Problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava

Šimunko, Kristijan

Undergraduate thesis / Završni rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Economics in Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Ekonomski fakultet u Osijeku**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:145:826297

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-28**



Repository / Repozitorij:

EFOS REPOSITORY - Repository of the Faculty of Economics in Osijek







Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

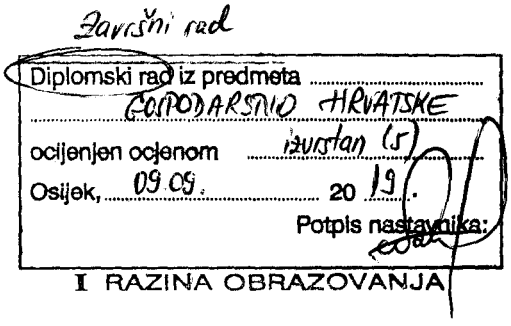
Ekonomski fakultet u Osijeku

Preddiplomski sveučilišni studij, Financijski menadžment

Kristijan Šimunko

PROBLEMI I IZAZOVI HRVATSKOG ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Završni rad



Osijek, 2019.

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Ekonomski fakultet u Osijeku

Preddiplomski sveučilišni studij, Financijski menadžment

Kristijan Šimunko

PROBLEMI I IZAZOVI HRVATSKOG ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Završni rad

Kolegij: Gospodarstvo Hrvatske

JMBAG: 0010218641

e-mail: dsmarles1@gmail.com

Mentor: prof.dr.sc. Nataša Drvenkar

Josip Juraj Strossmayer University of Osijek

Faculty of Economics in Osijek

Undergraduate university study, Financial management

Kristijan Šimunko

PROBLEMS AND CHALLENGES OF THE CROATIAN HEALTH CARE SYSTEM

Final paper

Osijek, 2019.

IZJAVA

O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI,

PRAVU PRIJENOSA INTELEKTUALNOG VLASNIŠTVA,

SUGLASNOSTI ZA OBJAVU U INSTITUCIJSKIM REPOZITORIJIMA

I ISTOVJETNOSTI DIGITALNE I TISKANE VERZIJE RADA

1. Kojom izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je završni isključivo rezultat osobnoga rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu. Potvrđujem poštivanje nepovredivosti autorstva te točno citiranje radova drugih autora i referiranje na njih.

2. Kojom izjavljujem da je Ekonomski fakultet u Osijeku, bez naknade u vremenski i teritorijalno neograničenom opsegu, nositelj svih prava intelektualnoga vlasništva u odnosu na navedeni rad pod licencom Creative Commons Attribute Nonocommercial. Dijelim pod istim uvjetima 3.0 Hrvatska.

3. Kojom izjavljujem da sam suglasan/suglasna da se trajno pohrani i objavi moj rad u institucijskom digitalnom repozitoriju Ekonomskoga fakulteta u Osijeku, repozitoriju Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku te javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15).

4. izjavljujem da sam autor predanog rada i da je sadržaj predane elektroničke datoteke u potpunosti istovjetan sa dovršenom tiskanom verzijom rada predanom u svrhu obrane istog.

Ime i prezime studenta/studentice: Kristijan Šimunko

JMBAG: 0010218641

OIB: 77224513205

e-mail za kontakt: ksimunko@efos.hr

Naziv studija: Preddiplomski sveučilišni studij, Financijski menadžment

Naslov rada: Problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava

Mentorica rada: Izv.prof.dr. sc. Nataša Drvenkar

U Osijeku, 2019. godine

Potpis Kristijan Šimunko

Problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava

Sažetak

U ovom završnom radu raspravljaju se problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava, kao jednog od ključnih pokazatelja razvoja neke zemlje, te sveopće kvalitete života stanovništva. Završni rad obuhvaća tematske cjeline kojima se pokušavaju najznačajnije osnovice i pretpostavke razvoja hrvatskog zdravstvenog sustava (kroz istraživanje se koristi i naziv zdravstvo). Analizira se ekonomsko obilježje zdravstvenog sustava, ekonomski ciljevi zdravstvene zaštite, strukturna obilježja zdravstvenog sustava, a uzimajući u obzir osjetljivost zdravstvenog sustava budući ulazi u područje najosjetljivijih ljudskih karakteristika. Nastavno na ovo, istraživanjem će se pokušati raspraviti aspekti financiranja i ishoda zdravstvenoga sustava Republike Hrvatske (u nastavku: RH), te će se odgovoriti na pitanja na koji način se financira zdravstveni sustav u RH, te kakvo je opće zdravstveno stanje populacije. Nadalje, kroz komparativnu analizu analizirati će se zdravstveni sustav RH u odnosu na odabrane zemlje članice Europske unije (u nastavku: EU), gdje će se prikazati najbitnije informacije glede pozicije hrvatskog zdravstvenog sustava u odnosu na odabrane zemlje članice EU.

Ključne riječi: problemi i izazovi zdravstvenog sustava RH, financiranje zdravstva, HZZO, komparativna analiza, zemlje članice EU

Problems and challenges of the Croatian health care system

Abstract

This final paper will discuss the problems and challenges of the Croatian health care system, as one of the key indicators of the development and quality of life of a country. The final paper will cover almost all key parts in order to present to the reader the present state and future of the Croatian health care system. The area will range from the economic characteristics of health, the economic goals of healthcare to the structural features of the health system. Then it will get to the heart of the matter, that is, discuss the financing and outcomes of the health care system of the Republic of Croatia, and answer questions about how the health care system in the Republic of Croatia is funded and what is the general health status of the population. Furthermore, by comparative analysis, the Croatian health system will be analyzed in relation to selected EU Member States, where the most important information on the position of the Croatian health system in relation to some European countries will be presented.

Keywords: Problems and challenges of the health system of the Republic of Croatia, health financing, HZZO, comparative analysis, EU Member States

Sadržaj

1. UVOD 1

2. METODOLOGIJA RADA 2

2.1. Predmet, hipoteza i cilj rada 2

2.2. Metode prikupljanja i izvori podataka 2

2. EKONOMSKA OBILJEŽJA ZDRAVSTVA 3

3.1. Ekonomski ciljevi zdravstvene zaštite 3

3.2. Ekonomski interesi vs. opći javni interesi: specifičnost obilježja zdravstvene zaštite 6

3.3. Zdravstveno osiguranje kao odrednica zdravstvenoga sustava 7

3.4. Strukturna obilježja zdravstvenoga sustava RH 9

4. FINANCIRANJE I ISHODI ZDRAVSTVENOGA SUSTAVA HRVATSKE 13

4.1. Financijski aspekti zdravstvenog sustava 14

4.2. Pokazatelji zdravstvenog stanja populacije 19

5. KOMPARATIVNA ANALIZA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA RH U ODNOSU NA ODABRANE ČLANICE EU 21

6. PROBLEMI I IZAZOVI ZDRAVSTVENOG SUSTAVA RH 26

7. ZAKLJUČAK 31

LITERATURA 32

POPIS SLIKA/ POPIS TABLICA 34

1. UVOD

Naslov teme završnog rada jest „Problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava". Jedan od glavnih ciljeva ovoga rada je ustanoviti temeljna obilježja i funkcioniranje zdravstvenog sustava RH. Potrebno je utvrditi ciljeve zdravstvene zaštite, analizirati ulogu, važnost i obuhvat zdravstvenog sektora i dovesti u vezu zdravstvenu potrošnju i potražnju. Nadalje, cilj svih poglavlja je doći do zaključka kakva je poveznica između zdravlja i zdravstvene potražnje, prepoznati kako razvrstati zdravstvene sustave prema tipu organizacije i financiranja, te kako opravdati ulogu zdravstvenog osiguranja. U završnom radu će se izdvojiti najvažnija kretanja u hrvatskom zdravstvu u razdoblju od 1990.-ih godina pa sve do danas. Ustanoviti će se razlike u potrošnji i ishodima zdravstvenog sustava RH i odabranih zemalja članica EU, ocijeniti financijska stabilnost zdravstvenog sustava RH, kategorizirati zdravstvena potrošnja prema funkciji u zdravstvenoj zaštiti, povezati zdravstvena potrošnja s ishodima zdravstvenog sustava, ocijeniti učinci demografskog starenja na zdravstveni sustav i opravdati uloga javnoga financiranja zdravstva.

Završni rad biti razrađuje predmet istraživanja kroz nekoliko poglavlja. Prvo poglavlje obuhvaća teorijski dio kao osnovicu samog istraživanja, a gdje će analiziraju ekonomska obilježja zdravstva kroz ekonomske ciljeve zdravstvene zaštite, specifična obilježja zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga, zdravstveno osiguranje i strukturna obilježja zdravstvenog sustava RH. Sljedeća tri poglavlja uglavnom su istraživački orijentirani. Naime, analiziraju se financiranje i ishodi zdravstvenog sustava RH, kao i o neki pokazatelji zdravstvenog stanja populacije (komparativno). Dio koji čitatelju možda predočava najbitnije i najzanimljivije informacije jest komparativna analiza zdravstvenog sustava RH u odnosu na odabrane zemlje članice EU. U tom poglavlju prikazuju se te se analiziraju povezanost zdravstvene potrošnje po stanovniku i BDP-a po stanovniku, udjeli javnoga i privatnoga financiranja zdravstva i ostale korisne specifičnosti. Zadnje poglavlje predstavlja zaključke temeljem analize problema i izazova zdravstvenog sustava RH, kako bi čitatelji mogli dobiti koristan i širi pogled na istraživački problem, ali se upoznao s prijedlogom promjena za poboljšanje ishoda i financijske stabilnosti zdravstva naše zemlje.

2. METODOLOGIJA RADA

2.1. Predmet, hipoteza i cilj rada

Tema ovog završnog rada je „Problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava“, ovim završnim radom analiziraju se i objašnjavaju ekonomska obilježja zdravstva kroz ekonomske ciljeve zdravstvene zaštite, specifična obilježja zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga, te zdravstveno osiguranje. U suvremeno doba, u EU zdravstvene sustave dijelimo na one koje se većinom financiraju iz poreznih prihoda, ili uplatama obveznih doprinosa zdravstvenog osiguranja. Temeljem uočenih činjenica, definirane su sljedeće hipoteze: „Glavni izvor financiranja zdravstvene zaštite u RH su doprinosi obveznog zdravstvenog osiguranja“ i „Postoji jaka pozitivna veza između BDP-a i zdravstvene potrošnje.“

Cilj završnog rada je pokušati doći do odgovora na sljedeća istraživačka pitanja:

1) na koji način se financira zdravstveni sustav u RH, a na koji način u odabranoj grupaciji zemalja primjenjujući komparativnu analizu,
2) koji su financijski aspekti zdravstvenog sustava i na što upućuju analizirani financijski pokazatelji,
3) kakvo je opće zdravstveno stanje populacije komparativno, te
4) koji su ključni problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava kao dio ukupnog gospodarskog sustava zemlje?

2.2. Metode prikupljanja i izvori podataka

Prilikom izrade završnog rada konzultirana je, istražena i primijenjena relevantna znanstvena i stručna literatura. U radu su korištene sljedeće znanstvene metode: povijesna metoda istraživanja u kojoj će se na osnovu podataka kroz određeno razdoblje utvrditi trend kretanja pokazatelja zdravstvenog sustava, potom statistička metoda istraživanja pomoću koje se analiziraju i objašnjavaju pojave evidentne u zdravstvenom sustavu, metoda analize kojom se argumentiraju i objašnjavaju nalazi iz postojeće literature kao i pokazatelji predočeni u tekstu, kao i kroz grafičke i tablične prikaze, potom metoda dedukcije, indukcije i druge znanstvene

metode. Završni rad oslanja se na dostupnu relevantnu domaću i inozemnu znanstvenu i stručnu literaturu, knjige, publikacije, internetske stranice povezane sa temom, kao i ostale relevantne izvore, a koji su referirani harvardskim načinom citiranja.

2. EKONOMSKA OBILJEŽJA ZDRAVSTVA

Koja su to ekonomska obilježja zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga, predmet je istraživanja ovog poglavlja kojim se, ujedno, uspoređuju ekonomski interesi i opće javni interesi, specifičnost obilježja zdravstvene zaštite. Nadalje, objašnjava se funkcioniranje zdravstvenog osiguranja kao odrednice zdravstvenog sustava, a poglavlje se sa strukturnim obilježjima zdravstvenog sustava RH. Kako Zrinščak (1999.) naglašava, „sustavi zdravstvene politike u središtu su kontinuiranog interesa javnosti posebice, stoga, što je riječ o području života i smrti u najdoslovnijem smislu te riječi." Nadalje, „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" (Zrinščak,1999.). Šimović i Deskar-Škrbić (2019., on-line) ističu kako „izdaci pojedinih država za zdravstvo i zdravstvene usluge pokazuju stupanj ekonomskog razvoja, ali i razvijenosti zdravstvenog sustava", a što ujedno naglašava problematiku koja će biti analizirana u nastavku. Kretanja u razvijenim gospodarstvima, ističe Mihaljek (2014. str. 29, u: Vehovec, ur., 2014.) u " posljednjih desetak godina jasno ukazuju na snažan rast zdravstvene potrošnje i povećane izdatke za zdravstvo u odnosu na druge proračunske stavke. U kombinaciji s trendom ubrzanog starenja stanovništva ta su kretanja narušavala dugoročnu održivost javnih financija već i prije izbijanja svjetske financijske krize i teških poremećaja u državnim proračunima koje je kriza prouzrokovala".

3.1. Ekonomski ciljevi zdravstvene zaštite

Zanimanje ekonomista za zdravstvo započelo je sredinom 1960.-ih godina i podudara se s porastom izdvajanja za zdravstvo i nemogućnosti podmirenja neograničenih zdravstvenih potreba. Problem zdravstvenih potreba, koji se uglavnom rješavao s aspekta potražnje, tj. spremnosti i/ili sposobnosti traženja, korištenja, a u nekim uvjetima i plaćanja zdravstvenih usluga, počeo se razmatrati kao problem na strani ponude zdravstvenih usluga (primjerice,

bolnice, liječnici, lijekovi i tome slično) na svim razinama zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna). Zdravstveno je osiguranje, uz mirovinsko, kako ističu Šimović i Deskar-Škrbić (2019., on-line), najvažniji element države blagostanja koja ima za cilj „povećanje društvenog blagostanja i preraspodjelu dohotka, pa se ti ciljevi ostvaruju i kroz sustav zdravstva i zdravstvene zaštite (Šimović i Deskar-Škrbić, 2019., on-line). Obadić i Tica (2016., str. 474) ističu kako „s ekonomskog gledišta, središnji problem je pitanje efikasnosti alokacije sredstava namijenjenih zdravstvu (rashodi), koji je često rezultat političkog izbora. Nastavno na to, još jedna ključna značajka je relativno neelastična potražnja. Kako Santerre i Neun (2007.) naglašavaju, ako je pojedinac bolestan i zahtijeva određenu zdravstvenu skrb, nastojat će je kupiti po gotovo svakoj cijeni. Naravno, sposobnost kupnje zdravstvene zaštite ograničena je prihodima pojedinaca, ali je vrlo vjerojatno da će pojedinci koji trebaju zdravstvenu zaštitu odustati od potrošnje mnogih drugih proizvoda kako bi si priuštili potrebnu zdravstvenu skrb. Ovo je jedan od razloga zašto se često susrećemo s pričama o bankrotu ljudi bez zdravstvenog sustava zbog velikih zdravstvenih troškova. (više o tome u: Santerre i Neun, 2007.).

Šimović i Deskar-Škrbić (2019., on-line) naglašavaju kako zdravstvo ima sva obilježja privatnog dobra, koja se mogu isključiti iz potrošnje preko cijene police zdravstvenog osiguranja, odnosno mogu biti konkurentna u potrošnji jer je ograničen broj, primjerice, bolničkih kreveta, specijalističkih pregleda i tome slično. Međutim, naglašavaju Šimović i Deskar-Škrbić (2019., on-line), „ljudi ponekad ne znaju što je za njih dobro, pa određena dobra i usluge, kao zdravstvo, ne žele kupovati ili ih ne kupuju dovoljno. Radije raspoloživi dohodak usmjere na potrošnju drugih dobara i usluga radi maksimiziranja trenutačnog blagostanja. Upravo zbog te mogućnosti, država odluči pribavljati i nuditi određena dobra i usluge kao što je zdravstvo, čak i ako ih pojedinci u društvu ne žele (meritorna dobra)." Jedan od glavnih ekonomskih ciljeva u zdravstvu odnosi se na efikasnost. Efikasno ponašanje je obilježje savršenoga tržišta pri čemu se potrošačeva korisnost maksimizira uz najmanje društvene troškove. Efikasnost sustava promatra se kroz odnos ukupnih troškova i korisnosti (blagostanja) koje je sustav proizveo uz razdiobu resursa koja će maksimizirati društvenu korisnost, ističu Obadić i Tica (2016., 475). Postoje dva tipa efikasnosti: operativna i alokacijska efikasnost. Operativnu efikasnost obilježava postizanje maksimalnog outputa uz dane resurse ili minimiziranje troškova za danu razinu outputa. Alokacijska efikasnost podrazumijeva najbolju upotrebu oskudnih resursa da bi se postigli programski ciljevi, npr. programa liječenja ili prevencije neke bolesti. Pri tome se na primjeren način uzimaju u obzir svi troškovi i koristi

intervencija bez obzira jesu li one poduzete unutar zdravstvenog sustava ili izvan njega (Obadić i Tica, 2016., str. 475). Osim toga, kako Šimović i Deskar-Škrbić (2019., on-line) ističu problematiku vezanu uz zdravstvo i zdravstveno osiguranje. Naime, „pojedinac posjeduje informacije o svojem zdravlju, obiteljskoj povijesti bolesti, vlastitim zdravstvenim navikama i mnoge druge informacije koje osiguravatelj nema. Prešućivanjem tih činjenica može dobiti jeftiniju policu i viši trošak liječenja prevaliti na osiguravatelja." Osim toga, Šimović i Deskar-Škrbić (2019., on-line) nastavljaju kako „pojedinac možda nema prave spoznaje o svojoj bolesti i koji bi mu medicinski postupak odgovarao. Liječnik, kao osoba koji taj problem treba riješiti, ujedno je i osoba koja prodaje uslugu liječenja preko osiguravajuće kuće. Liječnik može prodati i neke usluge koje osobi možda nisu nužne, sve u cilju da naplati veći iznos."

Zaključno, mogli bi se istaknuti posredujući čimbenici koje Zrinščak (1999.) navodi, a koji uvjetuju oblikovanje zdravstvenih sustava i njihovu aktualnu preobrazbu kao:

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 te d
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 (Zrinščak, 1999.).

3.2. Ekonomski interesi vs. opći javni interesi: specifičnost obilježja zdravstvene zaštite

Prema Arrow (1963.), prvo obilježje zdravstvene zaštite je dakako, nepredvidljivo i neregularno pojavljivanje bolesti – zdravstvene usluge pružaju zadovoljstvo samo u slučaju bolesti. Neregularnost pojave bolesti je tolika da se ne mogu predvidjeti stope incidencije niti vjerojatnost oboljenja. Drugo se odnosi na očekivano ponašanje liječnika, naime zdravstvena usluga je dobro od povjerenja, tj. ne može se isprobati prije konzumacije. Treće obilježje su razlike u onome što o zdravstvenim uslugama zna pacijent, a što liječnik. Zdravstvena potrošnja, ističe Mihaljek (2014. str. 29, u: Vehovec, ur., 2014.) u dugome roku raste zato što s ekonomskim razvojem raste i potražnja stanovništva za zdravstvenim uslugama – održavanje zdravlja jedan je od najvrednijih i najproduktivnijih oblika osobne potrošnje. Toj tezi u prilog ide činjenica da je od 1960. godine očekivano trajanje života u razvijenim zemljama produljeno u prosjeku za 11 godina, na skoro 80 godina (Mihaljek, 2014. str. 29, u: Vehovec, ur., 2014.)

Asimetrične informacije, tj. kada jedna strana (pružatelj ili korisnik zdravstvene usluge) ima bolje ili točnije informacije od druge, dovede do pojave negativnoga selekcioniranja, npr. osobe različitih zdravstvenih rizika plaćaju istu premiju zdravstvenog osiguranja. Asimetrične informacije mogu dovesti do pojave moralnog hazarda. Moralni hazard u zdravstvu možemo opisati situacijom u kojoj dolazi do promjene ponašanja osiguranika kada su zdravstveno osigurani (npr. kada daju nepotpune informacije osiguravatelju o stvarnome zdravstvenom stanju) (Obadić i Tica, 2016., str. 477). Ako se problem promatra s gledišta ponude, tada liječnik raspolaže s puno više informacija nego pacijent, te iz toga proizlazi da pacijent ne može u potpunosti dobiti informacije o svom zdravstvenom stanju. Drugim riječima, liječnik je u monopolističkom položaju s obzirom na pacijenta u pogledu informacija, što u neregularnim tržišnim uvjetima uvelike stvara mogućnost iskorištavanja pacijenta.

Kod opisa izdataka za zdravstvenu zaštitu treba istaknuti njihovu dualnost: istodobno su potrošnja i investicija. Jedna stvar koja čini razliku između zdravstvene zaštite i većine ostalih dobara i usluga jest ta da je potrošnja za zdravstvenu zaštitu istodobno i ulaganje. Novac kojeg potrošimo za zdravstvenu zaštitu danas, stvorit će korist u budućnosti. Još 1972. godine Grossman je konstituirao model temeljen na teoriji ljudskog kapitala u kojemu pojedinci koriste zdravstvenu zaštitu i svoje vrijeme u proizvodnji zdravlja. Prema toj teoriji „...povećanje ljudskog kapitala dovodi do porasta produktivnosti u tržišnom sektoru u vidu većih zarada, i u kućanstvu gdje pojedinac proizvodi više dobara koje ulaze u njegovu funkciju korisnosti“

(Grossman, 1972., str. 223). U Grossmanovom modelu korisnici zdravstvene zaštite proizvode i potražuju zdravlje – varijablu izbora i izvor korisnosti (zadovoljstva).

3.3. Zdravstveno osiguranje kao odrednica zdravstvenoga sustava

Sastavne jedinice zdravstvenoga sustava su korisnici i pružatelji zdravstvene zaštite, regulatorne jedinice i subjekti koji prikupljaju financijska sredstva i plaćaju zdravstvene usluge u ime korisnika. Zdravstveni sustav određen je međusobnim odnosima spomenutih sastavnica. U brojnim zemljama, država preuzima različite uloge u financiranju, regulaciji i/ili pružanju zdravstvenih usluga. U nekima, država prevladava u plaćanju i pružanju većine zdravstvenih usluga (npr. u Kanadi). U drugima, država ima znatno manju ulogu u zdravstvu iako uvijek postoji određeni stupanj državne prisutnosti, npr. u regulaciji pružanja zdravstvenih usluga. Prihode od oporezivanja države koriste, npr. za izgradnju i opremanje zdravstvenih ustanova, plaćanje zaposlenih i ostalih inputa u proizvodnji zdravstvenih usluga (Obadić i Tica, 2016., str. 478). Nastavno na to, Puljiz (2014., str. 109, u: Vehovec ur., 2014.) ističe kako „u svijetu postoje različiti modeli javnih, privatnih i mješovitih zdravstvenih osiguranja koji uglavnom ovise o različitim izvorima financiranja koji su determinirani društvenim, ekonomskom i socijalnim nasljeđem i snagom gospodarstva. Sva relevantna istraživanja pokazuju da postojeći sustavi solidarnog financiranja zdravstvene zaštite nisu dugoročno održivi zbog brojnih razloga, od kojih su posebno važna dva: globalni trend starenja stanovništva i povećanje troškova zdravstvene zaštite uzrokovane brzim napretkom tehnologije i primjenom skupih istraživanja, što ima za posljedicu povećanje jaza između potreba i mogućnosti financiranja zdravstvenih usluga (više o tome u: Puljiz, 2014., str. 109, u: Vehovec ur., 2014.).

Zdravstvene sustave određuju oblik i opseg zdravstvenoga osiguranja. Zdravstveno osiguranje, koje može biti privatno ili javno, je jedan od načina na koji se pojedinci mogu zaštititi od gubitaka povezanih s nesposobnošću zbog bolesti. Osiguranje podrazumijeva redovito uplaćivanje sredstava za financiranje zdravstvenih usluga pojedinaca kako bi izbjegli plaćanje visokih cijena zdravstvenih usluga i podijelili rizik visokih troškova liječenja s ostalim članovima populacije (osiguranicima). Termin „zdravstveno osiguranje“ ograničen je isključivo na oblike određivanja premija zdravstvenoga osiguranja i raznih fondova za financiranje zdravstvenih usluga. Unatoč ovoj detaljnoj definiciji, u zdravstvenim sustavima nalazimo više oblika osiguranja, financiranja, pokrića, ustroja fondova osiguranja i tome slično (Getzen, 2006.). Kako je ranije istaknuto, „socijalno zdravstveno osiguranje podrazumijeva

obavezno sudjelovanje javnoga ili polu-javnoga osiguravatelja. Privatno zdravstveno osiguranje koje pružaju privatni osiguravatelji, često je dobrovoljno i strogo uređeno od strane države", ističu Wonderling, Black i Gruen (2005.).

Zdravstveni sustavi mogu se svrstati u četiri kategorije: (1) tradicionalno zdravstveno osiguranje (Njemačka), (2) nacionalno zdravstveno osiguranje (Kanada), 3) nacionalna zdravstvena služba (Velika Britanija) i 4) mješoviti sustavi (SAD). U današnjici, većina zemalja koristi nekoliko modela financiranja zdravstvenih troškov. Najčešća podjela sustava zdravstvenoga osiguranja je na: tzv. Beveridgeov, Bismarckov, tržišni i mješoviti model koji su prikazani u sljedećoj tablici, a shodno istraživanju Kovača (2003.).

Tablica 1. Karakteristike različitih modela financiranja zdravstva

Model	Pokrivenost	Financiranje	Kontrola	Sustav
Beveridgeov	univerzalna	porezno osiguranje	javna	socijalna usluga
Bismarckov	univerzalna	socijalno osiguranje	kombinirana	socijalno pravo
Tržišni	djelomična	privatno osiguranje	privatna	osigurani rizici

Izvor: Kovač, 2013.

Iz tablice br.1. prikazano je kako se Beveridgeov model financira iz poreza kojeg plaćaju svi građani. Država određuju koliku svota novca mora platiti svaki građanin, ističe Kovač (2013.), a nakon tako prikupljenog novca, ona određuje koliki dio otpada na zdravstvo. Ovaj model se primjenjuje u, primjerice, Velikoj Britaniji, Italiji, i Skandinavskim zemljama. Bismarckov model je zasnovan na obveznom, univerzalnom socijalnom osiguranju i karakterističan je za većinu zemalja kontinentalne Europe. Taj model funkcionira na načelima solidarnosti i uzajamnosti. Doprinosi za zdravstveno osiguranje plaćaju se na osnovi rada, a upravljanje zdravstvenim sustavom je prepušteno interesnim udrugama i njihovu korporativnom dogovaranju, iako pod kontrolom države. Ovakav se model primjenjuje u RH, Njemačkoj, Francuskoj, Belgiji, Austriji, Švicarskoj. Tržišni model u kojem je naglasak na tržištu, privatnom osiguranju i osiguranim rizicima. Privatno financiranje je model koji se temelji na zakonima kapitalističkoga društva, po principu «koliko platiš-toliko dobiješ«. Ovo je model u kojem je socijalni dio u potpunosti izostavljen (Kovač, 2013.).

3.4. Strukturna obilježja zdravstvenoga sustava RH

Povijesno gledajući, razvoj sustava zdravstvene zaštite u RH odvijao se u tri značajna razdoblja: razdoblje 1918.-1945., 1945.-1990., i ono od 1991. godine te do danas. Do kraja 1980-ih zdravstveni sustav Hrvatske pretvorio se u jedinstveni spoj fondova zdravstvenoga osiguranja, nedefinirane mreže ustanova primarne zdravstvene zaštite, poluautonomnih zdravstvenih organizacija i samoupravljačkih vlasti. Rezultat navedenoga bio je liberalan, neorganiziran i vrlo skup zdravstveni sustav (Vončina ur., 2006.).

Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine, ističe Džakula ur. (2014.) konsolidirao je sustav financiranja zdravstva pod jednom javnom ustanovom – Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Time su postavljeni temelji za prikupljanje prihoda iz obveznoga osiguranja tj. Glavnoga izvora financiranja zdravstva u Hrvatskoj, koji su omogućili univerzalnu pokrivenost stanovništva. Hrvatski socijalni sustav zdravstvenoga osiguranja zasniva se na načelima uzajamnosti, jednakosti i solidarnosti (Džakula ur., 2014.). Reformom zdravstva iz 1993. godine tako je centralizirana kontrola financijskih tokova, uspostavljeni mehanizmi kontrole potrošnje i postavljeni temelji za privatizaciju zdravstva – posebno primarne zdravstvene zaštite. Početni rezultati reforme bili su vrlo povoljni, dug HZZO-a smanjen je 1994.g. na 0,2% BDP-a kao i ukupni troškovi zdravstvene zaštite. No, smanjenju troškova nije doprinijela bolja organizacija sustava, već podizanje stope doprinosa na 15% od 1. siječnja 1994. godine i ograničenjem potrošnje (Zrinščak, 2007.). Krajem 1999. hrvatsko zdravstvo opet zapada u probleme. Naime, udjel javne zdravstvene potrošnje u BDP-u bio je na razini zapadnih zemalja, a dug HZZO-a (ukupno dospjele neplaćene obveze) popeo se krajem 1998.g. na 2,7% BDP-a (Obadić i Tica, 2016., str. 480). Shodno tome uslijedile su reforme tijekom 2000-tih.

Reforma iz 2002. godine, poput one iz 1993. godine, bila je usmjerena na kontrolu rasta troškova, tako što je smanjen broj besplatnih zdravstvenih usluga. Uvođenjem dopunskoga zdravstvenog osiguranja ipak nije smanjena prekomjerna zdravstvena potražnja. Štoviše, prihodi HZZO-a bili su manji od rashoda, a dug se i dalje povećao, a dug se i dalje povećavao pa se sustav spašavao podizanjem stope doprinosa ili financijskim transferima iz državnog proračuna, u prosjeku svake dvije godine. Krajem 2008. godine pokrenuta je sveobuhvatna reforma zdravstva koja se poklopila s izbijanjem svjetske financijske krize, s naglaskom na financijsku stabilizaciju i povećanje učinkovitosti sustava. U 2013. godini najvažniji reformski zahvat bilo je donošenje Odluke o financijskoj reorganizaciji 9 kliničkih bolnica u vlasništvu

države s ukupnim troškovima od 1,9 milijardi kuna, i 25 uglavnom županijskih bolnica, s ukupnim troškovima od 1,13 milijardi kuna Ulazak RH u EU 2013. godine označio je i promjene u zdravstvenome sustavu primarno kroz usklađivanje s EU zakonodavstvom (Džakula et al., 2014.). Puljiz (2014., str. 110, u: Vehovec ur., 2014.) ističe kako je „Ministarstvo zdravlja RH, uvažavajući nužnost dugoročnog rješavanja pitanja zdravstvenog sustava, izradilo je 2012. godine Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012.–2020. Ova strategija uvažava ključne strateške dokumente EU-a i Svjetske zdravstvene organizacije, koji se odnose na zdravstvenu politiku Europske unije. Neke od glavnih slabosti domaćeg zdravstvenog sustava, a koje su definirane ovim dokumentom, jesu financijski problemi i slaba zastupljenost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Zaključno, može se reći da je hrvatski zdravstveni sustav uspješno prošao kroz tranziciju 1990.-ih godina i da do danas kontinuirano osigurava zdravstvenu zaštitu za cijelu populaciju (Obadić i Tica, 2016., str. 482). Ipak, kako Mihaljek (2014., str. 40, u: Vehovec ur., 2014.) ističe „budući da na zdravstvo otpada velik dio javne potrošnje i da su troškovi u zdravstvu godinama rasli vrlo brzo, reforma financiranja zdravstva pokazala se kao jedan od logičnih prioriteta fiskalne konsolidacije".

Zdravstvena zaštita u RH organizirana je na tri razine: primarna, sekundarna, i tercijarna. Zdravstvena djelatnost na primarnoj razini obuhvaća preventivnu zaštitu, mjere zaštite i unaprjeđenja zdravlja, djelatnost opće medicine, školsku medicinu, higijensko-epidemiološku zaštitu, dentalnu zaštitu, hitnu medicinsku pomoć itd. Zdravstvena djelatnost na sekundarnoj razini obuhvaća specijalističko konzilijarnu zdravstvenu zaštitu koja se provodi u općim i specijalnim bolnicama i lječilištima. Zdravstvena djelatnost na tercijarnoj (bolničkoj) razini obuhvaća obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističkih djelatnosti u kliničkim ustanovama i državnim zdravstvenim zavodima (Obadić i Tica, 2016., str. 483).

Prema podacima iz baze osiguranika HZZO-a, u 2018. godini evidentirano je prosječno 4.203.382 osiguranika, što se može vidjeti sljedećoj tablici.

Tablica 2. Udjel pojedinih kategorija osiguranika u ukupnome broju osiguranika u Hrvatskoj

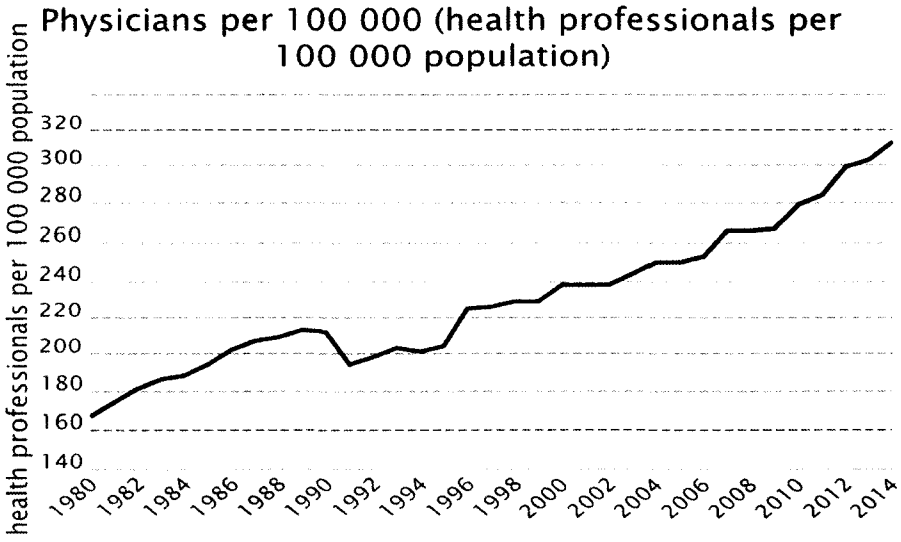
Osiguranici	Prosječan broj		Indeks	Učešće %	
	I.-XII.2017.	I.-XII.2018.	2018. / 2017.	2017.	2018.
- aktivni radnici	1.522.335	1.564.677	102,78	35,87	37,22
- aktivni poljoprivrednici	16.429	14.155	86,16	0,39	0,34
- umirovljenici	1.058.838	1.057.951	99,92	24,95	25,17
- članovi obitelji	605.325	525.135	86,75	14,26	12,49
- ostali	1.041.305	1.041.464	100,02	24,53	24,78
Ukupno Rep. Hrvatska:	**4.244.232**	**4.203.382**	**99,04**	**100,00**	**100,00**

Izvor: autor preuzeo cjelovitu tablicu iz: HZZO, 2018.

Kao što je prethodno navedeno, a prema podacima HZZO (2018.) u 2018. godini evidentirano je prosječno 4.203.382 osiguranika. Uspoređujući tekuću i prethodnu godinu, uviđa se smanjenje za 0,96 % ili 40.850 osobe manje nego u istom razdoblju prethodne godine, kada je prosječno evidentirano njih 4.244.232. Međutim, dolazi se do povećanja stavke aktivni radnici, gdje je brojka u 2018. godini iznosila 1.564.677 osiguranika, što je povećanje za 2,78% ili 42.342 zaposlenih u odnosu na prethodnu godinu. Isto tako, od ukupnog broja osiguranika u RH, na stavku aktivni radnici u 2018.-oj otpada 37,22%, a u 2017.-oj 35,87%. To je najviše rezultat pozitivnih makroekonomskih kretanja, kroz povećavanje radnih mjesta u pojedinim granama gospodarstva, povećanje turističke ponude kroz produljenje turističke sezone i slično. Od većih stavki u ukupnom broju osiguranika možemo izdvojiti umirovljenike. U 2018.-oj evidentirano je 1.057.951 umirovljenika, i to pokazuje neznatan pad od 887 osoba ili 0,08% u odnosu na prethodnu godinu, kada je evidentirano 1.058.838 umirovljenika. Broj ostalih kategorija osiguranika koji čine učenici srednjih škola, nezaposleni, osobe nesposobne za samostalan rad i život, studenti na redovnom školovanju, djeca do navršenih 18.godina i INO osiguranici-umirovljenici, uglavnom zadržavaju isto nivo kao i prethodne godine, s mizernim povećanjem od 0,02%, ili 159 osiguranika. Nadalje, u okviru poglavlja strukturna obilježja hrvatskog zdravstvenog sustava, govorit će se o resursima zdravstvenog sustava u RH. U zdravstvene resurse ubrajamo zdravstvene djelatnike, medicinsku opremu, zgrade, tj. sve resurse koji služe za pružanje usluge zdravstvene zaštite. Radi se o pokazateljima na strani zdravstvene ponude, poput broja zdravstvenih djelatnika, bolničkih kreveta ili broja dijagnostičke opreme. Zadnjih desetak godina registriran je porast ukupnoga broja zaposlenih zdravstvenih djelatnika u RH za oko 10%. U proteklom desetljeću porastao je i broj stalno

zaposlenih doktora medicine za oko 2000. Detaljnije kretanje broja liječnika na 100 000 stanovnika od 1980.-2014. godine prikazano je u sljedećem grafikonu.

Grafikon 1. Broj liječnika na 100.000 stanovnika u Hrvatskoj od 1980.-2014. godine



Izvor: autor preuzeo grafikon iz: WHO, 2019.

Iz grafikona 1. može se iščitati pozitivan trend broja zaposlenih liječnika na 100 000 stanovnika počevši od 1980. godine. Broj zaposlenih liječnika lagano raste do 1990. godine, te u naredne dvije godine bilježi pad, ponajviše zbog ratnih posljedica odnosno velikosrpske agresije na Hrvatsku. Nakon toga, pa sve do dan danas, broj liječnika na 100 000 stanovnika je u stalnom rastu, a prema zadnjim informacijama iz 2014. godine, ta brojka iznosi 316 liječnika. To je još uvijek manje od EU prosjeka, koji iznosi oko 350 liječnika na 100 000 stanovnika.

Uz ljudske resurse, treba spomenuti i neka obilježja materijalnih resursa zdravstvenoga sustava. Krajem 2017.godine u RH je bilo registrirano 1.470 zdravstvenih ustanova u javnome i privatnome vlasništvu. Od toga imamo 49 domova zdravlja, 22 opće bolnice, 32 specijalne bolnice, 3 kliničke bolnice, 7 lječilišta itd. Svakako su najzanimljivije bolnice jer se na njih odnosi najveći dio zdravstvene potrošnje, ali i najveći udjel u ukupnim dugovima zdravstva koji se mjere u milijardama kuna. Usporedba materijalnih resursa u RH i odabranim zemljama EU prikazana je u tablici 3.

Tablica 3. Odabrani materijalni resursi u Hrvatskoj i odabranim EU zemljama u 2016.

ZEMLJA	Broj bolničkih kreveta na 100.tis.stan.	Broj MRI na 100.tis.stan.	Broj CT skenera na 100. tis. stan.
Hrvatska	**549.3**	**1.1**	**1.8**
Austrija	742.1	2.2	2.9
Francuska	604.6	1.4	1.7
Mađarska	700.2	0.4	0.9
Nizozemska	362.7	1.3	1.3
Poljska	664.0	0.8	1.7
Slovenija	448.7	1.1	1.4
Švedska	233.9	-	-
EU prosjek	503.5	1.4	2.2

Izvor: Eurostat, 2019.

Broj bolničkih kreveta u RH je malo iznad EU prosjeka, s brojkom od 549.3 bolnička kreveta na 100 000 stanovnika. To je vrlo solidan pokazatelj, jer ne postoji problem od prekomjernih kapaciteta kao u nekim drugim zemljama EU, kao što su Austrija, Mađarska i Poljska. Ako se pogledaju podaci o medicinskim tehnologijama poput MRI i CT, može se uočiti da je RH malo ispod EU prosjeka, što i nije jako zabrinjavajući pokazatelj. Tu daleko najbolji stoji Austrija, a najgora zemlja u prikazanoj tablici je Mađarska, ipak to i nije čudno uzimajući u obzir njihovo, još uvijek, zaostalo gospodarstvo.

4. FINANCIRANJE I ISHODI ZDRAVSTVENOGA SUSTAVA HRVATSKE

U ovom poglavlju govorit će se o financijskim aspektima zdravstvenog sustava RH, te pokazateljima zdravstvenog stanja populacije. Naravno, da bi se lakše prikazalo i objasnilo načini financiranja zdravstvenog sustava RH, te općenito stanje populacije, koristit će se grafikoni i tablice.

4.1. Financijski aspekti zdravstvenog sustava

Danas se u europskim zemljama susrećemo s različitim oblicima organizacije pružanja usluga zdravstvene zaštite, prikupljanja financijskih sredstava ili plaćanja rada zdravstvenih radnika i tome slično. Kako Smolić (2014.) ističe, svaki od tih elemenata čini analizu zdravstvenog sustava pojedine zemlja zaista složenom. Tako u Europi zdravstvene sustave dijelimo na one koji se financiraju većinom iz poreznih prihoda (primjerice, Švedska, Danska, Italija, UK) ili uplatama obveznih doprinosa zdravstvenog osiguranja (primjerice, Njemačka, Poljska, Francuska, Hrvatska) (više o tome u: Smolić, 2014.). Mnoge zemlje svijeta, navode Broz i Švaljek (2014., str. 51, u: Vehovec ur., 2014., citirajući Bazzolli ur., 2004.) „nastoje javne zdravstvene usluge učiniti dostupnima što većem dijelu stanovnika, a po mogućnosti i ukupnom stanovništvu. To iziskuje velik i rasprostranjen sustav zdravstva koji troši mnogo javnog novca, a zbog problema u upravljanju takvim sustavom javljaju se neučinkovitosti. Stoga se često provode reforme kako bi zdravstveni sustav postao učinkovitiji". Kovač (2013., str. 552) naglašava kako se „opći nedostatak financijskih sredstava uz rastuću zdravstvenu potrošnju smatra teško rješivim problemom" i pri tome ističe višestruke razloge: 1) težnja rasta ponude zdravstvenih usluga: stalni tehnološki napredak u medicini sve češće je nudio nove metode otkrivanja bolesti i liječenja, naročito u području dijagnostike, potom 2) rastući dohodak stanovništva koji je omogućio veću zdravstvenu potrošnju, pogotovo onu za koju kažemo da je troškovno intenzivna (bolnička zdravstvena zaštita) i 3) proces demografskoga starenja (Kovač, 2013., str. 552). Šimović i Deskar-Škrbić (2019., on-line), naglašavaju kako se „najčešće se radi o modelima obveznog zdravstvenog osiguranja što podrazumijeva plaćanje doprinosa. Drugi javni model odnosi se na izravne proračunske transfere institucijama za zdravstvu. Kada govorimo o privatnim izdacima, dominiraju izravna plaćanja (engl. out of pocket), a zatim dobrovoljna osiguranja." U prilog tome ide i navod Barić i Smolić (2008., str. 4) kako „pojedinačni zdravstveni sustavi uglavnom imaju jedan izvor financiranja zdravstvene potrošnje koji je dominantan, nikad se ne radi o čisto jednom izvoru sredstava." Glavni cilj u financiranju zdravstva, ističe Kovač (2013., str. 552) je „osigurati sredstva za zdravstvenu zaštitu, postaviti ispravne ekonomske poticaje u korištenju i pružanju zdravstvenih usluga, osigurati da korisnici imaju odgovarajući pristup individualnoj zdravstvenoj zaštiti te osigurati financiranje javno-zdravstvenih usluga od opće važnosti. Elementi sustava financiranja zdravstva su: prikupljanje sredstava, zbrajanje sredstava i plaćanje korištenja zdravstvene zaštite. Financiranje zdravstvenoga sustava započinje procesom prikupljanja sredstava koje može biti javno i privatno." Glavni izvor financiranja zdravstvene zaštite u RH su doprinosi

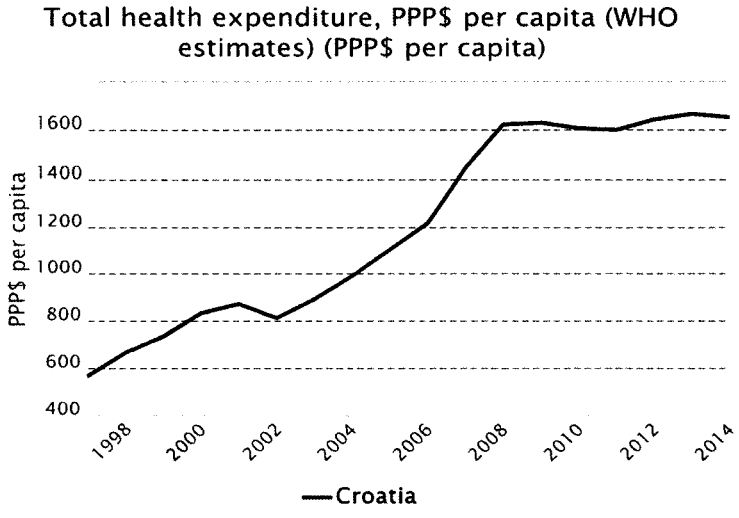
obveznog zdravstvenog osiguranja, koji pokrivaju oko 80% ukupne zdravstvene potrošnje. Radi se, dakle, o Bismarckovom modelu, ali se i predviđa financiranje sredstvima iz državnog i proračuna jedinica lokalne uprave i samouprave. Zbog toga ponekad govorimo o mješovitom modelu financiranja, iako se u biti pretežito radi o javnom financiranju, ističu Obadić i Tica (2016., str. 488).

„U RH ukupni izdaci za zdravstvo financirani su 77,3% iz javnih izvora i to dominantno iz sustava obveznog zdravstvenog osiguranja, a jedan manji dio se financira iz izravnih proračunskih transfera", ističu Šimović i Deskar-Škabić (2019., on-line). Pored doprinosa obveznoga zdravstvenog osiguranja i transfera iz državnoga i proračuna regionalne samouprave i lokalnih jedinica, dio troškova pokriva se iz participacije ugovornim djelatnicima HZZO-a, dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja (dopunskog i dodatnog zdravstvenog osiguranja), izravnim i neformalnim plaćanjima. Dopunsko zdravstveno osiguranje osigurava pokriće dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se viši standard zdravstvene zaštite, te veći opseg prava u odnosu na prava iz obveznoga zdravstvenog osiguranja (ZAKON HR, 2019.).

Većina zdravstvenih usluga financira se prema modelu socijalnoga zdravstvenog osiguranja iz sredstava HZZO-a. Doprinosi zaposlenih, samozaposlenih i poljoprivrednika glavni su izvor sredstava zdravstvenoga osiguranja. Doprinos u iznosu 15% od bruto plaće (u potpunosti plaća poslodavac) uplaćivao se na račun Državne riznice do 1.1.2015., a nakon toga datuma uplaćuje se na račun HZZO-a u HNB-u. Doprinos od 0,5% za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu uveden je 1.1.2008. i prati se odvojeno. Doprinos od 3% plaća se na mirovine iznad 5.108 kuna koje plaća korisnik mirovine. Nezaposleni, nesposobni za rad (invalidi), stanovništvo mlađe od 18 godina, studenti, starije i nemoćne osobe, vojnici i ratni veterani oslobođeni su plaćanja doprinosa. Određene zdravstvene usluge zahtijevaju sudjelovanje pacijenata u cijeni, putem participacije ili dopunskoga osiguranja. Dopunsko osiguranje ekvivalentno je dobrovoljnom osiguranju u zemljama EU. Privatno osiguranje u RH je jednako dodatnom osiguranju u zemljama EU, koje je ujedno i dobrovoljno (Vončina ur., 2006.).

Posljednjih nekoliko desetljeća godišnje stope rasta zdravstvene potrošnje u europskim zemljama u pravilu su bile više od rasta BDP-a, što je rezultiralo sve većim udjelom zdravstvene potrošnje u nacionalnom dohotku. Na sljedećem grafikonu može se vidjeti kretanje zdravstvene potrošnje po stanovniku u Hrvatskoj od 1998.-2014.

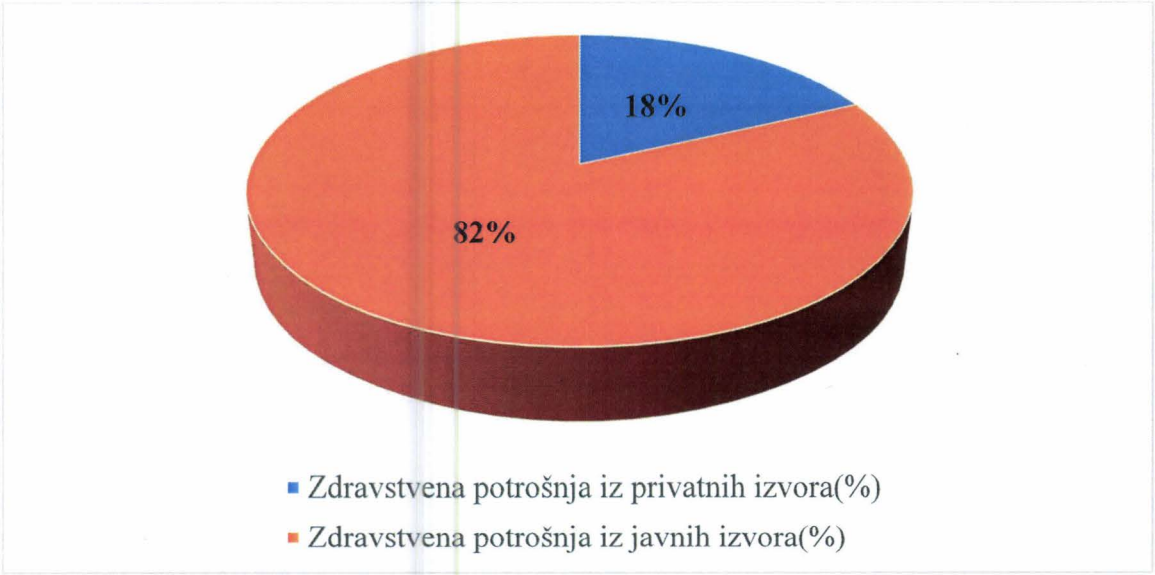
Grafikon 2. Zdravstvena potrošnja po stanovniku u Hrvatskoj (PPP USD)



Izvor: autor preuzeo grafikon iz: WHO, 2019.

Iz prikazanog grafikona uočava se pozitivan trend, odnosno povećanje zdravstvene potrošnje po stanovniku. Prema najnovijim podacima, u 2014. godini zdravstvena potrošnja po stanovnika iznosila je malo iznad 1600 USD (oko 10 560 kuna). Najmanje je dakako iznosila 1998. godine kada je zdravstvena potrošnja po stanovniku bila 400 USD (oko 2 650 kuna). Razlog tome jest i povećanje BDP-a po stanovniku, no o povezanosti zdravstvene potrošnje i BDP-a će se govoriti malo kasnije, kada će se komparativno analizirati zdravstveni sustav Hrvatske s odabranim članicama EU-a. Međunarodne usporedbe zdravstvene potrošnje koristan su izvor informacija prilikom planiranja zdravstvene politike ili donošenja zakona iz područja zdravstvene zaštite. Transparentnost i jedinstvenost podataka predstavljaju najveći problem kojega su OECD i WHO pokušali riješiti razvojem međunarodne metodologije za sastavljanje računa zdravstvene potrošnje. Najvažnije informacije iz SHA odgovaraju na pitanja o ukupnim troškovima; funkcionalnoj podjeli zdravstvenog sustava; obilježjima pružatelja i izvorima financiranja (Cichon ur., 1999., str. 77).

Grafikon 3. Udjeli javnog i privatnog financiranja zdravstva u Hrvatskoj 2014. godine



Izvor: autor prema: WHO, 2019.

Javno financiranje zdravstva prevladava u većini zemalja EU, a RH je s udjelom od 82% pri samome vrhu, a samo 18% zdravstvene potrošnje financira se iz privatnih izvora (prema podacima WHO, 2019.). Poznato je kako veći udjel javnoga financiranja dovodi do povećanja pokrića zdravstvenim uslugama ili obuhvata zdravstvenim osiguranjem. U takvoj situaciji može doći do pojave moralnog hazarda (prekomjernog korištenja zdravstvenih usluga jer su pojedinci zdravstveno osigurani), rasta zdravstvene potražnje i u konačnici rasta zdravstvene potrošnje.

Većina javnih izdataka u RH odnosi se na izdatke HZZO-a (čak oko 90%), a ostatak čine izdaci države. Izdaci HZZO-a obuhvaćaju izdatke za liječenje, rehabilitaciju, dugotrajnu njegu, lijekove i medicinska pomagala, prevenciju, zdravstvenu administraciju, naknade i pomoći. Zbog gomilanja dugova u HZZO-u, koji su se pokrivali državnim transferima, prostor za smanjenje javne potrošnje u zdravstvu bio je ograničen. Dugovi u zdravstvu jedan je gorućih problema koji su postali uobičajeni još od sredine 1990-ih godina.

Tablica 4. Dekompozicija duga u hrvatskome zdravstvu od 2012-2016. godine (u milijunima kuna)

Godina	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.
Bolnice	2.213.134	2.348.206.491	1.735.541	1.947.325	2.579.206
Ostale zdravstvene ustanove	343.833	218.366	128.565	86.220	105.906
HZZO	1.189.540	1.429.845	933.752	499.739	875.505
Ukupne dospjele obveze	**3.746.508**	**3.996.418**	**2.797.860**	**2.533.285**	**3.560.618**
Ukupna zdravstvena potrošnja	20.191.00	18.976.00	19.137.00	19.708.30	20.408.80

Izvor: autor prema: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2016., obrada autora prema izvješćima o financijskim zdravstvenim pokazateljima za RH (HZJZ, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016.

Prikazana tablica pokazuje da se dugovi u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji ne mogu nikako zanemariti. Naime, iznos udjela dospjelih nepodmirenih obveza u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji iznosi u 2012. godini iznosi čak 18,50 %, a u 2013. godini rekordnih 21%. Također, važno je napomenuti da je 2013. i 2014. godine provedena sanacija hrvatskog zdravstvenog sustava u iznosu od 6,5 milijardi kuna. Zbog ogromnog broja bolnica koje su bile u dugovima, država je podigla kredit, i barem nakratko smanjila ukupne obveze hrvatskog zdravstvenog sustava. Šimović i Deskar-Škabić (2019., on-line) analiziraju podatke HZZO-a i ističu kako je u 2018. godini evidentirano je oko 4,2 milijuna osiguranika, a od toga broja je „svega 37% aktivnih osiguranika ili oko 1,57 milijuna ljudi koji su zaposleni i koji plaćaju doprinose. Tu činjenicu treba imati na umu kada se raspravlja o financijskoj održivosti postojećeg modela i razmjeru prava na zdravstvenu zaštitu. Ostali osiguranici su umirovljenici, članovi obitelji nositelja osiguranja te čitav niz kategorija osiguranika kao nezaposleni, djeca do 18 godina, učenici i redovni studenti“ i tome slične kategorije. Nastavljaju, „prihodi od doprinosa za zdravstveno osiguranje iznose oko 19,9 mlrd. kuna što je oko 80% prihoda HZZO-a.

Proračunski transferi čine oko 3,1 mlrd. kuna ili oko 12%. Značajan dio prihoda ostvaruje se od prohoda po posebnih propisima (2 mlrd. kuna ili 8%). Najvećim dijelom ta stavka se odnosi na premije dopunskog zdravstvenog osiguranja (829 mil. kn) i participaciju (640 mil.kn)... 93,9% rashoda za zdravstvenu zaštitu ili 20,2 mlrd. kuna odnosi na onu proizašlu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Tek se manji dio odnosi na zdravstvenu zaštitu proizašlu iz dopunskog zdravstvenog osiguranja ili zdravstvenu zaštitu na radu" (Šimović i Deskar-Škabi, 2019., on-line).

4.2. Pokazatelji zdravstvenog stanja populacije

Svjetska zdravstvena organizacija u svome programu „Zdravlje za sve" (engl. *Health for All*), definira zdravstvene pokazatelje i metodologiju praćenja određenih pokazatelja s ciljem da omogući usporedbu podataka i zdravstvenoga stanja stanovnika u europskim zemljama. Treba ponovno istaknuti da je zdravlje glavni čimbenik duljine i kvalitete života pojedinca. Utječe na sve ostale funkcionalne sposobnosti koje u konačnici određuju ukupnu kvalitetu života. Odabrani zdravstveni pokazatelji za usporedbu, iz HFA programa, su standardizirane stope mortaliteta jer su podaci vitalne statistike najkvalitetniji i relativno jednostavno se mogu prikupiti (HZJZ, 2015., str. 63). Pokazatelji koji se analiziraju u nastavku su očekivano trajanje života pri rođenju, mortalitet dojenčadi, smrtnost rodilja na 100 tisuća živorođenih i očekivano trajanje zdravoga života.

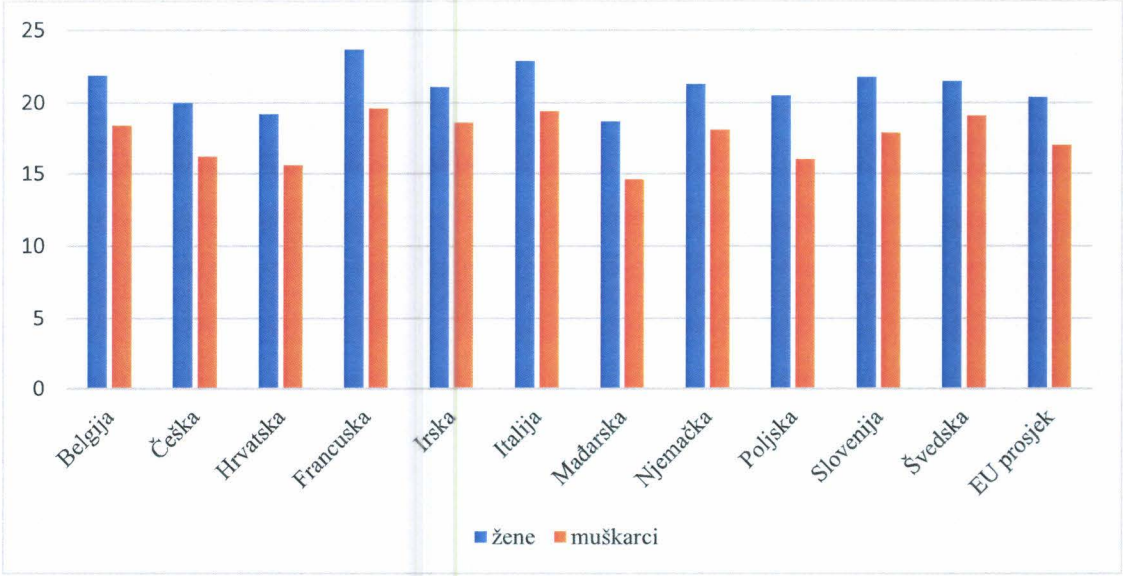
Tablica 5. Odabrani pokazatelji zdravstvenog stanja populacije 2016. godine

Pokazatelj/zemlja	Hrvatska	Austrija	Češka	Poljska	Francuska	Švedska	Italija
Očekivani životni vijek pri rođenju	**78**	82	79	77	82	82	83
Pobačaji na 1.000 živorođene djece	**80**	-	184	3	268	331	190
Dojenačke smrti na 1.000 živorođene djece	**4**	2,9	2,5	4	3,2	2,4	2,8
Smrtnost rodilja na 100.000 živorođene djece	**3**	9	2	2	5	1	2

Izvor: autor prema: WHO, 2019.

Očekivano trajanje života pri rođenju ili u dobi od 65 godina, najčešće su korišteni pokazatelji zdravstvenog stanja populacije i uspješnosti zdravstvenog sustava. Ti pokazatelji su korisni, ali ne daju odgovor na pitanje jesu li dodatne godine života godine dobroga(lošega) zdravlja. Prema podacima iz tablice 5., u 2016. godini očekivani životni vijek pri rođenju u RH iznosi 78 godina, što je manje u odnosu na visoko razvijene zemlje EU. Italija je od odabranih zemljama članica EU „najdugovječnija", s očekivanim životnim vijekom pri rođenju koji iznosi 83 godina. Od Hrvatske je lošija samo Poljska, gdje očekivani životni vijek pri rođenju iznosi 77 godina. Nadalje, jedan od zanimljivih pokazatelja zdravstvenog stanja populacije, a kojem se danas često priča u javnosti je pobačaj, tj. abortus. Pobačaj na 1.000 živorođene djece je 2016. godine u Hrvatskoj iznosio 80 pobačaja, dok ih Švedska ima četverostruko više. Francuska i Italija imaju 331, odnosno 190 pobačaja na 1.000 živorođene djece, respektivno. Razlog takvog stanja u zapadnim zemljama Europe je stupanj demokracije, tj. liberalizacija zemalja. Skandinavske zemlje koje su dosta liberalnije od npr. Hrvatske, Poljske, Srbije i tome slično, imaju i više pobačaja.

Grafikon 4. Očekivano trajanje života u dobi od 65 godina u odabranim članicama EU 2016. godine



Izvor: autor prema: Eurostat, 2019.

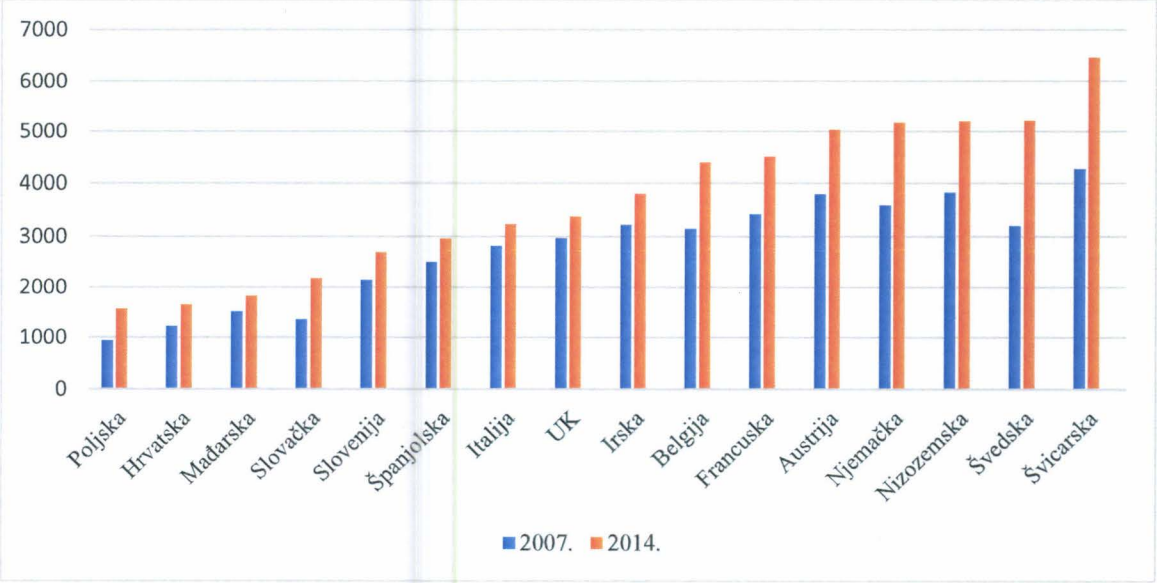
Prema podacima iz Eurostata (2019., on-line), EU prosjek za očekivano trajanje života u dobi od 65 godina iznosi 20,4 godine za žene, i 17 godina za muškarce. RH ima niži prosjek u obje spolne skupine, tj. 19,2 godine za žene, te 15,6 godine za muškarce. Iako je ovo dosta površna

analiza, treba istaknuti kako hrvatski zdravstveni sustav ipak nije dovoljno efikasan. Od odabranih članica EU, samo je Mađarska lošija. S druge strane stanovnici Francuske, Italije i Švedske su u najboljem položaju što se tiče očekivanog trajanja života u dobi od 65 godina. Međutim, važno je naglasiti da su njihovi zdravstveni sustavi među boljima u Europi, financijsko stanje je zavidno, kvaliteta života veća, a sve se to u konačnici odražava i na životni vijek.

5. KOMPARATIVNA ANALIZA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA RH U ODNOSU NA ODABRANE ČLANICE EU

U ovom poglavlju, pomoću komparativne analize, usporedit će se zdravstveni sustav RH sa zdravstvenim sustavima odabranih članica EU. Prilikom uspoređivanja, koristit će se grafovi i tablice, da bi se čitatelju na najlakši način objasnile razlike između karakteristike i pojedinih kategorija zdravstvenih sustava. Pregledom literature o čimbenicima zdravstvene potrošnje, utvrđena je pozitivna, ali ne uvijek signifikantna veza s agregatnim dohotkom (BDP-om), demografskim varijablama, rizičnim faktorima i institucionalnim obilježjima sustava. Pokazalo se kako je glavni pokretač ukupne zdravstvene potrošnje u nekoj zemlji upravo razina BDP-a. Na grafikonu 7. prikazani su iznosi zdravstvene potrošnje u izdvajanjima u bogatim i slabije razvijenim članicama.

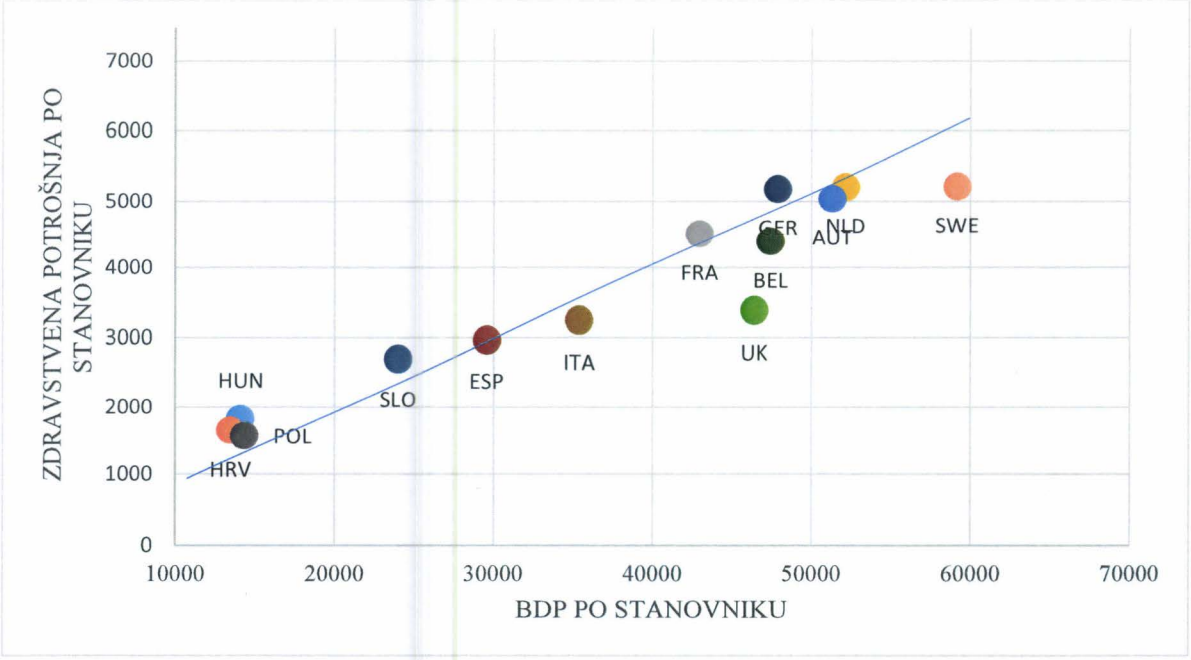
Grafikon 5. Zdravstvena potrošnja po stanovniku u odabranim zemljama EU (PPP USD)



Izvor: autor prema: WHO, 2019.

Podaci pokazuju da zemlje s višim dohotkom imaju i veću zdravstvenu potrošnju po stanovniku. Kao što se i vidi iz priloženog grafikona to su; Švicarska, Švedska, Nizozemska, Njemačka i tome slično. Međutim, nemaju samo u apsolutnom iznosu veću zdravstvenu potrošnju, nego i u relativnom iznosu kao udjel u BDP-u. Prema tome, dolazi se do zaključka da postoji jaka pozitivna veze između BDP-a i zdravstvene potrošnje, što je jedna i od hipoteza ovog završnog rada. Tu povezanost možemo vidjeti i na sljedećem grafikonu.

Grafikon 6. Povezanost zdravstvene potrošnje i BDP-a po stanovniku (u PPP dolarima) 2014. godine



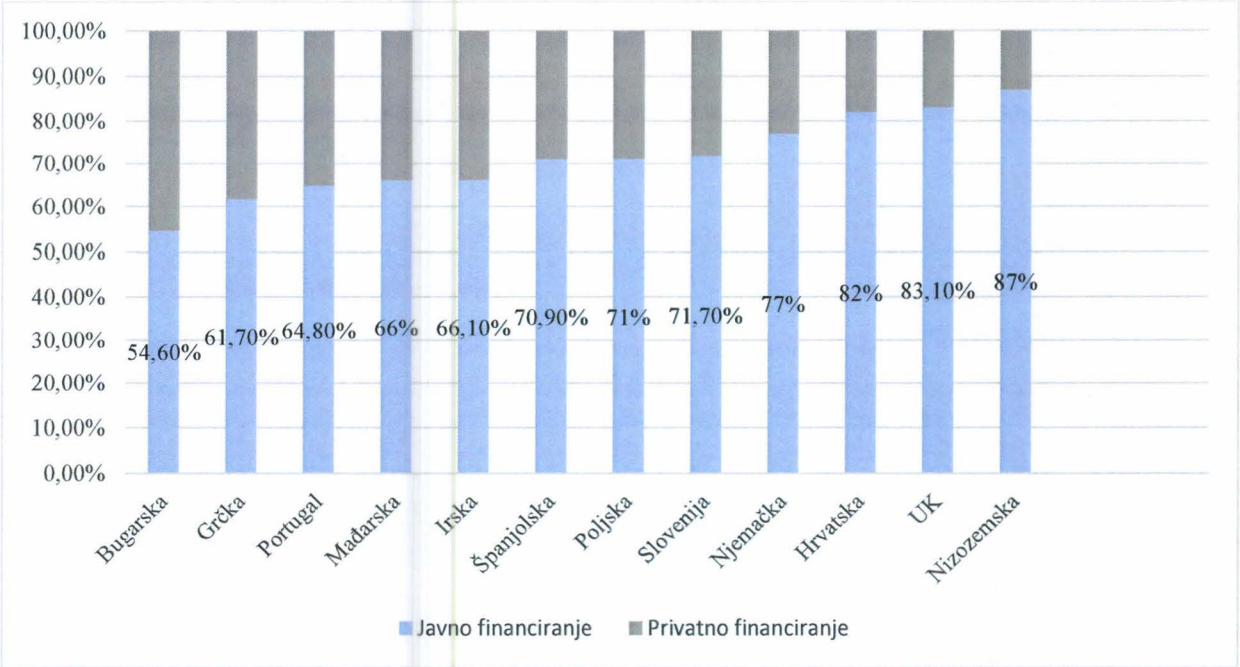
Izvor: autor prema: WHO, 2019.

Na temelju grafikona 6. može se reći kako je zdravstvena potrošnja u skladu s očekivanim s obzirom na hrvatski BDP po stanovniku. Primjećuje se da su izdvajanja za zdravstvenu potrošnju u RH vrlo slična onim zemljama koje imaju sličan BDP po stanovnika kao i naša zemlja. RH se nalazi u grupi zemalja s BDP-om po stanovniku u rasponu od 10.000-15.000 dolara prema paritetu kupovne moći (PPP) i zdravstvenom potrošnjom po stanovniku u rasponu od 1.500-2.000 dolara prema PPP. Te zemlje su, primjerice, Mađarska, Poljska, Češka i tome slične zemlje. Također, zemlje s višim dohotkom po stanovniku imaju i veću zdravstvenu potrošnju. Kako je već naglašeno, postoji jaka pozitivna veza između BDP-a i zdravstvene

potrošnje po stanovniku. RH se nalazi u grupi sa slabije razvijenim članicama EU, dok zemlje poput Nizozemske, Austrije, Švedske i Njemačke imaju daleko veći BDP, a shodno tome i veću zdravstvenu potrošnju po stanovniku.

Razlike među zemljama posebno su vidljive kod udjela zdravstvene potrošnje kojoj se zadnjih nekoliko godina posvećuje sve veća pozornost. Javna potrošnja predstavlja potrošnju financiranu iz javnih fondova, državnoga, regionalnoga i lokalnoga proračuna uključujući socijalno osiguranje. Nadalje, javnu potrošnju predstavljaju i investicije u sustavu zdravstva iz državnih fondova, kao što je izgradnja infrastrukture te financiranje kupnje medicinske opreme. U sljedećem grafikonu prikazat će se udjeli javnoga i privatnoga financiranja zdravstva Hrvatske i odabranih zemalja članica EU.

Grafikon 7. Udjeli javnoga i privatnoga financiranja zdravstva među odabranim članicama EU u 2014. godini



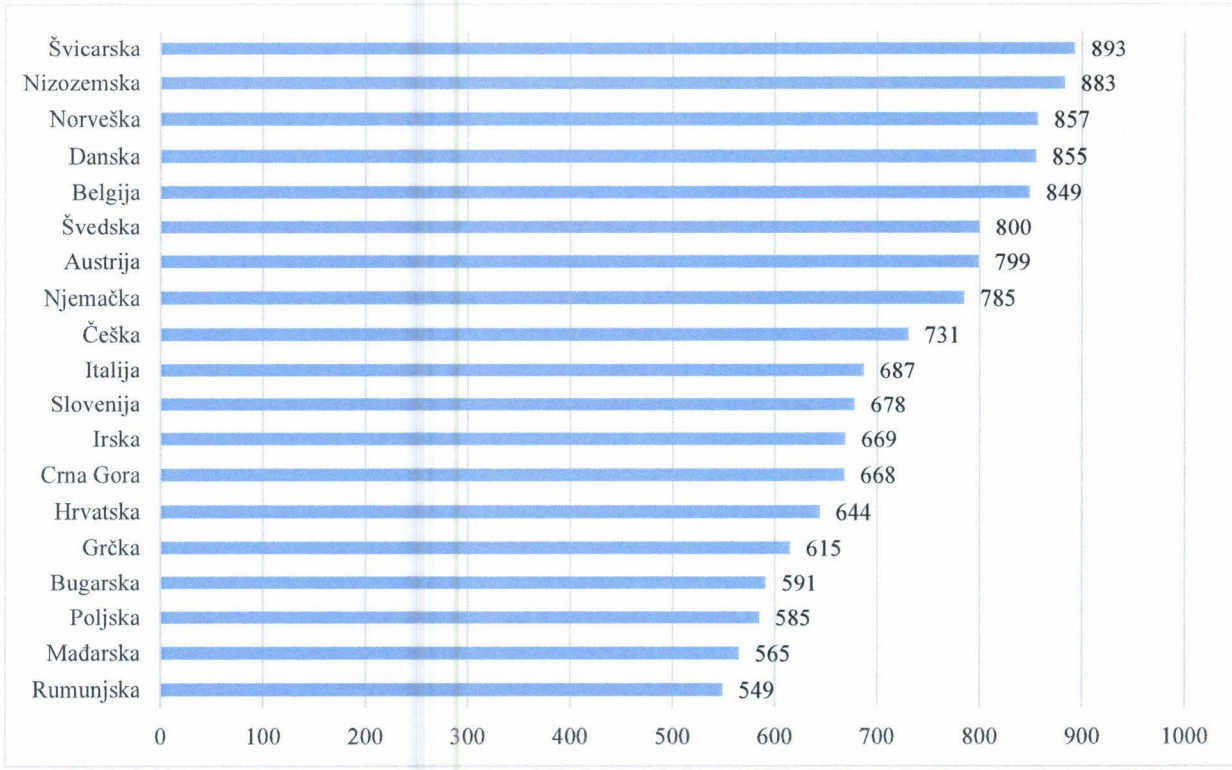
Izvor: autor prema: WHO, 2019.

Na grafikonu 9. vidljivo je da u svim odabranim članicama EU prevladava javno financiranje zdravstva. Najmanji udio javnog financiranja u zdravstva ima Bugarska s 54,60%, a najviše Nizozemska sa 87%. RH je pri vrhu zemalja s udjelom od 82% javnoga financiranja zdravstva, kao što je navedeno u prethodnom poglavlju. Iako su ovdje prikazani udjeli samo članica EU,

treba naglasiti državu kao što je SAD, čije se zdravstvo većinom financira iz privatnih izvora, oko 53%. Takav sustav je u neku ruku dobar, jer potiče kvalitetu i efikasnost, no s druge strane ima i nekih nedostataka poput visokog stupnja nepravednosti, te selekcioniranje rizika.

Međunarodna usporedba pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite iz percepcije korisnika (pacijenata ili potrošača) zdravstvenih usluga razvila se tek u zadnjih desetak godina. Postojeću prazninu ispunio je Europski indeks zdravstvene zaštite potrošača (engl. *Euro Health Consumer Index – EHCI*). Glavni cilj indeksa je doprinijeti osnaživanju zaštite i prava pacijenata odnosno potrošača zdravstvenih usluga. Dugi niz godina najveći broj bodova u kvaliteti zdravstvene zaštite ostvaruje Švicarska. Zbog toga se smatra da Švicarska iz perspektive korisnika usluga ima izuzetno kvalitetan sustav zdravstvene zaštite u usporedbi sa svim drugim europskim zemljama. Prvi položaj na rang-listi EHCI indeksa ne ukazuje nužno na najbolji zdravstveni sustav, jer ljestvica nije izrađena za takvu vrstu mjerenja, ali se logično povezuje s ocjenom najuspješnijeg zdravstvenog sustava kako ga doživljavaju korisnici usluga. EHCI indeks sadrži 48 pokazatelja kojima se mjeri kvaliteta zdravstvene zaštite potrošača u šest kategorija. Prva kategorija analizira prava i informiranost pacijenata, druga dostupnost zdravstvenih usluga odnosno vrijeme čekanja, treća uspoređuje ishode liječenja, četvrta prati raspon pruženih usluga, peta ocjenjuje prevenciju, a zadnja je posvećena lijekovima. Bodovni raspon promatranih zemalja varira između 400 i 900 bodova te se zemlje mogu grupirati i rangirati prema broju osvojenih bodova na sljedeće skupine: (a) najniža skupina zemalja: < 500 bodova; (b) srednje niža skupina zemalja: 501-600 bodova; (c) srednja skupina zemalja: 601-700 bodova; (d) srednje viša skupina zemalja: 701-800 bodova; (e) najviša skupina zemalja: 801-900 bodova (Vehovec, 2014.). Na sljedećem grafikonu prikazat će se položaj Hrvatske među odabranim zemljama obuhvaćenim ECHI indeksom.

Grafikon 8. Položaj RH među odabranim zemljama obuhvaćenim ECHI indeksom 2018. godine



Izvor: autor prema: *Health Concumer Powerhouse*, 2018.

Hrvatska je u 2018. godini ostvarila 644 boda od mogućih 1000. Iz priloženog grafikona može se vidjeti da Hrvatska spada u grupu zemalja kao što su: Grčka, Italija, Slovenija, Irska i Crna Gora. Trenutno u Europi, Švicarska pruža najkvalitetniju zdravstvenu zaštitu, i prva je na listi EHCI ljestvice. Tu još spadaju zemlje poput Belgije, Nizozemske, Danske i Norveške. Važno je napomenuti kako je Nizozemska izgubila mjesto na tronu, što ne znači da Nizozemska ne nudi odličnu zdravstvenu zaštitu, samo je Švicarska još bolja. Vraćajući se na RH, ostvareni rezultat predstavlja porast u odnosu na istraživanje u 2017. godini, kada je indeks iznosio 623 boda, no još uvijek je to daleko od istraživanja u 2016. godini kada je EHCI za RH iznosio čak 703 boda. Tada je došlo do promjene u klasifikacije po skupinama iz srednje više skupine zemalja u srednje skupine zemalja. Glavni uzrok pada je uz iseljavanje stanovništva, te odljev kvalitetnih liječnika iz zemlje, liste čekanja. U tu kategoriju spada kratkoća lista čekanja za primjerice liječenje raka ili dostupnost CT snimanja. Hrvatski zdravstveni sustav ima prevelike liste čekanja, odnosno loša je dostupnost. Preporuka je da se zdravstvene politike usmjere ka brzom protoku pacijenata, kako bi zdravstveni sustav bio kvalitetniji, efikasniji i jeftiniji.

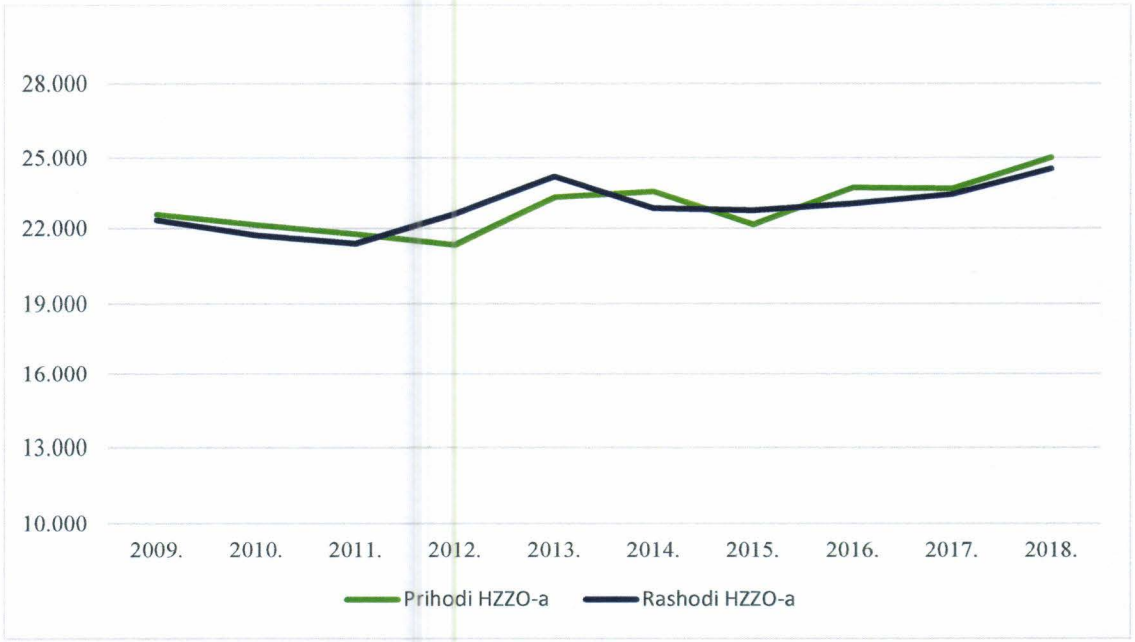
6. PROBLEMI I IZAZOVI ZDRAVSTVENOG SUSTAVA RH

Na probleme hrvatskog zdravstva naslijeđene iz socijalističkog razdoblja nadovezali su se ratna kriza, nedovoljno osmišljena privatizacija, jaka centralizacija te niz drugih specifičnih problema neriješenih ili, pak, produbljenih prethodno provedenim zdravstvenim reformama. Nedovoljno učinkovito pružanje zdravstvenih usluga, ponajviše nedostupnost zdravstvene zaštite, povećani troškovi i izdvajanja za zdravstvo te nezadovoljstvo korisnika kakvoćom, dostupnošću i brzinom pružanja zdravstvenih usluga zahtijevaju promjene (Bejaković, 2007.)

Jedan od najvećih problema zdravstvenoga sustava povezan je s održavanjem financijske stabilnosti, tj. osiguravanjem stabilnih izvora financiranja troškova zdravstvene zaštite. U sadašnjem sustavu oko 80% sredstava za zdravstvenu zaštitu dolazi iz obveznih doprinosa za zdravstveno osiguranje, a prikupljaju se na relativno uskoj poreznoj osnovi koju čine plaće oko 1,4 milijuna zaposlenih. Kako Obadić i Tica (2016., str. 500), problem je što je zaposlenih samo jedna trećina od ukupnog broja osiguranika, a taj će se udjel zbog starenja stanovništva nastaviti smanjivati u budućnosti. Problem su i velika izuzeća od plaćanja participacije pa su neto financijski učinci toga instrumenta nedovoljno izraženi. RH ima iznimno mali udjel proračunskih sredstava u financiranju ukupnog „zdravstvenog računa", samo 2,6% 2012. godine. Prema tome pokazatelju RH ima drugi najniži udjel u EU odmah nakon Slovenija s 1,8% i daleko ispod prosjeka zemalja koje zdravstvo većinski financiranju putem doprinosa. Najveća prednost proračunskih sredstava je prikupljanje na široj poreznoj osnovici, npr. putem PDV-a, trošarina ili poreza na dobit. Zbog još uvijek ograničene uloge privatnoga zdravstvenog osiguranja, većina privatne potrošnje u zdravstvu čine vlastita sredstva građana tzv. „plaćanja iz džepa" (Obadić i Tica, 2016., str. 500).

Vidjeli smo ranije kako je hrvatsko zdravstvo i dalje opterećeno dugovima, a jaz između prihoda i rashoda već je godinama izvan kontrole sudionika zdravstvenog sustava. Kretanje prihoda i rashoda HZZO-a zadnjih deset godina prikazano je na grafikonu 11. Prikazano razdoblje poslovanja HZZO-a, obilježeno je izmjenama dobiti i gubitaka. Sve do 2012. godine HZZO iskazuje rashode i budućeg razdoblja. Radi se o obvezama koje su nastale u prethodnim godinama, ali im je datum dospijeća u nekome budućem razdoblju. Međutim, 2013. godine skraćeni su rokovi plaćanja u zdravstvu na 60 dana pa se znatno veći iznos rashoda iskazivao na tekućim, umjesto na rashodima budućeg razdoblja. Zbog toga vidimo porast rashoda u 2013. godini i ostvarenje gubitka u istoj u iznosu od oko milijarde kuna.

Grafikon 9. Prihodi i rashodi HZZO-a u razdoblju od 2009.-2018. godine (milijarde kuna)



Izvor: izrada autora prema podacima iz izvješća o financijskom poslovanju HZZO-a (2009, 2010, 2011, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018) i godišnjem izvješću HZZO-a (2012).

Sve dosadašnje reforme uglavnom su se usredotočile na povećanje prihoda bilo povećanjem participacija (dopunsko zdravstveno osiguranje), izmjenama visine stope doprinosa obveznoga zdravstvenog osiguranja ili uvođenjem posebnih oblika poreza, npr. na duhanske proizvode ili osiguranje od automobilske odgovornosti – i u tome su bile prilično uspješne. Na drugoj strani, mjere racionalizacije zdravstvene potrošnje nisu bile toliko efikasne. Racionalizacija zdravstvene potrošnje nije samo provođenje reformi u određenom vremenskom trenutku ili uvođenje privremenoga „reda" u zdravstveni sustav. Jednostavno rečeno ona predstavlja kontrolnu prekomjerne potrošnje uz zadržavanje prikladne razine zdravstvene zaštite. Kako bi proces racionalizacije bio uspješan, potreban je konsenzus svih sudionika zdravstvenoga sustava. Na prvome je mjestu razvoj svijesti o odgovornome ponašanju u zdravstvu, prema vlastitome zdravlju i zdravstvenome sustavu. Često ne postoji svijest o „cijeni" zdravstvene zaštite zbog duboko ukorijenjene činjenice o „besplatnome zdravstvu". Slijedom toga nužno je svođenje na minimum nepotrebnoga korištenja zdravstvenih dobara i usluga. Mjesta racionalizaciji ima i na strani ponude, npr. kroz smanjenje broja administrativnih djelatnika u pomoćnim službama (Obadić i Tica, 2016., str. 501).

S obzirom na iznimno negativna demografska kretanja u RH, povećanje apsolutnog broja i udjela stanovnika starijih od 65 godina u ukupnome stanovništvu, raste zabrinutost oko mogućnosti države da podmiri troškove zdravstvene zaštite. RH nije izolirani primjer zemlje koja se suočava s posljedicama demografskog starenje, a pozitivan učinak starenja na izdatke u zdravstvu opisan je i dokazan u brojnim radovima. Ne smije se zanemariti činjenica kako nešto brojnije generacije rođenih nakon II. Svjetskog rata upravo u ovome desetljeću navršavaju 65 godina i ulaze u postradni kontingent, pa se posljedice na zdravstvene sustave tek trebaju istražiti (Obadić i Smolić, 2008.).

Jedan od glavnih ciljeva javnoga zdravstva trebalo bi biti povećanje godina zdravog života populacije. Produljenje godina zdravoga života populacije neće imati učinak samo na živote pojedinaca, produljujući im vrijeme proživljeno u zdravlju, već će doprinijeti i smanjivanju troškova zdravstvenoga sustava. Najrazvijenije zemlje mogu računati na pozitivne učinke „zdravstvenoga starenja", što se uglavnom odnosi na dobru kvalitetu života u starijoj životnoj dobi. Vrlo je mala vjerojatnost da će Hrvatska u sljedećim godinama postići tzv. „idealni" stil življenja raširen u zapadnim zemljama, tj. vrlo dobro zdravstveno stanje do duboke starosti nakon koje nastupa rapidno pogoršanje i smrt. Smanjivanje razlike između očekivanoga trajanja života i očekivanoga trajanja zdravog života trebalo bi biti glavni cilj javnoga zdravstva. Kronični zdravstveni problemi, koji su po svojoj naravi dugotrajni i zahtijevaju dugotrajno liječenje, jedan su od temeljnih generatora troškova.

Tablica 6. Pokazatelj očekivanog trajanja zdravoga života u Hrvatskoj u pojedinim godinama

Godina	2000.	2005.	2010.	2015.	2016.
Očekivano trajanje zdravoga života pri rođenju, u godinama	65,9	66,6	67,9	68,4	69.0

Izvor: autor prema: WHO, 2019.

Kao što je prethodno navedeno da jedan od glavnih ciljeva javnoga zdravstva treba biti povećanje zdravoga života populacije, tablica 6. pokazuje da se u zadnjih 15-ak godina povećalo očekivano trajanje zdravoga života pri rođenju za oko 3 godine. To je vrlo dobar znak za daljnji napredak i ulaganje u zdravstveni sustav RH. Još jedna zanimljiva činjenica prema

podacima iz WHO-a, je da prosjek zemalja Europe u očekivanom trajanju zdravoga života pri rođenju za 2016. godinu iznosi 68,4 godina.

Idući izazov za zdravstvo predstavljat će nedostatak radne snage kojega razvijene zemlje uspješno rješavaju privlačenjem radnika iz slabije razvijenih zemalja. O medicinskoj tehnologiji danas se govori kao jednome od najvećih generatora zdravstvene potrošnje. No, uz potrošnju na nove medicinske tehnologije vežu se i značajne koristi za društvo u cjelini i poboljšavaju ishod/uspješnost zdravstvenoga sustava. U Europi ćemo, kao i do sada, razlikovati dvije skupine zemalja s obzirom na razvoj i implementaciju medicinske tehnologije u zdravstvu. Jedna skupina su lideri poput Njemačke, Francuske, Italije i slično, koji mogu priuštiti (i razvijati) nove tehnologije (uređaje za dijagnostiku, lijekove, informatičke sustave i sl.) i obrazovanje liječnika, a druga skupina zaostaje za prvom od nekoliko godina do nekoliko desetljeća, ovisno o kojoj vrsti tehnologije govorimo. U toj drugoj skupini je i RH, kao i većina bivših socijalističkih zemalja. Do smanjenja toga jaza, u smislu sustavnih razlika u tehnološkoj opremljenosti zdravstva, između „razvijene" i „manje razvijene" Europe teško da će doći u ovome desetljeću (Obadić i Tica, 2016., str. 503).

Šimunović i Deskar-Škrbić (2019., on-line), „svi važniji problemi u svakom sustavu, pa tako i u sustavu zdravstva, počinju od problema financiranja. Problem financijske održivosti hrvatskog sustava zdravstva je očigledan. Svega trećina zaposlenih od ukupno osigurane populacije plaća doprinose koji čine glavninu prihoda HZZO-a. Broj zaposlenih i visina plaća određena je kretanjima na tržištu rada. Demografsko starenje stanovništva i problem iseljavanja čine sustav zdravstva dugoročno fiskalno neodrživim. Starenje stanovništva utječe na rast troškova zdravstvene zaštite, dok je s druge strane sve manji broj onih koji plaćaju doprinose". Nadalje, „sustav nadzora, upravljanja troškovima i planiranja (budžetiranja) prihoda i rashoda očigledno podbacuje iako HZZO u svojim izvještajima iskazuje uravnoteženo financijsko poslovanje" (Šimunović i Deskar-Škrbić, 2019., on-line).

Za kraj treba spomenuti organizacijske i upravljačke poteškoće (izazove). Kako bi se povećala troškovna učinkovitost zdravstvenih ustanova o opravdala velika ulaganja države, potrebno je implementirati nove ili ojačati postojeće mehanizme nadzora u financijskome poslovanju istih. Uzroci neracionalnoga trošenja ograničenih financijskih sredstava ne treba tražiti samo na strani zdravstvene potražnje već i na strani zdravstvene ponude. Na tome području se nailazi na jake interesne skupine, npr. proizvođači lijekova i medicinske opreme, bolnice, liječnike, koji mogu relativno lako pronaći način da se troškovi prebace na državu (npr. kod odlučivanja o kupovini nove medicinske opreme, propisivanja lijekova i tome slično). Zbog njegove složenosti,

rješavanje problema i suočavanje s izazovima u zdravstvenome sustavu RH ne smije se nikako podcijeniti. Budući da su kapaciteti države ograničeni, ističu Šimunović i Deskar-Škrbić (2019., on-line), „povećanje izdvajanja za zdravstvo dobrim dijelom treba proizaći iz izravnih plaćanja ili kroz police dobrovoljnog osiguranja. Paralelno s tim procesom treba u određenoj mjeri omogućiti i privatnom sektoru da se uključi u ponudu zdravstvenih usluga. U primarnoj zaštiti privatni sektor je već prisutan, posebno u dijagnostici i ambulantnoj specijalističkoj zaštiti. Ipak, taj potencijal nije dovoljno iskorišten u bolničkoj zaštiti u manje intenzivnim uslugama (primjerice, manje operacije, porodi i tome slično), a posebno kod dugotrajne skrbi". Barić i Smolić (2008., str. 12), ističu kako „budući porast dohotka, očekivanog trajanja života, starenja i porasta dobne ovisnosti populacije, dovest će do rasta potražnje i više nego proporcionalnog rasta zdravstvene potrošnje. Cilj zdravstvene politike trebao bi biti eliminiranje potražnje koja ne dovodi do povećanja zdravstvenog proizvoda. Razlog rješavanju ovog problema nije samo ekonomska efikasnost, već sustav koji s odmjerenim poticajima može proizvesti bolje zdravstvene usluge za one koji ih trebaju." Nadalje, Kovač (2013., str. 561) zaključuje kako „država, dakako, i dalje ostaje najvažnijim čimbenikom organizacije zdravstvenoga sustava, ali njena uloga biva promijenjenom uvođenjem privatno-tržišnih elemenata".

7. ZAKLJUČAK

Financiranje zdravstvenog sustava RH provodi se putem Bismarckovog modela financiranja, odnosno glavni izvor financiranja zdravstvene zaštite u RH su doprinosi obveznog zdravstvenog osiguranja, koji pokrivaju oko 80% ukupne zdravstvene potrošnje. Navedena činjenica je ujedno bila i hipoteza ovog završnog rada. Danas, hrvatski zdravstveni sustav, ne samo po kvaliteti, nego i po zdravstvenoj potrošnji po stanovniku, materijalnim i ljudskim resursima, spada među skupine zemalja poput Češke, Poljske, Mađarske, te Baltičkih zemalja. Iako postoji puno čimbenika koji utječu na to stanje, prema istraživanjima se pokazalo da je BDP po stanovniku ključan čimbenik koji determinira zdravstvenu potrošnju po stanovniku, ali i samu kvalitetu zdravstvenog sustava neke zemlje. Dakle, postoji jaka veza između zdravstvene potrošnje i BDP-a po stanovniku. Ta tvrdnja je bila i druga hipoteza ovoga rada, koja se na koncu pokazala istinitom. Najveći problem koji iščekuje hrvatski zdravstveni sustav je financijska održivost istog. U Europi postoje primjeri raznih načina financiranja zdravstva, od kojih su neki jako uspješni, i to putem poreza (Island, Danska, Norveška), a neki putem zdravstvenog osiguranja (Nizozemska, Francuska, Švicarska...). RH zdravstvo je već godinama opterećeno dugovima, te se taj problem uvijek rješavao putem nekih „vatrogasnih" rješenja poput povećanja participacije, ili povećanjem stope obveznoga zdravstvenog osiguranja. Fokus treba biti na racionalizaciji zdravstvene potrošnje, odnosno na smanjivanju prekomjernog i nepotrebnog korištenja zdravstvenih usluga i dobara. Iako postoji puno prijedloga i ciljeva kako bi hrvatski zdravstveni sustav funkcionirao efikasnije, jeftinije i kvalitetnije, a kvaliteta života njegovih sudionika bila bolja, istraživanje i analiza ovoga rada pokazala je da razvijenije zemlje imaju i efektivnije i efikasnije i na kraju krajeva prema ocjeni potrošača zdravstvenih usluga kvalitetnije zdravstvene sustave. Činjenica je da se zdravstveni sustav RH može „poboljšati" na organizacijskoj, upravljačkoj, financijskoj razini, razini ljudskih resursa, no uvijek će postojati lideri poput Njemačke, Švicarske, Nizozemske, Austrije, dok će druge skupine zemalja poput RH, Grčke, Bugarske, Poljske i drugih zaostajati godinama, pa čak i desetljećima. RH kao država treba napredovati, životni standard njenih građana treba biti veći, pa će uzročno-posljedičnom vezom i zdravstveni sustav biti uspješni i kvalitetniji.

LITERATURA

Arrow, K.J. (1963.). Uncertainty and the Welfare of Economics of Medical care. *The American Economic Review*, 941-973., Preuzeto 15. Kolovoz 2019. iz https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf

Barić, V., Smolić, Š. (). Mogućnosti kontrole zdravstvene potrošnje - primjer Hrvatske. *Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu*, 6(1): 303-314

Bejaković, P. (2007.). Zdravstveni sustav. U *Javne financije u Hrvatskoj.* Zagreb: Institut za javne financije.

Cichon et al. (1999.). *Modelling in health care finance.* Ženeva: International Labour Organization.

Džakula et al. (2014.). Croatia Health system review. Health systems in transition. 16(3): 1-162.

EUROSTAT. (2019.). Preuzeto 15. Kolovoz 2019. iz https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_hr

Getzen, T. (2006.). *Health Economics and Financing.* Hoboken, NJ: Wiley.

Grossman, M. (1972.). *The Demand for Health.*

HEALTH CONSUMER POWERHOUSE. (2018.). Preuzeto 23. Kolovoz 2019. iz https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2018/EHCI-2018-report.pdf

HZJZ. (2012, 2013, 2014, 2015, 2016). Preuzeto 19. Kolovoz 2019. iz https://www.hzjz.hr/cat/periodicne-publikacije/

HZJZ. (2015.). Preuzeto 19. Kolovoz 2019. iz https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2017/09/Ljetopis_2015_IX.pdf

HZZO. (2018). Preuzeto 13. Kolovoz 2019. iz https://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2019/05/Izvjesce_o_poslovanju_hzzo_za_2018._godinu.pdf

Kovač, N. (2013.). Financiranje zdravstva - situacija u Hrvatskoj. *Hrčak portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa.* Preuzeto 13. Kolovoz 2019. iz https://hrcak.srce.hr/116455

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske. (2016.). Preuzeto 19. Kolovoz 2019. iz Financijski dokumenti: https://zdravlje.gov.hr/financijski-dokumenti/2407

Obadić, & Smolić. (2008.). EKONOMSKE I SOCIJALNE POSLJEDICE PROCESA STARENJA STANOVNIŠTVA. Preuzeto 26. Kolovoz 2019. iz https://hrcak.srce.hr/38172

Obadić, A., & Tica, J. (2016.). *Gospodarstvo Hrvatske.* Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Santerre, & Neun. (2007.). *Health economics.* Cincinnati: South-Western publishing company.

Smolić, Š. (2014.). Zdravstveni sustav. U A. Obadić, & J. Tica, *Gospodarstvo Hrvatske* (str. 488). Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Šimović, H., Deskar-Škrbić, M. (2019.). EJ8: Zdravstveno osiguranje. Ekonomski Lab. Preuzeto 19. Kolovoz 2019. iz https://arhivanalitika.hr/blog/ejs-8-zdravstveno-osiguranje/

Vehovec. (2014.). *O zdravstvu iz ekonomske perspektive.* Zagreb: Ekonomski institut u Zagrebu.

Vončina et al. (2006.). Croatia Health system review. Health systems in transition. 8(7): 1-108.

WHO. (2019.). Preuzeto 14. Kolovoz 2019. iz https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/

WHO. (2019.). Preuzeto 26. Kolovoz 2019. iz http://apps.who.int/gho/data/view.main.HALEXv

Wonderling, D., Black, N., & Gruen, R. (2005.). *Introduction to Health Economics.* Open University Press.

ZAKON HR. (16. Kolovoz 2019.). Dohvaćeno iz https://www.zakon.hr/z/792/Zakon-o-dobrovoljnom-zdravstvenom-osiguranju

Zrinščak, S. (2007.). Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. *Hrčak portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa.* Preuzeto 17. Kolovoz 2019. iz https://hrcak.srce.hr/30323

POPIS SLIKA/ POPIS TABLICA

Tablica 1. Karakteristike različitih modela financiranja zdravstva

Tablica 2. Udjel pojedinih kategorija osiguranika u ukupnome broju osiguranika u Hrvatskoj

Tablica 3. Odabrani materijalni resursi u Hrvatskoj i odabranim EU zemljama u 2016.

Tablica 4. Dekompozicija duga u hrvatskome zdravstvu od 2012-2016. godine (u milijunima kuna)

Tablica 5. Odabrani pokazatelji zdravstvenog stanja populacije 2016. godine

Tablica 6. Pokazatelj očekivanog trajanja zdravoga života u Hrvatskoj u pojedinim godinama

Grafikon 1. Broj liječnika na 100.000 stanovnika u Hrvatskoj od 1980.-2014. godine

Grafikon 2. Zdravstvena potrošnja po stanovniku u Hrvatskoj (PPP USD)

Grafikon 3. Udjeli javnog i privatnog financiranja zdravstva u Hrvatskoj 2014. godine

Grafikon 4. Očekivano trajanje života u dobi od 65 godina u odabranim članicama EU 2016. godine

Grafikon 5. Zdravstvena potrošnja po stanovniku u odabranim zemljama EU (PPP USD)

Grafikon 6. Povezanost zdravstvene potrošnje i BDP-a po stanovniku (u PPP dolarima) 2014. godine

Grafikon 7. Udjeli javnoga i privatnoga financiranja zdravstva među odabranim članicama EU u 2014. godini

Grafikon 8. Položaj Hrvatske među odabranim zemljama obuhvaćenim ECHI indeksom 2018. godine

Grafikon 9. Prihodi i rashodi HZZO-a u razdoblju od 2009.-2018. godine (milijarde kuna)