

Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova

SINIŠA ZRINŠČAK*

Studijski centar socijalnog rada
Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu
Zagreb, Hrvatska

Izvorni znanstveni rad
UDK: 369.06:614(497.5)
Primljeno: ožujak 2007.

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 uspijevaosani-rati najakutnije financijske probleme, nije uspijevaos adresirati ključna pitanja financiranja, dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite. Analiza također pokazuje da niz zdravstvenih indikatora ne daje jednoznačnu sliku zdravstvenog sustava Hrvatske jer je moguće identificirati 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.

UVOD

Premda je zdravstvena politika samo jedna od mnogobrojnih javnih politika (poput mirovinske, obrazovne, stambene...), njeno je iznimno društveno značenje neprijepor-

no i ona je vrlo često predmet mnogih javnih rasprava, ali i svakodnevnih životnih odluka.¹ 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

* Siniša Zrinščak, Pravni fakultet/Faculty of Law, Nazorova 51, 10 000 Zagreb, Hrvatska/Croatia, sinisa.zrinscak@zg.t-com.hr

¹ Rezultati analize prezentirani u ovom radu proizašli su iz znanstvenog projekta Pokazatelj socijalne kohezije i razvoj hrvatskoga socijalnog modela, provedenog uz potporu Ministarstva znanosti, obrazovanja i športa Republike Hrvatske. Autor se zahvaljuje recenzentima te Vladi Puljizu, Teu Matkoviću i Miroslavu Mastilici na nizu primjedbi i sugestija koje su, svakako, poboljšale ovaj rad, premda je za sve njegove slabosti i dalje odgovoran isključivo autor.

uspješnog liječenja te svi drugi vidovi zdravstvene zaštite promatraju s povećanom pozornošću, kao što i moguće pogreške u ovom području mogu imati nezanemarljive društvene posljedice. Drugi razlog leži u činjenici da su zdravstveni sustavi vrlo skupi, bilo da je riječ o javnom ili privatnom financiranju. 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 financijskih (gotovo isključivo međunarodnih financijskih 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 početka 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, osvijetliti 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, uspostavljanja 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 (Sremec, Žuža, 2002.:10-15). Načela su na najnižoj razini predviđjela 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 cije-

losti 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 financirane medicine, predstavljala su veliki iskorak u tom razdoblju.² Škola narodnog zdravlja osnovana je u Zagrebu 1927. godine, a 1928. donesena je Uredba o prosvjeđivanju 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

² »Individualna terapija predstavljena u praktičnoj medicini, ima bez sumnje vrednosti i uticaja na popravljavanje narodnog zdravlja, ali joj je i najtamnija strana, što je pri njoj u današnje vreme i prema današnjim društvenim odnosima lekar posve ovisan od bolesnika (...) Lekar u svom radu oko unapređenja narodnog zdravlja mora biti ekonomski neovisan od bolesnika, jer će samo tada moći da ispunjava svoju pravu zadaću u pravoj meri.« (Štampar, 1923.:3).

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, financiranje 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 decentralizacije 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 osi-

guranja. Sukladno procesu decentralizacije, financiranje, uz uplaćene doprinose, u većoj mjeri preuzimaju lokalne vlasti. Zdravstvene ustanove dobivaju status samostalnih ustanova te prelaze na samofinanciranje 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 financiranje zdravstvenih ustanova, ali i krizu financiranja 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 nezavidan 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 profesija³),

³ U ovu posljednju kategoriju ubrajali su se samostalni zanatlije, ugostitelji i prijevoznici te privatnici u zdravstvu.

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 (predstavnici 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 ortopedska 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 uobličeniju 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). Usprkos 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 re-

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, primjere, 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).⁴

Tablica 1.

Udio zdravstvene potrošnje u društvenom proizvodu u bivšoj Jugoslaviji, 1970. i 1978. godine⁵

	1970.	1978.
Jugoslavija	5,60	6,09
Hrvatska	5,55	6,17
Slovenija	5,23	5,51
Uža Srbija	5,76	6,71

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

Odabreni 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 za-

padne 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
Hrvatska	70,0	33,9	20,5	10,7
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.).

⁴ Možda je ova činjenica uvjetovala i odluku o gradnji Sveučilišne bolnice u Zagrebu čija je tužna sudbina općepoznata. Sredstva za tu investiciju prikupljala su se velikim dijelom samodoprinosom građana, a udjel sredstva samodoprinos iznosio je u razdoblju od 1970. do 1978. godine oko 15-20% ukupnih investicijskih sredstava, što je u 80-ima, kada je samodoprinos građana grada Zagreba financirao gradnju Sveučilišne bolnice, očito značajno povećano.

⁵ Prikaz izdvajanja za zdravstvo ne uključuje vojne bolnice koje su tada bile izdvojene u poseban podsustav.

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
Hrvatska	66,6	74,2	12,1	15,1
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 započeo 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 odmakom 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, ozačkonjena 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 (zdravstvena kriza izazvana ekonomskim poteškoćama i ratom)
- c) nove društvene okolnosti (sloboda odlučivanja pacijenata, pravo privatne prakse).⁶

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

⁶ Opis reforme iz 1993. godine, kao i cjelokupnoga konteksta reformi početkom 90-ih, oslanja se na sljedeće izvore: Hebrang, Njavro, Mrkonjić (1993.), Hebrang (1994.), Orešković (1995., 1998.), Kovačić, Šošić (1998.), Turek (1999.), Zrinščak (2000.).

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

⁷ Isto objašnjenje nalazi se i u radu Orešković, Skupnjak (1999.).

⁸ U socijalističkom razdoblju privatna je praksa bila vrlo ograničena te je temeljem Zakona o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenom osiguranju donesenom 1980. godine trebala biti u potpunosti ukinuta 1985. godine. To se, međutim, nije desilo te su oni malobrojni privatni zdravstveni djelatnici (najčešće stomatolozi) nastavili raditi.

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, dirigitirane 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 financiranja, 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 financijskim 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 impresivnom 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

⁹ »Preporučeni okviri te svjetske institucije nametnuli su pravilo ne-miješanja privatnog i državnog vlasništva u istoj ustanovi, čega se je zakonodavac u prvoj verziji zakona pridržavao, ali je kasnije djelomice popustio pod pritiskom zdravstvenih djelatnika« (Hebrang, Njavro, Mrkonjić, 1993.:18).

troškovi porasli za 3% (Svjetska banka, 1997.). Druge primjedbe odnose se na nedostavno 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

Početak 2000-ih: novi pokušaji reforme

Novi projekt Svjetske banke, dogovoren s Vladom RH krajem 1999. godine, a koji je postao efektivan u ožujku 2000. godine označio je novo razdoblje ambiciozne zdravstvene reforme. Njegova prva pod-komponenta odnosila se na primarnu zdravstvenu skrb, tj. razvoj grupne prakse. Riječ je jednostavno o tome da je prethodno opisani proces privatizacije urušio model domova zdravlja što je otežalo ulogu ionako nedostavno razvijene primarne zdravstvene zaštite. Druga pod-komponenta smjerala je jačanju bolničke skrbi i to putem reorganizacije i racionalizacije jedinica akutne skrbi te razvoju alternativnih oblika, kao što su dnevna bolnica, hospicij, njega u domu i sl. U svrhu realizacije ovih pod-komponenti bio je razvijen pilot-projekt reforme zdravstvenog sustava u Koprivničko-križevačkoj županiji (Pilot-projekt, 2001.).

Rezultati projekta, međutim, nisu kasnije bili adekvatno evaluirani niti su sustavno iskorišteni za realizaciju novoga sustava zdravstvene zaštite.

Ovaj projekt, a posebice njegovo pilotiranje u Koprivničko-križevačkoj županiji, predstavljalo je samo jednu stranu vrlo ambicioznog programa reforme. Ministarstvo zdravstva je u lipnju 2000. godine prihvatilo dokument pod naslovom »Strategija i plan reforme sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske« (Ministarstvo zdravstva, 2000.), dokument koji je potom poslužio kao osnovica izrade »Strateškog dokumenta o razvoju zdravstva«, a koji je bio dio velikog projekta tadašnje Vlade pod naslovom »Hrvatska u 21. stoljeću« (Ured za strategiju, 2002.). Dva su bila osnovna cilja. Jedan se odnosio na sanaciju financijskih problema zdravstvenog sustava. Prema raspoloživim podacima, udio zdravstvenih troškova u BDP-u dosegnuo je 9%, što je na razini udjela koji izdvajaju razvijene zemlje s izdašnjim javnim izdacima, neovisno o tome što je hrvatsko realno izdvajanje (zbog realno daleko nižeg BDP-a), višestruko manje nego u tim zemljama. Osim toga, gomilali su dugovi te je dug unutar HZZO-a 2000. godine bio procijenjen na 4,2 milijarde kuna. Drugi cilj odnosio se na sveobuhvatnu reformu zdravstvenog sustava koji je uključivao niz promjena u upravljanju zdravstvenim sustavom, unaprjeđenju učinkovitosti i kvalitete te jačanja preventivne i primarne zdravstvene zaštite. Između ostaloga, planiralo se definirati osnovni paket zdravstvenih usluga, unaprijediti sustav plaćanja kako bi se usluge racionalnije koristile, definirati mrežu zdravstvenih kapaciteta, uvesti racionalnije zdravstvene postupke definiranjem kliničkih smjernica, racionalizirati potrošnju lijekova i sl.

¹⁰ Informacije o zdravstvenim projektima Svjetske banke preuzete su sa mrežne stranice njihova ureda za Hrvatsku: <http://www.worldbank.hr>.

Unutar ovako definiranih reformskih okvira došlo je do promjene ključnih zdravstvenih zakona (Ministarstvo zdravstva, 2003.). Zakon o zdravstvenom osiguranju iz 2001. godine, između ostaloga, povećao je participaciju za niz usluga iz dotada osnovnoga zdravstvenog paketa, ali je definirao i dopunsko zdravstveno osiguranje kojim se osiguralo plaćanje razlike u vrijednosti zdravstvenih usluga u okviru osnovnoga zdravstvenog osiguranja koje ne podmiruje HZZO. Zakonodavac je prve dvije godine dopunsko zdravstveno osiguranje prepustio samo HZZO-u (a ne i drugim osiguravateljima), čime je vjerojatno želio dijelom sanirati njegove nepovoljne financijske pokazatelje, premda se to kasnije pokazalo potpuno promašenom strategijom, dijelom i zbog niske mjesečne naknade dopunskoga osiguranja za umirovljenike od 50,00 kuna. Zakon je ograničio liječniku primarne zdravstvene zaštite pravo na određivanje dužine bolovanja, a najniža visina naknade za bolovanje smanjena je s 80% na 70% osnovice za naknadu.¹¹ Partikularizacija primarne zdravstvene zaštite željela se riješiti ustrojem županijskih domova zdravlja s ispostavama na lokalnim razinama. Učinjen je i plan kategorizacije bolnica koje se dijele na akutne, bolnice s posebnom namjenom i bolnice za produženo liječenje, a prema razini na lokalne, regionalne i nacionalne.

Ovo razdoblje bilježi još dvije važnije promjene. Prva se odnosi na započeti proces decentralizacije. Njime su se gradovima i županijama osigurala dodatna sredstva ustupanjem dodatnog udjela u porezu na dohodak, a za investicijsko održavanje zdravstvenih ustanova koje su u vlasništvu županija, odnosno Grada Zagreba. Druga se promjena odnosi na odluku kojom je HZZO postao dio središnjega državnog proračuna, čime mu je administrativnim

odlukom ukinut status izvanproračunskog fonda, odnosno status relativne samostalnosti, kakav bi trebali imati fondovi koji se financiraju doprinosima i kojima bi se trebalo upravljati na tripartitnoj osnovici. Vlada je time očito željela bolje kontrolirati financiranje zdravstvenog sustava, ali je zapravo samo ojačala (neučinkovitu) državnu/centralističku kontrolu, bez ikakvih bitnijih promjena u sustavu planiranja i raspodjele zdravstvenih troškova. S time je povezana i opća ocjena reformskih inicijativa od 2000. do 2003. godine. Vlada je polučila stanoviti uspjeh u smanjivanju javnih zdravstvenih troškova, ali je ozbiljnija reforma zdravstvenog sustava tek najavljena, ne i realizirana (World Bank, 2004.). Ona bi, naime, trebala točno definirati koja su to prava i usluge koje se mogu financirati uz zadanu visinu izdvajanja za zdravstvo i postojeću visinu BDP-a, a što bi svakako pridonijelo transparentnijem trošenju i kolanju novaca unutar zdravstvenog sustava. Veliki problem predstavlja i činjenica diskontinuiranosti reformi. Naime, od prvih studija i reformi pa sve do posljednje koje će se upravo predstaviti, ponavlja se niz vrlo sličnih prijedloga pa se može reći da su programi više-manje prihvatljivi, ali da ozbiljno zapinje u njihovoj implementaciji. Upravo je ovakav reformski diskontinuitet te činjenica da u 2004. i 2005. nije bilo značajnijih reformskih inicijativa doveo do toga da se potreba za novom reformom u svojoj punini ponovno javila 2006. godine.

Zdravstvena reforma 2006. godine: akutni financijski problemi i (nova) vizija zdravstva

Nekoliko je ključnih pokazatelja kojima se može mjeriti uspješnost reformi. Prvi pokazatelj, svakako dominantan unutar okvira javne (prije svega političke) disku-

¹¹ Osnovica za naknadu čini prosječni iznos plaće koja je osiguraniku isplaćena u posljednjih šest mjeseci prije mjeseca u kojem je nastupio slučaj na osnovi kojeg se stječe pravo na naknadu.

sije o zdravstvu, jest pokazatelj zdravstvenih troškova. Kako je u pripremama za reformu 2006. godine upravo ovaj pokazatelj istican kao jedan od ključnih razloga, onda se svakako može zaključiti da su svi dotadašnji reformski pokušaji u tom pogledu bili neuspješni. Drugi pokazatelj su uobičajeni pokazatelji zdravstvenog stanja stanovništva i uopće učinkovitost zdravstvenog sustava prema međunarodno utvrđenim mjerilima. U tom pogledu, o čemu će se kasnije nešto više reći, u javnim raspravama i političkim dokumentima prevladavaju dva doduše suprotna, a zapravo komplementarna, stajališta. Jedan govori o relativno povoljnim zdravstvenim pokazateljima (očekivano trajanje života, mortalitet dojenčadi i sl.) koji Hrvatsku svrstavaju u zemlje s visokom razinom zdravstvenog blagostanja, dok drugi govori o nizu problema funkcioniranja zdravstvenog sustava i općem nezadovoljstvu građana pristupačnošću sustava. Suočena s takvim problemima, i takvim »javnim imidžom« zdravstva, reforma iz 2006. godine ponovno je pokušala osmisliti cjelovitu viziju zdravstva, ali i promptno riješiti njegove najakutnije financijske probleme.

Ključan dokument ovog razdoblja jest »Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006.-2011.« usvojena u Hrvatskom saboru u lipnju 2006. godine (Nacionalna strategija, 2006.). Ona polazi od konstatacije da je prema klasifikaciji Svjetske zdravstvene organizacije, a temeljem pokazatelja smrtnosti djece i odraslih, Hrvatska svrstana u najprestižniju A skupinu zemalja s vrlo malom smrtnošću djece i odraslih. S druge strane, priznaju se i mnogi problemi sustava, kao što su teritorijalna neujednačenost kapaciteta sekundarne zdravstvene zaštite, koncentracija specijalističko-konzilijarnih usluga unutar ustanova tercijarne zaštite, a koje su pak pretjerano skoncentrirane u glavnom gradu, nepostojanje kategorizacije bolnica, daljnja redukcija uloge primarne

zdravstvene zaštite i daljnje smanjenje broja preventivnih pregleda i sl. Velika je pozornost u Strategiji posvećena financijskim pokazateljima zdravstva te ona tvrdi da Hrvatska troši relativno veliki dio BDP-a za zdravstvo, ali i da je struktura potrošnje neodgovarajuća jer Hrvatska troši previše javnoga novca, a premalo privatnoga. Doduše, informacije o tome su u Strategiji vrlo neprecizne jer se govori o različitim procjenama Svjetske banke i SZO-a o tome koliko se u Hrvatskoj financira iz privatnih izvora. Usprkos već poduzetim mjerama financijske stabilizacije sustava, a koje uključuju i promjenu načina plaćanja zdravstvenih usluga (uvedeno tzv. plaćanje za uslugu od 2004. te plaćanje po terapijskom postupku od 2005.), neadekvatna struktura javno-privatne potrošnje bila je jedan od glavnih razloga poduzetih promjena, odnosno jedan od ključnih previđenih načina smanjivanja javne potrošnje za zdravstvo.

No, Strategija predviđa i niz drugih mjera koje ponovno smjeraju temeljitom poboljšavanju zdravstvenog sustava. One uključuju detaljno obrazložene mjere za povećanje teritorijalne, vremenske i ekonomske pristupačnosti zdravstvenih usluga, pravičnosti i jednakosti pri njihovom korištenju, učinkovitosti zdravstva, poboljšanja kvalitete medicinskog rada, sigurnosti pacijenata i zdravstvenih radnika te solidarnosti. Jedan od glavnih načela je uspostava integrirane zdravstvene zaštite, a što uključuje jačanje primarne zdravstvene zaštite kao osnovnog elementa integrirane skrbi i uspostava učinkovite kontrole nad korištenjem sekundarnih i tercijarnih kapaciteta i općom potrošnjom zdravstva te rješavanje do 80% medicinskih slučajeva u primarnoj zdravstvenoj skrbi. Evaluacija provedbe ovih mjera bit će moguća tek za nekoliko godina (čime se ne negira činjenica da se neke mjere već poduzimaju, kao što je uvođenje transparentnih lista čekanja ili planovi kategorizacije bolnica),

ali valja upozoriti na velike poteškoće, čak i ako postoji politička volja.¹²

Usprkos ovakvom sveobuhvatnom reformskom planu, promjene u financiranju zdravstva u javnosti su shvaćene kao ključni razlog zakonskih izmjena, a što je ponajviše došlo do izražaja uvođenjem dviju lista lijekova, osnovne tj. besplatne za osiguranike, na kojoj se većinom nalaze generički lijekovi¹³ te one koje zahtijevaju participaciju osiguranika.

HRVATSKI ZDRAVSTVENI SUSTAV DANAS

Organizacija zdravstvenog sustava i prava iz zdravstvenog osiguranja

Premda je organizacija zdravstvenog sustava već dijelom ocrtana kroz dosadašnji opis reformi, ona će ovdje biti kratko sažeta.

Temeljem Zakona o zdravstvenoj zaštiti te njegovih izmjena i dopuna iz 2006. godine (NN, 121/03, 48/05, 85/06) zdravstvena je zaštita definirana kao sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju. Ona je organizirana na tri osnovne razine:

- primarnoj
- sekundarnoj
- terciarnoj

te na razini zdravstvenih zavoda.

Na **primarnoj razini** obavlja se: praćenje zdravstvenog stanja stanovnika i predlaganje mjera za zaštitu i unaprjeđenje zdravlja stanovnika, sprječavanje i otkrivanje bolesti, kao i liječenje i rehabilitacija bolesnika, specifična preventivna zdravstvena zaštita djece i mladeži, zdravstvena zaštita žena, preventivna zdravstvena zaštita rizičnih skupina i ostalih stanovnika u skladu s programima preventivne zdravstvene zaštite, savjetovanje, zdravstveno prosvjeđivanje i promicanje zdravlja radi njegovog očuvanja i unaprjeđenja, higijensko-epidemiološka zaštita, sprječavanje, otkrivanje i liječenje bolesti zubi i usta s rehabilitacijom, zdravstvena rehabilitacija djece i mladeži s poremećajima u tjelesnom i duševnom razvoju, patronažni posjeti, zdravstvena njega i liječenje u kući, medicina rada, hitna medicinska pomoć, palijativna skrb te zaštita mentalnoga zdravlja. Ustanove na primarnoj razini su dom zdravlja, ustanova za hitnu medicinsku pomoć, ustanova za zdravstvenu njegu, ljekarnička ustanova i ustanova za palijativnu skrb. Sve su te ustanove u vlasništvu županija premda, primjerice, unutar domova zdravlja djeluje niz liječnika koji zbog prethodno opisanog procesa privatizacije imaju svoje ordinacije u zakupu. U 2003. godini bilo je u Hrvatskoj 69 domova zdravlja te 6 598 jedinica privatne prakse (ordinacija, laboratorija, ljekarni) (HZJZ, 2004.). Od toga je bilo 2 827 ordinacija liječnika, od kojih 2 088 (ili 73%) ordinacija u zakupu. Stomatoloških ordinacija privatne prakse

¹² Na to jasno upozorava Slaven Letica u svojoj analizi tadašnjeg prijedloga strategije kada kaže da su inicijatori i autori reforme podcijenili negativne predodžbe javnosti o motivima, krajnjoj svrsi te vjerojatnim učincima reforme, odnosno činjenicu da je neformalni savez »antireformskih snaga« vrlo brojna, dobro organizirana i medijski vrlo utjecajna. Prema Leticu, njega čine: 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. S druge strane, krhki (ne)formalni savez »reformskih snaga« čine resorno ministarstvo, vodstvo HZZO-a, Vlada RH, MMF, SB i, eventualno, poslovno-poduzetnički sloj koji može pronaći poslovni interes u smanjenju zdravstvene potrošnje (Letica, 2006.).

¹³ Generički je lijek na dijagnostičko-terapeutskoj razini potpuno istovjetan originalu, ali njegov proizvođač ne mora prilikom registracije proizvodnje lijeka ponavljati pretklinička i klinička ispitivanja, a što je prethodno proveo proizvođač originalnog lijeka. Do proizvodnje generičkog lijeka dolazi nakon isteka patenta za originalan lijek.

i ordinacija viših zubara bilo je 2 400, od kojih je 1 146 (ili 47%) u zakupu.

Zdravstvena djelatnost na **sekundarnoj razini** obuhvaća specijalističko-konzilijarnu i bolničku djelatnost. Ustanove na sekundarnoj razini obuhvaćaju poliklinike, bolnice i lječilišta, a one su također u vlasništvu županija.

Ustanove na **tercijarnoj razini** (kliničke ustanove) u vlasništvu su države, a pružaju najsofisticiranije oblike zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti te provode znanstveno-istraživački rad i nastavu.

Djelatnost **zdravstvenih zavoda** dio je zdravstvene djelatnosti koja se obavlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene djelatnosti. Na razini državnih zdravstvenih zavoda ona obuhvaća javnozdravstvenu djelatnost, djelatnost medicine rada, djelatnost transfuzijske medicine i djelatnost zaštite mentalnog zdravlja, a na razini zdravstvenih zavoda jedinica područne (regionalne) samouprave ona obuhvaća javnozdravstvenu djelatnost.

U sustavu zdravstva je krajem 2003. godine bilo stalno zaposleno 66 286 djelatnika, od čega zdravstvenih djelatnika srednje stručne spreme 37,3%, administrativno-tehničkih djelatnika 27,2%, liječnika 16,3%, zdravstvenih djelatnika više stručne spreme 9,3%, stomatologa 4,6%, farmaceuta 3,5%, zdravstvenih suradnika više stručne spreme 1% (psiholozi, defektolozi, socijalni radnici...) te zdravstvenih djelatnika niže stručne spreme 0,6%. Povrh toga, u sustavu je zaposleno čak 7 050 zdravstvenih djelatnika i suradnika na određeno vrijeme. S obzirom na tip vlasništva, većina doktora medicine radi u zdravstvenim ustanovama u državnom vlasništvu. Od 10 820 stalno zaposlenih doktora medicine 70,9% radi u ustanovama u vlasništvu države, županije i Grada Zagreba, 2,9% u privatnim zdravstvenim ustanovama, a 26,1% u ordinacijama privatne prakse (od čega 73%

u ordinacijama u zakupu, što znači u principu u polu-državnom vlasništvu jer njihovo poslovanje pružanja usluga osiguranom stanovništvu određuje HZZO) (HZJZ, 2004.). Kao što pokazuje tablica 4., u Hrvatskoj ima 2,38 liječnika na 1 000 stanovnika 2002. godine, što je niže nego u zemljama EU (npr. u Češkoj 3,87, Njemačkoj 3,33), ali ne i u Sloveniji (2,27). Najveći je, pak, manjak medicinskih sestara kojih ima gotovo 60% manje nego što su to standardi EU. Broj kreveta u stacionarnim zdravstvenim ustanovama smanjio se s 7,4 na 1 000 stanovnika 1990. godine na 5,67 2002. godine što je nešto niže od prosjeka EU (tablica 4.). Veći problem predstavlja teritorijalna pokrivenost bolnicama, jer postoje velika područja gdje je udaljenost od prve bolnice veća od maksimalno poželjnih 40 km zračne linije do najbliže bolnice. U tom su pogledu u najnepovoljnijem položaju Splitsko-dalmatinska i Dubrovačka-neretvanska, a potom i Istarska, Primorsko-goranska, Ličko-senjska i Vukovarsko-srijemska županija.

Tablica 4.

Udio liječnika, stomatologa i bolesničkih kreveta u Hrvatskoj i odabranim europskim zemljama na 1 000 stanovnika 2002. godine

Zemlja	Liječnici	Stomatolozi	Kreveti
Austrija	3,32	4,92	8,45
Češka R.	3,87	6,56	8,72
Francuska	-	-	8,09
Grčka	4,54**	1,17**	4,87*
Hrvatska	2,38	6,82	5,67
Italija	-	-	4,44
Mađarska	3,18	4,76	7,83
Njemačka	3,33	7,46	8,87
Poljska	2,28	2,79	7,09
Slovenija	2,27	6,01	5,08
Švedska	3,26	8,16	3,58*
UK	2,08	4,46	3,96
EU-25			6,39
EU-15			6,11

* 2000., **2001.

Izvor: Eurostat (2006.).

Novi Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju iz srpnja 2006. godine (NN, 85/06) zdravstveno osiguranje definira kao obvezno (koje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje) te dobrovoljno (koje se definira posebnim propisima). Zakon definira pojedine kategorije osoba koje su obuhvaćene zdravstvenim osiguranjem, a riječ je o osobama koje plaćaju zdravstveno osiguranje temeljem svoga rada te ostalim osobama, kao što su članovi obitelji osiguranika putem rada, osobe na školovanju, osobe prijavljene na zavodima za zapošljavanje itd. Zapravo, obveznim osiguranjem je obuhvaćeno gotovo cjelokupno stanovništvo, što se vidi i iz podatka da je oko 97% stanovništva pokriveno osiguranjem, pri čemu je neosiguranost u većem dijelu posljedica nepoštivanja rokova za prijavljivanje HZZO-u, u što se ubrajaju i osobe na privremenom radu izvan zemlje koje nisu regulirale svoj status u Hrvatskoj.

Prava iz zdravstvenog osiguranja obuhvaćaju:

- pravo na zdravstvenu zaštitu
- prava na novčane naknade.

Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaća pravo na:

1. primarnu zdravstvenu zaštitu
2. specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu
3. bolničku zdravstvenu zaštitu
4. pravo na korištenje lijekova koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda
5. pravo na stomatološko-protetsku pomoć i stomatološko-protetske nadomjestke
6. pravo na ortopedska i druga pomagala
7. pravo na zdravstvenu zaštitu u inozemstvu.

Zakonom se pri tome definira koji se dijelovi zdravstvene zaštite za osiguranike pokrivaju u cijelosti, a koji djelomično, i to u 85%, 75%, 70% i 50% cijene. Ova

posljednja kategorija obuhvaća, primjerice, stomatološku zdravstvenu zaštitu u mobilnoj i fiksnoj protetici odraslih osoba. Obvezno osiguranje u potpunosti pokriva lijekove na osnovnoj listi, dok dopunska lista uključuje i iznos doplate za pojedine lijekove. Suplaćanja zdravstvene zaštite oslobođeni su:

- djeca do 18. godine života
- osobe s invaliditetom i druge osobe kojima se priznaje pomoć druge osobe u obavljanju većine ili svih životnih funkcija prema posebnim propisima
- osobe koje imaju najmanje 80% tjelesnog oštećenja prema propisima o mirovinskom osiguranju, odnosno prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata i članova njihovih obitelji ili prema drugom posebnom zakonu kao i tjelesno hendikepirane osobe
- dobrovoljni davatelji krvi s preko 35 davanja (muškarci), odnosno s preko 25 davanja (žene)
- osobe čiji prihod po članu obitelji u pojedinoj kalendarskoj godini ne prelazi utvrđeni iznos (tj. ako ukupan prihod po članu obitelji mjesečno ne prelazi 45,59% proračunske osnovice, za umirovljenike samce 58,31%).

Ova posljednja kategorija izazvala je najviše pozornosti u javnosti prilikom donošenja Zakona jer se postavljalo pitanje u kojoj će mjeri nove odredbe o suplaćanju negativno utjecati na dostupnost zdravstvene zaštite za siromašnije građane. Pri tome je važno napomenuti da je ovdje riječ o ukupnim primanjima, premda još ostaje nejasno kojim će se postupkom ti ukupni prihodi utvrđivati. Buduća zdravstvena politika svakako će morati pratiti utjecaj suplaćanja ne samo na one građane koji bi po ovoj osnovici trebali biti oslobođeni, nego i na one koji neće biti oslobođeni, a čiji prihodi teško mogu pokrivati veće iznose plaćanja. Zakonom je uvedena i po-

sebna administrativna pristojba u iznosu ne manjem od 5 kuna, odnosno najviše do 30 kuna mjesečno, koju plaćaju sve osobe prilikom korištenja zdravstvene zaštite, osim djece do 18 godina života i invalidi s oštećenjem organizma od najmanje 80%.

Pravo na novčane naknade obuhvaća:

- naknadu plaće za vrijeme privremene nesposobnosti, odnosno spriječenosti za rad zbog korištenja zdravstvene zaštite (bolovanje) ili novčana naknada zbog nemogućnosti obavljanja poslova na temelju kojih se ostvaruju drugi primici
- naknadu troškova prijevoza u svezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja.¹⁴

Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (NN, 85/06) definira **dobrovoljno zdravstveno osiguranje** kao:

- dopunsko
- dodatno
- privatno.

Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se pokriva dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Dodatnim osiguranjem osigurava se viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard propisan obveznim zdravstvenim osiguranjem te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Privatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj.

U ovom je kontekstu još potrebno spomenuti i Zakon o zaštiti prava pacijenata (NN, 169/04) kojim se po prvi put reguliraju prava pacijenata. To je svakako veliki i pozitivan iskorak u hrvatskom zdravstvenom sustavu usprkos mnogobrojnim kritikama o deklarativnosti Zakona – zasigurno će biti dugi put od zakonskog jamčenja nekih prava do njihove realizacije u stvarnosti.¹⁵

Financiranje zdravstvenog sustava i njegovi troškovi

Pregled zdravstvenih reformi već je pokazao da su problemi financiranja sustava, odnosno njegovi teško kontrolabilni troškovi jedan od glavnih pokretača zdravstvenih reformi koje, s druge strane, do sada nisu uspijevale, osim privremeno, zaustaviti rast troškova te učinkovito pratiti tijek kolanja novca unutar sustava. Pri tome je jasno da su troškovni pritisci vrlo snažni i da je većim dijelom teško na njih utjecati, kao uostalom i u mnogim drugim zemljama svijeta. Riječ je o starenju stanovništva te povećanim očekivanjima od zdravstvenog sustava povezanima sa sve skupljim dijagnostičkim i kurativnim tretmanima. No, s druge strane, dosad nije uopće povedena javna i transparentna rasprava o tome koja je razina zdravstvene zaštite koju je moguće priuštiti hrvatskim građanima te na koji način ravnomjerno raspodijeliti te mogućnosti.

Financiranje zdravstvenog sustava u najvećoj se mjeri (odnosno oko 80%) temelji na uplaćenim doprinosima osiguranika, što Hrvatsku ubraja u krug zemalja koje pripadaju bismarckovskom modelu, odnosno modelu zdravstvenog osiguranja.

¹⁴ Iz ovoga je vidljivo da se iz zdravstvenog osiguranja više ne financiraju oprema novorođenog djeteta te nadoknada za pogrebne troškove.

¹⁵ Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata upozorava, s druge strane, da navedeni Zakon ne sadrži osnovne elemente potrebne za zaštitu prava pacijenata na partnerskim osnovama. Usp. <http://www.pravapacijenata.hr/>.

Stopa doprinosa obračunava se na plaću i iznosi 15%. Zanimljivo jest da je isti iznos stope iznosio i početkom 90-ih, ali se tada dijelio između radnika i poslodavaca, tj. obračunavao se iz plaće i na plaću. Kasnijih godina dolazi do povišavanja stope (primjerice na 18% 1998. godine), a onda ponovno njenog snižavanja (deklarativno, zbog potrebe snižavanja troškova rada) te preraspodjele doprinosa (pri čemu se doprinosi za mirovinsko osiguranje obračunavaju iz plaće, a doprinosi za zdravstvo i zapošljavanje na plaću). Također, od 2002. godine doprinose više ne prikuplja autonomno HZZO, već se oni prikupljaju putem državnog proračuna i potom prosljeđuju u HZZO, što dijelom mijenja izvorni karakter autonomnog sustava socijalnog osiguranja.

Preostali dio zdravstvene zaštite financira se poreznim prihodima iz državnog proračuna ili županijskog proračuna te dobrovoljnim osiguranjem, donacijama i izravnim plaćanjem pacijenata. Sredstvima iz državnog proračuna financira se, primjerice, korištenje dodatnog porodnog

dopusta, mjere povećane zdravstvene skrbi za osobe starije od 65 godina te djecu do 18 godina života, hitnu medicinsku pomoć na državnim cestama, zdravstveno prosvjećivanje i sl.

Plaćanje zdravstvene zaštite u primarnoj zdravstvenoj zaštiti obavlja se putem glavarine, a od 2004. godine uveden je i mehanizam plaćanja prema usluzi, najprije za preventivne programe, a potom i za kurativu. Od 2005. godine uveden je i mehanizam plaćanja po terapijskom postupku (ili tzv. sustav dijagnostičkih skupina).¹⁶ Bolničke zdravstvene ustanove financiraju se putem mjesečnih proračuna-limita koji ustanove pravdaju ispostavljenim računima za izvršeni rad. I ovdje je uz definiranje ukupnog proračuna, bolnička zdravstvena zaštita plaćena i mehanizmima plaćanja prema usluzi te plaćanja po terapijskom postupku. Kapitalne se investicije financiraju sredstvima HZZO-a, ministarstva, decentraliziranih sredstva kojima raspolažu regionalna i lokalna samouprava te putem donacija.

Osnovni podaci o **troškovima sustava** prikazani su u tablici 5. i grafikonu 1.:

Tablica 5.¹⁷
Financijski pokazatelji zdravstvenog sustava, %

	1998.	1999.	2000.	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.
Ukupni zdravstveni troškovi ¹⁸	9,4	10,0	11,2	9,6	8,6	8,2	8,3	7,9
Izdaci HZZO-a u postotku od BDP-a	8,4	9,0	9,8	8,4	7,4	7,2	7,2	6,8
Izdaci HZZO-a u postotku od BDP-a (bez naknada za bolovanje i porodne dopuste)	6,6	7,2	7,6	6,8	5,7	6,0	6,1	5,9
Privatni zdravstveni izdaci u postotku od BDP-a (podaci ankete o potrošnji kućanstva)	1,0	1,0	1,3	1,1	1,2	1,1	1,2	1,1
Udio privatnih u ukupnim zdravstvenim izdacima	13,2	13,1	14,7	14,4	17,6	15,0	16,0	15,6

Izvor: Statistički ljetopis, razna izdanja. Poglavlja o stanovništvu, zdravstvenom osiguranju osobnoj potrošnji.

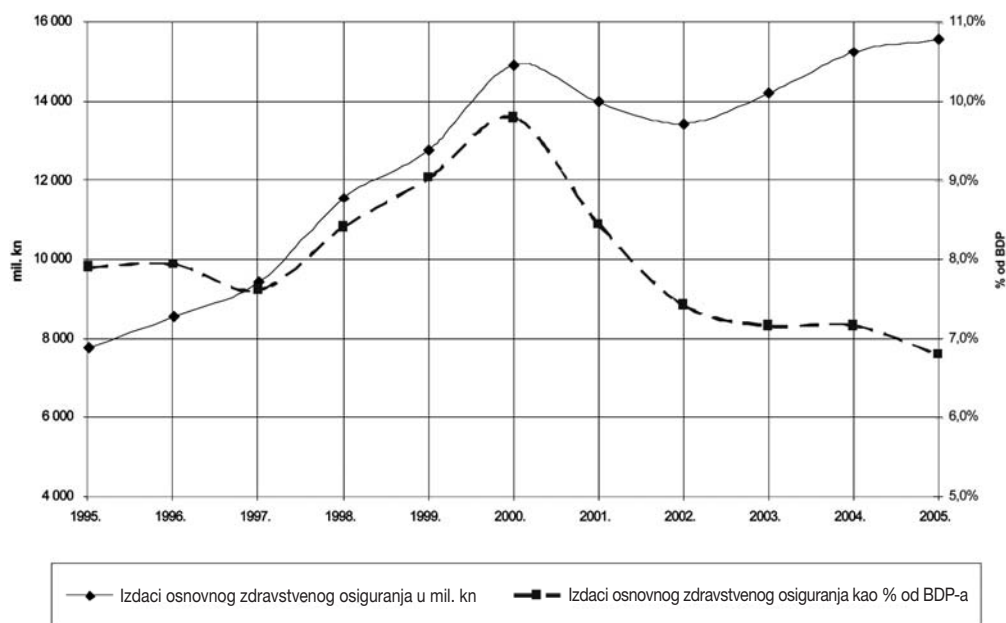
¹⁶ Objašnjenje navedenih vrsta plaćanja moguće je pronaći u »Pojmovniku socijalne politike«, objavljenom u: Puljiz i sur. (2005.).

¹⁷ Tablica 5. te grafikonu 1. i 2. djelomično su preuzeti iz rada Matković, Zrinščak (2006.). Razlike u iznosu udjela u BDP-u između ove tablice i tablice iz navedenog rada proizlaze iz činjenice da je u međuvremenu službeno korigiran (povećan) iznos BDP-a za godine 2002.-2004., a što je rezultiralo i nešto manjim udjelom zdravstvenih troškova u BDP-u. Također, ovdje su dodani podaci za 2005. godinu.

¹⁸ U ovoj tablici nisu prikazani troškovi lokalne (regionalne) samouprave koji, međutim, prema procjeni Vlade RH iznose samo 0,1% BDP-a (Nacionalna strategija, 2006.).

Grafikon 1.

Kretanje apsolutnih (lijeva os) i relativnih (desna os) troškova osnovnog zdravstvenog osiguranja 1995.-2005.



Izvor: Statistički ljetopis, razna izdanja. Poglavlja o bruto domaćem proizvodu i zdravstvenom osiguranju. Podaci HNB-a o bruto domaćem proizvodu.

Tablica ponajprije pokazuje da su troškovi dosegli alarmantne razmjere 2000. godine, ali i da nakon toga dolazi do njihovog značajnijeg pada, što je dijelom rezultat činjenice bržega rasta BDP-a posljednjih godina u odnosu na rast troškova zdravstvene zaštite, ali vjerojatno i zbog konstantnog udjela neplaćenih obveza zdravstvenih ustanova te poteškoća u osiguranju zajamčenih prava osiguranicima (npr. nedostatak lijekova ili dugo čekanje na terapiju). Dio smanjenih troškova (oko 7 promila)

posljedica je i smanjivanja prava na porodni dopust u razdoblju od 2001. do 2003. godine, a potom prenošenja tih izdataka (sada u ponovno povećanom iznosu) na Ministarstvo obitelji, branitelja i međugeneracijske solidarnosti. O svemu tome govore i podaci prikazani u grafikonu 1. Podaci u tablici također sugeriraju da privatni troškovi iznose oko 1,2% BDP-a, odnosno oko 16% u strukturi ukupnih zdravstvenih izdataka, što se ne razlikuje osobito od niza zemalja kontinentalne Europe.¹⁹ No, kod pitanja pri-

¹⁹ Suprotno konstatira Mihaljek koji navodi skupan podatak za EU-15 i EU-25 iz kojeg proizlazi da u prvoj skupini privatna potrošnja iznosi 25,4%, a u drugoj 27% ukupnih troškova (Mihaljek, 2006.). No, činjenica jest da prosjek krije mnoge razlike, jer udio privatnih troškova iznosi od oko 11% do oko 30%. U kontinentalnim europskim zemljama, kao što su Njemačka, Francuska i Italija udio javnih u ukupnim troškovima iznosi od 75% do 79%. Dakle, Hrvatska izdvaja nešto više iz javnih izvora, ali razlika nije tako velika a, primjerice, Češka Republika ima 89,8% javnih troškova, a Slovačka 88,3%. Podaci o javnim i privatnim troškovima posječeni 27.12.2006. na mrežnoj stranici OECD-a: <http://www.ecosante.org/index2.php?base=OCDE&langh=ENG&langs=ENG&sessionid=>

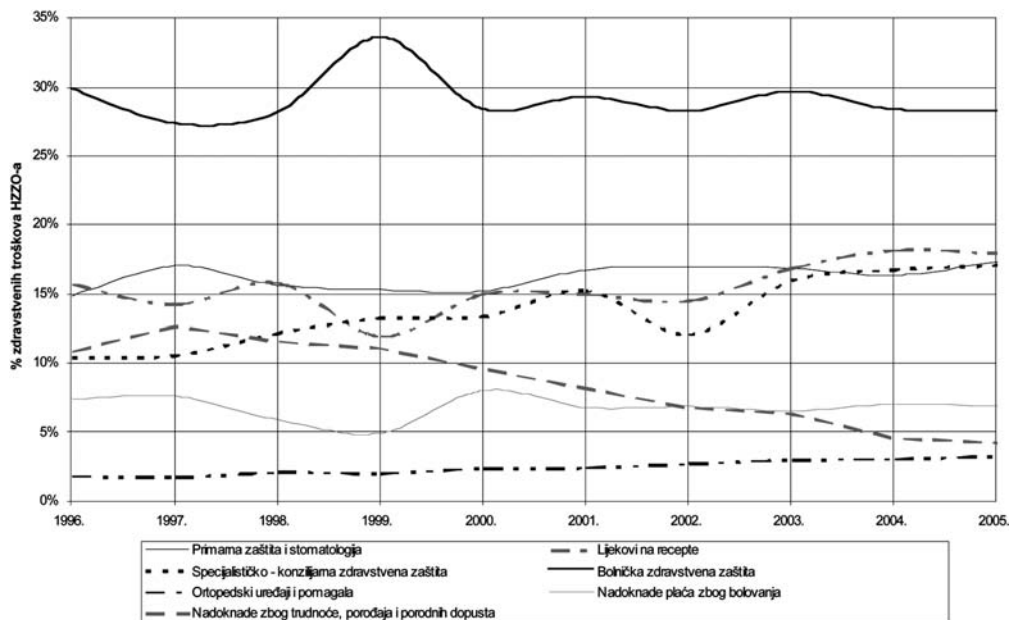
vatnih zdravstvenih troškova valja upozoriti na dvije okolnosti. Prvo, niz dokumenata Svjetske banke te Vlade RH govore o procijenjenoj privatnoj potrošnji koja iznosi 2% BDP-a, premda je privatnu potrošnju najbolje procjenjivati temeljem podataka o potrošnji kućanstava, a oni govore o najviše 1,3% BDP-a 2000. godine. Nažalost, dokumenti su često vrlo neprecizni pa se, kao što je već napomenuto, u Nacionalnoj strategiji zdravstva 2006.-2011. govori i o 2% privatnih troškova i o 1% (kada treba opravdati povećanje privatnih izdvajanja).²⁰ Treba imati na umu i činjenicu apsolutnog rasta privatnih troškova usporedo s porastom BDP-a, premda se relativni udio ne mijenja: privatni su troškovi 1998. godine iznosili 1 372 milijuna kuna, a 2004. go-

dine 2 488 milijuna kuna. Drugo, privatna potrošnja uključuje djelomično (odnosno samo u mjeri u kojoj građani u anketi zaista i prijavljuju takva izdvajanja) i različite oblike neformalnog plaćanja. Istraživanja koja fokusiraju taj dio troškova relativno su rijetka, no studija iz 1994. godine kazuje da je 14% ispitanih trošilo za darove za medicinsko osoblje, a 8% je izravno dodatno plaćalo za medicinske usluge (Mastilica, Božikov, 1999.; Mastilica, Kušec, 2005.).

Struktura troškova prikazana u grafikonu 2. govori da je najveći udio troškova bolničke zaštite, a potom slijede troškovi lijekova na recept, specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite te primarne zaštite i stomatologije. Ovdje posebno treba ukazati na nizak udio troškova primarne

Grafikon 2.

Struktura javnih zdravstvenih izdataka (ukupni izdaci HZZO=100%)



Izvor: Statistički ljetopis, razna izdanja. Poglavlje o zdravstvenom osiguranju.

²⁰ Ovdje je zanimljivo primijetiti da su u posljednjem izvješću Svjetske zdravstvene organizacije objavljeni podaci, a koji su najbliži ovdje iznesenim podacima. Prema njima Hrvatska je za zdravstvo ukupno trošila 7,8% BDP-a, od čega su 83,6% bili javni, a 16,4% privatni troškovi, ili 1,27% BDP-a. Usp. WHO (2006.).

zdravstvene zaštite. U tom smislu i Nacionalna strategija zdravstva jasno upozorava da se smanjuje profesionalna kompetentnost timova primarne zdravstvene zaštite jer stalno raste korištenje polikliničko-specijalističke zaštite pa se u pojedinim razdobljima (u razmaku od pet godina) broj upućivanja osiguranih osoba na obavljanje postupaka iz specijalističko-konzilijarne zaštite od liječnika primarne zdravstvene zaštite uvećao za 30%. Istodobno, smanjuje se broj preventivnih usluga što je u izrazitoj opreci s klasičnim poimanjem statusa i uloge primarne zdravstvene zaštite u sustavu zdravstva, jer bi primarna zdravstvena zaštita morala rješavati glavninu zdravstvenih problema (70 – 80 %).

Premda ne čine najveći udio troškova ovdje valja ukratko upozoriti i na troškove lijekova te nadoknade plaće zbog bolovanja. Naime, potrošnja lijekova prema broju recepata po osiguraniku od 1998. godine do 2005. godine pokazuje da je ukupno i po osiguraniku broj recepata u porastu s time da od 1999. do 2002. zadržava istu razinu, dok je od 2003. u porastu i ukupno i po osiguraniku. Na to je vjerojatno utjecala i činjenica da je od 1. travnja 2004. godine povećan standard od 5 na 8 recepata godišnje po osiguraniku (HZZO, 2006.). Također, dnevno s posla na razini Hrvatske izostaje 3,72% zaposlenih osoba, odnosno na razini Hrvatske svaki aktivno zaposlen izostaje s posla preko dva radna tjedna godišnje. Četvrto europsko istraživanje radnih uvjeta u Europi iz 2005. godine (po prvi puta provedeno u Hrvatskoj) kazuje da po odsustvu s posla Hrvati drže neslavno prvo mjesto u Europi. Prema tom istraživanju svaki radnik u Hrvatskoj u prosjeku izostane zbog bolesti s posla nešto više od devet dana godišnje, dok je taj broj u Rumunjskoj samo dva dana. Prosjek za EU 27 iznosi

oko četiri i pol dana (European Foundation..., 2007.).

Stanje zdravlja i pokazatelji uspješnosti zdravstvenog sustava

Nacionalna strategija zdravstva s pravom ističe visoku razinu stanja zdravlja jer je prema smrtnosti djece i odraslih Svjetska zdravstvena organizacija Hrvatsku svrstala u najprestižniju A skupinu u kojoj se nalazi ukupno 35 zemalja svijeta, a od tranzicijskih uz Hrvatsku samo još Češka Republika i Slovenija. Riječ je o pokazateljima vrlo niske smrtnosti djece i niske smrtnosti odraslih. To potvrđuje i tablica 6. koja u zadnja dva stupca donosi pokazatelje smrtnosti djece te očekivanog trajanja života u trenutku rođenja. Prema tim podacima Hrvatska zaostaje za zemljama EU 15 te Češkom i Slovenijom, ali bilježi bolje pokazatelje od Mađarske i Poljske te drugih zemalja bivše Jugoslavije.

Ključni zdravstveni pokazatelji svakako su mjerilo funkcioniranja zdravstvenog sustava. No, zdravstveni se sustavi moraju mjeriti i temeljem niza drugih pokazatelja. Jedan od pokušaja takvoga vrednovanja jest »Izvješće o zdravstvu Svjetske zdravstvene organizacije« iz 2000. godine (WHO, 2000.). Temeljem vrlo sofisticirane analize izvedene u Izvješću u ovom se radu navode samo dva pokazatelja (tablica 6.). Prvi rangira zemlje prema očekivanom trajanju života u punom zdravlju, dakle bez bolesti, a temeljem tog pokazatelja Hrvatska se nalazi na 38. mjestu u svijetu.²¹ Drugi rangira zemlje prema ukupnom postignuću zdravstvenog sustava, a koji se temelji na nizu pokazatelja, npr. stupanj odgovora na zdravstvene potrebe (posebice siromašnih, žena, starijih i manjina), pravičnost u raspodjeli financiranja zdravstva itd. Prema

²¹ Riječ je o tzv. DALE pokazatelju – *disability adjusted life expectancy*.

tom pokazatelju Hrvatska je na 43. mjestu u svijetu, a tablica jasno sugerira njeno mjesto u odnosu na druge zemlje s kojima se ona može uspoređivati. Premda ukupnim mjestom Hrvatska može biti relativno zadovoljna (iako je jasno da treba još puno kako bi se dostigle zemlje koje su nam uzor), valja primijetiti da je prema nekim pokazateljima koji se ovdje posebno ne raspravljaju (npr. pravičnost u teretu financiranja) Hrvatska dosta lošije rangirana.

Posebno je zabrinjavajući trend porasta smrtnosti od ishemične bolesti srca, jer Hrvatska 2003. ima dobno standardiziranu stopu smrtnosti čak za 76,7% višu od prosjeka EU 15 (Nacionalna strategija, 2006.) premda se, kako pokazuje grafikon 3., Hrvatska ne razlikuje bitnije od novih EU zemalja, izuzev Slovenije. Stopa samoubojstva (28,8 na 100 000) bila je u Hrvatskoj 2002. viša nego u EU 25 (18,5) i EU 15 (16), iako su neke zemlje bilježile daleko

Tablica 6.

Osnovni zdravstveni pokazatelji i pokazatelji uspješnosti zdravstvenog sustava

Zemlja	Rang očekivanog trajanja života u punom zdravlju 1997.	Rang ukupnog postignuća zdravstvenog sustava 1997.	Mortalitet djece (do 5 godina života) 2004.	Očekivano trajanje života u trenutku rođenja 2004.
Austrija	17	9	5	79
Bosna i Hercegovina	56	90	15	73
Češka R.	35	48	5	76
Francuska	3	1	5	80
Grčka	7	14	5	79
Hrvatska	38	43	7	75
Italija	6	2	5	81
Mađarska	62	66	8	73
Makedonija	64	89	14	72
Njemačka	22	25	5	79
Poljska	45	50	8	75
Srbija i Crna Gora	46	106	15	73
Slovenija	34	38	4	77
Švedska	4	23	4	81
UK	14	18	6	79

Izvor: WHO (2000.) (prva dva stupca) i WHO (2006.) (zadnja dva stupca).

Hrvatski zdravstveni trendovi slični su mnogim drugim razvijenim zemljama. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku, u 2005. godini umrlo je 51 790 osoba čije je stalno prebivalište ili boravište bilo na području RH. Vodeći uzrok smrti je skupina cirkulacijskih bolesti, a potom slijede novotvorine. Tri četvrtine svih uzroka smrti je iz ove dvije skupine bolesti, a preostale smrti odnose se na bolesti dišnog sustava, ozljede i trovanja, probavne bolesti te druge manje zastupljene uzroke (HZJZ, 2005.).

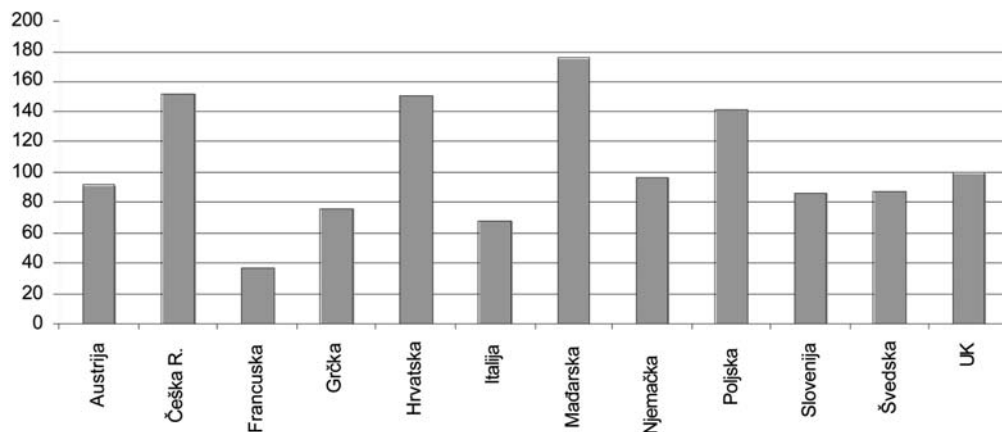
više stope samoubojstva (Litva, Mađarska, Estonija, Slovenija). Problem zdravstvene prevencije te nedovoljnoga zdravstvenog prosvjeđivanja očit je i iz sljedećih podataka. Rezultati istraživanja »Prvog hrvatskog projekta zdravstva« pokazuju da 27,7% osoba u dobi od 18 do 65 godina ima povišeni krvni tlak, puši 34,1% muškaraca i 26,6% žena, pretilost je zabilježena kod 31,1% muškaraca i 15,2% žena, a tjelesnom aktivnošću se bavi samo 17,1% muškaraca i 4,3% žena (Vlada RH, 2004.). Pitanje

prevencije osobito je aktualno kod mladog stanovništva, a vezano za pušenje, pijenje alkoholnih pića i uporabu droga. Podaci ESPAD istraživanja 2003. godine pokazuju da se mladi Hrvatske u pogledu rizičnoga ponašanja ne razlikuju bitno od mladih drugih europskih zemalja, ali: u Hrvatskoj se puši više od prosjeka ostalih zemalja, prema visokoj učestalosti pijenja Hrvatska je na osmom mjestu od ukupno 35 zemalja, trendovi učestalosti pijenja i uzimanja marihuane su u znatnom porastu u posljednjih nekoliko godina (HZJZ, 2003.).

građani često prisiljeni nelegalno plaćati usluge na koje bi trebali imati pravo u razumnom roku.²² Istraživanja govore i o tome da se perspektiva korisnika zdravstvenih usluga ne uzima u obzir prilikom provođenja reformi, a što je suprotno proklamiranoj politici Svjetske zdravstvene organizacije. U istraživanju provedenom 2000. godine ispitanici su u najvećoj mjeri (40,8%) izjavili da je zdravstveni sustav lošiji nakon provedenih reformi (Mastilica, Kušec, 2005.). Čak 47% ispitanika je tada bilo nezadovoljno bolničkom skrbi, 39%

Grafikon 3.

Dobno standardizirana stopa smrtnosti od ishemične bolesti srca na 100 000 stanovnika, 2002. godine



Izvor: WHO (2004.).

Naravno, stanje zdravlja i pokazatelje uspješnosti zdravstvenog sustava treba procjenjivati i iz drugih gledišta o čemu, nažalost, do nedavno i nije bilo puno dostupnih podataka i uvida. Probleme zdravstvenog sustava svakako ilustriraju i već prezentirani podaci o neformalnom plaćanju, a koji govori o tome da su

specijalističkom skrbi, a 34% zdravstvenim sustavom općenito.

Najviše trebaju zabrinjavati uočene nejednakosti u zdravstvu. Ispitanici nižega obrazovanja, nižih prihoda i nižega zaposleničkog statusa izjavljuju u većoj mjeri da imaju visoke ili vrlo visoke troškove za zdravstvo (Mastilica, Babić-Bo-

²² Zabrinjavajuća je i činjenica da je percepcija korupcije u zdravstvu vrlo visoka. Čak 79,7% ispitanika smatra da je korupcija u zdravstvu jako raširena ili raširena, a 73,6% smatra da su liječnici i ravnatelji bolnica jako ili dosta korumpirani (TI, 2005.).

sanac, 2002.). Istraživanje iz 2003. godine također je pokazalo da osobe s višim primanjima ocjenjuju svoje zdravstveno stanje daleko boljim nego osobe nižih primanja. Osobe koje su svoje zdravstveno stanje ocijenili lošim u daleko manjoj mjeri koriste specijalističke zdravstvene usluge u usporedbi s osobama koje su također svoje zdravlje ocijenili lošim, ali pripadaju skupini osoba s višim prihodima (Mastilica, Kušec, 2005.).

Sličnu sliku prezentira i UNDP-ovo istraživanje o kvaliteti života u Hrvatskoj provedeno 2006. godine (UNDP, 2006.). Temeljem subjektivne procjene zdravlja, više od trećine stanovnika Hrvatske (39,8%) ocjenjuje svoje zdravlje vrlo dobrim ili izvrsnim, a svaki deseti (13,2%) navodi kako je lošeg zdravlja. Žene, osobe s nižim primanjima kućanstva i nižim obrazovanjem, oni koji žive u ruralnim područjima te nezaposleni češće ocjenjuju svoje zdravlje kao loše te češće izjavljuju kako imaju neko dugotrajno oboljenje. Prosječna ocjena zadovoljstva vlastitim zdravstvenim stanjem koje iskazuju građani Hrvatske iznosi 6,8 (na skali od 1 do 10,

gdje 1 znači »vrlo nezadovoljan«, a 10 »vrlo zadovoljan«). Što se tiče čimbenika koji otežavaju pristup zdravstvenim uslugama (udaljenost, predugo čekanje na termin pregleda ili u samoj ordinaciji te troškovi posjete) dvije trećine stanovnika Hrvatske (66,6%) nije imalo poteškoća u pristupu zdravstvenim uslugama (tablica 7.). Ipak, svakom petom ispitaniku (20,3%) pristup zdravstvenim uslugama otežala su dva ili više čimbenika. Predugo čekanje na termin pregleda i troškovi posjete liječniku najčešće su prepreke pristupu zdravstvenim uslugama, a navodi ih oko petina hrvatskih građana, posebice žene, osobe starije životne dobi, oni s nižim stupnjem obrazovanja i nižim prihodom kućanstva, stanovnici ruralnih sredina te nezaposleni. Konačno, kvalitetu usluga zdravstvene skrbi građani procjenjuju osrednjom (ocjena 5,1 na ljestvici od 1 do 10), a svaki peti hrvatski građanin (21,1%) kvalitetu zdravstvenih službi ocjenjuje niskom. Zabrinjavajuća je činjenica da gotovo polovina stanovnika Hrvatske (43,1%) iskazuje nepovjerenje u sposobnost zdravstvenog sustava da im pomogne u slučaju potrebe.

Tablica 7.
Poteškoće u pristupu zdravstvenim uslugama²³

	Četiri južnoeuropske zemlje	Ostale EU-15 zemlje	Novo članice EU	Zemlje kandidatkinje	HR
Udaljenost	9	2	6	26	12
Odgoda	19	7	14	27	22
Čekanje	20	7	15	29	17
Troškovi	17	4	15	32	18

Izvor: European Foundation...(2004.) za sve zemlje i UNDP (2006.) za Hrvatsku.

²³ Četiri južnoeuropske zemlje (Italija, Grčka, Portugal i Španjolska) izdvojene su jer se one bitno razlikuju od ostalih EU zemalja po pitanju dostupnosti i zadovoljstvu javnosti kvalitetom zdravstvenih usluga. Zemlje kandidatkinje su 2003., kada se provodilo istraživanje, bile Bugarska, Rumunjska i Turska.

ZAKLJUČNA RAZMIŠLJANJA

Bez namjere da ponovno sažima najvažnije rezultate zaključno se može konstatirati da je ovaj prilog svakako pokazao važnost te kompleksnost zdravstvene politike Hrvatske. Ono što, međutim, ponovno valja istaknuti jesu okolnosti unutar kojih se oblikuje zdravstveni sustav. Razvidno je, naime, da je sustav bio i ostao podložan neprekinutom nizu reformskih zahvata, ali i da ostaje opterećen nizom proturječja i dilema. Reforme prolaze, problemi ostaju! Razlozi su višestruki. Oni su, ponajprije, povezani s suprotstavljenim i (često) nepromišljenim ključnim tendencijama – privatizacije te jake državne kontrole. Upravo je zato sustav ostao teško kontrolabilan, premrežen nizom parcijalnih interesa te su reforme bile nemoćne adresirati pitanja kolanja novca unutar sustava te pitanje jednake dostupnosti zdravstvene zaštite kao ključnih elemenata društvene valorizacije zdravstva. Stoga, ponajprije, ovaj rad poziva na nužnost javne i stručne rasprave o zdravstvu, te na daljnja istraživanja zdravstvenog sustava. Javna bi rasprava, ma koliko politički teška i izazovna bila, trebala jasnije reći koliko tko i zašto mora plaćati za zdravstvo. Izdvaja li, zaista, Hrvatska previše iz javnih izvora i treba li, zaista, i na koji način unijeti više tržišta u zdravstveni sustav?²⁴ Koliko usluga možemo očekivati temeljem ukupnih društvenih ili parcijalnih privatnih mogućnosti? Kako promijeniti nepovoljne odnose između različitih razina zdravstvene zaštite? Istraživanja moraju pokazati koja je dostupnost zdravstvenih usluga za pojedine skupine stanovništva te u pojedinim

hrvatskim regijama itd. Time se, ponovno valja naglasiti, ne dovodi u pitanje potreba prilagodbe zdravstvenog sustava novim društvenim i ekonomskim okolnostima, ali se naglašava oprez u nastojanjima desocijalizacije zdravstva, odnosno uvođenju tržišnih elemenata.

Potrebno je, međutim, znati da ni druge zemlje (u kojima su javne i stručne rasprave uobičajenije i učinkovitije u utjecaju na državnu politiku te u kojima ima daleko više relevantnih istraživanja)²⁵ često ne uspijevaju, ili uspijevaju djelomično, riješiti niz dilema javne zdravstvene politike. Kao što je već navedeno, troškovni su pritisci u zdravstvu dugoročni i vrlo opasni, jer su povezani sa sve većim mogućnostima i očekivanjima od zdravstvene zaštite te s nepovoljnim demografskim procesima (jer su stariji ljudi najveći potrošači zdravstvenih usluga). Tranzicijske nedaće povezano su tako s nizom izazova suvremenoga društvenog razvoja. U tom se smislu, pitanja i dileme zdravstvene politike neće smanjivati, već samo povećavati i usložnjavati.

LITERATURA

- Council of Europe (2005). *Recent demographic development in Europe 2004*. Council of Europe Publishing. Posjećeno 10.9.2006. na mrežnoj stranici: http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/population/Demo2004EN.pdf
- European Commission (2006). *Health in Europe: A strategic approach. Discussion document for a health strategy*. Posjećeno 14.10.2006. na mrežnoj stranici: http://ec.europa.eu/health/ph_overview/Documents/strategy_discussion_en.pdf
- European Foundation for the Improving of Living Conditions (2004). *Quality of life in Europe. First*

²⁴ To je, naime, jedna od poruka studije D. Mihaljeka (2006.).

²⁵ Na javnu će raspravu u budućnosti dijelom utjecati i činjenica da je niz pitanja zdravstvene politike (premda cjelokupni zdravstveni sustav ostaje u nacionalnoj nadležnosti) postalo dijelom zajedničkog interesa EU. EU ima odgovornost da poduzima komplementarne korake sa zemljama članicama u području prekograničnih zdravstvenih rizika, mobilnosti pacijenata te smanjivanja zdravstvenih nejednakosti. U tom se smislu, između ostaloga, tijekom 2007. godine donosi nova Strategija zdravstva čija je namjera usvajanje jasnih ciljeva za budući rad na pitanjima zdravstva na europskoj razini te implementacijskih mehanizama koji će moći te ciljeve ostvariti kroz partnerski rad s zemljama članicama. Usp. European Commission (2006.).

- European quality of life survey 2003*. Posjećeno 14.6.2006. na mrežnoj stranici: <http://www.eurofound.eu.int>
- European Foundation for the Improving of Living Conditions (2007). *Fourth European working conditions survey*. Posjećeno 2.4.2007. na mrežnoj stranici: <http://www.eurofound.eu.int>
- European Observatory on Health Care Systems (1999). *Health care systems in transition. Croatia*. Posjećeno 2.9.2006. na mrežnoj stranici: <http://www.euro.who.int/document/e68394.pdf>
- Eurostat (2006). *Population and social conditions data: Health care*. Posjećeno 27.12.2006. na mrežnim stranicama Eurostata: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- Hebrang, A., Njavro, Đ., Mrkonjić, I. (1993). *Komentar Zakona o zdravstvenoj zaštiti i Zakona o zdravstvenom osiguranju*. Zagreb: Privredni biro.
- Hebrang, A. (1994). Guest Editorial. Reorganization of the Croatian health system. *Croatian Medical Journal*, 35(3):130-136.
- Hrvatska udruga za promicanje prava pacijenata. Posjećeno 27.12.2006. na mrežnoj stranici: <http://www.pravapacijenata.hr/>
- HZJZ (2003). *Sažetak rezultata ESPAD istraživanja 2003*. Posjećeno 28.12.2006 na mrežnoj stranici: http://www.hzjz.hr/skolska/ESPAD_2003_summ.pdf
- HZJZ (2004). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2003. godinu*. Zagreb: HZJZ.
- HZJZ (2005). *Izvjешće o umrlim osobama u Hrvatskoj 2005*. Posjećeno 28.12.2006. na mrežnoj stranici: <http://www.hzjz.hr/publikacije.htm>
- HZZO (2006). *Izvjешće o financijskom poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u razdoblju I.-XII. 2005*. Posjećeno 27.12.2006. na mrežnoj stranici: http://www.hzzo-net.hr/publikacije/financijsko_izvjeshce_2005.pdf
- Jelčić, V. (1988). *Socijalno pravo u SFRJ. Knjiga prva. Socijalno osiguranje*. Zagreb: Informator.
- Kovačić, L., Šošić, Z. (1998). Organization of health care in Croatia: Needs and priorities. *Croatian Medical Journal*, 39(3):249-255.
- Letica, S. (1989). *Zdravstvena politika u doba krize*. Zagreb: Naprijed.
- Letica, S., Špoljar, S., Habazin, Lj. (1981). Financijska ulaganja u zdravstvenu zaštitu. U: Popović, B., Letica, S., Škrbić, M. (ur.), *Zdravstvo u Socijalističkoj Republici Hrvatskoj. Razvoj – stanje – perspektive. Knjiga prva. Zdravlje i zdravstvena zaštita*. Zagreb: JUMENA.
- Letica, S. (2006). Teorijski osvrt na Prijedlog nacionalne strategije razvoja zdravstva i »paket« predloženih zakona o zdravstvenom osiguranju. *Hrvatski časopis za javno zdravstvo* 2(7). Posjećeno 2.10.2006. na mrežnoj stranici: <http://www.hcjz.hr/clanak.php?id=12916>
- Matković, T., Zrinščak, S. (2006). Struktura troškova i usluga hrvatskoga zdravstvenog sustava. *Revija za socijalnu politiku*, 13(1):115-123.
- Mastilica, M., Božikov, J. (1999). Out-of-pocket payments for health-care in Croatia: Implications for equity. *Croatian Medical Journal*, 40(2):152-159.
- Mastilica, M., Babić-Bosanac, S. (2002). Citizens' view on health insurance in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 43(4):417-424.
- Mastilica, M., Kušec, S. (2005). Croatian health-care system in transition, from the perspectives of users. *British Medical Journal*, 331:223-226.
- Mihaljek, D. (2006). Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća? U: Ott, K. (ur.), *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji. Izazovi sudjelovanja*. Zagreb: Institut za javne financije, Zaklada Friedrich Ebert.
- Ministarstvo zdravstva (2000). *Reforma zdravstva. Strategija i plan reforme sustava zdravstva i zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske*. Dokument.
- Ministarstvo zdravstva (2003). *Izvjешće o stanju reforme zdravstva (2000.-2003.)*. Dokument.
- Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006.-2011. (2006). *Narodne novine*, br. 72/2006.
- Orešković, S. (1995). Health system reorganization in Croatia in the light of major reform tendencies in OECD countries. *Croatian Medical Journal*, 36(1):47-54.
- Orešković, S. (1998). New priorities for health sector reform in Central and Eastern Europe. *Croatian Medical Journal*, 39(3):225-233.
- Orešković, S., Skupnjak, B. (1999). Zdravstveni privatizacijski pendulum. *Društvena istraživanja*, 8(42):601-621.
- Pilot-projekt reforme zdravstvenog sustava RH u Koprivničko-križevačkoj županiji (2001). *Medix Supplement VIII*(1).
- Puljiz, V., Bežovan, G., Šučur, Z., Zrinščak, S. (2005). *Socijalna politika. Povijest, sustavi, pojmovnik*. Zagreb: Pravni fakultet u Zagrebu.
- Sremac, Đ., Žuža, B. (2002). *Hrvatsko zdravstveno zakonodavstvo 1830.-1941*. Zagreb: Školska knjiga.
- Svjetska banka (1997). Financiranje javnog sektora, reforma zdravstva i mirovinska reforma u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 4(3):265-285.

- Škrbić, M. (1978). *Uvod u ekonomiku zdravstva*. Zagreb: JUMENA.
- Štampar, A. (1923). O socijalnoj medicini. *Glasnik Ministarstva narodnog zdravlja*, 1-3:1-12.
- TI (2005). *Globalni barometar korupcije 2005*. Posjećeno 29.12.2005. na mrežnoj stranici: <http://www.transparency.hr/dokumenti/istrazivanja/globalni%20korupcijski%20barometar%202005.ppt#25>
- Turek, S. (1999). Reform of health insurance in Croatia. *Croatian Medical Journal*, 40(2):143-151.
- UNDP (2006). *Kvaliteta života u Republici Hrvatskoj i rizik od socijalne isključenosti*. Istraživački izvještaj.
- Ured za strategiju razvitka RH (2002). *Hrvatska u 21. stoljeću. Zdravstvo*.
- Vlada RH (2004). Odgovori Hrvatske na upitnik Europske komisije. Socijalna politika. *Revija za socijalnu politiku*, 11(2):193-220.
- WHO (2000). *The world health report 2000. Health systems: improving performance*. Posjećeno 28.12.2006. na mrežnoj stranici: http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf
- WHO (2004). *Burden of disease statistics*. Posjećeno 17.4.2007. na mrežnoj stranici: <http://www.who.int/healthinfo/statistics/bodgbddeathdalyestimates.xls>
- WHO (2006). *Working together for health. The world health report 2006*. Posjećeno 28.12. 2006. na mrežnoj stranici: [http://www.who.int/whr/2006/whr06_en.pdf](http://www.who.int/whr/2006/en/whr06_en.pdf)
- World Bank (1999). *Croatia. Health policy note. Document No. 19505-HR*.
- World Bank (2004). *Croatia. Health finance study. Report No. 27151-HR*.
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti. *Narodne novine*, br. 121/2003, 48/2005.
- Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti. *Narodne novine*, br. 85/06.
- Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. *Narodne novine*, br. 85/2006.
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. *Narodne novine*, br. 85/2006.
- Zakon o zaštiti prava pacijenata. *Narodne novine*, br. 169/2004.
- Zrinščak, S. (2000). Izazovi decentralizacije u zdravstvenom sustavu. *Hrvatska javna uprava*, 2 (2):223-241.
- Zrinščak, S. (2005). Zdravstvena politika. U: V. Puljiz, G. Bežovan, Z. Šučur, S. Zrinščak, *Socijalna politika. Povijest, sustavi, pojmovnik* (str. 199-238). Zagreb: Pravni fakultet u Zagrebu.
- Zrinščak, S. (2006). Socijalna politika u kontekstu korjenite društvene transformacije post-komunističkih zemalja. U: Zrinščak, S. (ur.), *Socijalna država u 21. stoljeću – privid ili stvarnost?* Zagreb: Pravni fakultet u Zagrebu.

Summary

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

Siniša Zrinščak

*Department of Social Work, Faculty of Law, University of Zagreb
Zagreb, Croatia*

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.