

Teorijski osvrt na Prijedlog nacionalne strategije razvoja zdravstva i "paket" predloženih zakona o zdravstvenom osiguranju

(Theoretical review on proposed National strategy of health care development and "package" of proposed laws on health insurance - PART 1)

Slaven Letica

Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar"

Prethodna metodologijska napomena

Zbog potrebe da ovaj osvrt napišem u najkraćem mogućem vremenu, neki su dijelovi analize tek djelomično dotaknuti: osvrt na predložene promjene u financiranju bolnica; teorijska rasprava o utjecaju izravnih plaćanja, su-osiguranja i privatnog osiguranja na zdravstvenu pravednost i nejednakosti u zdravlju; rasprava o modernizaciji HZZO-a itd.).

Zbog istih razloga nisu sređeni naslovi i redni brojevi tablica.

Nadam se da ti nedostaci neće bitno umanjiti praktičnu korisnost ovog teksta za daljnji rad na reformskim dokumentima.

1. Uvodna napomena

U ovom teorijskom osvrtu na pristup, koncepciju i sadržaj Prijedloga nacionalne strategije razvitka zdravstva 2006.-2011. i na zakonske prijedloge o zdravstvenog osiguranja iskoristit ću klasični medicinski model.

To zapravo znači da ću ovaj osvrt podijeliti u tri logički povezane analitičke cjeline:

Prvo: na temelju analize pokazatelja o zdravlju hrvatskoga naroda, stanju zdravstva i zdravstvenog osiguranja pokušat ću postaviti teorijski ispravnu "dijagnozu" stanja hrvatskoga zdravstva.

Drugo: nakon određenja teorijske "dijagnoze" hrvatskoga zdravstva, pokušat ću odrediti optimalnu - s javnozdravstvenog i makroekonomskog stajališta - javnozdravstvenu "terapiju" nošenja s njegovim akutnim i kroničnim "bolestima".

Treće: teorijski optimalnu "terapiju" usporedit ću zatim s konkretnim prijedlozima vladinih reformskih dokumenta koji su prispjeli u Hrvatski sabor i bili predmetom prethodne saborske rasprave 10. travnja 2006. godine.

Prije svake teorijske analize hrvatskoga narodnog zdravlja, zdravstva i zdravstvenog osiguranja, osjećam potrebu iznijeti osobni dojam kako mi se čini da je reforma na samom početku suočena s gotovo nepremostivom preprekom: negativnim predodžbama javnosti o njenim motivima, krajnjoj svrsi i vjerojatnim učincima. U tom pogledu čini mi se da su inicijatori i autori reforme (Vlada i HZZO) na neki način podcijenili negativni publicitet koji se spontano ili organizirano pojavio u hrvatskoj javnosti i koji je doveo do ogromne neravnoteže između - nazovimo ih tako - reformskih i antireformskih aktera i snaga.

Neformalni savez "antireformskih snaga" danas je vrlo brojna, dobro organizirana i medijske vrlo utjecajna: radnički sindikati s prikupljenih 300 -400 tisuća potpisa protiv reforme, Hrvatska liječnička komora, masovni mediji, vodstva i birači gotovo svih oporbenih stranaka, trenutni i latentni pacijenti, liječnici, medicinske sestre i drugi.

Krhki (ne)formalni savez "reformskih snaga" čine resorno ministarstvo, vodstvo HZZO-a, Vlada RH, Međunarodni monetarni fond, Svjetska banka i, eventualno, poslovno-poduzetnički sloj koji može pronaći poslovni interes u smanjenju zdravstvene potrošnje.

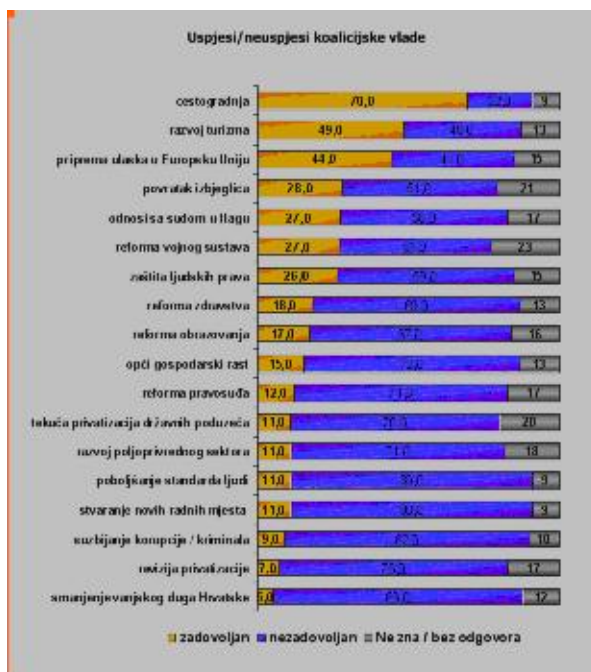
Reformirati zdravstvenu zaštitu i zdravstveno osiguranje u uvjetima kad je odnos reformskih i antireformskih snaga u masovno-psihološkom i interesnom pogledu vjerojatno 90:10 posto u korist drugih, na neki je način unaprijed izgubljena misija, jer su javno-zdravstvene reforme moguće jedino u povoljnom, pozitivnom i poticajnom društvenom i masovno-psihološkom okruženju.

Nositelji reformskih projekata upravo zbog toga moraju bez odlaganja provesti ozbiljno istraživanje o raspoloženju javnog mišljenja i medicinskih djelatnika spram zdravstva te - usporedno s obradom rezultata - osnovati tim za odnose s javnošću (ili angažirati neku od specijaliziranih agencija za PR) i osmisлити novu strategiju i taktiku odnosa s javnošću!

Ovdje svakako treba kazati da je agencija GHF potkraj 2005. godine provela istraživanje o zdravstvenim stavovima, uvjerenjima i ponašanju građana (osobna ocjena statusa zdravlja, učestalost posjeta liječniku opće prakse i odlazaka u ljekarne, dodatno zdravstveno osiguranje, zadovoljstvo postojećim sistemom zdravstvene zaštite, dostupnost i preferencije lijekova).u 13 zemlja te da je rezultate moguće kupiti. Cijena kompletnih rezultata je 3500 eura, a cijena za Hrvatsku 500 eura.

Bez te nove strategije i taktike odnosa s javnošću, svaki daljnji rad na reformi zdravstva i zdravstvenog osiguranja mogao bi imati krajnje negativne posljedice na "stope odobravanja" rada Vlade i HDZ-a, pa i dovesti do gubitka saborskih izbora 2007. godine.

Naime, ranija istraživanja (ovdje navodim istraživanja GFK od 14.10.2003. godine) potvrđuju krajnje negativni stav javnosti prema gotovo svim (!) reformskim projektima bez obzira tko ih, kako i kada provodi - "vaša" ili "naša" vlada - tako da je reformiranje bilo čega u Hrvatskoj masovno-psihološki krajnje složen, a politički izuzetno rizičan posao.



Za ilustraciju ću navesti tek jedan primjer pogrešnog odnosa "reformatora" s javnošću. U predloženim reformskim dokumentima i u javnosti sustavno se koriste pojmovi "generik" ili "generički lijek" za lijekove koji se stručno doista tako nazivaju na engleskom govornom prostoru. Međutim, za ogromnu većinu hrvatskih građana prva asocijacija na te pojmove su "degenerik" i njegove izvedenice. Inherentna logika te pučke etiologije morala bi biti dostatan razlog da "reformatori" usvoje i koriste neke društveno i masovno-psihološki prihvatljivije pojmove. Logično razmišljajući, ja bih, primjerice, predložio pojam "istorodni lijek" i njegove izvedenice.

Zaključujem: Vlada RH hitno bi trebala redefinirati ne samo strategiju zdravstvene reforme, već i strategiju odnosa s javnošću u svezi s tom reformom. Pošto sam i osobno sudjelovao u osmišljavanju PR strategije 2000.-2002. godine, mogu kazati da smo se u toj strategiji poslužili nizom vrlo uspješnih PR-trikova. Naime, kako je i tada ključni poticaj za promjene u sustavu zdravstvene zaštite (manje) i zdravstvenog osiguranja (više) bio manje-više isti - nagomilani gubici u zdravstvu i kronični deficit HZZO-a - pozitivni publicitet za latentno vrlo nepopularne mjere (i za zdravstvene radnike i za pacijente) pokušali smo i donekle uspjeti osigurati na dva načina:

- pretvaranjem novinara koji prate zdravstvo i medicinu u svojevrsni ekspertni panel koji je stalno bio obavještavan i konzultiran o tome što se radi i što bi se moglo učiniti;
- potenciranjem kampanje borbe protiv pušenja kao jednog od ključnih dijelova nove zdravstvene politike (veliki medijski partneri u "borbi protiv pušenja" postali su EPH i HTV - najutjecajniji medijski koncerni u zemlji).

Treba kazati da je latentni pozitivni PR potencijal "borbe protiv pušenja" još uvijek prisutan i da bi se mogao "oživjeti". Evo, uostalom, strukture odgovora na pitanje ankete agencije GHF iz siječnja 2005. godine na pitanje koje je bilo ovako definirano: "Koliko Vi osobno podržavate donošenje zakona o potpunoj zabrani pušenja na svim javnim mjestima u Hrvatskoj (uključujući restorane i kafiće)?"

Pri mogućem izboru borbe protiv pušenja i drugih vidova ovisnosti kao jednog od ključnih javnozdravstvenoga i promidžbenih reformskih argumenta, treba uvijek imati na umu da je moć "duhanskog lobija" u Hrvatskoj ogromna i da se svaka vlada koja povode borbu protiv pušenja nalazi u svojevrsnom sukobu interesa - jer je TDR jedan od najvećih i najboljih poreznih platiša u zemlji.

Dakle, ukoliko bi, primjerice, Vlada "oživila" borbu protiv pušenja i drugih vidova ovisnosti (o alkoholu, drogama, brzom i teškoj hrani itd.) kao jedan od ključnih sastavnih dijelova nove politike promicanja zdravlja i "nove zdravstvene politike" uopće, bilo bi lakše postići prve pozitivne automatizme u PR-u.

Javno-zdravstveno opravdanje za obnovu energične borbe protiv pušenja po sebi je razumljivo pošto naša zemlja, primjerice, zauzima zastrašujuće treće mjesto u Europi (iza Mađarske i Poljske) po stopi smrtnosti od raka pluća.

Ako je Vlada mogla progurati zakon o 0.0 promila alkohola u krvi kod vozača, lako bi mogla i morala promovirati politiku nulte snošljivosti prema pušenju u svim javnim ustanovama, posebice u Vladi, Saboru, Uredu predsjednika Republike i drugim središnjim ustanovama državne uprave.

2. Opća dijagnoza stanja hrvatskoga zdravstva

U hrvatskom javnom zdravstvu, nažalost, ne postoji standardizirana i općeprihvaćena metodologija povijesnih i međudržavnih usporedbi javno-zdravstvenih pokazatelja koja bi omogućila zaključivanje o, primjerice, tome je li i koliko današnje narodno zdravlje i zdravstvo bolje ili lošije od onog prije pet, deset ili dvadeset godina, odnosno je li bolje ili lošije i koliko od mađarskoga, češkoga, slovenskoga, kanadskoga ili kineskoga.

Istodobno, taj se vid usporedbi često koristi u službenim vladinim dokumentima (pa i u ovim koje ocjenjujem) eda bi se "dokazale" različite tvrdnje. Primjerice: da bi se tvrdilo kako je zdravlje našeg stanovništva jako dobro ili nedopustivo loše; kako je u našoj zemlji previše ili premalo akutnih bolničkih kreveta, liječnika ili sestara; kako je naša zdravstvena potrošnja premala ili prevelika; kako je tehnologijska ili stručna razina hrvatske medicine jako dobra ili jako loša itd.

Međudržavne usporedbe koriste se logikom odjetničke argumentacije kojom je, u načelu, moguće sve dokazati, ali na temelju takve argumentacije nije moguće donositi teorijski i javnozdravstveno objektivne i racionalne zaključke. Minimalni

kriterij ili preduvjet za racionalne i teorijski utemeljene međudržavne usporedbe morao bi biti kriterij srodnosti.

U skladu s tim kriterijem, međunarodne javnozdravstvene usporedbe trebalo bi raditi sa zemljama koje su nam bliske ili srodne po nekom posebnom kriteriju ili kombinaciji kriterija:

- koje se nalaze na približno istoj (odstupanja: plus -minus 20-tak posto) razini gospodarskoga razvoja, tj. koje su nam bliske, primjerice, po razini bruto domaćega proizvoda;
- koje su nam bliske po novijem povijesnom iskustvu - tranzicijskom.
- koje su nam bliske geopolitički i socio-kulturno.

Izborom tih jednostavnih kriterija za međunarodne usporedbe postiglo bi se mnogo jer bi se izbjegla uobičajena navika naših liječnika i javnozdravstvenih stručnjaka da stanje u hrvatskoj medicini i zdravstvu uspoređuju s onim u najbogatijim zemljama Europe i svijeta.

Upravo takav tip usporedbi (teorijski utemeljenih) omogućuje nam komparativna analiza nacionalnih zdravstvenih sustava koji je Svjetska zdravstvena organizacija, prvi put u svojoj bogatoj javno-zdravstvenoj povijesti, objavila u lipnju 2000. godine. Zemljama-članicama i svjetskoj javnosti pokušala je ponuditi cjelovit odgovor na pitanje koje već desetljećima zanima i muči novinare, javno-zdravstvene teoretičare, praktičare i političare: «Kako je moguće usporediti opću efikasnost (kvalitetu) zdravstvenog sustava zemlje X s efikasnošću zdravstvenog sustava zemlje Y?»

Rezultati tog prvog rangiranja efikasnosti nacionalnih zdravstvenih sustava objavljeni su (za 191 zemlju) u publikaciji «The World Health Report 2000» .

World Health Organization. World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000.

Iza tih konkretnih, mjerljivih ciljeva, stajalo je uvjerenje autora Izvještaja da zdravstveni sustavi imaju tri izvorna cilja: unapređenja zdravlja stanovništva; odgovoriti na legitimne zahtjeve stanovništva za kvalitetnom i pristupačnom zaštitom i pošteno rasporediti financijski teret zdravstvenog sustav i zaštite.

Rang-lista efikasnosti nacionalnih zdravstvenih sustava temelji se na podacima i procjenama u kojoj mjeri konkretni zdravstveni sustav ostvaruje pet ključnih ciljeva : (1) povećanje opće razine zdravlja naroda, (2) ostvarenje pravedne (fer) distribucije zdravlja među pojedincima, društvenim skupinama i regijama, (3) zadovoljavanje očekivanja stanovništva u odnosu na poštivanje autonomije pacijenata i povjerljivost (confidentiality) , (4) zadovoljavanje očekivanja stanovništva u odnosu na kvaliteta zdravstvenih ustanova i opreme i (5) pošteno (fer) financiranje, mjereno tzv. Indeksom poštenja pri financijskim kontribucijama (Fairness in financial contribution; FFC indeks).

Objavljeno rangiranje izazvalo je, prema očekivanju, veliko zanimanje svjetske zdravstvene javnosti te brojne stručne rasprave, kritike i polemike o koncepciji i metodologiji rangiranja te kvaliteti (pouzdanosti) izvornih podataka koje su dostavile pojedine zemlje .

Razloga za zadovoljstvo s objavljenom rang-listom imale su mnoge razvijene, ali i neke manje razvijene zemlje.

Ovdje ćemo navesti rangove 30 najbolje «plasiranih» zemalja - rang zemlje navodimo u zagradama: Francuska (1), Italija (2), San Marino (3), Andora (4), Malta (5), Singapur (6), Španjolska (7), Oman (8), Austrija (9), Japan (10), Norveška (11), Portugal (12), Monako (13), Grčka (14), Island (15), Luksemburg (16), Nizozemska (17), Velika Britanija (18), Irska (19), Švicarska (20), Belgija (21), Kolumbija (22), Švedska (23), Cipar (24), Njemačka (25), Saudijska Arabija (26), Ujedinjeni arapski emirati (27), Izrael (28), Maroko (29) i Kanada (30).

Zemlje bivše Jugoslavije i nama susjedne zemlje na spomenutoj su svjetskoj rang-listi ostvarile ovaj «plasman»: Slovenija (36), Hrvatska (43), Albanija (55), Mađarska (66), Makedonija (89), Bosna i Hercegovina (90), Rumunjska (99), Bugarska (102) i Jugoslavija (106).

Od brojnih rasprava i polemika, ovdje ćemo spomenuti tek neke:

Pedersen, K. The World Health Report 2000: dialogue of the deaf? *Health Economics*, 2002; vol 11, issue 2 93-101.

Wagstaff, A. Reflections on and alternatives to WHO's fairness of financial contribution index, *Health Economics*, 2002; vol 11, issue 2 103-115.

McKee M. Measuring the efficiency of health systems. *BMJ* 2001.

David B Evans, Ajay Tandon, Christopher JL Murray, Jeremy A. Lauer Comparative efficiency of national health systems: cross national econometric analysis. *BMJ* 2001.

The Lancet. Why rank countries by health performance? *Lancet* 2001; 357.

Navarro V. Assessment of the World Health Report 2000. *Lancet* 2000.

Murray C, Frenk J. World Health Report 2000: a step towards evidence-based health policy. *Lancet* 2001.

Navarro V. World Health Report 2000: responses to Murray and Frenk. *Lancet* 2001.

Almeida C, Braveman P, Gold MR, et al. Methodological concerns and recommendations on policy consequences of the World Health report 2000. *Lancet* 2001.

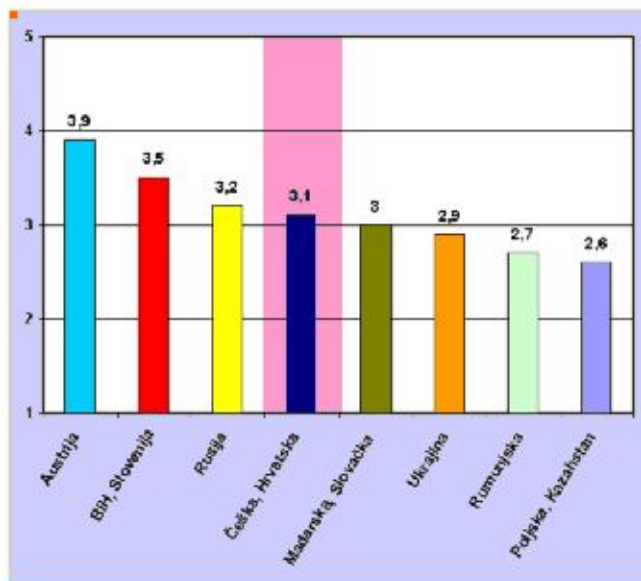
Williams A. Science or marketing at WHO? A commentary on "World Health 2000". York: Centre for Health Economics, 2001.

Za temu naše rasprave - projekt reforme hrvatskoga zdravstva i definiranje nove zdravstvene politike - važan je već navedeni opći rang (43. mjesto), ali i posebni rangovi, jer oni mogu ukazivati na dobre i loše strane hrvatskoga zdravstva.

Evo tih rangova:

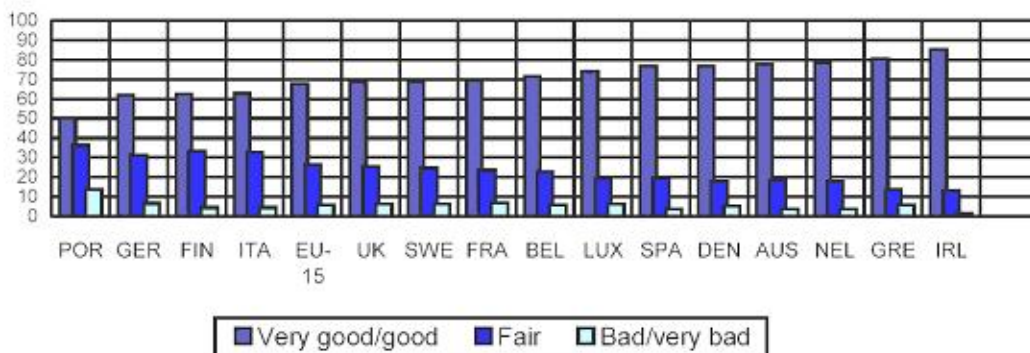
- zdravstveno stanje naroda: naša je zemlja po općoj razini zdravlja naroda na 38 mjestu, a prema "distribuciji zdravlja" (koja je svojevrsni pokazatelj zdravstvene pravednosti) na još boljem, 33 mjestu.
- resposivnost zdravstvenog sustava: hrvatski zdravstveni sustav nalazi se na 76-79 mjestu u svijetu prema kriteriju zadovoljavanja potreba, očekivanja i zahtjeva stanovništva za kvalitetnom i pristupačnom zdravstvenom zaštitom;
- poštenje u financiranju zdravstvene zaštite: prema pokazatelju "fairnes of financial contribution to health care" Hrvatska se nalazi na 108-111 mjestu.

Ne samo da naši građani imaju relativno (s obzirom na opći stupanj razvijenosti) dugovječan i zdrav život po objektivnim pokazateljima, već su i njihove (naše) subjektivne predodžbe o zdravlju relativno povoljne. Ovdje navodimo prosječne ocjene (u rasponu od 1 do 5) vlastitoga zdravlja iz istraživanja GFK s kraja 2005.godine:



Dakako, osobne predodžbe o zdravlja velikim su dijelom posljedica stvarnog zdravstvenog stanja pojedinca, ali su također i posljedica i refleks opće kvalitete života. Te činjenice našle su svoj izraz u rezultatima velikog istraživanja "Zdravlje odraslih" (anketiranje je provedeno od listopada do prosinca 2002. godine na uzorku od 15.000 ispitanika) koje je proveo Eurobarometar . (Iscrpni prikaz rezultata dostupan je na: http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/ebs/ebs_183.7_en.pdf)

How is your health in general?



Navedeni objektivni i subjektivni pokazatelji o zdravlju naroda i kvaliteti hrvatskoga zdravstvenog sustava mogu dobiti potpuniji analitički smisao ukoliko se usporede s općim rangovima-položajem Republike Hrvatske na svjetskim rang-listama razvijenosti i nerazvijenosti.

Od mnoštva svjetskih "ranglisti razvijenosti", ovdje ću se poslužiti podacima velikog američkog informacijskog izvora Lexus i njegove baze podataka "World Factbook" (<http://www.lexus.us/worldfactbook/rankings.htm>) koju možemo smatrati vrlo pouzdanom.

A od mnoštva pokazatelja društvenoga razvoja, izdvojit ću tek - za predmet naše rasprave - najvažnije rangove . Položaj Republike Hrvatske na svjetskoj ranglisti izabranih društvenih indikatora ovakav je:

1. Indeks ljudskoga razvoja (human development index)48
2. Opća učinkovitost zdravstvenog sustava (SZO).....43
3. Broj stanovnika.....119
4. Stopa rasta stanovništva.....212
5. Očekivano trajanje života pri rođenju 59
6. Stopa plodnosti (fertiliteta)202

7. Bruto domaći proizvod (BDP) po stanovniku.....	76
8. Stopa rasta BDP.....	68
9. Javni dug (69% BDP).....	31
10. Vanjski dug	41
11. Negativnost platne bilance.....	131
12. Potrošnja na obranu	61
13. Stopa investiranja	22
14. Stopa inflacije	178
15. Stopa nezaposlenosti	120
16. Korupcija (Međunarodna prozirnost)	70
17. Sloboda medija (Kuća slobode).....	84

U pravili rang izražava odnos od najvećeg prema najmanjem. Razlika je jedino kod stopa nezaposlenosti i platne bilance gdje je odnos obrnut: od najmanje prema najvećoj.

Indeks ljudskog razvoja (human development index) može se smatrati općim-skupnim pokazateljem razvoja naroda jer objedinjuje ove elemente: životno očekivanje pri rođenju, pismenost stanovništva iznad 15 godina starosti, kombinirana stopa upisa osnovnih, srednjih i visokih škola i BDP po stanovniku;

Kad se javno-zdravstveni rangovi usporede s općim hrvatskim rangovima na neformalnoj svjetskoj ranglisti, lako je zaključiti da su zdravlje Hrvata i naš Indeks ljudskoga razvoja znatno bolje od, primjerice, općeg stanja gospodarstva, makro-ekonomskih pokazatelja, stupnja korumpiranosti društva ili slobode medija.

Jednako tako, lako je zaključiti da hrvatsko zdravstvo ne zadovoljava u dovoljnoj mjeri zahtjeve i očekivanja stanovništva glede pristupačnosti, odnosa liječnika prema pacijentu i kvalitete usluga općenito, te - što je posebno važno za predloženu koncepciju reforme zdravstvenog osiguranja i financiranja zdravstva - da je indeks poštenja pri financiranju zdravstva već danas izuzetno nepovoljan!

Na temelju tih statistički i međudržavno-usporedno teško oborivih pokazatelja, teško je braniti ključnu tezu reforme iz 2000. godine i sadašnje reforme da bi izlaz iz kronične financijske krize javnog zdravstvenog osiguranja i javnog zdravstva trebalo tražiti u prebacivanju tereta financiranja zdravstva na građane: "traženjem novih izvora financiranja", uvođenjem administrativnih pristojbi, zadržavanjem dopunskog osiguranja, proširenjem tržišta privatnog osiguranja i povećanjem udjela izravnih plaćanja zdravstvenih usluga.

3. Dijagnoza uzroka, dimenzija i prirode (karaktera) financijske krize zdravstva i zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj

Bez obzira na pokušaje svih ministara zdravstva, svih zdravstvenih administracija i svih vlada (HDZ-ove prije 2000., koalicijske 2000.-2003. i HDZ-ove koalicijske vlade 2003.-2007.) da vlastite projekte reformiranja zdravstvenog osiguranja i zdravstva javnosti predloži kao plemenitu težnju za poboljšanjem zdravlja i kvalitete života naroda, gruba je i jedina istina da su temeljni poticaji za promjenama i reformama zdravstva nakon okončanja rata bili motivirani javno-financijskim razlozima: zatečenim (od prethodne vlade i uprave HZZO-a), akumuliranim ili novostvorenim gubicima i deficitima HZZO-a i zdravstvenih ustanova!

Prijedlog Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (ožujak 2006.) u obrazloženju "Ocjena stanja i osnovna pitanja koja se trebaju urediti Zakonom te posljedice koje će donošenjem Zakona proisteći" također inzistira na tim višim, humanističkim ciljevima: "Cilj svakog dobro ustrojenog sustava zdravstva jest poboljšanje zdravstvenog stanja stanovništva, produljenje ljudskog života te uspostavljanje povoljnijeg utjecaja na kvalitetu života i osposobljenost neovisnog funkcioniranja pojedinaca." (str.2)

Upravo zbog toga, stvarne poticaje i ciljeve reforme zdravstva nije moguće pronaći u tekstu Nacionalne strategije već u pismu Vlada RH MMF-u. Ni najnovije pismo koje potpisuju ministar Ivan Šuker i guverner Željko Rohatinski ne ostavlja prevelike dvojbe:

"U drugoj polovici (2006.) godine pokrenut ćemo cjelovitu zdravstvenu reformu koja će nam omogućiti da zadržimo proračunske izdatke za zdravstvo na 14.9 milijarde kuna, čime ćemo stvoriti temelj za smanjenje dugova u zdravstvu. Ova reforma, koju upravo završavamo, neće samo djelovati na ključne parametre postojećeg zdravstvenog sustava, već će promijeniti poticaje za davatelje i korisnike zdravstvene zaštite; uvodeći veću odgovornost i povećavajući promjene u ponašanju. Zbog toga, posljedične proračunske uštede, iako značajne u srednjoročnom razdoblju, trenutno nije moguće precizno predvidjeti. Kad reforma dobije svoj konačni izraz, pažljivo ćemo procijeniti njen utjecaj i poduzeti dodatne mjere, ukoliko se pokažu potrebnim, eda bi ostvarili proračunske ciljeve za 2006. godinu."

Pismo Ivana Šukera i Željka Rohatinskog, u ime Republike Hrvatske MMF-u: Republic of Croatia: Letter of Intent, Annex, and Technical Memorandum of Understanding, March 3, 2006.

Dakle, stvarni su motivi i ciljevi ove reforme, kao i one 2000-2002. godine, makro-ekonomske i proračunske naravi, a nametnuti su odredbama Usputnog (Stand by) sporazuma s MMF-om.

Problem je tog sporazuma od samog početka u tome što logika štednje u zdravstvu za koju se zalaže MMF i na koju moraju pristajati hrvatske vlade teorijski neutemeljena, a to znači i praktično neostvariva!

Naime, postoji potpuno pogrešno uvjerenje osoblja MMF-a, koje je eksplicitno izraženo u svim dokumenta te institucije, da se smanjenje zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj fiskalni imperativ i da se mora i može ostvariti smanjenjem utilizacije, a da je

utilizaciju moguće smanjiti: (a) daljnjim prebacivanjem tereta financiranja zdravstva s obveznog (HZZO) na dobrovoljna (dopunsko i privatna) osiguranja i izravna plaćanja zdravstvenih usluga i (b) prebacivanjem dijela troškova državnog, proračunskog, financiranja zdravstva s središnje države na županijsku, gradsku i općinsku razinu.

Radi se o jednom od klasičnih primjera kod kojih zdrav razum i institucionalna logika kojim se ravna osoblje MMF-a ne mogu nadomjestiti nedostatak teorijskog i empirijskog znanja o javnom zdravstvu i zdravstvenoj potrošnji u tranzicijskim zemljama, pa i u Hrvatskoj.

Da je zdravstvena potrošnja u Hrvatskoj relativno visoka, sa stajališta javnih financija, nije, doduše, teško dokazati, kao što nije teško pokazati da je apsolutno nedovoljna sa stajališta potrošnog potencijala zdravstva - trenutnog i latentnog.

Na te zaključke upućuju sve međunarodne usporedbe zdravstvene potrošnje - sa zemljama koje su nam bliske zemljopisno, po tranzicijskom iskustvu ili po stupnju gospodarskoga razvoja.

Tablica usporedbe koju ovdje dajemo iz poznate je studije Svjetske banke o hrvatskim zdravstvenim financijama (Croatia: Health Finance Study, Report No. 27151-HR, April 25, 2004., str. 3.):

Tablica 1.

Table 1: Health Expenditures in CEE Countries, 1998

	% GDP	US\$ (exchange rate)	International \$ (Purchasing Power Parity)	Life expectancy at birth
Albania	4.0	37	117	71.9
Bulgaria	4.7	69	232	70.9
Croatia	9.2	393	553	72.8
Czech Republic	7.2	392	933	74.5
Hungary	6.4	290	673	70.6
Macedonia, FYR	6.5	113	290	72.6
Moldova	8.4	33	178	66.5
Poland	6.4	264	513	73.0
Romania	4.1	63	210	69.3
Slovak Republic	7.2	285	732	72.7
Slovenia	7.6	746	1138	74.7

Source: World Bank Development Indicators, 2001.

Tablica 2.

Total expenditure on health - % of Gross Domestic Product

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Austria	7.8	7.8	8.0	8.2	7.5	7.6	7.7	7.6	7.5	7.6	7.6
Belgium	8.1	7.9	8.4	8.5	8.4	8.5	8.6	8.7	8.8	9.1	9.6
Czech Republic	6.7	6.9	6.9	6.7	6.7	6.6	6.6	6.6	6.9	7.2	7.5
Denmark	8.8	8.5	8.2	8.3	8.2	8.4	8.5	8.4	8.6	8.8	9.0
Finland	8.3 b	7.7	7.5	7.6	7.3	6.9	6.9	6.7	6.9	7.2	7.4
France	9.4	9.4	9.5	9.5	9.4	9.3	9.3	9.3	9.4	9.7 e	10.1 e
Germany	9.9	10.2	10.6	10.9	10.7	10.6	10.6	10.6	10.8	10.9	11.1
Greece	8.8	9.7	9.6	9.6	9.4	9.4	9.6	9.9	10.2	9.8	9.9
Hungary	7.7	8.3	7.5	7.2	7.0	7.3 b	7.4	7.1	7.4	7.8	7.8
Iceland	8.4	8.2	8.4	8.4	8.3	8.7	9.4	9.3	9.3	10.0	10.5 e
Ireland	7.0	7.0	6.8	6.6	6.4	6.2	6.3	6.3	6.9	7.3	7.3
Italy	8.0	7.7	7.3	7.4	7.7	7.7	7.7	8.1	8.2	8.4	8.4
Luxembourg	6.2	6.1	6.4 b	6.4	5.9	5.8	6.2	5.5	5.9	6.1	6.1
Netherlands	8.6	8.4	8.4	8.3	8.2	8.2 b	8.4	8.3	8.7	9.3	9.8
Norway	8.0	7.9	7.9	7.9	7.8	8.5	8.5	7.7	8.9 b	9.9	10.3 e
Poland	5.9	5.6	5.6	6.0	5.7	6.0	5.9	5.7	6.0	6.0	6.0
Portugal	7.3	7.3	8.2 b	8.4	8.5	8.4	8.7	9.2	9.4	9.3	9.6
Slovak Republic					5.8	5.7	5.8	5.5	5.6	5.7	5.9
Spain	7.5	7.4	7.6	7.6	7.5	7.5	7.5	7.4	7.5	7.6	7.7
Sweden	8.6 b	8.2	8.1	8.4	8.2	8.3	8.4	8.4	8.8	9.2	9.2
Switzerland	9.4	9.5	9.7	10.1	10.2	10.3	10.5	10.4	10.9	11.1	11.5 e
Turkey	3.7	3.6	3.4	3.9	4.2	4.8	6.4 b	6.6			
United Kingdom	6.9	7.0	7.0	7.0	6.8 b	6.9	7.2	7.3	7.5	7.7	7.7
United States	13.2	13.1	13.3	13.2	13.0	13.0	13.0	13.1	13.8	14.6	15.0
Canada	9.9	9.5	9.2	9.0	8.9	9.2	9.0	8.9	9.4	9.6	9.9 e
Japan	6.5	6.7	6.8 b	7.0	6.9	7.2	7.4	7.6	7.8	7.9 e	7.9 e

e: estimate

b: break in series

Source: OECD Health Data 2004

Statistički promatrano, ukupna zdravstvena potrošnja od 9.1% BDP-a za Hrvatsku na razini je zdravstvene potrošnje najbogatijih zemalja svijeta. Uz to, stopa od 9.1% temelji se na barem jednoj nepoznanici, a to je visina privatne zdravstvene potrošnje. Svjetska banka u svom je izračunu koristila procjenu naše Vlade koja je taj vid potrošnje procijenila, na temelju

rezultatima istraživanja o prihodima i potrošnji kućanstava, na 2.0% BDP-a.

Međutim, ako se u obzir uzmu i ilegalna i neformalna plaćanja ("znaci pažnje" i koruptivna davanja), taj je postotak zasigurno između 2.5% i 3.0% BDP-a, što zapravo znači da je ukupna zdravstvena potrošnja u Hrvatskoj gotovo 10.0% te da je odnos javne i privatne zdravstvene potrošnje već danas 75:25 posto!

Daljnje povećanje udjela privatne potrošnje još bi više pogoršalo položaj Hrvatske na ljestvici SZO "poštenje pri financijskim doprinosima", a time i ugrozilo načelo pravednosti u pružanju zdravstvene zaštite koje je ključni dio hrvatske javnozdravstvene tradicije od doba braće Radić i doba Andrije Štampara do naših dana.

Tablica 3.

Table 5: Estimated Total Spending on Health, as % GDP, 1998 – 2002.

	1998	1999	2000	2001	2002
Croatian Institute of Health Insurance/ ¹	6.9%	7.6%	8.0%	7.3%	6.6%
Ministry of Health/ ²	0.6%	0.3%	0.2%	0.1%	0.2%
Local Government	0.1%	0.1%	0.0%	0.1%	0.2%
Total public expenditure on health	7.6%	8.0%	8.2%	7.6%	7.0%
Estimated private spending on health/ ³	1.6%	2.0%	2.0%	2.0%	2.0%
Total health care expenditure	9.2%	10.0%	10.2%	9.5%	9.1%

Notes: 1. Excludes cash transfers for sick and maternity leave, but includes operating expenses of HZZO. 2. Direct budget of Ministry of Health for policy, regulation, public health, and related activities. 3. Government estimates.

Tablica 4.

Table 2: Public health spending levels as a proportion of total health spending

Country	Public expenditure % 2001	Country	Public expenditure % 2001
Czech Republic	91.4	United Arab Emirates	75.8
Slovakia	89.3	Saudi Arabia	74.6
Croatia	81.8	Turkey	71.0
Romania	79.2	Israel	69.2
Hungary	75.0	Japan	77.9
Slovenia	74.9	Thailand	57.1
Poland	71.9	Taiwan	55.5
Lithuania	70.5	Hong Kong SAR (2000)	54.0
Russia	68.2	Malaysia	53.7
Latvia	52.5	Korea	44.4
Algeria	75.0	China	37.2
South Africa	41.4		

Abbreviations: SAR, Special Administrative Region.

Izvor: Comparison Of Reimbursement Systems Of Various Countries In Central And Eastern Europe, Africa, Middle East And Asia Peter Davey BA(Ec) MA(Ec), Natalia Price BEc (Hons), Michael Lees BAgEc(Hons) MCom, Koji Makino BCom MCom, Liesl Birinyi-Strachan BSc(Hons) PhD, and Michelle Frost BBiotech(Hons), M-TAG Pty Ltd, Chatswood, NSW, Australia (http://www.m-tag.net/ISPOR_Connect_15Feb05.pdf#search='health%20expenditure%20%20croatia%20%20slovenia%20%20poland%20%20hungary')

Da bi se mogla definirati ekonomski i financijski racionalna i javnozdravstveno prihvatljiva strategija upravljanja zdravstvenom potrošnjom potrebno je poznavati njenu "anatomiju" ili "etiologiju", tj. čimbenike koji određuju njenu dinamiku - uvjetuju njen rast ili eventualni pad.

Koliko mi je poznato u Hrvatskoj u posljednjih 20 godina nije izrađena niti jedna empirijska, ekonometrijska ili statističku studija determinanti zdravstvene potrošnje, tako da je istraživanje koje sam osobno radio 80-tih godina prošlog stoljeća jedno od rijetkih te vrste u našoj zemlji.

To je istraživanje, da podsjetim, pokazalo da je zdravstvena potrošnja u to doba u Hrvatskoj bila određena ovim čimbenicima: (a) raspoloživim uslužnim potencijalima zdravstvene zaštite ili zdravstvenom ponudom (broj bolnica, bolničkih kreveta, broj zaposlenih liječnika i sestara, broj domova zdravlja i zaposlenih u njima, plaće osoblja, vrijednost instalirane medicinske opreme, broj ljekarni itd.) oko 51%; (b) karakteristikama zdravstvenog sustava i metodama financiranja oko 25% i (c) zdravstvenim potrebama, pravima i ponašanjem pacijenata oko 11% te oko 13% svim ostalim čimbenicima.

Empirijska istraživanja determinanti zdravstvene potrošnje u razvijenim zemljama u posljednjih su dvadesetak godina

metodologijski bitno promijenjena u odnosu na model koji sam osobno koristio, ali se krajnji rezultati bitno ne mijenjaju. Primjerice, u jednom novijem istraživanju o odrednicama zdravstvene potrošnje u Kanadi, koje se zasnivalo na 25-godišnjim serijama podataka (od 1975. do 2000. godine) , autor Livio Di Matteo pronašao je da je postotni doprinos pojedinih čimbenika rastu zdravstvene potrošnje ovakav:

Stvarni porast BDP po stanovniku.....	8.0%
Stvarni savezni gotovinski transferi	1.9%
Udio stanovnika u dobi od 18-44 godine.....	5.5%
Udio stanovnika u dobi od 45-64 godine.....	4.2%
Udio stanovnika u dobi od 65-74 godine	- 7.6%
Udio stanovnika u dobi iznad 75 godina.....	27.1%
Broj liječnika.....	9.6%
Udio privatne u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji	- 3.2%
Udio zdravstvene u ukupnoj javnoj potrošnji	3.9%
Vrijeme	42.7%
Neobjašnjeni dio varijacija	7.8%

Livio Di Matteo, What Drives Provincial Health Expenditure?

Što se može zaključiti iz prikazanih rezultata? Prije svega da demografske promjene, a posebice porast udjela stanovništva iznad 75 godina u ukupnoj populaciji, bitno utječu na porast zdravstvene potrošnje.

Iznenadujući je rezultat o negativnoj povezanosti dobne skupine od 65 do 74 godine sa zdravstvenom potrošnjom.

Očekivani je rezultat da postoji negativna povezanost između udjela privatne i ukupne zdravstvene potrošnje, ali je utjecaj tog čimbenika doista marginalan - 3.2%.

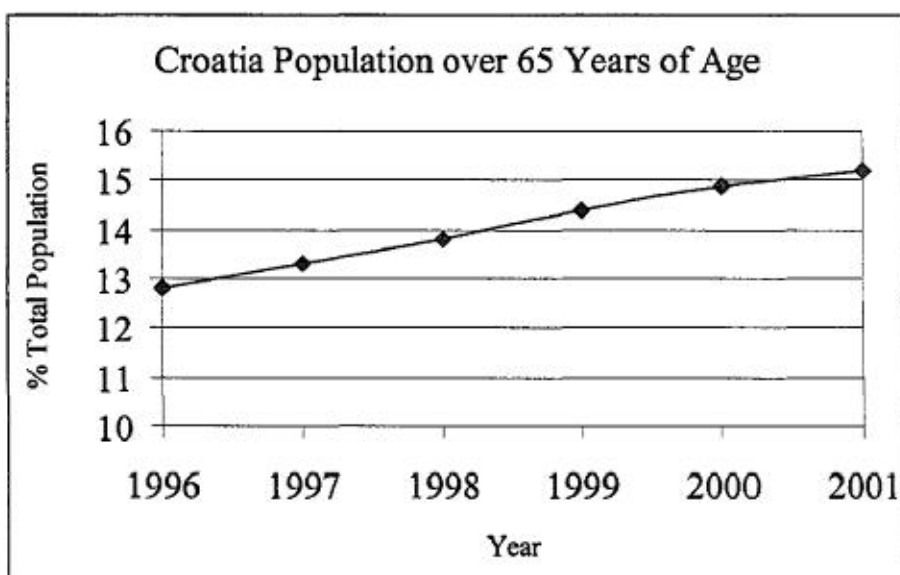
Varijabla "vrijeme" objedinila je niz determinanti zdravstvene potrošnje: tehnološki razvoj u medicini, porast cijena radne snage, porast cijena lijekova i medicinske opreme, porast kvalitete i cijena nemedicinskih usluga (stanovanje, prehrana, korištenje slobodnog vremena itd.).

Sve u svemu, može se kazati da na porast zdravstvene potrošnje i dalje najviše utječu čimbenici ponude (raspoloživi zdravstveni resursi: broj bolnica, postelja, broj zaposlenog osoblja, instalirana oprema) i demografske promjene, posebice starenje stanovništva.

A upravo je starenje stanovništva bila jedna od temeljnih karakteristika hrvatskog stanovništva u prethodnih petnaestak godina, a, nažalost, bit će i u narednih tridesetak.

Tablica 5.

Figure 3: Croatian population over 65 years, percent total population



Source: Croatian Central Bureau of Statistics.

U Zdravstvenoj strategiji Europske zajednice iz 2000. godine (prvoj strategiji koju su zajednički usvojili Europska komisija i Europski parlament) iznosi se mišljenje da je svekoliki porast zdravstvene potrošnje posljedica djelovanja samo dvaju

čimbenika-odrednica: (a) demografskih trendova (starenja stanovništva) kao ključnog čimbenika i (b) razvoja medicinskih tehnologija.

Tekst "europske zdravstvene strategije" (nazovimo ga tako) mogao bi također biti jedan od sadržajnih predložaka za hrvatsku strategiju. Dostupan je na internetu kao: COM (2000) 285 final (16.5.2000).

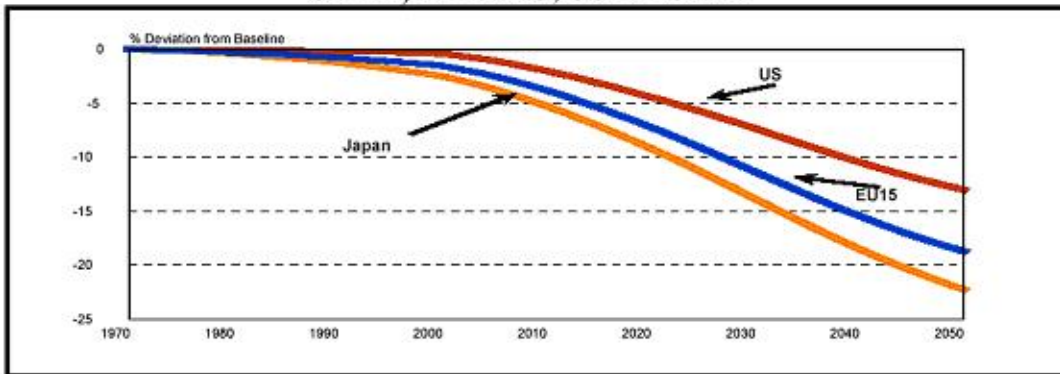
Pisci te strategije nisu također, očigledno, bili veliki poznavatelji zdravstvene ekonomike, jer su zanemarili djelovanje čimbenika ponude: porast broja zaposlenih, porast plaća medicinskog i javnozdravstvenog osoblja, porast troškova upravljanja zdravstvenim sustavima na makro i mikro razini, porast kvalitete i cijena nemedicinskih usluga itd.

Nastavak trenda starenja stanovništva posljedica je "krize uspjeha" suvremene medicine i medicinske tehnologije. U cijeloj Europi, pa i u našoj zemlji, trend starenja stanovništva nastavit će se u slijedećih 50-tak godina i imat će odlučujući utjecaj na zdravstvenu i javnu potrošnju, pa i na životni standard

Na tu činjenicu uvjerljivo ukazuje jedna od novijih studija Europske unije: Kieran Mc Morrow and Werner Röger, Economic and financial market consequences of ageing populations.

Tablica 6.

GRAPH 15 : IMPACT OF AGEING ON THE LEVEL OF LIVING STANDARDS (GDP PER CAPITA) IN THE EU, US AND JAPAN



Izvor: Economic and financial market Consequences of ageing populations by Kieran Mc Morrow and Werner Röger

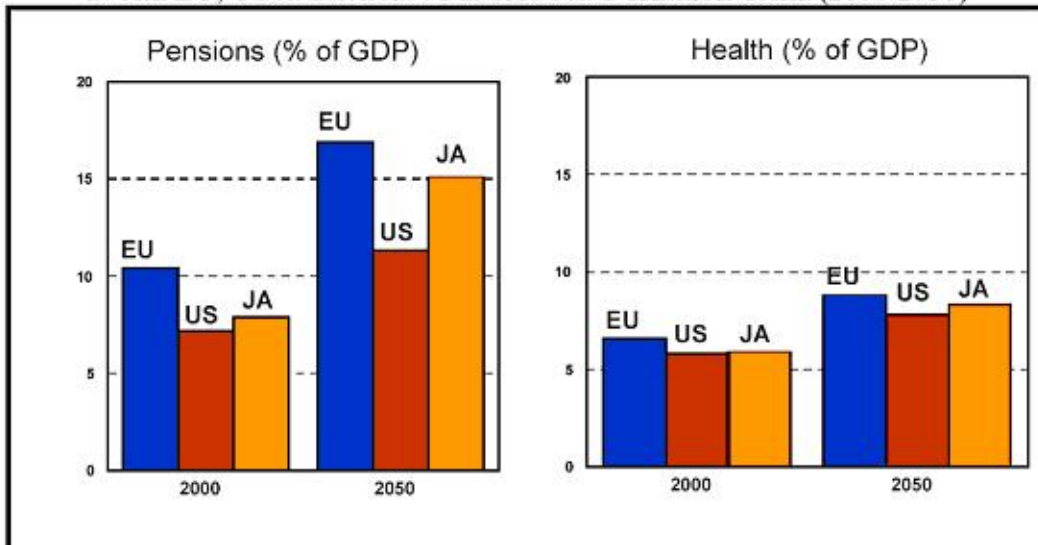
Directorate-General for Economic and Financial Affairs

http://europa.eu.int/comm/economy_finance/publications/economic_papers/2003/ecp182en.pdf

Utjecaj starenja europskog stanovništva na mirovinsku i zdravstvenu potrošnju stručnjaci Europske unije ovako su prognozirali:

Tablica 7.

GRAPH 20 : PUBLIC EXPENDITURE IMPLICATIONS OF AGEING POPULATIONS IN THE EU, US AND JAPAN : PENSIONS AND HEALTH CARE (2000-2050)



Specifičnost je hrvatske situacije u tome što su platežne mogućnosti naše staračke, sve brojnije, umirovljeničke populacije vrlo malene (još je teža situacija sa staračkom populacijom na selu koja nema mirovinu), tako da daljnje povećanje izravnih plaćanja donosi izravnu javno-zdravstvenu štetu starijim ljudima. Uz to, zadržavanje dopunskog osiguranja povećava ono što

se u teoriji utilizacije i zdravstvene potrošnje naziva moralni hazard, tj pruža opravdanje i poticaj ljudima s formalno većim pravima da više koriste zdravstvenu zaštitu.

Posljednje područje na kojem je teorijski moguće smanjivati potrošni potencijal hrvatskoga zdravstva je područje zdravstvenih resursa ili ponude zdravstvenih usluga.

Kad su u pitanju zdravstveni resursi i njihova iskorištenost, grubu sliku moguće je dobiti iz međunarodne komparacije kojom se poslužila Svjetska banka:

Tablica 8.

Table 2: Health Resources and Utilization Rates, Croatia, EU and CEE countries, 2000

Countries	Outpatient contacts per person per year	Average Length of Stay, Acute Care Hospitals	Inpatient Admissions per 100	Acute hospital beds per 100,000 pop	Nurses per 100,000 pop	General Practitioners per 100,000 pop
Croatia	7	8.9 (2001)	15.8	397.2	500.0	69.3
Poland	14.8 (2001)	8.6 (2001)	20.2	627.2	526.7	~
Hungary	22.7 (2001)	7.0 (2001)	26.1	644.3	281.0	65.9
Czech Republic	5.4	~	15.5	~	943.6	71.9
Slovakia	14.6 (2001)	9.2 (2001)	19.7	674.3	747.7	48.6
Slovenia	6.8	6.8 (2001)	16.6	423.6	715.1	46.3
CEE Average	7.9 (2001)	8.3 (2001)	17.9	536.7	515.6	70.6
EU Average	6.2 (1996)	7.7 (1999)	18.4	414.2	~	101.6
Denmark	7 (1998)	5.2	18.9	333.9	1349	64.5
France	6.5 (1996)	5.5 (1999)	23.0	418.4	668.6	161.9

Note. For year 2000, unless otherwise indicated.

Sources: WHO EURO, Health For All database, 2003.

Prethodna tablica potvrđuje ono što je javno-zdravstvenim stručnjacima odavno jasno: da su hrvatski zdravstveni resursi vrlo blizu europskih prosjeka, a da je hrvatski BDP (izražen u \$ iste kupovne snage) 2004. godine bio 11.000 dolara; svega 41% prosjeka EU-25 (25.536\$).

Sve u svemu, može se kazati da u Hrvatskoj uopće nije visoka zdravstvena potrošnja, već je naprosto nizak bruto društveni proizvod.

European Union 2004 GDP-PPP, Population and GDP-PPP per Capita				
Country	Group	GDP-PPP (billions \$USD)	Population (2004 est.)	GDP-PPP per Capita (\$USD)
Austria	EU15	255.9	8,174,762	31,304
Belgium	EU15	316.2	10,348,276	30,556
Cyprus	EU25	20.3	775,927	26,098
Czech Republic	EU25	172.2	10,246,178	16,806
Denmark	EU15	174.4	5,413,392	32,216
Estonia	EU25	19.2	1,341,664	14,333
Finland	EU15	151.2	5,214,512	28,996
France	EU15	1,737.0	60,424,213	28,747
Germany	EU15	2,362.0	82,424,609	28,656
Greece	EU15	226.4	10,647,529	21,263
Hungary	EU25	149.3	10,032,375	14,882
Ireland	EU15	126.4	3,969,558	31,842
Italy	EU15	1,609.0	58,057,477	27,744
Latvia	EU25	26.5	2,306,306	11,503
Liechtenstein	EU15	0.8	334,36	24,674
Lithuania	EU25	45.2	3,607,899	12,536
Luxembourg	EU15	27.3	4,626,90	58,938
Malta	EU25	7.2	396,851	18,201
Netherlands	EU15	481.1	16,318,199	29,482
Poland	EU25	463.0	38,626,349	11,987
Portugal	EU15	188.7	10,524,445	17,930
Slovakia	EU25	78.9	5,423,967	14,546
Slovenia	EU25	39.4	2,011,473	19,593
Spain	EU15	937.6	40,280,780	23,277
Sweden	EU15	255.4	8,986,400	28,421
United Kingdom	EU15	1,782.0	60,270,708	29,567
EU15	EU15	10,631.4	381,550,686	27,864
EU25	EU25	10,213	74,768,889	13,659
European Union	All	11,652.7	456,319,275	25,536

Da Hrvatska, kojim slučajem, ima BDP na razini prosjeka EU (25.536 dolara) postojeća zdravstvena potrošnja ne bi iznosila 10%, već svega 4.5% BDP-a!

Tablica 9.

Table 10: Annual Real Increase in HZZO Expenditures over Preceding Year, 1997 – 2002

Expenditure Categories	1998	1999	2000	2001	2002	Average annualized increase, 1997 – 2002
Primary care	3.8%	4.0%	8.5%	2.5%	-4.2%	2.9%
Specialist Services	30.5%	15.6%	10.7%	5.6%	-8.1%	10.9%
Prescription drugs	25.5%	-19.7%	37.5%	-7.3%	-22.9%	2.6%
Orthopedic devices	36.7%	3.6%	27.1%	-5.3%	7.3%	13.9%
Hospitalization	16.4%	26.9%	-7.3%	-4.3%	7.3%	7.8%

Source: Calculated from data provided by HZZO, 2003.

Pritisak različitih aktera hrvatske zdravstvene zaštite (liječnika, sestara, pacijenata, proizvođača i trgovaca lijekovima, proizvođača i trgovaca medicinskom opremom) na porast zdravstvene potrošnje već je danas ogroman i bit će sve veći.

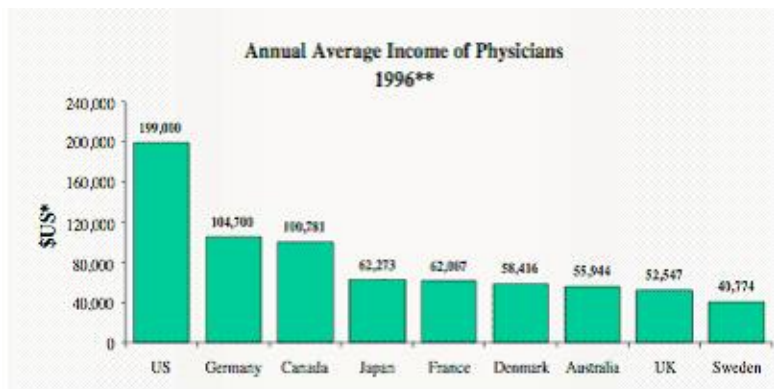
Liječnici i sestre već danas traže povećanje plaća u rasponima od 10 do 30%, a taj će zahtjev dobivati sve veću snagu tijekom procesa pridruživanja Hrvatske Europskoj uniji, jer su plaće naših liječnika u prosjeku dva do tri puta niže od europskih prosjeka.

Doduše, provođenje odredbi Sporazuma o stabilizaciji i pridruživanju koji zahtjeva slobodan protok radne snage (također i roba, ljudi i kapitala) mogao bi rezultirati pritiskom na zapošljavanje u Hrvatskoj jeftinije medicinske radne snage iz zemalja bivše Jugoslavije.

Međutim, ta činjenica sama po sebi zahtjeva ozbiljnu raspravu o politici zapošljavanja i obrazovanja, kao i licenciranja, liječnika i sestara, pa i drugog zdravstvenog osoblja.

Međunarodna usporedba bruto plaća liječnika

Tablica 10.



Sve u svemu, može se zaključiti da predložene promjene u sustavu zdravstvenog osiguranja neće smanjiti ukupnu, pa ni javnu zdravstvenu potrošnju.

Suštinske uštede moguće je tražiti na strani kontrole ponude, tj. pažljivoj analizi i eventualnom smanjenju broja bolničkih kreveta, zaposlenoga osoblja - medicinskog i nemedicinskog i općoj štednji kroz stimuliranje tog vida ponašanja medicinskog osoblja.

Nastavak