

Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi

Siniša Zrinščak

Studijski centar socijalnog rada Pravnog fakulteta
Sveučilište u Zagrebu

Izvorni znanstveni članak

UDK: 614.4/9.332.316.4

Primljeno: ožujak 1999.

Rad analizira sustave zdravstvene politike u svijetu prikazujući, ponajprije, društvene čimbenike kojima komparativna socijalna politika procjenjuje suvremeni razvoj zdravstvenih sustava: ekonomski okvir, demografska kretanja, epidemiološki trendovi, društveni kontekst i državna organizacija. Pozornost je, posebice, posvećena ekonomskim mogućnostima izdvajanja za zdravstvo, društvenim kretanjima koja uvjetuju poskupljenje zdravstvenih troškova te različitim državnim modelima financiranja i organizacije zdravstvenih sustava. U drugom se dijelu rada prikazuju aktualni problemi organizacije i razvoja zdravstvenih sustava u pojedinim zemljama svijeta, pri čemu se identificiraju različiti načini odgovora pojedinih država na iste ili slične izazove. Na kraju rada analiziraju se neke najosnovnije tendencije koje će određivati budući razvoj sustava zdravstvene politike, kao što su tendencije decentralizacije i privatizacije, načini pristupa zdravstvenim uslugama i prava građana, pokušaji kontrole i ograničavanja zdravstvenih troškova i sl.

Ključne riječi: sustavi zdravstvene politike, financiranje i organizacija zdravstvene skrbi, zdravstveni troškovi, privatizacija u zdravstvu

UVOD

Sustavi zdravstvene politike u središtu su kontinuiranog interesa javnosti posebice, stoga, što je riječ o području života i smrti u najdoslovnijem smislu te riječi.* Bolest je, kao jedan od glavnih životnih ali i socijalnih rizika, ne samo prioritetno područje medicinske ili javnozdravstvene intervencije, već i područje posebne socijalne brige države. Ta je briga najčešće izražena u kompleksnim državom nadziranim sustavima zdravstvenog osiguranja te državnoj brizi oko cjelokupne organizacije zdravstvene zaštite.

Ova javno-državna dimenzija zdravstvenih sustava proizlazi iz pitanja kako na najučinkovitiji način organizirati zdravstvenu zaštitu, odnosno kako ju financirati. Način na koji država odgovora na ovo posljednje pitanje te način na koji je zdravstvena skrb dostupna većini ili

svim građanima dotične države, povezani su s pitanjem cjelokupne organizacije zaštite od drugih socijalnih rizika (nezaposlenost, starost, invalidnost, siromaštvo). Upravo se ovdje sidri interes komparativne socijalne politike prema organizaciji i problemima zdravstvenih sustava pojedinih zemalja.¹ To ujedno znači da će se o zdravstvenim sustavima govoriti prvenstveno iz društvene perspektive, koja kontekstualno prilazi različitim područjima društvenog života, pa time i različitim područjima socijalne sigurnosti, ali i to da takav pristup neće i ne može obuhvatiti niz drugih vidova zdravstvene politike i organizacije zdravstvenih sustava.²

Komparativni pristup ima i izrazito edukativni karakter, posebice za niz postkomunističkih tranzicijskih zemalja, gdje je na djelu cjelokupna gospodarsko-društvena preobrazba.

* Ovaj je rad napisan uz potporu Hrvatskoga pravnog centra.

¹ Svi prikazi socijalne politike veliku pozornost posvećuju i zdravstvenim sustavima, bez čega je nemoguće razumjeti cjelokupni socijalni sustav pojedine zemlje.

² O različitim teorijskim pristupima razumijevanja zdravstvene zaštite i kompleksnosti analize zdravstvenih politika usp. Letica, 1989.

Sustavi socijalne politike postaju dvostruko uvjetovani - oni su sami podložni reformama, ali je u prvom planu činjenica da se kroz njih najočitiije reflektiraju poteškoće i posljedice cjelokupne preobrazbe. Tako i u nizu zemalja Srednje i Istočne Europe pravo javnosti dobivaju dotada skrivena ili javno neartikulirana pitanja. U području zdravstva to su pitanja financiranja i troškova zdravstvenog sustava, zdravstvenih nejednakosti i socijalne isključenosti iz zdravstva, privatizacije i marketizacije u zdravstvu i sl.

Komparativni se pristup, međutim, susreće i s nizom poteškoća, od kojih posebno valja naglasiti dvije. Prva govori o problemu usporedbe statističkih pokazatelja i drugih indikatora zdravstvene skrbi, koji nerijetko odražavaju problem metodologije i širih društvenih okolnosti prikupljanja podataka. Ovo predstavlja veći problem za tranzicijske i nerazvijene zemlje. Druga poteškoća odražava povijesno-društvene razlike među pojedinim zemljama pa se iste teme i pitanja moraju vrlo različito kontekstualizirati. Često se pokazuje da se zemlje sličnoga socijalnog sustava u određenim područjima bitno razlikuju pa analiza mora jasno reći je li joj je, u određenom trenutku, važniji naglasak na sličnostima ili na razlikama u pojedinim područjima.

KONTEKST PROUČAVANJA ZDRAVSTVENIH SUSTAVA

I povijesno oblikovanje zdravstvenih sustava i njihova aktualna preobrazba uvjetovani su nizom posredujućih čimbenika od kojih valja, posebice, istaknuti sljedeće:

1. **Ekonomski okvir:** ekonomske mogućnosti društva i stopa izdvajanja za zdravstveni sustav, promjene u području rada i zaposlenosti te načini financiranja zdravstvenih sustava, odnos javnoga i privatnoga u zdravstvenom sustavu, razlike između bogatih i siromašnih, pitanje kontrole troškova i racionalizacije, utjecaj tehnološkog razvoja na povećanje troškova zdravstvene skrbi.

2. **Demografska kretanja:** smanjeni natalitet, fertilitet i mortalitet, starenje stanovništva i, s time povezani, bolji zdravstveni status te povećana očekivanja od zdravstvene zaštite u

starijoj dobi, promjene u strukturi obitelji, posebice povećana ekonomska aktivnost žena, rast jednoroditeljskih i samačkih obitelji te zamiranje socijalnih funkcija proširene i nuklearne obitelji.

3. **Epidemiološki trendovi:** epidemiološka tranzicija koja diferencira uzroke oboljenja i smrtnosti, novi tipovi bolesti te pitanje odnosa društvenoga i zdravstvenog statusa, posebice činjenice o povećanju zdravstvenih nejednakosti u suvremenom svijetu.

4. **Društveni kontekst:** kulturne i socijalne razlike među pojedinim zemljama i pojedinim društvenim skupinama, tipovi bolesti vezani uz životne i zdravstvene stilove, način na koji pojedinac i društvo odgovaraju na pojavu bolesti.

5. **Državna organizacija:** način na koji država intervenira u zdravstvenom području, stupanj administrativne uključenosti i administrativne kontrole, interesi i pozicija moći u i oko zdravstvenog sustava, načini odlučivanja i participacije građana u zdravstvenom sustavu.

Ekonomski okvir

Nije teško pokazati kako su zdravstveni sustavi mnogobrojnim nitima vezani uz društveni kontekst. Čini se, međutim, da se danas ta društvena svezanost uglavnom izražava u poteškoćama financiranja zdravstvenih sustava. Društvene rasprave koje se u nizu zemalja vode oko zdravstva danas su uglavnom skoncentrirane oko pitanja iznosa izdvajanja za zdravstvo, tj. pitanja povećanja troškova i nužnosti kontrole trošenja sredstava u zdravstvenom sustavu. Jasno je, međutim, da su financijski problemi suvremenih zdravstvenih sustava samo odraz mnogobrojnih društvenih čimbenika te da svaka javna i politička odluka o tome kako razriješiti aktualne probleme nosi sa sobom čitav niz društvenih pretpostavki i implikacija.

Mjerenom izdvajanjem u postotku od BDP-a troškovi zdravstvenog sustava u razvijenim zapadnim zemljama iznose u prosjeku 8% BDP-a 1991. godine te se zadržavaju na sličnoj razini tijekom cijeloga ovog desetljeća. Među zemljama OECD-a najmanje izdvajaju Grčka (5,2%) i Velika Britanija (6,6%), a uvjerljivo najviše SAD (13,4%) (Hill, 1996.:111).³ Međutim, prije 30-tak godina taj je iznos bio goto-

³ Za razliku od gotovo svih zemalja OECD-a u SAD-u se trend povećanja troškova za zdravstvo nastavio i u 90-ima te je 1995. dosegao iznos od 14,2% BDP-a (Kalisch, Aman i Buchele, 1998.b:99).

vo upola manji i on je za zemlje OECD-a prosječno iznosio 4,2% 1960. i 7,2% 1980. godine.⁴ Bilježimo, dakle, rast izdvajanja za zdravstvo sukladan rastu ostalih socijalnih troškova koji se u 90-ima zbog, prvenstveno ekonomskih razloga, teško može nastaviti.

Postotak izdvajanja za zdravstvo nedovoljno je pouzdan podatak bez informacije o iznosu samog BDP-a, koji je 1990. godine među zemljama OECD-a iznosio *per capita* 6.085 US\$ za Portugal, do 33.085 US\$ za Švicarsku. Većina razvijenih zapadnih zemalja bilježi 1990. godine od 20-25.000 US\$ *per capita* (Hill, 1996.:111), što predstavlja veliku razliku u odnosu na nerazvijene zemlje pa i u odnosu na većinu tranzicijskih zemalja. Konačno, ukupno se izdvajanje za zdravstvo među pojedinim zemljama razlikuje i po strukturi javnih, odnosno privatnih troškova. Europske zemlje sklonije su većem postotku javnih troškova za zdravstvo, što ujedno i odražava temeljni stav o nužnosti državne brige i državne intervencije u zdravstvenom sustavu. Zanimljivo je primijetiti i da se od 1960. godine značajno povećava udjel javnih troškova u svim zemljama, dok se krajem 80-ih i početkom 90-ih on, zasada neznatno, smanjuje.⁵

Ekonomski se okvir zdravstva danas pokazuje osobito nepovoljnim zbog dvaju osnovnih razloga. Usprkos velikim ekonomskim mogućnostima pojedinih zemalja, tehnološki razvoj izuzetno poskupljuje i dramatično specijalizira pojedina područja zdravstvene zaštite te ih nužno čini nejednako dostupnima svima. Mogućnosti tehnološkoga razvoja se pokazuju toliko velikima da otvaraju čitava nova i vrlo skupa

područja medicinskih istraživanja, ali i postavljaju pred čovjeka mnoge nerješive etičke dileme.

Drugi je razlog vezan uz okolnosti globalizacije gospodarstva i promjena u strukturi rada što postavlja pitanje mogućnosti plaćanja zdravstvenih usluga, ali i pitanje načina dostupnosti zdravstvene skrbi. Ovdje se, na vrlo izravan način, povezuje činjenica povećanja ovisnosti stanovništva i smanjenja aktivnog stanovništva s činjenicom povećanja dosada atipičnoga rada.⁶ Kako su socijalni sustavi, uglavnom, dizajnirani na načelu pune zaposlenosti, bilo da su porezno financirani ili na osnovi doprinosa, promjene u strukturi rada izravno postavljaju pitanja održivosti dosadašnjih socijalnih režima.⁷

Demografsko-epidemiološki trendovi

Iako podaci o izdvajanju za zdravstvo vrlo malo govore o razlikama u zdravstvu i djelotvornosti pojedinih zdravstvenih sustava, oni su ipak okvir razumijevanju poboljšanja ukupnoga zdravstvenog stanja, posebice u razvijenim zemljama svijeta te okvir razumijevanju društveno uvjetovanih troškovnih pritisaka u zdravstvenim sustavima krajem 20. stoljeća.

Standardni pokazatelji zdravstvenog stanja govore nesumnjivo o poboljšanju ukupnog zdravstvenog stanja među razvijenim zemljama svijeta. Prosječna stopa dojenačke smrtnosti u prvoj godini života u EZ-u je iznosila 20 na 1000 živorođene djece 1970. godine, a 10 na 1000 1992. godine (Duffy, 1998.). Zanimljiv je i podatak da je stopa dojenačke smrtnosti nastavila padati i u tranzicijskim zemljama nakon

⁴ Zanimljivo je da je izdvajanje za zdravstvo 1960. godine za Njemačku (4,7%), Švedsku (4,7%) i SAD (5,3%) bilo vrlo ujednačeno, dok 1991. godine Njemačka i Švedska bilježe slične postotke (8,5 i 8,6), a SAD izrazito odskoču (Ginsburg, 1992.:205).

⁵ Javni troškovi u postotku od ukupnih zdravstvenih troškova za pojedine zemlje:

	1960.	1975.	1991.
Australija	48	73	68
Italija	83	86	78
Švedska	73	90	78
Velika Britanija	85	91	83
SAD	25	41	44

Izvor: Wall, 1996.:188 i Hill, 1996:110.

⁶ Usp. Puljiz, 1998., Esping-Andersen, 1998.

⁷ To je, vjerujemo, razlog da se u najnovijoj OECD-ovoj studiji primjećuje kako mnoge zemlje čine korake prema univerzalnoj dostupnosti zdravstvene zaštite (Kalisch, Aman i Buchele, 1998.a:84)

1990. godine (posebice u zemljama Srednje Europe) i da taj podatak na određeni način proturječi podacima o stopi smrtnosti odraslih u nizu tranzicijskih zemalja.⁸ Prosječno očekivano trajanje života također se povećava i ono 1990. godine u času rođenja iznosi prosječno između 70 i 75 godina za sve razvijene zemlje svijeta, te prosječno više za žene no za muškarce (Hill, 1996.:113). Zemlje OECD-a 1996. godine bilježe očekivano trajanje života od 79,8 godina za žene i 73,4 za muškarce (Jee i Or, 1999.:15). To je, istodobno, važan čimbenik povećane potrošnje u zdravstvu za starije osobe, što u nekim zemljama doseže već i do 50% ukupnih zdravstvenih troškova.⁹

Veza demografskih i epidemioloških trendova je, stoga, očita ali i vrlo kompleksna. Povećani udio starijeg stanovništva samo je jedna dimenzija smanjenoga mortaliteta i produženog trajanja života. Naime, pravi društveni problem izvire iz činjenica smanjenoga fertiliteta i nataliteta, što govori o velikim promjenama demografske strukture stanovništva.¹⁰ Uz to, pluralizam obiteljskih oblika rezultirao je slabljenjem klasičnih socijalnih pa time i zdravstvenih funkcija obitelji.¹¹

Poboljšanje zdravstvenog statusa vrlo je nejednako raspoređeno, kako među pojedinim zemljama svijeta, tako i unutar samih zemalja. Na svjetskoj razini siromaštvo je glavni zdravstveni rizik, a broj se onih koji za život imaju dnevno manje od 1\$ povećao sa 85 milijuna 1987. godine na 1,3 milijarde 1993. godine (*The World Health Report, 1997.*:10). U razvijenijim zemljama čini se da klasna struktura zdravstvenih nejednakosti dobiva i neke nove obrise.

Unutar europskog kontinenta povećavaju se zdravstvene razlike među tranzicijskim zemljama (socijalno-zdravstvene posljedice tranzicijskih promjena najočitiije su među zemljama bivšeg Sovjetskog Saveza)¹², dok unutar pojedine zemlje i razlike među različitim socio-ekonomskim grupama postaju izrazitije. Posebice su intrigantne još nedovoljno objašnjene veće razlike u Velikoj Britaniji i skandinavskim zemljama. Između 1970. i 1980. godine Švedska, Norveška i Danska su izgubile svoj povoljan međunarodni imidž malih razlika u smrtnosti između pojedinih klasa društva (Duffy, 1998.). U svim europskim zemljama podaci govore o većoj stopi mortaliteta među grupama nižeg profesionalnog statusa i nižeg obrazovanja. Norveški i finski muškarac sa

⁸ Mortalitet dojenčadi (smrt u prvoj godini života na 1000 živorođenih) za pojedine zemlje:

	1970.	1980.	1990.	1996.
Austrija	25,9	14,3	7,8	5,1
Češka R.	20,2	12,0	10,8	6,0
Hrvatska	34,2	20,6	10,7	8,0
Njemačka	23,6	12,6	7,0	5,0
Rusija	22,9	22,0	17,6	18,2
Slovenija	24,5	15,3	8,4	4,7
Švedska	11,0	6,9	6,0	2,1

Izvor: Duffy, 1998:47.

Napomena: Podatak za Njemačku odnosi se na bivšu Zapadnu Njemačku do 1990., a za teritorij cijele Njemačke 1996. Posljednji podatak za Rusiju je iz 1995., a ne 1996. godine.

Ovi su podaci zanimljivi zato što daju povijesni uvid, a autorici su izvor podaci Vijeća Europe. Treba, ipak, primijetiti da se ovi podaci dijelom razlikuju od podataka koje navodi *The World Health Report 1997*, str. 144-145, a za 1996. godinu.

⁹ "Osoba starija od 75 godina prosječno konzumira 9 puta više zdravstvenih troškova od osobe u radnoj dobi" (Kingdom, 1996.:128).

¹⁰ "Problem starenja ovisi uglavnom o rađanju. Često je prisutan strah da će zapošljavanje žena ugroziti plodnost i na taj način otežati krizu starenja. Međutim, činjenice ukazuju na drugačiju situaciju..." (Esping-Andersen, 1998.:46).

¹¹ "Pored toga treba upozoriti na promjene u samom 'obiteljskom sektoru'. One se mogu obuhvatiti pojmom pluralizacije obiteljskih oblika. ... Od novih obiteljskih formi brojčano su veoma značajne jednoroditeljske obitelji, čiji se udio kreće između 15 i 30%, zatim slobodne veze sa ili bez djece, rekonponirane obitelji koje su sastavljene od rastavljenih roditelja ili udovaca/udovica i njihove djece..." (Puljiz, 1995.b:128).

¹² "Očekivano trajanje života se smanjilo gotovo svugdje, a podaci o smrtnosti nisu ohrabrujući. Najgore stanje je u Ruskoj Federaciji, gdje se u sedam godina očekivano trajanje života muškaraca u trenutku rođenja smanjilo za sedam godina, na samo nešto više od od 58 godina, dok je očekivano trajanje života kod žena palo na 68 godina, što je najveća razlika između spolova u svijetu." (Standing, 1998.:178) Usp. i Kornai, 1998.

stupnjem obrazovanja nakon srednje škole žive 3-4 godine duže od njihovih sunarodnjaka s osnovnim obrazovanjem i uživaju 10-12 godina zdravijeg života, bez kroničnih bolesti (Duffy, 1988.:20). Zabilježene su i značajne regionalne razlike, posebice kod nekih zemalja (Italija, Turska i sl.), koje na svojevrsan način objašnjavaju i razlike među pojedinim skupinama zemalja.

Razlike u obrascima bolesti i zdravstvene nejednakosti je nemoguće objasniti no kompleksnim djelovanjem različitih čimbenika. Dok se, primjerice, relativno jednostavnije može objasniti trostruko veći rizik srčanih bolesti kod nižih socio-profesionalnih skupina ili

socijalnih činjenica koje se isprepliću unutar zdravstvenog sustava pojedine zemlje. Stoga je epidemiološke trendove nemoguće analizirati bez uvida u životno-zdravstvene stilove pojedinih naroda, odnosno klasa i slojeva istoga društva, kao što je i određenu zdravstvenu organizaciju nemoguće analizirati bez poznavanja uvida u interese različitih društvenih grupa te pozicije dominantnih političkih stranaka.¹³ Veliki dio ovih razlika sabran je, upravo, unutar različitih tradicija zdravstvenog osiguranja.

*OECD-ova studija o modelima zdravstvenog financiranja u svijetu govori o tri modela zdravstvene skrbi.*¹⁴

Model	Pokrivenost	Financiranje	Kontrola	Status
beveridgeovski	univerzalna	porezno	javna	socijal. usluga
bismarckovski	univerzalna	socijal. osigur.	kombinir.	socijal. pravo
ograničeno tržišni	djelomična	priv. osigur.	privatna	osigur. rizici

povećane stope samoubojstva kod nezaposlenih, odnosno ekonomski neaktivnih, mnogo je teže naći objašnjenje zašto nizozemski muškarci mnogo više umiru od malignih neoplazmi od svojih europskih kolega ili, zašto Talijanke obolijevaju od raka dojke za trećinu manje od Britanki (Spence, 1996.; Ottewill, 1996.). Pri tome je važno znati da veza između bogatstva zemlje i epidemioloških trendova polako gubi jasne obrise nakon otprilike razine od 6.000 US\$ *per capita*, te da daljnje povećanje prihoda ne donosi spektakularne rezultate u standardnim pokazateljima zdravlja. Čini se, čak, da razvijene zemlje svijeta dans prolaze kroz tzv. drugu epidemiološku tranziciju, što će zahtijevati novi pristup objašnjavanju razlika u zdravstvenom statusu (Duffy, 1998.:25), odnosno veću usredotočenost na vezu životnih stilova i zdravstvenih statusa.

Društveno-državni kontekst

Pitanje društvenoga i državnog konteksta obuhvaća niz povijesnih, kulturnih, razvojnih i

Beveridgeovski model je nastao u Velikoj Britaniji nakon II. svjetskog rata i identificiran je s britanskom *National Health Services (NHS)*, osnovanom 1948. godine. Riječ je o najstabilnijem dijelu britanske socijalne države, inspirirane liberalnom kolektivističkom ideologijom prema kojoj zdravstvena skrb ne smije biti prepuštena tržišnim ograničenjima (Ginsburg, 1992.:178). Prevladalo je uvjerenje da jedino javna služba može osigurati prihvatljivu razinu pravednosti u pristupu i korištenju službe. Zanimljivo je da je ovdje moguće uočiti sličan pristup koji nalazimo i unutar skandinavske, socijaldemokratske države gdje je, također, naglasak na dekomodifikaciji, ali u puno širem opsegu i u cjelini socijalnih usluga. Još je zanimljivije što sličnu ideju nastoje ostvariti i države koje se često nazivaju južnoeuropskim socijalnim državama, a rezidualno-klijentelističku socijalnu državu pokušavaju nadograditi univerzalnim zdravstvenim sustavom.¹⁵

Bismarckovski model je zasnovan na obveznom, univerzalnom socijalnom osiguranju i karakterističan je za većinu zemalja kontinen-

¹³ Zanimljivo i kompleksnu analizu interesa i institucija unutar zdravstva pruža studija E. Immergut, 1992.

¹⁴ Usp. OECD (1987.) *Financing and Delivering Health care. A Comparative Analysis of OECD Countries*. Cit. prema Wall, 1996.:183.

¹⁵ Riječ je o Italiji, Španjolskoj, Portugalu i Grčkoj koje u 70-im i 80-im godinama uvode univerzalni porezno financiran sustav zdravstvene zaštite (*European Health Care Reforms*, 1996.:18-19). Mnogi, međutim, upozoravaju da je riječ o manjkavom univerzalizmu što je, pak, povezano s drugim obilježjima južnoeuropske socijalne države. Usp. Ferrera, 1996. i Puljiz, 1996.

talne Europe. Doprinosi za zdravstveno osiguranje se plaćaju na osnovi rada, a upravljanje zdravstvenim sustavom je prepušteno interesnim udruinama i njihovu korporativnom dogovaranju, iako pod kontrolom države. Stoga se može govoriti i o decentraliziranoj i relativno autonomnoj strukturi zdravstvenog financiranja i zdravstvene skrbi, pri čemu je očito da je sustav, ako ga se usporedi s univerzalnim beveridgeovskim, manje dizajniran prema načelu egalitarnosti i uniformnosti (Ginsburg, 1992.: 91).

U trećem modelu naglasak je na tržištu, privatnom osiguranju i osiguranim rizicima. Ovdje nalazimo najmanji stupanj dekomodifikacije, iako je jasno da se ne može govoriti ni o čisto tržišnim odnosima. Velike razlike između američkog ili australskog zdravstvenog sustava prema europskim mogu se objasniti unutar ovog trećeg modela.

Modelsko razlikovanje zdravstvenih sustava dobro opisuje njihove bitne karakteristike, ali zanemaruje mnoge razlike. Posebice je teško ovim modelima opisati zajedničke tendencije prema privatizaciji, racionalizaciji i strožoj kontroli troškova koje se posljednjih desetak godina zbivaju unutar različitih zemalja. Primjer Velike Britanije je ovdje najpoučniji, jer je politika M. Thatcher tek na kraju svoga reformskog zahvata započela s promjenama unutar *NHS-a*, ali se ipak teško može tvrditi da su promjene, koje su zahvatile cjelokupni državni i socijalni sektor, tek marginalno utjecale i na zdravstveni sustav. Stoga je naznačene modele najbolje analizirati u kontekstu posebnih situacija u pojedinim zemljama. Kao uvod u ovakvu analizu neka posluži još jedan primjer razrađenijega razlikovanja modela zdravstvenog osiguranja:¹⁶

1. Sveobuhvatna porezno financirana shema - Velika Britanija, Švedska.

2. Porezno financirana shema koja uključuje elemente posebno određenih poreza, najčešće nazivana imenom zdravstvenog osiguranja - Kanada, Australija.

3. Sveobuhvatna shema osiguranja - Francuska.

4. Djelomične sheme koje uključuju javno i privatno osiguranje te elemente poreznog financiranja - Njemačka, Nizozemska.

6. Rezidualni sustav s djelomičnim poreznim financiranjem i državno kontroliranim osiguranjem unutar pretežno privatno financiranog sustava - SAD.

ZDRAVSTVENI SUSTAVI U ODABRANIM ZEMLJAMA SVIJETA

Njemačka

Njemačka je zemlja izvornoga bismarckovskog sustava socijalnog osiguranja, koji je nakon II. svjetskog rata osuvremenjen u smjeru izgradnje sustava socijalno-tržišne ekonomije (Ginsburg, 1992.:89-94). Osnovno načelo na kome je taj sustav izgrađen jest načelo supsidijarnosti, koje je bilo posebice osnaženo negativnim iskustvom nacizma, kao i iskustvom sovjetskog komunizma.¹⁷ Stoga je i zdravstveni sustav relativno autonoman od države, ali je politikom pune zaposlenosti više od 90% radno sposobnog stanovništva u 70-im i 80-im godinama pokriveno socijalnim osiguranjem za usluge korištenja zdravstvene skrbi te za naknade za bolovanje. U istome je razdoblju oko 80% troškova zdravstva osiguravano iz javnih izvora. Na osnovi tih podataka može se zaključiti da je javno-privatni *mix* u području zdravstva Njemačke izraženiji no u Švedskoj ili Velikoj Britaniji. Privatni izdaci za zdravstvo uključuju suplaćanje u javnom sektoru, privatno zdravstveno osiguranje te filantropsko, crkveno ili korporativno financiranje. Bolnice su većinom pod upravom lokalnih ili regionalnih vlasti, ali je najveći udjel crkvenih ili drugih ne-profitnih bolnica.

Već u 70-im godinama, s prvim znacima dugotrajnije fiskalne krize, državne vlasti na različite načine pokušavaju riješiti financijske probleme zdravstvenog sustava, iako su zbog prirode autonomnoga sustava ta nastojanja bila proceduralno vrlo komplicirana. Usprkos tome, direktno plaćanje od strane pacijenata udvostručilo se u razdoblju od 1977. do 1984. godine, a bio je zamjetan i pritisak na lokalne i regionalne vlasti da privatiziraju dijelove bol-

¹⁶ Usp. Hill, 1996.:100-101.

¹⁷ "Socijalno-tržišna ekonomija pretpostavlja vodeću ulogu tržišta, tj. privatne ekonomske i socijalne inicijative unutar civilnog društva, sa supsidijarnom ulogom države. U pogledu ekonomske politike to znači kompromis između kejnshijanizma i neoliberalizma i neoklasicizma." (Ginsburg, 1992.:69)

ničkih usluga te da uvedu elemente tržišne racionalnosti u bolnicama. Kako se bolnice financiraju prema fiksnoj dnevnoj naknadi pacijenti su zadržavani duže u bolnicama, a Njemačka je zabilježila najveću prosječnu dužinu bolničke njege. Istodobno su druge vanbolničke mogućnosti liječenja bile relativno nerazvijene.

Trend racionalizacije zdravstvenog sektora nastavljen je i u 90-ima, tj. posebnim Zakonom o reformi zdravstva iz 1993. godine (ISSA, 1996.). Prva faza primjene Zakona odvijala se od 1993. do 1995. godine te je uvela tzv. proračunski sustav za bolnice, farmaceutske proizvode i medicinske pristojbe, čime je uspostavljena brana daljnjem nekontroliranom rastu zdravstvenih troškova. Druga faza primjene Zakona nastupila je 1996. godine i njome se nastoji smanjiti broj bolničkih kreveta za 15%. Savezne zemlje, koje žele zadržati veći broj kreveta, mogu to učiniti, ali na račun vlastitih sredstava. Bolnice se moraju ravnati prema prosječnoj visini troškova koju utvrđuju zdravstveni fondovi. Konačno, nastoji se i ograničiti slobodna mogućnost ugovaranja zdravstvene skrbi s liječnikom u područjima koja već imaju dovoljan broj liječnika, a ponovno od regionalnih vlasti ovisi hoće li na svom području moći plaćati viši zdravstveni status. Sve ove promjene trebale bi se, protokom određenog vremena, odraziti na visinu zdravstvenog doprinosa, koji bi i na sadašnjoj razini trebao osigurati povećane troškove zdravstvene zaštite i u budućnosti.

Nizozemska

Nizozemski sustav zdravstvenog osiguranja je vrlo sličan njemačkome, ali je posebno zanimljiv stoga što je privatno-javni *mix* u zdravstvu organiziran tako da na što manju mjeru svede nejednakosti u zdravstvu, tj. nejednakost u pristupu zdravstvenim uslugama (Ottewill, 1996.:76-103). Čini se da osnovni uzrok tome valja tražiti u kulturnim osobinama Nizozemaca, gdje je čvrsto povjerenje u privatnu inicijativu uvijek bilo nadograđeno idejama uzajamnosti i solidarnosti.¹⁸ Druga bitna oso-

bina društvenog karaktera jest tzv. *pilarizacij-ska* organizacija društva, tj. činjenica da je cjelokupno društvo organizirano u tri stupa (*verzuiling*)¹⁹: protestanstvom, katoličkom i sekularnom. Značenja i konkretne mogućnosti ovih stupova danas su bitno redefinirane, ali je cjelokupnu suvremenu nizozemsku povijest nemoguće razumjeti bez uvida u ovakav način društvene organizacije.

Prvi stup zdravstvene skrbi čine liječnici opće prakse te zaposlenici tzv. udruženja kućne skrbi koja su *pilarski* organizirana (protestantska, katolička ili sekularna), a članovima pružaju usluge hitne pomoći, kućne njege, zdravstvene skrbi za porodilje i djecu, informacije o bolestima, invalidnosti, starosti i sl. Drugi stup obuhvaća sekundarnu zdravstvenu njegu. Bolnice su većinom neprofitne, ponajviše katoličke ili protestantske (oko 60%), odnosno sekularne. To znači da je, posebice u urbanim centrima, na bliskoj udaljenosti moguće naći bolnice svih triju tipova s vrlo sličnim rasponom usluga. Treći stup uključuje usluge dugotrajne ili trajne zdravstvene njege, institucionalnog ili izvaninstitucionalnog tipa.

Prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju iz 1966. godine oko 60% stanovništva, čiji prihod ne premašuje nacionalno određenu granicu, plaća obvezno zdravstveno osiguranje jednom od 40 neprofitnih zdravstvenih fondova (Ottewill, 1996.:95-98). Ovim se tipom osiguranja plaća kraća zdravstvena skrb (do najviše godinu dana) ili hitna medicinska intervencija te sve usluge liječnika opće prakse, farmaceutskih proizvoda i dio stomatoloških usluga. Za ostalo stanovništvo zdravstveno osiguranje je uređeno na dobrovoljnoj osnovi i to putem jednog od 70 privatnih zdravstvenih osiguravajućih društava, profitnih ili neprofitnih. Važno je znati da se za sve osobe koje ulaze u ovu kategoriju, a starije su od 65 godina ili se mogu svrstati u osobe povećanog rizika, dio troškova nadoknađuje iz ostalog dijela privatnog osiguranja. Ovo je pravilo uvedeno vladinom intervencijom 1989. godine, kako bi se spriječilo neumjereno podizanje premija osiguranja te kako bi se zdravstvena usluga i za ove kategorije

¹⁸ "Nizozemskom društvu su inherentne vrijednosti privatne inicijative i neovisnosti, povezane s vrijednostima samopomoći, opreza, obveze/odgovornosti, solidarnosti i tolerancije, što se sve reflektira u načinu na koji je razvijana i na koji je danas organizirana zdravstvena skrb." (Ottewill, 1996.:78)

¹⁹ U tekstu rabimo englesku riječ *pillar*, tj. prema njoj izvodimo hrvatsku inačicu, jer se upravo engleski izraz udomaćio u stručnoj literaturi.

osoba zadržala na primjerenj razini. Osim ovih dvaju osnovnih tipova osiguranja, postoje još 4 različita načina financiranja, za pojedine kategorije zaposlenika (pr. vladinih službenika), odnosno za pojedine vrste zdravstvenih njega.

Kraj 80-ih i početak 90-ih godina donosi neke promjene u sustavu zdravstvenog osiguranja Nizozemske (Ottewill, 1996.; ISSA, 1996.) Osnovna je ideja vodilja tih promjena da zdravstvena skrb mora ostati "socijalno pravo", ali da korisnici i nuditelji zdravstvenih usluga moraju postati mnogo više svjesni zdravstvenih troškova. Stoga se uvodi sustav veće kompeticije između osiguravajućih društava te među zdravstvenim osobljem i zdravstvenim ustanovama. Istodobno, prema reformskom planu koji se upravo nastoji postupno uvoditi, veći naglasak na privatnim zdravstvenim fondovima ne bi smio voditi bilo kakvim razlikama u pružanju zdravstvenih usluga osiguranicima različitih fondova.

Italija

Već spomenuta kao predstavница južnoeuropskog tipa socijalne države, Italija na vrlo specifičan način pokazuje vezu društvenog konteksta i razvoja zdravstvene politike. "Opis talijanske kulture doveo je do bogatog vokabulara. Individualizam, familijalizam, partikularizam, lokalizam, klijentelizam i fatalizam samo su neki izrazi. Tome se može dodati nedostatak povjerenja u druge, nedostatak osjećaja za državu i kolektivne interese te nedostatak 'javne etike'" (Spence, 1996.:52). Usprkos tome, evidentno je pristajanje Talijana uz ideju redistributivne pravde, tj. uz uvjerenje kako socijalni sustav mora djelovati redistributivno. U socijalnom je području očit utjecaj katoličke kulture koji postojanje siromaštva vidi više kao proizvod sustava no kao rezultat individualnog neuspjeha. Povijesni je utjecaj Katoličke crkve, međutim, otežao razvoj uloge države u socijalnom području a to je, vjerojatno, i osnovni razlog relativno slabijeg razvoja dobrovoljnog sektora u usporedbi s ostalim razvijenim europskim zemljama.

Osobine partikularizma i klijentelizma (tj. dominacije političkih stranaka i njihovih interesa u svim domenama društvenog života) oso-

bito su vidljive u razvoju socijalne države općenito te u razvoju zdravstvenog sustava.²⁰ Naime, nakon II. svjetskog rata u Italiji je bio osobito popularan Beveridgeov plan socijalne reforme, a tzv. D'Aragnonova komisija, osnovana 1947. godine, inicirala je razvoj osobitoga zdravstvenog sustava, zasnovanoga na principima pravičnosti i učinkovitosti. Usprkos tome, talijanski zdravstveni sustav ostao je nepromijenjenim više od dva desetljeća, što znači da je ostao dominantno privatnim, tj. zasnovan na ugovorima između velikog broja zdravstvenih osiguravajućih fondova i privatnih liječnika, bolnica i ljekarnika. Broj osiguranih osoba se, ipak, polako povećavao te je sredinom 60-ih dosegao razinu od oko 90% osiguranih.

Do promjena dolazi 1978. godine kreacijom nacionalne zdravstvene službe, kojom se zdravstvena skrb osigurava unutar aranžmana primarne i sekundarne skrbi, a administrativno-financijska procedura biva preraspodijeljenom između lokalnih, regionalnih i nacionalne vlasti (Spence, 1996.). Primarna zdravstvena skrb se osigurava putem privatnih liječnika opće prakse koji imaju ugovore s lokalnim zdravstvenim vlastima, a plaćeni su na osnovi broja pacijenata o kojima skrbe. Zakon iz 1978. godine inicirao je veću ulogu dobrovoljnih organizacija, tako da one danas djeluju u mnogim područjima zdravstvene skrbi (stariji, mentalni bolesnici, ovisnici o drogama i sl.), iako ih je i dalje proporcionalno manje no u drugim europskim zemljama. Sekundarna njega u bolnicama apsorbira oko 60% svih zdravstvenih troškova, a na ovoj razini dolazi do izražaja specifična priroda javno-privatnoga *mixa*. S obzirom na zakonski status, bolnice se mogu podijeliti u tri grupe: one kojima direktno upravljaju lokalne zdravstvene vlasti i jasno su locirane unutar javnog sektora, bolnice unutar javnog sektora, ali izvan kontrole lokalnih zdravstvenih vlasti te bolnice koje na ugovornoj osnovici pružaju određene usluge. S druge strane, privatni sektor obuhvaća oko 35% bolnica, ali osigurava samo 15% kreveta.

Financijski problemi zdravstvenog sustava dolaze do izražaja krajem 80-ih i to kako zbog razloga poznatih i u drugim zemljama, tako i zbog specifičnih talijanskih razloga. Riječ je ne samo o decentraliziranoj administrativnoj strukturi, već i o financijskoj neodgovornosti

²⁰ Usp. Ferrera, 1996.

lokalnih zdravstvenih vlasti koje su dobivale sredstva s nacionalne razine, ali nisu odgovarale za prekomjernu potrošnju.²¹ Reforma koju je Vlada odobrila u studenom 1993. godine imala je upravo to na umu (ISSA, 1996.). Nacionalna zdravstvena služba i dalje zadržava osobine univerzalnoga sustava, financiranog doprinosima i porezima, a većina bolnica i centara primarne skrbi ostaje unutar javnog sektora. Ipak je značajno smanjen broj lokalnih zdravstvenih jedinica, a profesionalni menadžeri zamijenili su izabrane odbore. Regionalni fondovi dužni su nadoknaditi svaki prekomjerni izdatak, neosiguran na nacionalnoj razini, a novi financijski propisi nastoje bolnice prisiliti na racionalno i kompetitivno ponašanje. Reformom se također žele smanjiti neke negativne posljedice javno/privatnoga *mixa* pa liječnici ne mogu više kombinirati posao unutar javnog sektora sa svojom privatnom praksom (iako vrlo komplicirana kombinacija javnog financiranja i privatnih zdravstvenih usluga ostaje bitnom osobinom talijanskoga zdravstvenog sustava).

Švedska

I švedski je zdravstveni sustav čvrsto situiran unutar bitnih karakteristika švedske socijalne države pa suvremenu povijest zdravstvenog sustava valja sagledavati u okviru socijaldemokratske dominacije koja započinje 1932. godine (Ginsburg, 1992.:58-64; Jones, 1996.). Najočitiiji rezultat ove dominacije proizlazi iz podatka da je naslijeđeni privatni zdravstveni sustav postao dominantno javan te da je javni sektor u Švedskoj 1984. godine obuhvaćao 91,4% svih zdravstvenih troškova, a da je samo 5% liječnika djelovalo izvan javnog sustava (Ginsburg, 1992.:58).

Administrativna i financijska moć locirana je unutar 26 regionalnih vijeća (*county council*) koji upravljaju primarnom i sekundarnom zdravstvenom zaštitom. Regionalne vlasti odgovorne su za prikupljanje poreza (13,5% osobnih prihoda) kojim se financira oko 60% svih troškova zdravstvene skrbi. Nacionalna vlast osigurava, otprilike, sljedećih 15% kojima nastoji smanjiti regionalne razlike u razini zdrav-

stvene zaštite. Struktura ostalog dijela financijskih sredstava je raspoređena između države (12% na ime obrazovanja zdravstvenih radnika, istraživanja u zdravstvu i psihijatrijske skrbi), zdravstvenog osiguranja (8%) i participacije pacijenata (4%) (Jones, 1996.:118-119).

Specifičnost socijaldemokratskog tipa socijalne države ogleda se u relativno visokoj razini socijalnih transfera,²² a ta osobitost dolazi do izražaja i u području zdravstvene skrbi. Naknade za bolovanje iznose 90% plaće, a isplaćuje ih država nakon što poslodavac podmiri prvih 14 dana bolovanja. Za nezaposlenu osobu utvrđen je minimalni iznos naknade. Obiteljske naknade osiguravaju do 90 dana odsustva s posla po djetetu u godini dana te također iznose 90% dotadašnjih prihoda. Od 1994. godine porodni dopust u Švedskoj traje 3 godine, a naknada iznosi 80% plaće.

Švedska je iskusila svoju dotada najveću ekonomsku i socijalnu krizu 1991. i 1992. godine koja je prisilila Vladu da poduzme niz reformskih koraka. U ožujku 1992. godine Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi objavilo je dokument pod naslovom *Health and Medical Care in Sweden*, u kojem ističe niz problema švedskoga zdravstvenog sustava (Jones, 1996.: 124):

- pacijenti imaju vrlo malu mogućnost izbora bolnica i zdravstvenih centara;
- u bolnicama postoje duge liste čekanja za određene kirurške intervencije;
- niska je produktivnost u zdravstvenom sustavu;
- stariji se pacijenti zadržavaju u bolnicama duže no što je potrebno, zbog nedostatka domova za starije i osoblja za pomoć u kući;
- usprkos visokim troškovima zdravstvene skrbi, postoje područja u kojima su potrebna poboljšanja, npr. u psihijatrijskoj ili skrbi za starije;
- usprkos ekspanziji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti posljednjih godina, švedska zdravstvena skrb ostaje i dalje dominantno bolničkom.

Na osnovi ovog dokumenta Vlada je inaurirala nekoliko bitnijih promjena u zdravstvenom sustavu. Jedna se od njih odnosi na

²¹ Vrlo je ilustrativna sljedeća opaska: "Problem s Nacionalnom zdravstvenom službom u Italiji nije što troši previše, već u tome što ono što troši potroši loše." (Spence, 1996.:69)

²² Usp. Bežovan, Miličić, 1997.

bolji raspored liječnika opće prakse, koji skrbe o oko 2000 pacijenata, a pacijenti ih mogu slobodno birati. Također, oni pacijenti koji zaobilaze liječnike opće prakse i odmah traže bolnički tretman, bit će suočeni s mnogo većim participacijskim pristojbama. Druga velika grupa promjena odnosi se na pokušaje racionalizacije uvođenjem menadžera i konzultanata u bolnicama koja više neće imati politički izabranu tijela. Regije će, kao vlasnici bolnica, plaćati bolnice na osnovi broja tretiranih pacijenata te će donositi bitnije investicijske odluke. Također se ohrabruje praksa dnevnih kirurških zahvata, a kako pacijenti dobivaju veću slobodu izbora, očekuje se da će bolnice biti senzitivnije prema zahtjevima pacijenata. Posebna Vladina komisija, izabrana 1994. godine, predlaže i eksperimentira u određenim regijama s daljnjim reformskim zahvatima na istome tragu.

Velika Britanija

Ilustrativnost primjera zdravstvenog sustava Velike Britanije povezana je s činjenicom velikih i dalekosežnih promjena u političkom sustavu od početka vladavine konzervativne vlade Margaret Thatcher. Konzervativna dominacija, koja je trajala od 1979. do 1997. godine, bitno je redizajnirala britanski sustav socijalne sigurnosti pa tako, djelomično, i zdravstveni sustav, iako je on predstavljao posljednji dio socijalnog sustava koji je bio podložan izmjenama.²³

Bitni elementi Beveridgeovih reformi poduzetih nakon II. svjetskog rata gotovo su u cjelini izraženi organizacijom *National Health Services (NHS)* koju, s druge strane, valja sagledavati u kontekstu specifičnih crta britanskog socijalnog kolektivismu. Taj se kolektivismu umnogome razlikuje od švedskoga univerzalističkog sustava, a proizlazi iz negativnih iskustava liberalističke ekonomske politike prije II. svjetskog rata i iz konstantne privrženosti idejama liberalizma i individualizma. Distinktivnu notu ovim vrijednostima i nakon II. svjetskog rata daje britanska politička atlantska orijentacija, izražena u posebnim partnerskim odnosima sa SAD. Zato je britanska socijalno sigurnosna shema uspostavljena na niskoj razini, a najveća ekspanzija uloge države zbiva se upravo u području zdravstva i obrazovanja pa *NHS* postaje najpopularnijim dijelom socijalnog sustava.

Osnovne karakteristike *NHS-a* do 1980. godine govore o visokom stupnju centralizacije, geografski disperzivnoj administrativnoj strukturi, tripartitnoj organizaciji, korporativističkom stilu odlučivanja, nedostatku jasne menadžerske strukture i slabom sustavu demokratske kontrole (Kingdom, 1996.:141-142). Centralizirani sustav osiguravao je jasnu financijsku politiku i kontrolu pa je to možda jedan od razloga relativno manjih zdravstvenih troškova Velike Britanije u usporedbi s drugim zemljama. Pristajanje na centralizaciju sustava činilo je jednu od najbitnijih koncesija medicinske profesije u procesu definiranja nacionalne zdravstvene službe ali je stoga, zauzvrat, ona očuvala kliničku autonomiju i visoki stupanj profesionalnih prava.

U prvim godinama vladanja M. Thatcher *NHS* je ostala nedirnutu, kako zbog popularnoga javnog imidža, tako i zbog činjenice da je Vlada bila preokupirana ekonomskim situacijom i ratom za Falklande. Prvi socijalni udar desio se tamo gdje je socijalna država bila najslabija, u stambenom području, a slijedile su restrikcije u obrazovanju i redefiniranje sustava socijalne pomoći. Ipak, te promjene i one koje su uslijedile u zdravstvenom području, valja sagledavati u kontekstu cjelokupne ideologije nove desnice čija je argumentacija naglašavala povlačenje odgovornosti države iz ekonomske i socijalne politike. Iako je vrlo teško reći da je državna politička moć uzmakla, trend prema privatizaciji i marketizaciji naglašen je u mnogim područjima socijalne sigurnosti, a markiran je poreznom reformom koja je smanjila progresivnost poreznih stopa za bogatiji dio stanovništva.

Niz, naizgled sitnijih, reformskih zahvata poduzetih tijekom 80-ih, zaokružen je zdravstvenim reformskim paketom 1991. godine. Jedna od prvih bitnijih inovacija odnosila se na uspostavljanje internog, kvazi-tržišta unutar zdravstvenog sustava (Kingdom, 1996.:147). Interno tržište znači odustajanje od sustava centralne kontrole i formalnog plana, tj. stimuliranje tržišnih uloga "ponuditelja" i "kupaca" zdravstvene zaštite. Bolnice i liječnici počeli su iskazivati cijenu svojih usluga, a pacijenti su mogli početi birati niže cijene i bolje usluge. Istodobno je *NHS* određene dijelove zdravstvenih aktivnosti ugovorima prepuštala privatnim organizacijama. Troškovi liječnika opće prakse podvrgnuti su strogoj kontroli, a zdrav-

stvene su ustanove dobile menadžere koji su postali odgovornima za financijsko poslovanje. Sve su promjene bile su ideološki markirane novim rječnikom: "bolnice su postale 'gospodarske jedinice', voditelji jedinica 'direktori', a zaposlenici su otkrili da su 'resursni čimbenici'..." (Kingdom, 1996.:146).

Zamjetan je i trend privatizacije unutar nacionalne zdravstvene službe. Između 1979. i 1986. godine udvostručio se broj privatnih kreveta i osoba osiguranih privatnim osiguranjem (Ginsburg, 1992.:180). Godine 1976. privatni je sektor osiguravao 3.500 kreveta, dok je 1986. godine taj broj porastao na 10.000. Istraživanje zdravstvenog sustava publicirano 1992. godine pokazalo je da je rast troškova privatnog sektora tri puta veći od rasta troškova unutar *NHS-a*. Međutim, taj rast je općenito najviši u području tzv. hladnih operativnih zahvata gdje su troškovi najniži, a profit najviši (Kingdom, 1996.:150).

Promjene u britanskom zdravstvenom sustavu moguće je ocjenjivati s različitih gledišta. Svakako valja primijetiti da se, usprkos svim promjenama deklarativna, a djelomično i stvarna podrška ideji javnoga zdravstvenog sustava, održava te da je to jedan od prioriteta nove laburističke vlasti. Konačna bi ocjena zahtijevala i komparativnu procjenu o tome koliko je Velika Britanija samo na vrijeme započela s promjenama koje su na dnevnom redu u većini drugih zemalja u 90-ima. Ipak, za konačnu su procjenu važna i gledišta korisnika zdravstvene skrbi i objektivni podaci koji pokazuju da su recentne promjene socijalnih sustava, ma kako bile nužne i opravdane, opterećene visokom socijalnom cijenom novih nejednakosti i većih razlika.²⁴

Sjedinjene Američke Države

Ekonomski i politički pa onda i socijalni i zdravstveni sustav SAD-a razlikuje se u bitnim

crutama od svih opisanih europskih zemalja. Ideologija liberalizma i voluntarizma te eksplicitna nepovezanost ekonomske i socijalne politike osnovni je uzrok tih razlika (Ginsburg, 1992.:98-138). Otuda izviru i specifičnosti američkoga zdravstvenog sustava koji ima najviše troškove na svijetu ali, u usporedbi s drugim razvijenim zemljama svijeta, uz najmanji stupanj javnoga ulaganja, najveće razlike u mogućnostima pristupa zdravstvenoj zaštiti i uz činjenicu neuspješnih pokušaja uvođenja osnovnoga nacionalnog javnog osiguranja.

Nepredvidivost bolesti i iznosi medicinskih troškova predstavljaju ozbiljan problem za većinu Amerikanaca (Puljiz, 1995.a; Chandler, 1996.). Većina se troškova zdravstvene skrbi podmiruje putem privatnog osiguranja, no u najvećem broju slučajeva osiguranje podmiruje samo dio zdravstvenih troškova. Primjerice, radnici koji su osigurani plaćanjem doprinosa putem svojih poslodavaca u 37,5% slučajeva nemaju osiguranu produženu njegu (primjerice kod kroničnih bolesti), a u 49,5% slučajeva nemaju osiguranu osnovnu stomatološku zaštitu (Ginsburg, 1992.:130).

Dva su javna i popularna zdravstvena programa ustanovljena 1966. i 1967. godine. *Medicare* osigurava zdravstveno osiguranje starijima od 65 godina koji su voljni plaćati subvencionirane premije osiguranja, dok *Medicaid* omogućuje zdravstvenu zaštitu siromašnom stanovništvu. Oni koji nisu zdravstveno osigurani ni na koji način mogu koristiti usluge municipalnih ili bolnica pod upravom dobrovoljnih organizacija, ali je takva zdravstvena skrb nekvalitetnija u usporedbi s onom koja se plaća.²⁵

Ove vrlo kratko naznačene činjenice o zdravstvenom sustavu SAD-a već su, same za sebe, dovoljan razlog zdravstvene reforme. Na njoj su osobito ustrajali Bill i Hillary na početku prvoga Clintonova mandata kao predsjednika SAD-a. Hillary Clinton je u proljeće 1994.

²³ Vjerojatno zbog činjenice razvijenosti socijalne politike kao znanstvene discipline u Velikoj Britaniji dostupna literatura gotovo je nepregledna. Ovdje će se, stoga, kombinirati informacije iz različitih izvora: Flynn, 1991.; Ginsburg, 1992.; Judge i Solomon, 1993.; Manning, 1994.; Bailey i Bruce, 1994.; Kingdom, 1996.

²⁴ Vrlo zanimljivo istraživanje javnoga mnijenja o *NHS-u* pokazalo je statusnu i klasnu razliku uporabe i percepcije zdravstvenog sustava. Usp. Judge i Solomon, 1993. Osim toga, ilustrativnost sljedećih podataka ne treba posebno komentirati: "1992. godine se ispod linije siromaštva nalazi 13,9 milijuna Britanaca (25%) u usporedbi s 5 milijuna (9%) 1975. godine. Broj djece koja žive u siromaštvu povećao se s 1,4 milijuna (10% od ukupnog broja djece) 1979. godine na 4,1 milijun (32%) 1992. godine (*Trade unions...*, s.a.:9). O "socijalnoj cijeni" jačeg zaokreta k liberalizaciji i privatizaciji usp. Esping-Andersen, 1998.

²⁵ Podaci iz 1983. godine pokazuju da je programom *Medicare* bilo osigurano 12% stanovništva, programom *Medicaid* 8%, a da čak 15% stanovništva nije imalo nikakvo zdravstveno osiguranje (Ginsburg, 1992.:130).

godine započela s kampanjom koja je smjerala k sveobuhvatnoj reorganizaciji sustava zdravstvenog osiguranja. Prema prijedlogu, osnovno plaćanje usluga vršilo bi se kroz godišnje premije. Zaposlenima bi 80% zdravstvenih troškova bilo pokriveno na osnovi osiguranja, dok bi preostalih 20% snosili sami. Nezaposleni i neosigurani morali bi sami plaćati svoje usluge, ali bi se za siromašne ustanovio učinkoviti mehanizam koji bi jamčio da će država pokriti njihove troškove. Ovim bi se prijedlogom američki zdravstveni sustav približio europskom modelu zdravstvenog osiguranja. Međutim, prijedlog je naišao na snažnu opoziciju republikanaca (odnosno njihove većine u Predstavničkom domu i Senatu), a to je protivljenje bilo poduprto medicinskim interesima organizacija poput *American Medical Association*²⁶ i zdravstvenih osiguravajućih društava (Chandler, 1996.:181).

Srednja Europa

Netom objavljena studija pruža niz informacija o zdravstvenoj reformi ne samo u Slovačkoj (kako stoji u naslovu rada), već i u Poljskoj, Češkoj i Mađarskoj (Lawson i Ne-

mec, 1998.)²⁷ Analiza pokazuje da su zemlje suočene sa sličnim izazovima, ali da djeluju vrlo različiti čimbenici (različitost političkog konteksta, različitost interesnih grupa i sl.) koji reformu vode različitim smjerovima.

Slične je karakteristike zdravstvenih sustava moguće pronaći u tri područja. Prvi se odnosi na slične probleme (neadekvatni resursi, nizak status i loše plaćeno medicinsko osoblje...), a drugi na činjenicu da su promjene nakon 1989. godine centralno inaugurirane, bez ikakve javne rasprave te da je vrlo teško identificirati jasnu sliku reforme.²⁸ Treća se grupa sličnih činjenica odnosi na već spomenute, još uvijek pozitivne tendencije zdravstveno-epidemiološkog karaktera, što Srednju Europu jasno razlikuje od Istočne (iako autori spekuliraju o mogućem pogoršanju zdravstvenog statusa u Poljskoj, kao direktnoj posljedici reformskih poteza).²⁹

Poljski model financiranja zdravstva je ostao gotovo nepromijenjen. Vlada je, naime, smatrala da proračunsko financiranje zdravstvene zaštite (iako se proračun financira doprinosima) pruža najbolje rješenje u situaciji visoke nezaposlenosti i pada životnog standar-

²⁶ Prema navodu N. Ginsburga medicinska profesija u SAD-u je vjerojatno najjača i najuspješnija interesna grupa koju je svijet ikada vidio. Jedan od dodatnih razloga takvog uspjeha jest stroga kontrola ulaska u medicinsku profesiju koja je većinom rezervirana za bijelog muškarca podrijetlom iz srednje i više klase (Ginsburg, 1992.:133).

²⁷ Usp. i Davis, 1998.; Duffy, 1998.

²⁸ Dakako, osim što je riječ o decentralizaciji, privatizaciji i komercijalizaciji kao zajedničkim trendovima u postkomunističkim zemljama. Usp. Duffy, 1998.

²⁹ Osnovni zdravstveni indikatori u Srednjoj Europi:

	Češka R.	Slovačka	Poljska	Mađarska
Očekivano trajanje života u trenutku rođenja (godine)				
M - 1989.	68,1	66,9	66,5	65,4
M - 1995.	70,0	68,4	67,6	65,3
Ž - 1989.	75,4	75,4	75,5	73,8
Ž - 1995.	76,9	76,3	76,4	74,5
Niska porođajna težina (% živorođenih)				
1989.	5,2	5,6	7,6	9,2
1995.	5,5	6,5	6,7	8,3
Mortalitet dojenčadi (na 1000 živorođenih)				
1989.	10,0	13,5	19,1	15,7
1995.	7,7	11,0	13,6	10,7
Mortalitet djece do 5 g. (na 1000 živorođenih)				
1989.	11,8	15,8	21,8	18,0
1995.	9,5	13,1	15,6	12,5

Izvor: Lawson i Nemeč, 1998.:249.

da. Uspriko tome, sustav je načet širenjem privatnog sektora, tj. rastom privatne zdravstvene ponude i uvođenjem sustava suplaćanja za određene medicinske zahvate, kao i za građane koji dolaze iz drugih područja. Poseban problem čine velika politička diskrecijska prava poljskih vojvodstava, što otežava formuliranje jedinstvene zdravstvene politike.

Mađarski slučaj govori o prijelazu s univerzalnoga na sustav zdravstvenog osiguranja te je proračunsko financiranje zamijenjeno fondovskim, i to osnivanjem jedinstvenog Fonda socijalnog osiguranja. Fond je dobio ovlasti od Vlade nezavisne, ali monopolne institucije, iako pod kontrolom Parlamenta.

I u Češkoj i Slovačkoj Republici zabilježen je prijelaz na sustav osiguranja i to prije razdvajanja bivše države. Taj je prijelaz u Slovačkoj bio posebno pozdravljen na osnovi argumentacije da će novi fond biti nezavisan u odnosu na centralnu administraciju. Međutim, formiranjem nove države ta se nezavisnost pokazala samo ideološkim argumentom, kao što ni sama promjena sustava financiranja nije bila adekvatno obrazložena.³⁰ Istodobno je u Slovačkoj povećan broj osiguravajućih društava te ih je 1995. godine već djelovalo 15. Prema novim pravilima iz travnja 1995. godine osiguravajuća društva biraju usluge koje nude, dok Vlada regulira njihove pristojbe i plaća za osnovno osiguranje stanovništva. Od početka 1997. godine uvodi se niz preduvjeta koja osiguravajuće društvo mora ispuniti, što na neki način odražava želju Ministarstva zdravstva da ograniči broj osiguravajućih društava, kao što se to već desilo u Češkoj Republici. Također je zamjetan veći rizik koji nastaje tržišnim ponašanjem osiguravajućih društava, kako za stanovništvo koje se već pri osiguranju susreće s nejednakostima u zdravstvu, tako i za Vladu koja mora preuzeti osigurane osobe u slučaju propasti određenog društva.

Slovački je primjer također vrlo ilustrativan u pokušaju ustanovljenja adekvatnog sustava financijske nadoknade liječnicima opće prakse i bolnicama, koji je dosada pretrpio više izmjena. Sustav želi potaći učinkovitost, što jednaku distribuciju resursa te izbjeći probleme koji nastaju širenjem privatnog sektora. Međutim, povećanje slobodnog izbora liječnika i mogućnosti privatne prakse pokazuje nedovoljnu financiranost javnoga zdravstvenog sustava te vrlo niske plaće medicinskog osoblja, što može rezultirati većim napuštanjem javnog sektora. Druga karakteristika zdravstvenog sustava, ipak i na vrlo "perverznan način", zasada održava javni sustav. "Zapravo, u praksi medicina ostaje profitabilnim područjem zbog kontinuiranoga skrivenog plaćanja pacijenata liječnicima te zato što osiguravajuća društva ne provode strogu kontrolu zahtjeva za financijskom nadoknadom individualnim liječnicima" (Lawson i Nemeč, 1998.: 247).³¹ Situacija u Češkoj čini se još kompliciranijom jer sustav financijske nadoknade potiče dodatan i s medicinskog stajališta često nepotreban tretman pacijenata. To se, na određeni način, izražava i u iznosu zdravstvenih troškova tih zemalja. Češka je zdravstvena potrošnja 1992. godine iznosila 5,4% BDP-a, a 1996. je dosegla 7,1%. Mađarska je 1992. godine trošila 6,6% BDP-a, Poljska 5,1%, a Slovačka 6,2% BDP-a. Iznosi su za Poljsku smanjeni na 4,7% BDP-a 1995. godine, a za Slovačku na čak 4,2% BDP-a.

Konačno, valja se složiti sa završnom ocjenom da tranzicijski proces sam po sebi kreira nove probleme u zdravstvenom sustavu te da će jedino poboljšanje gospodarske situacije zdravstvenom sustavu omogućiti relativno bolje funkcioniranje (Lawson i Nemeč, 1998.: 251). Ipak, sa zabrinutošću valja konstatirati uočenu činjenicu da nijednoj zemlji troškovi zdravstvenog sustava nisu ključni problem (po-

³⁰ "Ministarstvo financija utječe na sve financijske tokove, započinjući s općenitim dizajniranjem sustava nadoknade i završavajući s određivanjem vrijednosti bodova za sve medicinske usluge. Ali Ministarstvo zdravstva također vrlo detaljno regulira zdravstvenu ponudu, a sada ima i moć odobravanja i registracije novih osiguravajućih društava." (Lawson i Nemeč, 1998.:245)

³¹ "Poljska je primjer utjecaja niskih resursa usluga i morala. Javne zdravstvene usluge se u Poljskoj naplaćuju, iako bi službeno trebale biti besplatne, a postoji i trend 'neformalnog' plaćanja. Jedna procjena sugerira da prosječno neformalno plaćanje liječniku iznosi 1,7 milijuna PLZ-a za konzultaciju, a da 11% pacijenata plaća 'dokaz zahvalnosti', no samo 2% liječnika odbija takav dokaz. Uobičajeno je i plaćanje ostalim medicinskim radnicima. Prosječna plaća zdravstvenog radnika iznosi 85% prosječne plaće. Nedovoljan je broj kreveta u domovima za starije osobe i ti su centri loše opskrbljeni i ekipirani. Realno financiranje zdravstva palo je za 8,8% od 1992. do 1994. godine. Uvođenje PDV-a 1993. godine dalje pogoršava sliku pa su materijalni troškovi smanjeni za 12% od 1992. do 1993. godine." (Duffy, 1998.:29)

sebe u usporedbi s procesom ekonomske restrukturacije) - sa zabrinutošću, jer valja ponovno konstatirati da su zdravstveni sustavi Srednje Europe, zasada, uspjeli zadržati svoje komparativne prednosti u poboljšanju zdravstvenih indikatora.

ZAKLJUČAK

Bilo kakav mogući zaključak svezan je s nepostojećim odgovorom na pitanje o budućnosti socijalne države. Ako je dosadašnja analiza ukazivala na činjenicu očuvanja bitnih karakteristika pojedinih tipova socijalne države (Esping-Andersen, 1998.), teško je reći da će se sličan trend nastaviti i u budućnosti što, međutim, ne znači i automatsku konvergenciju različitih sustava. Naime, čak i slični trendovi polaze od različitih početnih pozicija i različito se reflektiraju. Ipak, potrebno je znati da realna osnovica dosadašnjih socijalnih aranžmana polako iščezava te da svaka buduća socijalno-politička opcija mora polaziti od te činjenice.³²

Optimistično najavljivana 2000. godina programom *Health for all by the year 2000* Svjetske zdravstvene organizacije čini se sve udaljenijom (ISSA, 1996.). Dakako, ne treba negirati daljnje poboljšanje zdravstvenih indikatora u mnogim zemljama svijeta, ali zdravstveni se sustavi sve češće analiziraju u kontekstu povećanja nejednakosti, odnosno u sprezi mogućnosti pristupa zdravstvenoj skrbi i socijalnoj isključenosti.

U tom je kontekstu moguće izdvojiti četiri područja unutar kojih se mogu proučavati aktualne tendencije zdravstvenih reformi u svijetu. To su: promijenjena uloga države i tržišta u zdravstvenoj skrbi, reorganizacija zdravstvenog sustava, građanska prava i prava pacijenata te uloga javnog zdravstva (*European Health Care Reforms*, 1996.).

Država, dakako, i dalje ostaje najvažnijim čimbenikom organizacije zdravstvenog sustava, ali njena uloga biva promijenjenom uvodenjem privatno-tržišnih elemenata. Zato se, danas, najčešće susrećemo s hibridnim modelom koji je na djelu ne samo u Velikoj Britaniji, već

dijelom i u Finskoj, Italiji, Španjolskoj, Švedskoj itd. Osnovno pitanje koje se ovdje postavlja odnosi se na vrednote solidarnosti i univerzalnog pristupa zdravstvenoj zaštiti.

Paralelno s promijenjenom ulogom države na djelu su tendencije reorganizacije zdravstvenih sustava, i to najčešće u smjeru decentralizacije i privatizacije. Decentralizacija je prisutna u nizu europskih zemalja i odražava nezadovoljstvo centraliziranim i birokratiziranim sustavima. Iako ona ima i neke negativne posljedice, njome se zdravstveni sustavi, većinom uspješno, financijski i organizacijski spuštaju na niže razine vlasti, odnosno lokalnih zajednica. Jedan od vidova decentralizacije jest i privatizacija koja nastoji, unutar zdravstvenih sustava, implementirati tržišne elemente efikasnosti i kontrole troškova. Iskustva već govore da privatizacija mora biti strogo nadzirana te da moćni financijski interesi osiguravajućih društva mogu umnogome promijeniti sliku europskog imidža javne i učinkovite zdravstvene politike.

Prava građana u pristupu zdravstvenom sektoru, pravo izbora liječnika, pravo izbora osiguravajućih društva te prava pacijenata sve su značajnija tema u nizu europskih zemalja. Čini se da pokušaj jačavanja građanskih prava u zdravstvu može djelovati kao balansirajući čimbenik tendencijama privatizacije (osim u slučaju prava na izbor osiguravajućih društava, gdje prevelika kompetitivnost može narušiti jednakost sustava). Teme pravičnosti i jednakosti građana u korištenju različitih medicinskih usluga također se mogu analizirati unutar ovog kruga pitanja.

Konačno, uloga javnoga zdravstva u aktualnim reformama je također iznimno važna, a ovdje dolaze osobito do izražaja naponi Svjetske zdravstvene organizacije te OECD-a kao organizacije koja komparativnim studijama nastoji definirati strategiju poboljšanja zdravstvenog stanja.

Ono, međutim, što leži u pozadini svih ovih četiriju područja odnosi se na ekonomske pritiske s smanjenju zdravstvenih troškova te je već sada moguće izvršiti analizu tržišnih tendencija u reformama zdravstvenih sustava.³³

³² "Retrospektivno gledano, jasno je da su arhitekti socijalne države precijenili dugovječnost tradicionalne obitelji i sposobnost države da održava punu zaposlenost. Rast jednoroditeljskih obitelji i stopa nezaposlenosti iznad 10% nisu razmatrani kao mogućnosti. Neiznenadujuće, vjera u sposobnost države da upravlja ekonomijom je uzmakla, dok su tradicionalni instrumenti državne intervencije izgubili mnogo od svoje legitimacije." (Lazar i Stoyko, 1998.:30)

³³ Usp., posebice, Scheil-Adlung, 1998.; ISSA, 1996.:87; Kalisch, Aman i Buchele, 1998.

Analiza pokazuje da je intervencije obuzdavanja troškova, tj. širenja tržišno-privatnih inicijativa moguće učiniti na nekoliko načina. Prva se grupa intervencija odnosi na pacijente i postiže se uvođenjem nekoliko različitih mjera: suplaćanje, modaliteti plaćanja naknada za bolovanje i uvođenje dana čekanja, popusti u slučajevima nekorištenja premija osiguranja tijekom jedne godine te ograničenje izbora liječnika i bolnica. Druga grupa mjera usmjerena je prema zdravstvenim fondovima, odnosno snižavanju njihovih troškova. Kako su pokušaji ograničavanja administrativnih troškova obično neuspješni, jedna od najčešćih inovacija se odnosi na omogućavanje natjecanja između obveznih i privatnih fondova. Treća grupa mjera odnosi se na liječnike i bolnice, a najčešće se prepoznaje u poticanju natjecanja između liječnika te u različitim modelima plaćanja za medicinske usluge. Mogućnosti kompetitivnog ponašanja relativno su limitirane, a raspoloživi podaci govore da se povećanje natjecanja ne može stimulirati povećanom ponudom medicinskog osoblja. Metode plaćanja medicinskih usluga također variraju, a najčešće je moguće pronaći sljedeće oblike plaćanja: pristojba za uslugu, pristojba po ugovorenom pacijentu, pristojba po slučaju, plaća, određeni proračun. Četvrta je grupa mjera usmjerena kontroli farmaceutskih troškova te se i ona izražava kroz različite modele: "dopuštene" i "nedopuštene" liste lijekova, državno reguliranje cijena, određivanje najvišeg iznosa cijena, proračunsko financiranje i sl. Najveći broj zemalja OECD-a koristi metodu "pozitivnih" lista - Austrija, Kanada, Danska, Francuska, Njemačka, Italija, Japan, Švedska i Velika Britanija.

Ono što se želi postići svim ovim grupama mjera, paradoksalno, gotovo je nemoguće kvantitativno procijeniti. To ne znači da ušteda nema niti to da takve mjere nisu u većini

slučajeva nužne. Pri tome je, ipak, potrebno imati dvije stvari na umu. Zemlje s najtržišnijim ponašanjem unutar područja zdravstvene skrbi - SAD, Kanada, Švicarska - ujedno su zemlje najviših iznosa zdravstvenih troškova, mjereno u postotku od BDP.³⁴ S druge strane, neželjene se posljedice socijalnog redizajna javljaju usporedo s većim naglaskom na socijalnim pravima, koja uključuju prava i na pravičnu i neometanu zdravstvenu skrb. Čak je i ideja ujedinjene socijalne Europe lansirana usporedo s praksom ekonomske i monetarne integracije i s njom je narezdvojno povezana. I uz prigovor da futuristička ideja građanskih prava ostaje bitno futurističkom, argumenti u prilog javnoj i ozbiljnoj raspravi o socijalnoj isključenosti i zdravstvenom sustavu su nebrojeni.³⁵

Upravo zato treba zabilježiti činjenicu da privatizacija i komercijalizacija stimuliraju optiranje iz javnoga sustava i to na više razina - kupovanjem luksuznijih usluga te optiranjem za privatno liječenje, čak i uz traženje nadoknade iz uplaćenog osiguranja. Izgledi dvostrukog, odnosno višestrukog sustava su sve veći. S tim je povezana činjenica slabijeg zdravlja za siromašnije stanovništvo i siromašnije zemlje pa je socijalnu koheziju nemoguće očekivati uz ovakve trendove. Konačno, zadnji zaključak ostaje izrazito kompleksan jer "borba protiv nejednakosti u zdravstvu zahtijeva multidimenzionalan pristup borbi protiv socijalne isključenosti. Zaposlenost, obrazovanje, stambena i socijalna zaštita važni su u zdravstvenoj zaštiti kao i sam zdravstveni sustav" (Duffy, 1998.:37). Toga su, očito, svjesne i mnoge zemlje jer, barem na razini svojih nacionalnih strategija razvoja zdravstvene politike, vrlo bitnim drže sve mjere usmjerene povećanju ukupnog zdravstvenog statusa stanovništva, odnosno pravičnosti u zdravstvenoj zaštiti.

³⁴ Gotovo se može zaključiti da retorika proturječi stvarnosti, tj. da je tržišna retorika u obrnuto proporcionalnom odnosu s obuzdavanjem troškova. "Zdravstvena skrb u Kanadi ulazi u novu eru. Više ne stvaramo financijske aranžmane kojim bi se osigurao pravičan pristup ograničenim resursima. Više ne širimo jednaku financijsku zaštitu i pristup uslugama zdravstvene skrbi za svo stanovništvo. Mi sada tražimo efikasnost u upotrebi resursa. Učinkovitost i obuzdavanje troškova postale su ključne riječi." (Chappell, 1993.:502)

³⁵ "Sami uzroci isključenosti su višestruki, a treba ih tražiti u dugotrajnoj nezaposlenosti, posljedicama industrijskih promjena na nekvificirani rad, razvoju obiteljskih struktura i slabljenju odnosno raspadanju tradicionalnih oblika solidarnosti, narastajućem individualizmu, slabljenju tradicionalnih zastupničkih institucija, a posebno u nedopuštenoj i skrivenoj imigraciji te premještanju stanovništva. ... Izvjesno je da sadašnje ili buduće socijalne politike mnogih zemalja neće moći lako zaobići koncept socijalne isključenosti, ma kakav odnos imale prema njemu." (Šučur, 1995.:225,230)

LITERATURA

- Bailey, S. and Bruce, A. (1994.) Funding the National Health Service: the Continuing Search for Alternatives, *Journal of Social Policy* 4:489-516.
- Bežovan, G., Miličić, A. (1997.) Pokazatelji o sustavu socijalne sigurnosti u nordijskim zemljama, *Revija za socijalnu politiku* 4:149-160.
- Chandler, J. (1996.) The United States of America, u: Wall, A. (ed.) (1996.) *Health Care Systems in Liberal Democracies*. London and New York: Routledge.
- Chappell, N. (1993.) The Future of Health Care in Canada, *Journal of Social Policy* 4:487-505.
- Davis, C. (1998.) Morbidité, mortalité et réformes du système de santé dans les États en transition de l'ex-U.R.S.S. et d l'Europe de l'Est, *Revue D'Études Comparatives Est-Ouest* 29(3):133-183.
- Duffy, K. (1998.) *Opportunity and Risk: Trends of social exclusion in Europe*. Council of Europe - Project on Human Dignity and Social Exclusion.
- Economic and Social Rights and the Right to Health* (1995.) A Publication of the Harvard Law School Human Rights Program.
- Esping-Andersen, G. (1998.) Nakon zlatnog doba? Dileme socijalne države u globalnom gospodarstvu, u: Zrinščak, S. (ur.) (1998.) *Globalizacija i socijalna država*. Zagreb: RSP.
- European Health Care Reforms. Analysis of Current Strategies. Summary*. (1996.) Copenhagen: WHO.
- Ferrera, M. (1996.) The "Southern model" of Welfare State in Social Europe, *Journal of European Social Policy* 1.
- Flynn, R. (1991.) Coping with Cutbacks and Managing Retrenchment in Health, *Journal of Social Policy* 2:215-236.
- Ginsburg, N. (1992.) *Divisions of Welfare. A Critical Introduction to Comparative Social Policy*. London: Sage Publications.
- Immergut, E. (1992.) *Health Politics. Interests and Institutions in Western Europe*. Cambridge University Press.
- Jee, M. and Or, Z. (1999.) *Health Outcomes in OECD Countries: A Framework of Health Indicators for Outcome-Oriented Policies*. Paris: OECD.
- Jones, B. (1996.) Sweden, u: Wall, A. (ed.) (1996.) *Health Care Systems in Liberal Democracies*. London and New York: Routledge.
- Jones, C. (1985.) *Patterns of Social Policy. An introduction to comparative analysis*. London and New York: Tavistock Publications.
- Judge, K. and Solomon, M. (1993.) Public Opinion and the National Health Service: Patterns and Perspectives in Consumer Satisfaction, *Journal of Social Policy* 3:299-327.
- Hill, M. (1996.) *Social Policy. A comparative analysis*. Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf.
- ISSA 25th General Assembly (1996.) The reform of health systems: Equity, efficiency and the quality of care, *International Social Security Review* 2:77-90.
- Kalisch, D. W., Aman, T. and Buchele, L. A. (1998.a) *Social and Health Policies in OECD Countries: A Survey of Current Programmes and Recent Developments*. Paris: OECD.
- Kalisch, D. W., Aman, T. and Buchele, L. A. (1998.b) *Social and Health Policies in OECD Countries: A Survey of Current Programmes and Recent Developments. Annex: Tables and Charts*. Paris: OECD
- Kingdom, J. (1996.) The United Kingdom, u: Wall, A. (ed.) (1996.) *Health Care Systems in Liberal Democracies*. London and New York: Routledge.
- Kífmann, M. (1998.) Private health insurance in Chile: basic or complementary insurance for outpatient services?, *International Social Security Review* 1:137-152.
- Kornai, J. (1998.) Reforma socijalnog sektora u postsocijalističkim zemljama: normativni pristup, u: Zrinščak, S. (ur.) (1998.) *Globalizacija i socijalna država*. Zagreb: RSP
- Lazar, H. and Stoyko, P. (1998.) The future of the Welfare State, *International Social Security Review* 3:3-36.
- Lawson, C. and Nemeč, J. (1998.) Central European health reform: the case of Slovakia, 1990-7, *Journal of European Social Policy* 3:237-252.
- Letica, S. (1989.) *Zdravstvena politika u doba krize*. Zagreb: Naprijed
- Manning, N. (1994.) Health services. Pressure, growth and conflict, u: George, V. and Miller, S. (eds.) (1994.) *Social policy towards 2000. Squaring the welfare circle*. London and New York: Routledge.
- McKee, M., Mossialos, E., Belcher, P. (1996.) The influence of European law on national health policy, *Journal of European Social Policy* 4:263-286.
- Ottewill, R. (1996.) The Netherlands, u: Wall, A. (ed.) (1996.) *Health Care Systems in Liberal Democracies*. London and New York: Routledge.
- Pereira, J. (1993.) What does Equity in Health Mean?, *Journal of Social Policy* 1:19-48.
- Puljiz, V. (1995.a) Programi socijalne sigurnosti u Sjedinjenim Američkim Državama, *Revija za socijalnu politiku* 1:61-66.
- Puljiz, V. (1995.b) Demografski procesi i struktura obitelji, *Revija za socijalnu politiku* 2:123-130.
- Puljiz, V. (1996.) Južnoeuropska socijalna država, *Revija za socijalnu politiku* 1:45-49.
- Puljiz, V. (1998.) Globalizacija i socijalna država, u: Zrinščak, S. (ur.) (1998.) *Globalizacija i socijalna država*. Zagreb: RSP.

- Renewing the Health-for-all Strategy.* (1995.) Geneva: WHO.
- Scheil-Adlung, X. (1998.) Steering the healthcare ship: Effects of market incentives to control costs in selected OECD countries, *International Social Security Review* 1:103-136.
- Spence, R. (1996.) Italy, u: Wall, A. (ed.) (1996.) *Health Care Systems in Liberal Democracies.* London and New York: Routledge.
- Standing, G. (1998.) Socijalna zaštita u Srednjoj i Istočnoj Europi: priča o iskliznutim sidrima i potrganim sigurnosnim mrežama, u: Zrinščak, S. (ur.) (1998.) *Globalizacija i socijalna država.* Zagreb: RSP.
- Stevens, Y. et al. (1998.) Issues in complementary health insurance in Belgium, *International Social Security Review* 4:71-91.
- Šućur, Z. (1995.) Koncept socijalne isključenosti, *Revija za socijalnu politiku* 3:223-230.
- The World Health Report 1997. Conquering suffering. Enriching humanity.* (1997.) Geneva: WHO.
- Trade unions, social exclusion and insecurity* (s.a.) ETUC and European Commission.
- Turner, B. (1995.) *Medical Power and Social Knowledge.* London: Sage Publications.
- Wall, A. (ed.) (1996.) *Health Care Systems in Liberal Democracies.* London and New York: Routledge.
- Wirdum, R. (1998.) Netherlands. The context of change: Social Security reform in the Netherlands, *International Social Security Review* 4:93-103.
- Włodarczyk, C. (1998.) *Social Exclusion and Health.* Council of Europe - Project on Human Dignity and Social Exclusion.

Summary

HEALTH POLICY SYSTEMS IN THE WORLD: BASIC CHARACTERISTICS AND CURRENT PROCESSES

Siniša Zrinščak

In the paper, the author analyses the systems of health policy in the world by first presenting the social factors used by comparative social policy to assess the contemporary development of health systems: the economic framework, demographic movements, epidemiological trends, social contexts and government organisation. Particular attention is given to the economic possibilities of the allocations of funds for health and to the social movements which cause an increase of health expenses. Various state models of financing and organising health systems are also presented. In the second part, the author presents current problem of the organisation and development of health systems in several countries of the world, identifying various responses of different countries to the same or similar challenges. Finally, the author analyses some basic tendencies that will determine the future development of health policy, such as the tendencies of decentralisation and privatisation, ways of approaching health services and citizens' rights, as well as the attempts of control and restriction of the expenses for health.

Key words: health policy systems, financing and organisation of health care, expenses for health, privatisation in health care.