgeovski, bismarckovski i ograničeno-tržišni (Zrinščak, 2005.:210-214). Proučavatelji bivših komunističkih država dodavali su i četvrti, tzv. Semaško model, odnosno model koji se najjasnije oblikovao u bivšem Sovjetskom Savezu. Zbog specifičnoga jugoslavenskoga društvenog razvoja, hrvatski zdravstveni model se ne može ubrojiti (barem ne u njegovoj kasnijoj fazi razvoja) u Semaško model, pa bi možda bilo najprimjerenije reći da je bila riječ o kombinaciji sustava zdravstvenog osiguranja i sustava nacionalnog zdravstva, s time da ovdje nacionalno treba više shvatiti u smjeru državne kontrole nad zdravstvom. Time se oslikava izuzetno velika hibridnost sustava. U tome smjeru ide i ocjena koju je moguće pronaći u studiji Svjetske zdravstvene organizacije o Hrvatskoj: »Hrvatski zdravstveni sustav krajem 80-ih bio je jedinstvena mješavina

fondova zdravstvenog osiguranja, mreža (premda zanemarena) primarne zdravstvene skrbi, kvazi-autonomnih zdravstvenih organizacija te samoupravljanja. Rezultat je bio krajnje liberalan sustav koji je graničio s anarhijom i koji nije nikoga zadovoljavao. Hrvatska je ušla u 90-e s disfunkcionalnim, loše organiziranim i skupim zdravstvenim sustavom, koji je trebao biti potpuno restrukturiran « (European Observatory on Health Care Systems, 1999.:6).

## **TRANZICIJSKI IZAZOVI I (KVAZI)RADIKALNE REFORME**

Opis tranzicijskih izazova i poduzetih reformi započet ćemo problematizirajući upravo kraj prethodne rečenice, tj. one koja govori o potrebi potpunog restrukturiranja sustava. Naime, već je zamijećena činjenica da su ciljevi tranzicije u ekonomskom i političkom pogledu bili jasni (tržište i demokracija) – premda ne i putovi koji do njih vode - ali se to uopće ne može reći i za preobrazbu u području socijalne politike

(Zrinščak, 2006.:184). Naime, nije bilo jasno niti je ikakva takva analiza poduzimana, a koja bi pokazala što od nasljeđa valja sačuvati, a što treba promijeniti. Ovom se konstatacijom uopće ne dovodi u pitanje potreba prilagodbe zdravstvenog sustava novim društvenim i ekonomskim okolnostima, ali će već i prve reforme pokazati da »olako« oblikovana reforma (kojoj su se mnoge prednosti objašnjavale gotovo isključivo dmakom od starog sustava) može donijeti niz neželjenih posljedica. No, valja priznati i činjenicu da su okvir reformi oblikovali i čimbenici nepovoljnih tranzicijskih kretanja. Ovdje se prvenstveno misli na ekonomske i socijalne posljedice same društveno-ekonomske preobrazbe te rata, a koji su kao najprioritetnijima nametnuli održavanje temeljne zdravstvene sigurnosti te pitanje zdravstvenih troškova. S time su povezane i činjenice zakašnjele europeizacije te sveprisutne globalizacije, sa svim popratnim fenomenima vidljivima u globalnom nefunkcioniranju javnozdravstvenih programa i posljedičnom urušavanju globalnog zdravlja. U slučaju Hrvatske to se ogleda u činjenici jakoga, dugotrajnoga i direktivnog utjecaja globalnih agencija, a osobito Svjetske banke u reformama hrvatskoga zdravstvenog sustava. To je i jedan od bitnih razloga što će se u ovom radu najprije opisati same reforme, a potom će se kratko prikazati najosnovnije crte konteksta, prije svega kroz kretanje troškova sustava, njegovih ključnih osobina te najvažnijih zdravstvenih pokazatelja, jer će kontekst poslužiti i kao okvir razumijevanja reformi i kao okvir njihove evaluacije.

### **Reforma zdravstva 1993. godine: centralizacija i privatizacija**

Prva opsežna reforma zdravstva, ozako njena 1993. godine i implementirana u sljedećih nekoliko godina može se, dakle, opisati kao kombinacija trostruke reakcije na:

- a) loše strane prošloga sustava (prevelika potrošnja i naslijeđeni gubitak, neučinkovita decentralizacija)
- b) nove društvene probleme (zdravstve na kriza izazvana ekonomskim poteškoćama i ratom)
- c) nove društvene okolnosti (sloboda odlučivanja pacijenata, pravo privatne prakse).<sup>6</sup>

U pogledu načela zdravstvene zaštite novi Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine temeljio se na načelima:

- a) sveobuhvatnosti (pokriva sve građane)
- b) kontinuiranosti (zaštita kroz sve životne dobi)
- c) dostupnosti (raspored zdravstvenih ustanova koji jamči podjednak pristup zdravstvenoj zaštiti)
- d) cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite (što postavlja primarnu zdravstvenu zaštitu kao temelj sustava).

Time se, barem na načelnoj razini, sustav želio graditi na zasadama dotadašnjeg razvoja, dakle u smjeru javne i dostupne zdravstvene službe. Zadržana je i temeljna podjela na:

- a) primarnu (domovi zdravlja, ustanove za hitnu medicinsku pomoć, ustanove za zdravstvenu njegu u kući, ljekarne)
- b) sekundarnu (poliklinike, bolnice, lječilišta)
- c) tercijarnu (državni zdravstveni zavodi, kliničke ustanove) zdravstvenu zaštitu.

Zakon, s druge strane, ističe da je svatko dužan brinuti se o svom zdravlju te omogućava slobodan izbor liječnika, što je svakako predstavljalo zakonski novum, premda tada još ne postoji Zakon o zaštiti prava pacijenata te se s obzirom na vrlo nisku razinu informiranosti više radilo o deklarativnoj, a ne stvarnoj mogućnosti. Do najveće je promjene došlo u vlasništvu nad zdravstvenim ustanovama jer je primijenjeno načelo podržavljenja. Procesom podržavljenja željelo se ispraviti nedostatke dotadašnjega izrazito decentraliziranog zdravstvenog sustava, zajamčiti nepovredivost vlasništva u ratnim uvjetima te, što je izričito naglašeno, spriječiti brzu i nekontroliranu privatizaciju: »Svjetska zdravstvena organizacija savjetovala je zakonodavca da ne nagli u privatizaciji, kako zbog negativnih iskustava zemalja koje su to pokušale (Mađarska), tako i zbog vrlo značajnog čimbenika

nenaviknutosti građana na privatno vlasništvo u zdravstvenoj oblasti« (Hebrang, Njavro, Mrkonjić, 1993.:17-18).7 Valja, ipak, priznati da je stupanj centralizacije bio nešto manji nego, primjerice, u tadašnjem obrazovnom ili sustavu socijalne skrbi. Naime, Zakon je diferencirao vlasništvo između centralne države i županija:

- u državnom su vlasništvu klinike kao samostalne ustanove, kliničke bolnice, klinički bolnički centri te državni zdravstveni zavodi
- u vlasništvu županija, odnosno Grada Zagreba su domovi zdravlja, ustanove za zdravstvenu njegu u kući, poliklinike, opće bolnice, specijalne bolnice, ljekarne, lječilišta, ustanove za hitnu medicinsku pomoć te zavodi za javno zdravstvo i transfuzijsku medicinu.

Propisano je i da u privatnom i mješovitom vlasništvu mogu biti sve zdravstvene ustanove koje jesu u vlasništvu županija, osim doma zdravlja, ustanove za hitnu medicinsku pomoć, zavoda za javno zdravstvo i transfuzijsku medicinu. Novi vid vlasništva nad zdravstvenim ustanovama se najbolje ogledao u tijelima upravljanja, tj. upravnim vijećima gdje je većinu imao vlasnik (država ili županija).

Uređenje financiranja zdravstvenog sustava slijedilo je sličnu logiku, ali je ovdje u većoj mjeri došla do izražaja centralizacija. Kako se sustav i dalje u osnovi temeljio na obveznom zdravstvenom osiguranju te uplaćenim doprinosima (uz dodatne prihode iz proračuna te participaciji osiguranika), osnovnom je institucijom postao novoosnovani Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). On jest bio donekle uređen na tripartitnoj osnovici jer je od devet članova njegova upravnog vijeća bilo četiri predstavnika zdravstvenih djelatnika iz zdravstvenih ustanova i privatne prakse, tri predstavnika osiguranika i dva predstavnika poslodavca. Međutim, sve članove imenovala je Vlada RH na prijedlog ministra zdravstva (čime je autonomnost predstavnika socijalnih partnera bila bitno okrnjena), a zanimljiva je i njihova brojčana neravnopravnost. Neovisno o tome što je Zakon o zdravstvenom osiguranju omogućio i dobrovoljno osiguranje (dopunsko, koje omogućuje pokrivanje razlike iznad vrijednosti usluga temeljem obveznoga osiguranja ili veći opseg prava i viši standard te u cijelosti privatno zdravstveno osiguranje) jasno je da je opseg obveznoga zdravstvenog osiguranja koji je pokrивao gotovo cijelo stanovništvo doveo do toga da je HZZO temeljna financijska institucija u području zdravstva.

Temeljem osiguranja, osiguranici imaju pravo na zdravstvenu zaštitu (primarnu, specijalističko-konzilijarnu te bolničku) te pravo na sljedeće novčane naknade:

- nadoknada plaće za vrijeme bolovanja
- nadoknada putnih troškova u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite
- pomoć za opremu novorođenog djeteta
- nadoknada za pogrebne troškove.

Kao što je već napomenuto, jedan od najvećih iskoraka novih zakonskih rješenja jest uvođenje privatnog vlasništva u zdravstvenom sustavu. Doduše, mogućnost privatne prakse u području zdravstva uvedena je već 1990. godine, što je bio najjasniji izraz novih društvenih okolnosti te se to može ubrojiti u prvi vid privatizacije.8 Ipak, broj privatnih ordinacija i klinika ne povećava se u velikom opsegu, a o privatizaciji se više može govoriti iz perspektive promjene vlasništva nad dijelom postojećeg sustava. U tom je smislu Zakonom iz 1993. godine inaugurirana u punom opsegu tzv. »oprezna« privatizacija koja je smjerala postupnoj, ali potpunoj privatizaciji primarne zdravstvene zaštite, odnosno domova zdravlja što, dakle, čini drugi vid privatizacije. To je potom preciznije regulirano podzakonskim aktom iz prosinca 1995. godine i to putem sustava zakupa ordinacija primarne zdravstvene zaštite. Kako je riječ o tome da su uvjeti zakupa te uvjeti pružanja zaštite stanovništvu obuhvaćenim obveznim zdravstvenim osiguranjem u potpunosti određeni od strane HZZO-a, vrlo često u obliku nepovoljnih i restriktivnih financijskih i drugih odredbi, lako je razumljivo nezadovoljstvo kako liječnika primarne zdravstvene zaštite, tako i pacijenata. Riječ je, zapravo, o nekoj vrsti ograničene, dirigirane privatizacije.

Treći vid privatizacije sastoji se kako u uvođenju participacije za pojedine usluge tako i u danoj mogućnosti pojedinim liječnicima da nakon svoga obveznoga radnog vremena u prostorima državnih zdravstvenih ustanova pružaju privatno svoje zdravstvene usluge. Time je opća i načelno svima dostupna zdravstvena zaštita eksplicitno povezana s mogućnostima izravnog plaćanja, a mogućnošću privatnog rada u javnim ustanovama inaugurirao se teško regulirani javno-privatni mix koji se nigdje nije pokazao dobrim rješenjem i koji omogućuje niz zloupotreba prava na jednaku dostupnost zdravstvene zaštite. Zanimljivo jest priznanje da Svjetska zdravstvena organizacija nije preporučila takvo rješenje, ali da je do njega došlo uslijed pritiska zdravstvenih djelatnika.9

### **Postratno razdoblje: sanacija zdravstvenog sustava i prvi znaci permanentne krize**

Evaluacija zakonskih i organizacijskih promjena uvedenih 1993. godine neodvojiva je od opisa funkcioniranja sustava do kraja 90-ih godina 20. stoljeća. Svjetska je banka vrlo pohvalno govorila o

rezultatima reforme koje je nazvala impresivnima (Svjetska banka, 1997.; World Bank, 1999.). Ova ocjena temelji se na centraliziranoj kontroli tokova i nanciranja, uvedenim mehanizmima kontrole troškova, te postavljenim temeljima privatizacije zdravstva. U 1993. i 1994. godini smanjeni su ukupni troškovi zdravstvenog sustava, a minus u HZZO-u smanjen je s 2,8% BDP-a 1992. godine na 0,2% 1994. godine. No, to nije postignuto bitnom reorganizacijom zdravstvenog sustava, već fi nancijskim mjerama koje su ubrzo izgubile svoju učinkovitost, kao što su povećanje stope doprinosa te uvođenje sustava limitirane potrošnje. Na smanjenje troškova zdravstva utjecaj je imala i odluka iz 1994. godine da se računovodstveno više ne prikazuje trošak amortizacije, što je dugoročno imalo vrlo negativan učinak na investicijsko održavanje te obnovu kapitalne opreme. Otuda razlog da su analize Svjetske banke reformu ocijenile mpresivnom uz istodobno ukazivanje na troškovnu eksploziju u drugoj polovici 90-ih te na niz drugih problema funkcioniranja sustava. Primjerice, eksplicitan cilj reforme iz 1993. bio je jačanje uloge primarne zaštite te nastojanje da se na primarnoj razini, bez često nepotrebnog upućivanja specijalistima i bolnicama, rješava veći broj zdravstvenih problema. No, 1995. godine primarna je zaštita trošila samo 14,6% ukupnih zdravstvenih troškova, potpuno isto kao i 1993. godine, dok su u istom razdoblju bolnički troškovi porasli za 3% (Svjetska banka, 1997.). Druge primjedbe odnose se na nedostatno razvijene programe javnog zdravlja, potpuno odsustvo kontrole trošenja u tercijarnoj zaštiti te veliki porast troškova bolovanja i porodnih dopusta. Zanimljivo je napomenuti i da je u drugoj polovici 90- ih došlo do povećanja udjela kako liječnika i stomatologa, tako i ostalog medicinskog osoblja u privatnom sektoru, te se njihov dosegnuti udio iz 2000. godine, nije nakon toga povećavao.

Ovo je razdoblje u kojem bilježimo i prvi zajednički projekt Vlade RH, odnosno HZZO-a i Svjetske banke u iznosu od 54 milijuna dolara. Projekt je započeo 1995. godine i trajao do kraja 1999. godine, a bio je zamišljen kao potpora reformi iz 1993. godine i to ponajprije putem informatizacije HZZO-a i nabavke medicinske opreme.10

nastavak