

# Postwelfare indikatori i reforma zdravstva u Hrvatskoj

Stjepan Orešković  
Medicinski fakultet  
Sveučilište u Zagrebu

Izvorni znanstveni članak  
UDK 304:614(497.5)  
Primljeno: listopad 1994.

*Reforme zdravstva u Europi po prvi puta u povijesti vrše se prema određenom stupnju standardiziranih kriterija. Prateći integracijske procese potaknute od strane EU Regionalni ured WHO započeo je intenzivnu interdisciplinarnu znanstvenu i tehničku aktivnost koja podupire stvaranje novih sustava zdravstva. Istovremeno u Hrvatskoj je, u veoma teškim, gotovo nemogućim okolnostima, otpočeta reforma zdravstva. Kako teče integracijski proces sustava zdravstva u Hrvatskoj prema Europskim sustavima i zemljama OECD? Radeći na projektu "Komparativno istraživanje zdravstvenih sustava u Europi i Hrvatskoj" analizom teorijskih sustava došli smo do postwelfare indikatora značajnih za organizaciju sustava zdravstva: tip organizacija zdravstva, vlasništvo, mehanizmi kontrole i plaćanja. Kriteriji za evaluaciju tih elemenata su: accessibility (pristupačnost), acceptability (prihvatljivost), affordability (upotrebljivost) i equity (jednakost). Kombiniranjem općih i specifičnih postwelfare indikatora dobili smo uvid u sedam bazičnih elemenata pomoću kojih se vrši evaluacija kvalitete zdravstvenih sustava: cost-containment, javno mnijenje o zdravstvenom sustavu, decentralizacija, uloga tržišta, kvaliteta usluga, tip zdravstvenog osiguranja. Metodologija istraživanja zasnivala se na sva tri tipa biheviornih istraživanja zdravstvenih procesa (individualna, agregatna, višeslojna). Kao referentni okvir ciljeva koje treba postići reformom zdravstva koristili smo: ciljeve "Zdravlje za sve do godine 2000" određene od strane WHO, pokazatelje OECD-a i zdravstvene indikatore objavljene od strane Svjetske banke.*

## UVOD

"Harry and Louis" naziv je spota koji u apokaliptičkim terminima opisuje moguće posljedice aplikacije Clintonove reforme zdravstva u SAD. Više nema potrebe za njegovim prikazivanjem. Georg Mitchel, leader Demokratske stranke u Senatu SAD, proglasio je "zaleđenje" najvećeg nacionalnog zdravstvenog i ekonomskog projekta u svijetu. U dekadi tranzicija time je u lanac brojnih neuspjeha i rijetkih uspjeha u reformiranju zdravstva u zemljama, sustavima i regijama svijeta dodana još jedna karika (Brown,1986). Zašto je tako?

### 1.1. Od Bismarcka preko Beveridgea do postwelfare zdravstva

Teorijski odgovor glasi: sustav zdravstva jedan je od podsustava društva sa najsloženijim mehanizmom implementacije medicinskih strategija u socio-kulturno tkivo društva (Parsons,1972:110). Zbog toga projekti reforme zdra-

vstva predstavljaju sofisticirane operacije sa značajnim utjecajem na socijalnu, ekonomsku i političku, te sa mogućim implikacijama na epidemiološki, patološki i demografsku sliku stanovništva. Reforma zdravstva u Hrvatskoj dio je ukupnog Vladinog projekta kojem je osnovni cilj izlazak iz recesije mehanizmima prestrukturiranja privrede i odvija se u okviru projekta stabilizacije financijskog sustava te predstavlja "jedan od glavnih ciljeva te reforme" (Hebrang,1994:131).

Ustavna definicija Hrvatske kao socijalne država, kao i realna socijalna situacija dodatno naglašavaju obvezu da proces provođenja financijske šok terapije ne dovede do dodatnog narastanja socijalne i zdravstvene patologije. Realizaciju projekta dodatno opterećuju geopolitički aspekti rata u Hrvatskoj i BiH te ekonomski aspekti izraženi udvostručenim padom industrijske proizvodnje u posljednje tri godine, te masom nezaposlenih i socijalno ugroženih stanovnika. Na promjene u normalnoj stru-

kturi i mehanizmima ekonomskog, socijalnog i kulturnog života "koje u svojoj krajnjoj instanci često postaju patološke" (Mesić, 1994:113) poseban utjecaj ima masa prognanika i izbjeglica koja čini 10.84 % ukupne populacije Republike Hrvatske. I konačno, agresijom na Hrvatsku načinjene su velike ljudske i materijalne štete. Do sredine travnja 1994. godine ranjeno je 27.413 osoba a ubijeno 6.934 osobe. Na objektima primarne zaštite uništeno je 30.900 četvornih metara površine u vrijednosti od 76,7 milijuna dolara te u opremi u iznosu od 11,5 milijuna dolara. U polikliničko-konzilijarnoj zaštiti uništeno je 37.254 četvornih metara površine u iznosu od 81 milijun dolara te 15 milijuna dolara štete na opremi. Ukupne štete u zdravstvu procijenjene su na 2,3 milijarde dolara. Pokušaji izračunavanja kvadrature toga socijalno/ekonomskog kruga u većini eks-socijalističkih zemalja i u mnogo lakšim okolnostima rezultirali su demografskom, socijalnom i epidemiološkom katastrofom (Orešković, 1994). Dodatni teorijski i praktični problem u koncipiranju reforme predstavlja činjenica da su se u zemljama Zapadne Europe trendovi u razvoju zdravstvene legislativne kretali, najprije od Bismarcka prema Beveridgeu (Sigerist, 1943) da bi već početkom sedamdesetih godina došlo do krize ekonomskih (keynesijanskih) i socijalnih (beveridgeanskih) aspekata države blagostanja (Mishra, 1984:87). Kao odgovor na krizu troškova osmišljen je "postwelfare" koncept zdravstva koji se primjenjuje u gotovo svim zemljama OECD-a. Naš rad, kao dio projekta *Komparativno istraživanje zdravstvenih sustava u Europi i u Hrvatskoj* pokušaj je da se taj reformsko / reorganizacijski "work in progress" kritički vrednuje instrumentarijem medicinske sociologije i ekonomike zdravstva.

## 1.2. Implementacija zdravstvenih modela: civilizacijski i ekonomski faktori

Zdravstveni sustavi u eks-socijalističkim zemljama Europe nalaze se na polovini puta dalekosežnih reformi. Procesi su još uvijek u početnim stadijima, ali se može govoriti o određenim novim obrascima financiranja koji su nastali u većini zemalja. Tržišna rješenja su uvedena u svim zemljama da bi se povećao udio plaćanja i smanjili budžetski troškovi. Sve zemlje uvele su socijalno osiguranje sa rastućim učešćem korisnika usluga u plaćanju troškova zaštite (payroll-based social insurance).

Sudeći prema prvim rezultatima ostaje nejasno kako će se, korištenjem takvih solucija, riješiti neki od temeljnih problema javnog zdravstva koji se pokazuju u brutalnoj formi rastućeg mortaliteta i morbiditeta stanovništva te ukupne socijalne patologije.

"One zemlje koje su sporije ušle u proces implementacije reformi mogle bi ostvariti velike koristi učeći na greškama i uspjesima početnika" (Ensor, 1994:180). Ovim grubim poučkom završava se analiza procesa reformi u zemljama Istočne Europe sačinjena od strane stručnjaka Centra za ekonomiku zdravstva Sveučilišta u Yorku, jednog od svjetski najpriznatijih centara u tom znanstvenom području. Što se u kontekstu tih promjena dešava sa sustavom zdravstva u Hrvatskoj? Koji je put zdravstvene reforme odabrala zdravstvena vlast i administracija u našoj Republici? Da li se učinci u području troškova, organizacije sustava i zdravstvenog stanja stanovništva mogu svrstati u ekskluzivno malu grupaciju uspješnih ili u dominirajuću skupinu katastrofalnih? U traženju odgovora na ta pitanja koristiti ćemo dva tipa analize: unutarnju strukturalnu analizu novog sustava te komparativnu analizu u kontekstu aktualnih reformi modela zdravstva u svijetu. Pri aplikaciji oba tipa analize treba imati na umu da na funkcioniranje sustava zdravstvene zaštite djeluje nekoliko grupa faktora kao što su:

- različiti tipovi političkih struktura;
- različiti klimatski uvjeti;
- nivo tehnološkog razvoja;
- kultura i tradicija;
- različite socijalne tradicije u odnosu prema zdravstvenoj zaštiti nacije (Cocerham, 1992:300).

Uz te opće faktore postoji i čitav niz ekonomskih faktora koji značajno utječu na odabir različitih sustava kao i na različite učinke istih sustava. Ti faktori su:

- Stupanj razvijenosti zemalja u odnosu na GNP prema kojem ih dijelimo na industrijska društva i postindustrijska društva te zemlje u razvoju i nerazvijene/siromašne zemlje, te energetske bogate ("affluent, developing, poor, resource rich");
- Tipovi vlasništva i robne razmjene (kapitalistički, socijalistički);
- Način funkcioniranja države u sektoru zdravstva (pluralistički ili laissez-faire sustavi,

kooperativni ili "welfare states" i centralistički sustavi);

- Tip zdravstvenog osiguranja (Nacionalna zdravstvena služba "National Health Service", Nacionalno zdravstveno osiguranje "National Health Insurance" i primarno tržišno orijentiran sustav "primary market-oriented systems").

### 1.3. Od hipotetsko-deduktivne prema etnografskoj metodi

Zbog svih navedenih civilizacijskih i ekonomskih razlika medicinska sociologija i ekonomika zdravstva nakon kraha socijalističkih sustava i posljedica koje je taj proces izazvao u zemljama eks-socijalizma polaze od tri teorij-ska i metodologijska "iskustva" stečena tijekom proteklog desetljeća.

*Prvo:* Polazi se od pretpostavke da su medicinska skrb i zdravstvena zaštita društveni projekti koji su posljedica sasvim određene političke filozofije. Socijalne i političke vrednote određuju izbore tipova institucija i nivoje društvenih izdvajanja za zdravstvo. Zbog toga se može reći da je pristup organizaciji zdravstva unutar svake nacije utemeljen u povijesnom iskustvu, kulturi, ekonomiji, političkoj ideologiji, socijalnoj organizaciji, stupnju obrazovanja i sustavu vrijednosti koji opredjeljuje odnos prema blagostanju i ulozi države u odnosu na civilno društvo (Light, 1986).

*Drugo:* Znanstvena analiza zdravstvenih sustava sve do početka devedesetih godina vršila se pod dominantnim utjecajem hipotetsko-deduktivne metode. Unatoč tome što je K. Popper (1959) ustvrdio da se svrhovitost te metode potvrđuje samo procesom opovrgavanja, a ne potvrđivanja polazne hipoteze, literatura u području ekonomike zdravstva, medicinske sociologije i zdravstvene psihologije prepuna je "istraživanja" kojima se "potvrđuje" polazna hipoteza. Kriza funkcioniranja sustava zdravstva u svijetu i potpuno rasulo zdravstvene zaštite u zemljama eks-socijalizma donekle je posljedica takvog "optimističkog" pristupa problemima znanstvene metodologije. Nasuprot tome stoji tzv. "grounded theory" koja je induktivna, koja svrhu istraživanja vidi u prikupljanju podataka i praćenju trendova bez prethodne hipoteze. Teorija zdravstvenih sustava koja se iz takvog pristupa izvodi vodena je podacima ("data driven") u traženju sustavnih obrazaca. Takav teorijski pristup nazivamo etnografskim

("ethnographic"). On polazi od sofisticiranih modela razumijevanja svijeta nasuprot dosada dominirajućih bipolarnih. Karakteriziran je tzv. novim eklekticizmom koji u sebi uključuje modele vrednovanja i prostiranja ("timing and spacing") povijesnih mijena, socijalnih, psiholoških, političkih i ekoloških utjecaja i tehnoloških postavljanja unutar kojih su eksplanatorni sustavi uspostavljeni i korišteni (Stainton Rogers, 1991; Faberga 1974).

*Treće:* Nasuprot monističkog modela "alopatske medicine" nakon krize svih modela zdravstvenih sustava kao osnova teorijskog razmišljanja o zdravstvu sve je utjecajnije pluralističko-eklektički model koji polazi od odnosa koji se u postmodernom jeziku izražavaju pojmom "sympatricity". Taj model ne polazi od potrebe za dominacijom ili isključivošću jednog modela već od spoznaje da različiti medicinski modeli koegzistiraju, takmiče se, međusobno interferiraju i miješaju se jedan s drugim u istoj kulturi (Aakster, 1986).

Navedena metodološka pravila naišla su na svoju potvrdu i u različitim tendencijama i procesima koji se odvijaju u rasponu od SAD preko Europe do eks-socijalističkih zemalja Istočne Europe. Redukcija brojnih faktora koji utječu na funkcioniranje zdravstvenog sustava samo na ekonomske, financijske ili organizacijske aspekte, a uz zanemarivanje kulture, tradicije, bihevioralnih običaja, zdravstvenog ponašanja i socijalne strukture, dakle svega onoga što možemo nazvati ukupnim imenom "lifestyle" (Lalonde, 1974), nigdje ne daje dobre rezultate. Već prije petnaest godina istraživanja provedena od strane Američkog Centra za kontrolu bolesti pokazala su da 50 % mortaliteta od strane 10 bolesti koje su na vrhu ljestvice uzročnika smrti mogu biti označene kao posljedice životnog stila (Hamburg et al.: 1982:33). Primjena induktivne metode u stvaranju teorijske osnove za reforme zdravstvenih sustava (polazeći od postojećih trendova i ekstrapolirajući njihove učinke u budućnost) bez praćenja tendencija i uključivanja novih podataka u istraživanje (data driven research) vodilo je prema usiljavanju prethodnih iskustava nasuprot realnosti. I konačno, fanatična obuzetost "jednim i čistim modelom" organizacije zdravstvenog sustava vodila je zanemarivanju realnih tendencija i stanja u zdravstvu koja pokazuju da se nakon tačerizma u Velikoj Britaniji više ne može govoriti o nacionalnoj zdrav-

stvenoj službi iako se ona formalno tako naziva. Više se neće moći govoriti o čistom "poduzetničkom" i na privatnoj inicijativi utemeljenom modelu zdravstva u SAD čak i ako budu usvojeni samo neki elementi reformi (McNamee, 1994) obznanjenih u predsjedničkom planu reforme zdravstvenog osiguranja (The Clinton Blueprint: 1993).

### 2.1. Roemerova i Raffaelova tipologija zdravstvenih sustava

Zanemarivanje tih činjenica i iskustava vodilo je implementiranju "čistih" modela u socijalno, kulturno i ekonomski potpuno različite prostore, što je neminovno vodilo prema totalnom krahu reformskih poduhvata u nekima od zemalja Istoka. O tome govore i brojni rezultati istraživanja epidemioloških i demografskih slika stanovništva u razdoblju druge patološkijske i demografske tranzicije eks-socijalističkim zemljama Europe (Varhegyi, J., Antal, Z. 1994). Unatoč poteškoćama komparativnih studija kada se pokušava odgovoriti na pitanje "najboljih sustava" ("ranking orders") (Skupnjak, 1991) koji se prepoznaju i u različitim zdravstvenim outputima "identičnih" sustava moguće je ustvrditi da postoje neke od osnovnih tipologija sustava zdravstvene zaštite. Kombiniranjem tih elemenata dobivamo najrazličitije tipove zdravstvenih sustava od kojih niti jedan nije potpuno "modelski" čist. Roemerovom tipologijom (Roemer, 1977) dolazimo do šesnaest različitih tipova zdravstvenih sustava dok Raffaelova analiza (Raffael, 1984) govori o četrnaest tipova sustava zdravstva. U tim klasifikacijama se SAD karakteriziraju kao poduzetničko-permisivni sustav ("entrepreneurial and permissive"), Velika Britanija, Novi Zeland i Norveška kao sustavi univerzalne zaštite ("universal and comprehensive"), a Zapadna Njemačka, Japan i Kanada kao orijentirani prema blagostanju ("welfare oriented").

Gdje bismo u takvom složenom sustavu mogli smjestiti Hrvatski sustav zdravstva? Odgovor na to pitanje nije zanimljiv samo za ljude zaposlene u zdravstvenoj profesiji, liječnike, medicinske sestre, bolničare, tehničare, za sve građane koji kao kronični ili akutni bolesnici koriste zdravstvene usluge, već i za sve građane koji će kao osiguranici u području zdravstvenog osiguranja jednog dana postati korisnici sustava zdravstvenog osiguranja. Nakon ulaska

Hrvatske u svijet kojim upravljaju pravila sustava višestranačke demokracije, pravne države i tržišne ekonomije, odgovor na to pitanje možemo pronaći samo aplikacijom metodologije komparativnih istraživanja zdravstvenih sustava u svijetu. U tom kontekstu zanimaju nas odgovori na dva pitanja:

1. Kakav tip zdravstva se konstruira/o u demokratskoj Hrvatskoj u odnosu na međunarodno važeće znanstvene tipologije zdravstvenih sustava?

2. Koliko se reformski proces u Hrvatskoj uklapa u svjetske trendove u području zdravstvene zaštite i organizacije zdravstvenih sustava?

### 3.1. Hrvatska reforma zdravstva i reforme u zemljama OECD

Za potrebe komparativno-kontekstualne analize reformskog procesa u Hrvatskoj kao analitički materijal za provođenje etnografski konstruiranog istraživanja (data driven) poslužit će nam naredni dokumenti:

1. Programatski i konceptualni tekst hrvatskog ministra zdravstva prof. dr. A. Hebranga objavljen u časopisu *Croatian Medical Journal* pod naslovom: *Reorganization of the Croatian Health Care System* (35(3)1994:129-137).

2. Izvješća i podaci objavljeni u Hrvatskom statističkom ljetopisu u godinama 1992. i 1993.

3. Teorijski radovi vodećih institucija Zapadne i Istočne Europe koji imaju aktualne projekte u području komparativne analize zdravstvenih sustava (Centre for Health Economics University of York, Northern Centre for Healthcare Research, Hungarian Institute for Social Conflict Research, Nuffield Institute for Health) te vodećih stručnjaka u području medicinske sociologije i ekonomike zdravstva: Cockerhama (1992), Roemera (1984), Fielda (1989), Raffaela (1984), Ellinga (1980), Terrisa (1978).

4. Analiza izvješća WHO o implementaciji globalne strategije *Zdravlje za sve do 2000* - druga evaluacija, osmo izvješće o stanju zdravlja u svijetu (WHO, 1993).

5. Analiza provedena od strane Svjetske banke i objavljena kao *World development report - investing in health* (The World Bank, 1993).

Kombinacijom navedenih izvora možemo provjeriti kako se trendovi promjena u Hrvatskoj uklapaju u suvremene teorijske i praktične, programatske i organizacijske te financijske trendove u svijetu. Koristeći sve navedene modelske pristupe, polazeći od najšireg teorijskog okvira prema specifičnostima pojedinih modela, dolazimo do zanimljive slike sustava u tranziciji, s mnogim elementima koji karakteriziraju radikalne tranzicijske poduhvate.

To se posebice odnosi na primjenu Roemrovog modela tipologizacije u području makroekonomskog, mikroekonomskog i organizacijskog aspekta reformi (razvijenost, tipologija vlasništva, uloga države, tip zdravstvenog osiguranja). Zbog toga tu klasifikaciju i njenu evaluaciju možemo vršiti samo na osnovi programatskih ciljeva zdravstvene vlasti, na osnovi njene autoevaluacije učinaka i na osnovi pokazatelja čija se vjerodostojnost može ustvrditi i nakon prvih etapa reforme (npr. redukcija troškova, smanjenje proračunskih izdataka itd. I ti pokazatelji mogu biti kasnije korigirani npr. prikrivenom potrošnjom, preusmjeravanjem donacija itd.). Kao referentni sustav uzeli smo aktualne reforme zdravstva u zemaljama OECD-a. Tendencije koje u radu označavamo za "svjetske" uočili smo u većini navedenih zemalja. Ta grupacija može poslužiti kao referentni okvir za Hrvatsku zbog toga što se ciljevi i mjere najavljene u programatskom tekstu ministra zdravlja uglavnom podudaraju sa tendencijama u većini zemalja OECD-a. Tako na primjer Belgija, Francuska, Njemačka i Nizozemska fiksirale su stavke za zdravstvena izdavanja na državnom proračunu; Ujedinjeno Kraljevstvo i Nizozemska poduzeli su mjere za podsticanje tržišne utrke unutar socijaliziranih sustava; dio bolničkih budžeta izdvojen je za financijsku potporu GP-a; sve zemlje pokušavaju povećati kontrolu kvalitete usluga; Njemačka, Belgija i Nizozemska pokušavaju naglasiti mogućnosti izbora od strane korisnika usluga te aktivno poduzetništvo nasuprot pasivnog plaćanja fondova. Konačno, u SAD se u okviru modela tzv. "managed competition" pokušava objediniti najbolje elemente tržišno liberalnih (smanjiti troškove države i poreze i povećati slobodu poduzetništva) sa socijalnim (osigurati zdravstvenu zaštitu za gotovo 38 milijuna neosiguranih i nezaštićenih te dodatnih 48 milijuna nedovoljno zaštićenih građana)

tradicijama. Zbog toga se pokušava pojačati konkurencija i nagraditi najkvalitetnije, najjeftinije i za pacijente najbolje davaoce usluga. Integralni sustav bio je zamišljen kao sustav koji počiva na kooperativama zdravstvenog osiguranja (Health Insurance Purchasing Cooperative) koje će utvrđivati standarde za stvaranje regionalnih zdravstvenih planova.

#### **4.1. Komparacija zdravstvene politike Hrvatske sa zemljama OECD u području: vladine zdravstvene politike, financiranja paketa javnozdravstvenih i kliničkih usluga, cost- containmenta**

Komparativno situiranje Hrvatske u grupu zemalja OECD-a vršimo na osnovi rezultata civilizacijsko-kulturnih te privrednih i znanstveno-tehnoloških potencijala koji su blokirani ratom. Ukoliko bismo uzeli samo pokazatelj realnog GDP-a ili US dolara po glavi stanovnika onda bi komparacija morala biti vršena s nerazvijenim zemljama, što bi pojavno odgovaralo činjenicama ali bi bilo u suprotnosti sa strukturalnim pokazateljima zemalja u razvoju koje tipom ne odgovaraju realitetu Hrvatske (The World Bank, 1993)

Odgovornost vlada i kreatora zdravstvene politike:

*OECD zemlje:* Povećava se odgovornost vlada i kreatora zdravstvene politike da stvore zdravstvene sustave koji odgovaraju konkretnim nacionalnim potrebama. Dok različite zemlje koriste različite pristupe u rješavanju zdravstvenih problema, velika većina uspješnih vlada kreira sustave koji su sposobni eliminirati nejednakosti u zdravstvu.

*Hrvatska:* Prema kriterijima Svjetske banke intervencija vlada u zdravstvenu politiku ima smisla tada kada ne djeluje tržište ili ukoliko se postiže bolji zdravstveni output, osigurava veća jednakost i više zadovoljstva od strane korisnika zdravstvenih usluga te snize ukupni troškovi više nego što bi to bio slučaj ukoliko bi se tržišnom mehanizmu prepustilo da upravlja sustavom (The World Bank, 1993:54). Pri tome se tipovi vladinih intervencija mogu klasificirati s obzirom na način plaćanja, organizaciju, vlasništvo, prava korištenja i položaj privatne prakse.

Slika 1.

Tipovi sustava zdravstvene zaštite s obzirom na ulogu vlade u regulaciji organizacije zdravstva (Cockerham, 1992)

ULOGA VLADA	TIPOVI SUSTAVA			
	Plaćanje po usluzi	Socijalizirana medicina	Decentralizirani sustav zdravstva	Socijalistička medicina
Regulacija	Minimalna	Direktna	Indirektna	Direktna
Plaćanje usluga	Minimalno	Direktno	Indirektno	Direktno
Vlasništvo	Privatno i državno	Privatno i državno	Privatno i državno	Državno
Pravo korištenja	Nije sigurno	Zajamčeno	Zajamčeno	Zajamčeno
Privatna liječnička praksa	Dominira	Omogućena	Omogućena	Nemoguća

### Cost containment politika

*OECD:* U narednom periodu povećati će se kontrola troškova zdravstvene zaštite uz razradu mehanizama za smanjenje troškova (cost containment policy). Smanjenje vladinih budžetskih izdataka očekuje se posebno u području tercijarnih djelatnosti, specijalističkog treninga i intervencija koje daju male učinke sa velikim utrošcima.

*Hrvatska:* Iako je smanjenje troškova postignuto "rezanjem" ni u tom području unutrašnja struktura zdravstvenog obrazovanja i bolnička organizacija još uvijek nisu doživjele prilagodbe tim ciljevima. Konsolidiranje financiranja sustava zdravstvene zaštite postavljeno je kao jedan od najvažnijih ciljeva reforme koji se kao i u svijetu obavlja putem striktno kontrole cash flow-a, promjenom zaštite od bolničke prema izvanbolničkoj zaštiti, kontrolom dijagnostičkih i terapijskih procedura. Samo budžetska potrošnja smanjena je sa 3,5 milijarde maraka na projiciranih 1,5 milijardi u 1994. godini što bi iznosilo 7,3 % BND-a. Može se reći da se najveći uspjeh do sada provedene reforme može prepoznati upravo u sektoru "cost containment".

### Financiranje paketa javnozdravstvenih usluga i preventivna zaštita

*OECD:* Preventivna zdravstvena zaštita dobit će poseban značaj u razvijenim zemljama uz istovremeno podizanje razine kvalitete života. Posebno će se financijski i organizacijski (transferom know-how-a) stimulirati stvaranje paketa javnozdravstvenih intervencija (infektivne bolesti, AIDS, kontrola zagađenja okoline i promjena zdravstvenog ponašanja); te bihevioralnih studija koje će proučavati načine

promjena zdravstvenog ponašanja i zdravstvenih stilova.

*Hrvatska:* Pozitivna tradicija primarne zdravstvene zaštite i javnog zdravstva izražena kroz nasljeđe A.Štampara ima i dalje snažan utjecaj u Hrvatskoj. Reformski projekt ne postavlja liječnika opće prakse samo u poziciju "gatekeepera", već ga, na sličan način kako je to učinjeno i u Njemačkoj i u Britaniji, čini odgovornim i za liječenje. Od njega se zahtijeva izvršavanje europskih vremenskih i personalnih standarda za određene procedure. (Jedan liječnik opće prakse može služiti od 1.700-2.000 stanovnika, no osiguranje plaća krevete za četiri akutna i dva kronična pacijenta na 1.000 stanovnika s varijacijama u demografski ugroženim regijama). Realizacija toga dobro zamišljenog modela bit će ugrožena djelovanjem triju procesa:

- U odnosu na zapadnoeuropske zemlje koje su uvele takav model, poput Njemačke u kojoj od ukupnog broja liječnika (156.593) čak 67 % čine GP, a tek 33 % specijalisti (Skupnjak, 1991:46) u Hrvatskoj odnos broja specijalista i liječnika opće prakse ne garantira efikasno provođenje toga sustava;

- Snažno prisustvo "znanstvene" i "specijalističke" svijesti u medicini koja portofolio javnozdravstvenih usluga smatra nepotrebnim troškom;

- Nedovoljno jasno definirana i javno promovirana politika financiranja paketa javnozdravstvenih intervencija.

### Definiranje paketa kliničkih usluga

*OECD:* Svaka zemlja morat će razviti, ovisno o već dostignutoj razini kliničkih usluga, modele i kriterije za financiranje paketa osno-

vnih kliničkih usluga, pri čemu bi kao putokaz trebali služiti pokazatelji do kojih se dolazi i korištenjem DRG metodologija (Disease related groups).

*Hrvatska:* Definiranje paketa osnovnih kliničkih usluga predstavlja jedan od prvih reformskih koraka zdravstvene vlasti. Zbog toga je on u prvoj fazi cost-containment, uz diskontinuirani model davanja usluga koji ovisi o realizaciji plaćanja, odigrao veoma važnu ulogu.

#### "Managed competition" i management zdravstvenih sustava

*OECD:* Iako je model "managed competition" osmišljen za situaciju koja karakterizira SAD, on se već u određenim formama primjenjuje i u nekim europskim zemljama. Efikasan management i administracija u velikim zdravstvenim sustavima neostvarivi su bez korištenja modela razvijenih u ekonomici zdravstva i informatici. Unapređenje managementa vladinih zdravstvenih institucija mora se ostvariti kroz decentralizaciju administrativnog i budžetskog odlučivanja.

*Hrvatska:* Racionalizacija zdravstvene potrošnje vođena je od strane medicinskih profesionalaca koji na različitim nivoima odlučivanja (skupština šefova odjela-direktor-upravni odbor- Ministarstvo zdravstva) donose odluke o potrošnji. Neke aktualna iskustva postsocijalističkih zemalja (npr. Poljska) govore da je ne-sustavna decentralizacija dovela od pravog kaosa u zdravstvu, dok velike uštede u drugima (u Italiji je smanjena zdravstvena potrošnja, nakon uvođenja regionaliziranog sustava, u periodu između 1992. i 1994.) (Borgonovi, 1994). Bez obzira na činjenicu da postoje uzorci koji potvrđuju obje prakse, nema nikakve sumnje da uloga središnjih institucija mora biti samo u "koordinaciji svih dijelova sustava te planiranju i menadžmentu onih aspekata koji su zajednički svim institucijama u zemlji" (WHO, 1993:37). U Hrvatskoj, prilikom rješavanja problema "decentralizirane kontrole u kojoj se plaćalo zdravstvene usluge bez provjeravanja njihove konzumacije" (Hebrang, 1994, 132), nije ostvaren balans između centralne uprave i lokalne organizacije zdravstva.

Kao tržišne mjere poticanja "cost containment", uz istovremeno osiguranje kvalitete, danas se u uspješnim sustavima promovira različitost i kompeticija; daje se podrška socijalnom i privatnom osiguranju za kliničke usluge

izvan osnovnog paketa usluga. Daje se mogućnost privatnim dobavljačima da se slobodno bore za mogućnost opskrbe klinika. Razvijaju se sustavi informacija koji omogućavaju otvoren pristup troškovima i potrebama unutar sustava. Hrvatska je na tragu nekima od tih pristupa.

#### Metodologije iskazivanja zdravstvenih pokazatelja

*OECD:* Stare metodologije koje su se koristile za mjerenje utjecaja određenih bolesti na ukupno zdravlje stanovništva temeljile su se na stupnju povezanosti određene bolesti sa smrtnošću stanovništva. Ta patološkijska orijentacija zamijenjena je od strane WHO strategijom "health promotion". Umjesto stope mortaliteta, koja se iskazivala u prvoj poslijeratnoj fazi, te očekivanog trajanja života (life expectancy), na čemu se inzistiralo do kraja osamdesetih godina, danas se nastoji mjeriti utjecaj zdravstvene zaštite na kvalitetu života (quality of life). Prilikom mjerenja zdravstvenog statusa morbiditet i oštećenja predstavljaju mjerljive komponente koje povezuju zdravstvenu zaštitu i kvalitetu života, čime se naglašava funkcionalni status i dobrobit nasuprot pukom preživljavanju (Bunker et al., 1994). Kao izraz potpore tom konceptu Svjetska banka (1993) inzistira na uvođenju novih metoda za izračunavanje šteta koje prouzrokuju pojedine bolesti.

Dvije osnovne metode koje se preporučuju su:

- NBD i GBD metodologija (National and Global burden of disease methodology) mjeri gubitak zdravog života kao posljedicu različitih oboljenja (na osnovi devete revizije međunarodne klasifikacije 109 bolesti kojom se pokriva sve moguće uzroke smrtnosti i oko 95% mogućih uzroka oboljenja) izražen kroz zbog oboljenja izgubljene dane.

- DALY (Disability-adjusted life year) je metodologija kojom se mjeri efikasnost zdravstvenih intervencija indicirana smanjenjem tereta bolesti.

*Hrvatska:* U Hrvatskoj još uvijek pretežito dominiraju stare metodologije računanja karakteristične za drugu epidemiološkijsku tranziciju među kojim stopa mortaliteta predstavlja središnji, a trajanje životnog vijeka dodatni zdravstveni indikator u piramidi zdravstvenih pokazatelja.

## LITERATURA:

1. Aakster, C. W.: Concepts in alternative medicine, *Social Science and Medicine*, 22 (2) 1986, pp. 265-73.
2. Borgonovi, E.: Per la Sanita un'amara medicina, *Il Sole 24 Ore*, 29. 9. 1994, pp. 4
3. Brown, L.D.: Introduction to a decade of transition, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 11, 1986, pp. 569-584.
4. Bunker, J. P. Frazier, H. S., Mosteller, F.: Improving Health: Measuring Effects of Medical Care, *The Milbank Quarterly*, Vol. 72, No.2, 1994.
5. Cockerham, W.C.: *Medical Sociology*, Prentice Hall Englewood Cliffs, New Jersey, 1991.
6. Elling, R.H.: Theory and Method for the Cross-National Study of Health Systems, *International Journal of Health Services*, Vol.24, No.2, 1994, pp.285-309.
7. Ensor, T.: Health System reform in former socialist countries of Europe, *International Journal Health Planning and Management*, 8/3, 1994.
8. Fabrega, H.: *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary approach*, MIT Press: Cambridge, 1974.
9. Hebrang, A.: Reorganization of the Croatian Health Care System, *Croatian Medical Journal*, 35(3), 1994.
10. Hamburg, D.A. et all.: *Health and Behavior*, National Academy Press, Washington D.C., 1982.
11. Lalonde, M.: *A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa Information, Canada, 1974.
12. Light, D., Schuller, A.: *Political Values and Health Care: The German experience*, MIT Press, Cambridge, Mass., 1986.
13. McNamee, M.: Keepin the Health Plan From Kicking the Bucket, *Business Week*, 29.8.1994, pp.30.
14. Mesić, M.: Izbjeglice i izbjegličke studije - Uvod u problematiku, *Revija za socijalnu politiku*, Zagreb, 1/2, 1994.
15. Mishra, R.: *The Welfare State Crisis: Social Thought and Social Change*, New York, Saint Martin Press, 1984, u Gretschnann K., Socijalna sigurnost u tranziciji, *Revija za socijalnu politiku*, Zagreb, 1/2, 1994.
16. Orešković, S.: Health Transitiona and Health Regression: The Failure of Success, Paper, *5th Biennale Conference of ESMS*, Vienna, 16-18.9.1994.
17. Parsons, T.: Definition of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure, in Gartly-Jaco, E: *Patients, Physicians and Illness*, The Free Press, New York, 1972.
18. Popper, K.: *The Logic of Scientific Discovery*, Basic Book, New York, 1959.
19. Raffael, M.W.: *Comparative Health Systems: Descriptive Analyses of Fourteen National Health Systems*. Pennsylvania State University Press, University Park PA, 1984.
20. Roemer, M.: *Systems of Health Care*, Springer, New York, 1977.
21. Sigerist, E.: From Bismarck to Beveridge: Developments and trends in Social Security legislation. *Bull. Hist. Med.* 13:1943, pp. 365-388.
22. Skupnjak, B.: *Komparativno istraživanje zdravstvenih sustava u Europi i u nas*, Izvještaj u istraživanju, Zagreb, 1991.
23. Stainton-Rogers, W.: *Explaining Health and Illness*, Harvester-Wheatsheaf, New York, London, 1991.
24. Terris, M.: The three world systems of medical care: Trends and prospects, *American Journal Public Health*, 68, 1978, 1125- 1131.
25. Varhegyi, J., Antal, Z.: *Causes of High Mortality Rate in the Former Socialist Countries*, Research report, Paper, Budapest, March 1994.
26. The World Bank: *World Development Report-World Development Indicators, Investing in Health*, Oxford University Press, 1993.
27. World Health Organization: *Implementation of the Global Strategy for Health for All by the Year 2000*, Second Evaluation, Geneva, 1993.



### Summary

## POSTWELFARE INDICATORS AND HEALTH REFORM IN CROATIA

Stjepan Orešković

*Health systems reforms in Europe for the first time in history are faced with the standardization according to the common criteria. Following the integration processes initiated by the European Union (EU), the World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO/EURO) started an intensive interdisciplinary technical and scientific activity to enable designing the new health care systems. In the same time, in the very hard circumstances, started health care reform in Croatia. What is happening with the integration processes between the health system in Croatia and health systems in Europe according to the criteria, standards and experience of other countries which was verified by the EU? By the analysis of theoretic systems, the elements were found for systems analysis. These general postwelfare indicators are: health system organization (the type of delivering services), ownership (system control), mechanisms for financing and payment of health services. There are three basic theoretic health models: national health services, social (compulsory health) insurance, and private health system. The criteria for evaluation (measurement) of effects of various systems are: accessibility, acceptability, affordability and equity. The aim of this research is to get insight into seven basic components of health system reform Croatia and Europe according to scientific indicators. These components are: cost-containment, public expectations, decentralization, market mechanisms, quality, assurance, vocational training for health manpower in new work conditions. This methodology uses all the three approaches used in behaviouristic researches of health processes (individual, aggregate, cross-level approach). This article which is "work in progress" presents some results of the third stage of project Comparative study of health care systems in Europe and in Croatia" (5.06-198) answering the question how Croatian health care reform fulfill the following criteria: legitimacy, knowledge and technology, quality and optimum of economic rationality.*

*In analyzing and evaluating the reform processes we are using general health indicators (such as targets of the 'Health for All by the Year 2000' WHO strategy, OECD health data, The World Bank Health Indicators Report from year 1993).*