

# Zdravstvena reforma u Hrvatskoj

Svjetska banka  
 Odjel za Albaniju i Hrvatsku  
 Zagreb

UDK: 304:614(497.5)  
 369.2(497.5)

Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske  
 Zagreb

*Svjetska banka svojim studijama i prijedlozima u velikoj mjeri utječe na smjer i opseg socijalnih reformi u Hrvatskoj. U prošlom broju časopisa objavili smo dio studije Svjetske banke posvećen mirovinskoj reformi, a u ovom broju objavljujemo dio posvećen reformi zdravstvenog sektora. Valja napomenuti to da je Svjetska banka u lipnju 1999. godine objavila posebnu studiju o zdravstvenom sektoru (Croatia. A Health Policy Note) te da su oba dokumenta važan izvor prijedloga za reformu hrvatskog zdravstva.*

*U drugom dijelu ovog priloga objavljujemo dio dokumenta Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske iz lipnja 2000. godine pod naslovom Reforma zdravstva. Strategija i plan reforme zdravstva i zdravstvenog osiguranja Republike Hrvatske.*

**Ključne riječi:** zdravstvena reforma, Svjetska banka, Ministarstvo zdravstva, Hrvatska.

## SVJETSKA BANKA: REFORMA ZDRAVSTVENOG SEKTORA

### SAŽETAK ANALIZE

#### Kriza u zdravstvenom sustavu

Hrvatski zdravstveni sustav nalazi se u kritičnom i vrlo nestabilnom stanju, s nedostatnim financijskim sredstvima i neodgovarajućim sustavom pružanja zdravstvene zaštite. Hrvatska trenutno troši oko 9 posto svog BDP-a na zdravstvo, uz procijenjenih 7,2 posto BDP-a iz javne potrošnje u 1999. godini. To je izdvajanje među najvišima u usporedbi sa zapadnoeuropskim zemljama te dosta iznad izdvajanja u zemljama Srednje i Istočne Europe. Štoviše, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) posluje s velikim i neodrživim deficitom zbog dospjelih, a nenaplaćenih dugova. Krajem 1998. godine, neplaćene obveze iznosile su 3,76 milijardi kuna ili oko 2,7 posto BDP-a, što je porast od gotovo jedan posto BDP-a godišnje, u razdoblju od 1996. do 1998. godine. Iako je teorijska razina neplaćenih obveza iznosila oko 90 posto obveza (najviše iz javnog sektora) perspektive za njihovo na-

plaćivanje bile su male, a mjesečni deficit HZZO-a porastao je na 160 milijuna kuna do kraja svibnja 1999. Taj sektor, stoga, predstavlja glavni fiskalni problem te povećava ranjivost cjelokupnih financija javnog sektora.

Iako su potrebne promjene u izvorima prihoda i učinkovitosti naplaćivanja prihoda, visoka razina izdataka u odnosu na BDP ukazuje na to da srednjoročna rješenja ponajprije leže u djelotvornijem trošenju u zdravstvu, a ne u njegovim višim prihodima. Zdravstveni sustav mora krenuti s odvažnim sustavnim reformama ili će nazadovati. Daljnjim reformama Hrvatska se može nadovezati na početnu stabilizaciju, postignutu zdravstvenom reformom iz 1993. godine te postići dugoročnu održivost. U suprotnom slučaju, zdravstveni sustav bi mogao postati sve nefunkcionalniji i nedjelotvorniji.

#### Kratkoročne mjere

Postoji niz kratkoročnih mjera koje bi mogle pomoći u zaustavljanju rastućih izdataka i deficita sustava zdravstvene zaštite. One bi postavile gornju granicu potrošnje u zdravstvu i prokrčile put učinkovitim poboljšanjima koja

pokreću strukturne reforme. Kratkoročno, mjere koje bi pomogle u kontroli potrošnje uključuju:

- Zadržati globalne proračune za bolnice te uvesti čvrste gornje granice za poliklinike;

- Uvesti moratorije na visoke kapitalne izdatke za kupnju, kako za građevinske zahvate i obnovu, tako i za skupu opremu. Moratorij se ne bi odnosio na manje popravke čija je svrha unaprijed rješavati ozbiljnije strukturne probleme;

- Ne sklapati nove neograničene ugovore za sekundarnu i tercijarnu razinu. To bi predstavljalo dio šireg pokušaja da se kontrolira porast plaćanja u javnom sektoru, a to treba učiniti u sklopu brzog preispitivanja plaćanja u javnom sektoru, kao i strategije razvoja javnog sektora; te

- Smanjiti troškove koje plaća HZZO na lijekove određivanjem fiksnog postotka postojeće stope. To bi moglo predstavljati jednokratnu promjenu za određeno razdoblje, a može se opravdati visokom proizvođačkom prodajnom maržom.

Postoje također i kratkoročne mjere u pogledu prihoda, koje bi pomogle kontrolirati neodrživi sektorski deficit:

- Integrirati prikupljanje doprinosa od strane HZZO-a u jedinstveni sustav izvješćivanja i prikupljanja koji će se razviti u kontekstu mirovinske reforme, u suradnji s Hrvatskim registrom osiguranika i ZAP-om;

- Povećati sadašnju razinu participacije za čitav niz usluga, u kontekstu šireg preispitivanja politike participacije. Povećanja bi ovdje (npr. od 5 kuna na 20 kuna za posjet liječniku primarne zdravstvene zaštite) imala dvojni učinak smanjivanja nepotrebnih posjeta i povećavanja prihoda; te

- Smanjiti udio stanovništva koji ima prava na oslobođenje od plaćanja participacije. Trenutačno oko 80 posto stanovništva ima pravo na to oslobođenje, što je neodrživo.

### Srednjoročne mjere

Iako su gore navedene mjere hitne kako bi se riješila neposredna fiskalna kriza u zdravstvenom sektoru, one nisu zamjena za temeljito prevrednovanje strukture zdravstva u Hrvatskoj. Već se koriste mnoge čisto financijske poluge za ograničavanje izdataka u zdravstvu,

poput glavarina u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i globalnih proračuna za ustanove. Daljnja poboljšanja djelovnosti sredstava koja se koriste u zdravstvenom sektoru zahtijevat će promjene u nizu potrebnih, a politički teških reformi.

**Srednjoročni prioriteti strukturne reforme** u zdravstvenom sektoru uključuju:

- **Definiranje osnovnog paketa zdravstvene zaštite** koji bi bio javno financiran. Postojeći raspon usluga je nemoguće priuštiti te ne predstavlja učinkovit odgovor postojećem bremenu bolesti u zemlji. Definicija tog paketa uključivala bi dvije komplementarne reforme: (a) treba načiniti popis osnovnih lijekova koji se refundiraju; te (b) treba, također, preispitati sustav participacije;

- **Poboljšanje kliničke prakse i prakse izdavanja receptata.** Postojeća klinička praksa doprinosi neučinkovitosti u zdravstvenom sektoru jer se pacijente često nepotrebno liječi na bolničkoj osnovi i uz veći trošak. Postoji potreba za pilot projektima alternativnih razina zdravstvene zaštite (poput dnevne kirurgije, dnevne bolnice, hospicija, patronaže i drugih programa kućnog oporavka) koji mnogo više odgovaraju zaštiti kakvu pacijenti traže. Neadekvatnu kliničku praksu pogoršava praksa izdavanja receptata, jer se pretjerano prepisuju lijekovi i često koriste poznati proizvodi, iako bi manje poznati proizvodi bili isplativiji;

- **Racionaliziranje zdravstvene infrastrukture.** Hrvatski sustav pružanja zdravstvene zaštite ima veliki broj objekata, posebice specijalističkih objekata. To predstavlja veliki izvor neučinkovitosti sektora. Provođenje brze kategorizacije bolničkih objekata i, po toj osnovi, priprema i provođenje inicijalnog programa za racionalizaciju objekata i njihovih kliničkih programa, predstavlja najbrži put do ostvarenja srednjoročnih prioriteta;

- **Poboljšanje investicijskih odluka.** Odluke o velikim ulaganjima zanemaruju implicirane tekuće troškove rada, održavanja i zamjena. Održivi proračun zahtijevat će smanjivanje aktivnosti nižeg prioriteta, da bi se oslobodila sredstva za one visokoprioritetne; te

- **Farmaceutski sektor** karakterizira odsutnost načela djelovanja, što na nekoliko načina doprinosi velikoj neučinkovitosti u tome sektoru. To uključuje i pretjerano velikodušnu listu osnovnih lijekova, lošu praksu izdavanja receptata te nekonkurentan postupak dobavljanja lijekova u javnom sektoru. Potrebno je

formulirati nacionalnu politiku lijekova, koja bi promicala integrirani pristup razvoju učinkovitije i odgovornije politike lijekova.

### **Reforma zdravstvenog financiranja i plaćanja davateljima usluga**

Prioritetna područja reforme jesu:

- Procjena osnove financiranja HZZO-a i kreiranje *adekvatnije podjele odgovornosti u financiranju zdravstva između HZZO-a i proračuna* (osobito za dio stanovništva koji ne radi). Za to je potrebno preispitati razinu financiranja HZZO-a iz plaća radnika, kao i mogućnost proračuna da apsorbira dodatne zdravstvene izdatke u kontekstu ukupnoga fiskalnog ograničenja;

- Kao dio ove procjene, potrebno je preispitati raspon *socijalnih naknada koje trenutno isplaćuje HZZO* (npr. naknada za vrijeme bolovanja i porodiljskog dopusta) s obzirom na odgovarajući izvor financiranja, kao i s obzirom na to jesu li postojeće razine tih primanja fiskalno održive; i

- Također postoji potreba da se dalje razvijaju *reformne socijalnih naknada koje trenutno isplaćuje HZZO* (npr. naknada za vrijeme bolovanja i porodiljskog dopusta) s obzirom na odgovarajući izvor financiranja, kao i s obzirom na to jesu li postojeće razine tih primanja fiskalno održive; i
- Također postoji potreba da se dalje razvijaju *reformne socijalnih naknada koje trenutno isplaćuje HZZO* (npr. naknada za vrijeme bolovanja i porodiljskog dopusta) s obzirom na odgovarajući izvor financiranja, kao i s obzirom na to jesu li postojeće razine tih primanja fiskalno održive; i

Također postoji potreba da se dalje razvijaju *reformne socijalnih naknada koje trenutno isplaćuje HZZO* (npr. naknada za vrijeme bolovanja i porodiljskog dopusta) s obzirom na odgovarajući izvor financiranja, kao i s obzirom na to jesu li postojeće razine tih primanja fiskalno održive; i

Također postoji potreba da se dalje razvijaju *reformne socijalnih naknada koje trenutno isplaćuje HZZO* (npr. naknada za vrijeme bolovanja i porodiljskog dopusta) s obzirom na odgovarajući izvor financiranja, kao i s obzirom na to jesu li postojeće razine tih primanja fiskalno održive; i

### **Inicijative u području javnog zdravstva**

Hrvatska je s pravom ponosna na svoju jaku tradiciju javnog zdravstva. Pa, ipak, postoji čitav niz inicijativa kod kojih bi taj naglasak trebao biti pojačan, uključujući jačanje procesa donošenja odluka i analiza u području javnog zdravstva, a unutar Ministarstva zdravstva.

## **A. SUMARNA DIJAGNOZA**

### **Sadašnja situacija**

Hrvatski zdravstveni sustav nalazi se u kritičnom i vrlo nestabilnom stanju, s nedostatnim financijskim sredstvima i neodgovaraju-

ćim sustavom pružanja zdravstvene zaštite. Hrvatska trenutno troši oko 9 posto svog BDP-a na zdravstvo, uz procijenjenih 7,2 posto BDP-a iz javne potrošnje u 1999. godini. To je izdvajanje među najvišima u usporedbi sa zapadnoeuropskim zemljama te dosta iznad izdvajanja u zemljama Srednje i Istočne Europe. Štoviše, HZZO posluje s velikim i neodrživim deficitom zbog dospjelih, a nenaplaćenih dugova. Krajem 1998. godine, neplaćene obveze iznosile su 3,76 milijardi kuna ili oko 2,7 posto BDP-a, što je porast od gotovo jedan posto BDP-a godišnje, u razdoblju od 1996. do 1998. godine. Iako je teorijska razina neplaćenih obveza iznosila oko 90 posto obveza (najviše iz javnog sektora) perspektive za njihovo naplaćivanje bile su male, a mjesečni deficit HZZO-a porastao je na 160 milijuna kuna do kraja svibnja 1999. Taj sektor, stoga, predstavlja glavni fiskalni problem te povećava ranjivost cjelokupnih financija javnog sektora. Imajući u vidu postojeći ukupni deficit, deficit HZZO-a se ne može podnijeti, a neuspjeh u ograničavanju njegove eskalacije posljednjih godina mogao bi predstavljati prijetnju makroekonomskoj ravnoteži.

Do ove situacije došlo je usprkos značajnim reformama u ovome sektoru, uvedenima 1993. godine kao reakcija na krizu financiranja prethodne godine. Te su reforme bile usmjerene na povećavanje učinkovitosti i kontroliranje troškova u sektoru kroz: centraliziranje financijskih tokova u HZZO-u i poboljšanje poslovnih informacijskih sustava, mjere kontrole troškova poput sustava glavarina u primarnoj zaštiti i globalnih proračuna za sekundarnu i tercijarnu zaštitu, revidiranje mehanizma za raspodjelu proračuna s ciljem pomicanja resursa u primarnu zaštitu te stvaranje okvira za sudjelovanje privatnog sektora. Međutim, problemi Hrvatske u sektoru zdravstva pokazuju kombinaciju posljedica neuspjeha u rješavanju niza drugih strukturnih slabosti unutar sustava, dok se u isto vrijeme nastavljalo s ulaganjem u skupe medicinske objekte i opremu.

Iako su potrebne promjene u izvorima prihoda i učinkovitosti naplaćivanja prihoda, visoka razina izdataka u odnosu na BDP ukazuje na to da srednjoročna rješenja ponajprije leže u djelotvornijem trošenju u zdravstvu, a ne u njegovim višim prihodima. Zdravstveni sustav mora krenuti s odvažnim sustavnim reformama ili će nazadovati. Daljnjim reformama

Hrvatska se može nadovezati na početnu stabilizaciju, postignutu zdravstvenom reformom iz 1993. godine te postići dugoročnu održivost. Te reforme imaju nekoliko vrлина koje daju osnovu za stvarni napredak, kao što djeluju i druge vrline hrvatskoga zdravstvenog sustava, poput njegova tradicionalnog naglaska na ustanove i programe javnog zdravstva. Međutim, ukoliko se ne poduzmu strukturne reforme, zdravstveni sustav će postati sve nefunkcionalniji i nedjelotvorniji te podložan proizvoljnim ili fiskalno motiviranim odlukama koje režu kratkoročne izdatke, ali koje riskiraju slabljenje dugoročne djelotvornosti sustava.

## B. PROBLEMI U SEKTORU ZDRAVSTVA

Vlada treba brže i odlučnije postaviti strukturu i poticaje za sustav zdravstvene zaštite koji je fiskalno održiv, koji rješava prioritete potrebe zdravstva (uključujući naglašavanje preventivnih programa) te koji to čini s naglašenom brigom za pravednost. To će zahtijevati rješavanje ključnih problema u zdravstvenom sektoru.<sup>1</sup> Jedan broj tih problema prepoznat je 1999. godine tijekom izrade nacrtu Programa reforme zdravstva. Oni uključuju:

- *Odsutnost ukupne strategije zdravstvenog sektora*, što pruža okvir utvrđivanju ključnih prioriteta i razmjena u tom sektoru. To se počelo rješavati u 1999. godini kroz rad na nacrtu Programa reforme zdravstvenog sektora. Nova Vlada voljna je graditi na već postojećem, no usredotočuje se više na troškovne i financijske implikacije nekih glavnih prijedloga reformi;
- *Ograničeni napredak u definiranju osnovnog paketa zdravstvene zaštite* koji se financira iz javnih prihoda, što bi usredotočilo ograničene javne resurse na prioritete zdravstvene uvjete i usluge;
- *Podjela odgovornosti za financiranje* koja nije u skladu s osnovnim načelima zdravstvenog osiguranja. Do danas je HZZO imao odgovornost za najveći dio financiranja, čak i za one koji nisu u sustavu doprinosa. Njegova je financijska pozicija, stoga, strukturno potkopana i treba ga podržati sredstvima općih prihoda (npr. 1999. godine proračun je financirao obveze nepodmirene više od 90 dana te je iz-

dao Vladina jamstva na kratkoročne vrijednosnice HZZO-a da bi pokrio obveze koje su bile nepodmirene preko 60 dana). U isto vrijeme, sposobnost državnog proračuna da preuzme odgovornost za financiranje stanovništva koje nije obuhvaćeno sustavom doprinosa bit će u kratkoročnom i srednjoročnom razdoblju izuzetno ograničena;

- *Mehanizmi plaćanja davateljima usluga*. Veliki problemi u vezi mehanizama plaćanja davateljima usluga postoje i u bolnicama i u sektoru primarne zdravstvene zaštite. Postojeći sustav u bolnicama iskripljava raspodjelu resursa jer odvojeno plaća za svaku uslugu u okviru boravka u bolnici te ne uzima potpuno u obzir dodatne troškove tretmana ozbiljnije bolesnih pacijenata. Štoviše, visina isplata kod nekih usluga ne odražava točno njihove stvarne troškove. U primarnoj zaštiti će liječnici vjerojatno učiniti grešku u vidu izdavanja pretjeranog broja recepata ili uputnica. Pacijenti zahtijevaju takve usluge čak i kada bi liječnik primarne zdravstvene zaštite mogao pružiti odgovarajući tretman. Liječnik koji upućuje pacijente na višu razinu zdravstvene zaštite smanjuje sebi količinu posla bez financijske kazne. Da bi se ispravila ovakva situacija potrebne su strukturne promjene;

- *Uloge, sposobnosti i klinički programi* postojećih objekata zdravstvene zaštite predstavljaju *skup neučinkovitih objekata*. To je zajednička karakteristika post-socijalističkih sustava zdravstvene zaštite;

- *Upravitelji objekata zdravstvene zaštite nemaju upravljačku autonomiju* (uključujući kadrovska pitanja i pitanja troškova) kao i upravljačke sposobnosti i sredstva pomoću kojih bi mogli iskoristiti dodatnu autonomiju koja bi im mogla biti odobrena. To ih, opet, čini manje odgovornima za adekvatnost, kvalitetu i troškove pruženih usluga;

- *Odluke o većim ulaganjima* (za strukturna ulaganja, kao i za važnu opremu) donose se bez odgovarajućeg znanja ili brige za troškovne implikacije takvih odluka. To vrši pritisak na proračune koji trebaju financirati prioritete aktivnosti;

- *Ne postoji nacionalna politika lijekova* koja bi pomagala u rješavanju niza problema u

<sup>1</sup> Ti problemi, kao i predloženi pristup za njihovo rješavanje, detaljnije su razmotreni u *Croatia. Health Sector Policy Note* (Svjetska banka, lipanj 1999.)



farmaceutskom sektoru, uključujući: osnovnu listu lijekova koja se ne zasniva na biti same bolesti niti je povezana s protokolom liječenja, praksu liječnika pri izdavanju receptata koji ne propisuju lijekove racionalno te farmaceutsku industriju s nekonkurentnom i netransparentnom praksom nabave, što je dovelo do velike eskalacije cijena lijekova. Cijena lijekova u javnom sustavu porasla je s oko 7 posto ukupnih troškova u 1990. godini na preko 25 posto u 1997. godini. Iako u tranzicijskim gospodarstvima nije neuobičajeno da cijene lijekova i izdaci rastu dok tržišne cijene stoje, porast cijena u Hrvatskoj nadmašio je druge zemlje u regiji (npr. Slovenija je 1997. potrošila 13 posto izdataka javnog zdravstva na lijekove); te

- HZZO je odgovoran za niz socijalnih naknada (npr. naknada za vrijeme bolovanja i porodiljskog dopusta) za koja nije sasvim jasno bi li trebao biti odgovoran – ili jedini odgovoran – a ta su prava darežljivija nego što bi HZZO mogao bez problema podnijeti.

### C. RASPOLOŽIVE OPCIJE

Već se koriste mnoge čisto financijske polumerke za ograničavanje izdataka u zdravstvu, poput glavarina u primarnoj zdravstvenoj zaštiti i globalnih proračuna za ustanove. Daljnja poboljšanja djelovnosti sredstava koja se koriste u zdravstvenom sektoru zahtijevat će promjene u nizu potrebnih, a politički teških reformi. Dok je u većini gore navedenih područja glavni smjer reformi jasan, u nekim slučajevima postoje različiti instrumenti ili pristupi koji bi se mogli upotrijebiti za postizanje ciljeva. Tu će biti potreban dodatni niz mjera za uvođenje ozbiljnog ograničavanja troškova u kratkom roku, dok se smišljaju radna načela za povećanje učinkovitosti i održivosti sustava u srednjoročnom do dugoročnom razdoblju. Te su mjere niže navedene.

*Kratkoročno ograničavanje troškova.* Mjere ograničavanja troškova potrebne su na više frontova. Prvo je potrebna kontrola troškova za plaće, s ciljem da se "kupi vrijeme" za temeljitije preispitivanje kadrovske politike u sektoru. Međutim, to je područje gdje se problemi zdravstvenog sektora ne bi trebali rje-

šavati izolirano, već kao dio ukupnoga preispitivanja strukture, razina i sustava određivanja plaća u javnom sektoru. Kratkoročno, možda postoje i privremene mjere koje će biti potrebne, poput moratorija na nove, neograničene ugovore na drugoj i trećoj razini, revizija u rasporedu dežurstava i pripravnosti te zamrzavanja plaća.

Drugi problem je kontroliranje troškova na razini zdravstvenih objekata. Zadržavanje globalnog proračuna bi, barem kratkoročno, osiguralo da bolnički troškovi ne izmaknu kontroli te bi također smanjilo potrebu za donošenjem zakona koji bi vjerojatno bili nepopularni. Također bi bilo korisno uvesti takva ograničenja u poliklinike. Globalni proračuni ne eliminiraju automatski uzroke neučinkovitosti, no ipak kontroliraju troškove.

*Financijska odgovornost.* Nacrt Programa reforme zdravstvene zaštite predlaže oštar rez u doprinosu iz osobnog dohotka radnika za HZZO sa 18 na 10 posto. Logika koja se krije iza takvog prijedloga je jasna i pokušava ojačati vezu između doprinosa i prava te prebaciti troškove pokrivanja nezaposlenog stanovništva na opće prihode. Međutim, implikacije za proračun su velike te bismo savjetovali prethodno simuliranje učinaka na prihode i izdatke HZZO-a i proračuna. Iako bi, u načelu, ovo samo trebalo pomaknuti prihode i izdatke na konsolidirani državni proračun, postoji veliki rizik da će financiranje zdravstvene zaštite nezaposlenog stanovništva biti smanjeno, jer je sposobnost proračuna da apsorbira dodatne obveze vrlo ograničena. Stoga će biti potrebno uraditi pažljivu analizu financijskih implikacija ove mjere za HZZO i za opći proračun.

*Reforma plaćanja davateljima usluga.* To je područje gdje postoje mogućnosti i na području primarne zdravstvene zaštite i na višim razinama. Neke od njih će se po prvi put iskušati u Hrvatskoj sljedeće godine i bit će važno dobro promotriti njihov utjecaj, radi formuliranja državne politike. Iako postoje ambicioznije opcije, poput organizacija za zdravstveno održavanje, smatra se da one kratkoročno do dugoročno vjerojatno nisu izvedive.<sup>2</sup>

Na razini primarne zdravstvene zaštite, treba ocijeniti sljedeća dva pristupa:

<sup>2</sup> U isto vrijeme, osnovno načelo koje se krije iza organizacija za zdravstveno održavanje, a koje daju snažan unutrašnji politički za pružanje usluga na troškovno-ispлатivoj razini, očito je privlačno te ova opcija može postati izvediva kako tržište zdravstvenih usluga sazrijeva.

• *Skupna praksa.* Skupna praksa okuplja kliničke i financijske interese određenog broja liječnika koji pružaju primarnu zaštitu i možda poneke specijalizirane usluge svojim pacijentima. Prednost je toga što mogu iskoristiti prisutnost liječnika različitih profila u skupini, što smanjuje financijski rizik u odnosu na liječnika pojedinca koji ima svoju praksu. Također se zajedničkim korištenjem pomoćnih službi smanjuju administrativni troškovi. No, dok je skupna praksa korisna u smislu ograničavanja troškova i povećane učinkovitosti, ona ne rješava problem upućivanja pacijenata na više razine sustava. Međutim, taj sustav predstavlja važan prvi korak; i

• *Formiranje fondova skupne prakse (SP).* Ovaj pristup mogao bi obrnuti poticaj koji liječnici primarne zdravstvene zaštite sada imaju za prebacivanje odgovornosti na druge. Dionici fondova SP-a su liječnici primarne zdravstvene zaštite čiji iznos glavarine bi se povećao kako bi mogao pokriti troškove upućivanja pacijenata specijalistima, a možda i druge usluge. Kontrolom plaćanja specijalistima dionici fondova bi imali poticaj da ograniče upućivanje ljudi specijalistima te da izravno pruže pacijentu najviše što mogu. Dionik fonda može zadržati bilo koju uštedu koja rezultira manjim korištenjem usluga od predviđenog, a pri povećanoj stopi glavarine. Iako ovaj pristup ima privlačnih strana on izlaže liječnike novim financijskim rizicima u njihovom radu, rizicima koje treba kontrolirati kroz niz pristupa, uključujući određivanje minimalne veličine primarne prakse i mehanizme za podjelu rizika.

Na bolničkoj razini trebalo bi ozbiljno razmotriti uvođenje *kombiniranog sustava plaćanja zdravstvene zaštite*. Ti su sustavi stvoreni radi klasificiranja pacijenata prema cijeni njihova liječenja. Takvi sustavi, poput modela dijagnostičkih skupina, ovise o cjelokupnom i dosljednom kodiranju podataka o pacijentu iz njegova medicinskog kartona. Takvi sustavi se mogu koristiti za pravedno raspoređivanje sredstava iz proračuna raznim ustanovama, kao i za poboljšanje upravljanja bolnicama. Modeli dijagnostičkih skupina se mogu koristiti za ocjenjivanje i poboljšanje učinkovitosti rada bolnice te mogu predstavljati važno sredstvo osiguravanja kvalitete bolničkih usluga.

Kombinirani sustavi plaćanja zdravstvene zaštite, kao što je model dijagnostičkih skupina, ovise o potpunom i dosljednom kodiranju

podataka o pacijentu iz njegovog medicinskog kartona, no to je relativno jednostavno i obično zahtijeva 10 do 20 podataka po otpuštanju iz bolnice. Takvi se sustavi, stoga, mogu koristiti i za pravedno raspoređivanje sredstava iz proračuna raznim ustanovama i za poboljšanje bolničke uprave. Modeli dijagnostičkih skupina se mogu koristiti za ocjenjivanje i poboljšavanje učinkovitosti rada bolnice, a mogu biti i važno sredstvo za osiguravanje kvalitete bolničkih usluga. Međutim, treba osigurati još neke podatke (npr. sekundarna dijagnoza), a najizvedivija opcija bila bi koncentriranje na mali broj dijagnostičkih skupina koji pokrivaju najveći broj pacijenata koji su primljeni u bolnicu.

*Reforma participacije.* Čitavo područje participacije korisnika je neizbježno kontroverzno i treba pažljivo odvagati različite ciljeve, uključujući pitanja prihoda, regulaciju potražnje te pravednost i pristup. Trenutno, participacija čini samo maleni dio prihoda sustava. Jedna studija iz 1996. godine ustanovila je da ona čini samo oko 1 posto ukupnih prihoda (nasuprot 7 do 10 posto u drugim zemljama) te je procijenjeno oko 25 posto onih koje se nalazi u jednoj ili više kategorija izuzetih od participacije. Participacija može igrati dvije uloge unutar zdravstvenog sustava: izvor prihoda te čimbenik odvratanja od nepotrebnog korištenja usluga. Cilj sustava participacije je smanjivanje nepotrebnog korištenja usluga. Međutim, participacija ne smije istodobno otežati pristup potrebnim uslugama ljudima s niskim prihodima ili onima s velikim potrebama za medicinskom njegom. Isto tako, participacija ima vrlo ograničen učinak na usluge koje ovise o liječničkoj uputi (npr. laboratorijski rad, rendgen). Za te usluge mnogo je djelotvornije ako liječnik na raspolaganju ima određen proračun, što odgovornost stavlja na liječnika koji upućuje, a ne na pacijenta. U postojećoj atmosferi fiskalnih ograničenja Vlada bi trebala preispitati svoju politiku participacija i razmotriti bi li participacije mogle imati veću ulogu kao izvor prihoda, a da ne obeshrabre pristup stvarno potrebnim uslugama.

Neizbježno, politika će se morati pokrenuti u pravcu smanjivanja iznimaka i podizanja participacije za većinu stanovništva. To se mora pažljivo razmotriti, imajući u vidu korištenje sustava od strane ljudi različitih dobi. Postoje načini za uravnoteženje potencijalno negativnih socijalnih utjecaja takvih reformi, poput

“sustava za sprječavanje gubitaka”. On se zasniva na broju obavljenih usluga za pojedinca, obitelj ili kućanstvo. Primjerice, ovisno o modeliranju utjecaja kumulativne participacije, nakon ostvarenoga određenog broja obavljenih usluga za jednu obitelj/kućanstvo, ljudi ne plaćaju više participaciju do kraja godine. Sljedeće godine ponovno počinju plaćati participaciju dok ne ispunje maksimum za 12 mjeseci.

Neke preliminarne procjene niza izvedivih povećanja participacije – za usluge, lijekove i opremu – operiraju s uštedom od 700–750 milijuna kuna godišnje, što bi uglavnom bilo realizirano u vidu smanjenog refundiranja od strane HZZO-a. Mjere uključuju smanjenje izuzetaka od participacije, povećanje participacije za primarnu i sekundarnu zaštitu (npr. do 20 kuna za posjetu liječniku primarne zdravstvene zaštite) te povećanje participacije za lijekove (uključujući plaćanje po artiklu, umjesto po receptu).

### Strukturni problemi

Iako su gore navedeni problemi važni za stvaranje boljih poticaja u sustavu, nedovoljni su u odsutnosti strukturnih reformi u zdravstvenom sektoru, od kojih će mnoge biti teške u političkom smislu, a i tehnički zahtjevne. Dvije dominantne teme rješavanja strukturnih problema u srednjoročnom do dugoročnom razdoblju jesu: (a) bolje prilagođavanje kliničkih usluga medicinskim potrebama kroz promjene u strukturi sustava pružanja usluga i u načinima kliničke prakse koje koriste profesionalci u zdravstvu te (b) pažljivo preispitivanje optimalne kombinacije inputa za usluge zdravstvene zaštite. Promjene te vrste trebale bi biti podržane promjenama u financiranju, no ne mogu se postići samim tim promjenama. One uključuju:

- *Definiranje osnovnog paketa zdravstvene zaštite* koji bi bio javno financiran. Postojeći raspon usluga je nemoguće priuštiti te ne predstavlja učinkovit odgovor postojećem bremenu bolesti u zemlji. Na tome treba još marljivo poraditi. Definicija tog paketa uključivala bi dvije komplementarne reforme: (a) treba načiniti popis osnovnih lijekova koji se refundiraju, a što bi odražavalo osnovne usluge koje se javno financiraju te (b) treba, također, preispitati sustav participacije;

- *Poboljšanje kliničke prakse i prakse izdavanja receptata.* Postojeća klinička praksa doprinosi neučinkovitosti u zdravstvenom sektoru jer se pacijente često nepotrebno liječi na bolničkoj osnovi i uz veći trošak. Postoji potreba za pilot projektima alternativnih razina zdravstvene zaštite (poput dnevne kirurgije, dnevne bolnice, hospicija, patronaže i drugih programa kućnog oporavka) koji mnogo više odgovaraju zaštiti kakvu pacijenti traže. Neadekvatnu kliničku praksu pogoršava praksa izdavanja receptata, jer se pretjerano prepisuju lijekovi i često koriste poznati proizvodi, iako bi manje poznati proizvodi bili isplativiji;

- *Racionaliziranje zdravstvene infrastrukture.* Hrvatski sustav pružanja zdravstvene zaštite ima veliki broj objekata, posebice specijalističkih objekata. To predstavlja veliki izvor neučinkovitosti sektora. Provođenje brze kategorizacije bolničkih objekata i, po toj osnovi, priprema i provođenje inicijalnog programa za racionalizaciju objekata i njihovih kliničkih programa, predstavlja najbrži put do ostvarenja srednjoročnih prioriteta. Iako bi takav proces uključivao kratkoročne troškove (od provođenja takve kategorizacije do prenamjene preostalih objekata za nove potrebe) dugoročniji dobitak na učinkovitosti bio bi znatan. Proces racionalizacije objekata bi, opet, doveo do potrebe definiranja općeg plana ljudskih resursa, a koji bi bio u skladu s profilom racionaliziranog objekta;

- *Poboljšanje investicijskih odluka.* Održivo financiranje zahtijevat će smanjivanje aktivnosti manjeg prioriteta kako bi se oslobodili resursi za one većeg prioriteta. Bit će potrebno uvesti funkciju planiranja javnih ulaganja, što uključuje odgovarajuću analizu troškova i koristi ulaganju, posebno imajući u vidu troškovne implikacije investicija. Još jednom, razvoj sposobnosti planiranja velikih ulaganja (npr. obuka za analizu isplativosti) traži određena sredstva, ali ona će se dugoročno isplatiti; te

- *Farmaceutski sektor.* Treba osmisliti nacionalnu politiku lijekova koja ima integrirani pristup kreiranju učinkovitije i odgovornije politike prema lijekovima. Ovo uključuje preispitivanje osnovne liste lijekova na osnovi stvarne situacije s bolestima, preorijentiranje protokola liječenja, nadgledanje i obučavanje liječnika racionalnijem izdavanju receptata te promoviranje farmaceutske industrije s konkurentnom i transparentnom praksom dobavljanja.

## D. PREDLOŽENE MJERE

### Kratkoročni odgovor

Postoji niz kratkoročnih mjera koje bi mogle pomoći u zaustavljanju rastućih izdataka i deficita sustava zdravstvene zaštite. One bi postavile gornju granicu potrošnje u zdravstvu i prokčile put učinkovitim poboljšanjima koja pokreću strukturne reforme. Osim toga, postoje određena preispitivanja koja treba započeti jer imaju prioritet. Kratkoročno, mjere koje bi se mogle poduzeti su sljedeće:

#### Prioritetna preispitivanja

- Preispitati nacrt Programa reforme zdravstvenog sustava;

- Kao dio gornje stavke, ocijeniti financijsku osnovicu HZZO-a te procijeniti adekvatnost podjelu odgovornosti za financiranje između HZZO-a i proračuna (naročito za nezaposleno stanovništvo). To, opet, zahtijeva preispitivanje doprinosa iz osobnog dohotka radnika za zdravstvo te sposobnost proračuna da apsorbira dodatne izdatke za zdravstvo u kontekstu općih fiskalnih ograničenja;

- Započeti hitnu inventuru i kategorizaciju svih zdravstvenih objekata;

- Započeti preispitivanje participacije;

- Započeti kreiranje nacionalne politike lijekova u suradnji s SZO-om i drugim relevantnim čimbenicima, uključujući preispitivanje liste lijekova koji se refundiraju;

- Potrebno je preispitivanje informacijskih sustava radi integriranja kliničkih, administrativnih i financijskih podataka kako bi se omogućile daljnje reforme u plaćanju davateljima usluga (naročito postupno uvođenje modela dijagnostičkih skupina);

- Treba preispitati niz socijalnih davanja koje trenutno financira HZZO (npr. naknada za vrijeme bolovanja i porodnog dopusta) s obzirom na odgovarajući izvor financiranja te s obzirom na fiskalnu održivost postojeće razine naknada; te

- Žurno započeti preispitivanje plaćanja u sektoru, kao dio općega hitnog preispitivanja plaćanja u javnom sektoru. Zamrzavanje plaćanja u zdravstvenom sektoru moglo bi uštedjeti oko 190 milijuna kuna godišnje.

#### Institucionalne mjere

- Nastaviti pripremanje osnovnog paketa zdravstvene zaštite koji će se javno financirati;

- Zadržati globalni proračun za bolnice te uvesti čvrste gornje granice za ambulanate;

- Uvesti moratorij na velike izdatke, bilo za izgradnju/veliko renoviranje, bilo za skupu opremu. Najistaknutiji slučaj je ulaganje u Zagrebačku sveučilišnu bolnicu. Moratorij se ne bi odnosio na manje popravke čiji je cilj preduhitriti ozbiljnije strukturne probleme;

- Ne sklapati nove, neograničene ugovore za sekundarnu i tercijarnu razinu, te revidirati rasporede dežurstava i pripravnosti;

- Smanjiti cijene koje plaća HZZO za farmaceutске proizvode, prema fiksnom postotku trenutne stope. To bi mogla biti jednokratna promjena za konkretno razdoblje, a može se opravdati visokim postojećim prodajnim maržama. Smanjenje koje bi marže zadržalo na prihvatljivoj razini moglo bi donijeti uštedu od oko 200 do 250 milijuna kuna godišnje;

- Smanjiti pokrivanje bolesničkih naknada iz HZZO-a na šest mjeseci te uvesti druge mjere poput trodnevnog razdoblja čekanja (ušteda od oko 55 milijuna kuna godišnje); te

- Integrirati prikupljanje doprinosa HZZO-a u jedan jedinstveni sustav izvješćivanja i prikupljanja koji se izrađuje u kontekstu mirovinske reforme, u suradnji s Hrvatskim registrom osiguranika i ZAP-om. HZZO je već uključen u rasprave na tu temu, unutar kojih je predloženo da se pojedinačno izvješćivanje podnosi jednom mjesečno, a povećala bi se i provedbena uloga poreznih vlasti.

### Srednjoročne mjere

#### Strateški dokumenti i preispitivanja

- Preispitati postojeću kliničku praksu;

- Smisliti smjernice za analizu troškovne isplativosti velikih građevinskih radova i kupnje skupe opreme;

- Na osnovi revizije zdravstvenih objekata razviti strategiju racionalizacije i konsolidacije te prijedloge promijenjene, fleksibilnije kadrovske politike;

- Usvojiti nacionalnu politiku lijekova;

- U sklopu gore navedenoga, provesti preispitivanje procedure nabavljanja lijekova te razviti strategiju za konkurentniju nabavu; te



- Provesti preispitivanje postojećeg sustava za osiguranje kvalitete lijekova i prilagoditi ga europskoj praksi.

#### *Institucionalne mjere*

- Na osnovi analize revidirati i usvojiti Program reforme zdravstvenog sektora;

- Odobriti i uvesti osnovni paket zdravstvene zaštite;

- Uvesti revidirane protokole liječenja;

- Revidirati listu lijekova koji se mogu refundirati;

- Poboljšati nadgledanje prakse izdavanja receptata i provesti obuku o racionalnoj upotrebi lijekova;

- Razviti prijedloge za postupno uvođenje u bolnice kombiniranog sustava plaćanja te odrediti ograničeni broj dijagnostičkih skupina koji bi se postupno uvodili;

- Razviti prijedloge za reforme u sustavima plaćanja davateljima primarne zdravstvene zaštite koji će do minimuma smanjiti razloge za nepotrebno upućivanje na skuplje razine zdravstvene zaštite. Pilot programi primarne zdravstvene zaštite mogli bi organizirati skupnu praksu, opremljenu adekvatnom tehnologijom;

- Na osnovi preispitivanja, predložiti revidiranu podjelu odgovornosti za financiranje između HZZO-a i proračuna te sastaviti vremenski okvir njezinog uvođenja;

- Uključiti doprinose za zdravstveno osiguranje u jedinstveni sustav koji će se provoditi kroz Hrvatski registar osiguranika;

- Povećati participaciju za niz usluga i prmitke sa sadašnje razine (uz godišnju uštedu od oko 700 do 750 milijuna kuna);

- Preraditi načela naknade za bolovanje te donijeti odluku o odgovarajućim izvorima financiranja i razini drugih gotovinskih isplata financiranih od strane HZZO-a; te

- Ojačati donošenje odluka i analiza u području javnog zdravstva, a unutar Ministarstva zdravstva.

## **MINISTARSTVO ZDRAVSTVA: REFORMA ZDRAVSTVA**

### **STRATEGIJA REFORME**

Hrvatska već sada troši velika sredstva za zdravstvenu zaštitu i nije realno planirati da se

sredstva za zdravstvenu zaštitu mogu povećati prije nego li dođe do porasta BDP-a. Stoga se strategija reforme zdravstva temelji na *unapređenju djelotvornosti sustava zdravstva kroz novo određivanje prioriteta uz istovremeno unapređenje dostupnosti i kvalitete zdravstvenih usluga*. Ova strategija donesena je nakon sustavne analize alternativnih pristupa reformi zdravstvenog sustava. Druge mogućnosti koje su razmatrane u sklopu savjeta ocijenjene su kao manje podobne za Hrvatsku, npr. povećanje financijskih izdvajanja za zdravstvo, restrikcije usmjerene isključivo na smanjenje troškova, ili bitno smanjenje dostupnosti zdravstvene zaštite za korisnike.

Slobodan pristup zdravstvenoj zaštiti za sve građane je u tradiciji Hrvatske i Europe. To načelo je očuvano u reformi zdravstva u kojoj je osiguran pristup potrebnim zdravstvenim uslugama za sve građane Hrvatske kroz model *osnovnoga nacionalnog zdravstvenog osiguranja* temeljenog na načelu solidarnosti. Taj model je prisutan u svim zemljama sa sličnim uređenjem (npr. Kanada, Norveška, Velika Britanija itd.). I u zemljama koje imaju pretežito privatne odnose u zdravstvu, udio koji financira država je pod upravom vlade (npr. *Medicare* i *Medicaid* programi zdravstvenog osiguranja koje financira federalna vlada u SAD). Osnovni model osiguranja funkcionirat će na načelu javnoga neprofitnog osiguranja. Pored ovoga osnovnog osiguranja koje će pokrivati standardni paket zdravstvenih usluga i programa podržat će se *dopunska osiguranja*. Dopunska osiguranja pokrivat će usluge koje nisu osigurane kroz osnovno osiguranje, kako bi se izbjeglo dupliciranje izdataka.

Usluge koje će se plaćati preko polica dopunskih osiguranja bit će definirane i regulirane u smislu zaštite interesa osiguranika i osiguranja kvalitete usluge.

Zdravstvene usluge pružat će se kroz *mješoviti sustav javnih i privatnih zdravstvenih ustanova*. Javne zdravstvene ustanove bit će prvenstveno na višim i skupljim oblicima zdravstvene zaštite (bolnice i polikliničke ambulante), dok će privatni kapaciteti postojati na razini primarne zdravstvene zaštite (PZZ), djelomične specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite (SKZZ) i specijalnih bolnica. Ukupni kapaciteti u zdravstvu će se planirati. Cilj *planiranja kapaciteta* prema potrebama će osigurati da svi korisnici imaju ravnomjeran pristup po-

trebnim zdravstvenim kapacitetima. Planiranje zdravstvenih kapaciteta obuhvatit će javne i privatne zdravstvene kapacitete i osiguravati racionalnost sustava zdravstva. Posebna pozornost posvetit će se *integraciji zdravstvene zaštite* kroz vertikalno povezivanje zdravstvenih kapaciteta unutar i između jedinica lokalne uprave i samouprave. Hrvatska ima četiri medicinska fakulteta s kliničkim ustanovama oko kojih bi se trebali povezati zdravstveni sadržaji od PZZ, SKZZ do županijskih bolnica u budućem decentraliziranom sustavu.

*Prostorna dostupnost* poboljšat će se kroz planiranje mreža bolnica i drugih zdravstvenih ustanova, sukladno potrebama stanovništva u pojedinim dijelovima Hrvatske. Promjenama u sustavu financiranja zdravstva poboljšat će se *platežna dostupnost* korištenja usluga, prvenstveno kroz uspostavu osnovnog modela zdravstvenog osiguranja. *Organizacijskim* promjenama i odabirom prioriteta skratit će se vrijeme čekanja na elektivne zdravstvene usluge.

Ograničenje rasta *troškova* zdravstvenog sustava ostvarit će se kroz: prospektivno definiranje proračuna za sve važnije sektore zdravstva, povećanje učinkovitosti sustava, eliminaciju nepotrebnih zdravstvenih usluga te smanjenje troškova liječenja.

Pored strukturnih promjena, cilj reforme je postići povećanje *kvalitete* zdravstvenih usluga i povećanje *zadovoljstva* bolesnika i građana sustavom zdravstva i kvalitetom zdravstvene zaštite. U području kvalitete zdravstvenih usluga osigurat će se mehanizmi bržeg uvođenja novih znanstvenih spoznaja u postupke liječenja i prevencije. U pružanje zdravstvene zaštite uvest će se upotreba *kliničkih smjernica i kliničkih algoritama*. U središte zdravstvenog sustava postavlja se osiguranik i bolesnik osiguranjem zaštite prava na punu informaciju o svojoj bolesti i planiranom načinu liječenja te poticanju bolesnika da aktivno sudjeluje u odlučivanju o mjerama liječenja. Posebna pozornost posvetit će se eliminiranju dvostrukih i/ili nepotrebnih postupaka u dijagnostici i liječenju.

## PROVEDBA REFORME

Reforma zdravstva zahvatit će sve bitne elemente zdravstvenog sustava: organizaciju zdravstvene administracije, sustav financira-

nja, sustav plaćanja i sustav pružanja zdravstvenih usluga.

Nositelj reforme je Minsitarstvo zdravstva RH. Reforma će se provoditi kroz ograničeni broj projekata prema prioritetu. U reformu će se aktivno uključivati državni zavodi, kliničke bolnice, referentni centri Ministarstva zdravstva (MZ), znanstvene ustanove, stručna društva i komore, te međunarodni stručnjaci. Posebno mjesto u provedbi reforme ima projekt *Novi smjer zdravstvene politike* koji se financira sredstvima Svjetske banke. *Reforma je u nekim dijelovima već započela uvođenjem hitnih mjera koje su istodobno sastavni dio programa Vlade RH:*

- Saniranje dugova u HZZO-u i sustavu zdravstva,
- Provjera i donošenje nove liste lijekova,
- Početak rada na pilot projektu *Novi smjer zdravstvene politike*,
- Reorganizacija transfuziološke djelatnosti.

U pripremi je izrada operativnih planova za prioritetne zadatke.

Prva faza reforme će trajati do 31. 12. 2001. godine. U tu svrhu će se utrošiti 3,5 milijuna kuna koji će se osigurati u proračunu za 2001. godinu, te sredstva kredita Svjetske banke u visini 40 milijuna dolara. Za dio projekata koji se odnose na provođenje mjera iz pilot projekta *Novi smjer* na cijelo područje RH te za informatizaciju sustava zdravstva priređeni su daljnji prijedlozi za Svjetsku banku u visini od 160 milijuna dolara kredita za razdoblje.

U prvoj fazi reforme prioriteti će biti na niže navedenim projektima.

## Institucionalna reforma

### Cilj

Osposobiti zdravstvenu administraciju i nacionalne ustanove koje su odgovorne za zdravstveni sustav za djelotvorno upravljanje i planiranje sustavom zdravstva sukladno dobrim praksama prepoznatljivim iz međunarodnog iskustva.

### Zadaci

- Promjena unutarnjeg ustrojstva Ministarstva zdravstva Republike Hrvatske, posebice osnivanje odjela za provedbu i praćenje re-

forme, uprave za bolnice, uprave za međunarodnu zdravstvenu suradnju, analitičke službe;

- Unapređenje organizacije zavoda i agencija:

- Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje,

- Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i ostalih državnih zavoda u sektoru zdravstva;

- Osnivanje državnih agencija u zdravstvu (Državna agencija za lijekove...);

- Priprema i provedba zakonskih promjena koje potpomažu procese usklađivanja našeg zdravstvenog zakonodavstva s onim u zemljama EU:

- Zakon o zdravstvenoj zaštiti,

- Zakon o zdravstvenom osiguranju,

- Zakon o lijekovima...,

- Priprema novih pravilnika koji reguliraju djelovanje institucija javnog zdravstva i subjekata u sustavu zdravstvenog osiguranja.

### **Unapređenje strukturalne organizacije zdravstvene zaštite – projekt *Novi smjer***

#### *Cilj*

Unaprijediti horizontalnu i vertikalnu organizaciju pružanja zdravstvene zaštite. Reorganizacija pojedinih segmenata zdravstvene zaštite i reorijentacija zdravstvene zaštite u Koprivničko-križevačkoj županiji. Provesti pilot potprojekte u okviru reformskih projekata.

#### *Zadaci*

- Reorganizacija primarne zdravstvene zaštite: jačanje PZZ, uvođenje modela grupne prakse, tehnološko opremanje ordinacija, edukacija liječnika opće medicine;

- Promjena prioriteta zdravstvenog sustava: analiza tereta bolesti, određivanje zdravstvenih ciljeva, promicanje novih vrijednosti i ciljeva;

- Reorganizacija rada u Općoj bolnici; provjera modela dnevne bolnice, hospicija i njege kroničnih bolesnika kao alternativnih razina zdravstvene zaštite;

- Modernizacija hitnog prijama u bolničkom sustavu;

- Modernizacija i reorganizacija hitne medicinske pomoći u županijama i gradu Zagrebu;

- Razvoj odjela za promicanje zdravlja i prilagodbu programa prevencije s programima EU.

### **Projekt reorganizacije sustava financiranja i plaćanja zdravstva**

#### *Cilj*

Uspostava mješovitog modela zdravstvenog osiguranja na temelju osnovnoga nacionalnog zdravstvenog osiguranja te dopunskih osiguranja.

#### *Prioritetni zadaci*

- Uskladiti zakonsku osnovu s uvođenjem osnovnog nacionalnog zdravstvenog osiguranja i dopunskih modela osiguranja;

- U suradnji s Ministarstvom financija organizirati operativno uvođenje nacionalnog zdravstvenog osiguranja;

- Prirediti osnove za novi način plaćanja zdravstvenih usluga u PZZ, SKZZ i bolnicama.

### **Definiranje osnovnog paketa zdravstvenih usluga**

#### *Cilj*

Definirati paket zdravstvenih usluga koje će se plaćati iz obveznog nacionalnog zdravstvenog osiguranja.

#### *Prioritetni zadaci*

- Izraditi standardni zdravstveni paket usluga po kriterijima dobre medicinske prakse u suradnji s profesionalnim organizacijama i osiguranicima;

- Uskladiti standardni zdravstveni paket s onima u europskim zemljama i ekonomskim mogućnostima osiguranja.

### **Projekt unapređenja plaćanja zdravstvenih usluga**

#### *Cilj*

Promijeniti sustav ekonomskih poticaja u sustavu zdravstva na način da podrži uvođenje djelotvorne i racionalne zdravstvene zaštite, posebice pomaknuti pružanje usluga iz specijalističke prema primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

#### *Zadaci*

- Analizirati sadašnju strukturu ekonomskih poticaja;

- Uvesti stručno medicinske i ekonomske mjere koje će usmjeriti pružanje usluga od specijalističko-konzilijarne prema primarnoj zdravstvenoj zaštiti te koje će smanjiti trajanje i intenzitet bolničkog liječenja;

- Uvesti sustav podsticaja participacije koja će stimulirati racionalno korištenje zdravstvene zaštite od strane bolesnika;

- Promijeniti sadašnji sustav plaćanja bolnica uz postupno uvođenje kombinacije plaćanja na temelju klasifikacije bolesnika prema troškovima liječenja i plaćanja po modelu dijagnostičkih grupa (DRG – *diagnosis related groups*);

- Uvesti regulaciju cijena u sustav pružanja zdravstvenih usluga.

### **Projekt planiranja zdravstvenih kapaciteta**

#### *Cilj*

Osnivanje mreže zdravstvenih ustanova koja je utemeljena na planskom pristupu i u skladu je sa zdravstvenim potrebama građana.

#### *Zadaci*

- Analiza zdravstvenog stanja stanovništva, zdravstvenih potreba i korištenja zdravstvene zaštite;

- Snimanje sadašnjeg stanja zdravstvenih kapaciteta i utvrđivanje mreže zdravstvenih kapaciteta;

- Uvođenje planskog pristupa u otvaranju novih zdravstvenih kapaciteta;

- Kategorizacija i akreditacija bolnica i zdravstvenih ustanova;

- Regionalizacija i decentralizacija zdravstva.

### **Projekt reforme državnih bolnica**

#### *Cilj*

Unaprijediti organizaciju rada državnih bolnica.

#### *Zadaci*

- Započeti procese reforme i restrukturiranja kapaciteta u svim državnim bolnicama;

- Uvesti modernu strukturu menadžmenta bolnica;

- Izvršiti raspodjelu rada između državnih bolnica u Zagrebu i drugim sveučilišnim centrima osobito u područjima visokodiferentne medicine;

- Unaprijediti rad uvođenjem informacijskog sustava i telemedicine.

### **Projekt uvođenja kliničkih smjernica**

#### *Cilj*

Uvesti racionalne zdravstvene postupke, povećati kvalitetu zdravstvene zaštite.

#### *Zadaci*

- Izraditi nacionalne kliničke smjernice koje se temelje na znanstvenim saznanjima o djelotvornosti mjera zdravstvene zaštite;

- Izraditi lokalne kliničke smjernice;

- Uvesti kliničke smjernice i osigurati njihovu primjenu.

### **Projekt unapređenja preventivne zdravstvene zaštite**

#### *Cilj*

Oснаžiti preventivnu zdravstvenu zaštitu na svim stupnjevima pružanja usluga.

#### *Zadaci*

- Izraditi program mjera preventivne zdravstvene zaštite na temelju prioriteta javnozdravstvenih problema (kardiovaskularne bolesti, rak, dijabetes, PTS, mentalno zdravlje, osteoporoza, karijes);

- Uvrstiti program mjera prevencije u standardni paket zdravstvenih usluga;

- Prirediti programe promicanja zdravlja i zdravog načina života, te osigurati provođenje programa;

- Unaprijediti programe zaštite djece i mladeži od zloupotrebe sredstava ovisnosti.

### **Projekt nacionalne politike lijekova**

#### *Cilj*

Racionalizirati potrošnju lijekova.

#### *Zadaci*

- Provjeriti listu lijekova i donijeti generičku listu lijekova;



- Izraditi smjernice za uvrštenje lijekova na listu lijekova koje će plaćati fond za zdravstveno osiguranje;
- Izraditi smjernice za utvrđivanje cijene lijekova;
- Provesti edukaciju o racionalnoj upotrebi lijekova;
- Unaprijediti učinkovitost i transparentnost sustava kroz osnivanje državne Agencije za lijekove;
- Usvajati nacionalnu politiku o lijekovima, kontroli lijekova i hrane;
- Razviti OTC na području proizvodnje, distribucije i upotrebe lijekova;
- U okviru potprojekta Svjetske banke provesti uništavanje farmaceutskog otpada u cilju očuvanja okoliša.

### **Projekt unapređenja zdravstveno-informacijskog sustava**

#### *Cilj*

Racionalizirati sustav prikupljanja zdravstvenih informacija na svim razinama i stvaranje strategije prilagodbe svih informacijskih sustava hrvatskog zdravstva.

#### *Zadaci*

- Revidirati opseg prikupljanja zdravstveno-statističkih podataka;
- Unaprijediti informatičku i informacijsku strukturu zdravstvenog sustava s ciljem što većeg objedinjavanja sustava;
- Eksperimentalna i rutinska primjena suvremenih zdravstvenih anketa u praćenju zdravstvenog stanja, ponašanja i korištenja zdravstvene zaštite.

### **Jačanje međunarodne suradnje**

#### *Cilj*

Približiti Hrvatsku međunarodnim tokovima u zdravstvu.

#### *Zadaci*

- Politiku međunarodne suradnje treba utemeljiti na načelima pune slobode uspostave svih vidova pojedinačne i institucionalne suradnje;

- Hrvatska vlada treba posebna sredstva usmjeriti na poticanje onih oblika suradnje koji pridonose razvoju biomedicinskih znanosti, javnog zdravstva i zdravstvenom napretku zajednice;

• Unaprijediti suradnju na projektima WHO, osobito projektu NEHAP, Akreditacija u laboratorijskoj medicini, CINDI projektu;

• Procjena i praćenje izvedbe projekta Svjetske banke s njihovim stručnjacima;

• Provođenje projekata obnove zdravstvenih objekata oštećenih u ratu koje financira Vijeće Europe;

• Uspostavljanje i jačanje bilateralnih i multilateralnih suradnji s ministarstvima zdravstva drugih zemalja i znanstvenim i zdravstvenim institucijama.

### **Ljudska prava i etika u zdravstvu**

#### *Cilj*

Jačanje svijesti o zdravlju kao osnovnom ljudskom pravu te o pravima bolesnika na pravodobnu i točnu informaciju o stanju te odabiru načina liječenja.

#### *Zadaci*

• Izrada smjernica za upoznavanje bolesnika i ostalih građana o pravima u području zdravstva i zdravlja;

• Izrada smjernica za upoznavanje građana s novinama u području medicine;

• Unapređenje javne komunikacije s bolesnicima, građanima, zdravstvenim osobljem i zdravstvenim institucijama.

### **Istraživanje i razvoj**

#### *Cilj*

Osnažiti primjenjena istraživanja u području zdravstva i funkcioniranja zdravstvenog sustava.

#### *Zadaci*

• U suradnji s Ministarstvom znanosti izraditi prioritetne projekte (istraživanja učinkovitosti sustava zdravstva, telemedicina, molekularna medicina);

• Potaknuti međunarodnu suradnju i školovanje kadrova u području upravljanja zdravstvenim sustavom i zdravstvenim mjerama.

### Politika profesionalnog razvoja u medicini i reforma zdravstva

Reforma zdravstva je veliki zahvat u sustav zdravstva. Za takav zahvat bit će potrebna stručna pomoć te podrška profesionalnih i strukovnih organizacija svih profila zdravstvenih djelatnika.

Postojeći sustav profesionalne organizacije traži hitnu kritičku analizu i prilagodbu suvremenim europskim tradicijama. Pod politikom profesionalnog razvoja podrazumijeva se cjelokupna politika obrazovanja, socijalizacije, deontološkog nadzora, etičkog ustrojstva i statusnog napretka svih profesija koje djeluju u okviru suvremene zdravstvene zaštite.

Profesionalne udruge imaju važnu zadaću u primjeni stručnog nadzora i etičkih normi koji se zasniva na samoregulativnom djelovanju profesija i javnoj kontroli kvalitete rada.

### RIZICI

Reforma zdravstva vrlo je opsežan zahvat u sustav zdravstva Republike Hrvatske. Alternativa reformi je produbljivanje financijske krize u zdravstvu, daljnje slabljenje kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite te fragmentacija zdravstvenog sustava. Iako je reforma nužna, ona nosi značajne rizike.

Ciljevi reforme mogu se ostvariti pod pretpostavkom stabilne makroekonomske politike koja uključuje definirani rast BDP-a, definirane stope nezaposlenosti i poznavanje demografskih promjena.

Otpori promjenama najveća su opasnost za reformu. Oni se javljaju u svim procesima promjena. Pojedinci i institucije koji profitiraju na slabostima sustava zdravstva pružit će otpor promjenama. Financijska sredstva koja se obrću u zdravstvu vrlo su velika i sukobi interesa u provođenju reforme će biti vrlo snažni. Za provođenje reforme potrebna je politička podrška Hrvatskog sabora, jedinstvo i odlučnost zakonodavne i izvršne vlasti u provođenju reforme.

Za mnoge nove zadatke u reformiranom zdravstvu nedostajat će stručnog kadra. Istraživanja i praksa iz područja funkcioniranja zdravstvenih sustava, mikro zdravstvene ekonomike, zdravstvenog menadžmenta i upravljanja zdravstvenim sustavom su u Hrvatskoj oskudna. Posebice se u Hrvatskoj osjeća nedostatak kadrova koji mogu kvalitetno voditi procese promjena (*management for change*). Nedostatak stručnog kadra može dovesti do slabosti u provođenju reforme i do njenog značajnijeg zaostajanja. Ovaj će se rizik pokušati smanjiti maksimalnim korištenjem domaćih stručnjaka, stvaranjem mješovitih timova domaćih i vanjskih stručnjaka, te školovanjem novog profesionalnog kadra u tijeku reforme.

Reforma se mora provoditi u uvjetima nedostataka financijskih sredstava. To će bitno otežati provođenje reforme. Projekti reforme zahtijevaju financijska sredstva koja su u sustavu nedostatna i bit će potrebno izdvojiti adekvatna sredstva za financiranje projekata. Dio sredstava za reformu angažiran je putem kredita Svjetske banke. Ostatak potrebnih sredstava će biti potrebno osigurati kroz dalje projekte i posebna proračunska izdvajanja. Dio navedenih sredstava se mora osigurati u proračunu za 2001. godinu.

Poznato je da prema mišljenju WHO na zdravstveni status stanovništva samo 25% utječe neposredna zdravstvena zaštita dok je veći dio ovisan o nizu drugih faktora kao što su faktori okoliša, stanje zaposlenosti, ozljede na radu, u prometu, kvaliteta hrane, stres i drugo. Stoga se predlaže Vladi Republike Hrvatske da po uzoru na Vlade Europske Unije uspostavi intersektorsku suradnju između Ministarstva financija, Ministarstva poljoprivrede, Ministarstva rada i socijalne skrbi, Ministarstva turizma, Ministarstva gospodarstva, Ministarstva za zaštitu okoliša i Ministarstva unutrašnjih poslova s ciljem definiranja politike u brizi za unapređenje zdravlja građana Republike Hrvatske.

S engleskoga preveo i priredio  
Siniša Zrinščak

*Summary***THE REFORM OF HEALTH CARE IN CROATIA**

*The World Bank,  
Ministry of Health of the Republic of Croatia*

*A study of the World Bank entitled A Policy Agenda for Reform and Growth, presented to the Croatian public in February 2000, deals with different areas of social and economic life. In the study, special attention is devoted to the pension and health care sectors. These are systems with a large expenditure of public revenues, which, at the same time, possess insufficient funds to ensure a range of old or new increased rights and needs. Therefore, the policy towards these sectors and plans for their reform are attracting a great deal of public interest, particularly because the World Bank in its studies and proposals influences to a large degree the direction and scope of these reforms. Since in the previous issue of this journal part of the study devoted to the pension reform was published, in this issue we are publishing the part dealing with the reform of the health care sector. It is also important to mention that in June 1999 the World Bank published a separate study which dealt with the health care sector (Croatia. A Health Policy Note), and that both these documents are significant sources of suggestions for the reform of health care.*

*In the second part of this article, we publish part of the document of the Ministry of Health of the Republic of Croatia of June 2000, under the title Reform of Health Care, Strategy and Plan of the Reform of Health Care and Health Insurance in the Republic of Croatia. On the basis of this document the reform of health care has already started in Croatia, so readers will in part be able to evaluate critically the course of the reform, as well as the influence of the World Bank on its design. However, we must stress in particular that we are publishing only the part of this document where the strategy and implementation of the reform is directly addressed, and that for a more detailed analysis, the entire document of the Ministry of Health should be studied.*

**Key words:** health care reform, World Bank, Ministry of Health, Croatia.