

ČEŠKA REPUBLIKA

1. ISTORIJSKI OSVRT NA RAZVOJ SISTEMA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Prvi sistem zdravstvene zaštite u Češkoj Republici uspostavljen je krajem XIX veka i to u oblasti Bohemija, koja je bila sastavni deo Austro-Ugarske monarhije. U Bohemiji je tada, kao i u ostatku monarhije, zdravstvena zaštita bila organizovana po sistemu koji je poznat kao Bizmarkov model zdravstvenog osiguranja. Ovako uređen sistem je funkcionisao sve do proglašenja nezavisnosti, odnosno do osnivanja Čehoslovačke Republike 1918. godine, ali i neko vreme nakon toga.¹ On je bio dobro utemeljen budući da je još u prvoj godini nezavisnosti donet Zakon o zdravstvenom osiguranju, koji je predviđao obavezno osiguranje za sve zaposlene, a to je činilo oko jednu trećinu ukupnog broja stanovnika.² Na tim osnovama je u Čehoslovačkoj Republici 1924. godine uspostavljen prvi socijalni model zdravstvenog osiguranja.

Ovaj model se vremenom razvijao i upotpunile su ga i druge forme osiguranja, kao i dobrovoljni prilozima te je takav, modifikovan sistem zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja funkcionisao godinama, čak i u periodu nakon Drugog svetskog rata. Naime, iako je Čehoslovačka Republika po okončanju rata postala sovjetska interesna sfera, to nije odmah uticalo na promenu sistema zdravstvene zaštite koji je, u skladu sa dotadašnjom tradicijom, ostao organizovan kao socijalni sistem zdravstvenog osiguranja na osnovama Bizmarkovog modela. Ovo osiguranje je bilo univerzalno i

¹ Kinkorová, J., Topolčan, O., *Overview of Healthcare System in Czech Republic*, u, EPMA Journal 2012, 3:4, Springer, 2012, str. 2.

² Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, Vol 7, No. 1/2005, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Politics, Copenhagen, 2005. str. 11.

obuhvatalo sve građane, finansiralo se iz doprinosa³ a celokupnu zdravstvenu negu je obezbeđivao Nacionalni fond za zdravstveno osiguranje.

Međutim, 1952. godine je došlo do promene sistema zdravstvene zaštite i njegove centralizacije u skladu sa Semaškovim modelom zdravstvenog osiguranja, karakterističnim za SSSR. Uvođenjem ovog modela zdravstvena zaštita je prestala da se finansira iz doprinosa, već su se sredstva za te potrebe obezbeđivala isključivo iz državnog budžeta. To je, dalje, značilo da je država preuzela celokupnu brigu o zdravstvu; celokupni zdravstveni sistem je nacionalizovan a svi davaoci zdravstvenih usluga su bili u vlasništvu države i inkorporisani u regionalne i okružne institute nacionalnog zdravlja.⁴

Ovakav, centralizovan sistem zdravstvene zaštite je u početku bio funkcionalan, ali je vremenom počeo da pokazuje slabosti, pa je postalo jasno da su promene neminovne. Uprkos tome, sistem se nije bitno menjao čak ni nakon osnivanja federacije Češke i Slovačke 1968. godine, kada je briga o zdravlju nacije umesto na jedno bila prenetna na dva ministarstva, ali se pored toga ništa drugo nije izmenilo.

Najznačajniji period u novijoj istoriji Češke Republike nesumnjivo počinje devedesetih godina prošlog veka, sa nastupanjem korenitih političkih i društvenih promena u svim oblastima života.⁵ Jedna od najznačajnijih novina koju su te promene donele u sistem zdravstvene zaštite nesumnjivo je njegovala liberalizacija, koja se ogledala u priznavanju građanima prava da slobodno biraju od koga će i kakvu medicinsku pomoć da primaju. Takođe, tada je uvedeno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje.⁶

Ove promene ne bi bile moguće bez odgovarajuće pravne regulative pa su već 1991. godine usvojeni Zakon o opštem zdravstvenom osiguranju⁷ i Zakon o Opštem

³ U to vreme doprinosi su se plaćali u visini od 6,8% od plate i u celosti su bili na teret poslodavca (navedeno prema: Rokosova, M., Háva, P, op. cit, str. 12).

⁴ Češki deo Čehoslovačke je tada imao 8 regiona i 75 okruga, a svaki region i svaki okrug su imali sopstveni institut nacionalnog zdravlja. U okviru tih instituta su se nalazile srednje i male bolnice, poliklinike, zdravstveni centri za pružanje vanambulantne nege, apoteke, centri za higijenu, zdravstveni centri za zaposlene, odeljenja hitne i prve pomoći i škole za bolničarke. Videti više: Rokosova, M., Háva, P, ibidem.

⁵ Reč je o promenama koje su usledile nakon tzv. «Plišane revolucije» koja je počela 1989. godine.

⁶ U ovom periodu osnovane su i lekarske, stomatološke i farmaceutske komore, kao i druga udruženja zdravstvenih radnika.

⁷ Zakon br. 550/1991 (Act No. 550/1991 Coll.).

fondu zdravstvenog osiguranja,⁸ koji su pripremili promenu modela zdravstvenog osiguranja u pravcu uspostavljanja socijalnog zdravstvenog osiguranja, tj. vraćanja na Bizmarkov model.

Po novom sistemu zdravstveno osiguranje je bilo obavezno po samom zakonu, a umesto iz budžeta ono se finansiralo iz doprinosa zaposlenih.⁹ Takođe, umesto Nacionalnog fonda zdravstvenog osiguranja, za sprovođenje zdravstvene zaštite bio je zadužen Opšti fond zdravstvenog osiguranja kao i njegova predstavništva širom zemlje.¹⁰ Fond je neprofitna organizacija koji sa davaocima zdravstvenih usluga zaključuje ugovore o njihovom finansiranju i to, po pravilu, po sistemu "plaćanje po pruženoj usluzi".

Od tada pa sve do danas, promene češkog sistema zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja se odvijaju postepeno i vremenom je izvršena kompletna revizija zdravstvenih usluga, promenjena su tela nadležna za organizovanje i sprovođenje zdravstvene zaštite, uveden je potpuno novi sistem zdravstvenog osiguranja, gotovo u celosti je izvršena privatizacija primarnog nivoa zdravstvene zaštite, privatizovan je pretežan deo farmaceutskog sektora, privatizovana je većina banjskih lečilišta, itd. Ipak, počev od 2005. godine izvršeno je nekoliko značajnijih i opsežnijih promena, među kojima su posebno značajne sledeće:

Prvo, između 2005. i 2006. godine je predviđena i implementirana potpuno nova shema prilagođavanja rizika, što je sprovedeno da bi se doprinosi obaveznog zdravstvenog osiguranja pravično preraspodelili na fondove zdravstvenog osiguranja,¹¹

⁸ Zakon br. 551/1991 (Act No. 551/1991 Coll.).

⁹ Ovi doprinosi se određuju zakonom i to procentualno u odnosu na platu. Prema poslednjim dostupnim podacima oni su iznosili 13, 5% od plate, od čega zaposleni plaća 4,5% a poslodavac 9%. I samozaposlena lica plaćaju doprinos u visini od 13,5% ali ne na celokupni profit, već na 35% od ostvarenog profita. O ovome videti više: Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, op. cit, str. 29.

¹⁰ U početku je bilo 27 osiguravajućih društava koja su delovala u oblasti zdravstvenog osiguranja, ali je taj broj vremenom bivao sve manji, npr. 2000. godine ih je bilo samo 9 (navedeno prema: Rokosova, M., Háva, P, op. cit, str. 13).

¹¹ Ovdje je reč o tome da se plaćanje lekara opšte prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti vrši na osnovu sistema kapitacije, ali tako što se za svakog osiguranika koji je stariji od 60 godina života plaća trostruki iznos standardne kapitacije za takvog osiguranika. Razlog za to je da se ravnomerno rasporede rizici i da bi se izbegla bankrotstva fondova za zdravstveno osiguranje. Navedeno prema: Rokosova, M., Háva, P., op. cit, str. 31.

Drugo, 2008. godine je uvedena obaveza pacijenata da po sistemu «plaćanje iz džepa» plaćaju za korišćenje većeg broja medicinskih usluga, među kojima su: lekarske vizite, boravak u bolnicama, recepte za lekove, itd;

Treće, 2008. godine je Državni Institut za kontrolu lekova uključen u postupak odlučivanja o maksimalnim cenama lekova, čime se postigla transparentnost tog postupka i doprinelo obuzdavanju cena lekova a samim tim i troškova zdravstvene zaštite;

Četvrto, da bi se poboljšao kvalitet visoko specijalizovanih usluga određene su ustanove koje ispunjavaju uslove za pružanje takvih usluga po najvišim standardima i dopušteno je da ugovori koje zaključuju fondovi sa tim ustanovama sadrže i neke specijalne uslove, koji nisu dozvoljeni u ugovorima sa ustanovama van ove kategorije.¹²

2. ORGANIZACIJA I UPRAVLJANJE SISTEMOM ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Upravljanje zdravstvenom zaštitom je delom u nadležnosti resornog ministarstva, a delom u nadležnosti fondova zdravstvenog osiguranja. Ministarstvo zdravlja donosi odgovarajuće propise kojima obezbeđuje uniformno i profesionalno pružanje zdravstvenih usluga, među kojima najznačajniju ulogu imaju sledeći propisi: Povelja o ljudskim pravima i slobodama iz 1993. godine,¹³ Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju,¹⁴ Zakon o zdravstvenoj zaštiti¹⁵ i Zakon o obaveznim premijama za obavezno zdravstveno osiguranje.¹⁶ U okvirima postavljenim pomenutim propisima fondovi, koji uživaju visok stepen samostalnosti, odlučuju o najvećem broju pitanja značajnih za funkcionisanje sistema zdravstvene zaštite. Najveći i najznačajniji je Opšti fond zdravstvenog osiguranja, a pored njega postoji još deset regionalnih fondova.¹⁷ Oni

¹² O ovome videti više: Kinkorová, J., Topolčan, O., op. cit, str. 4-5.

¹³ Ova Povelja je usvojena Rezolucijom Prezidijuma Češkog Nacionalnog Saveta br. 2/1993, i predstavlja sastavni deo Ustava.

¹⁴ Zakon br. 48/1997 Coll.

¹⁵ Zakon br. 20/1966 Coll. (sa brojnim izmenama i dopunama u međuvremenu do danas).

¹⁶ Zakon br. 592/1992 Coll.

¹⁷ Opšti fond zdravstvenog osiguranja pokriva oko dve trećine populacije. Navedeno prema: Nemeč, J., *The Slovak and Czech health insurance systems: pros and cons*, dostupno na: http://health.insurance.bg/presentations/Juraj_Nemec.pdf

neposredno pregovaraju sa davaocima zdravstvenih usluga i samostalno odlučuju sa kim od njih će zaključiti ugovor o njihovom finansiranju.¹⁸

Predmet pregovora koje vode fondovi sa davaocima zdravstvenih usluga su, po pravilu, usluge koje će fond plaćati sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja,¹⁹ pri čemu se pregovori vode ne samo u vezi određenja tih usluga, već i o njihovom bodovanju, ceni boda, uslovima pod kojima će se pružati i dr. Kada se pregovori završe, a fondovi i davaoci usluga budu spremni da zaključe ugovore, tada se pre nego što se ugovori potpišu celokupna dokumentacija dostavlja nadležnom ministarstvu kako bi se još jednom proverilo da li su pregovori okončani tako da njihov rezultat obezbeđuje zaštitu javnog interesa, ali i da bi se proverilo da li je sve dogovoreno u skladu sa zakonom. Ako fondovi i davaoci usluga ne okončaju uspešno pregovore, onda ministarstvo interveniše u javnom interesu, jer se ugovori moraju zaključiti.²⁰

Sama zdravstvena zaštita organizovana je na nekoliko nivoa i obuhvata različite vidove zdravstvenih usluga. To su:

Vanbolnička nega (primarna zdravstvena zaštita): Ovaj vid zdravstvene nege pružaju lekari opšte prakse i lekari određenih specijalizacija na nivou primarne zdravstvene zaštite. Budući da većina njih deluju kao privatnici, da bi se izbeglo plaćanje iz džepa potrebno je odabrati lekara sa kojim osiguravajući fond ima zaključeni ugovor, jer se zdravstvene usluge plaćaju samo na osnovu ugovora. Lekar opšte prakse čije se usluge plaćaju sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, u načelu, ne može da odbije da primi pacijenta koji je obavezno osiguran, sem ako proceni da mu ne može pružiti kvalitetnu uslugu, ili da bi to narušilo njegove kapacitete da se posveti drugim pacijentima. Kada je o lekarima specijalistima reč, tada je za Češku karakteristično da na

¹⁸ Pregovori obično traju oko šest meseci, a ugovori se, najčešće, zaključuju na period od dve godine.

¹⁹ Obavezni paket usluga je prvo određivalo Ministarstvo, da bi se 1997. godine Zakonom o obaveznom zdravstvenom osiguranju taj sistem promenio i bilo je predviđeno da sve usluge koje konkurišu da uđu u obavezni paket prođu proceduru tendera. Ovaj sistem je uneo dosta nedoumica u ceo proces pregovaranja o zdravstvenim uslugama koje će se naći u obaveznom paketu, a Ministarstvo se iz tog procesa sasvim isključuje pa ono nije više garantovalo koje će se usluge naći u tom paketu, već je to isključivo zavisilo od dogovora između fondova i davalaca zdravstvenih usluga. Takvo rešenje nije dalo dobre rezultate u praksi i ono je ubrzo promenjeno i to tako što je Ministarstvu ponovo dato ovlašćenje u odnosu na usluge koje će obuhvatati obavezni paket usluga. O ovome videti više: Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, op. cit, str. 24.

²⁰ O ovome videti više: Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, op. cit, str. 22.

ovom nivou zdravstvene zaštite za pregled kod lekara specijaliste nije potreban uput lekara opšte prakse.

Bolnička nega: Pacijenti mogu da se smeste na bolničko lečenje samo na osnovu uputa lekara opšte prakse ili lekara specijaliste koji radi na primarnom nivou zdravstvene zaštite. Ovaj vid nege se pruža u bolnicama i u drugim specijalizovanim institucijama koje pružaju usluge bolničkog lečenja kao što su, na primer, psihijatrijske bolnice, rehabilitacioni centri, bolnice koje pružaju palijativnu negu, itd. Bolnicama upravljaju regioni,²¹ privatna lica ili crkve, dok Ministarstvo zdravlja upravlja neposredno univerzitetskim bolnicama i klinikama tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite.

Služba hitne pomoći: Hitna zdravstvena nega je dostupna svima kojima urgentno treba pružiti medicinsku pomoć, na primer u akutnim stanjima bolesti ili u nesrećama. U pitanju su, po pravilu, pacijenti koji su u takvom stanju da ne mogu sami da dođu do lekara, ili im je potrebna hitna medicinska intervencija, ili prevoz u odgovarajuću medicinsku ustanovu pod stalnim lekarskim nadzorom jer postoji opasnost od daljeg oštećenja zdravlja ili opasnost po život.

Balneološka nega: Ovaj vid zdravstvene nege se, takođe, pruža u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja ako se to smatra obaveznim tretmanom u funkciji oporavka. Balneološka nega se dobija na preporuku jednog lekara, koju je potvrdio drugi lekar, i to su lekari opšte prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno lekari u bolnici za pacijente koji se nalaze na bolničkom lečenju.

Dugotrajna nega: Za stara lica i za bolesnike kojima je potrebna dugotrajna nega predviđena su dva sistema zaštite, koja se međusobno preklapaju ali se ne finansiraju na isti način. Tako, jedan sistem pružaju socijalne službe (centralna i lokalne), prema sadržini i uslugama koje pruža sistem socijalne zaštite i ovaj sistem se finansira iz budžeta, dok drugi sistem pružaju zdravstvene ustanove i on se finansira pretežno sredstvima obaveznog zdravstvenog osiguranja, a obuhvata zdravstvenu negu i druge zdravstvene sadržaje.

²¹ Počev od 2003. godine započeo je postupak decentralizacije bolnica tako da se one sa državnog vlasništva prebacuju na regionalno, što je imalo za posledicu da bolnicama više na upravlja Vlada već regioni, odnosno regionalne kancelarije.

3. SADRŽINA OBAVEZNOG PAKETA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Obavezni paket zdravstvenih usluga obuhvata različite vrste usluga u okviru različitih nivoa i vidova zdravstvene zaštite. O sadržini tog paketa, kao što je već pomenuto u prethodnom izlaganju, dogovaraju se fondovi i davaoci usluga i taj paket danas obuhvata, u potpunosti ili delimično, usluge u okviru: vanbolničke i bolničke nege; hitne zdravstvene nege; ambulantne nege; preventivne nege; dispanzerske nege; snabdevanja lekovima i medicinskim pomagalicama (npr. slušni aparati, bandažeri, itd.); balneološke nege; nege u specijalizovanim dečijim bolnicama i sanatorijumima; industrijsku zdravstvenu negu; prevoz bolesnih lica; obdukcije.

Ipak, obavezno osiguranje ne nadoknađuje nužno celokupnu cenu za usluge obuhvaćene obaveznim paketom, već su nešto pacijenti dužni da plate iz drugih izvora (npr. iz svog džepa ili iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja). Tako, na primer, većina stomatoloških usluga nije obuhvaćena obaveznim paketom, kao ni neki lekovi²² ili neki vidovi balneološke nege. Preventiva, po pravilu, takođe nije obuhvaćena obaveznim paketom usluga, ali neki vidovi te vrste nege jesu, na primer: obavezne vakcinacije; periodični pregledi lekara opšte prakse (na svake dve godine); «*cancer screening*» programi (npr. za rak debelog creva, rak dojke, rak grlića materice); mamografija za žene starosti između 49 i 69 godine (na svake dve godine); preventivni ginekološki pregledi uključujući i citološki pregled za žene starije od 15 godina života; usluge koje su u funkciji smanjenja oštećenja zdravlja usled zloupotrebe alkohola i opojnih droga; lečenje gojaznosti posebno kod dece; programi borbe protiv pušenja; seksualno vaspitanje; edukacija o rizicima određenih životnih stilova itd.²³

Usluge koje su obuhvaćene obaveznim paketom zdravstvenih usluga se stavljaju na liste, a te liste su obavezni prilozi uz ugovore koje zaključuju fondovi sa davaocima zdravstvenih usluga.

²² Međutim, u svakoj kategoriji lekova najmanje jedan lek mora da se nađe na listi lekova koje u celosti finansira obavezno zdravstveno osiguranje. Pacijenti, sem toga, ne plaćaju ni za lekove koje prime u okviru bolničkog tretmana, jer i to u celosti pokriva obavezno zdravstveno osiguranje.

²³ Trenutno se u Češkoj Republici posvećuje dosta pažnje ovim i drugim aktivnostima koje su u funkciji preventive za očuvanje zdravlja. O ovom pitanju videti više: Kinkorová, J., Topolčan, O., *Overview of Healthcare System in Czech Republic*, op. cit, str. 6. i 8.

Osim zdravstvenih usluga, iz sredstava obaveznog zdravstvenog osiguranja nadoknađuju se i troškovi za lekove. Do 2008. godine su liste lekova i njihove cene određivala zajedno ministarstva zadužena za pitanja zdravlja i finansija, ali je od 2008. godine to preneto u nadležnost Državnog instituta za kontrolu lekova.

4. FINANSIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I NJENI TROŠKOVI – STATISTIČKI POKAZATELJI

Zdravstveni sistem u Češkoj je organizovan kao sistem socijalnog zdravstvenog osiguranja, u kome obavezno zdravstveno osiguranje obezbeđuje univerzalno pokriće i to na načelima solidarnosti i jednakosti.²⁴ Taj sistem se dominantno finansira iz javnih izvora, pre svih sredstvima prikupljenim po osnovu doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje i sredstvima iz nacionalnog i regionalnih budžeta, ali to nije dovoljno pa se on delimično finansira i iz privatnih izvora. Svi davaoci zdravstvenih usluga koji su uključeni u shemu javnog zdravstva, nezavisno od svojinskog statusa,²⁵ finansiraju se na osnovu ugovora koje zaključuju sa osiguravajućim fondovima.

Obaveznim zdravstvenim osiguranjem su pokrivena lica koja imaju stalno prebivalište u Češkoj Republici, kao i lica koja nemaju prebivalište na njenoj teritoriji, ali su zaposlena kod poslodavca registrovanog u Češkoj. Ako neko nije obuhvaćen obaveznim zdravstvenim osiguranjem, onda mu stoji na raspolaganju dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Ovo, dobrovoljno zdravstveno osiguranje se zaključuje, takođe, kod Opšteg fonda za zdravstveno osiguranje.

Zdravstvena zaštita u Češkoj Republici se, kao što je već pomenuto, dominantno finansira iz obaveznog zdravstvenog osiguranja koje pokriva 76,6% ukupnih troškova zdravstvene zaštite u toj zemlji.²⁶ Pored toga, nacionalni i regionalni budžeti finansiraju 7,2% od ukupnih troškova zdravstvene zaštite, a privatno zdravstveno osiguranje finansira 16,2% tih troškova.²⁷

²⁴ Načelo jednakosti zdravstvene zaštite ima dvojaku funkciju: prvo, zdravstvena nega je svima dostupna pod jednakim uslovima i drugo, svi imaju pravo na jednaki tretman (ni manje ni više).

²⁵ U Češkoj Republici je primarna zdravstvena zaštita dominantno u privatnom vlasništvu (oko 95%), dok su bolnice pretežno u državnom, dakle javnom vlasništvu.

²⁶ Izvor: *Czech Health Statistics 2009* (navedeno prema: Kinkorová, J., Topolčan, O., op. cit, str. 5).

²⁷ Izvor: ibidem.

Deo troškova zdravstvene zaštite finansiraju građani iz svog džepa. Ipak, za većinu domaćinstava učešće u tim troškovima ne predstavlja značajnu stavku porodičnog budžeta jer se za te potrebe prosečno izdvaja manje od 3% od ukupnih troškova jednog domaćinstva, što je manje od prosečnih izdvajanja po domaćinstvu za alkohol ili za cigarete. Sem toga, manje od polovine domaćinstava kada plaća iz džepa tada koristi samo neophodne zdravstvene usluge, na primer, stomatološke usluge ili za lekove, dok više od polovine domaćinstava (53%) troši na vitamine, dodatke ishrani i homeopatske lekove.²⁸

Učešće ukupnih troškova zdravstvene zaštite u bruto društvenom proizvodu Češke Republike iznosi 7,5%, i to učešće vremenom postepeno raste.²⁹

5. PLAĆANJE ZDRAVSTVENIH USLUGA

Glavni kupci zdravstvenih usluga u Češkoj Republici su fondovi zdravstvenog osiguranja, koji sa davaocima zdravstvenih usluga zaključuju odgovarajuće ugovore, po pravilu dugoročne, na osnovu kojih se određuje način plaćanja za te usluge. Načini plaćanja lekarskih usluga zavise od više činilaca, na primer, od toga na kom nivou zdravstvene zaštite se pruža usluga, da li je reč o bolničkoj ili vanbolničkoj nezi, ko je vlasnik ustanove u kojoj se pruža usluga, itd.

Kada je o plaćanju lekara u primarnoj zdravstvenoj zaštiti reč, tada je jasno uočljiva razlika između onih koji rade privatno od lekara zaposlenih u javnim zdravstvenim ustanovama. Tako, lekari kojima je država poslodavac rade za platu i oni dobijaju, po pravilu, iznos koji je nešto viši od republičkog proseka, dok se lekari koji rade privatno plaćaju po sistemu koji je kombinacija plaćanja na osnovu pruženih usluga i plaćanja po osnovu kapitacije.³⁰ Da bi se odredila naknada po osnovu kapitacije,

²⁸ O ovome videti više: Lunerova, J., 2012: *The Year of the Czech Republic Health Care Revolution*, dostupno na: <http://engagementstrategy.com/articles/2012-the-year-of-the-czech-republics-healthcare-revolution/>

²⁹ Tako je, na primer, u 2002. godini ono iznosilo 6,8% BDP-a. Izvor: OECD Healthdata 2012, dostupno na: <http://www.oecd.org/els/healthpoliciesanddata/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm>

³⁰ Sistem plaćanja lekara po osnovu kapitacije uveden je 1997. godine kao način da se obuzdaju prekomerni troškovi za zdravstvenu zaštitu. Naime, pre uvođenja kapitacije lekari su se plaćali isključivo na osnovu pruženih usluga pa su oni, da bi ostvarili što veće zarade, pružali više usluga nego što je to bilo medicinski opravdano. Zbog toga je uveden sistem kapitacije, koji je trebalo da ovu negativnu pojavu spreči ili makar

celokupna populacija je podeljena u 18 grupa, prevashodno prema godinama starosti, da bi svaka grupa potom dobila odgovarajuću vrednost indeksa. Tako, na primer, deca do 4 godine života imaju vrednosti indeksa 3,8; lica starosti od 20 do 24 godine imaju vrednost indeksa 0,9; lica od 60 do 65 godina imaju vrednost indeksa 1,5; lica preko 85 godina života imaju vrednost indeksa 3,4.³¹ Broj pacijenata po lekaru je ograničen, a lekari koji i pored toga imaju više pacijenata dobijaju manje po pacijentu nego što je određeno kapitulacijom.

Lekari specijalisti u ambulatnoj nezi se ne plaćaju na isti način kao i lekari opšte prakse, već se njihove nadoknade određuju kombinacijom plaćanja po osnovu budžeta i po osnovu pružene usluge.³² Budžet za određenu godinu se određuje na osnovu iznosa koji je tom specijalisti plaćen za izvršene usluge u prethodnoj godini, s tim da se tako dobijeni iznos uveća za stopu inflacije. Da bi lekar specijalista u jednoj godini ostvario zaradu u visini od 100% od prošlogodišnje zarade, potrebno je da on u toj godini pruži minimum 70% lekarskih usluga u odnosu na broj usluga u godini koja je bila osnov za obračun.³³

Finansiranje bolnica se vrši, takođe, kombinovanim sistemom plaćanja i to plaćanjem po osnovu bolničkog budžeta i po osnovu dijagnostički srodnih grupa (u daljem tekstu: DSG). Sistem DSG je uveden 2007. godine sa ciljem da se poboljša kvalitet i kvantitet usluga koje pružaju bolnice jer su one, od kada je uvedeno ograničenje njihovih troškova po osnovu bolničkog budžeta,³⁴ drastično smanjile broj usluga koje su pružale. Trebalo je dugo vremena da bolnice pređu na sistem naplate svojih usluga po

smanji na razumnu meru. O ovome videti više: Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, op. cit, str. 75.

³¹ Ibidem.

³² I ovaj kombinovani sistem je uveden 1997. godine (uvedeno je ograničenje primanja putem određivanja budžeta) iz istih razloga zbog kojih je uveden sistem plaćanja po osnovu kapitulacije.

³³ O ovome videti više: Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, op. cit, str. 76.

³⁴ Do sredine 1997. godine bolnice su naplaćivale svoje usluge na osnovu bolničkog budžeta (koji se određivao na godišnjem nivou prema plaćanjima toj bolnici izvršenim u toku prethodne godine, uvećano za stopu inflacije), a 2001. godine je kao korektivni način plaćanja bilo uvedeno (tačnije, vraćeno je) i plaćanje na osnovu pruženih usluga, jer plaćanje isključivo na osnovu unapred određenog budžeta nije dalo dobre rezultate. O ovome videti više: Rokosova, M., Háva, P., *Health Care Systems in Transition, Czech Republic*, op. cit, str. 74-75.

osnovu DSG, jer su se u praksi, suprotno propisima, tolerisali njihovi zahtevi da im se plaća na osnovu pruženih usluga.³⁵

Pitanje nadoknade cena za lekove je u nadležnosti Državnog instituta za kontrolu lekova, koji je do skoro određivao maksimalne cene za lekove obuhvaćene obaveznim paketom usluga na osnovu upoređivanja sa cenama za te lekove u osam referentnih država članica EU. Konačna cena leka bi se, po pravilu, opredelila prema prosečnoj ceni tog leka na osnovu tri najniže cene u referentnim državama.³⁶ Međutim, ovaj sistem je promenjen 2011. godine, od kada se cena lekova sa liste umesto upoređivanjem sa referentnim državama EU, određuje na osnovu e-aukcija za lekove.³⁷

6. AKTUELNA REFORMA ZDRAVSTVENOG SISTEMA ČEŠKE REPUBLIKE

Godina 2012. je veoma značajna za češki zdravstveni sistem s obzirom da je to godina u kojoj je započeta još jedna, značajna reforma tog sistema. Ona je izraz potrebe za prilagođavanjem promenama koje donose nove tehnologije u zdravstvu, ali istovremeno je njen cilj i uvažavanje potreba pacijenata. Naime, pacijenti su vremenom stekli veštine potrebne za donošenje odluka o pitanjima značajnim za njihovo zdravlje, na primer, da biraju medicinski tretman pa oni, shodno tim novim veštinama koje su stekli, opravdano zahtevaju i da im se prizna ravnopravna uloga u odnosu lekar – pacijent – zdravstveno osiguranje. Pored toga, reforma ima za cilj i da odgovori na zahteve za ekonomskom stabilnošću zdravstvenog sistema, jer su izazovi na tom planu sve veći.³⁸

Reformu podržava set zakona iz oblasti zdravstvene zaštite, koji je stupio na snagu u aprilu mesecu 2012. godine. Među njima su: Zakon o zdravstvenim uslugama,

³⁵ O ovome videti: Kalman, I., McCarthy, B., *Benchmark Studies of DRG Systems used in EU, Experience in Ireland and Germany*, EC Twinning Project, 2007, str. 11.

³⁶ Kao referentne države uzete su: Estonija, Francuska, Grčka, Mađarska, Litvanija, Italija, Litvanija, Portugal i Španija. Navedeno prema: Brindová, L., Pavloková, K., Roubal, T., Rokosová, M., Gaskins, M., Ginneken, E., *Czech Republic: Health System Review*, Health Systems in Transition, WHO, 2009, str. 85.

³⁷ Državni Institut za kontrolu lekova je već uveo ovaj sistem tokom 2011. godine, s tim da se e-aukcija otvara isključivo na zahtev osiguravajućih fondova i osiguravajućih kompanija, a nakon što to odobri Ministarstvo zdravlja. Nakon sproveden aukcije od lekara će se zahtevati da prepisuju lekove koji su dobili najmanju cenu. Navedeno prema: Lunerova, J., *2012: The Year of the Czech Republic Health Care Revolution*, op. cit.

³⁸ Ovo je u potpunosti u skladu sa dokumentom Strategija 2020 za Evropu, koja se ne bavi posebno zdravstvom, ali se određena pitanja iz ove oblasti u njom pominju i razrađuju, pre svega, ukazuje se na potrebu obezbeđivanja ekonomske stabilnosti zdravstvenih sistema i na potrebu osnaživanja uloge pacijenata. O Evropa Strategiji 2020 videti: http://ec.europa.eu/europe2020/index_en.htm

Zakon o specijalističkim i hitnim službama, kao i amandmani na Zakon o obaveznom zdravstvenom osiguranju. Od ovih zakona posebnu važnost ima Zakon o zdravstvenim uslugama, osnovni zakon za celu oblast zdravstva koji postavlja uniformna pravila i uslove za dobijanje dozvola za rad svih davalaca zdravstvenih usluga. Poboljšanje sistema rada u zdravstvu će, pored toga, obezbediti i nova pravila za bolničarke, koja su uvedena sa ciljem da se odgovori na sve veću potražnju za dugotrajnom negom starijih i bolesnih lica. To će se postići tako što će se bolničarke obučiti za rad u kućama ili ustanovama koje su u nadležnosti odgovarajućih službi koje organizuju takav vid nege.

Antikorupcijske mere su, takođe, integralni deo reforme zdravstvenog sistema u Češkoj Republici i u tom smislu se preuzimaju mere za ozbiljnije regulisanje finansijskih tokova od farmaceutskih kompanija prema lekarima. Naime, prema propisu koji je stupio na snagu u januaru mesecu 2013. godine, predviđa se zabrana za farmaceutske kompanije da neposredno posećuju lekarske ordinacije, dok će se dosadašnja praksa istraživanja tržišta i posttržišnih studija smatrati reklamom i kao takva je, takođe, zabranjena. Nova pravila su predviđena i za sponzorisanje kongresnog turizma, što je pitanje koje je posebno detaljno uređeno, a ovaj vid turizma je značajno ograničen. Pored toga, predviđena je i zabrana takmičenja, nagradnih i drugih igara koje na bilo koji način mogu da utiču na prodaju lekova.

I na kraju, jedan od najvažnijih ciljeva reforme jeste podrška e-zdravstvu, koja se ogleda u unapređenju informacionog sistema zdravstva, što je uslov za lakše i jednostavnije vođenje statistike i prikupljanje podataka, da bi se na osnovu toga projektovale rešenja koja će dalje doprineti poboljšanju zdravstvenog sistema.³⁹

³⁹ O ovim ciljevima reforme češkog zdravstva koja se sprovodi tokom 2012. godine videti više: Lunerova, J., 2012: *The Year of the Czech Republic Health Care Revolution*, op. cit.