

Prednosti i nedostaci hrvatskog modela zdravstvenog sustava

Željka Draušnik

Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Sažetak

Dobar zdravstveni sustav pruža pravovremene i kvalitetne usluge stanovništvu, zahtijeva snažan mehanizam financiranja, dobro educirane i adekvatno plaćene davatelje usluga, pouzdane informacije na temelju kojih se donose odluke te dobro održavanu infrastrukturu i logistiku za pružanje kvalitetnih usluga. On štiti prava stanovništva, no, isto tako, pred stanovništvo stavlja određene dužnosti. Pravo na zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj mogu i moraju ostvariti sve osobe s prebivalištem u Hrvatskoj te stranci s odobrenim stalnim boravkom u Hrvatskoj, a financiranje zdravstvenog sustava počiva na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti i svaka osoba u svakom trenutku može dobiti liječničku pomoć. Budući da se zdravstveni sustav u Hrvatskoj redovito u javnosti spominje u negativnom kontekstu, ovaj rad pokušava prikazati njegove najvažnije prednosti i nedostake.

Ključne riječi: zdravstveni sustav, prednosti, nedostaci

Uvod

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (RH), zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje i rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju. U ostvarenju navedenog svi imamo svoja prava, ali i obaveze. Prava se odnose na jednakost u cjelokupom postupku ostvarivanja zdravstvene zaštite, slobodan izbor liječnika, zdravstvenu uslugu standardizirane kvalitete i jednakog sadržaja, prvu pomoć i hitnu medicinsku pomoć kada je ona potrebna, odbijanje liječenja od strane studenata i odbijanje svih drugih intervencija koje bi samostalno obavljali zdravstveni radnici prije položenog stručnog ispita i ishodenog odobrenja za samostalan rad, odbijanje pregleda i liječenja, osim u slučaju kada bi odbijanje ugrozilo zdravlje drugih, uključujući i pravo da se tijekom liječenja pisanim putem zatraži promjena liječnika bez šireg obrazloženja, prehranu tijekom boravka u zdravstvenoj ustanovi u skladu sa svojim svjetonazorom, obavljanje vjerskih obreda za vrijeme boravka u zdravstvenoj ustanovi u za to predviđenom prostoru te opremanje u mrtvačnici u slučaju smrti, uz primjenu vjerskih, odnosno drugih običaja. Dužnosti koje moramo izvršavati su slijedeće: držanje uputa o liječenju dobivenih od svog liječnika, poduzimanje aktivnosti sa ciljem očuvanja i unaprjeđenja svog zdravlja, izbjegavanje rizičnih čimbenika koji ugrožavaju život i zdravlje, pridržavanje kućnog reda zdravstvenih ustanova (1).

Dobar zdravstveni sustav bi trebao pružati kvalitetne usluge svim ljudima, kada i gdje im je to potrebno. Detaljan ustroj se naravno mora prilagoditi svakoj pojedinačnoj zemlji, ali u svim slučajevima zahtijeva snažan mehanizam financiranja, dobro educirane i adekvatno plaćene davatelje usluga, pouzdane informacije na temelju kojih se donose odluke te dobro održavanu infrastrukturu i logistiku za pružanje kvalitetne usluge (2).

Obvezno zdravstveno osiguranje

U RH se na obvezno zdravstveno osiguranje prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (3) moraju osigurati sve osobe s prebivalištem u RH te stranci s odobrenim stalnim boravkom u RH, ako međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukčije određeno, a njime se svim osiguranim osobama osiguravaju prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti. Ako članovi obitelji osiguranika ne mogu po nekoj osnovi ostvariti pravo na zdravstveno osiguranje, isti ostvaruju preko osiguranog člana obitelji. Obvezno zdravstveno osiguranje obuhvaća i prava za slučaj ozljede na radu i profesionalne bolesti koje obuhvaćaju i mjere za provođenje specifične zdravstvene zaštite radnika te dijagnostičke postupke kod sumnje na profesionalnu bolest. Opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja osigurava se svim osiguranim osobama pod jednakim uvjetima. Prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja se mogu podijeliti na pravo na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčane naknade.

Pravo na zdravstvenu zaštitu obuhvaća:

- pravo na primarnu, specijalističko-konzilijarnu i bolničku zdravstvenu zaštitu,
- pravo na lijekove i dentalna pomagala koja su utvrđena osnovnom i dopunskom listom lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO),
- pravo na ortopedska i druga pomagala te
- pravo na zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama i trećim državama.

Pravo na novčane naknade obuhvaća:

- naknadu plaće za vrijeme bolovanja,
- novčanu naknadu zbog privremene nesposobnosti te
- naknadu troškova prijevoza u vezi s korištenjem zdravstvene zaštite iz obveznog osiguranja (4).

Dopunsko, dodatno i privatno osiguranje

Osim obaveznog zdravstvenog osiguranja u RH postoje i dopunsko, dodatno i privatno osiguranje, a koji su definirani Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (5). Dopunskim zdravstvenim osiguranjem osigurava se pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obaveznoga zdravstvenoga 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 obaveznoga 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 RH.

Modeli financiranja zdravstva

U funkcioniranju zdravstvenog sustava svake države središnje mjesto zauzima njegov sustav financiranja. S obzirom na ogroman broj dostignuća moderne medicine, a koja su često enormno skupa, rijetko koja država svim svojim stanovnicima može omogućiti korištenje baš svih tih usluga. I u RH je rastuća zdravstvena potrošnja uz nedostatak financijskih sredstava ogroman problem, koji se već godinama neuspješno pokušava riješiti. Jedan od načina rješavanja tog problema je kombinacija dvaju modela financiranja (Bismarckovog i Beveridgeovog). Prema Beveridgeovom modelu zdravstvo se financira iz poreza koji plaćaju svi građani. Tu su uračunati izravni porezi koje plaćaju pojedinci i tvrtke te neizravni porezi od prodaje roba i usluga. Koliku svotu novaca mora platiti svaki pojedini građanin određuje država, ali država određuje i koliki će dio, tako prikupljenoga novca, na kraju i pripasti zdravstvu. Bismarckov model je zasnovan na obveznom, univerzalnom socijalnom osiguranju, a funkcionira na načelima solidarnosti i uzajamnosti. Naime, zdravstvo se financira iz fonda za zdravstveno osiguranje koji novac dobiva od posebnoga poreza koji plaća radno aktivno stanovništvo (zaposlenici, samozaposlenici i poljoprivrednici). Za nezaposlene, umirovljene i ostale zaštićene skupine stanovništva doprinose fondu uplaćuje država. Stopu doprinosa utvrđuje vlada ili neka druga nevladina tijela, a fond zdravstvenog osiguranja je neovisna, neprofitna, javna ili privatna organizacija čija je djelatnost strogo regulirana državnim propisima. I Bismarckov i Beveridgeov model imaju svojih prednosti i nedostataka. Prednosti Beveridgeovog modela su: opća pristupačnost zdravstvenih usluga, visok stupanj pravednosti, relativno lagano upravljanje te efikasnost (državnoj administraciji je omogućena izravna kontrola proračunskih troškova), dok mu je najveći nedostatak činjenica da o količini financijskih sredstava koja će pripasti zdravstvu odlučuju političari prilikom donošenja proračuna, a zdravstvo je pritom najčešće nedovoljno politički moćno da se izbori za potrebna sredstva. S druge strane, u Bismarcovu modelu postoji veća neovisnost zdravstvenog sustava u odnosu na državni proračun, znatno je veća samostalnost u odlučivanju, sredstva se mogu namjenski trošiti, mogu se transparentno prikazati prikupljena namjenska sredstva, princip financiranja prema mogućnostima omogućava pravednost u financiranju. Nedostaci Bismarcova modela su situacije u kojima dolazi do porasta broja nezaposlenih i drugih skupina od kojih se ne mogu naplatiti doprinosi što dovodi do nedostatka sredstava u fondu, postojanje takozvane "moralne opasnosti" (engl. moral hazard) (situacija u kojoj osiguranici pretjerano i nepotrebno koriste zdravstvenu zaštitu samo zato jer postoji zdravstveno osiguranje), činjenica da postoji velika ponuda vuče za sobom i veliko, odnosno pretjerano korištenje usluga, a to sve uzrokuje preveliku zdravstvenu potrošnju. Porast izravnog sudjelovanja građana u plaćanju zdravstvene zaštite (participacija) u sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja dovodi do nepravednosti u financiranju jer izravno plaćanje u većoj mjeri opterećuje skupine s nižim prohodima nego one s višim prohodima (6).

Uspješnost hrvatskog zdravstvenog sustava bi vjerojatno bila veća, odnosno problemi u sustavu bi bili značajno manji kada bi se postigli bolji rezultati hrvatskoga gospodarstva. Budući da se sustav financiranja temelji na solidarnosti (zaposleni uplatom doprinosa za zdravstveno osiguranje pokrivaju

zdravstvenu zaštitu čitave populacije), jedan od njih je zasigurno povećanje broja zaposlenih. Naime, u strukturi osiguranika, aktivni osiguranici čine 33,90%, umirovljenici 24,54%, poljoprivrednici 0,51%, članovi obitelji 18,71%, te ostali osiguranici 22,34% od ukupnog broja osiguranih osoba (7). Iz ovog prikaza je vidljivo da je samo trećina osiguranika radno aktivna i uplaćuje doprinose za cjelokupno osigurano stanovništvo, a to je dugoročno neodrživa situacija. Situaciju dodatno pogoršava i činjenica da hrvatsko stanovništvo stalno stari. Naime, već godinama se u RH rađa sve manje i manje djece (8), a uz produljenje trajanja života. Usto se u zadnjim godinama povećao broj, mahom mladih, ljudi koji su iselili iz RH. Samo tijekom 2015. godine odselio je 29.651 Hrvat (9). To polagano dovodi do situacije u kojoj, prema sadašnjem načinu financiranja zdravstvene zaštite, uskoro nećemo imati radnika koji bi doprinosima od svoje plaće, financirali taj isti sustav.

Zdravstvenas potrošnja

Porast zdravstvene potrošnje po stanovniku u zadnjim godinama se značajno povećao, a jedan od razloga je zasigurno i struktura stanovništva. Već nekoliko godina se prati smanjenje broja stanovnika RH uz povećanje udjela osoba starijih od 65 godina (10). Starija životna dob i produljenje života sa sobom nose povećanu potrebu za zdravstvenom skrbi, a koja najčešće uključuje skupe dijagnostičke i kurativne tretmane, dugotrajno uzimanje nekoliko vrsta lijekova te zahtjevnu sveobuhvatnu skrb oko pacijenta. Jedan od razloga velike zdravstvene potrošnje po stanovniku je i neracionalno korištenje zdravstvene zaštite. U tom kontekstu se spominje pojam "moralni hazard", a koji se, kako je već navedeno, odnosi na situaciju u kojoj se osigurani pojedinci nedovoljno čuvaju rizika, kao što bi to morali kada ne bi bili osigurani (11). U prilog tome govore podaci o niskom odazivu na preventivne programe, neredovitim sistematskim pregledima, neprimjerenom prehrani (u kvalitativnom i kvalitativnom smislu). Činjenica je i da se pacijentu sa novodijagnosticiranom bolešću, koja bi se uz promjenu životnog stila i navika mogla relativno lako držati pod kontrolom, odmah uvodi terapija (a onda vrlo brzo i politerapija), pacijenta se prečesto šalje na specijalističke preglede, nerijetko i subspecijalističke. Na taj način i sustav, odnosno osoblje generira nepotrebne preglede i postupke pa bih ja definiciju moralnog hazarda proširila i na sve dionike zdravstvenog sustava, ne samo osiguranike. Problem našeg zdravstvenog sustava je što se takvo ponašanje tolerira, a svaki pokušaj promjene je izgleda donešen naglo, bez dubinske analize situacije i dugoročnog planiranja i zato rezultati izostaju. Primjer je nedavni pokušaj uvođenja naplate ne-hitnog pregleda u objedinjenom hitnom bolničkom prijemu.

Usko povezan s time je i nizak udio troškova primarne zdravstvene zaštite u ukupnim troškovima zdravstva (7), a upravo ona bi trebala rješavati glavninu zdravstvenih problema (70 – 80%) stanovništva. Broj upućivanja osiguranih osoba na obavljanje postupaka iz specijalističko-konzilijarne zaštite je u stalnom porastu dok se istodobno smanjuje broj preventivnih usluga što je u izrazitoj opreci s klasičnim poimanjem statusa i uloge primarne zdravstvene zaštite u sustavu zdravstva koja bi morala rješavati (12). Liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti su plaćeni manje od kolega zaposlenih u bolnicama, oni

nisu plaćeni na način da im se stimulira rad, ne potiče se stručno usavršavanje za izvođenje dijagnostičkih pregleda, ne ulaže se u infrastrukturu, a posljedice su nažalost vidljive. Najgore od svega je što pacijenti u velikom broju slučajeva ne vjeruju u njihovu stručnost i znanje, već ih doživljavaju samo kao usmjerivače prema specijalistima. Opet, sustav sam u velikoj mjeri generira takvo mišljenje stavljajući tim liječnicima na teret nevjerovatno mnogo administrativnih obaveza koje im ostavljaju vrlo malo vremena za pacijenta, odnosno cjelokupnu osobu koja stoji ispred njih.

Razvoj zdravstvenog sustava

Kao nedostatak hrvatskog zdravstvenog sustava može se navesti i nedostatna informatička povezanost. Naime, unatoč velikom napretku u informatizaciji u zadnjim godinama, izostaje informatička povezanost pojedinih razina zdravstvene zaštite te zdravstvenih ustanova. Naime, liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti nemaju uvid u bolnički karton svog pacijenta, a često zapravo niti neznaju da im je pacijent hospitaliziran. Djelatnici u ljekarnama također nisu povezani sa liječnicima (osim elektronskih recepata) pa prilikom izdavanja lijekova (neovisno o tome da li se izdaje na recept ili bez njega) nemaju mogućnost uvida u zdravstveni karton pacijenta, što se može negativno odraziti na zdravstveno stanje pacijenta. Veliki problem je i intersektorska nepovezanost, općenita, a ne samo informatička. Ne postoji povezanost zdravstvenog sustava i npr. socijalnog sustava, civilnih društava...

Nadalje, ostaje pitanje primjene određenih suvremenih metoda organizacije i upravljanja, te suvremenih računovodstvenih tehnika koje se primjenjuju u razvijenim zemljama. Dio odgovora na gornja pitanja nalazi se i u činjenici dominirajuće uloge Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranja i s tim povezanog visokog indeksa ovisnosti o javnim financijskim sredstvima (12).

Kao posljedica dugogodišnjeg nesustavnog razvoja zdravstvenog sustava trenutno u RH postoji neravnomjerna koncentracija specijalističke medicine u velikim gradovima, posebice u Zagrebu. No ono što je više zabrinjavajuće je neravnomjernost u pokrivanju sa primarnom zdravstvenom zaštitom. Naime, izolirana, ruralna i otočna područja su liječnicima uglavnom neatraktivna za život i rad te se najčešće događa da jedan liječnik pokriva veliko područje gdje prevladava uglavnom starije stanovništvo koje onda do njega jako teško dolazi, a i mogućnost kućnih posjeta liječnika je u tom slučaju smanjena. Također je već nekoliko godina prisutan nedostatak liječnika, pogotovo specijalista, a pristupanjem Europskoj uniji (EU) taj problem se u kratkom vremenu višestruko povećao. Naime, od ulaska RH u EU čak 525 liječnika je otišlo iz RH (13), dok je mobilnost liječnika unutar sustava minimalna.

Kvaliteta pružene zdravstvene skrbi se uglavnom ne mjeri, a onda se naravno niti odluke o financiranju ne mogu donositi na temelju tih pokazatelja. Ne postoje pokazatelji kvalitete koji bi se sustavno i kontinuirano prikupljali na svim razinama zdravstvene zaštite, a oni pokazatelji koji postoje ukazuju na neujednačenu kvalitetu u različitim zdravstvenim ustanovama (14).

Stalno spominjanje liste čekanja generalno se spominju kao nedostatak zdravstvenog sustava u RH, no rijetko se govori o različitim vrstama lista čekanja. Nije svejedno da li netko dugo čeka na dijagnostičku

pretragu na koju se upućuje zbog novonastalih simptoma, a koji upućuju na malignu bolest ili netko tko mora dva puta godišnje napraviti ultrazvuk abdomena jer se kod njega prati npr. dobroćudna cista bubrega. Opet, određenu krivicu za situaciju snose pacijenti koje se naručuju u nekoliko ustanova istovremeno i naravno ne iskoriste sve termine, liječnici koji nekritički upućuju pacijente na dijagnostičke obrade ili specijalističke preglede, ali i organizacija sustava koja ne iskorištava sve ponuđene ljudske i infrastrukturne kapacitete.

Uzimajući u obzir sve napisano ne čudi da su i liječnici i cjelokupna javnost generalno gledano nezadovoljni stanjem u hrvatskom zdravstvenom sustavu, no ima on i pozitivnih strana. Situacija koja se događa u nekim zemljama da osoba koja teško oboli za liječenje mora rasprodati svu imovinu za nas je, na sreću, nezamisliva. Naime, čak 99% stanovništva RH je pokriveno osnovnim zdravstvenim osiguranjem, a koji pokriva na početku teksta navedene usluge. Način na koji se sustav financira i u stvarnosti, a ne samo na papiru, počiva na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti. Svaka osoba u svakom trenutku može dobiti liječničku pomoć, a nerijetko i specijalističku, "preskačući" primarnu zdravstvenu zaštitu, a nezanemariv dio koji sustav obuhvaća je i pravo na novčanu naknadu. Za univerzalnu cijenu mjesečne police dopunskog zdravstvenog osiguranja, osigurano nam je pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obaveznoga zdravstvenoga osiguranja. Čak su nam i skupi lijekovi i postupci relativno dostupni. No, kako u svemu, tako i u zdravstvu treba znati postavljati granice. Da li je baš sve što je dostupno zaista svima i potrebno (odmah i sada)? Da li nas činjenica da od neke bolesti možemo biti "besplatno" liječeni oslobađa obveze da se trudimo niti ne razboliti se? Činjenica je da se žalimo na zdravstveni sustav, ali koliko svi mi pojedinci pridonosimo njegovu kretanju prema naprijed, odnosno stajanju na mjestu? Uza sve moguće reforme zdravstvenog sustava i svu političku volju, dok svaki pojedinac ne preuzme na sebe dio odgovornosti za svoje zdravlje ne možemo ni očekivati neko veliko poboljšanje.

Literatura:

1. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine, 150/08, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 35/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 22/14, 154/14, 70/16.
2. Svjetska zdravstvena organizacija. Dostupno na: http://www.who.int/topics/health_systems/en/ Pristupljeno: 28.12.2016.
3. Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju. Narodne novine, 80/13, 137/13.
4. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Opseg prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. Dostupno na: <http://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/kosarica-beneficija/> Pristupljeno: 28.12.2016.
5. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Narodne novine, 85/06, 150/08, 71/10.
6. Modeli i struktura zdravstvenih sustava. Dostupno na: <http://www.zzjzsz.hr/wp-content/uploads/2014/10/Modeli-i-struktura-zdravstvenih-sustava.pdf> Pristupljeno: 28.12.2016.
7. Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2015. godinu. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Zagreb. 2016.
8. Rodin U. Prirodno kretanje u Hrvatskoj u 2015. godini. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb. 2016.

9. Državni zavod za statistiku. Prvi rezultati za 2015. godinu. Zagreb. 2016. Dostupno na: www.dzs.hr Pristupljeno: 29.12.2016.
10. Državni zavod za statistiku. Popis stanovništva, kućanstava i stanova 2011. Zagreb. 2013.
11. Šućur Z. (priredio). Englesko-hrvatski pojmovnik socijalne politike. Revija za socijalnu politiku, Svezak 6, Br. 2. 1999.
12. Kovač N. Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. Ekonomski vjesnik. Br. 2/2013. 551-563.
13. Hrvatska liječnička komora. Dostupno na: www.hlk.hr Pristupljeno: 30.12.2016.
14. Vlada Republike Hrvatske. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. Nacionalna strategija za zdravstvo 2012.-2020. Zagreb. 2012.