

NEWSLETTER

Institut za javne financije, 10000 Zagreb, Katančićeva 5, Hrvatska

p.p. 320; tel: (385 1) 48 19 363; fax: 48 19 365; e-mail: ured@ijf.hr; www.ijf.hr

Broj 31, rujan 2007.

Dubravko Mihaljek*

Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako da se počnemo baviti uzrocima, a ne simptomima problema?

Rasprave o zdravstvenoj politici i reformi u Hrvatskoj obično počinju pretpostavkom da je pristup zdravstvenoj zaštiti univerzalan, za sve jednak i u osnovi besplatan. Međutim, u javnosti i političkim krugovima često se brkaju etička načela o zdravstvenoj zaštiti kao prije nego potrebnom dobru posebnih obilježja s osnovnim ekonomskim zakonima koji djeluju i u zdravstvu. Zdravlje nije besplatan resurs i ne može se održavati bez izlaganja troškovima. Sektor zdravstva čini desetak međusobno povezanih tržišta – za različite oblike zdravstvene zaštite i liječenja; različite oblike osiguranja; lijekove; medicinsku opremu; tržište rada za zdravstveno osoblje itd. Ako jedno od tih tržišta funkcionira na temelju iskrivljenih cijena – npr. ako je zdravstvena zaštita za velik dio korisnika potpuno besplatna – poremećaji će se osjetiti i na ostalim tržištima i cjelokupni će sustav zdravstva postati financijski neodrživ.

Trenutačno stanje

Hrvatsko je zdravstvo još od početka 1990-ih godina u više-manje neprekidnim promjenama. U usporedbi sa

stanjem s početka tranzicije, sadašnji je sustav zdravstva centraliziraniji, bolje financiran i, općenito, efikasniji. Zdravstvene usluge, osim javnoga, sve više nudi i privatni sektor. No unatoč pozitivnim promjenama, zdravstvo u Hrvatskoj i dalje je suočeno s velikim problemima. Posljednjih godina reforme su pretežito bile usmjerene na razne aspekte financiranja zdravstva. Nastoji se usporiti rast potrošnje iz javnih izvora, pa se sve veći dio troškova prebacuje na građane, a “vatrogasni” napor neprekidno se premještaju iz jednog dijela zdravstva u drugi. Tako je tijekom 2000 - 2002. povećan udio privatne zdravstvene potrošnje ograničavanjem beneficija i smanjenjem stope obveznih doprinosa.

Najnovijim reformama, započetim 2006. godine, nastoji se obuzdati rast izdataka za lijekove, koji uz izdatke za specijalističku zaštitu čine najbrže rastuću stavku zdravstvene potrošnje.¹ Najvažnija pojedinačna mjera bila je uvođenje restriktivnije liste lijekova koji se mogu dobiti bez plaćanja participacije i uključivanje većeg broja generičkih lijekova na tu listu. Doneseno je i pet novih zakona, no razni podzakonski akti nužni za pro-

* Senior Economist, Banka za međunarodna plaćanja (BIS), Basel, Švicarska. Stajališta iznesena u radu osobna su stajališta autora i ne mogu se smatrati službenim stajalištima BIS-a. Autor je u ovom projektu sudjelovao kao neovisni istraživač.

¹ Između 2002. i 2005. godine troškovi lijekova porasli su za 57%, a troškovi specijalističke zaštite za čak 67%.

vedbu tih zakona još nisu razrađeni. Većina stanovnika i interesnih skupina u zdravstvu nezadovoljna je sadašnjom situacijom, o čemu svjedoči i sve jetkija javna rasprava o zdravstvenoj reformi. Međutim, kako nitko ne želi izgubiti još više povlastica, provođenje temeljitijih reformi u zdravstvu postalo je politički neprihvatljiva ideja.

Imajući na umu ta kretanja, u nedavnom istraživanju analizirao sam stanje i moguća rješenja problema u zdravstvu, kako bi razne interesne skupine eventualno počele nepristranije raspravljati o stvarnim dugoročnim problemima zdravstva u Hrvatskoj.² Drugi mi je cilj bio potaknuti domaće stručnjake na istraživanja na području ekonomike zdravstva. To je područje prilično zanemareno, što u konačnici rezultira problemima s kojima se zdravstvo u praksi susreće.

Jedan od najočitijih primjera sustavnog neuspjeha državne birokracije da upravlja zdravstvenim ustanovama u interesu građana jest raširenost korupcije. Prema istraživanju udruge Transparency International iz 2005. godine, 32% hrvatskih građana smatra da je korupcija u zdravstvu "raširena", a 48% da je "vrlo raširena". Katkad se prevaga interesa zdravstvenih djelatnika nad interesima pacijenata i službeno podržava. Liječnici zaposleni u državnim zdravstvenim ustanovama godinama su mogli za simbolične iznose unajmiti prostori je i opremu u ustanovama u kojima su radili i koristiti se njima za privatnu praksu nakon redovitoga radnog vremena. Već sama činjenica da je takva praksa, inače nezamisliva u drugim zanimanjima u javnom sektoru, bila potpuno legalna svjedoči o golemom političkom utjecaju koji si je liječnička profesija izborila u hrvatskom društvu.³

Odrasla trenutačnog stanja je i velika razlika u pokazateljima o zdravstvenom stanju u Hrvatskoj u usporedbi sa starim (a djelomično i novim) članicama EU. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u Hrvatskoj je dobno standardizirana stopa smrtnosti viša od prosjeka EU-15 za sve najvažnije nezarazne bolesti, npr. bolesti krvožilnog sustava, rak, ozljede, kronične bolesti dišnog sustava i dijabetes.⁴ Takvo je stanje usko povezano s nezdravim načinom života stanovništva, što se osobito može uočiti iz pokazatelja zdravstvenih rizika (okvir 1).

Okvir 1. Pretilost, pušenje, potrošnja alkohola i fizička neaktivnost u Hrvatskoj

Glavni zdravstveni rizici koji se mogu spriječiti u Hrvatskoj vrlo su veliki. Prvo, gotovo je četvrtina odraslih pretila, što je dvostruko više od prosjeka EU-15 i upola više od prosjeka EU-10 (tabl. 1). Drugo, učestalost redovitog pušenja vrlo je visoka, posebno među ženama i učenicima (19% dječaka i djevojčica u dobi od 13-15 godina). Treće, potrošnja alkohola je 25% veća od prosjeka EU-15 i gotovo 50% veća od prosjeka EU-10, pa su i stope mortaliteta od bolesti prouzročenih pretjeranom potrošnjom alkohola vrlo visoke. Četvrto, i učestalost tjelesne neaktivnosti vrlo je visoka. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, u 2003. godini 47% hrvatskih muškaraca i 51% žena nisu bili tjelesno dovoljno aktivni.

Tablica 1. Odabrani pokazatelji zdravstvenih rizika

	Pretilost među odraslima (≥ 15 godina) ^a		Učestalost redovitog korištenja duhanskih proizvoda ^a		Potrošnja alkohola (po osobi na godinu, u litrama) ^b
	Muškarci	Žene	Muškarci	Žene	
Hrvatska	22	23	32	23	16,2
EU-15	13	13	32	20	12,9
EU-10	14	17	40	18	8,3

^a U postotku ukupnog stanovništva.

^b Ukupna registrirana i neregistrirana potrošnja po odrasloj osobi (≥ 15 godina), u litrama čistog alkohola.

Izvori: Svjetska zdravstvena organizacija i autorov izračun

Usprkos tim izrazito nepovoljnim pokazateljima, stječe se dojam da zdravstvena vlast (za razliku od medija) ne ulaže previše napora u obrazovanje stanovništva o ozbiljnosti tih rizika. Na primjer, *Prijedlog nacrt nacionalne strategije zdravstva iz 2006.* ostavlja dojam da je stanje zdravlja stanovništva uglavnom dobro: od zdravstvenih rizika spominju se, više-manje usputno, pušenje i alkohol, djelomično u kontekstu povećanog useljavanja stanovnika drugih država u drugoj polovici 1990-ih godina, dok se pretilost i nedovoljna fizička aktivnost uopće ne spominju.

² Vidjeti *Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?*, u: Katarina Ott (ur.), *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji*, 4. svezak (Zagreb: Institut za javne finacije i Zaklada Friedrich Ebert, 2007; www.ijf.hr).

³ Analogna bi praksa bila, na primjer, dopustiti policajcima da se izvan radnog vremena koriste policijskim prostorijama i opremom za pružanje privatnih zaštitarskih usluga.

⁴ Na 100.000 stanovnika u Hrvatskoj je 2002. godine od bolesti krvožilnog sustava umrlo 356 ljudi, dvostruko više nego u starim članicama EU (prosječno 185 ljudi).

Nadležna vlast odnosi se, osobito prema problemu pušenja, kavalirski. Od posljedica pušenja u Hrvatskoj svake godine umre 12.000 ljudi (Vjesnik, 8. lipnja 2007), a zdravstvo ima godišnje oko dvije milijarde kuna troškova (prema procjeni Škole narodnog zdravlja "Andrija Štampar"). Usprkos tome, službeni stav Ministarstva zdravstva jest da "imamo dobar zakon o ograničenoj uporabi duhanskih proizvoda, ali se on ne provodi", te da "s apsolutnom zabranom pušenja ne treba žuriti, nego valja pričekati iskustva drugih zemalja" (Večernji list, 29. siječnja 2007). Naravno, pušači ne plaćaju više stope doprinosa za zdravstveno osiguranje, tako da su nepušači dvostruko kažnjeni: ne samo da su izloženi rizicima pasivnog pušenja, nego moraju plaćati i povećane troškove koje prouzročuju pušači.

Nasuprot tome, Hrvatska ima znatno manje liječnika, medicinskih sestara, primalja i ljekarnika na 1.000 stanovnika od prosjeka starih i novih članica EU. Iz tih bi se podataka moglo zaključiti da je zdravstvo u Hrvatskoj prilično efikasno: uz 25-50% manje zdravstvenih djelatnika, pokazatelji poput očekivanog trajanja života nisu znatno nepovoljniji od europskih prosjeka. Hrvatska je samo po broju zubnih liječnika izjednačena s prosjekom EU-15. Taj podatak iznenađuje jer su zubni liječnici jedina zdravstvena profesija u kojoj dominira privatna praksa i većinu troškova plaćaju sami pacijenti. Štoviše, u zubarstvu se vrlo rijetko mogu čuti pritužbe na kvalitetu usluga i korupciju. Taj primjer jasno pokazuje da tržište može efikasno djelovati i na području zdravstvenih usluga, te da veće oslanjanje na tržište može smanjiti i možda čak ukloniti neuspjeh države u zdravstvu.

Na kraju treba istaknuti i najveći problem zdravstva u svijetu s kojim se vlast u Hrvatskoj još uopće nije počela

baviti. Stanovništvo ubrzano stari. Prema najnovijim projekcijama DZS-a, do 2050. godine udio starijih u ukupnom stanovništvu mogao bi porasti sa 16 na 27%, dok bi udio stanovništva radne dobi mogao pasti sa 67 na 59% (tabl. 2). Omjer između starijih osoba i stanovnika radne dobi prema tim bi se projekcijama povećao s 23% u 2001. na 46% u 2050. godini. Ako starijim osobama pribrojimo i djecu mlađu od 15 godina, ukupan omjer stanovništva izvan radne dobi i stanovništva radne dobi mogao bi se povećati s 49% u 2001. na 69% u 2050. godini.

No to je samo dio cjelokupne slike o demografskim kretanjima s nepovoljnim posljedicama za troškove zdravstva. Na svaku zaposlenu osobu doprinosi moraju biti dovoljno visoki da pokriju troškove osiguranja za još dvije osobe koje ne plaćaju doprinose (tabl. 2). Već i taj podatak pokazuje da je sustav zdravstvenog osiguranja dugoročno financijski neodrživ: doprinose plaća samo trećina, dok dvije trećine stanovnika – umirovljenici, članovi obitelji osiguranika, nezaposleni i druge neaktivne osobe – ne plaćaju doprinose iako na njih otpada više od dvije trećine troškova zdravstva. Starenjem stanovništva taj će se omjer neizbježno pogoršati. Visok udio umirovljenika osobito zabrinjava zato što na njihovu zdravstvenu zaštitu otpada u prosjeku 43% ukupnih troškova (prema podacima HZZO-a za 2000. godinu).

Uzroci postojećih problema: pogrešni financijski poticaji na mikroekonomskoj razini, neravnoteže u financiranju na makroekonomskoj razini

Negativna kretanja u zdravstvu obično se smatraju posljedicom nedostatka sredstava koja se izdvajaju za zdravstvenu skrb. Međutim, po udjelu zdravstvene potrošnje u BDP-u od 8% Hrvatska ne zaostaje bitno za starim članicama EU (koje na zdravstvo troše u pro-

Tablica 2. Demografska kretanja i zdravstveno osiguranje

Dob (godina)	Postotni udio				Broj stanovnika čije zdravstveno osiguranje, uz svoje osobno, financira jedan zaposleni ^a	
	u ukupnom stanovništvu		u stanovništvu radne dobi			
	2001.	2050.	2001.	2050.		2005.
djeca (0–14)	17	14	26	23	ukupno ne plaća doprinos/zaposleni	1,85
radna dob (15–64)	67	59	100	100	umirovljenici/zaposleni	0,66
stariji od 65 godina	16	27	23	46	članovi obitelji/zaposleni	0,83
ukupno, djeca i stariji	33	41	49	69	nezaposleni/zaposleni	0,09

^a Omjer stanovništva koje ne plaća obvezni doprinos za zdravstveno osiguranje (umirovljenici, članovi obitelji zaposlenih, nezaposleni, itd.) i zaposlenih koji plaćaju doprinos.

Izvori: Državni zavod za statistiku, HZZO i autorovi izračuni

sjeku 8,8% BDP-a), a prednjači pred novim članicama (s prosječno 7,1% BDP-a). Drugim riječima, relativno velika sredstva koja društvo izdvaja za zdravstvo neracionalno se troše. Osnovi razlozi takvog stanja su propusti u sustavu financiranja zdravstva na mikroekonomskoj i makroekonomskoj razini.

Jedan primjer tih propusta na mikroekonomskoj razini jest primarna zdravstvena zaštita. Liječnici u primarnoj zaštiti znatno utječu na troškove jer poput “vratara” čuvaju ulazak pacijenata u zdravstveni sustav, upućujući ih na specijalističke preglede i bolničko liječenje te propisujući im lijekove. Liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti plaćeni su na načelu “glavarine”, paušalnog iznosa koji primaju od HZZO-a za svakog osiguranika u skrbi. Taj je sustav plaćanja uveden početkom 1990-ih godina, vjerojatno zbog administrativne jednostavnosti i zato što sprečava “napuhavanje” računa. Međutim, tada očito nije uzeta u obzir činjenica da će uz plaćanje paušalnog iznosa za svakoga prijavljenog pacijenta glavni poticaj liječnicima postati skupljanje što većeg broja pacijenata. Tako im se može dogoditi da imaju previše pacijenata u ograničenom vremenu kojim raspolažu. To smanjuje broj i kvalitetu usluga – liječnik nema vremena posvetiti se svakom pojedinačnom pacijentu nego mu cilj postaje što brže obavljanje pregleda kako bi mogao primiti što više pacijenata.

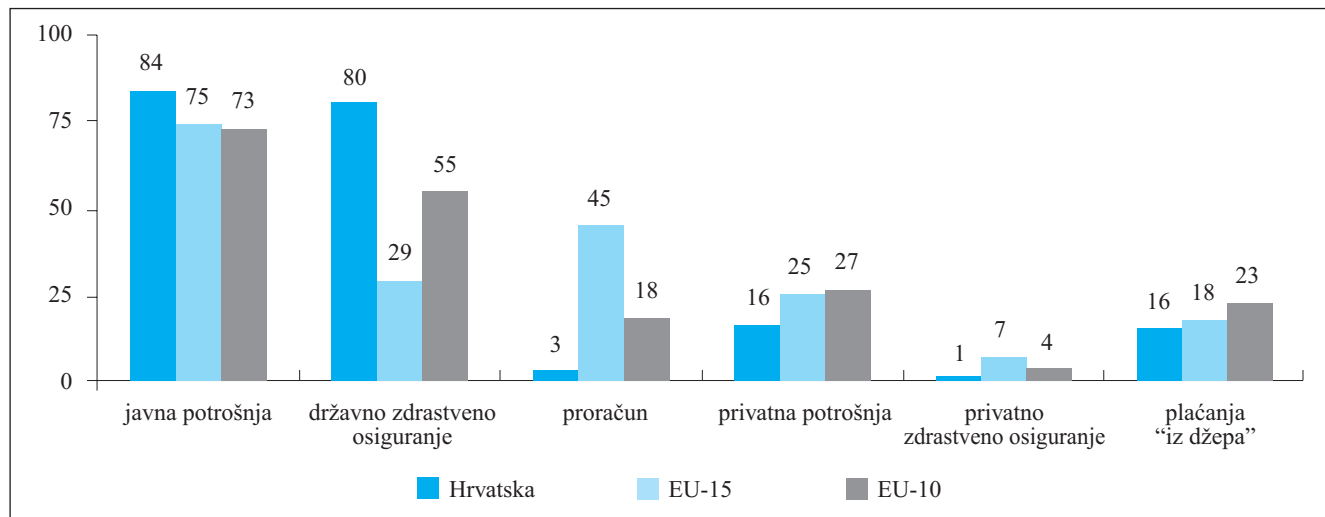
Stoga ne iznenađuje porast broja pacijenata upućenih iz primarne u specijalističko-konzilijarnu zaštitu, pad broja preventivnih pregleda i rast broja propisanih lijekova. Na primjer, iako liječnik može propisati najviše pet recepata po pacijentu na godinu, taj broj neprekidno raste od 6,0 u 1998. do 8,1 u 2005. godini. U prvih pet

mjeseci 2007. godine liječnici su izdali čak 20% više recepata nego u istom razdoblju prošle godine. Dodatni uzrok prebacivanja usluga iz primarne u više oblike zdravstvene zaštite jest da u sustavu “glavarina” liječnik opće prakse ne može adekvatno opremiti svoju ordinaciju, pa je često više-manje prisiljen uputiti pacijente u polikliniku ili bolnicu.

Primjer propusta u sustavu financiranja na makroekonomskoj razini jesu neravnoteže u izvorima financiranja. Prvo, u sadašnjem se sustavu 80% sredstava prikuplja iz obveznih doprinosa (sl. 1), tj. iz namjenskih poreza rezerviranih za zdravstvo koje plaćaju gotovo isključivo poslodavci, a prikupljaju se na relativno uskoj poreznoj osnovi – na plaćama zaposlenih. Zaposleni pak čine samo trećinu ukupnog stanovništva i taj će udio u idućih nekoliko desetljeća sa starenjem stanovništva padati. Stoga će opterećenost rada kao proizvodnog činiteља, i time cjelokupnoga gospodarstva, sve više rasti. Hrvatska istodobno odskoče od novih i starih članica EU po nerazmjerno malom udjelu (samo 3%) proračunskih sredstava u financiranju ukupne zdravstvene potrošnje (sl. 1). Promjene na svjetskoj razini jasno pokazuju da su nerealna očekivanja hrvatske vlasti i javnosti da se sadašnji model financiranja zdravstva može zadržati (okvir 2).

Druga neravnoteža u izvorima financiranja zdravstva jest da gotovo cjelokupni iznos privatnih sredstava za zdravstvenu zaštitu (16%) čine osobna sredstva građana jer je uloga privatnoga zdravstvenog osiguranja neznatna: ono u Hrvatskoj sudjeluje u ukupnim troškovima zdravstva sa samo 0,6% u usporedbi sa 7% u starim i 4% u novim članicama EU (sl. 1).

Slika 1. Struktura financiranja zdravstva u Hrvatskoj i EU, 2003. (u postotku ukupne potrošnje na zdravstvo)



Izvori: HZZO; HANFA; Svjetska zdravstvena organizacija; Svjetska banka; autori izračuni

Okvir 2. Modeli financiranja zdravstva

U razvijenim tržišnim gospodarstvima postoje tri glavna modela financiranja zdravstva. U mnogim kontinentalnim europskim zemljama, kao i u Hrvatskoj, primjenjuje se model socijalnog osiguranja, u kojemu se sredstva za zdravstvenu zaštitu – ali i za mirovine, nezaposlenost i druge socijalne rizike – uglavnom prikupljaju obveznim doprinosima koje plaćaju zaposlenici i poslodavci.

Primjerice, u modelu nacionalnoga zdravstvenog osiguranja u Velikoj Britaniji, Švedskoj i Kanadi glavni su izvor sredstava porezni prihodi, a ne namjenski doprinosi za zdravstveno osiguranje, pa se zdravstvene vlasti za svoj proračun moraju natjecati s drugim korisnicima poreznih prihoda (obrazovanjem, transportom i sl.).

Treći se model primjenjuje samo u SAD-u. Neobičan je po tome što je većina radnika i njihovih obitelji zdravstveno osigurana kod privatnih osiguravajućih društava preko poduzeća u kojima radi, tako da privatni izvori sredstava čine znatno veći iznos ukupne zdravstvene potrošnje. No čak i SAD ima dva velika programa javnoga zdravstvenog osiguranja: Medicare (za starije osobe) i Medicaid (za siromašne), koji se financiraju kombinacijom poreznih prihoda i doprinosa na plaće.

Ta su se tri modela počela preklapati. U Francuskoj se doprinosi za zdravstveno osiguranje dopunjuju porezom na osobni dohodak; u SAD-u će se veliko proširenje javne potrošnje na lijekove za starije osobe financirati iz prihoda od poreza na osobni dohodak, a u Velikoj Britaniji Vlada je 2002. znatno povisila doprinose za socijalno osiguranje kako bi prikupila dodatna sredstva za Nacionalnu zdravstvenu službu.

Moguća rješenja

Prva preporuka za zdravstvenu reformu koja proizlazi iz ove analize bila bi *promijeniti strukturu prihoda HZZO-a povećanjem iznosa poreznih prihoda koji se prenose iz državnoga proračuna*. Glavni bi zahtjev bio utvrditi koliki postotak zdravstvene potrošnje dviju trećina stanovništva koje ne plaćaju doprinose treba financirati iz proračuna, a koliki dio iz doprinosa za zdravstveno osiguranje. Ta dioba u ovom trenutku nikome nije jasna. Na temelju prakse iz prethodnih godina može se zaključiti da vlast obično čeka dok se dugovi u zdravstvu toliko nagomilaju da zaprijeti kolaps dijela susta-

va, i tek onda se pribjegne nekom *ad hoc* rješenju. Najnoviji je takav primjer financijska injekcija zdravstvu od 1,7 milijardi kuna iz rebalansa proračuna za 2007. godinu, čime će se podmiriti dospjeli dugovi, najvećim dijelom za lijekove (Vjesnik, 7. i 8. srpnja 2007).

Umjesto takvih paternalističkih rješenja, trebalo bi *utvrditi jasna i stabilna pravila o financiranju zdravstvene potrošnje dviju trećina stanovništva koje ne plaćaju doprinose za zdravstvo*. Na primjer, umirovljenici putem PDV-a, trošarina i u nekim slučajevima, poreza na dohodak već pridonose poreznim prihodima, pa nema nikakva konceptualnog razloga da se određeni fiksni postotak zdravstvenih troškova umirovljenika ne pokriva izravno iz proračuna. U državnom proračunu ima dovoljno prostora da se za zdravstvo u budućnosti izdvajaju veća sredstva – ionako će se trenutačno dosta veliki izdaci za državne potpore gospodarstvu u procesu pridruživanja EU trebati smanjiti. Napokon, cjelovita bi se reforma trebala *pozabaviti i pitanjem financiranja investicija u zdravstvu*.

Prema potencijalnom utjecaju na rasterećenje sustava zdravstvenog osiguranja, druga najvažnija reforma bila bi *preispitivanje društvenih koristi i troškova sadašnjeg sustava naknada za bolovanje i porodiljni dopust*, koje čine 12 do 14% ukupnih rashoda HZZO-a. Ti se troškovi u većini drugih zemalja financiraju i administriraju izvan sustava zdravstvenog osiguranja, obično u sustavu osiguranja od nezaposlenosti. Prema ocjeni Svjetske banke, naknade za bolovanje i porodiljni dopust u Hrvatskoj su među najizdašnijima u svijetu, osobito zato što je gotovo cjelokupni trošak izostanka s rada zbog bolesti i porodiljnog dopusta prebačen na državu. Stoga poslodavci i zaposleni imaju vrlo malo razloga da se razumno koriste povlasticama vezanim za naknade za bolovanje i porodiljni dopust.

Uz sve to, postoje indikacije da su naknade za invalidnost i naknade plaća hrvatskim braniteljima nedostatne za osiguranje minimalnih društveno prihvatljivih životnih uvjeta brojnim korisnicima tih naknada. Takva situacija ne pogoduje društvenom dijalogu i toleranciji jer ostavlja dojam da je država rasipna zato što se mnogi zaposlenici koriste bolovanjem i kad im to nije nužno potrebno, ali da istodobno pretjerano štedi, i to na onima kojima je pomoć zaista potrebna jer većina invalida i mnogi primatelji naknada za branitelje nemaju drugih izvora prihoda. Međutim, to bi pitanje trebalo riješiti izvan uskog okvira zdravstvene reforme, uvođenjem tzv. nultog stupa mirovinskog osiguranja.

Naknade za porodiljni dopust – koji u Hrvatskoj može trajati godinu dana, u usporedbi s prosječno 16 tjedana u većini industrijski razvijenih zemalja – najčešće se

opravdavaju potrebom povećanja niske stope fertiliteta. Taj je argument klasičan primjer odabira pogrešnog instrumenta za postizanje određenog cilja. Brojna istraživanja pokazala su da se niska stopa fertiliteta ne može preokrenuti nekom pojedinačnom mjerom poput dugoga porodiljnog dopusta ili dječjeg doplatka. Najnovija istraživanja OECD-a pokazuju da u industrijski razvijenim zemljama najveći utjecaj na stopu fertiliteta imaju stopa zaposlenosti žena i gustoća mreže jaslica i drugih ustanova za dječju skrb, koje ženama omogućuju da se nakon poroda brzo vrate na posao. Za žene i društvo u cjelini vjerojatno bi bilo korisnije *skratiti porodiljni dopust, a sredstva koja se na taj način uštede investirati u proširenje i subvencioniranje mreže ustanova za dječju skrb i pojednostavnjenje administrativnih procedura za rad majki sa skraćenim radnim vremenom.*

U vezi s mikroekonomskim aspektima financiranja, mjere Ministarstva zdravstva usmjerene na ograničavanje rasta izdataka za lijekove, uvedene početkom 2007. godine, nužne su i dobrodošle. Međutim, tim se mjerama više rješavaju simptomi nego uzroci naglog rasta troškova lijekova i stoga imaju obilježje privremenog "krpanja". Povećanje izdataka za lijekove i specijalističku skrb usko je povezano s iskrivljenim poticajima koje sustav "glavarine" daje primarnim zdravstvenim ustanovama. Primarnoj zdravstvenoj zaštiti potreban je sustav financiranja u kojemu će liječnici opće prakse doista moći imati ulogu "vratar" koji čuvaju ulazak pacijenata u zdravstveni sustav. Jedna je mogućnost zamijeniti "glavarinu" u primarnoj zdravstvenoj zaštiti sustavom plaćanja prema pruženim uslugama, zasnovanom na tarifnom sustavu koji donose nadležne vlasti, uz odgovarajuću kontrolu računa koje liječnici podnose zdravstvenom osiguranju. Taj se sustav primjenjuje u brojnim europskim zemljama i vjerojatno bi bio uspješniji u zaustavljanju rasta troškova lijekova i specijalističke zaštite nego niz parcijalnih mjera štednje uvedene posljednjih godina.

Jednako su nužne i dobrodošle i predložene mjere kontrole troškova u bolnicama i specijalističkim zdravstvenim ustanovama – *češće se koristiti plaćanjima po terapijskom postupku i uvesti plaćanja prema dijagnostičkim grupama.* Međutim, bilo bi potrebno ispraviti propust u sadašnjem sustavu, koji omogućuje bolnicama da svoja potraživanja naplate metodom koja im je najkorisnija, a HZZO-u najskuplja. Također će biti nužno riješiti problem nedostatka odgovarajućih upravljačkih sposobnosti, što je druga velika slabost u poslovanju sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite. Praktično cjelokupnim sustavom bolnica i klinika upravljaju liječnici, koji najčešće nemaju adekvatna znanja i iskustva

potrebna za strateško upravljanje, financijsko planiranje i druge aktivnosti nužne za upravljanje bolnicama u tržišnim uvjetima.

Nadalje, treba *bitno ojačati funkcije kontrole i revizije u financijskom poslovanju zdravstvenih ustanova*, koje su očito zanemarene. Zdravstvene vlasti u cijelom svijetu posljednjih godina nastoje ostvariti što veću vrijednost usluga za novac koji doznaju bolnicama i specijalističkim ustanovama. Troškovi u zdravstvu ne rastu samo zbog novih tehnologija i rasta potražnje nego i zato što na strani ponude djeluju moćne interesne skupine – farmaceutske tvrtke, proizvođači medicinske opreme, bolnice i utjecajni doktori – koji mogu lako naći razloge da se troškovi novih medicinskih tehnologija prebace na državu. Stoga je najvažnije pitanje zdravstvenih reformi kako osigurati efikasnije korištenje javnih sredstava financiranja. Jedan od pristupa ostvarenju tog cilja jest *uvesti veći stupanj natjecanja u zdravstveni sustav*, npr. tako da se bolnicama dopusti da zadrže dio financijskih viškova i reinvestiraju ih u poboljšanje usluga koje pružaju.

Komplementarni pristup bilo bi *poticanje razvoja privatnog sektora* radi pružanja većeg broja zdravstvenih usluga. Javno financiranje zdravstva ne mora nužno značiti da zdravstvene usluge pretežito pružaju javne ustanove. U većini europskih zemalja u zdravstvu djeluju i javne i privatne ustanove. U Hrvatskoj je osim zubarskih i, djelomično, usluga primarne zaštite, uloga privatnog sektora u zdravstvu i dalje vrlo ograničena. Jedan od razloga je izrazito tehničke prirode – HZZO očito nije administrativno osposobljen naplaćivati račune koje bi istodobno podnosili pacijenti i privatne zdravstvene ustanove za liječenje obavljeno u privatnoj praksi.

Dublji je razlog to što vlast još uvijek nije razradila konzistentan okvir za djelovanje privatnog sektora u zdravstvu. Rješenja koja su u prošlosti donošena bila su uglavnom stihijska – npr. unajmljivanje ambulanti u javnim zdravstvenim ustanovama za privatnu praksu ili nedavni prijedlog davanja neiskorištenih bolničkih kapaciteta u zakup privatnim osiguravajućim duštvima. Takva parcijalna rješenja nisu povećala učinkovitost zdravstva niti su znatnije koristila pacijentima. Isti se zaključak odnosi i na privatno zdravstveno osiguranje: *treba razraditi konzistentan administrativni, regulativni i tržišni okvir za uspješno poslovanje privatnih društava za zdravstveno osiguranje.*

Ova su razmatranja povezana i s pitanjem *reforme sustava participacije*. Participacija vrlo malo pridonosi proračunu HZZO-a; teško se obračunava i naplaćuje zbog brojnih izuzeća i vrlo je nepopularna u javnosti. No

usprkos tome, plaćanje participacije kao simbol sudjelovanja svakog pacijenta u financiranju zdravstvene zaštite prvi je istinski korak u reformi zdravstva. Zdravlje nije besplatan resurs i ne može se održavati bez izlaganja troškovima. Društvo nema koristi od nepotrošenih lijekova i nepotrebnih odlazaka liječniku. Ako ljudi shvate da svaki put kad idu liječniku netko – uključujući i njih same – treba platiti troškove usluga i lijekova, takvo se rasipanje može smanjiti. Participaciju stoga treba shvatiti kao naknadu za pristup sustavu zdravstvene zaštite, poput cestarine, koja je naknada za korištenje autoputom. Kao što je objašnjeno, sadašnje je stanje u tom smislu neodrživo. Unutar privatnih izvora financiranja posebno je izražen spomenuti nerazmjernost između troškova što ih pacijenti podmiruju “iz džepa” i koji su više-manje na razini europskog prosjeka, i troškova koje pokrivaju privatna zdravstvena osiguranja, koji su neusporedivo niži od europskog prosjeka.

Iskustvo Slovačke pokazalo je kako su ljudi spremni prihvatiti ideju da je svaki pojedinac odgovoran za svoje zdravlje i da treba sudjelovati u financiranju zdravstvene zaštite. Štoviše, pokazalo se da dobro zamišljen i proveden sustav participacije ne smanjuje pristup zdravstvenoj zaštiti. No vlast bi također trebala poduprijeti tu

ideju ozbiljnim i sustavnim sprečavanjem zdravstvenih rizika povezanih s nezdravim načinom života.

Možemo zaključiti da problemi s kojima se suočava zdravstvo u Hrvatskoj nisu novi niti su jedinstveni. Solidnom ekonomskom analizom i primjenom iskustava drugih zemalja mogu se usvojiti mnoga isprobana rješenja i izbjeći mnoge pogreške. Za uspjeh reforme posebno je važno upravljati njezinim ekonomsko-političkim aspektima. Učinke zdravstvene reforme osjeća cjelokupno stanovništvo, i to bez odlaganja, čim se reforma provede. Po tome se zdravstvena reforma bitno razlikuje od mirovinske, čiji su učinci pomaknuti nekoliko desetljeća u budućnost i u određenom će ih trenutku osjetiti samo dio stanovništva. Stoga vlast treba aktivno i znatno pažljivije utjecati na očekivanja stanovništva i interesnih skupina u zdravstvu. Vjerojatno je najvažniji preduvjet za to omogućiti javnosti da “vidi šumu od drveća”, tj. da vlast razradi jasnu viziju reforme zdravstva u čijem će središtu biti dobro zdravlje građana, a da ne prebacuje odgovornost za postojeće stanje na prethodnu vlast. Na kraju, tehnička se složenost zdravstvene politike i reforme ni u jednom trenutku ne smije podcjenjivati. Svoj doprinos tome, i to znatno veći nego do sada, trebaju dati ekonomisti i stručnjaci za ekonomiku zdravstva u Hrvatskoj.

**Poštarina plaćena
u poštanskom uredu
10000 ZAGREB**

TISKANICA