

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

**(Theoretical review on proposed National strategy of health care development and "package" of proposed laws on health insurance - PART 2)**

Slaven Letica

Škola narodnog zdravlja "Andrija Štampar"

### **4. Ocjena dokumenta "Prijedlog nacionalne strategije razvitka zdravstva 2006.-2011."**

Može se pretpostaviti da je ovaj dokument po zamisli Vlade RH trebao imati dvojaku svrhu: (a) sam po sebi trebao bi predstavljati dugoročnu ili barem srednjoročnu strategiju zdravstvenoga razvoja i (b) trebao bi sadržavati empirijsku (statističku, informacijsku), teorijsku i političku podlogu za konkretne zakonske prijedloge - o obveznom, dopunskom i privatnom osiguranju, ali i za moguće promjene drugih zakona važnih za zdravstvenu zaštitu.

Prvo pitanje koje se nameće nakon pažljivog čitanje ovog dokumenta (opsega 70 stranica) moglo bi se ovako definirati: Je li Vlada ovim dokumentom željela predložiti cjelovitu strategiju zdravstvenoga razvoja i - nazovimo je tako - NOVU ZDRAVTVENU POLITIKU ili tek pragmatične promjene zdravstvenog osiguranja čije je temeljna svrha "pronalaženje novih izvora prihoda" za zdravstvo?

Navedeno pitanje nije nipošto zasnovano na semantičkoj igri, već je suštinsko pitanje o smislu (svrsi), a time i o sadržaju, konkretnoga dokumenta - o smislu i sadržaju Nacionalne strategije.

Osobno smatram da je Vlada trebala Saboru ponuditi cjelovitu strategiju zdravstvenoga razvoja, a ne tek strategiju razvoja zdravstvenog osiguranja!

Strategija zdravstvenog razvoja trebala bi sadržavati projekt integralne zdravstvene politike koji uključuje:

- strategiju promicanja i zaštite narodnog zdravlja u europskom (EU) kontekstu;
- strategiju promjena i razvoja zdravstvene zaštite;
- strategiju razvoja medicinskih profesija;
- strategiju tehnološkog, stručnog i istraživačkog razvoja medicine i javnog zdravstva;
- strategiju i politiku promjena i razvoja sustava zdravstvenog osiguranja; (f) strategiju međunarodne suradnje na području zdravstva; (g) strategiju razvoja medicinskog obrazovanja itd.

Autori reformskih projekta mogli bi za uzor uzeti novu kanadsku zdravstvenu strategiju iz 2002. godine "Building on Values: the Future of Health Care in Canada", dokument od 392 stranice, presliku naslovnice kojeg dajem u prilogu.

Dakako, Vlada može Saboru ponuditi (samo) strategiju promjena zdravstvenog osiguranja, ali u tom slučaju iz dokumenta treba izbaciti sve dijelove u kojima se nedopustivo površno i uvredljivo - za zdrav razum zastupnika - raspravlja o, primjerice, zdravstvenom stanju stanovništva ili europskoj zdravstvenoj politici (preciznije: o utjecaju procesa pridruživanja EU na zdravstvenu zaštitu i zdravstvenu politiku RH).

Osobno, dakako, smatram da u ovom času nije moguće pripremiti "kanadsku" verziju dokumenta, ali i da je potrebno i moguće - u relativno kratkom vremenu - pripremiti integralnu strategiju zdravstvenoga razvoja koja bi trebala imati barem ova poglavlja:

1. Promjene zdravstveno stanje stanovništva Republike Hrvatske 1985.-2006.; novi zdravstveni izazovi i strategija promicanja i zaštite zdravlja u razdoblju 2007.-2013. godine.
2. Hrvatsko zdravstvo i zdravstveno osiguranja sa strategijom razvoja zdravstva u europskom kontekstu u razdoblju 2007.-2013. godine.
3. Hrvatska medicina, istraživanja i razvoj i strategija njihova razvoja u razdoblju 2007.-2013. godine.
4. Razvoj zdravstvenih profesija, izazovi priključenja Europskoj uniji i politika profesionalnog razvoja liječništva, sestrinstva, zubarstva (stomatologa) i drugih profesija u razdoblju 2007.-2013. godine..

Dužan sam, prije svega, objasniti zbog čega predlažem da se promijeni vremensko određenje strategije: umjesto predloženog razdoblja 2006.-2011. moj je prijedlog 2007.-2013. godine.

Iako nas, nažalost, dosadašnja iskustva s promjenama vlada u Hrvatskoj upućuju na zaključak kako svaka nova vlada počinje - barem deklarativno - od početka, pokušavajući svu odgovornost za nevolje u zdravstvu prebaciti na raniju, "vašu vladu", mislim da bi novu strategiju zdravstvenoga razvoja bilo dobro vezati za novu europsku ili EU-strategiju zdravstvenoga razvoja.

Naime, Europska je komisija 6. travnja 2005. usvojila Zajednički program zaštite zdravlja i potrošača 2007.-2013. godine koji na 75 stranica iznosi zajedničke okvire nove europske zdravstvene politike. Iako taj Program, kao i dokumenti na kojima je građen, ne predstavljaju remek-djela suvremene javnozdravstvene misli, naša bi Vlada mogla i morala vlastitu Nacionalnu zdravstvenu strategiju definirati - vremenski i koncepcijski - kao dio buduće europske zdravstveno-razvojne strategije.

---

Programme of Community action in the field of Health and Consumer protection 2007-2013;

[http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005\\_0115en01.pdf](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/site/en/com/2005/com2005_0115en01.pdf)

Zajednički program izrađen je na temelju dvaju radnih dokumenta:

1. *Enabling Good Health for all - A reflection process for a new EU Health Strategy*  
15 July 2004;

[http://europa.eu.int/comm/health/ph\\_overview/Documents/byrne\\_reflection\\_en.pdf](http://europa.eu.int/comm/health/ph_overview/Documents/byrne_reflection_en.pdf)

---

Da bi bilo koja "nacionalna strategija" preživjela moguću promjenu vlasti, trebalo bi stvoriti široki hrvatski savez za zdravlje kojeg bi sačinjavali predstavnici svih ključnih profesionalnih, interesnih, korisničkih, istraživačkih i političkih subjekata.

Možda bi ulogu koordinatora tog projekta trebalo prepustiti Školi narodnoga zdravlja Andrija Štampar koja bi u suradnji i prema smjernicama Vlade i Sabora mogla realizirati taj projekt, pa i organizirati Hrvatski zdravstveni sabor - po uzoru na poznati liječnički zbor na Medicinskom fakultetu uoči agresije na Hrvatsku koji je rezultirao stvaranjem ratnog saniteta i ratne medicine - koji bi prije saborske rasprave stručno i interesno "recenzirao" strategiju.

---

Osobno se zalažem za osnaženje institucija i mislim da bi *fizičku obnovu* ŠNZ trebalo iskoristiti kao poticaj za njenu *duhovnu obnovu*, tj. za ukazivanje povjerenja Školi kao ustanovi da bude nositelj projekta. Zbog meni nejasnih razloga u dosadašnjoj je praksi svih vlada prevladavao skeptičan odnos spram sposobnosti Škole da bude nositelj teorijskog know-how javnog zdravstva.

---

Općenito mi se čini da je u izradi ovakvih dokumenta nužno osnaživati institucionalni i stručni legitimitet postojećih javnozdravstvenih ustanova, posebice onaj ŠNZ Andrija Štampar i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo.

Svjestan sam da u resornom ministarstvu tradicionalno postoji uvjerenje kako se od tih institucija ne može previše dobiti (u stručnom pogledu), ali ja to uvjerenje smatram pogrešnim.

Simbolično i vremensko situiranje naše nacionalne strategije u EU-kontekst posredno bi odredilo i njenu koncepciju, sadržaj i opći ton.

#### **4.1. Konkretno primjedbe i sugestije u odnosu na dio dokumenta koji se odnosi na zdravlje stanovništva**

Najveća je slabost Prijedloga nacionalne strategije vrlo površan pristup prikazu i analizi zdravlja hrvatskog stanovništva (povijesnih trendova, stanja i projekcija), kao i jednako takav pristup ocjeni javnozdravstvenih izazova koji stoje pred našim stanovništvom u slijedećih pet, deset ili dvadeset godina.

Demografskoj, socijalno-epidemiološkoj i javnozdravstvenoj tematici posvećeno je svega nekoliko stranica (sa tri grafička prikaza i četiri tablice) 3. poglavlja koje nosi naslov "Prikaz aktualnog stanja zdravstva u Republici Hrvatskoj". Pristranim izborom i interpretacijom nekih pokazatelja o zdravstvenom stanju (dojenačka smrtnost, očekivano trajanje života, standardizirana stopa smrtnosti od ishemične bolesti srca i DALY) čitatelj dokumenta (primjerice saborski zastupnici, koji u pravilu nisu javnozdravstveni stručnjaci) uopće ne može steći ni približan dojam kakvo je zapravo zdravlje Hrvata i koji su javnozdravstveni prioriteti danas, a još i manje koji nas izazovi očekuju u neposrednoj ili dalekoj budućnosti.

Upravo zbog toga, zdravstvenom stanju i njegovoj dinamici treba pokloniti znatno veću teorijsku, empirijsku i prostornu pažnju.

Uz današnje stanje i pristupačnost javnozdravstvenih statistika (baze podataka SZO-a, OECD-a, EU-a, Svjetske banke i mnoštva specijaliziranih javnozdravstvenih ustanova) taj dio analize nije posebno teško izraditi.

Čak i puki vizualni uvid u bazu podataka Europskog ureda Svjetske zdravstvene organizacije "Atlas of Health in Europe" koje dajem u prilogu mogao bi autorima omogućiti relativno objektivan uvid u

ključne javnozdravstvene prioritete.

U krajnje pojednostavljenom obliku, te bi prioritete mogli ovako definirati:

1. Borba protiv duhanske ovisnosti i pušenja (po smrtnosti od karcinoma pluća naša je zemlja na trećem mjestu u Europi - među 49 zemalja).
2. Briga o starim i nemoćnima (hrvatsko je stanovništvo među najstarijima u Europi i trenutno po udjelu osoba starijih od 65 godina na 10 smo mjestu).
3. Borba protiv raka - po smrtnosti od karcinoma nalazimo se na 11 mjestu (ispred nas su neke od bivših komunističkih zemalja).
4. Prevencija "pandemije" prometnih nesreća - na europskom smo 12 mjestu, također iza bivših komunističkih zemalja.
5. Borba protiv alkoholizma i drugih suvremenih oblika ovisnosti.
6. Pridavanje velike pažnje prevenciji samoubojstava - na 13 smo europskom mjestu.
7. Prevencija kardiovaskularnih bolesti i promicanje zdravlja na tom području - po smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti na 20 smo mjestu u Europi.
8. Prevencija i borba protiv raka dojke - na 21 smo mjestu u Europi po smrtnosti od te bolesti.
9. Promicanje i zaštita duševnog zdravlja kao jednog od temeljnih problema poratne i post-tranzicijske Hrvatske.
10. Sustavna briga o invalidima i hendikepiranim osobama - oko 10 posto stanovništva Hrvatske već danas pripada ovoj osjetljivoj skupini kojoj treba pokloniti status javnozdravstvenog i svakog drugog prioriteta.
11. Promicanje zdravih životnih stilova i zaštita prirodne sredine.

Prethodno navedeni zemaljski javnozdravstveni prioriteti navedeni su tek kao ilustracija, a ne kao teorijski utemeljena ranglista, pošto bi izrada takve rangliste trebala biti jedan od temeljnih zadataka autora Nacionalne zdravstvene strategije.

---

Mislim da bi umjesto pridjeva "nacionalni" koji se previše koristi u Vladi i Saboru trebalo koristiti dva dodatna pridjeva: "državni" (koji bi se odnosi na RH kao državu-naciju) i zemaljski (koji bi se odnosio na hrvatski nacionalni prostor).

---

Skiciranjem moguće rangliste želio sam potaknuti razmišljanje o tome kako su pred stanovništvom Hrvatske novi zdravstveni izazovi koji su posljedica ratnog i tranzicijskog nasljeđa, ali i inertnog prihvaćanja novih životnih stilova i običaja na području prehrane (brza hrana), rada (divlji kapitalizam), stanovanja, obiteljskog i spolnog života, odnosa prema okolišu itd.

Na svim bi tim područjima nositelj projekta trebao organizirati seriju panela i okruglih stolova kroz koje bi se definirala nova zdravstvena politika.

Ovdje ću iznijeti sasvim osobno mišljenje o postojećoj doktrini javnozdravstvene brige o braniteljskoj populaciji koja je svedena na nesretnu kombinaciju državne skrbi, psihijatrijske zaštite i (samo)medikalizacije. Možda bi interdisciplinarni panel u detaljima ili u globalu promijenio tu socijalno-terapijsku paradigmu koja očito (barem kad je u pitanju PTSP) ne daje najbolje rezultate.

4.2. Konkretno primjedbe i sugestije u odnosu na dio dokumenta koji se odnosi na Europsku uniju i zdravstvenu politiku

Vrlo je dobro što su autori Nacionalne strategije dio dokumenta (podpoglavlje 2.3. "Pristup Republike Hrvatske Europskoj uniji") posvetili tematici udruživanja naše zemlje s EU, ali je pristup toj tematici pogrešan, a prostor (tri stranice) nedostatan.

Naime, iako je konstatacija o tome kako zakonska regulativa o organizaciji zdravstva, zdravstvenom osiguranju i zaštiti zdravlja ne pripada pravnoj stečevini EU (već je u nadležnosti država-članica), novi javno-zdravstveni i ekološki izazovi te odluke Europskog suda pravde i Europskog suda za ljudska prava (Vijeća Europe) spontano dovode do nastanka sustava europskih zdravstvenih politika te - u dugoročnoj perspektivi - do euro-harmonizacije nacionalnih zdravstvenih sustava i politika.

Toj tematici i praktičnim posljedicama primjene europskih zdravstvenih politika na hrvatsku zdravstvenu legislativu i praksu trebalo bi posvetiti barem desetak-petnaestak stranica.

Trebalo bi, prije svega, prikazati kronologiju stvaranja specifičnih europskih programa i projekta zaštite zdravlja koji će biti obvezujući i za našu zemlju.

Da bih autorima olakšao posao, ovdje ću iznijeti dio kronologije do 2000. godine koji je objavljen u ranije navedenom dokumentu Zdravstvena strategija Europske zajednice :

---

Akcije u okviru 1993 Public Health Framework-a iz 1993. godine

- The programme of Community action on health promotion, information, education and training<sup>1</sup>,
- The action plan to combat cancer<sup>2</sup>,

- The programme of Community action on the prevention of AIDS and certain other communicable diseases<sup>3</sup>,
- The programme of Community action on the prevention of drug dependence<sup>4</sup>,
- The programme of Community action on health monitoring<sup>5</sup>,
- The programme of Community action on injury prevention<sup>6</sup>,
- The programme of Community action on rare diseases<sup>7</sup>, and
- The programme on pollution-related diseases<sup>8</sup>.

#### Druge aktivnosti Europske unije

- A strategy on tobacco consumption<sup>9</sup>, a Directive on the approximation of the laws, regulations and administrative provisions of the Member States relating to the advertising and sponsorship of tobacco products<sup>10</sup>; a report on smoking prevention<sup>11</sup>, and a proposal for a directive on tobacco products<sup>12</sup>
- A strategy on blood safety and self-sufficiency<sup>13</sup> and the Council Recommendation on the suitability of blood and plasma donors and the screening of donated blood<sup>14</sup>;
- Commission reports on health status in the Community<sup>15</sup> and on the integration of health protection requirements in Community policies<sup>16</sup>;
- Commission staff working papers on the epidemiology and surveillance of Creutzfeldt-Jakob disease and other transmissible spongiform encephalopathies;
- A Community network for the epidemiological surveillance and control of communicable diseases in the Community<sup>17</sup>, and
- A Council Recommendation on the limitation of exposure of the general public to electromagnetic fields 0 Hz to 300 GHz<sup>18</sup>.

1. Decision No 645/96/EC of the European Parliament and of the Council, OJ L 95, 16.4.1996, p. 1.
2. Decision No 646/96/EC of the European Parliament and of the Council, OJ L 95, 16.4.1996, p. 9.
3. Decision No 647/96/EC of the European Parliament and of the Council, OJ L 95, 16.4.1996, p. 16.
4. Decision No 102/97/EC of the European Parliament and of the Council, OJ L 19, 22.1.1997, p. 25.
5. Decision No 1400/97/EC of the European Parliament and of the Council, OJ L 193, 22.7.1997, p. 1.
6. Decision No 372/1999/EC of the European Parliament and of the Council, OJ L 46, 20.2.1999, p. 1.
7. Decision No 1295/1999/EC of the European Parliament and of the Council, OJ L 155, 22.6.1999, p. 1.
8. Decision No 1296/1999/EC of the European Parliament and of the Council, OJ L 155, 22.6.1999, p. 7

---

Izvor: <http://www.eurocare.org/eu/policy/com00-285.pdf>

Posebnu bi pažnju trebalo posvetiti preporukama Foruma Europske unije za zdravstvenu politiku (EU Health Policy Forum) koje već danas mogu imati praktičnu važnost i korisnost u osmišljavanju hrvatskih zdravstvenih politika.

Navodim tek nekoliko primjera:

Prvo: preporuke Foruma održanog u Briselu u studenom 2002. godine o zdravlju (zdravstvu) i proširenju EU (Recommendations on Health and Enlargement).

---

engleski pojam "health" znači istodobno i "zdravlje" i "zdravstvo".

---

Drugo: preporuke Foruma koji je održan u Briselu u prosincu 2003. godine o pokretljivosti zdravstvenih profesionalaca (Recommendations on Mobility of Health Professionals) i u kojem su sudjelovali izaslanici svih sve-europskih profesionalnih udruga (liječnika, zubara, babica, sestara, fizioterapeuta, farmaceuta, zdravstvenih upravitelja i dr.) trebalo bi prilagoditi i usvojiti kao preporuke Hrvatskoga sabora o pokretljivosti zdravstvenih profesionalca u Jugoistočnoj Europi i EU. Naime, Sporazum o stabilizaciji i pridruživanju prisiljava našu zemlju na osiguravanje načela o slobodnom kretanju roba, osoba, kapitala i usluga na prostoru Zapadnog Balkana. Usvajanje i prilagodba euro-preporuka regulirala bi područje uzajamnog priznavanja diploma, licenci i mogućnosti zapošljavanja stranog medicinskog osoblja u Hrvatskoj u vremenu do punopravnog članstva u EU .

---

Mislim da bi u prijelaznom razdoblju od dvije do četiri godine trebalo zadržati praksu pojedinačnog nostrificiranja diploma, a da bi nakon toga trebalo usvojiti EU-model priznavanja svih diploma i licenci koje se zasnivaju na minimalnom trajanju obrazovanja u direktivama Europske komisije za sestre, liječnike, zubare, veterinarske kirurge, babice, arhitekta u zdravstvu i farmaceute.

---

Treće: preporuke Foruma o zdravstvenim službama/uslugama i unutarnjem tržištu (Recommendations on health services and the internal market) iz svibnja 2005. godine. Ove su preporuke nastale kao posljedica niza odluka Europskog suda pravde i Europskog suda za ljudska prava kojima je priznato pravo građanima-pacijentima Europske unije na liječenje u inozemstvu, u zemlji po njihovu slobodnom izboru.

Dvije navedene preporuke najbolja su ilustracija procesa koji bismo mogli nazvati procesom kapilarnog stvaranja europskog sustava zaštite zdravlja!

Zaključujem: iako doktrinarno u Europskoj uniji i dalje vrijedi načelo da pravo i odgovornost za vođenje, upravljanje i provođenje zdravstvene zaštite i dalje pripada isključivo zemljama-članicama, Europski ustav, Europska povelja o temeljnim ljudskim pravima, načelo o slobodnom kretanju osoba i odluke europskih sudova o slobodnom izboru mjesta liječenja sustavno ograničavanju nacionalni javnozdravstveni suverenitet.

Taj suverenitet još i više ograničavaju "više sile": okolnost što suvremene bolesti civilizacije (aids, kravlje ludilo, sars, ptičja gripa, ovisnosti, bolesti koje uzrokuju poremećaji i zagađenja prirodne sredine) ne poštuju nacionalne i regionalne granice.

U taj bi širi kontekst trebalo smjestiti poglavlje o odnosu javnog zdravstva i procesa pridruživanja Hrvatske EU.

#### **4.3. Konkretno primjedbe i sugestije na dio dokumenta koji govori o strategiji razvoja zdravstva (podpoglavljje 3.5., poglavljja 4., 5. i 6.)**

Strategiji razvoja zdravstva nominalno je posvećen najveći dio Nacionalne strategije, što je vrlo dobro. Manje je dobro to što su aktualni i latentni financijski problemi HZZO-a i zdravstva u cjelini toliko veliki da su pažnju autora usmjerili od javno-zdravstvene, socijalno-epidemiološke, zdravstveno-sistemske i zdravstveno-razvojne prema računovodstvenoj i financijskoj tematici: prihodi, rashodi, "način" (sustav i metode) financiranja, jačanje financijske discipline, povećanje alternativnih (u odnosu na obvezno zdravstveno osiguranje) izvora prihoda (doplate, privatna osiguranja, dobrovoljna osiguranja), ograničavanje rasta troškova putem objedinjenih nabava, kapitalne investicije, metode financiranja bolnica, itd.

U ovim poglavljima postoji mnoštvo zanimljivih i korisnih ideja i preporuka (kategorizacija i akreditacija bolnica, poticanje razvoja dnevnih bolnica, razvoj hospicija i ustanova za palijativnu njegu, informatizacija zdravstva, razvoj e-medicine/tele-medicine, davanje prioriteta primarnoj zdravstvenoj zaštiti, promjene u koncepciji ljekarničke djelatnosti, vizija razvoja ustanova javnoga zdravstva itd). Međutim, to mnoštvo ideja često nije teorijski usklađeno. Primjerice, s jedne se strane predlaže smanjenje broja opredijeljenih osiguranika kod svih liječnika primarne zdravstvene zaštite ili povećanje broja razno-raznih kurativnih ustanova, a, s druge se strane, tvrdi da je "potrebno ograničiti rast zdravstvenih troškova i uspostaviti financijsku stabilnost sustava". Ta i mnoge druge kontradikcije pokušavaju se "prevladati" tezom o "pronalaženju novih izvora financiranja zdravstvene zaštite, radi smanjenja javne (potrošnje) na račun privatne potrošnje za zdravstvo" (str. 61.).

U ovim poglavljima malo je ili nimalo rečeno o novim zdravstvenim politikama kojima bi trebala biti najveća pažnja u ovakvim dokumentima.

#### **4.4. Poglavlja koja nedostaju: profesionalni razvoj u medicini, istraživanje i razvoj, međunarodna javnozdravstvena i medicinska suradnja**

Ovo poglavlje trebalo bi napraviti u suradnji sa strukovnim organizacijama, kojih je na području medicine i zdravstva u Hrvatskoj, nažalost, previše te u suradnji s javnim i privatnim obrazovnim, istraživačkim i razvojnim organizacijama.

Kad je u pitanju stvaranje paralelnih medicinsko-strukovnih i interesnih institucija - komore, sindikati, zborovi, društva - taj je trend nesumnjivo štetan za profesionalni razvoj u medicini i za učinkovitu organizaciju NVU (nevladine udruge).

---

Hrvatska liječnička komora, Hrvatski liječnički sindikat, Hrvatski liječnički zbor i slični paralelizmi kod sestrinskih i drugih organizacija.

---

Možda bi izrada ove Nacionalne strategije mogla biti prvi korak u integriranju barem nekih



profesionalnih institucija.

U ovom poglavlju trebalo bi predložiti strategije i politike barem na ovim područjima.

- upisna politika, politika zapošljavanja i migracijska politika na području medicine i zdravstva 2007.-2013. godine (temeljena na bilancama radne snage, demografskim projekcijama i europskim normama o trajanju radnog tjedna - koje dovode u pitanje koncept i tradiciju liječničkih i sestrinskih dežurstava);
- politika profesionalnog razvoja temeljena na koncepciji "ključnih kompetencija": liječništvo, stomatologija (dentalna medicina), sestринство, ljekarništvo, javno zdravstvo, bolnički menedžment, klinička psihologija itd;
- strategija i politika istraživanja i razvoja u hrvatskoj bio-medicini, socijalnoj medicini, javnom zdravstvu, farmakologiji, ekologiji i srodnim područjima;
- strategija i politika medicinskog obrazovanja - u suradnji s resornim ministarstvom za obrazovanje, znanost i sport.
- strategija i politika međunarodne suradnje na području medicine i zdravstva u okviru Sporazuma o stabilizaciji i suradnji i tijekom procesa udruživanja s Europskom unijom.

## 5. Ocjena zakonskih prijedloga o obveznom, dopunskom i privatnom osiguranju

Veliki dio problema u funkcioniranju hrvatskog sustava zdravstvenog osiguranja izvire iz nejasnog vodstvenog, pravnog i upravnog položaja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

Naime, od početka 2002. godine kad je HZZO-u ukinut status autonomnog (izvanproračunskog) fonda i kad su njegova sredstva postala dijelom središnjeg državnog proračuna (sredstva HZZO-a imaju na računu RIZNICE poseban tretman - zadržali su status doprinosa i proračunski se posebno prate), hrvatsko zdravstveno osiguranje izgubilo je dobar dio financijske, upravne i vodstvene autonomije koja je temeljna pretpostavka za institucionalni i stručni razvoj te ustanove.

Politička/stranačka dominacija i nadređenost resornog, ali i ministarstva financija, nad HZZO-om dijelom je posljedica upravo tog para-proračunskog položaja te institucije, ali i sistemskog deficitnog financiranja koja HZZO u stvarnosti pretvara u svojevrsnog proračunskog "prosjaka" koji se nada da će nova administracija biti milostiva i podmiriti naslijeđene, novostvorene i anticipirane dugove. Zato se i možemo kazati da ključnu ulogu u financiranju zdravstva nema HZZO, pa ni Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi već Ministarstvo financija.

Na dvojnu ulogu središnje i županijske vlasti u sustavu zdravstvene zaštite - s jedne strane država je, zbog svog velikog utjecaja na HZZO kupac zdravstvenih programa i usluga, a, s druge strane je davatelj usluga (jer je vlasnik velikih bolnica, domova zdravlja i javno-zdravstvenih - ukazuju i eksperti Svjetske banke u svojoj studiji o financiranju zdravstva u Hrvatskoj).

Kad je u pitanju paket predloženih zakona o osiguranju, oni koncepcijski i (najvećim dijelom) sadržajno ne odstupaju od zakona o zdravstvenom osiguranju iz siječnja 2002. godine.

Tri su veće promjene u odnosu na postojeći Zakon:

Prvo: U predloženom članku 15. i 16. uvodi uvode se dvojne liste lijekova - osnovne i dopunske, što je bitna promjena u odnosu na članak 17. postojećeg Zakona.

Predlagač zakona tvrdi da će uvođenje dvojne liste lijekova HZZO-u donijeti uštedu, na godišnjoj razini, od 303.363.954.42 kune. Tako precizna projekcija djeluje doista iritantno i svakako bi je trebalo promijeniti s nekom "okruglom" brojkom. Važnije od toga : u članku 16., u kojem se precizira način izrade osnovne liste lijekova, govori se da se na tu listu stavljaju po kriteriju "najniže cijene". Taj kriterij djeluje primitivno ekonomistički i trebalo bi ga promijeniti u otprilike ovu formulaciju: najekonomičniji lijek - lijek koji iste kliničke učinke postiže uz najnižu cijenu. Iako se, prividno, radi o stilskoj igri, ne smije se dopustiti da zakonodavac ignorira kvalitetu lijeka kao ključni čimbenik u stvaranju osnovne i dopunske liste lijekova.

Drugo: uvodi se "administrativna pristojba" (teorijski se radi o svojevrsnoj franšizi) u visini na manjem od 5.00 po posjeti liječniku i ne višem od 30.00 kuna mjesečno. Zakonski prijedlog sadrži i niz izuzeća od obveze plaćanja pristojbe: djeca, 80 postotni invalidi, ne plaćaju se planirani preventivni pregledi.

Treće: mijenjaju se uvjeti za ostvarenje prava na naknadu troškova prijevoza pri korištenju zdravstvene zaštite.

Osnovni teorijski prigovor novom zakonskom prijedlogu jest odsustvo bilo kakve ozbiljnije evaluacije petogodišnje primjene postojećeg sustava osiguranja koji se svodi na ovu logiku: (a) osnovni paket usluga pokriven obveznim zakonskim osiguranjem kod kojeg su predviđena značajnija (su)plaćanja pacijenata za specijalističke i bolničke usluge, dijagnostičke testove i lijekove, ali i veliki broj izuzeća od obveza su-plaćanja (b) dopunsko osiguranje kod HZZO-a kojim se pojedinac može osloboditi obveza su-plaćanja, (c) privatno osiguranje kojim se može ostvariti viši konfor i veća kvaliteta zaštite. Bez ozbiljne teorijske i empirijske evaluacije utjecaja skiciranog "trokutastog" modela zdravstvenog osiguranja na ponašanje pacijenta, funkcioniranje zdravstva i zdravlje ljudi nije moguće dati pozitivnu ocjenu novih zakonskih preinaka.

Takva je evaluacija potrebna i može se relativno brzo i dobro napraviti (anketiranjem nalih uzoraka

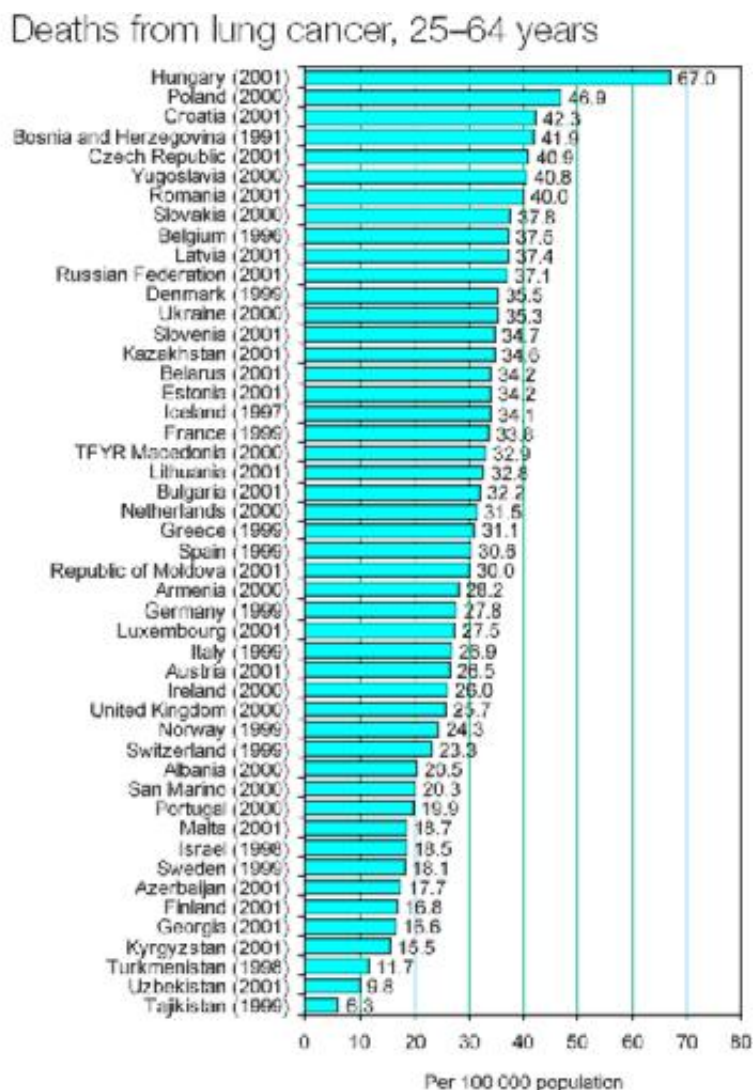
pacijenata i liječnika te analizom serija podataka o utilizaciji).

Postojeći sustav osiguranja, su-osiguranja, su-plaćanja i izravnih plaćanja zdravstvene zaštite rezultirao je već 2000. godine smanjenjem ukupne stope obvezatnog zdravstvenog osiguranja od 18% na 16%, a zatim 2003. godine na 15%. Iako su te stope još uvijek veće od onih u susjednim i drugim uspješnim tranzicijskim zemljama (Slovačka, Češka, Mađarska, Slovenija, Estonija - stope se kreću od 13 do 14%), one su nedovoljne za samoodrživo financiranje zdravstva.

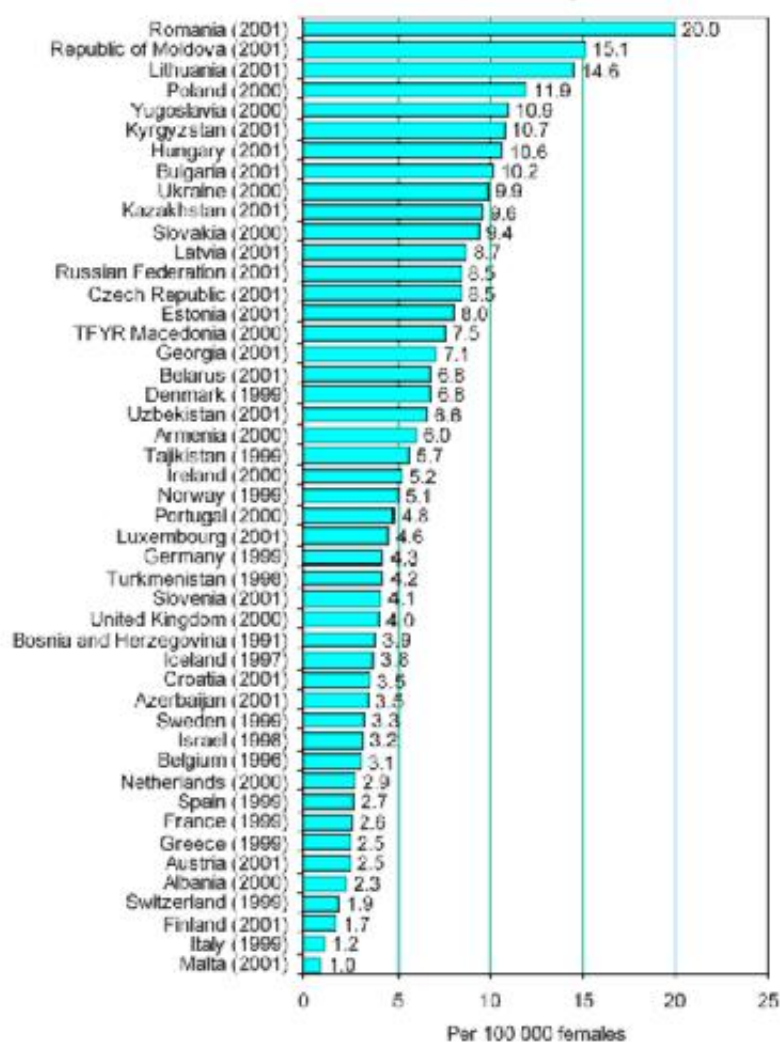
Upravo zbog toga postoji kronični deficit koji se naprosto ne može pokriti fantomskim "novim izvorima": administrativnim pristojbama, dopunskim osiguranjem, izravnim plaćanjima itd.

### Statističko-grafički prilog iz:

Izvor: <http://www.euro.who.int/document/E79876.pdf>

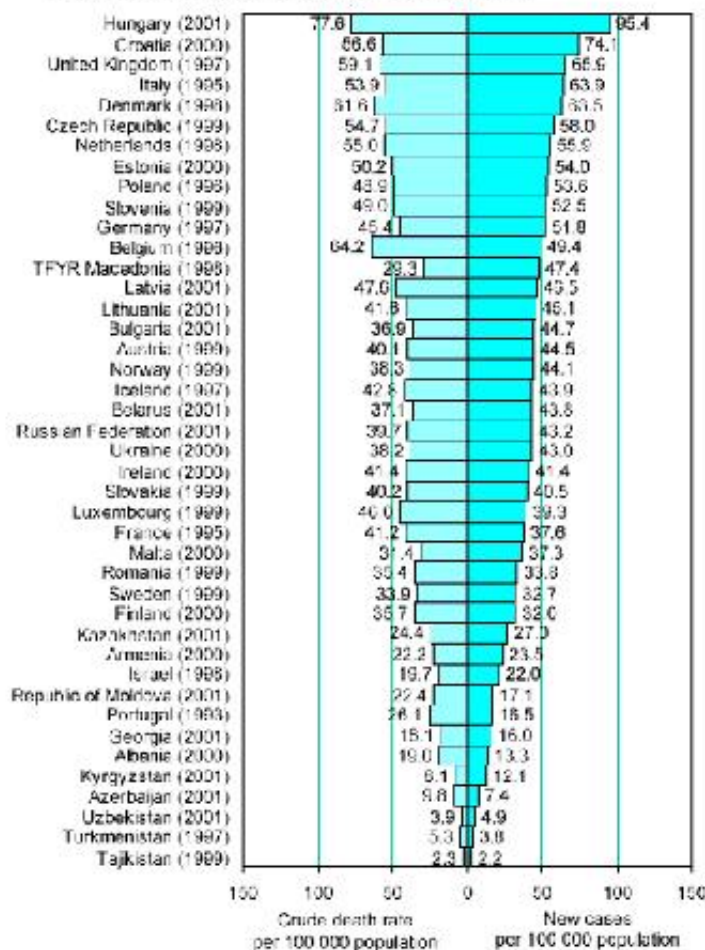


## Deaths from cervical cancer, 25–64 years

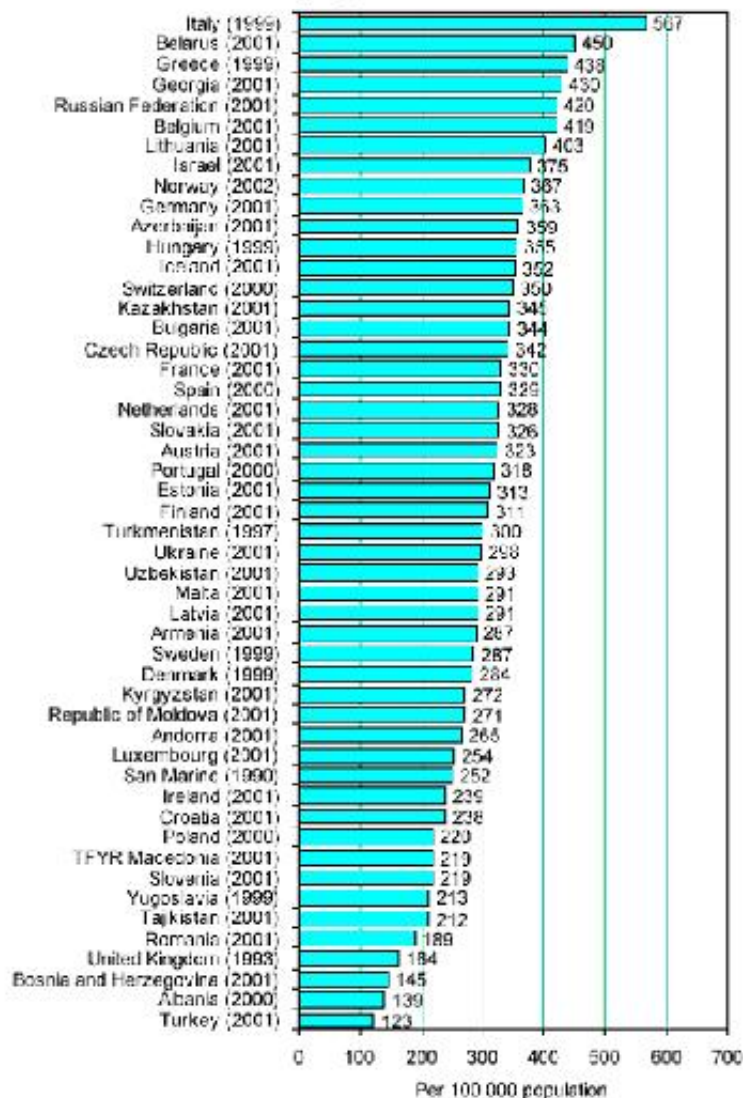




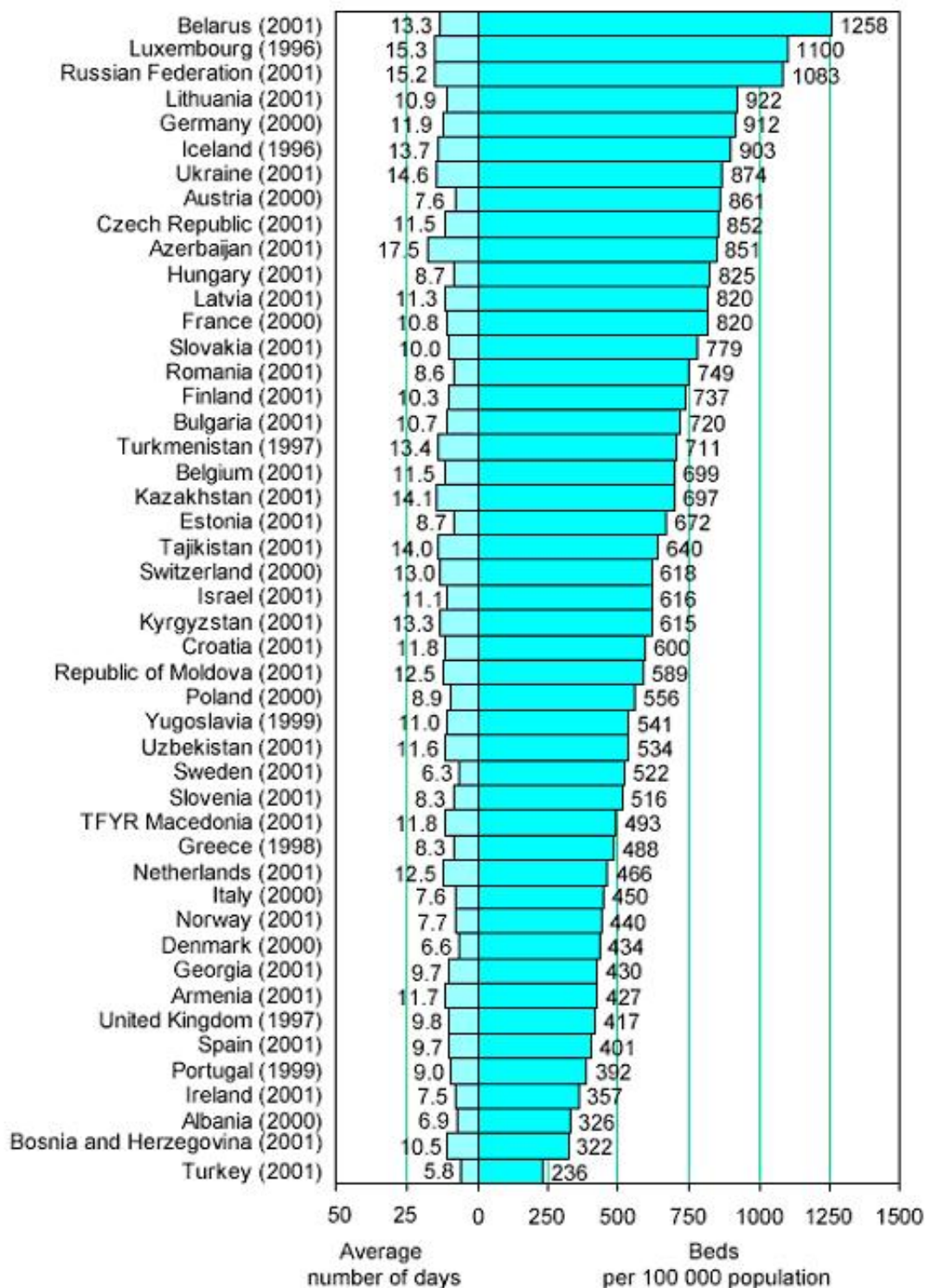
## Lung cancer incidence and deaths



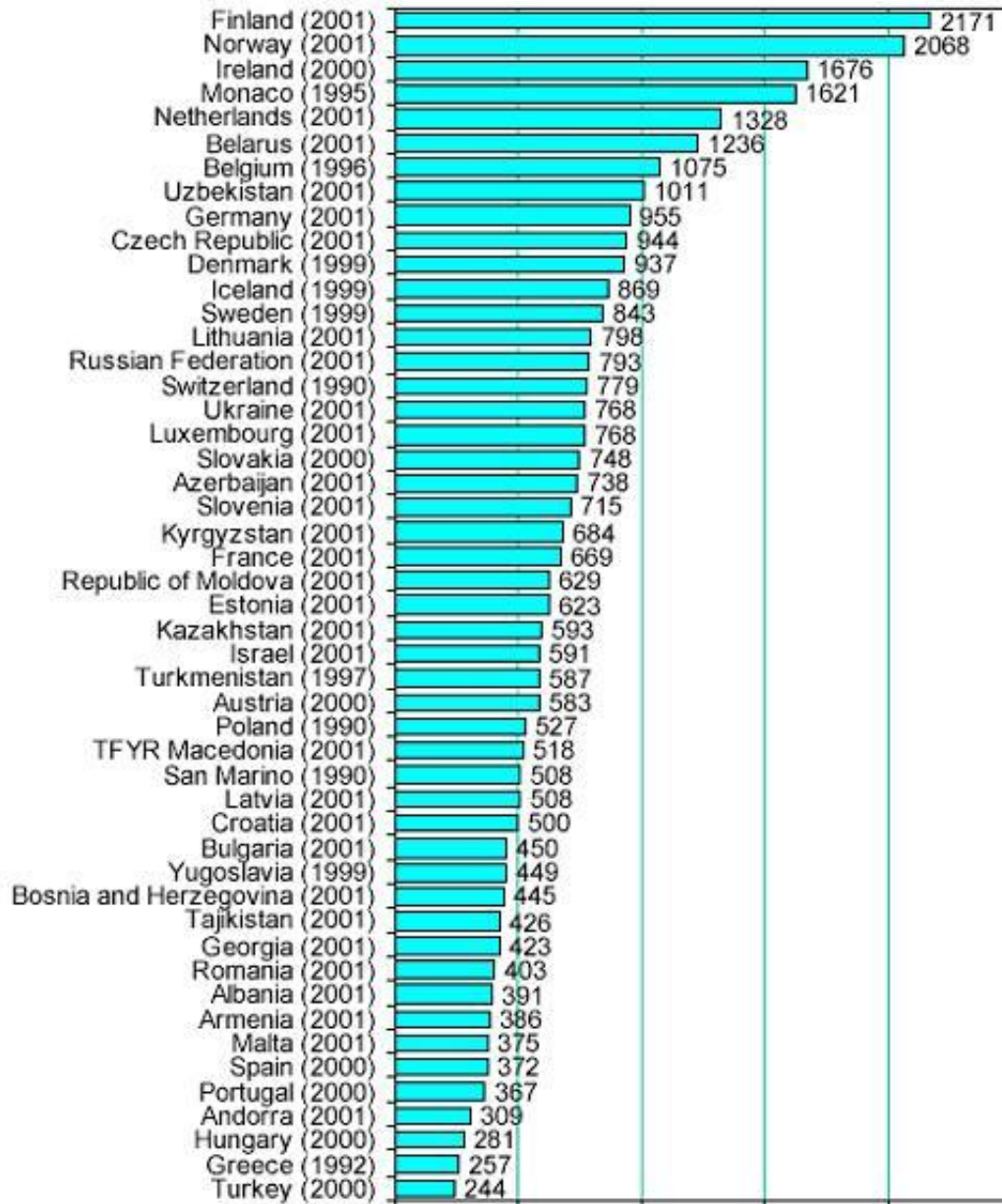
## Number of physicians



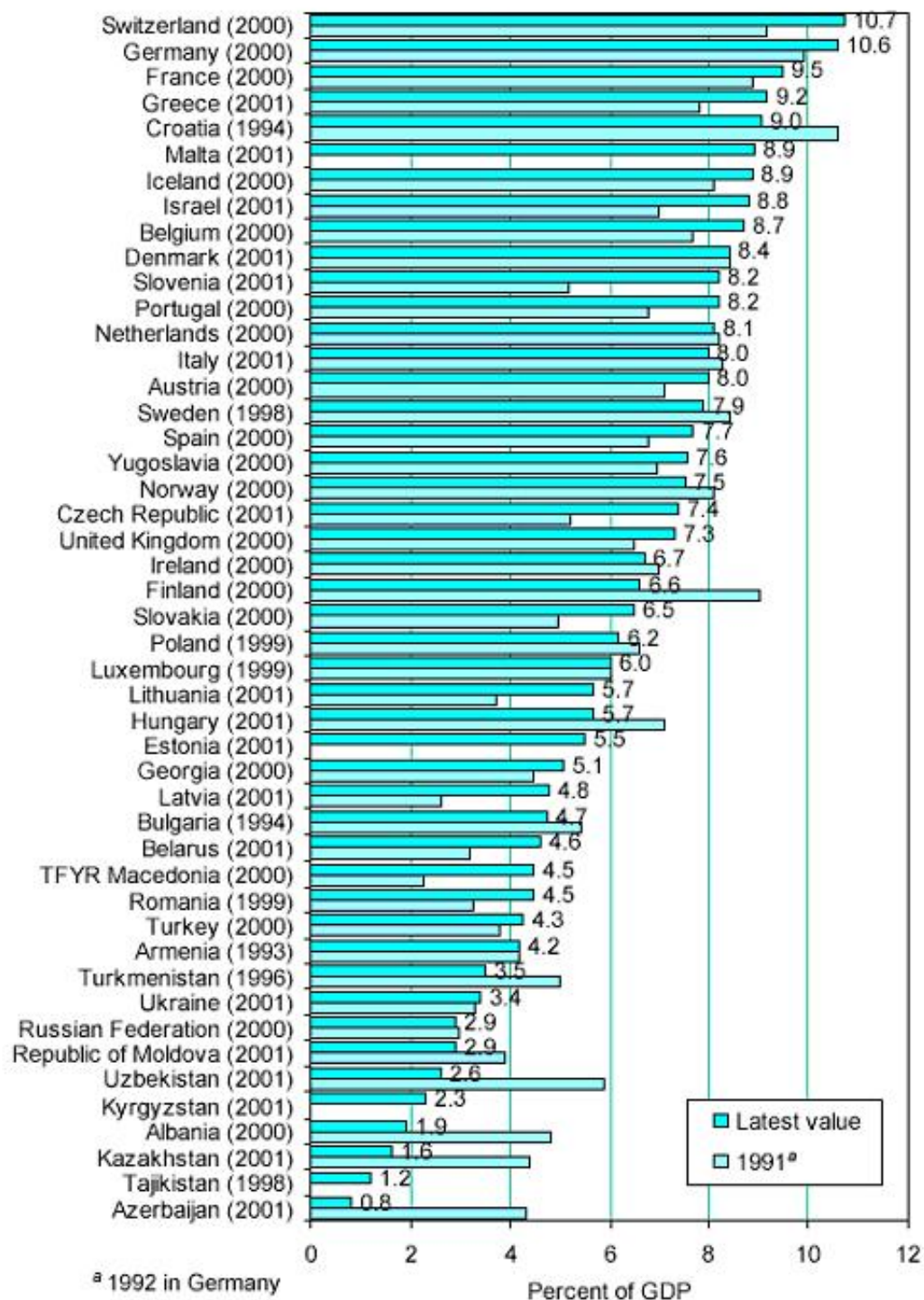
# Number of beds and length of stay in hospital



## Number of nurses

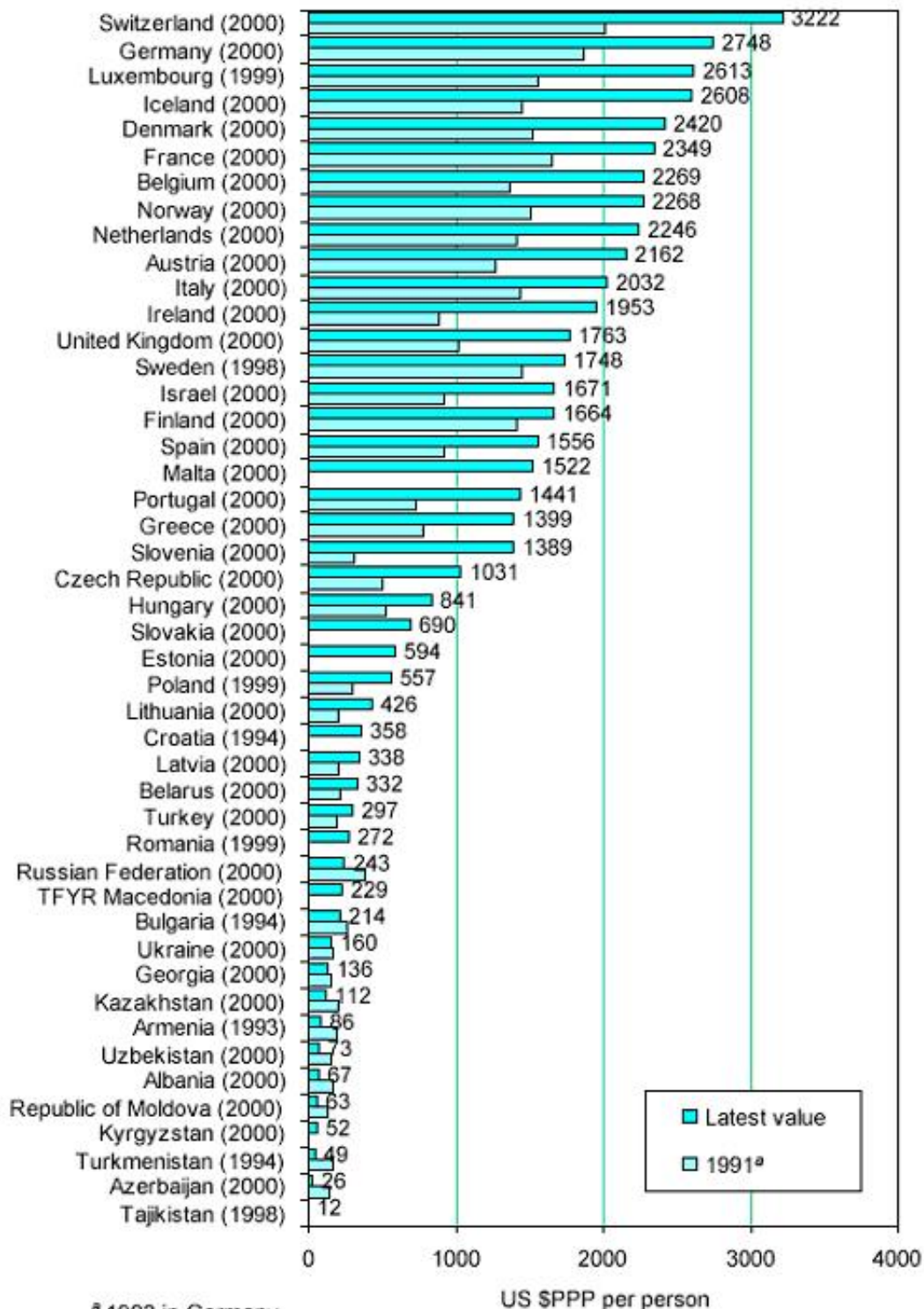


# Total health expenditure as a percent of GDP





# Total health expenditure per person



<sup>a</sup> 1992 in Germany