

Izvješće o stanju i razvoju hrvatskog zdravstvenog sustava od 1990. do 1995. godine

(The Report on the Condition and Development of Croatian Health System from 1990 to 1995)

Hebrang, A, Ljubičić, M., Baklaić, Ž.

Ključne riječi: zdravstveni pokazatelji, hrvatski domovinski rat

Key words: health indicators, Croatian homeland war

UVOD

Ministarstvo zdravstva republike Hrvatske u suradnji sa Hrvatskim zavodom za javno zdravstvo izradilo je 1996. godine, za potrebe Zastupničkog doma Sabora RH, Izvješće o stanju i razvoju hrvatskog zdravstvenog sustava tijekom Domovinskog rata. Poradi ekstenzivnosti izvješće je djelomično skraćeno.

1. NASLIJEĐENI ZDRAVSTVENI SUSTAV

Nakon prvih demokratskih izbora preuzeli smo organizaciju zdravstvenog sustava koja je bila karakteristična za samoupravni socijalizam. Negativne strane tog sustava bile su nedefinirano vlasništvo i upravljanje, nedostatak financijskog stručnog nadzora, nekontrolirani i potpuno raspršeni sustav financiranja bez financijskih normativa i kontrole, te potpuni nedostatak cjelokupnog programa usklađenog prema broju stanovnika i nacionalnog dohotka. Pozitivna strana naslijeđenog sustava bila je vrlo dobar stručni kadar, školovan na domaćim ali većim djelom i na stranim učilištima. Naslijeđen je i kvalitetan sestrinski kadar kao i dobro uhodane medicinske škole sa suvremenim nastavnim programima.

Naslijeđena infrastruktura nalazi se u nedopustivo lošem stanju, daleko ispod razine nacionalnog dohotka. Komfor u naslijeđenim bolničkim kapacitetima te ordinacijama primarne zdravstvene zaštite u većini slučajeva je na razini tri do četiri puta niži od europske a preko polovina ukupnih kapaciteta ne zadovoljava uobičajene zdravstvene niti sanitarne normative. Naslijeđena oprema je zapuštena i zastarjela tako da je otpisana ukupno s preko 80% ukupne vrijednosti.

Opisano stanje uzrokovalo je zdravstvene pokazatelje koje su bili značajno lošiji nego u zapadnoeuropskim zemljama ali u većini zdravstvenih područja bolji nego u drugim komunističkim zemljama. Ovo se osobito odnosi na prevenciju zaraznih bolesti. Sustav je karakterizirao potpuni nedostatak zdravstvenog prosvjećivanja, a zdravstveni pokazatelji bili su loše prikupljeni i nisu služili kao baza za organizacijske promjene.

2. POČETNE REFORME U HRVATSKOM ZDRAVSTVENOM SUSTAVU

Odmah po preuzimanju opisanog zdravstvenog sustava, koji se u organizacijskoj terminologiji naziva nekontroliranim sustavom, pokrenute su prve promjene. Zdravstveni sustav je prvi ukinuo sizovski princip financijskog poslovanja i organizirao fond zdravstva i zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske. Na taj način centralizirala se kontrola i po prvi puta uvela evidencija stručnog i financijskog poslovanja hrvatskog zdravstva. Uspostavljeni su kontakti sa stručnjacima Svjetske zdravstvene organizacije i organizirala mreža prikupljanja iskustva drugih postkomunističkih zemalja. Na temelju prikupljenih podataka sačinjen je plan reorganizacije zdravstvenog sustava i započeta je izrada temeljnih zakonskih propisa koji su trebali odrediti cjelokupnu novu organizaciju. Izrađeni su Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zakon o zdravstvenom osiguranju kao temeljni zakonski akti, ali je njihovo donošenje prekinuto srpskom agresijom. Tijek političkih zbivanja zahtijevao je odlaganje početka predviđenih reformi zbog očitih teritorijalnih pretenzija agresora.

3. RATNI ZDRAVSTVENI SUSTAV

Već krajem 1990. godine zaustavljaju se započete reforme sustava i počinje organizacija zdravstva za slučaj neposredne ratne opasnosti. Zdravstveni sustav je prvi koji je ustanovio Krizni stožer utemeljen 26. prosinca 1990. godine. Zadatak ovog stožera bio je predvidjeti posljedice tada već očite srpske agresije i pripremiti zdravstvenu službu za takve uvijete. Skupina naših vrhunskih stručnjaka okupljenih u Ministarstvu zdravstva izrađuje teorijski model za ratne okolnosti u kojima se očekuje u kratkom vremenu između 20000 – 30000 ranjenih te 10000 poginulih građana. Izrađuje

se prijedlog organizacije ratnog zdravstvenog sustava prema procjenama oružane snage agresora, geostrateškim osobinama područja predmnijevanih bojišnica te prema gustoći naselja pojedinih hrvatskih područja. Plan je bio sačinjen na temelju raspoloživih podataka, stručnih kadrova i postojećih tehnoloških mogućnosti.

Nažalost, plan je morao biti vrlo brzo primijenjen a nekoliko mjeseci kasnije stavljen i u punu funkciju. Hrvatski ratni sanitet u početku osnivao se isključivo na civilnim kadrovima, jer republika Hrvatska u početku nije imala vojske pa prema tome niti vojnog saniteta. Najveći problem bili su nedostatak stručnih kadrova za organizaciju ratnog saniteta i potpuni nedostatak specifične opreme. Nedostatak kadrova bio je uzrokovan činjenicom da liječnicima hrvatske narodnosti u bivšoj jugovojsci nisu bili dostupni položaji na kojima se moglo dobiti uvid u organizaciju ratnog zdravstvenog sustava. Zbog toga smo se oslonili na poznanstva u inozemstvu, gdje smo pokupili potrebna znanja. Na temelju dobivenih spoznaja te analize posebnosti rata koji se vodi, odlučili smo se za varijantu sustava koji je poznat kao integralni civilno – vojni zdravstveni sustav. Njegova je organizacija vrlo elastična i osniva se na postojećem civilnom stručnom kadru koji je brzim tečajevima priučen na rad u ratnim uvjetima. Taj sustav je bio pogodan i zato što se mogao vrlo lako prilagoditi nastanku saniteta hrvatske vojske. Njegova operativnost i ekonomičnost pokazala je veliku prednost pred ostalim organizacijskim oblicima u ratovima širom svijeta posljednjih desetljeća.

Zahvaljujući visokoj stručnoj razini i snazi proizašloj iz domoljublja, liječnici, medicinske sestre i zdravstveni tehničari ispunili su sva očekivanja s najboljim mogućim rezultatom. Iako cjelokupne objektivne analize hrvatskog ratnog sustava još nisu dovršene, jer je to posao koji traje nekoliko godina, ocijene inozemnih stručnih promatrača vrlo su viske. Prema dosada prikupljenim pokazateljima ukupna smrtnost ranjenika iznosila je oko 1%, što spada u vrhunske svjetske rezultate. Za cijelo vrijeme rata, unatoč vrlo teškim uvjetima življenja bojovnika kao i velikom broju izbjeglica i prognanika, nije bilo niti jedne značajne epidemije zaraznih bolesti. Pravovremenim preventivnim akcijama smanjene su sve komplikacije karakteristične za ratne rane, a neke, primjerice tetanus, nisu zabilježene niti jednom. Potrebno je istaći da se u to vrijeme odazvao dovoljan broj liječnika i njihovih suradnika, iako još nije postojao zakonom utemeljeni mobilizacijski sustav. Isto tako treba istaći odaziv liječnika i medicinskog osoblja iz Hercegovine, što je kasnije preraslo u praktično jedinstveni sustav pružanja humanitarne pomoći i zdravstvene zaštite svim stradalima u srpskoj agresiji.

4. NASTAVAK REORGANIZACIJE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Odmah nakon suzbijanja glavnog dijela agresije, nastavlja se reorganizacija mirnodopskog sustava te priprema zdravstvo za oslobađanje još okupiranih područja. U mirnodopskom zdravstvenom sustavu pristupa se promjenama temeljnih odrednica koje su odlučujuće za funkcioniranje zdravstva. To su promjene u sustavu vlasništva nad zdravstvenim ustanovama, izmjena načina upravljanja te cjelokupna reorganizacija financiranja sustava.

Zakonom se određuje vlasništvo nad zdravstvenim ustanovama. Izbjegli smo zamke nagle privatizacije, koja je u zdravstvu nekih postkomunističkih zemalja dala vrlo loše rezultate (npr. Češka). Odlučili smo se za državno vlasništvo nad zdravstvenim ustanovama i to prema slijedećem principu. Klinički bolnički centri, kliničke bolnice i klinike postaju vlasništvo države. Opće bolnice na razini županije postaju županijsko vlasništvo, isto kao i svi domovi zdravlja kao organizacijske jedinice primarne zdravstvene zaštite. Na taj način postiže se skrb nad vrhunskim zdravstvenim ustanovama, a zadovoljava se princip decentralizacije u vlasništvu prema stavovima Svjetske zdravstvene organizacije. Sukladno vlasništvu, uspostavlja se novi način upravljanja. Ustanovama upravljaju upravna vijeća koje u većinskom dijelu imenuju vlasnici (država odnosno županija) a dio članova imenuje se iz redova djelatnika ustanove. Upravno vijeće imenuje i razrješava ravnatelja čije su ovlasti točno precizirane zakonom. U upravljanje se uvode i Stručna vijeća koja trebaju osigurati utjecaj struke na donošenje i realizaciju planova u ustanovama. Istovremeno se u Ministarstvu zdravstva organizira zdravstvena inspekcija čiji je cilj redovito kontroliranje organizacije stručnosti rada svih ustanova. Na razini države utemeljuje se Hrvatski zavod za javno zdravstvo, koji brine o praćenju zdravstvenih pokazatelja te organizira preventivne medicinske djelatnosti. Uvodi se princip slobodnog izbora liječnika u cjelokupnoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti. To dovodi do natjecanja za bolesnika, a svakom građaninu daje pravo izbora liječnika prema vlastitoj prosudbi.

U svrhu poboljšanja kvalitete zdravstvene usluge uvodi se praćenje zdravstvenih pokazatelja prema kojima se organiziraju potrebite izmjene. Uvodi se i mogućnost privremenog premještanja medicinskog osoblja u ustanove u kojima nedostaju pojedini zdravstveni djelatnici. Na taj način postiže se jednakomjerna stručna razina rada u svim hrvatskim zdravstvenim ustanovama. Organiziraju se skupine instruktora koje borave na pojedinim odjelima na kojima su uočeni određeni organizacijski ili stručni propusti. Utemeljuje se strukovna komora (liječnička, stomatološka, farmaceutska te komora medicinskih biokemičara) s ciljem da promiče etičke i stručne principe rada svih djelatnika. Uvodi se obvezno državni ispit za djelatnike visoke stručne spreme te obvezno obnavljanje stručnih zvanja s reizborom svakih 7 godina. Provodi se cjelokupna promjena plana specijalizacija i uvode usmjerene specijalizacije. Mijenja se cjelokupni program specijalizacija po uzoru

na najnaprednija svjetska medicinska učilišta.

Istovremeno se provodi reorganizacija cjelokupnog financijskog poslovanja. Utemeljuje se državni princip osiguranja koji je u zapadnim zemljama dao najbolje rezultate. Između mnogobrojnih organizacijskih oblika koji su mogući u financiranju zdravstvenog sustava, odabiremo one koji imaju u svijetu najpovoljnije ocjene na temelju iskustva drugih. Na razini primarne zdravstvene zaštite postavljamo princip plaćanja po osiguraniku (tvz. Glavarina) što je temelj uspostave ograničenih tržišnih odnosa na ovoj razini. Izrađuju se standardi i normativi za obavljanje preventivnih i terapijskih usluga, uvodi se obvezni popis osiguranika prema liječniku te uvodi kontrola organizacije i kvalitete rada domova zdravlja.

U bolničkom sustavu uvodi se tvz. Tržišni sustav unutar državnog vlasništva. To znači, da bolnice više ne dobivaju nego zarađuju novac. Svim bolničkim uslugama isplaćuje se samo izvršena i fakturirana zdravstvena usluga. Za ostvarivanje toga cilja izrađuju se normativi svih dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacijskih usluga, te određuju strogi kadrovski i vremenski kriteriji. Usluge se ocjenjuju u bodovima a vrijednost boda se određuje prema razini priliva i rashoda financijskih sredstava. Temelj ovakvog poslovanja je uvođenje ugovornih odnosa između ustanove i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Ovi ugovori određuju način stručnog i financijskog poslovanja te pred ustanove postavljaju visoke kriterije za čije uvođenje se daju primjerno dugi rokovi. Ministarstvo zdravstva nadzire rad Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kroz redovita izvješća i zajedničke kolegije. Isto tako u ministarstvu se organizira kvartalno praćenje svih financijskih pokazatelja kako bi i ti pokazatelji, uz stručne, postali kriterijem za izbor ravnatelja i ocjenu rada upravnog vijeća. Zdravstveni sustav prvi uvodi, temeljem pregovora sa sindikatima, platne razrede i koeficijente za plaće.

Posebno mjesto u reorganizaciji financijskog poslovanja zauzima princip izjednačavanja rashoda s приходima. Ovaj cilj, koji se često nepotrebno politizira i dovodi u pitanje, usklađuje temelje organizacije zdravstvenog sustava prema najvećim međunarodnim autoritetima kao što su Svjetska zdravstvena organizacija, Svjetska banka, MMF i dr. Zašto zdravstveni sustav mora biti financijski izbalansiran? Iz niz razloga, a može se istaći kao najvažniji održavanje tržišta lijekova i medicinskog materijala te redovito znavljanje medicinske opreme. Povećani rashodi na račun prihoda zahtijevaju prelijevanje financijskih sredstava iz drugih socijalnih fondova, što ukupno snižava cjelokupnu razinu socijalne zaštite. Drugi razlog potrebitog balansa rashoda i prihoda u zdravstvenom sustavu je bankrot zdravstvenih sustava najbogatijih zemalja svijeta. Kao primjere može se navesti teški deficit zdravstvenog osiguranja u USA, gdje unatoč potrošnji 15% nacionalnog dohotka za zdravstvo čak 40.000.000 građana nema zdravstveno osiguranje. Praćenje posljedica velikog deficita u zdravstvenim sustavima njemačkog, talijanskog i francuskog zdravstvenog sustava ukazuje kako pogubne posljedice imaju drastična sniženja cijene zdravstvene usluge, bankrot više desetaka tisuća privatnih liječničkih praksi te zatvaranje velikog broja bolničkih kapaciteta.

Uspostava izbalansiranog financijskog sustava je vrlo složeni zadatak, osobito nakon više desetljetnog razdoblja potpunog zanemarivanja ovog problema. U našem sustavu izjednačenja rashoda i prihoda postignuto je nakon trogodišnjih reformi. Među mnogobrojnim zahvatima potrebno je istaći najvažnije. Ponajprije, utvrđeni su strogi kapaciteti bolničkog smještaja na razini zapadnoeuropskog standarda od četiri akutna i dva kronična kreveta na tisuću stanovnika. Postavljeni su strogi kriteriji potrošnje lijekova i sanitetskog materijala, a iz temelja je izmijenjen sustav njihove nabave. U ranijem nekontroliranom sustavu prosječna cijena medicinskog potrošnog materijala u hrvatskim zdravstvenim ustanovama bila je za nekoliko desetaka postotka viša od cijena u zapadnoj Europi. Brojni preprodavači i nekontrolirane mreže te nabavka opreme i strojeva bez međunarodnih licitacija, dovele su do nepotrebno odljeva novca. Uspostavom strogih međunarodnih kriterija licitacija sa sudjelovanjem svih zainteresiranih svjetskih proizvođača, licitacijom cijene lijekova te cjelokupnog potrošnog materijala, kao i strogim pravilom plaćanja svih računa unutar trideset dana, uspostavljena je financijska disciplina. To je bio jedini način da sustav opstane u novim uvjetima financiranja u kojima hrvatsko zdravstvo ima 50% manje novaca negoli 1990. godine. Isto tako, zahvaljujući ovakvim promjenama uspjeli smo vratiti cjelokupni naslijeđeni dug od 350.000.000 DEM. Rezultati reorganizacije ocijenjeni su najvišim ocjenama međunarodnih stručnjaka Svjetske zdravstvene organizacije, Svjetske banke i drugih. Svjetska zdravstvena organizacija postavila je hrvatski model zdravstva kao ogledni model za druge zemlje u tranziciji.

Istovremeno s navedenim promjenama organizirali smo edukaciju iz upravljanja u zdravstvu uz pomoć domaćih i stranih stručnjaka. Najveći problem uvođenja kontroliranog zdravstvenog sustava je nedostatak iskustva i promjene navika svih sudionika. Tržišni princip, koji u zdravstvu mora biti ograničen socijalnim potrebama, jedini je ispravan u nastavku započetih reformi. Za to je potrebno još puno rada, a najveća poteškoća organizacije zdravstvenog sustava je u nerazmjeru želja osiguranika i stručnjaka s jedne strane i materijalnih mogućnosti zemlje s druge strane. Za uspostavu ravnoteže potrebna je stalna i neposredna komunikacija organa državne uprave s djelatnicima, osiguranicima, sindikatima te objavljivanje svih pokazatelja putem sredstava javnog priopćavanja.

5. INVESTICIJE U ZDRAVSTVU

Plan znavljanja prostora i opreme u hrvatskom zdravstvu podijelili smo na dva dijela. Prvi obuhvaća rekonstrukciju sada nepogodnih zdravstvenih prostora a drugi znavljanje tehnološki vrlo stare opreme.

Srpskom agresijom porušeni zdravstveni objekti znavljanju se većim dijelom iz državnog proračuna, a manjim dijelom iz sredstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Iz državnog proračuna dijelom se financira i održavanje ustanova u državnom vlasništvu. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje preuzeo je znavljanje cjelokupne opreme na razini primarne i stacionarne zdravstvene zaštite.

Znavljanje opreme vrši se temeljem Odluke Upravnog vijeća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje a prema projektu koje je Ministarstvo zdravstva izradilo uz pomoć Svjetske banke. Financijska sredstva za znavljanje opreme potječu dijelom iz sredstava Svjetske banke, a dijelom iz sredstava koja su ušteđena racionalizacijom poslovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Sredstva Svjetske banke dodijeljena su u iznosu od 50.000.000 \$ kao znak priznanja i prihvaćanja novopostavljenog organizacijskog koncepta. U znavljanju opreme polazimo od snimke postojeće situacije. Do sada smo precizno prikazali i analizirali cjelokupnu dijagnostičku, radiološku i laboratorijsku opremu, opremu intenzivnih njega, vozila saniteta, sustava dijalize te radioterapije. Analize su pokazale da je ukupna zastarjelost opreme 80% a u nekom područjima i znatno više. Tako je na primjer radiološka oprema starija od 10 godina, dakle potpuno neprikladna za upotrebu, prisutna u 84% slučajeva. Prema kriterijima zastarjelosti opreme starije od 7 godina, prema Projektu Svjetske banke, radiološka je oprema otpisana u visini od 92%. U oblasti radioterapije situacija je još teža, te je npr. prosječna starost uređaja za zračenje malignih tumora 21,5 godina. Zanemarivanje obnove medicinske opreme u proteklom sustavu, te nemogućnost znavljanja tijekom srpske agresije, stvorilo je alarmantnu situaciju.

Planu obnove opreme pristupili smo na temelju analize standarda u zapadnoeuropskim zemljama. Odredili smo broj pojedinih uređaja prema broju stanovnika, zadovoljivši se s donjim kriterijima zapadnoeuropskih zemalja. Prema navedenim kriterijima sačinjen je plan obnove cjelokupne medicinske opreme do 2000. godine. Oprema se nabavlja isključivo na međunarodnim natječajima, a ponude se obrađuju prema kriterijima Svjetske banke. Zahvaljujući tome, snizili smo prosječnu cijenu opreme za 30-40%. Istovremeno smo pristupili osnivanju amortizacijskog fonda, koji bi osigurao znavljanje opreme u redovitim intervalima u budućnosti. Zahvaljujući ovakvom sustavu, uz preduvjet čvrste tečajne politike prema hrvatskoj kuni, plan cjelokupnog znavljanja opreme može se realizirati u slijedeće četiri godine.

Zaključno u prikazu reorganizacije financijskog poslovanja hrvatskog zdravstva treba istaknuti da reforma nije gotova, već je zapravo tek u začetku. Reformom smo uspjeli postići početnu financijsku disciplinu, ali su proboji postavljenih kriterija svakodnevni. Zbog toga sustav treba neprestano dograđivati. Pa ipak, zahvaljujući takvom sustavu, zdravstvo je preživjelo 1992. godinu u kojoj je raspolagalo sa svega 25% sredstava koja su bila na raspolaganju dvije godine ranije, a preživjelo je i 1995. godinu sa 50% sredstava u usporedbi s ranijim razdobljem. Iako je takvo drastično smanjenje prihoda izazvalo prognoze raspada cjelokupne organizacije, zatvaranje zdravstvenih ustanova i masovnih otpuštanja zdravstvenih djelatnika, treba istaći da ništa od toga nije ostvareno. I u najtežim danima sa svega 25 % raspoloživih financijskih sredstava, sve ustanove su održale svoje financijsko poslovanje, a svi uposlenici u zdravstvu (60.000 uposlenih) redovito je primalo plaću. Napokon, za ocjenu sustavu iznosimo mišljenje Državnog ureda za reviziju za 1995. godine te Svjetske banke iz Washingtona:

„Revizijom financijskog poslovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i provjerom računa prihoda i izdataka Zavoda, utvrđeno je da je u cijelom sustavu zdravstva provedena štednja, izdaci sustava bili su podvrgnuti strogoj kontroli, a rezultat postignut restriktivnim mjerama na svim razinama sustava zdravstva, putem utvrđivanja i praćenja cijena zdravstvenih usluga, kontrola poslovanja zdravstvenih ustanova, utvrđivanjem liste lijekova za primjenu u bolnicama i izdavanje lijekova na recept, ograničenjem troškova investicijskog održavanja i investicija što je sve omogućilo privremeno smanjenje troškova u 1994. godini.“ (Izvešće Državno ureda za reviziju, 29. lipnja 1995. godine)

„Po bilo kojim mjerilima opseg hrvatske reforme zdravstva je impresivan u usporedbi s godinama debatiranja i zapleta u Kongresu, koje su paralizirale napredne zemlje kao što su SAD, u njihovim naporima da učine nešto tako jednostavno kao što je učinkovita podjela rizika za čitavu populaciju“ (Preker S.A. Bradford H.W. : Healing the wounds, New World Health, the World Bank, Washington DC, 1995.)

“Reforma zdravstva provedena je izuzetno dobro i Svjetska zdravstvena organizacija će hrvatski model i iskustva prenijeti u zemlje koje su pred reorganizacijom svojih sustava“ (Direktor europskog ureda SZO dr. Jo Asvall, godišnja skupština u Genevi 1995., Večernji list, 23.2.1996.)

6. PRIVATIZACIJA U ZDRAVSTVU

Privatizacija u zdravstvu bitno se razlikuje od privatizacije u gospodarstvu, jer u svakom obliku organizacije zdravstva, a tako i privatno, uz tržišne mehanizme moraju biti zadovoljeni i socijalni zahtjevi. To prije svega znači da dostupnost zdravstvene zaštite mora biti svima jednaka, da temeljnu državnu razinu zdravstvenog osiguranja mora uživati svaki stanovnik i da zbog tržišnih mehanizama ne smije doći do prekida kontinuiteta zdravstvene djelatnosti u bilo kojem segmentu, niti do prekida principa jednakosti u pravu na državnu razinu zdravstvenog osiguranja. S druge strane, odricanje od bili kakve privatizacije znači i izbjegavanje tržišnih mehanizama koji dovode do natjecanja za bolesnika većom kvalitetom zdravstvene usluge. Zbog toga se ovom osebujnom problemu u organizaciji zdravstvene zaštite prilazi vrlo oprezno. Pri tome je potrebno pratiti svjetska iskustva ali i poštivati naše specifičnosti.

U organizaciji hrvatskog zdravstvenog sustava primijenili smo metodu privatizacije za primarnu zdravstvenu razinu. Bolnička zdravstvena razina ostaje u državnom vlasništvu, ali posluje po tržišnim principima. To je mehanizam poznat kao švedski model, a privatizacija u bolnici nije provedena niti u znatno bogatijim zemljama (npr. U Njemačkoj je 95% krevetnih bolničkih kapaciteta u državnom vlasništvu, a samo 5% u privatnom).

Za razliku od bolničkih kapaciteta, primarna zdravstvena zaštita (u Hrvatskoj to znači opća medicina, stomatologija, ambulantna ginekologija i pedijatrija) te dio specijalističke ambulantne službe u većini zemalja su većim dijelom privatizirane. Odlučili smo se za privatizaciju primarne zdravstvene zaštite ali ne temeljem otkupa, već zakupa prostora. Za otkup prostora nemamo dovoljno visoki standard, a snižavanje cijene u svrhu rasprodaje moglo bi uništiti postojeće kapacitete.

Princip zakupa je utemeljen na članku 181. zakona o zdravstvenoj zaštiti te podzakonskim aktom (Pravilnik o zakupu ordinacija primarne zdravstvene zaštite, ljekarni i lječilišta). Model privatizacije je prilagođen i našim specifičnostima, jer podrazumijeva zadržavanje doma zdravlje kao ustanove čije su pojedine jedinice date u zakup liječnicima koji u tim ordinacijama rade najmanje tri godine. Zakup se daje po nižoj tvz. socijalnoj cijeni, jer tržišnu cijenu ne može podnijeti današnji društveni standard. Uvjet za dobivanje takvog povlaštenog zakupa, osim trogodišnji kontinuitet rada u jedinici zakupa, je sklopljen ugovor s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Taj se pak ugovor može sklopiti samo u slučaju da je liječnika izabrao dovoljan broj osiguranika prema utvrđenim standardima. Prema tome, liječnik kvalitetom svoga rada mora privući što više osiguranika, što mu garantira veći ugovoreni iznos zarade i zakup po nižoj cijeni. Ovakav model prošao je recenziju Svjetske zdravstvene organizacije i Svjetske banke. Zbog mogućih nepredvidivih poteškoća u provođenju predviđen je rok od 4 godine, u kojem se model može prilagoditi mogućim nastalim poteškoćama. Vrijednost modela je u tome što je reverzibilan, jer u slučaju bankrota i prestanka rada zakupca, ordinacija nastavlja raditi u domu zdravlja kao sastavni dio ustanove. Odluku o prodaji zdravstvenog prostora isključili smo zakonom, a takav poseban zakon može donijeti samo Hrvatski sabor.

Usporedo s ovom privatizacijom primarne zdravstvene zaštite, otvorili smo zakonsku mogućnost osnivanja privatnih ustanova ili privatnih liječničkih praksi te privatnih ljekarni koje ne rade temeljem ugovora s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje. Taj dio pripada slobodnom tržištu i nalazi se izvan državnog zdravstvenog standarda. Jedan od glavnih uvjeta za prelazak u privatnu liječničku praksu je popunjena mreža liječnika u ugovornom odnosu s Državnim osiguravajućim Zavodom, kako bi se osigurala razina državnog zdravstvenog standarda.

U suradnji sa Svjetskom zdravstvenom organizacijom pratit ćemo privatizaciju primarne zdravstvene zaštite i nastojati postići temeljni cilj: kvalitetnija zdravstvena usluga, veća zarada liječnika i njegova dulja raspoloživost osiguraniku.

7. USPOREDNI FINACIJSKI I ZDRAVSTVENI POKAZATELJI

Ocjena nekog zdravstvenog sustava temelji se na međunarodno dogovorenim i kontroliranim pokazateljima. Na taj način izbjegava se subjektivna ocjena učinkovitosti zdravstvenog sustava neke zemlje, jer ona onemogućava bilo kakvu usporedbu među državama, tako i unutar iste države kroz različita vremenska razdoblja. Subjektivne procjene osiguranika dobivene anketama mogu poslužiti samo kao prikaz zadovoljstva pučanstva zdravstvenim sustavom ali isključuje bilo kakvu objektivnost ili znanstvenu analizu. Zbog toga smo od samog početka reorganizacije sustava nastavili i usavršavali prikupljanje zdravstvenih pokazatelja prema normativima uzetim od Svjetske zdravstvene organizacije. Finacijski pokazatelji temelje se na godišnjim zaključnim računima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, odnosno njegovih pravnih prethodnika.

FINACIJSKI POKAZATELJI

Za ocjenu funkcioniranja zdravstvenog sustava uvijek je potrebno zdravstvene pokazatelje usporediti s finacijskima. Na taj način dobiva se omjer utrošenog novca prema korisnom rezultatu (COST BENEFIT). Na žalost zbog srpske agresije ukupni prihodi hrvatskoga zdravstva dramatično su se smanjivali od 1990. godine. Te godine koju koristimo kao polazišnu radi usporedbe, ukupni prihodi

iznosili su 3.334.763.000 DEM, uz naslijeđene dugove od 354.000.000 DEM (ukupno potreba 3.688.340.000 DEM), bez lokalnih investicija na razini SIZ-ova, tako da je ukupni prihod s pridodanim potrebnim sredstvima koja su predstavljala gubitak iznosio 4 milijarde DEM. Zbog srpske agresije i posljedica na hrvatsko gospodarstvo ovaj prihod drastično pada slijedećih godina, tako da 1992. godine iznosi 879.337.000 DEM. Uspoređujući samo ukupne prihode, 1992. godine prihod je iznosio samo 26,4% od prihoda 1990. godine, zbog čega su sve međunarodne institucije prognozirale raspad zdravstvenog sustava. Međutim, ranije opisane reorganizacijske promjene kao i ukupno zalaganje zdravstvenih djelatnika održali su sustav, tako da nije zatvorena niti jedna zdravstvena ustanova, nije došlo do sloma tržišta lijekova i sanitetskog materijala, a plaće su cijelo vrijeme isplaćivane redovito, uključujući i zdravstvenim djelatnicima prognanicima s okupiranih područja. Iz prikaza je vidljivo da se ukupni prihod u slijedećim godinama popravljaju, tako da 1995. godine iznose otprilike polovinu sredstava potrebnih sustavu 1990. i ranijih godina.

Istovremeno ukupni rashodi se smanjuju uslijed reorganizacijskih zahvata, a ukupno poslovanje iz velikog deficita prelazi u ravnotežni zaključni račun 1994. i 1995. godine.

Iz ovog prikaza je vidljivo da je naslijeđeni dug od 354.000.000 DEM, pridodanog negativnog rezultata poslovanja od 505.758.000 DEM ukupno 1990. godine stvorio gubitak od 859.758.000 DEM. Cjelokupni negativni rezultat poslovanja pretočio se u nepodmirena potraživanja proizvođačima i dobavljačima, od lijekova, sanitetskog materijala, hrane, električne energije do velikog zaduživanja pojedinih ustanova. Negativni rezultat smanjivan je do 1993. godine, te preokrenut u pozitivno poslovanje u slijedeće dvije godine. Izbalansirani sustav postignut je s 92,5% nadoknađenih financijskih sredstava reorganizacijom, te vlastitim sredstvima, a 7,5% sredstava iz proračuna i kompenzacijom s dionicama.

Promjena koncepta organizacije zdravstva čije težište postaje primarna zdravstvena zaštita vidi se i u ukupnoj raspodjeli sredstava prema razinama zdravstvene zaštite u proteklim godinama.

Iz prikaza je vidljivo da je smanjenje rashoda najmanje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te polikliničko-konzilijarnoj, dok je najveće u bolničkoj. Istovremeno se vidi da je cijena ukupno izdanih lijekova unatoč znatno smanjenim rashodima povećana 1995. u odnosu na 1990. godinu. Uz ove financijske pokazatelje potrebno je istaknuti da je prosječni broj pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te polikliničko-konzilijarne 1994. godine iznosio 5,65% po stanovniku, što odgovara europskom prosjeku.

Izravni doprinos zdravstvenog sustava gospodarstvu mjeri se kretanjem bolovanja. Temeljitom reorganizacijom evidencije i kontrole bolovanja postigli smo značajno smanjenje i približili se zapadno europskom prosjeku. Na taj način gospodarstvu smo povišili broj aktivnih radnih dana 1994. godine za 17.379.000 dana ili 139.032.000 radnih sati. U prvom kvartalu 1996. godine uočava se ponovni lagani porast postotka bolovanja sa 2,8% na 3.3% zaposlenih. Iako je taj rezultat značajno manji od stope 8,8% 1990. godine, smatramo ga alarmantnim i već su poduzete odgovarajuće organizacijske promjene.

Prilikom procjene funkcioniranja zdravstvenog sustava osim prihoda i rashoda u obzir treba uzeti i kretanje broja osiguranih osoba. Na ranije prikazane smanjene rashode dolazio je sve veći broj osiguranika, jer pučanstvu slobodnog područja Republike Hrvatske treba dodati i izbjeglice iz Republike Bosne i Hercegovine. Zbog toga je ukupni broj osiguranika obrnuto proporcionalan ukupnim приходima.

Omjer plaća u zdravstvu prema ostalim plaćama iznosio je 1990. godine 129,9 a 1995. 115,6. Veći indeks plaća u zdravstvu uvjetovan je kvalifikacijskom strukturom, većim udjelom noćnog rada te rada u smjenama kao i povećanom odgovornošću. Indeks prema ostalim plaćama pokazuje povećanje proteklih godina, s preostalom razlikom koju treba dostići u što skorijem razdoblju.

U raspravi o plaćama u zdravstvu potrebno je usporediti dostignutu netto plaću od 576 DEM 1995. godine s brutto nacionalnim dohotkom. Europske zemlje sličnog brutto nacionalnog dohotka imaju prosječnu plaću otprilike dvostruko nižu zbog izostanka racionalizacije materijalnih rashoda.

Svi navedeni zdravstveni pokazatelji iskazuju se i u DEM, zbog visoke inflacije u godinama 1990. – 1993. te promjene valute. Prosječni tečaj prema NBH za svaku godinu.

ZDRAVSTVENI POKAZATELJI

Zdravstveni pokazatelji vode se temeljem važećih zakonskih propisa u području zdravstva a pojedina statistička istraživanja prema nositeljima poslova državne statistike utvrđene Zakonom o državnoj statistici. Hrvatski zavod za javno zdravstvo provodi 15 statističkih istraživanja u području zdravstva, a njihovi se rezultati objavljuju godišnje u publikaciji «Izvješća o stanju i radu u zdravstvu republike Hrvatske». Svake godine dostavljaju se traženi podaci Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji u Copenhagen za «HFA indicators for European region of WHO», kao i za publikaciju UN «Demographic year book». U novije vrijeme šalju se i mortalitetni podaci za godišnjak WHO «World health statistics annual».

Prema tome, svi zdravstveni pokazatelji dostupni su javnosti jer se tiskaju u navedenoj domaćoj publikaciji Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i u citiranim međunarodnim biltenima.

Broj uposlenika u zdravstvu nakon opadanja pokazuje postepeni porast, tako da je ukupni

indeks za razdoblje 1990. – 1994. godina u općoj medicini 1,12, a u specijalističkoj djelatnosti 1,21. Uočljiv je neprestani porast broja liječnika te osoblja srednje i više stručne spreme. Ovi podaci demantiraju često iznošene glasine o smanjenju broja stručnog medicinskog osoblja i navodnog odlaska u inozemstvo. Istovremeno u fondu zdravstva (kasnije Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje) broj uposlenika u administraciji smanjen je s 2910 na 1999 što iznosi smanjenje od 32%.

U promatranom razdoblju izvršena je racionalizacija bolničkih kreveta tako da indeks 1994. / 91. iznosi 0,93. Istovremeno broj pacijenata određenih na smanjenom broju kreveta ima indeks 1,02 što pokazuje na povećanu učinkovitost. U bolnicama je indeks povećanja broja liječnika 1,03, a broj medicinskih sestara 0,9. Ovi podaci vrijede za ravnomjeran broj od 32 bolnice u Republici Hrvatskoj.

Istovremeno je otvoren veliki broj privatnih praksi i privatnih ustanova, čiji je ukupan broj 1990. godine iznosio 95. Svake slijedeće godine otvoreno je nekoliko stotina novih privatnih praksi i ustanova, tako da sada njihov ukupan broj iznosi 2010. U ovim praksama i ustanovama zaposlen je veliki broj liječnika i medicinskih sestara tako da se njihov broj na zavodima za zapošljavanje smanjuje u navedenom razdoblju.

U cjelokupnom razmatranju financijskih pokazatelja hrvatskoga zdravstva potrebno je uzeti u obzir i troškove za izbjeglice iz Republike Bosne i Hercegovine. Ovi troškovi u cijelosti su podmireni iz sredstava Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Iz specifikacija troškova za izbjeglice prema razinama zdravstvene zaštite u 1994. godini vidi se da je samo u toj godini izbjeglicama pruženo 1.489.592 zdravstvene usluge. Ukupni troškovi za trogodišnje razdoblje (1992.- 1995.) iznose 540.000.000 kn. Nijedna međunarodna organizacija nije podmirila ni najmanji djelić ovih sredstava. Usprkos donacija lijekova, samo u 1994. godini izbjeglicama je izdano 15.679 recepata.

Jedan od najvažnijih pokazatelja funkcioniranja zdravstvenog sustava je ukupna stopa smrtnosti. Za razliku od drugih postkomunističkih zemalja, u kojima je stopa smrtnosti nakon 1990. godine rasla (indeks 1,05 do 1.1), u Hrvatskoj je ukupna stopa smrtnosti smanjena (indeks 0,97). Promatrano kroz godine vidljivo je smanjenje stope smrtnosti s izuzetkom 1991. godine kada je broj umrlih osoba u odnosu na prijašnje godine veći zbog broja ubijenih u srpskoj agresiji.

Među najosjetljivije zdravstvene pokazatelje ubrajaju se dojenačka i perinatalna smrtnost. Ovi pokazatelji su vrlo osjetljivi jer na njih utječu organizacija zdravstvene službe, razina stručnosti i redovite doedukacije stručnog osoblja te opskrba lijekovima. Unatoč značajnom smanjenju priljeva sredstava proteklih godina, dojenačka smrtnost kao i perinatalna smrtnost pokazuju izrazito smanjenje. Ovdje posebno treba istaći smanjenje perinatalne smrtnosti, jer je 1993., 1994. i 1995. godine po prvi puta u Hrvatskoj povijesti ta stopa spuštena ispod 10 umrlih na 1000 novorođenih. Na taj način približavamo se prosjeku perinatalne smrtnosti zapadno-europskih zemalja. Indeks perinatalne smrtnosti 1995./90. iznosi 0,89.

Iako nije propisano po pravilima Svjetske zdravstvene organizacije, u Hrvatskoj se prati i broj umrlih građana u dobi od 65 i više godina. U godinama prije 1990. stopa na 1000 kretala se je oko 70. Nakon toga razdoblja, 1992. i 1993. godine vidimo smanjenje na 60,7 odnosno 62,1 da bi u 1994. godini stopa prvi puta bila ispod 60 (59,6). Indeks smrtnosti ove dobne skupine 1994./90. iznosi 0,87.

Prema analizama Svjetske zdravstvene organizacije, Republika Hrvatska je jedina postkomunistička zemlja koja je u razdoblju proteklih 5 godina popravila praktično sve zdravstvene pokazatelje. Pri tome treba uzeti u obzir da je očekivano kretanje zdravstvenih pokazatelja bilo negativnije od ostalih postkomunističkih zemalja zbog teške gospodarske krize i socijalnih posljedica srpske agresije. Zbog toga je posebna pažnja usmjerena na pokazatelje koji su posebno osjetljivi na takva socio ekonomska okružja, kao što su pokazatelji o pobolu i pomoru od tuberkuloze i drugih zaraznih bolesti.

Tuberkuloza je bolest, između ostaloga teških socijalnih prilika i loše organizacije zdravstvene službe. Zbog toga služi kao jedan od pokazatelja brige zdravstva ali i cjelokupnog društva osobito u kriznim situacijama kakve smo proživljavali tijekom i nakon srpske agresije. Nasuprot očekivanjima, broj novooboljelih od tuberkuloze na 100.000 stanovnika 1995. godine u odnosu na 1990. značajno je manji (indeks 0,84). Suprotno tome, indeksi u zemljama koje nisu pretrpjele ratnu agresiju niti poslijeratni socijalni teret znatno je nepovoljniji (Češka 0,99, Mađarska 1,17, Poljska 1,03).

Smrtnost od tuberkuloze još je 1990. godine iznosila 16,07 na 100.000 stanovnika, da bi opala na 8,8 smrtnih slučajeva na 100.000 stanovnika godišnje u 1994. godini. Ovaj indeks smrtnosti 1994./90. od 0,54 značajno je kvalitetniji od indeksa drugih postkomunističkih zemalja: Mađarska 1,15, Poljska 0,95, Slovenija 1,07. Navedeni podaci u potpunosti demantiraju politizaciju problema tuberkuloze, što smo susreli u dnevnom i tjednom tisku proteklih godina više puta.

Poput tuberkuloze i ukupna smrtnost od zaraznih bolesti vrlo je osjetljiv zdravstveni pokazatelj, te su bila opravdana očekivanja kako će se u ratnom i poratnom razdoblju pogoršati. Pokazatelji, međutim, govore suprotno. Smrtnost od zaraznih bolesti na 100.000 stanovnika između

1980. i 1990. godine bila je iznad 10. U tim granicama kretala se i 1991. godine, kada je unatoč srpskoj agresiji ovaj pokazatelj neznatno poboljšan. Tijekom 1993. i 1994. po prvi puta ovaj je pokazatelj značajno ispod 10 i iznosi 8,4. Indeks smrtnosti od zaraznih bolesti 1994./90. za Hrvatsku iznosi 0,70 i značajno je bolji od drugih postkomunističkih zemalja (Mađarska 0,99, Poljska 0,89). Slabiji je tek od Slovenije (indeks 0,58) koja ima dvostruko veći brutto nacionalni dohodak, dvostruko veće izdvajanje za zdravstvo po glavi stanovnika, a uz to nije imala ratne niti poslijeratne socijalne krize.

Među ostalim zdravstvenim pokazateljima izdvajamo smrtnosti od krvožilnih bolesti i malignih tumora. Smrtnost od krvožilnih bolesti zadržana je poslije 1990. godine, unatoč značajnom smanjenju financiranja zdravstvenog sustava (indeks smrtnosti 1994./90 iznosi za Hrvatsku 0,98, što je jednako kao u Poljskoj, a neznatno bolje nego u Mađarskoj i Sloveniji gdje je indeks 0,99). Važno je istaknuti da bi ovaj indeks bio znatno kvalitetniji da smo mogli umjesto ratnog saniteta razvijati zdravstvenu promidžbu o načinu života, uključujući prehranu, kretanje, prestanak pušenja itd.

Smrtnost od malignih tumora u većini europskih zemalja bilježi lagani porast u posljednjih 5 godina. U Hrvatskoj ovaj zdravstveni pokazatelj je stabilan s time da je situacija nešto bolja u godinama nakon 1990. (indeks smrtnosti 1994./95. iznosi 0,96).

Pojedine skupine malignih tumora bilježe u svijetu značajan porast. Jedan od njih je rak dojke.

Usporedba s Mađarskom i Slovenijom pokazuje da je indeks smrtnosti od ove bolesti u Hrvatskoj rastao nešto sporije nego u Mađarskoj i Sloveniji.

Povoljniji indeks smrtnosti bilježimo i kod tumora maternice. Dok je 1990. godine umiralo od ove bolesti 4,6 žena na 100.000 stanovnika tijekom 1994. umrlo je 3,77 što predstavlja povoljan indeks 1994./90. od 0,82. U isto vrijeme Mađarska i Slovenija bilježe indeks od 0,9. Još povoljniji omjer, tj. smanjenje smrtnosti u 1994. godini u odnosu na 1990. bilježimo kod tumora pluća. I u ovom zdravstvenom pokazatelju situacija je povoljnija u Hrvatskoj nego li u Mađarskoj i Sloveniji.

ZAKLJUČAK

Prikazana reorganizacija zdravstvenog sustava provedena je pod teškim financijskim okolnostima u kojima je zdravstveni sustav raspolagao sa svega 25 do 50% financijskih sredstava u usporedbi sa 1990. godinom. Još veća zapreka u reorganizaciji sustava je način razmišljanja o zdravstvenoj zaštiti, koji je uvriježen u proteklih pola stoljeća. Tipičan komunistički pristup, po kojemu nije važno što zdravstvena zaštita košta, niti s koliko novca raspolaže, a kamoli da li posluje s gubitkom, trebao je biti nadomješten suvremenim gospodarskim pristupom koji poštuje temeljne socijalne principe. Zbog toga je i u buduću potrebno reformu provoditi razumno i polagano. Zdravstveni sustav ne trpi nagle promjene bez posljedice pogoršanja zdravstva cjelokupne nacije. U našem programu za bližu budućnost zacrtano je daljnje uvođenje privatizacije na razini primarne zdravstvene zaštite s naglaskom na natjecanju za bolesnika, te kvalitetnijem nagrađivanju zdravstvenog osoblja. Na razini bolničke zdravstvene zaštite treba i nadalje jačati tržišne mehanizme unutar državnog odnosno županijskog vlasništva, investirati isključivo planirano i prema zapadno-europskim standardima. U oblasti zdravstvenog osiguranja treba jačati stručnu i financijsku kontrolu u svim segmentima poslovanja te poticati dopunska i privatna osiguranja izvan obveznog državnog sustava.

Kao poseban problem nameće se velika šteta na zdravstvenim objektima nastala srpskom agresijom. Kao rijetko koja agresija u povijesti čovječanstva, srpska agresija za cilj je vrlo često imala zdravstvene objekte. Štete se procjenjuju, u što nisu uključeni zdravstveni objekti na vukovarskom okupiranom području, na preko 4 milijarde kuna. Manje ili više oštećeno je čak 11 bolnica, od kojih 6 u mjeri koja ne zadovoljava funkcioniranje objekata. Isto tako oštećeno je 15 domova zdravlja s preko 70 udaljenih ambulantnih jedinica. U isto vrijeme agresorska artiljerija uništila je oko 600 sanitetskih vozila, te uzrokovala ogromnu indirektnu štetu troškovima liječenja i rehabilitacije ratnih invalida. Dodamo li tome zastarjelu tehnologiju i neodržavane zdravstvene površine većine objekata, očita je potreba za građevinskim i tehnološkim investicijama. Plan građevinskih investicija je sačinjen na razini države, te iz državnog proračuna izgrađujemo srpskom agresijom porušene zdravstvene objekte i održavamo bolnice na državnoj razini vlasništva. Nakon obnove ratom porušениh objekata, treba krenuti u plansko obnavljanje nepogodnih zdravstvenih objekata i to na temelju strogo vođenih licitacija koje su do sada smanjile cijenu građevinskih radova za 20 – 30 %.

Istovremeno s obnovom objekata treba nastaviti obnavljanje opreme. Tijekom 1995. te 1996. godine obnovljeno je 896 tehničkih jedinica, a prema postojećem planu cjelokupno obnavljanje treba dovršiti do kraja stoljeća.

Preduvjet za ostvarenje ovih ciljeva je precizno praćenje zdravstvenih i financijskih pokazatelja, stabilna hrvatska kuna koja omogućuje višegodišnje planiranje investicija, te politička podrška cjelokupnom projektu.

