Zdravlje ljudi i ekonomski rast

Žigman, Maja

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:122:478943

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**

Repository / Repozitorij:

University North Digital Repository

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN



DIPLOMSKI RAD br. 297/PE/2020

ZDRAVLJE LJUDI I EKONOMSKI RAST

Maja Žigman

Varaždin, veljača 2020.

SVEUČILIŠTE SJEVER

SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN

Studij: Poslovna ekonomija

ZDRAVLJE LJUDI I EKONOMSKI RAST

Student:

Maja Žigman 0366/336D

Mentor:

doc. dr. sc. Dijana Vuković

Varaždin, veljača 2020.

Sveučilište Sjever
Sveučilišni centar Varaždin
104. brigade 3, HR–42000 Varaždin

Prijava diplomskog rada

Definiranje teme diplomskog rada i povjerenstva

ODJEL Odjel za ekonomiju

STUDIJ diplomski sveučilišni studij Poslovna ekonomija

PRISTUPNIK Maja Žigman | MATIČNI BROJ 0366/336D

DATUM | KOLEGIJ Ekonomika poduzetništva

NASLOV RADA Zdravlje ljudi i ekonomski rast

NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU Human health and economic growth

MENTOR Dijana Vuković | ZVANJE doc. dr. sc.

ČLANOVI POVJERENSTVA

1. izv.prof.dr.sc. Anica Hunjet, predsjednica povjerenstva
2. izv.prof.dr.sc. Ante Rončević,član
3. doc. dr.sc. Dijana Vuković, mentorica
4. izv. prof. dr.sc. Petar Kurečić, zamj. član
5.

Zadatak diplomskog rada

BROJ 297/PE/2020

OPIS

Kvaliteta ljudskih resursa predstavlja sastavni dio nacionalnog bogatstva i značajnu polugu ekonomskog rasta i razvoja društva. Riječ je o složenom i dinamičnom fenomenu i jednoj od bitnih pretpostavki efektivnog funkcioniranja razvijenih ekonomija u svijetu, kao i suštinskom preduvjetu socijalno-kulturne i tehnološke modernizacije zemalja danas. S obzirom na takav razvoj, zdravlje ima veliku ulogu i značaj u kvaliteti ljudskih resursa, s ciljem da se sagleda njihov utjecaj na ekonomsku konkurentnost nacionalne ekonomije. Pritom su za potrebe rada korišteni i najnoviji podaci Svjetskog ekonomskog foruma, koji konkurentnost nacionalnih ekonomija razmatraju kako u regionalnom tako i u globalnom kontekstu. Na temelju takve analize, a za potrebe rada nužno je:

* pojasniti zdravstveni sustav i njegovu ulogu te učinkovitost;
* definirati i ukazati na različitost bruto domaćeg proizvoda, stopu nezaposlenosti, plaće i rizik od siromaštva;
* ukazati na proces starenja stanovništva i njegov značaj na ekonomski rast;
* pojasniti ekonomske i socijalne posljedice procesa starenja stanovništva na radni kontingent i socijalnu skrb;
* definirati pristupe i alati za povećanje i mjerenje socijalnih i ekonomskih benefita;
* napraviti analizu međuovisnost ekonomskog rasta i zdravstvenog sustava
* definirati zaključak.

REPUBLIKA HRVATSKA SVEUČILIŠTE SJEVER KOPRIVNICA

ZADATAK URUČEN 07.02.2020. | POTPIS MENTORA

SAŽETAK

Zdravlje je temeljno ljudsko pravo i ključni čimbenik koji doprinosi dobrobiti društva. Poboljšanim zdravstvenim statusom doprinosi se povećanju ekonomskog rasta putem većeg ulaganja u obrazovanje, sudjelovanja na tržištu rada te većim uštedama. I s tim valja napomenuti kako loše zdravlje predstavlja znatan ekonomski teret za društvo te za javne financije, a najviše predstavlja teret za ljude.

Vlade i središnje banke u funkciju opetovano stavljaju klasične instrumente ekonomske politike kao što su investicijski programi financirani javnim novcem ili niže kamatne stope što je vidljivo iz politika i mjera koje provode članice Europske unije.

Zdravlje je važna odrednica za dobrobit cijelog društva. Politikom se može poboljšati dobrobit i povećati gospodarska uspješnost kroz osiguranje pristupa kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti za sve segmente stanovništva. Ključno je ulagati u preventivne mjere i visoke razine zdravstvene zaštite jer je to troškovno učinkovitije. Zdravstveni sustav osim učinka na rast BDP-a ima i utjecaj na dobrobit čitavog društva.

Talijanska poslovica kaže „Zdrav čovjek, ujedno je i bogat, iako toga nije svjestan“. Ako istu primijenimo na stanovništvo jedne zemlje onda možemo shvatiti koliko bogatstvo može biti.

Ključne riječi: *zdravstveni sustavi, zdravstvo, zdravlje ljudi, ekonomski rast*

ABSTRACT

Health is a fundamental human right and a key factor contributing to the well-being of society. Improved health status contributes to increased economic growth through greater investment in education, participation in the labor market and greater savings. Furthermore, it is worth pointing out that poor health represents a considerable economic burden for the society and public finances, and most of all, it is a burden for people.

Governments and central banks have repeatedly put in place classical economic policy instruments such as public-financed investment programs or lower interest rates, as evidenced by policies and measures implemented by *EU* member states.

Health is an important determinant for the well-being of the whole society. The policy can improve well-being and increase economic performance by ensuring access to quality healthcare for all segments of the population. It is crucial to invest in preventative measures and high levels of healthcare because it is more cost effective. Besides the effect on GDP growth, the health system also has an impact on the well-being of the whole society.

An Italian proverb says: „A healthy man is also rich, though he is not aware of it.“ If we apply the same to the population of a country, then we can understand how wealth it can be.

Keywords: *health systems, health, human health, economic growth*

Sadržaj

1. UVOD 1
1.1. Izvori i metode prikupljanja podataka 2
1.2. Struktura rada 2
2. ZDRAVSTVENI SUSTAV REPUBLIKE HRVATSKE 4
2.1. Rad zdravstvenog sustava 9
2.2. Učinkovitost zdravstvenog sustava 9
2.3. Dostupnost zdravstvenog sustava 12
2.4. Otpornost zdravstvenog sustava 15
2.5. Čimbenici rizika 19
3. ULOGA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U EKONOMSKOM RASTU 22
3.1. Bruto domaći proizvod 25
3.2. Stopa nezaposlenosti 27
3.3. Plaće i rizik od siromaštva 28
3.4. Inflacija, cijene i zaduženost 30
3.5. Proces starenja stanovništva i njegov značaj na ekonomski rast 31
3.6. Ekonomske i socijalne posljedice procesa starenja stanovništva na radni kontingent i socijalnu skrb 35
3.7. Ekonomski rast i izravne posljedice na stanje na tržištu rada 36
3.8. Ekonomski rast i posljedice na sustav socijalne skrbi 37
3.9. Ekonomski rast i posljedice na zdravstveni sustav 38
4. MEĐUZAVISNOST ZDRAVSTVENOG SUSTAVA I EKONOMSKOG RASTA 40
4.1. Zdravstveni sustav – važan sektor utjecaja na ekonomsku aktivnost i stabilnost 42
4.2. Pristupi i alati za povećanje i mjerenje socijalnih i ekonomskih benefita 43
4.2.1. Benefiti koji se postižu zapošljavanjem 44
4.2.2. Benefiti koji se postižu kroz nabavu 46
4.2.3. Benefiti koji se ostvaruju kroz lokalna partnerstva i društvenu zajednicu 47
4.3. Procjenjivanje ekonomskih i socijalnih udara na zdravstveni sustav 47
4.4. Međuovisnost ekonomskog rasta i zdravstvenog sustava 48
5. ZDRAVSTVENI SUSTAV UZ EKONOMSKE I SOCIJALNE PRIORITETE NA PRIMJERU REPUBLIKE HRVATSKE 50
5.1. Infrastruktura i korištenje zdravstvenog sustava 51
5.2. Ljudski resursi u zdravstvu 53

5.3. Održivost zdravstvenih sustava i zdravstvenih ustanova 54
5.4. Zdravlje kao prioritet 56
5.5. Strateški problemi u hrvatskom zdravstvu 57
6. ZAKLJUČAK 60
LITERATURA 62
POPIS SLIKA I TABLICA 69
PRILOG 1. 70

1. UVOD

Zdravlje i bolest su među glavnim odrednicama ljudske egzistencije i uvelike određuju društveni, gospodarski, kulturni i politički život svakog pojedinca, ali i zemlje u kojoj žive. Iz tog razloga je zdravstveni sustav strateški dio ekonomije u brojnim zemljama, a osnovna zadaća zdravstvene zaštite je poboljšanje zdravlja i zaštite pojedinaca u slučaju bolesti. Zanimanje za izučavanje raznih obilježja zdravstvenih sustava seže u 1960.-te pojavom trenda rasta zdravstvene potrošnje.

Ne postoji niti jedan model financiranja zdravstva koji može odgovoriti svim zahtjevima suvremenog društva. Vrlo su dinamični i specifični izazovi za svaku državu, tako da svaki zdravstveni sustav ima i svoje povijesne korijene. U većini razvijenih zemalja svijeta, temeljna obilježja nacionalnih zdravstvenih sustava postoje veoma dugo te na neki način predstavljaju i dio nacionalnog i društvenog identiteta.

Zdravstveni sustavi određeni su odnosima korisnika i pružatelja zdravstvene zaštite, regulatornih institucija i subjekata koji prikupljanju financijska sredstava i plaćaju zdravstvene usluge. Zdravstveni sustav Hrvatske temelji se na načelima uzajamnosti i solidarnosti.

Kompleksnost zdravstvene politike Hrvatske izuzetno je velika. Sustav je bio i ostao podložan neprekinutom nizu reformskih zahvata, ali i dalje ostaje opterećen nizom proturječja i dvojbi te obilježen suprotstavljenim tendencijama – privatizacije i jake državne kontrole. Iznimno bitno je za naglasiti kontinuirani odljev medicinskog osoblja visokih zdravstvenih kvalifikacija i kompetencija.

Najveći problemi zdravstvenog sustava Hrvatske su financijska nestabilnost i veliki dugovi. Glavni izazovi za hrvatsko zdravstvo predstavljaju demografsko starenje, manjak radne snage i tehnološko zaostajanje.

Prema definiciji *Svjetske banke* ljudski kapital čine osobno znanje, zdravlje i vještine akumulirane tijekom života. Isti je pokretač održivog i ekonomskog rasta, ali ulaganje u zdravlje i obrazovanje ne dobiva važnost koju zaslužuje.

1.1. Izvori i metode prikupljanja podataka

Tema ovog diplomskog rada jest Ekonomski rast i zdravlje ljudi. Svrha rada je proučavanje aktualne tuzemne i inozemne literature te analiza zdravstvenog sustava Republike Hrvatske. S obzirom da o temi postoji literatura na hrvatskom i engleskom jeziku, očekivani doprinos ovog diplomskog rada jest sažimanje i aktualizacija ove važne teme u Hrvatskoj.

Ovaj rad se sastoji od teorijskog dijela pa su, s obzirom na to, korištene različite metode i izvori za njegovo pisanje. Tijekom pisanja rada korištene su najrelevantnije knjige i članci iz područja ekonomskog rasta i zdravlja ljudi. Prikupljanje literature trajalo je 3 mjeseca, a najčešći izvori podataka bile su:

- Baze podataka kao što su *European Commision*, *World Health Organization*,
- Znanstvene i stručne domaće i strane publikacije,
- Internet tražilice poput www.google.com i www.yahoo.com.

1.2. Struktura rada

Diplomski rad se sastoji od 6 osnovnih poglavlja koji su upotpunjeni popisom literature, grafikona, slika, tablica, te sažetkom na hrvatskom jeziku.

Uvodno, prvo poglavlje ukratko opisuje temu i ciljeve rada te izvore i metode prikupljanja podataka. Sadržaj i objašnjene strukture zbog lakšeg pregleda rada. Drugo poglavlje naziva je *Zdravstveni sustav Republike Hrvatske* i orijentirano na zdravstveni sustav Republike Hrvatske koji uključuje osnovne definicije i organizaciju sustava. Unutar poglavlja obuhvaćeni su dijelovi učinkovitosti te dostupnosti zdravstvenog sustava u Hrvatskoj te čimbenici rizika.

Uloga zdravstvenog sustava u ekonomskom rastu naziv je trećeg poglavlja i isto je bazirano na ulozi zdravstvenog sustava u ekonomskom rastu zemlje objašnjavajući utjecaj i veze na bruto domaći proizvod, stopu nezaposlenosti, plaće i rizik od siromaštva, inflaciju, cijene i zaduženost. Unutar ovog poglavlja istaknut je i proces starenja stanovništva i njegov značaj na ekonomski rast, socijalne posljedice, posljedice na tržištu rada te na zdravstveni sustav.

Četvrto poglavlje nosi naziv *Međuzavisnost zdravstvenog sustava i ekonomskog rasta* produbljuje tematiku međuzavisnosti ekonomskog rasta i zdravstvenog sustava. U njemu se

detaljno opisuje važnost zdravstvenog sustava na ekonomsku aktivnost i stabilnost. Naglašava se važnost zdravlja za ekonomski rast zemlje. U istom se opisuju pristupi i alati za povećanje i mjerenje socijalnih i ekonomskih benefita, a uključuju benefite koji se postižu zapošljavanjem, benefite koji se postižu kroz nabavu, benefite koji se ostvaruju kroz lokalna partnerstva i društvenu zajednicu. Obzirom na događanja u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske unutar ovog poglavlja obuhvaćeno je procjenjivanje ekonomskih i socijalnih udara na zdravstveni sustav.

Peto poglavlje, odnosno *Zdravstveni sustav uz ekonomske i socijalne prioritete na primjeru Republike Hrvatske* je fokusirano na primjer zdravstvenog sustava Republike Hrvatske uključujući infrastrukturu i korištenje zdravstvenog sustava, ljudske resurse u zdravstvu, održivost zdravstvenog sustava i zdravstvenih ustanova. Naglašava zdravlje kao prioritet zbog ekonomskog rasta zemlje. Na kraju poglavlja obuhvaćeni su strateški problemi u hrvatskom zdravstvu.

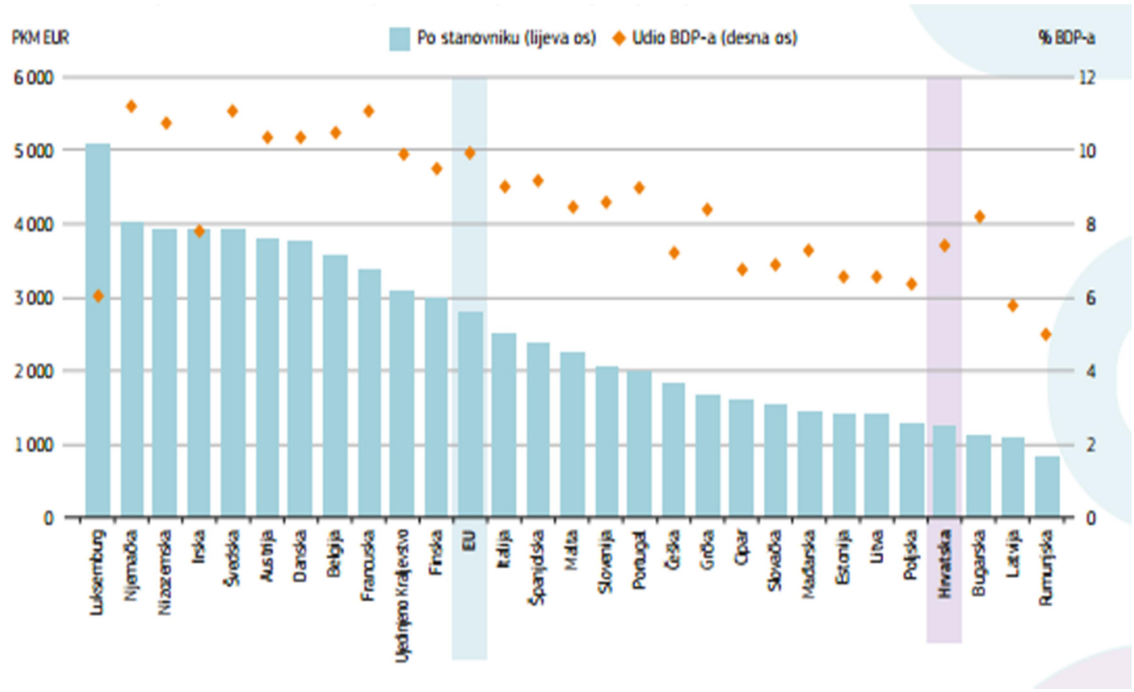
Završno, šesto poglavlje, predstavlja zaključna razmatranja i daje sažeti prikaz rada.

2. ZDRAVSTVENI SUSTAV REPUBLIKE HRVATSKE

U svom radu Barić i Smolić (2011.) navode: „U Republici Hrvatskoj zdravstvena zaštita se zasniva na načelima dostupnosti, pravičnosti, učinkovitosti, kvaliteti te na načelu osiguravanja sigurnosti građana pri korištenju zdravstvene zaštite. Zdravstvena zaštita stanovništva provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti. Krovnu instituciju u financiranju zdravstvene skrbi predstavlja Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje[1]. HZZO je osnovan radi provođenja osnovnog zdravstvenog osiguranja „*Zakonom o zdravstvenoj zaštiti*“ 1993.godine.“ (Barić, Smolić, 2011:2).

OECD (2017) u radu navodi da je HZZO u ulozi glavnog kupca usluga zdravstvene zaštite te sklapa ugovore s pružateljima zdravstvene zaštite radi pružanja usluga financiranih javnim sredstvima, nadgleda standarde rada i određuje cijene za usluge. Također je odgovoran za plaćanje naknade za bolovanje, naknada za rodiljne i roditeljske potpore te je pružatelj dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojim se pokrivaju troškovi sudjelovanja u troškovima participacije. U Republici Hrvatskoj postoji sustav obveznog zdravstvenog osiguranja, a HZZO pruža univerzalnu pokrivenost zdravstvenom zaštitom. Zaposleni članovi obitelji iz plaće izdvajaju 16,5%[2] kako bi uzdržavane osobe bile pokrivene zdravstvenom zaštitom dok su osjetljive skupine (umirovljenici, nezaposlene osobe, osobe s malim dohotkom) oslobođene plaćanja doprinosa. Dopunsko zdravstveno osiguranje je dobrovoljno te se ugovara samostalno s HZZO-om ili privatnim osiguravateljem, a upotrebljava za pokrivanje doplata u okviru sustava obveznog zdravstvenog osiguranja. (OECD, 2017:8). Slika 1. donosi prikaz potrošnje zdravstvene usluge u zemljama članicama *Europske unije* 2015. godine. Slika 1 s pripadajućim grafikonom donosi prikaz potrošnje zdravstvene usluge, među kojima se posebno ističu velike razlike između novih i starih članica u samim razinama zdravlja stanovništva, kao i tradicija sveobuhvatne državne zdravstvene skrbi koja je bila jedno od središnjih obilježja bivših socijalističkih zemalja te se Bugarska. Latvija i Rumunjska nalaze na samom dnu potrošnje zdravstvene usluge.

[1] (dalje u tekstu: HZZO)
[2] Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o doprinosima (NN 106/2018)

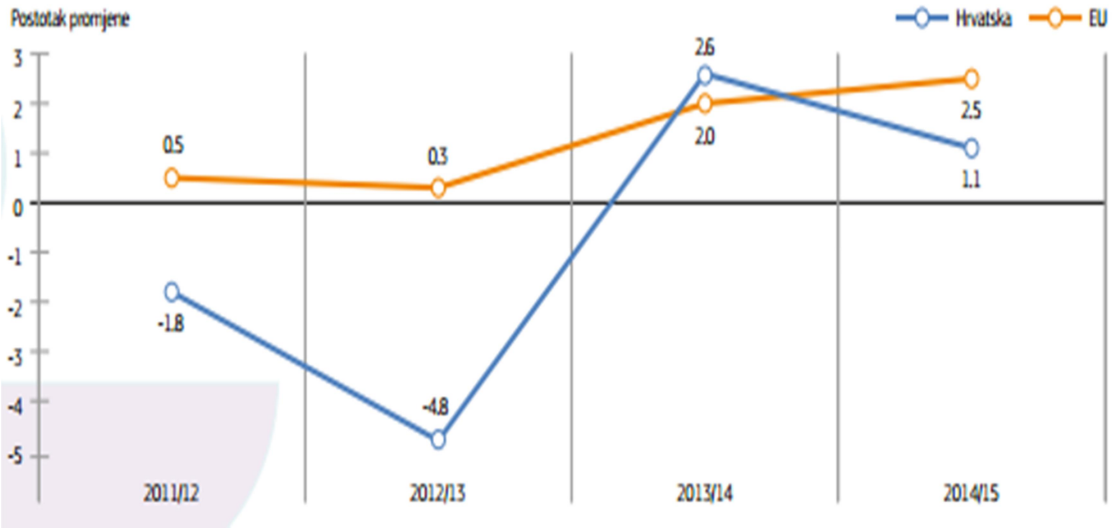


Slika 1. Potrošnja za zdravstvene usluge u državama članicama Europske unije u 2015. godini
Izvor: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017, State of the health in EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, https://doi.org/10.1787/9789264285088-hr, datum pristupa: 16.11.2019.

Prema istraživanju Centra za mirovine studije Republika Hrvatska se nalazi u društvu država članica *Europske unije* koje najmanje troše na zdravstvo i to promatrano po stanovniku i kao postotak bruto domaćeg proizvoda. (Centar za mirovne studije, 2016:2). Na slici br. 1. je prikazana potrošnja za zdravstvene usluge u državama članicama Europske unije u 2015. godini po stanovniku i kao postotak BDP-a. *OECD* (2017) navodi da je u 2015. godini postotak izdataka za zdravstvo iznosi 7,4% BDP-a te je niži od prosjeka *EU* (9,9%). Promatrajući potrošnju za zdravstvene usluge po stanovniku vidljivo je da u Hrvatskoj u 2015. godini za zdravstvene usluge izdvojen iznos od 1.241 EUR po stanovniku. Pritom treba napomenuti da je prilikom izračuna navedeni iznos usklađen s obzirom na razlike u kupovnoj moći. Osobna potrošnja za zdravstvo (izravna potrošnja, „iz džepa građana“, „out of pocket spending“) smatra se najmanje učinkovitim i ravnopravnim načinom financiranje zdravstva te je u 2013.godini iznosila 12.5 %, a u 2015. godini 15%. (OECD, 2017:3). Zemlje srednje i istočne Europe još uvijek troše razmjerno mali dio sredstava na zdravstvenu zaštitu u odnosu

na ono što čine starije članice *EU-a*, što stvara sustav zdravstvene zaštite koja je u nemogućnosti pružiti adekvatnu njegu bolesnika.

Komunističko nasljeđe u zemljama srednje i istočne Europi ostavilo je specifične posljedice u zdravstvenom sektoru, posebno one u vezi s pitanjima financiranja i upravljanja zdravstvenim uslugama, kao i činjenicu da građani i dalje očekuju da država ima vodeću ulogu u pružanju usluga zdravstvene zaštite.



Slika 2. Potrošnja za zdravstvo po glavi stanovnika u Hrvatskoj i EU u razdoblju od 2011. do 2015. godine

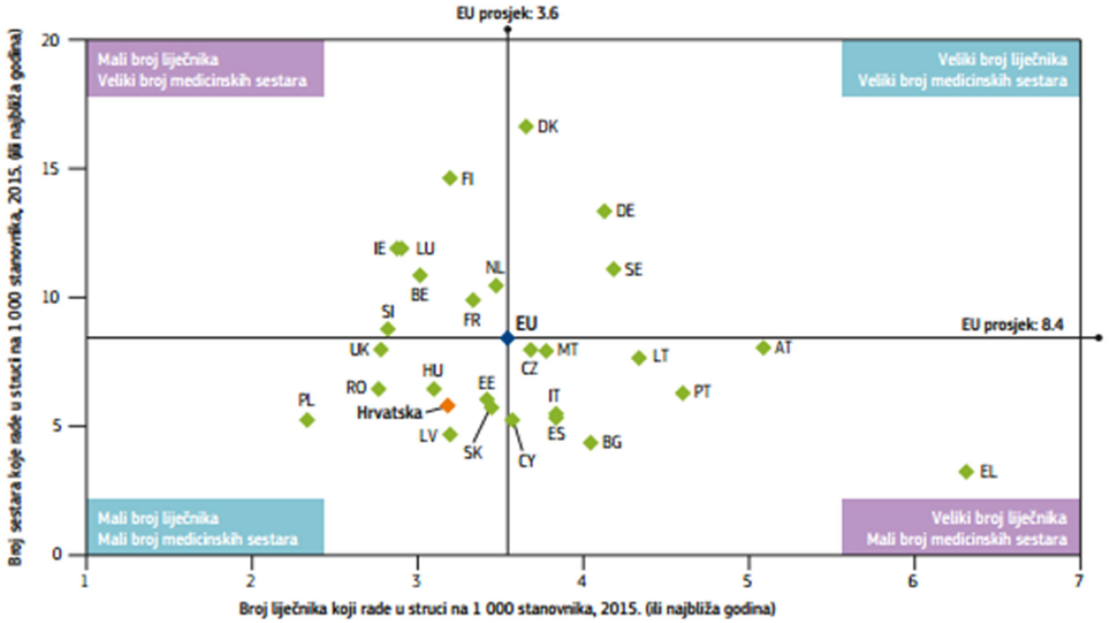
Izvor: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017, State of the health in EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, https://doi.org/10.1787/9789264285088-hr, datum pristupa: 16.11.2019.

Na slici br. 2. vidljivo je kretanje potrošnje za zdravstvene usluge po glavi stanovnika u periodu od 2011. do 2015. godine u Hrvatskoj i *EU*. U promatranom periodu su vidljive značajne oscilacije u kretanju potrošnje za zdravstvene usluge u Hrvatskoj, a razlog tome je ekonomska kriza. Udio javnih rashoda za zdravstvo je u Republici Hrvatskoj veći nego u većini zemalja s usporedivom razinom rashoda iako se javni rashodi za zdravstvo smanjuju. Također, opseg prava na zdravstvenu zaštitu, a koji se plaća iz obveznog zdravstvenog osiguranja uključuje većinu zdravstvenih usluga, no od 2000. godine razina pokrivenosti je manja, ali osjetljive skupine stanovnika ostale su oslobođene plaćanja participacije. U

Republici Hrvatskoj je u slučaju bolesti garantirana naknada za bolovanje u trajanju od 18 mjeseci.

Kao što je već ranije navedeno, u Republici Hrvatskoj je dostupno dopunsko dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje pokriva doplate u okviru sustava obveznog zdravstvenog osiguranja te je udio dopunskog zdravstvenog osiguranja u izdacima za zdravstvo u 2015. godini iznosio 8 %. Pravo na besplatno dopunsko zdravstveno osiguranje koje se financira iz državnog proračuna mogu ostvariti osobe s invaliditetom, darivatelji organa, redoviti darivatelji krvi, studenti i osobe s malim prihodima.

Plaćanje pružateljima usluga primarne zdravstvene zaštite i bolnicama se vrši na temelju rezultata, odnosno HZZO isplaćuje pružateljima usluga primarne zdravstvene zaštite iznos koji predstavlja kombinaciju plaćanja po osiguranoj osobi (glavarina), plaćanja po izvršenoj aktivnosti (naknada za obavljenu uslugu) te iznos plaća i troškova poslovanja. Postoji mogućnosti isplate bonusa koja ovisi o pokazateljima učinkovitosti i kvalitete. U svrhu smanjenja troškova i povećanja učinkovitosti, HZZO od 2009. godine plaća bolnicama s kojima ima ugovor na osnovi sustava dijagnostičko-terapijskih skupina (DTS). (OECD, 2017:9). Slika 3. prikazuje broj liječnika i medicinskih sestara 2017. godine . Prema članku autorica Kukovec, Čanadi, Trstenjak, koji je objavljen 2017. godine u Zborniku Međimurskog veleučilišta, na tržištu rada je 2007. godine u Europi bilo ukupno 2.705.805 liječnika i 5.757.502 medicinske sestre, a europski prosjek broja liječnika iznosio je 331/100.000 stanovnika, a medicinskih sestara 704/100.000 stanovnika. (Kukovec, Čanadi, Trstenjak, 2017:3-4). Prema članku „U EU najtraženiji liječnici obiteljske medicine“ objavljenom na portalu Glas Istre, 2016. godine prosjek broja liječnika iznosio je 350/100.000 stanovnika. Prema istom izvoru stanje u RH je izgledalo ovako - 259 liječnika/100.000 stanovnika te 523 medicinskih sestara/100.000 stanovnika. Tijekom narednih godina, prosjek liječnika je u blagom porastu te je u 2016. godini on iznosio 343 liječnika na 100.000 stanovnika. Kao zaključak provedenoga istraživanja proizlazi da gospodarska razvijenost zemlje nudi mogućnost većeg broja liječnika i medicinskih sestara. Istraživanja su pokazala da zemlje s većim prihodima imaju i više stope liječnika i medicinskih sestara, s time da je osobito vidljiva razlika kod medicinskih sestara.



Slika 3. Broj liječnika i medicinskih sestara

Izvor: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017, State of the health in EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, https://doi.org/10.1787/9789264285088-hr, datum pristupa: 16.11.2019.

Prema *OECD* (2017) fizički resursi u hrvatskom zdravstvenom sustavu usporedivi su s drugim europskim zemljama. U 2015. godini je na 100.000 stanovnika dolazilo 358 bolničkih kreveta za liječenje akutnih bolesnika. Navedeni pokazatelj je ispod prosjeka *EU* (418 bolničkih kreveta za liječenje akutnih bolesnika). Ako se promatra prosječna duljina boravka u akutnoj bolničkoj skrbi, tada je pokazatelj u Hrvatskoj od 8,6 dana neznatno veći u odnosu na prosjek *EU* koji iznosi 8 dana. Međutim, promatrajući broj liječnika i medicinskih sestara u 2015. godini je na 1000 stanovnika dolazilo svega 5,8 sestara, što je ispod projekta *EU* (8,4), a ta brojka će se još više smanjivati zbog odlazaka velikog broja liječnika i medicinskih sestara iz Hrvatske i to zbog ulaska u Europsku uniju. (OECD, 2017:9).

2.1. Rad zdravstvenog sustava

Prema podacima HZZO (2019) u Republici Hrvatskoj su nacionalni zavod te 21 županijski zavod zaduženi za pružanje usluga za zaštitu javnog zdravlja. Primarna zdravstvena zaštita (dalje u tekstu: PZZ) podrazumijeva pružanje usluge zdravstvene zaštite u domovima zdravlja, ustanovama za hitnu medicinsku pomoć te ljekarnama. Znatno bolja kvaliteta zdravstvenih usluga je prisutna u gradovima i većim mjestima dok je u udaljenim i rubnim područjima kao i na otocima standard zdravstvenih usluga ograničen. Svaka općina u Hrvatskoj ima dom zdravlja koji pruža usluge PZZ pacijentima, a domovi zdravlja su dužni pružati sljedeće zdravstvene usluge: hitnu medicinsku pomoć, dijagnostičke usluge (laboratorijske i radiološke) i javnozdravstvene usluge. Domovi zdravlja su pod nadzorom bolnica za pružanje specijalističke vanbolničke zaštite u ruralnim i udaljenim područjima Hrvatske uz ograničenja glede pružanja bolničke zdravstvene zaštite i zaštite materinstva.

Većina liječnika primarne zdravstvene zaštite (liječnici opće/obiteljske prakse, pedijatri i ginekolozi) su privatnici te iznajmljuju prostor u vlasništvu domova zdravlja i predstavljaju prve osobe s kojima se pacijenti susreću u zdravstvenom sustavu. Minimalni broj upisanih pacijenata i minimalni opseg zdravstvenih usluga su kriteriji koje privatnici moraju zadovoljiti, a navedene kriterije je postavilo Ministarstvo zdravstva. Svaki osigurani građanin treba se upisati kod liječnika opće prakse, odnosno kod pedijatra za djecu prema vlastitom odabiru.

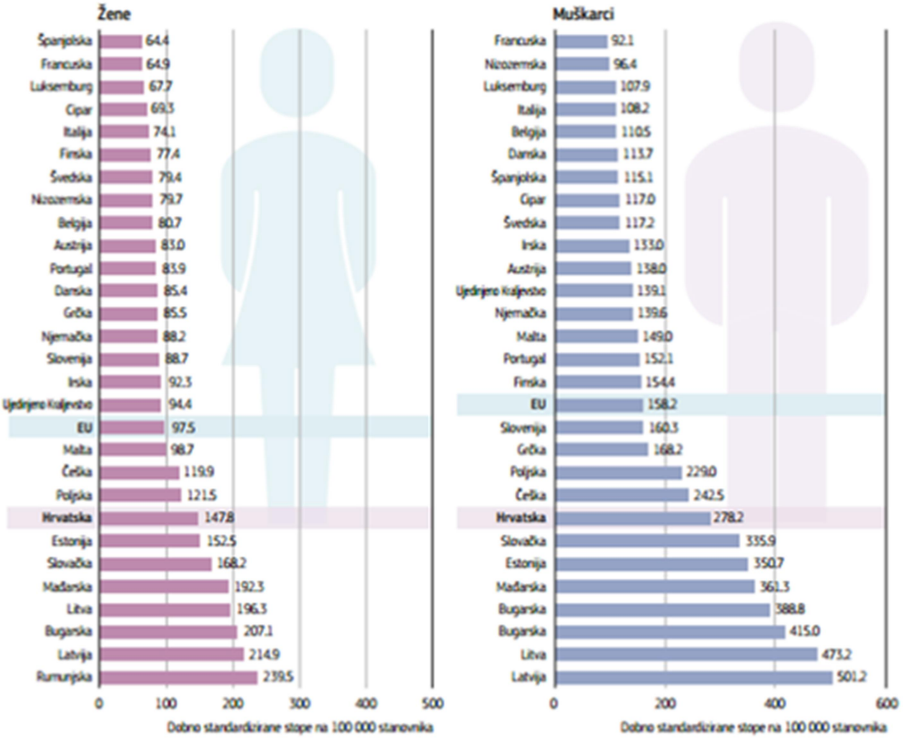
Nacionalne bolnice, županijske bolnice regionalnog značenja, županijske bolnice i lokalne bolnice su četiri kategorije bolnica koje postoje u Hrvatskoj. Većina bolnica koje pružaju sekundarnu zdravstvenu zaštitu u vlasništvu su županija dok su bolnice za zdravstvenu zaštitu na tercijarnoj razini u vlasništvu države. Konzilijarni pregledi koje obavljaju specijalisti sekundarne zdravstvene zaštite se obavljaju na odjelima za ambulantno liječenje, a podrazumijevaju specijalističke usluge izvanbolničke zdravstvene zaštite.

2.2. Učinkovitost zdravstvenog sustava

Prema Institutu za metriku i evaluaciju zdravlja (2016) neki od važnijih zdravstvenih pokazatelja su očekivano trajanje života pri rođenju, standardizirane stope smrtnosti od karcinoma, potom od bolesti srca i krvožilnog sustava, stopa dojenačke smrtnosti, stopa novorođenačke smrtnosti, stopa perinatalne smrtnosti i maternalna smrtnost. (OECD, 2017:6).

Svjetska zdravstvena organizacija u svom programu „Zdravlje za sve“ - "Health for All" (HFA), kako je navedeno u radu Ceronja (2011), „definira zdravstvene pokazatelje i metodologiju praćenja određenih indikatora s ciljem da omogući usporedbu podataka i zdravstvenog stanja populacije među zemljama Europe“. (Ceronja, 2011:1).

Prema podacima *OECD* (2017) Hrvatska se nalazi na osmom mjestu u *Europskoj uniji* po najvećoj stopi smrtnosti, odnosno prema prijevremenim smrtima koje su se mogle izbjeći pravodobnom i učinkovitom zdravstvenom zaštitom, a odnosi se i na muškarce i na žene. Glavni uzroci izbježive smrtnosti u Hrvatskoj su visoke za ishemijske bolesti srca, rak pluća, rak dojke i rak debelog crijeva što ukazuje na potencijalne nedostatke u kvaliteti zdravstvene zaštite. Na slici br. 4. nalazi se prikaz stopa izbježive smrtnosti u 2014. godini za žene i muškarce u *EU*. Na slici br. 4. vidljivo je kako je stopa izbježive smrtnosti u Hrvatskoj za muškarce (278,2) gotovo dvostruko veća nego za žene (147,8), a oba pokazatelja su znatno viša u odnosu na prosjek *EU*. Stoga je potrebno povećati kvalitetu zdravstvene zaštite kako bi se stope izbježive smrtnosti smanjile. (OECD, 2017:11-12).



Slika 4. Stope izbježive smrtnosti za žene i muškarce u 2014. godini u EU

Izvor: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017, State of the health in EU,* OECD

Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, https://doi.org/10.1787/9789264285088-hr, datum pristupa: 16.11.2019.

Loši rezultati ostvaruju se i u slučaju smrti koje su se mogle spriječiti donošenjem međusektorskih politika te se pritom ističu visoke stope pušenja. Doneseni su brojni nacionalni programi zaštite javnog zdravlja, međutim ne postoje mjere kojima bi se postignuo nadzor nad prodajom i konzumacijom duhana iako su politike suzbijanja pušenja su ojačane od ulaska Hrvatske u *EU*. Pritom se ističu mjere proširenja nepušačkih zona kao i veća zdravstvena upozorenja na kutijama cigareta. Nadalje, rak pluća se nalazi na četvrtom mjestu najčešćih uzroka smrti, a u 2014. godini je na 100 000 stanovnika bilo je 315 smrtnih slučajeva uzrokovanih bolestima povezanim s pušenjem što je znatno iznad prosjeka *EU*. Broj smrtnih slučajeva uzrokovan konzumacijom alkohola i prometnim nezgodama iznad je prosjeka *EU*. (OECD, 2017:11-12).

Ako se promatra primarno cijepljenje protiv difterije, tetanusa i hripavca, tada je zaključak da je procijepljenost djece razmjerno je visoka te je u 2016. iznosila je 92,8 %. Postotak osoba u dobnoj skupini od 65+ godina koji se cijepe protiv gripe koje nije obvezno u 2016. godini iznosio je 21,5 %. Zabrinjavajući je podataka kako je procijepljenost djece u stalnom je padu te je u 2016. godini procijepljenost prvom dozom cjepiva protiv ospica, rubeole i mumsa pala ispod 90 %. Prema podacima Izvješća o pokazateljima sigurnosti pacijenta za 2015. (Mesarić, Hadžić Kostrenčić i Šimić) zaključuje se kako postoje značajne razlike u kvaliteti zdravstvene zaštite, odnosno stope smrtnosti značajno variraju od bolnice do bolnice. (OECD, 2017:11-12).

Vlada Republike Hrvatske je u rujnu 2012. godine donijela Nacionalnu strategije razvoja zdravstva u periodu od 2012. do 2020. godine koja ima za cilj poboljšati učinkovitost i djelotvornost zdravstvenog sustava, a jedan od njezinih prioriteta je unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite.

Autorica Primorac u članku objavljenom u Slobodnoj Dalmaciji (2019) analizira hrvatsko javno zdravstvo te ističe glavne probleme s kojima se suočava hrvatski zdravstveni sustav, a to su više od osam milijardi kuna duga, velike liste čekanja, neorganiziranost sustava, odlazak u inozemstvo zdravstvenih djelatnika te opće nezadovoljstvo svih dionika. Autorica istog članka smatra da postojeće stanje zdravstvenog sustava Republike Hrvatske nije samo posljedica isključivo nedovoljnog izdvajanja za zdravstvo, već lošeg raspolaganja postojećim „javnim resursima“. Također navodi da je troškovno učinkovito zdravstvo prijeko potrebno jer će se u slučaju zanemarivanja naći u nekontroliranom stanju obrazaca potrošnje s negativnim učinkom na cijelu održivost, a što u konačnici dovodi do problema kao što je

nedostupna zdravstvena zaštita. Sve dosadašnje rasprave o unapređenju zdravstvenih sustava diljem svijeta najviše su usmjerene na učinkovitost, tj. rezultate ishoda liječenja u odnosu na troškove.

Autorica članka stavlja naglasak na intenciju današnjeg svijeta i stvaranje bolnice budućnosti, tzv. pametne bolnice koje su specijalizirane za pojedina područja te koje maksimalno vode računa o ishodima liječenja, zadovoljstvu pacijenta, vođenju brige o troškovima i o dodanoj vrijednosti koju zdravstveno osiguranje u tom procesu treba pružiti svojim osiguranicima. Autorica Primorac u članku objavljenom u Slobodnoj Dalmaciji (2019) ističe da je potrebno učiniti sljedeće:

- Provesti troškovnu učinkovitost u zdravstvu koja uključuje otvaranje „centara izvrsnosti“ te time prestati gomilati troškove hladnog pogona brojnih ustanova u Republici Hrvatskoj.
- Provesti proces kategorizacije i akreditacije bolnica po međunarodnim standardima.
- Uvesti sustav praćenja kroz registre bolesnika koji unapređuje zdravstvenu skrb i služi troškovnoj učinkovitosti jer se kroz njega mjeri uspješnost primjene određene procedure te tako i uspješnost rada pojedine bolnice.
- Izraditi dijagnostičko-terapijskih postupnike, odnosno smjernice u liječenju.
- Provesti potpunu informatizaciju te međusobno povezivanje bolnica informatičkim sustavom.
- Definirati prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Autorica navodi da je unutar zdravstvenog sustava Republike Hrvatske važan svakodnevni kontroling, sustav nagrađivanja najboljih, prvenstveno kako bi se motivirali liječnici i drugo zdravstveno osoblje, koje je ključan čimbenik očuvanja i dugoročnog opstanka zdravstva.

2.3. Dostupnost zdravstvenog sustava

Prema članku 19., stavak 2. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju. HZZO osigurava plaćanje zdravstvenim usluga (košarica usluga zdravstvene zaštite) iz obveznog zdravstvenog osiguranja u cijelosti osiguranim osoba i to:

1. „cjelokupnu zdravstvenu zaštitu djece do navršene 18. godine života,
2. preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,
3. preventivnu zdravstvenu zaštitu žena,

4. zdravstvenu zaštitu žena u vezi s praćenjem trudnoće i poroda,
5. zdravstvenu zaštitu u vezi s medicinski potpomognutom oplodnjom, sukladno posebnom zakonu,
6. preventivnu zdravstvenu zaštitu osoba starijih od 65 godina života,
7. preventivnu zdravstvenu zaštitu osoba s invaliditetom iz registra osoba s invaliditetom utvrđenog posebnim propisom,
8. cjelokupnu zdravstvenu zaštitu u vezi s HIV infekcijama i ostalim zaraznim bolestima za koje je zakonom određeno provođenje mjera za sprečavanje njihova širenja,
9. obvezno cijepljenje, imunoprofilaksu i kemoprofilaksu,
10. cjelokupno liječenje kroničnih psihijatrijskih bolesti,
11. cjelokupno liječenje zloćudnih bolesti,
12. cjelokupno liječenje koje je posljedica priznate ozljede na radu, odnosno profesionalne bolesti,
13. hemodijalizu i peritonejsku dijalizu,
14. zdravstvenu zaštitu u vezi s uzimanjem i presađivanjem dijelova ljudskoga tijela u svrhu liječenja,
15. izvanbolničku hitnu medicinsku pomoć u djelatnosti hitne medicine koja uključuje hitni prijevoz (kopnenim, vodenim i zračnim putem), sukladno pravilniku ministra nadležnog za zdravlje,
16. kućne posjete i kućno liječenje,
17. patronažnu zdravstvenu zaštitu,
18. sanitetski prijevoz za posebne kategorije bolesnika, sukladno pravilniku ministra nadležnog za zdravlje,
19. lijekove s osnovne liste lijekova Zavoda propisane na recept,
20. zdravstvenu njegu u kući osigurane osobe,
21. laboratorijsku dijagnostiku na razini primarne zdravstvene zaštite,
22. palijativnu zdravstvenu zaštitu.“

Nadalje, za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite, ortopedska i druga pomagala utvrđena osnovnom listom ortopedskih i drugih pomagala, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući, liječenje u drugim državama članicama i trećim državama sukladno propisima Europske unije, međunarodnom ugovoru, troškove bolničke zdravstvene zaštite,

dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe od 18 do 65 godina starosti, dentalna pomagala utvrđena osnovnom listom dentalnih pomagala za odrasle osobe starije od 65 godina osigurane osobe sudjeluju u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite, a navedeni iznos ne može biti manji od postotaka proračunske osnovice utvrđene za prethodno navedene zdravstvene usluge.

Osiguranje osobe za zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite (obiteljske/(opće medicine, ginekologije i dentalne medicine) te izdavanje lijeka na recept sudjeluju u troškovima u visini od 0,30% proračunske osnovice. Zakonom o obveznom osiguranju utvrđen je najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite koji je obvezna podmiriti osigurana osoba za izvršenu zdravstvenu zaštitu, a to je 60,13% proračunske osnovice. U tablici br. 1. nalazi se pregled osiguranih osoba u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj u periodu od 2013. do 2017. godine. Vidljivo je kako je u promatranom periodu od 2013. do 2017. godine došlo do smanjenja ukupnog broja osiguranih osoba i članova obitelji dok raste broj ostalih osiguranika i umirovljenika. Broj aktivnih radnika varira iz godine u godinu, no u 2017. godini je došlo do rasta u odnosu na 2013. godinu. Broj ostalih osiguranika uključuju nezaposlene, prognanike te djecu do 18 godine života koja od 1. srpnja 2013. stječu status osigurane osobe prema novoj osnovi osiguranja, a ne više kao članovi obitelji osiguranika.

Osigurane osobe - prosjek	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
Ukupno	4.349.197	4.345.435	4.325.852	4.298.008	4.244.232
Aktivni radnici	1.455.152	1.448.737	1.466.654	1.497.178	1.522.335
Aktivni seljaci	28.621	25.131	21.845	19.044	16.429
Umirovljenici	1.052.214	1.058.751	1.061.553	1.062.534	1.058.838
Ostali osiguranici	726.986	888.226	966.218	1.019.143	1.041.305
Članovi obitelji	1.086.224	924.590	809.582	700.109	605.325

Tablica 1. Osigurane osobe u zdravstvu u razdoblju od 2013. do 2017. godine - prosjek

Izvor: DZS (2018) Hrvatska u brojkama 2018. [Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/CroInFig/croinfig_2018.pdf], datum pristupa: 24.11.2019.

Prema podacima *OECD* (2017) košarica zdravstvenih usluga se određuje u okviru negativnih lista, ali za farmaceutske proizvode sastavljaju pozitivne liste radi razlikovanja besplatnih farmaceutski proizvodi od proizvoda za koje treba platiti participaciju. Također, dobrovoljno zdravstveno osiguranje u pravilu služi za pokrivanje participacije stoga ne iznenađuje podatak da je potrošnja iz džepa građana jednaka prosjeku *EU*. 2003. godine su

uvedene opsežne liste doplata za pacijente i u pravilu se odnose na participaciju za bolničko liječenje, posjete liječnicima primarne zdravstvene zaštite i za farmaceutske proizvode koji su propisani izvanbolničkim pacijentima zato što su svi lijekovi koji se daju u bolnicama besplatni. Prema rezultatima Europske zdravstvene ankete u 2015. godini broj zdravstvenih potreba nezadovoljenih zbog visine troškova, udaljenosti i vremena iznosi 1,9 % te se značajno smanjio u odnosnu na prethodno razdoblje. Navedeni pokazatelj je znatno veći (do pet puta) u skupinama osoba s malim dohotkom u odnosu na skupine s velikim dohotkom. (OECD, 2017:12-13).

U Republici Hrvatskoj se suočavamo s nejednakom raspodjelom zdravstvenim resursa, odnosno centralizacijom zato što je najveći broj zdravstvene infrastrukture (bolnice) i ljudskih resursa raspoređeno u središnjoj Hrvatskoj. U ruralnim područjima te na otocima nedostaje liječnika i medicinskih sestara, a sve prisutnije iseljavanje zdravstvenih stručnjaka i niske plaće stvara dodatni pritisak na zdravstveni sustav pa je kao cilj u Nacionalnu strategiju uvrštena uspostava sustava upravljanja ljudskim potencijalima. Potencijalna rješenja predmetnog problema su povećanje kvota za upis na studij medicine i plaća. (OECD, 2017:12-13).

2.4. Otpornost zdravstvenog sustava

Prema *OECD* (2017) zdravstveni sustav se 2008. godine, zbog snažne gospodarske i financijske krize koja je pogodila Hrvatsku i svijet, suočio s dodatnim izazovima u pogledu fiskalnih pritisaka. Promatrajući BDP u razdoblju od 2008. do 2014. godine dolazi se do podatka da je došlo do smanjenja za više od 12% dok je stopa nezaposlenosti je 2013. godine dosegnula 18%. 2015. godine u Republici Hrvatskoj je zabilježen rast BDP-a te stopa nezaposlenosti već iduće godine iznosi 12,8 %, dakle smanjuje se. No, javni dug kao izuzetno važan pokazatelj ne dostiže razinu prije razdoblja krize, odnosno znatno je veći u odnosu na period prije krize čime se smanjuje prostor za investicije u proizvodnju, obrazovanje ili socijalna davanja. Europska komisija je 2017. godine u svome izvješću izrazila zabrinutost zbog fiskalne održivosti zdravstvenog sustava u srednjoročnom razdoblju. (OECD, 2017:14).

Hrvatska se suočava i sa starenjem stanovništva, a prema podacima Izvješća o starenju stanovništva *Europske komisije* i *Odbora za ekonomsku politiku* iz 2015. godine starenje stanovništva će uzrokovati povećanje izdataka za zdravstvo za 1,7% BDP-a do 2060. godine dok se predviđa da će prosjek *EU* iznositi 0,9%. (OECD, 2017:14).

Uzimajući u obzir činjenicu da se sustav zdravstvene zaštite u Hrvatskoj se financira doprinosima za zdravstveno osiguranje, potencijalni rast prihoda može se očekivati u slučaju ojačavanja tržišta rada. Prema podacima *Europske komisije* iz 2017. godine trećina stanovništva podliježe obvezi plaćanja doprinosa u punom iznosu, stoga treba biti oprezan u slučaju korekcija stopa doprinosa na više jer bi se to moglo negativno odraziti na tržište rada zato što doprinose u potpunosti plaćaju poslodavci. (OECD, 2017:14).

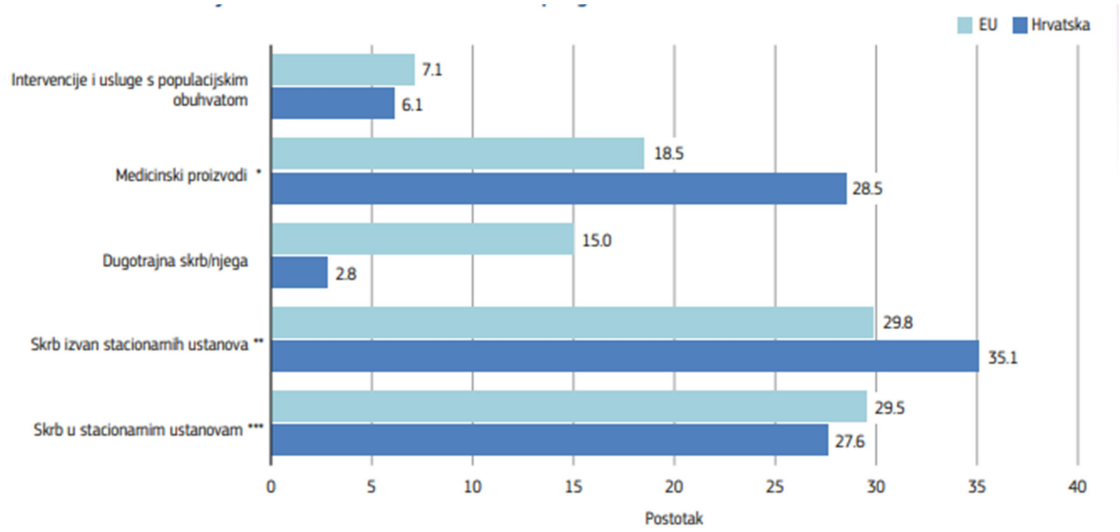
Tijekom godina se odustalo od niza strukturnih reformi koje su trebale rezultirati povećanjem fiskalne održivosti zdravstvenog sustava, reformom sustava dopunskog osiguranja, uvođenjem novih pravila za hitnu medicinsku službu, reorganizacijom bolničkog sustava te reformom dodjele sredstava bolnicama. Radi povećanja transparentnosti i odgovornosti te poboljšanje održivosti zdravstvenog sustava, HZZO je izdvojen iz državne riznice. (OECD, 2017:14).

Prema *OECD* (2017) Hrvatska može ostvariti veću učinkovitost zdravstvenog sustava „dovođenjem u vezu stope izbježive smrtnosti s ukupnom razinom potrošnje po stanovniku, uz uvjet da na razinu izbježive smrtnosti utječu zdravi obrasci ponašanja i čimbenici u zdravstvenom sustavu.“ U 2002. godini je započeta reforma u bolnicama za plaćanje pružateljima usluga po kliničkom slučaju i to razvrstavanjem u široke kategorije definirane prema terapijskim postupcima. Od 2009. godine je HZZO plaćao usluge bolnica plaćao u „okviru sveobuhvatnog sustava plaćanja koja su unaprijed usklađena za pojedini klinički slučaj na temelju dijagnostičkih skupina.“ Primjena novih načina plaćanja odrazila se na poboljšanje učinkovitosti, odnosno kraća je prosječna duljina boravka, no učinci na kvalitetu su izostali. Daljnje reforme u načinu plaćanja nastavljene su 2015. godine pri čemu se bolnicama unaprijed plaća 90 % mjesečnih prihoda, a ostatak tek nakon obavljenih usluga, a model uključuje praćenje pet parametara kvalitete i učinkovitosti. (OECD, 2017:14).

U veljači 2015. godine je Hrvatski Sabor je izglasao nacionalni plan razvoja bolnica, tzv. Masterplan koji je izrađen uz potporu zajmova *EU* i *Svjetske banke*. Naglasak je stavljen na „funkcionalnu integraciju“ koja obuhvaća smanjivanje organizacijske složenosti, fiksnih i varijabilnih troškova i na „supsidijarnost“ koja omogućuje obavljanje usluga u izvanbolničkim ili ambulantnim ustanovama umjesto u bolnicama. Financijski resursi se dodjeljuju prema modelu „četiri regije“ i time se nastoji postići funkcionalna integracija oko četiri klinička centra u Zagrebu, Rijeci, Splitu i Osijeku. (OECD, 2017:16).

Unatoč tome što Hrvatska na primarnu zdravstvenu zaštitu troši razmjerno velik dio svojih izdataka za zdravstvo ista je još uvijek nedovoljno razvijena. Autorica Klepo u u članku objavljenom u Jutarnjem listu (2019) navodi da je s rastom životnog standarda i

napretkom medicinske znanosti postalo gotovo razumljivo da se povećava i potrošnja lijekova, kako u svijetu tako i u Hrvatskoj. U 2017. godini, pokazuju posljednji podaci Agencije za lijekove i medicinske proizvode (HALMED), objavljeni u veljači 2019., ukupan promet lijekovima iznosio je 6,132 milijarde kuna, 5,7 posto više nego godinu prije. To znači da je svaki stanovnik Hrvatske na lijekove u toj godini potrošio 1464 kune. Brojke upućuju na zaključak da je to mnogo. Prema *OECD* (2017) „premali naglasak se stavlja na prevenciju bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te ona ne preuzima ulogu koordinatora kada je riječ o skrbi za bolesnike s kroničnim bolestima i preventivnoj skrbi.“ Na slici br. 5. nalazi se prikaz troškova za lijekove u Hrvatskoj i *EU*.



Slika 5. Troškovi za lijekove u Hrvatskoj i EU

Izvor: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017, State of the health in EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, https://doi.org/10.1787/9789264285088-hr, datum pristupa: 16.11.2019.

Među državama članicama *EU* Hrvatska najviše troši na medicinske proizvode što je prikazano na slici br. 5. Hrvatska je poduzela niz mjera za smanjenje izdataka za farmaceutske proizvode na način da je promijenila način određivanja cijena i nadoknađivanja troškova. Uspostavljen je sustav središnje nabave farmaceutskih proizvoda financiranih državnim sredstvima koji su namijenjenih bolnicama. No, nedostaje onaj ključan faktor, a isti je prevencija bolesti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Hrvatska treba staviti veći naglasak na prevenciju kako bi smanjila izdatke i nagomilane dugove za lijekove.

Tablica br. 2. kako je u periodu od 2013. godine do 2017. godine drastično smanjen broj usluga u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti za 41,06%, dok je broj usluga odnosno posjeta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti u periodu od 2013. godine do 2017. godine porastao za 28,26%. Dani bolničkog liječenja u istom periodu smanjeni su za 9,03%, dok je porastao broj recepata za lijekove u istom periodu za 5,59%. Broj usluga u dentalnoj zaštiti ostao je na gotovo istoj razini uz vrlo mali i gotovo neznačajan porast od 0,55%.

	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
Broj usluga (posjeta) u primarnoj zdravstvenoj zaštiti	39.290	41.765	42.223	45.255	45.010
Broj usluga (posjeta) u dentalnoj zaštiti	4.185	4.401	4.463	4.223	4.208
Broj usluga u specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti	54.585	42.639	35.434	39.221	38.694
Broj recepata za lijekove	54.845	57.095	59.043	60.619	62.331
Slučajevi bolničkog liječenja	682	676	686	665	659
Dani bolničkog liječenja	6.309	6.212	6.156	5.825	5.768
Broj ortopedskih uređaja i pomagala	1.041	1.027	1.060	1.122	1.156
Broj isplaćenih pomoći za novorođeno dijete	40	40	38	38	37
Broj isplaćenih putnih troškova	758	722	768	772	753

Tablica 2. Korištenje zdravstvene zaštite i drugih prava iz zdravstvenog osiguranja, tis

Izvor: DZS (2018) Hrvatska u brojkama 2018. [Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/CroInFig/croinfig_2018.pdf], datum pristupa: 24.11.2019.

U tablici br. 2. nalazi se prikaz podataka o korištenju zdravstvene zaštite i ostalih prava iz zdravstvenog osiguranja u periodu od 2013. do 2017. godine. Vidljivo je da se povećava broj posjeta u primarnoj i dentalnoj zaštiti do 2016. godine, a od 2017. godine je zabilježeno smanjenje. Broj dana bolničkog liječenja se u promatranom periodu smanjuje dok se broj recepata povećava što se podudara s podacima *OECD-a* da je potrošnja za lijekove u Hrvatskoj značajna. Možemo zaključiti kako stanovništvo RH više brine o svom zdravstvenom stanju te je povećan odlazak liječniku primarne zdravstvene zaštite, međutim i dalje su podaci OECD-a o značajnoj potrošnji za lijekove zabrinjavajući.

Prema *OECD* (2017) donošenjem Nacionalne strategije i planova razvoja zdravstva bolje je upravljanje sustavom, a isti uključuje:

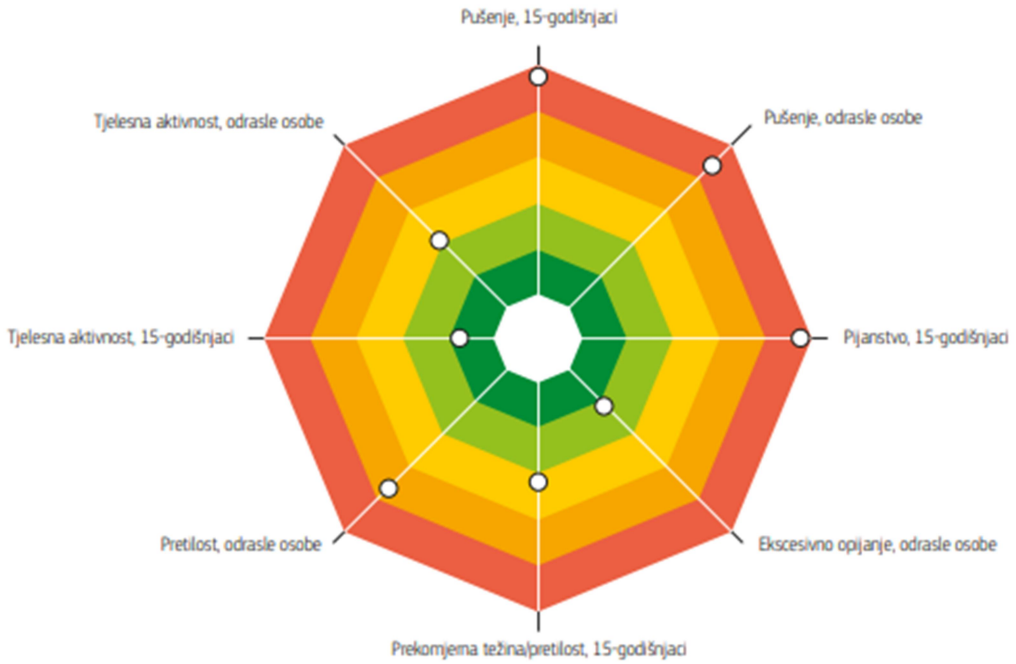
- Općenite zadaće i ciljevi
- Prioritetna područja
- Zdravstvene potrebe određenih skupina stanovništva

- Subjekti odgovorni za provedbu
- Rokovi i referentni kriteriji

Bez obzira na strateške dokumente, reforme zdravstva često nisu imale strateške podloge i predviđanja koja bi javnost mogla analizirati i temeljito pregledati. Tijekom faza nacrta i provedbe nedovoljno se pažnje posvećivalo mišljenjima stručnjaka i iskustvima osoba koje neposredno pružaju usluge zdravstvene zaštite. (OECD, 2017:17).

2.5. Čimbenici rizika

Čimbenici rizika povezani s ponašanjem imaju važnu ulogu u zdravlju u Hrvatskoj. Procjena *Instituta za metriku i evaluaciju zdravlja* (*IHME*) pokazuje da se 36% opterećenja bolestima u Hrvatskoj može pripisati čimbenicima rizika povezanih s ponašanjem što uključuje pušenje, konzumiranje alkohola, prehrambene rizike i tjelesnu neaktivnost koji pridonose velikom indeksu tjelesne mase. (OECD, 2017:6-7). Na slici br. 6. nalazi se prikaz čimbenika rizika povezanih s ponašanje u Republici Hrvatskoj. Ako je točka bliže središtu, to znači da bolje rezultate neka zemlja ostvaruje u usporedbi s ostalim zemljama EU-a.



Slika 6. Čimbenici rizika povezanih s ponašanje u Republici Hrvatskoj

Izvor: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017, State of the health in EU,* OECD

Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, https://doi.org/10.1787/9789264285088-hr, datum pristupa: 16.11.2019.

Prema *OECD* (2017.) niti jedna zemlja nije u bijelom ciljnom području s obzirom na to da u svim zemljama u svim područjima ima prostora za napredak. U Republici Hrvatskoj najveći problem predstavlja pušenje kod 15-godišnjaka te odraslih osoba kao i pijanstvo kod 15-godišnjaka. Veliki problem predstavlja i pretilost kod odraslih osoba. (OECD, 2017:6-7). Prema podacima *OECD* (2017) pušenje, pijenje alkohola i pretilost veliki su javno-zdravstveni problemi u Hrvatskoj. Stope pušenja u Hrvatskoj više su nego u većini ostalih zemalja Europske unije te i dalje predstavlja ozbiljan javno-zdravstveni problem u Hrvatskoj među odraslim osobama i djecom dok je alkohol drugi veliki javno-zdravstveni problem. Analiza *OECD-a* iz 2014. godine stavlja Hrvatsku na četvrto mjesto pri vrhu Europske unije s više od 12 litara po odrasloj osobi, dok je prosjek *EU* bio 10 litara. Stope pretilosti među djecom su u velikom porastu, a rastuće stope pretilosti među djecom mogu prijeći u trajno visoke stope kako ona odrastaju. Pozitivno je što veći postotak adolescenata i odraslih osoba navodi da redovno vježba. Važno je napomenuti kako se rješavanju pitanja zdravstvenih nejednakosti pristupilo u nekoliko dokumenata o nacionalnoj zdravstvenoj politici, no dosada nisu provedene sve konkretne mjere. (OECD, 2017:6-7).

3. ULOGA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U EKONOMSKOM RASTU

U svom radu Vehovec, ur. (2014) ističe kako su potrošnja za zdravstvenim uslugama i ekonomski rast pozitivno korelirani, a rast zdravstvene potrošnje se u dugom roku ne može zaustaviti. Iz navedenog proizlazi da je potrebno zdravstvo financirati na učinkovit način. Nadalje, navodi se da ako se promatra očekivano trajanje života u razvijenim zemljama, dolazi se do zaključka da je od 1960. godine navedeno produljeno za 11 godina, tj. na gotovo 80 godina. Uzrok rasta troškova u zdravstvu, između ostalog, predstava i neprekidan razvoj medicinske tehnologije. Kako se izdaci za zdravstvo u pravilu financiraju iz državnog proračuna, potrebne su reforme. Starenje stanovništva uzrok je dodatnih zahtjeva za poboljšanje efikasnosti u zdravstvu. (Vehovec, 2014:29-30).

Frenk u članku objavljenom 2004. godine u *OECD Observeru* navodi kako učinkovitost zdravstvenog sustava snažno ovisi o gospodarstvu te da investicije u zdravstvo nisu samo poželjne već trebaju predstavljati prioritet za većinu društava. Međutim, zdravstveni sustavi se suočavaju s teškim i složenim izazovima poput starenja stanovništva, učestalosti kroničnih bolesti i čestom uporabom skupih, ali neophodnih medicinskih tehnologija.

Long-Corwell u objavljenom članku ističe da su gospodarstvo i zdravlje povezani te da je očekivani trajanje života pri rođenju mjera cjelokupnog zdravlja nacije. Uz to, naglašava da je navedena mjera najviša u razvijenim zemljama pa je tako u Japanu očekivano trajanje života 83 godine, a u SAD-u 78 godina. U Južnoj Africi je očekivano trajanje života samo 49 godina.

U svom radu Šogorić (2016) navodi da je zdravlje posljedica i preduvjet razvoja te je ključno za blagostanje ljudi. Ulaganje u zdravlje, a posebno u prevenciju bolesti potiče ekonomski rast i razvoj zemlje. Učinci su vidljivi na obrazovnim postignućima i stjecanju vještina, produktivnosti i zaposlenosti, povećanoj štednji i investicijama, demografskoj tranziciji i utjecaju na okoliš. (Šogorić, 2016:16).

Lee – Simion u članku objavljenom 2017. godine navodi da je učinkovit i dobar zdravstveni sustav od iznimnog značaja jer podrazumijeva da stanovništvo ima pristup zdravstvenoj zaštiti u borbi protiv bolesti te da na pojedincu i državi nije financijski teret zbog pouzdane radne snage što stvara uspješnu ekonomiju. Svjetska zdravstvena organizacije konstantno navodi Francusku kao primjer zemlje s dobro razvijenim zdravstvenim sustavom,

a ima BDP oko 2,8 bilijuna američkih dolara. Frenk, u članku objavljenom 2004. godine u *OECD Observeru*, također ističe ideju kako gospodarstvo ovisi o snažnom zdravstvenom sustavu. Navode kako povećanje očekivane životne dobi od 10% dovodi do ekonomskog rasta od oko 0.3%-0.4% godišnje.

Faktori poput BDP-a, zdravstvenog sustava i očekivane životne dobi utječu na gospodarski rast. Na primjer, u Ujedinjenom Kraljevstvu je nacionalni dohodak je relativno visok i ima izravan utjecaj na zdravstveni sustav. Nasuprot navedenom, gospodarski nerazvijene zemlje poput Sierra Leone susreću se s posljedicama neučinkovitog zdravstvenog sustava koji utječe na ekonomiju. Na primjer, u Sierra Leoneu je 4 tisuće ljudi izgubilo život u borbi s ebolom, a navedeno se povezuje s BDP-om od 4 milijarde američkih dolara.

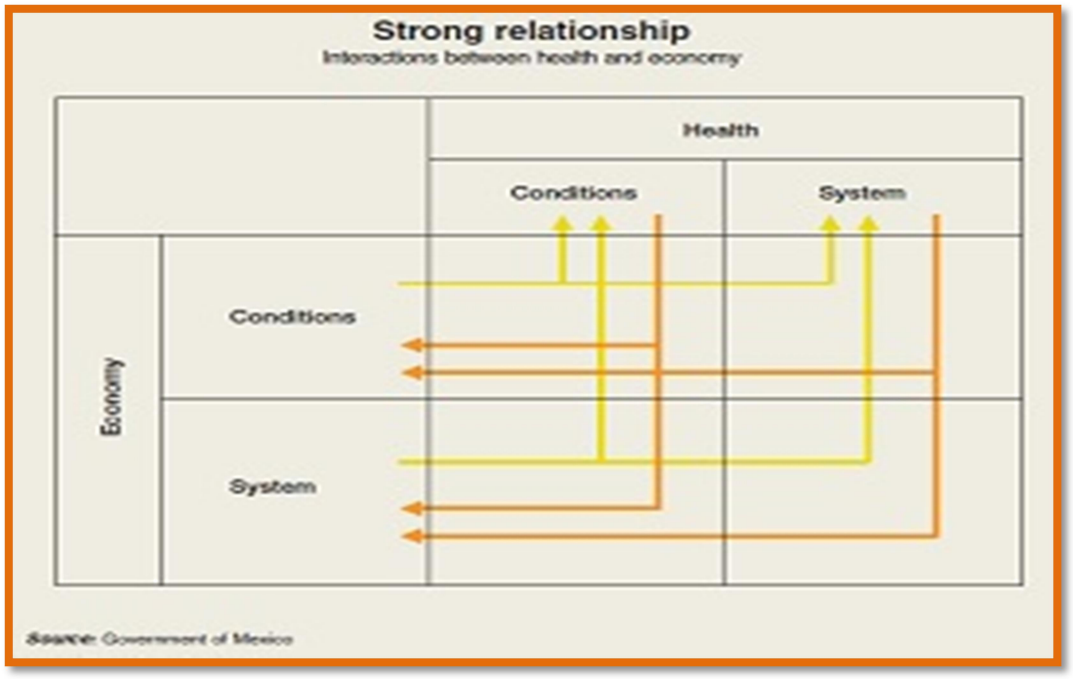
Kao rezultat recesije, građanskih ratova i siromaštva na mnogim poslovima u gospodarski nerazvijenim zemljama se ne zahtijeva izdvajanje za zdravstvenu zaštitu. Navedeno oslabljuje zdravstveni sustav zato što se u njega usmjerava manje financijskih sredstava. To znači da će u sektoru zdravstva biti manje radnih mjesta. Kao rezultat navedenog bolnice neće imati dovoljno sredstava i osoblja za brigu o pacijentima niti sredstava za obnovu medicinske opreme. Stanovništvo će biti bolesno, neće biti u mogućnosti raditi što dovodi do začaranog kruga i do lošeg gospodarstva. Loš zdravstveni sustav također utječe na ekonomiju u smislu stranih investicija kroz turizam. Mnoge zemlje se oslanjaju na turizam kako bi osigurale značajan dio BDP-a. Međutim, ako se gospodarski nerazvijena zemlja nema sredstava za borbu protiv bolesti, niti turisti neće dolaziti u te zemlje.

Šogorić (2016) ističe kako se ulaganjem u ljude postavljaju se temelji za rast vlastitog gospodarstva, no da čelnici prečesto izjavljuju da najprije žele razviti svoje gospodarstvo te da će kasnije ulagati u ljude. Zemlje moraju biti svjesne kako su ulaganja u ljudski kapital prioritet jer smo suočeni s krizom ljudskog kapitala. (Šogorić, 2016:126).

Frenk (2004) navodi da se bi se problematika ulaganja u zdravlje i osmišljavanje politika financiranja zdravstvene skrbi trebala rješavati u smislu interakcije između zdravlja i gospodarstva. Baš kao što su rast, dohodak, investicije i zaposlenost funkcija uspješnosti i kvalitete gospodarskog sustava, regulatornih okvira, trgovinske politike, socijalnog kapitala i tržišta rada tako i zdravstveni uvjeti (smrtnost, morbiditet, invalidnost) ne ovise samo o životnom standardu, već i o stvarnoj učinkovitosti samih zdravstvenih sustava.

Na slici br. 7. nalazi se prikaz povezanosti gospodarstva i zdravstva. Vidljivo je kako postoji snažne interakcije koje se isprepliću između gospodarstva i zdravstvenog i to kroz uvjete i funkcioniranje sustava te investicije u zdravstvo i način financiranja zdravstva treba promatrati kroz povezanosti gospodarstva i zdravstva. Dohodak, investicije, zaposlenost,

regulatorni okvir, trgovinske politike, tržište rada predstavljaju funkciju ekonomskog sustava baš kao što zdravstveni uvjeti poput smrtnosti ili invalidnosti ne ovise samo o životnom standardu već i o stvarnoj uspješnosti zdravstvenog sustava. Zdravlje i gospodarstvo samo su naizgled dvije zasebne i potpuno različite kategorije. Ipak, zdravlje je ljudi zapravo temeljni motiv, ali i preduvjet djelovanja gospodarstva. Stanje gospodarstva neke zemlje ovisi o brojnim čimbenicima, između ostalog i opskrbljenosti ljudskim kapitalom. Ljudski kapital je povezan sa zdravljem ljudi jer zdrav pojedinac može maksimalno iskoristiti svoj radni potencijal i povećati produktivnost. Zdravlje može utjecati na gospodarstvo zemlje kroz četiri kanala: (1) produktivnost, (2) ponudu rada, (3) obrazovanje i (4) štednju raspoloživu za ulaganje u fizički i intelektualni kapital. Istovremeno, stanje gospodarstva utječe na zdravlje ljudi. Nadalje, može se razlikovati zdravlje kao potrošno dobro i zdravlje kao kapitalno dobro. Kada se na zdravlje gleda kao na potrošno dobro, tada ono ima izravan utjecaj na pojedinca, budući da ljudi žele biti zdravi. Kao kapitalno dobro, zdravlje ima utjecaj na pojedinca i na cjelokupno tržište jer se smatra da zdravi ljudi manje vremena provode na bolovanju, odnosno sposobni su za rad i obavljanje radnih aktivnosti izravno i neizravno povezanih s tržištem. Pretpostavka je da više rada povećava dohodak i zadovoljstvo. Pojedinci su ti koji potražuju, ali i „proizvode“ zdravlje. Veza između zdravlja i gospodarstva može se objasniti i putem kanala štednje i ulaganja uzimajući u obzir očekivani životni vijek (slika 7.).



Slika 7. Grafički prikaz povezanosti gospodarstva i zdravstva

Izvor: Frenk, J. (2004) Health and the economy: A vital relationship. OECD Observer No 243. [Dostupno na: http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship_.html], datum pristupa: 19.10.2019.

One zemlje u kojima je stanovništvo zdravo i životni vijek stanovništva duži, vjerojatnije će imati veću štednju, a time i veću motivaciju za ulaganja u fizički i intelektualni kapital od zemalja u kojima je zdravlje ljudi ugroženo ili narušeno, a životni vijek relativno kratak. Zdravstveni sustav utječe i na konkurentnost nekog gospodarstva budući da predstavlja jedan od čimbenika konkurentnosti. Prema *Svjetskom ekonomskom forumu* (engl. *World Economic Forum - WEF*) konkurentnost se može definirati kao skup institucija, čimbenika i politika koji određuju stupanj produktivnosti zemlje te je identificirano ukupno dvanaest stupova konkurentnosti gdje jedan od stupova u dijelu osnovnih preduvjeta, odnosno ključnih elemenata čini zdravstvo i osnovno obrazovanje (četvrti stup). U posljednjem izvješću (2010.-2011.), Hrvatska prema globalnom indeksu konkurentnosti zauzima 77. mjesto od 139 zemalja. Što se tiče konkretno četvrtog stupa (zdravstvo i osnovno obrazovanje), Hrvatska zauzima 48. mjesto od 139 zemalja.

Kako zapravo sve počinje ometanjem razvoja u djetinjstvu, u svom radu je objasnila Šogorić (2016). Kronična pothranjenost, izostanak poticaja i drugih čimbenika sputava u razvoju čak 155 milijuna djece diljem svijeta. Kada je dijete sputano u razvoju, ni njegov mozak se ne razvija kako treba, tako da su izgledi kako će nadoknaditi propušteno veoma slabi. Stoga se može zaključiti kako je dijete predodređeno za neuspjeh i osuđeno na život u siromaštvu i isključenost daleko prije nego što navrši pet godina. Također, 400 milijuna ljudi nema pristup osnovnim uslugama, 100 milijuna ljudi svake godine zapadne u siromaštvo zbog katastrofalnih troškova zdravstvenih usluga, a samo trećina siromašnih u svijetu obuhvaćena je sustavima socijalne zaštite. I bogate i siromašne zemlje moraju shvatiti kako ulaganje u ljude predstavlja ulaganje u gospodarski rast. Najvažnija ulaganja koja zemlje mogu izvršiti su ona kojima se jača ljudski kapital kako bi ga se pripremilo za tu budućnost. (Šogorić, 2016, Vol.9, No. 1,:2-3).

3.1. Bruto domaći proizvod

Domšić (2018), kako je navedeno u radu Mankiw (2006), definira bruto domaći proizvod, odnosno BDP kao „tržišnu vrijednost svih finalnih roba i usluga proizvedenih u nekoj zemlji tijekom danog razdoblja“. Budući da BDP predstavlja vrlo složenu mjera vrijednosti ekonomske aktivnosti postoji niz drugih parametara koji se izračunavaju poput

bruto nacionalnoga proizvoda (BNP), neto nacionalnog proizvoda (NNP), nacionalnog dohotka, osobnog dohotka, raspoloživog osobnog dohotka. (Domšić, 2018:3),

Kovač (2013) navodi kako Hrvatska za zdravstvenu zaštitu svojega stanovništva troši značajno više u odnosu na ekonomsku snagu hrvatskoga gospodarstva. Navodi kako bi se postizanjem boljih makroekonomskih rezultata mogli parcijalno riješiti likvidnost zdravstvenog sustava i ostali problemi. Budući da se sustav financiranja temelji na solidarnosti povećanje broja zaposlenih bi pomoglo poboljšati likvidnost sustava. Nadalje, ističe da se zdravstvena potrošnja po stanovniku u deset godina značajno povećala, stoga je potrebno provesti mjere racionalizacije u sustavu zdravstvene zaštite i smanjivanje javnih izdataka za zdravstvo. (Kovač, 2013:554-555).

U tablici br. 3. nalaze se podaci o ostvarenom bruto domaćem proizvodu u Hrvatskoj u razdoblju od 2013. do 2017. godine. Vidljivo je povećanje BDP-a i BDP-a per capita od 2015. godine. Bruto domaći proizvod Republike Hrvatske je 2017. godine iznosio 365.643 milijuna kuna što je povećanje u odnosu na 2016. godinu kada je iznosio 351.349 milijuna kuna. BDP se koristi kao jako dobar pokazatelj opće slike neke ekonomije, no nije ultimativni i jedini pokazatelj koji je bitan, već ga se treba koristiti s odnosima pokazatelja stope zaposlenosti i nezaposlenosti, visine realne plaće, inflacije, produktivnosti.

	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
Bruto domaći proizvod, tržišne cijene (tekuće), mil. kuna	331.785	331.570	339.616	351.349	365.643
Prosječni godišnji tečaj HRK/EUR	7,573548	7,630014	7,609601	7,529383	7,4601
Stanovništvo, godišnji prosjek broja stanovnika, tis.	4.256	4.238	4.204	4.174	4.125
Bruto domaći proizvod, tržišne cijene (tekuće), mil. EUR	43.808	43.456	44.630	46.664	49.013
Bruto domaći proizvod po stanovniku, EUR	10.298	10.259	10.606	11.161	11.882
Stope rasta, %	-0,5	-0,1	2,4	3,5	2,9
Implicitni deflatori BDP-a	100,8	100	100	99,9	101,1

Tablica 3. Bruto domaći proizvod, godišnji obračun
Izvor: DZS (2018) Hrvatska u brojkama 2018. [Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/CroInFig/croinfig_2018.pdf], datum pristupa: 24.11.2019.

Prema podacima Nacionalne strategije razvoja zdravstva u razdoblju 2012. – 2020. u Hrvatskoj su prisutne regionalne disproporcije razine razvijenosti pa je najviši BDP per capita zabilježen u gradu Zagrebu u 2009. godini. Županije Središnje i Istočne Hrvatske su najslabije

razvijen, dok Primorsko-goranska i Istarska županija imaju BDP per capita iznad prosjeka Hrvatske. Nadalje, na Grad Zagreb se odnosi više od trećine ostvarenog BDP-a, a sljedeće su Splitsko-dalmatinska (9%), Primorsko-goranska (8%), te Istarska, Osječko-Baranjska i Zagrebačka županija (6%). U ukupnoj strukturi BDP-a Ličko-senjska, Virovitička-podravska i Požeško-slavonska županija sudjeluju sa svega 1%. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:127).

3.2. Stopa nezaposlenosti

Birsa (2002), kako je navedeno u radu Mrnjavac (1996), navodi da pojam nezaposlenosti može imati različita značenja ovisno o kontekstu u kojemu se koristi pa tako predstavlja „pravno-administrativno stanje odnosno evidentiranost na listi zavoda za zapošljavanje ili pravo na novčanu naknadu za nezaposlene“, odnosno „stav ili spremnost na prihvaćanje posla pod određenim uvjetima“ ili „socijalne teškoće unutar određenog gospodarskog sustava, kao i na neravnotežu ponude i potražnje rada na pojedinim dijelovima ili na cjelokupnom tržištu rada.“

Birsa (2002) ističe da standardna međunarodna definicija nezaposlenosti i to prema uputama *International Labour Organisation* (*ILO-a*) obuhvaća „sve osobe starije od dobne granice određene za mjerenje ekonomski aktivnog stanovništva, koje su:

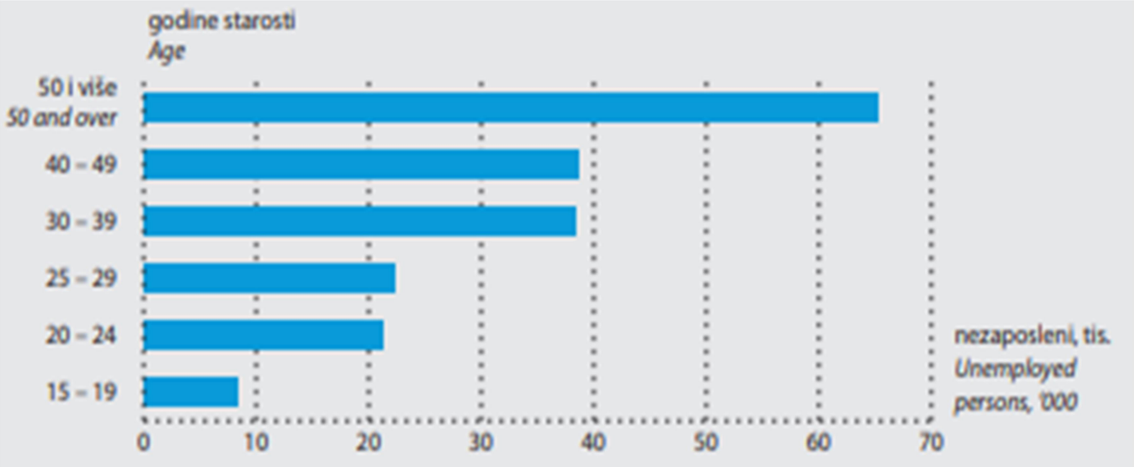
- tijekom referentnog razdoblja bile bez posla,
- tijekom tog razdoblja bile u svakom trenutku na raspolaganju za posao,
- tražile posao, tj. poduzimale određene korake u cilju pronalaženja posla“.

Navodi da sva tri kriterija trebaju biti zadovoljena istovremeno, a odnose se na aktivnost pojedinca tijekom referentnog razdoblja. Pritom se iznimka odnosi na osobe koje imaju sporazum započinjanja posla nakon referentnog razdoblja te više ne traže posao, ali zadovoljavaju preostala dva kriterija. Stoga će te osobe biti klasificirane kao nezaposlene, budući da predstavljaju dio neupotrjebljenog radnog resursa gospodarstva.

Prema podacima Nacionalne strategije razvoja zdravstva u razdoblju 2012. – 2020. prosječne stope nezaposlenosti su u Hrvatskoj više nego u zemljama *EU* 27, *EU* 15 ili *EU* 12, a u veljači 2012. najviše nezaposlenih bilo je bez škole, s osnovnom školom ili srednjom školom, a 10% ukupno nezaposlenih imalo je višu školu, fakultet, akademiju, magisterij ili doktorat. U 2011. godini se stopa nezaposlenih među mladima kretala u rasponu 30-40%. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:128-131).

Regionalne disproporcije u Hrvatskoj prisutne su i kod stopa nezaposlenosti te je većina županija 2010. godine imala više stope nezaposlenosti od prosječne stope za Hrvatsku. Konkretno, Grad Zagreb je imao najnižu stopu registrirane nezaposlenosti, a Brodsko-posavska, Vukovarsko-srijemska, Virovitičko-podravska i Sisačko-moslavačka županija najviše. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:128-131).

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku, u 2017. godini je bilo prosječno 193.967 nezaposlenih osoba. Na slici br. 8. nalazi se prikaz prosječnog broja nezaposlenih osoba prema starosti u 2017. godini. Zaključuje se da je najviše nezaposlenih u dobi od 50 i više godina, njih više od 65 tisuća, a visoka je i stopa nezaposlenosti mladih.



Slika 8. Prosječan broj nezaposlenih osoba prema starosti u 2017. godini

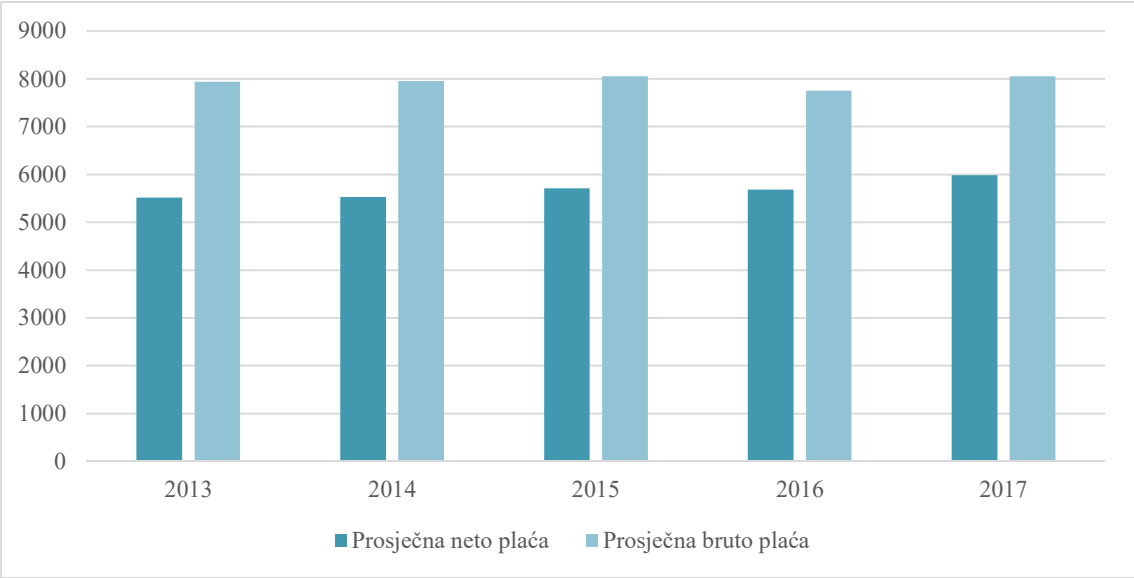
Izvor: DZS (2018) Hrvatska u brojkama 2018. [Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/CroInFig/croinfig_2018.pdf], datum pristupa: 24.11.2019.

Prema Galić, Maslić Seršić i Šverko (2005), a kako je navedeno u radu McKee-Ryan, Song, Wanberg, Kinicki, (2005), meta-analiza rezultata istraživanja posljedica nezaposlenosti pokazala je nezaposleni imaju lošije mentalno zdravlje kako u odnosu na zaposlene te da novo zapošljavanje dovodi do poboljšanja psihološkog zdravlja, boljih procjena vlastitog fizičkog izgleda i povećanja zadovoljstva životom. Stoga nezaposlenost predstavlja najveću prijetnju financijskoj situaciji stanovnika razvijenih zemalja, a osobito su ugrožene nezaposleni u zemljama s visokim udjelom nezaposlenosti stagnacijske prirode kao što je slučaj u Hrvatskoj. (Galić, Maslić Seršić i Šverko, 2005:258-259).

3.3. Plaće i rizik od siromaštva

Bejaković (2005) u svom radu navodi da su ljudi „siromašni ako nemaju dovoljno sredstava za svoje materijalne potrebe i ako ih uvjeti isključuju iz aktivnog sudjelovanja u djelatnostima koje se smatraju uobičajenima u društvu“. Također, Bejaković (2005) u svom radu ističe da se siromaštvo očituje kroz „nedostatak dohotka i sredstava potrebnih da se osigura održiva egzistencija, glad i neuhranjenost, slabo zdravlje, nedostupnost ili ograničena dostupnost obrazovanja i drugih temeljnih usluga, povećanu smrtnost, uključujući smrtnost od bolesti; beskućništvo i neodgovarajući stambeni uvjeti, nesigurno okruženje, društvena diskriminacija i izolacija“. (Bejaković, 2005:133).

Prema podacima Nacionalne strategije razvoja zdravstva u razdoblju 2012. – 2020. prosječna mjesečna isplaćena neto plaća po zaposlenome u pravnim osobama u Hrvatskoj za 2011. godinu je iznosila 5.441 kn, a u djelatnosti zdravstvene zaštite prosječna mjesečna neto plaća je bila 6.170 kn. U veljači 2012. godine bilo je 1.214.715 umirovljenika s prosječnom mirovinom od 2.341,26 kn, a 31,3% ukupnog stanovništva Hrvatske bilo je u riziku od siromaštva i socijalne isključenosti. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:131). U 2017. godini je prosječna mjesečna isplaćena neto plaća po zaposlenom iznosila 5.985 kn. Ako se promatra prosječna mjesečna isplaćena neto plaća po zaposlenom i po spolu, tada je muškarcima bilo isplaćeno 6.060 kn, a ženama 5.294 kn. Također, stopa rizika od siromaštva je visoka i iznosi 20% od 2015. godine. Na slici br. 9. nalazi se prikaz kretanja prosječne mjesečne isplaćene neto plaće i bruto plaće u razdoblju od 2013. do 2017. godine. Vidljivo je kako u promatranom periodu zabilježen blagi rast prosječna bruto i neto plaće.



Slika 9. Prosječna mjesečna isplaćena neto plaća i bruto plaća u kunama u razdoblju od 2013. do 2017. godine

Izvor: DZS (2018) Hrvatska u brojkama 2018. [Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/CroInFig/croinfig_2018.pdf], datum pristupa: 24.11.2019.

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku Anketa o dohotku stanovništva predstavlja istraživanje na kojem se temelji izračun pokazatelja siromaštva i socijalne isključenosti za Republiku Hrvatsku. Provedba Ankete usklađena je s uredbama *EU-a* i *Eurostatovom* metodologijom propisanima za istraživanje *EU-SILC* (*Statistics on Income and Living Conditions*), a istraživanje provode sve zemlje članice redovito na godišnjoj razini.

Nadalje, analiza se temelji na konceptu relativnog siromaštva koji uzima u obzir raspoloživi dohodak kućanstva, broj članova u kućanstvu i distribuciju dohotka unutar populacije. Osnovni je pokazatelj stopa rizika od siromaštva, a predstavlja „postotak osoba koje imaju raspoloživi ekvivalentni dohodak ispod praga rizika od siromaštva". Stopa rizika od siromaštva pokazuje koliko osoba ima dohodak ispod praga rizika od siromaštva, a ne koliko je osoba stvarno siromašno. 60% srednje vrijednosti (medijana) ekvivalentnoga raspoloživog dohotka svih osoba predstavlja prag rizika od siromaštva.

Prema raspoloživim podacima za 2018. među zemljama Europske unije pokazuje da su najvišu stopu rizika od siromaštva imale Rumunjska (23,5%), Letonija (23,3%), Litva (22,9%), Bugarska (22,0%), Estonija (21,9%), Španjolska (21,5%) i Italija (20,3%). U Hrvatskoj je stopa siromaštva iznosila 19,3%, a najniže stope rizika od siromaštva zabilježene su u Češkoj (9,6%), Finskoj (12,0%), Danskoj (12,7%), Mađarskoj (12,8%), Sloveniji (13,3%) i Nizozemskoj (13,4%). Prioritet politike Europske komisije predstavlja borba protiv siromaštva i socijalne isključivosti te je od 2010. godine uključen u strategiju Europa 2020., strategiju EU-a za rast i radna mjesta. Nakon globalne financijske krize Europa se udaljila od ostvarenja cilja smanjenja siromaštva, a zbog povećane ekonomske aktivnosti i poboljšanja uvjeta na tržištu rada došlo je do određenih općenitih poboljšanja i socijalnih prilika u većini država članica.

3.4. Inflacija, cijene i zaduženost

U tržišnom gospodarstvu cijene proizvoda i usluga stalno se mogu promijeniti, a kada dođe do općeg povećanja cijena robe i usluga, tada se govori o inflaciji. Pritom je važno istaknuti da inflacija ne predstavlja povećanje cijena pojedinih artikala. Stoga, za jednu jedinicu nacionalne valute možemo kupiti manje, odnosno jedna jedinica nacionalne valute vrijedi manje nego prije. Prema Benić (2014) visoku inflaciju će prouzročiti niska

nezaposlenost, i obrnuto, stabilnost cijena, odnosno niska inflaciju će prouzročiti visoka nezaposlenost. U slučaju visoke proizvodnje i niske nezaposlenosti, nadnice i cijene brže rastu i to zato što radnici i sindikati „vrše pritisak za povećanje plaća jer se novi poslovi otvaraju, a s druge strane poduzeća mogu povisiti cijene svojih proizvoda kad je potražnja visoka, a prodaja osigurana." Djelovanje mehanizma spirale plaća i cijena izvodi se na način da „manja nezaposlenost dovodi do većih nominalnih plaća koje vode povećanju troškova poslovanja i posljedica im je zaračunavanje viših cijena proizvoda što vodi većoj razini cijena u gospodarstvu." (Benić, 2014: 412-414).

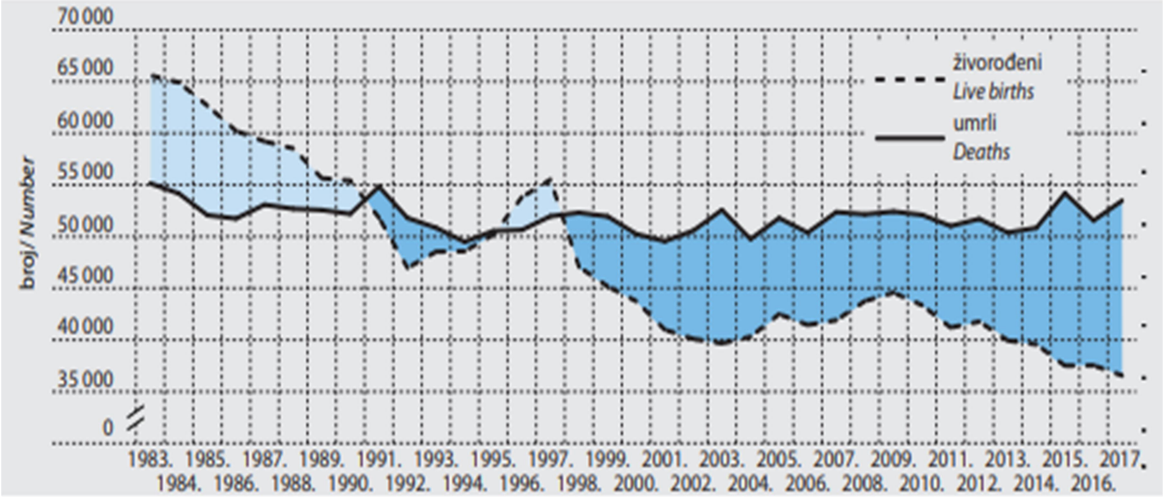
Prema podacima Nacionalne strategije razvoja zdravstva u razdoblju 2012. – 2020. stopa inflacije u Hrvatskoj je niža 2010. i 2011. godine u odnosu na zemlje *EU-a* i *Europske monetarne unije* (*EMU*). Indeksi potrošačkih cijena 2011. (2005.=100) pokazuju značajan porast cijena u zdravstvu i to 42% u odnosu na 2005. godinu, 36% porasta cijena alkoholnih pića i duhana te 35% porasta cijena stanovanja, vode, energije, plina i drugih goriva. U razdoblju od 2002. do 2009. godine ostvaruje se proračunski deficit, a udio duga opće države u BDP-u je u cijelom promatranom razdoblju veći u zemljama članicama *EU* nego u Hrvatskoj. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:132-133).

3.5. Proces starenja stanovništva i njegov značaj na ekonomski rast

Mečev i Vudrag (2012) u svom radu navode da je ukupno stanovništvo Republike Hrvatske zahvaćeno demografskim procesom starenja te da se navedeni problem negativno reflektira na gospodarstvo i gospodarski razvoj i makroekonomske pokazatelje kroz stupanj aktivnosti starog i ukupnog stanovništva, priljev mladih u radno sposobno stanovništvo te odljeva iz radno sposobnog stanovništva, neravnotežu između radno aktivnog stanovništva i umirovljenika. Naime, sve navedeno rezultira povećanjem javnih rashoda zbog rasta izdataka za mirovine, zdravstvene usluge, socijalnu skrb i ostala plaćanja stanovništvu starije dobi. (Mečev i Vudrag, 2012:37).

Mečev i Vudrag (2012), kako je navedeno u radu WertheimerBaletić (1999), definiraju pojam starenje stanovništva, a koji podrazumijeva „povećanje udjela stanovništva dobne skupine 60 i više ili 65 i više godina u ukupnoj populaciji. Zemlja ima staro stanovništvo ako je udio starog stanovništva u ukupnom broju stanovništva veći od 7%. Starenje stanovništva i negativnom stopom prirodnog prirasta prisutni su desetljećima u visokorazvijenim zemljama desetljećima suočavaju sa starenjem stanovništva i negativnom

stopom prirodnog prirasta, a daljnji razvoj mogao biti usporen ako se proces starenja stanovništva nastavi. (Mečev i Vudrag, 2012:38). Hrvatska je prema podacima iz popisa 2011. ima 26% stanovništva starog 65 i više godina. Na slici br. 10. nalazi se prikaz prirodnog kretanja stanovništva u razdoblju od 1983. do 2017. godine te je vidljivo kako je u periodu od 1991. do 1995. godine te u periodu od 1998. do 2017. godine zabilježen negativni prirodni prirast, odnosno veći je broj umrlih od živorođenih.

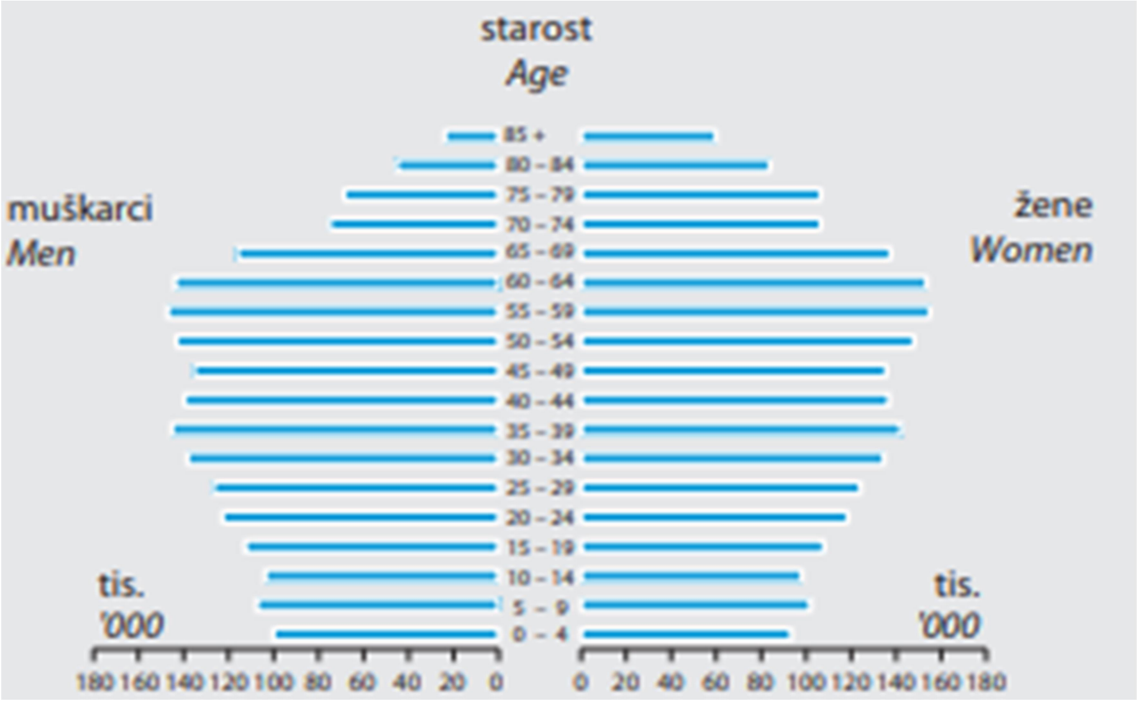


Slika 10. Prirodno kretanje stanovništva u razdoblju od 1983. do 2017. godine

Izvor: DZS (2018) Hrvatska u brojkama 2018. [Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/CroInFig/croinfig_2018.pdf], datum pristupa: 24.11.2019.

Na slici br. 11. nalazi se prikaz stanovništva prema spolu i starosti, odnosno piramida starosti, starosna piramida i to procjena sredinom 2017. godine. Prema Proleksis enciklopediji, piramida starosti podrazumijeva prikaz dobno spolne strukture stanovništva te se na jednoj strani grafikona prikazuje dobna struktura muškaraca, a na drugoj strani grafikona se prikazuje dobna struktura žena. Nadalje, broj stanovnika se prikazuje na apscisi dok se na ordinati nalaze dobni razredi. Starosna piramida može poprimiti 3 osnovna oblika i to: oblik piramide ili tzv. progresivni tip, oblik košnice ili stacionarni tip, oblik urne (regresivni tip). Za oblik piramide je karakteristična široka osnovica, odnosno baza piramide što znači da prevladava udio djece i mladog stanovništva što je rezultat visoke stope nataliteta i niske stope mortaliteta. Oblik košnice obilježava suženje baze dobne piramide, a rezultat je niske i stabilne stope nataliteta i mortaliteta iz kojih proizlazi nizak ili nulti prirodni prirast. Oblik urne obilježava vrlo nizak udio djece te baza piramide postaje uža od svoga središta, a stope nataliteta su niže od razine mortaliteta. Pojedine skupine mogu stršati ili biti uvučene u

krnjoj piramidi i to kao posljedica ratova, masovnih selidbi ili epidemija i odraz su izvanrednih poremećaja u demografskom razvoju. Kao što je vidljivo na slici br. 11., Hrvatska ima dobno – spolnu piramidu u obliku urne. Upravo ova dobno – spolna piramida u obliku urne koja obilježava nizak udio djece potvrđuje zaključak sliku br. 10 i negativni prirodni prirast.



Slika 11. Stanovništvo prema spolu i starosti, procjena sredinom 2017. godine

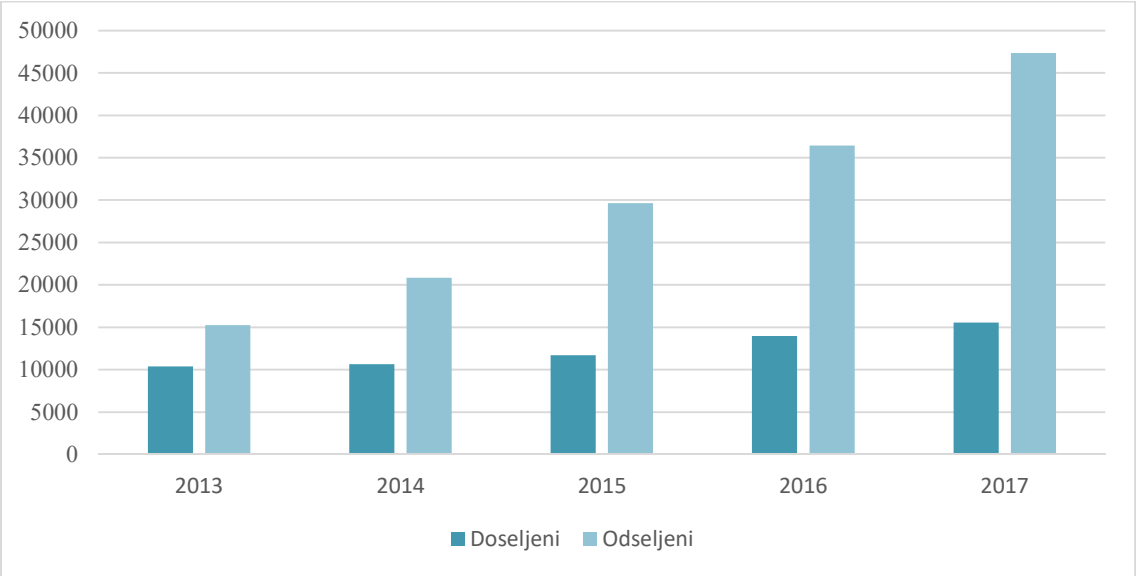
Izvor: DZS (2018) Hrvatska u brojkama 2018. [Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/CroInFig/croinfig_2018.pdf], datum pristupa: 24.11.2019.

U tablici br. 4. nalazi se prikaz osnovnih pokazatelja prirodnog kretanja stanovništva u razdoblju od 2013. do 2017. godine. U promatranom periodu zabilježeno je smanjenje ukupnog broja stanovništva, povećanje negativnog prirodnog prirasta te smanjenje očekivanog trajanja života. Problem koji se javlja starenjem stanovništva je produktivnost. Što su stanovnici stariji to su manje produktivni. Navedenom ide u prilog kako se predviđa da će udio starijih osoba u ukupnom broju populacije u *Europskoj Uniji* do 2080. godine znatno povećati. Koeficijent ovisnosti starijih osoba od 2080. godine prema istim predviđanjima će se udvostručiti. Navedeno predstavlja problem za gospodarstvo zbog direktnog opterećenja i povećanja troškova za poduzeća.

	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.
Stanovništvo u tis. (procjena)	4256	4238	4204	4174	4125
Rođeni: živorođeni	39939	39566	37503	37537	36556
Rođeni: mrtvorođeni	144	150	163	169	149
Umrli: ukupno	50386	50839	54205	51542	53477
Umrli: dojenčad	162	199	154	161	148
Prirodni prirast	-10447	-11273	-16702	-14005	-16921
Očekivano trajanje života: ukupno	77,2	77,6	77,4	78,1	77,9
Očekivano trajanje života: muškarci	74,2	74,6	74,3	74,9	74,9
Očekivano trajanje života: žene	80,2	80,5	80,4	81,3	80,9

Tablica 4. Osnovni pokazatelji prirodnog kretanja stanovništva u razdoblju od 2013. do 2017. godine
Izvor: DZS (2018) Hrvatska u brojkama 2018. [Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/CroInFig/croinfig_2018.pdf], datum pristupa: 24.11.2019.

Na slici br. 12. nalazi se prikaz kretanja doseljenih i odseljenih u i iz Republike Hrvatske u razdoblju od 2013. do 2017. godine. Vidljivo je da broj odseljenih iz Republike Hrvatske značajno premašuje broj doseljenih u Republiku Hrvatsku. Do navedenog nepovoljnog trenda dolazi zbog ulaska Hrvatske u *Europsku uniju* čime se migracije značajno olakšavaju zbog otvaranja tržišta rada hrvatskim radnicima u *Europskoj uniji*, ali i zbog loše gospodarske situacije u Hrvatskoj. Ako se promatraju zemlje u koje Hrvati emigriraju, tada se dolazi do zaključka da pretežno odlaze u zemlje članice Europske unije i ostale europske zemlje.



Slika 12. Doseljeno i odseljeno stanovništvo u/iz Republike Hrvatske u razdoblju od 2013. do 2017. godine

Izvor: DZS (2018) Hrvatska u brojkama 2018. [Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/CroInFig/croinfig_2018.pdf], datum pristupa: 24.11.2019.

Mečev i Vudrag (2012), kako je navedeno u radu Matković (2009.), opadanje nataliteta i moraliteta, migracije i ratovi su osnovni uzroci starenja stanovništva. U Hrvatskoj je pad nataliteta prisutan od sredine 20.-og stoljeća te se kao posljedica pada nataliteta smanjio obujam mlade populacije i priljev stanovništva u radno i reprodukcijski najvitalniju dob i negativno odrazio na dinamiku i strukturu gospodarskog razvoja. (Mečev i Vudrag, 2012:38).

Mečev i Vudrag (2012), kako je navedeno u radu WertheimerBaletić (2004), ističu kako iseljavanje mladih ljudi, gubici stanovništva u dva svjetska rata, ubrzano iseljavanje sa sela i iz poljoprivrede zbog industrijalizacije i agrarna politike, nepostojanje populacijske politike predstavljaju glavne čimbenike ubrzanog pada nataliteta u Hrvatskoj. Do neznatnog smanjenja pada nataliteta došlo je u periodu od 1955. do 1990. godine i to primarno zbog doseljavanja iz Bosne i Hercegovine. Hrvatska bilježi negativan prirodni prirast od 1990. godine, a izuzetak su 1996. i 1997. godina (tzv. poslijeratne godine). Od 2009. godine Republika Hrvatska suočava se s negativnim migracijskim saldom[3] i to zbog gospodarske krize, a u najvećem broju odlaze mladi osobe u dobi između 20 i 40 godina. (Mečev i Vudrag, 2012:38). Iz svega navedenog, negativni migracijski saldo, niske stope nataliteta, visoke stope mortaliteta, razvidno je da stanovništvo Hrvatske odumire, a takav trend se može usporiti ili zaustaviti mjerama efikasne populacijske politike.

3.6. Ekonomske i socijalne posljedice procesa starenja stanovništva na radni kontingent i socijalnu skrb

Obadić i Smolić (2008.) u svom radu navode da udio starije populacije u svijetu raste po stopi od 2,6% godišnje što je više od stope rasta ukupnog stanovništva, a koja raste po stopi od 1,1% godišnje te da „primarni razlog starenja stanovništva nije sve duži životni vijek nego smanjene stope fertiliteta mlade populacije“. Također, ističu da proces demografskog starenja stanovništva rezultira značajnim gospodarskim i socijalnim posljedicama, pri čemu se gospodarske posljedice starenja stanovništva očituju kroz povećanje javnih izdataka za

[3] Broj doseljenih osoba manji je od broja odseljenih osoba.

zdravstvo, socijalnu skrb, mirovine te na promjene u strukturi potrošnje. Nadalje, proces demografskog starenja stanovništva utječu na smanjenje radnog kontingenta kao i radne snage pa dolazi do povećanja zahtjeva za uslugama socijalne skrbi od strane umirovljenika. (Obadić i Smolić, 2008:2-7).

Povećanje broja umirovljenika uz istovremeno smanjenje udjela radnog kontingenta i porast broja umirovljeničke utječe sustav socijalne zaštite kroz sustav mirovinskog osiguranja koji se temelji na načelu generacijske solidarnosti, a zdravstveni sustav postaje opterećeniji. Uz to, rast broja žena u radnoj snazi uz sve manji broj potomaka rezultiraju smanjenjem vremena koje se može posvetiti skrbi za roditelje, a rješenje u tom slučaju za većinu je institucionalna skrb u domovima za starije i nemoćne osobe što dovodi do povećanja troškova. (Obadić i Smolić, 2008:7).

3.7. Ekonomski rast i izravne posljedice na stanje na tržištu rada

Mečev i Vudrag (2012), kako je navedeno u radu Obadić i Smolić (2008), ističu da „gospodarske implikacije procesa starenja stanovništva dolaze do izražaja preko njegova djelovanja na obujam priljeva mladih naraštaja u radnu dob, obujam odljeva iz radne dobi i na stupanj aktivnosti ukupnog, ali i starog stanovništva.“ Napominju da na smanjenje radnog kontingenta, koji je važan izvor radne snage, utječu demografska kretanja i pogoršanje starosne strukture u dugom roku. (Mečev i Vudrag, 2012:39).

Niska stopa iskorištenja radno sposobnog stanovništva prisutna je u Hrvatskoj pa tako od ukupnog broja radno sposobnog stanovništva (15-64) njih oko 63% traži posao ili sudjeluje na tržištu rada. Preostali se smatraju neaktivnima te ne doprinose razvoju gospodarstva pa se država mora angažirati oko skrbi za njih kroz različite socijalne potpore. Razlog takvim nepovoljnim brojkama se nalazi u sljedećem: Domovinski rat, tranzicija, siva ekonomija, rane umirovljenja te neuspješne obrazovne reforme. Stoga je rješenje uvoz radne snage ili aktiviranje neaktivnog stanovništva. (Mečev i Vudrag, 2012:39-40).

Mečev i Vudrag (2012), kako je navedeno u radu Obadić i Smolić (2007), navode da je glavni problem veliki broj odlazaka u mirovinu prije ispunjenja zakonskih uvjeta za starosnu mirovinu te da poslodavci smatraju kako „politika prijevremenog umirovljenja često znači osjetan gubitak iskustva i znanja koji mogu biti vrlo korisni u njihovim poduzećima.“ . (Mečev i Vudrag, 2012:40).

Obadić i Smolić (2008), kako je navedeno u radu WertheimerBaletić (2004), ističu da na smanjivanje radnoga kontingenta kao osnovnog izvora aktivnog stanovništva u dugom roku utječu demografska kretanja u okviru *Europske unije* i pogoršanje starosne strukture stanovništva. Proces starenja ukupnog stanovništva dovodi do starenja aktivnog stanovništva, odnosno starenje stanovništva u određenoj fazi razvoja stanovništva (kasna tranzicijska podetapa i posttranzicijska etapa) dovodni do starenja radne snage jer se povećava udio starijih u odnosu na ukupan broj radnika. (Obadić i Smolić, 2008:4).

Obadić i Smolić (2008), kako je navedeno u radu Akrap (2006), navode da „u uvjetima dugoročnog snižavanja fertiliteta priljev nove radne snage, bez jače imigracije, uvijek je manji od naraštaja koji ulaze u mirovinu." (Obadić i Smolić, 2008:4).

Obadić i Smolić (2008) u svom radu navode da treba doći do ozbiljnih reformi području zakonske regulative tržišta rada i mirovinskog sustava ako se želi povećanje stopa zaposlenosti uzimajući u obzir starosnu granicu za umirovljenje jer se podizanjem navedene granice može samo parcijalno nadomjestiti smanjeni priljev aktivnih osiguranika. (Obadić i Smolić, 2008:4-5).

Pokazatelj potencijalne potpore (**engl**. *Potential support ratio – PSR*) predstavlja „omjer osoba u dobi od 15 do 64 i osoba starijih od 65 godina" te pokazuje broj potencijalnih radnika na jednu osobu starije životne dobi. Sustav socijalne zaštite kroz sustav mirovinskog osiguranja koji se temelji na načelu generacijske solidarnosti i zdravstveni sustav bit će opterećeniji ako se pokazatelj PSR smanjuje. (Obadić i Smolić, 2008:5).

3.8. Ekonomski rast i posljedice na sustav socijalne skrbi

Prema Šimović i Deskar-Škrbić (2019) temelj politike preraspodjele dohotka i borbe protiv siromaštva u suvremenim društvima su sustavi socijalnog osiguranja i skrbi, odnosno sustavi države blagostanja ili sustavi socijalne politike. Šimović i Deskar-Škrbić (2019) definiraju državu blagostanja ili socijalnu državu kao „društvo ili društveno-ekonomski poredak u kojem država pruža veći dio usluga socijalne zaštite što podrazumijeva minimalnu financijsku i drugu materijalno-pravnu zaštitu članova društva" te se socijalna država i socijalna zaštita ostvaruju se „preraspodjelom dohotka kroz javne rashode putem sustava socijalnog osiguranja i skrbi kao i kroz javne prihode progresivnim oporezivanjem."

Šimović i Deskar-Škrbić (2019) ističu da je najčešća podjela prema vrsti pomoći te se razlikuje pomoć u novcu i pomoć u naravi pa tako novčanu pomoć čine mirovine, invalidnine,

naknade za vrijeme nezaposlenosti, naknade za vrijeme bolesti, porodiljne naknade, dječji doplatci. U pomoć u naravi se ubrajaju zdravstvena zaštita i obrazovanje te pomoći u području stanovanja i stambene politike. Šimović i Deskar-Škrbić (2019) navode da mirovinsko i zdravstveno osiguranje, osiguranje i prava za vrijeme nezaposlenosti te socijalna skrb najviše pridonose poboljšanju socijalne slike društva.

Šimović i Deskar-Škrbić (2019) navode da u području zdravstva ključnu ulogu ima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), a kod mirovinskog sustava Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje (HZMO) pri čemu se preko HZZO-a ostvaruju porodiljne i roditeljske potpore, a preko HZMO-a se ostvaruje pravo na doplatak za djecu. Sustav socijalne skrbi u Hrvatskoj najvećim je dijelom u nadležnosti lokalnih centara za socijalnu skrb

Šimović i Deskar-Škrbić (2019) socijalnu skrb mogu ostvarivati dvije kategorije korisnika:

- „siromašni – nemaju vlastitih prihoda ili su ti prihodi manji od propisanih cenzusa,
- osobe koje socijalnu skrb primaju u svrhu zadovoljavanja specifičnih potreba, nastalih uglavnom zbog invaliditeta, starosti, psihičke bolesti, ovisnosti i dr.“

Obadić i Smolić (2008) u svom radu navode da glavnu funkciju socijalne skrbi predstavljaju beneficije za starije osobe koje uključuju mirovine i ostala dobra i usluge. Promatrajući izdatke za umirovljenike i starije osobe dolazi se do zaključka da u većini europskih zemalja najveći dio potrošnje se odnosi na socijalnu skrb. 2003 godine je udio izdataka za starije osobe u *EU*-25 iznosio je 41% od ukupne potrošnje za socijalnu skrb, a za mirovine je izdvojeno u prosjeku 12,6% BDP-a i to najviše u Italiji (15,6%), a najmanje u Irskoj (3,9% BDP-a). Najviša izdvajanja za starije osobe imale su Poljska (55,3% ukupnih sredstava za socijalnu skrb), Italija (51,3%) i Latvija (47,5%), a najmanja Irska (18,2%) i Mađarska (36,2%). (Obadić i Smolić, 2008:6).

3.9. Ekonomski rast i posljedice na zdravstveni sustav

Obadić i Smolić (2008) ističu da zdravstvena potrošnja ovisi o „količini zdravstvenih usluga, intenzitetu zdravstvene skrbi i jediničnim troškovima liječenja“ te da „visoki troškovi u zdravstvu povezani sa starenjem imaju mnogo više veze s kroničnim bolestima koje se multipliciraju u tom procesu.“ Pružanje i financiranje zdravstvene skrbi za starije stanovništvo predstavlja značajan problem jer se starenjem stanovništva povećava potrebu i korištenje

zdravstvenih usluga. Uz to, zdravstveni sustavi u pravilu ne raspolažu kapacitetima za prihvat osoba starijih od 60 godina stoga bi trebalo poboljšati provođenje mjera preventivne zdravstvene zaštite. Proces demografskog starenja će rezultirati rastom ukupnih troškova, no postoji mogućnost kompenziranja održivim gospodarskim rastom. U posljednjih 5 desetljeća zdravstvena potrošnja raste brže od stope rasta BDP-a dok je povećanje troškova zdravstva rezultat povećanog korištenju bolničkih usluga i povećane potrošnje lijekova od strane starijeg stanovništva. (Obadić i Smolić, 2008:7).

Također, Obadić i Smolić (2008), kako je navedeno u radovima Newhouse (1992.) i Getzen (2007.), navode da je „veza između dohotka i zdravlja je poprilično jaka, ali priroda te veze još nije razjašnjena do kraja“ pa povećanje mirovine nema veliki utjecaj na produljenje trajanja života, a više obrazovanja, bolja prehrana, socijalna sigurnost, stabilnost obitelji, koji su povezani s višim dohotkom, će utjecati na produljenje životnog vijeka. (Obadić i Smolić, 2008:8).

Obadić i Smolić (2008), kako je navedeno u radu Leibovich et al (1998.), navode da određene zemlje, konkretno Švedska, „daju snažan poticaj programima za socijalnu i zdravstvenu skrb o starijim osobama.“ U program socijalne skrbi su uključene „usluge pripomoći u domovima, transport, prihvaćanje starijih osoba u stacionare i institucionalna skrb u domovima“, a zdravstvena skrb uključuje „posjete liječnika direktno u domove bolesnih, propisivanje lijekova i bolničko liječenje.“ Osim toga, Vlada svojoj politikom nastoji zadržati starije osobe u društvu osiguravajući „visoke mirovine, stambeno zbrinjavanje i izdašno subvencionirane usluge pripomoći u vlastitim domovima.“ (Obadić i Smolić, 2008:8).

4. MEĐUZAVISNOST ZDRAVSTVENOG SUSTAVA I EKONOMSKOG RASTA

U svom radu Bloom i Canning (2008) ukazali su da se zdravlje može promatrati kao izravan izvor ljudskog blagostanja te instrument za povećanje razine dohotka. Zdravlje kroz niz mehanizama može utjecati na dohodak, usredotočujući se na produktivnost radnika, obrazovanje djece, štednju i investicije te demografsku strukturu. Zdravlje može imati velike utjecaje na buduće životne navike i ponašanje životnog ciklusa. Studije sugeriraju da u maternici, i u prvih nekoliko godina života, zdravlje i prehrana mogu imati veliki učinak, na fizički i kognitivni razvoj i gospodarski uspjeh u odrasloj dobi. Makroekonomski dokazi o utjecaju na rast su mješoviti. Niske cijene nekih zdravstvenih intervencija koje imaju velik utjecaj na zdravlje stanovništva čine investicije u zdravstvo obećavajućim sredstvima za rast zemljama u razvoju. Osim toga, može se dati veći prioritet u rješavanju široko rasprostranjenih "zanemarenih" bolesti - tj. bolesti s niskim opterećenjima smrtnosti koje nisu prioriteti iz čiste zdravstvene perspektive, ali koji imaju znatne učinke na produktivnost. (Bloom i Canning, 2008:6)

Ekonomsko vrednovanje života i zdravlja je neizbježno pa je uobičajeno da se ta vrijednost monetarno kvantificira. Ekonomsko vrednovanje efekata ulaganja u zaštitu zdravlja utječe na društvenu odluku, koja podrazumijeva koliki će se udio BPD-a usmjeriti u zdravstvo, te racionalni raspored tih sredstava na pojedine sektore ili specifične programe mjera unutar zdravstvenog područja.

Vehovec (2014) ističe da ekonomski efekti ulaganja u zaštitu zdravlja predstavljaju značajan element prilikom donošenja odluka. Zdravstvena potrošnja nakon velikih početnih ulaganja nije se smanjila kako se predviđalo. No, uvođenjem novih tehnologija ostvaruju se brojne mjerljive i nemjerljive koristi za društvo u cjelini poput „smanjenja stope smrtnosti u svim dobnim skupinama, sve dulji životni vijek, bolja kvaliteta života pacijenata i njihovih obitelji, povećanje produktivnosti rada zdravstvenih djelatnika.“ Nadalje, ostvaruju se indirektne koristi za gospodarstvo jer zdrava populacija osigurava zapošljavanje i ekonomski rast. (Vehovec, 2014:29-30).

Kovač u članku objavljenom u Ekonomskom vjesniku 2013. godine navodi Beveridgeov model, Bismarckov model i tržišni model kao osnovna tri modela zdravstvene skrbi. Beveridgeov model podrazumijeva financiranje zdravstva iz poreza koje plaćaju svi građani, a primjenjuje se u Italiji, Velikoj Britaniji, Portugalu, Španjolskoj. Bismarckov

model karakterizira obvezno socijalno osiguranje i funkcionira po principu solidarnosti i uzajamnosti, a primjenjuje se u Hrvatskoj, Njemačkoj, Francuskoj, Belgiji, Austriji, Švicarskoj. Doprinosi za zdravstveno osiguranje plaćaju se na osnovi rada što znači da se javno zdravstvo financira doprinosima koje plaća radno aktivno stanovništvo. Tržišni model podrazumijeva privatno osiguranje te da se financiranje zdravstvenih usluga ostvaruje putem uplata kojim se pojedinci osiguravaju za određeni period. (Kovač, 2013:553-554).

Kao što je ranije navedeno, hrvatski zdravstveni sustav temelji se na Bismarckovom modelu financiranja, odnosno radi se o obveznom zdravstvenom osiguranju koje obuhvaća javno i privatno davanje i financiranje usluga. Odgovornost za zdravstvenu politiku, reguliranje standarda za zdravstvene usluge i izobrazbu, programe javnog zdravstva, promicanje zdravlja je u nadležnosti Ministarstva zdravlja. Za financiranje sustava zdravstva zadužen je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) te pokriva troškove zdravstvenih ustanova na razini od oko 80% ukupnih troškova. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje ugovara nabavljanje zdravstvenih usluga s davateljima tih usluga (razina primarne, sekundarne i tercijarne zdravstvene zaštite) pri čemu određuje osnovne zdravstvene usluge koje će biti pokrivene obveznim zdravstvenim osiguranjem. Uz obvezno zdravstveno osiguranje definira se i dobrovoljno zdravstveno osiguranje kao dopunsko, dodatno i privatno.

Frenk (2004) ističe da odluke donesene u jednoj sferi utječu na uvjete, dionike i politike u drugoj. Svi žele bolji zdravstveni sustav, ali utjecaj zdravlja na gospodarstvo ne bi trebao biti podcijenjen. Izazov usklađivanje zdravstvenih i gospodarskih politika s ciljem poboljšanja zdravstvenih ishoda, ali i smanjivanja negativnih utjecaja, istodobnim promicanjem sinergija gdje god je to moguće.

U svom radu Bloom i Canning (2008) ukazuju da postoje dva pristupa za procjenu utjecaja zdravlja na gospodarski rast. Prvi pristup procjenjuje utjecaj zdravlja s mikroekonomskog aspekta i koristi ih za procjenu veličine utjecaja na agregiranoj razini. Drugi pristup predstavlja procjenu agregatnog odnosa izravno korištenjem makroekonomskih podataka. Neposrednu poteškoću u makroekonomskim modelima predstavlja činjenica što se kao pokazatelj zdravlja stanovništva obično uzima očekivana životna dob ili neka druga mjera smrtnosti, što je u suprotnosti mjerama koje se koriste na individualnoj razini. (Bloom i Canning, 2008:11).

Osim toga, čak i izračunavanje očekivanog trajanja života zahtijeva stope smrtnosti određene dobi koje nisu dostupne za mnoge zemlje u razvoju. Konkretno, često se raspolaže samo razumnim procjenama smrtnosti novorođenčadi u zemljama u razvoju i stopama smrtnosti u starijoj dobi korištenjem standardnih životnih tablica. Procjena utjecaja zdravlja

na individualnu produktivnost podrazumijeva odnos između zdravlja populacije i agregatne proizvodnje. Otkrili su da se jaz u razini dohotka između zemalja može objasniti različitim razinama fizičkog kapitala, obrazovanja i zdravlja, s tim da su tri čimbenika uglavnom jednaki u smislu njihovog doprinosa razlikama u razinama dohotka. (Bloom i Canning, 2008:11-12).

U članku *Health Care Financing and Organization* (*HCFO*) iz 2009. se navodi da je istraživanje učinaka ekonomskih ciklusa na zdravlje zato što su brojne studije pokazale da su rezultati zdravstvenog sustava, mjereni stopama smrtnosti, protuciklični, odnosno da stopa smrtnosti raste kada gospodarstvo raste. Nadalje, Bruce Rasmussen, Kim Sweeny i Peter Sheehan u radu objavljenom 2016. godine navode da su troškovi povezani s izgubljenom i smanjenom produktivnosti uzrokovane lošim zdravljem i bolestima značajni i rastu te da vlade, poduzeća i organizacije civilnog društva moraju integrirati svoju stručnost i sredstva u potporu zdravlju i dobrobiti za društvo u cjelini. (Rasmussen, Sweeny i Sheehan, 2016:3). *Center for Health and Economy* je u 2018. objavio članak u kojem ističu da se tržište zdravstvenog osiguranja i dalje susreće sa sve većim i nepredvidivim troškovima, velikim brojem neosiguranih pojedinaca te neodgovarajućim pristupom zdravstvenoj skrbi.

4.1. Zdravstveni sustav – važan sektor utjecaja na ekonomsku aktivnost i stabilnost

Boyce i Brown (2019) u Izvješću o ekonomskim i socijalnim utjecajima te benefitima zdravstvenog sustava ističu da je primarna funkcija zdravstvenih sustava pružanje visokokvalitetnih i univerzalnih zdravstvenih usluga. Istodobno, zdravstveni sustavi, kroz potrošnju i investicije, imaju važnu ulogu u statusu i stabilnosti nacionalnih i regionalnih gospodarstava, a sve do danas taj ekonomski doprinos nije u cijelosti iskorišten. Uloga zdravstvenih sustava je sve važniju u pokretanju inkluzivnog i održivog razvoja kroz odgovorne prakse u području zapošljavanja te nabavu dobara i usluga te navedeni pozitivni socijalni utjecaj zdravstvenih sustava nije dovoljno dobro dokumentirana niti se trenutno razmatra u brojnim glavnim politikama i praksama. (Boyce i Brown, 2019:3).

4.2. Pristupi i alati za povećanje i mjerenje socijalnih i ekonomskih benefita

Boyce i Brown (2019) u Izvješću o ekonomskim i socijalnim utjecajima te benefitima zdravstvenog sustava ističu navode da zdravlje doprinosi ekonomskom i socijalnom napretku te da su ekonomska sigurnost i socijalna kohezija ključne odrednice zdravlja. U Izvješću je navedeno da je napredak u postizanju boljih socijalnih i ekonomskih uvjeta zdravlja raznolik, a nedostatak ekonomske sigurnosti i socijalne kohezije glavni su faktori razlika među državama, u smislu razlika očekivanog trajanja života, prerane smrtnosti i bolesti koje ograničavaju život u svim državama *Europske regije WHO*. Uloga zdravstvenih sustava je zaštita i promicanje zdravlja stanovništva, a sve više se uočavaju brojne ekonomske i socijalne posljedice koje su dugo bile zanemarene. Stvaranjem vidljivih socijalnih i ekonomskih utjecaja zdravstveni će sustavi dobiti jaču poziciju u lokalnim i nacionalnim razvojnim planovima i investicijskim strategijama te će dati značajan doprinos prebacivanju rasprave iz zdravstvenih sustava koji se percipiraju samo kao trošak, a te će se početi percipirati kao mehanizmi koji pokreću ekonomsku stabilnost i kao bitni partneri za postizanje socijalne i ekonomske dobrobiti. (Boyce i Brown, 2019:3).

Budući da se ekonomski i socijalni utjecaji kao i koristi zdravstvenih sustava u pravilu slabo razumiju, nerijetko se zanemaruju u glavnim razvojnim procesima i investicijskim odlukama na lokalnoj, nacionalnoj i europskoj razini pa je rasprava usredotočena na troškove zdravstvenih sustava. Zato se u brojnim zemljama dovode u pitanje javni izdaci za zdravstvo i želi ih se što više smanjiti. Međunarodne institucije, i to *Svjetska zdravstvena organizacija* (*WHO*) te *Svjetska banka*, priznaju snažnu ulogu javnih sustava za zdravstvo i obrazovanje mjerenjem ekonomskih koristi od ulaganja u ljudski kapital kroz obrazovanje, usavršavanje i profesionalni razvoj. Izdaci za zdravstvo često su značajan dio državnih proračuna što otvara priliku za utjecaj na nacionalna gospodarstva. U 2016. godini u *EU* 28 ukupni vladini izdaci za zdravstvo iznosili su 7% BDP-a, a u Norveškoj i Danskoj su iznosili 9% te na Cipru 3%. (Boyce i Brown, 2019:5).

Zdravstveni sustavi pružaju neto doprinos gospodarskom i socijalnom napretku na način na koji doprinose održivom razvoju i ekonomskom rastu, a navedeno postižu povećanjem mogućnosti zapošljavanja i provedbom uključivih politika zapošljavanja, poboljšanjem baze vještina na regionalnim i lokalnim tržištima rada, usmjeravanjem ulaganja u područja s relativno niskim ekonomskim učinkom, nabavom proizvoda od mikro, malih i srednjih poduzeća što je vidljivo na slici br. 13. (Boyce i Brown, 2019:5).



Slika 13. Ekonomski i socijalni utjecaji te benefiti zdravstvenog sustava

Izvor: Boyce T., Brown C. (2019) Economic and social impacts and benefits of health systems. [Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/395718/Economic-Social-Impact-Health-FINAL.pdf?ua=1], datum pristupa: 17.11.2019., str. 4.

4.2.1. Benefiti koji se postižu zapošljavanjem

Boyce i Brown (2019) u Izvješću o ekonomskim i socijalnim utjecajima te benefitima zdravstvenog sustava ističu da se zaposlenici u zdravstvu smatraju troškom te da se proračuni za zapošljavanje ne smatraju se ulaganjem u lokalne zajednice, no zdravstveni sustavi stvaraju višestruke ekonomske i socijalne koristi od zapošljavanja. U područjima u kojima zdravstveni sustavi predstavljaju značajnije poslodavce lokalnim stanovnicima, poslovi u zdravstvenom sektoru utječu pozitivno na lokalne zajednice povećanjem lokalnog bogatstva jer osoblje koje živi lokalno i troši lokalno. Sve navedeno pozitivno utječe na ekonomsku i socijalnu otpornost u dugom roku te na smanjenje emisija ugljika zato što ljudi putuju bliže na posao. Daljnje koristi postoje, poput naknadnih utjecaja na smještaj, prehranu, socijalnu koheziju i okoliš, kao rezultat zdravstvenih djelatnika koji žive i troše lokalno. (Boyce i Brown, 2019:11-12).

Sažeti prikaz ekonomskih i socijalnih utjecaja te benefita zdravstvenog sustava na zaposlenost nalazi se na slici br. 14.



Slika 14. Ekonomski i socijalni utjecaji te benefiti zdravstvenog sustava na zaposlenost

Izvor: Boyce T., Brown C. (2019) Economic and social impacts and benefits of health systems. [Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/395718/Economic-Social-Impact-Health-FINAL.pdf?ua=1], datum pristupa: 17.11.2019., str. 12.

Zdravstveni sustavi putem zapošljavanja lokalnog stanovništva mogu podržati radna mjesta što predstavlja važnu društvenu odrednicu zdravlja. Osim što pružaju mnogo radnih mjesta, zdravstveni sustavi vodeći su u pružanju dobrih radnih mjesta što se mjeri uvjetima rada koje pružaju: dobra plaća, naknade za zaposlenike poput rodiljinog i roditeljskog dopusta te osiguravanje da radnici koji rade skraćeno i puno radno vrijeme dobivaju slične beneficije, minimalna upotreba ugovora na određeno vrijeme, sigurni radni uvjeti, sigurnost i mogućnost sudjelovanja u kolektivnim pregovaranjima, mogućnosti za napredovanje i razvoj karijere. Prema ranije navedenom Izvješću, zdravstveni sustavi Europske regije *Svjetske zdravstvene organizacije* su vodeći u osiguravanju dobrih radnih uvjeta. Također, zaposleno je mnogo žena i to na visokokvalitetnim poslovima, a u zdravstvenom sektoru ima više žena na rukovodećim pozicijama u odnosu na većinu ostalih sektora, odnosno više od polovice (55%) rukovoditelja u zdravstvenom sustavu čine žene. Ravnopravnost spolova povećava se povećanjem lokalnih mogućnosti zapošljavanja i sigurnosti za žene. Poslovi u zdravstvu i socijalnoj skrbi uključuju žene pa je tako analiza u 123 zemlje utvrdila da žene čine 67% zaposlenosti u zdravstvu i socijalnoj skrbi. Zdravstveni sektori imaju i jedan od najvećih

udjela starijih radnika pa je tako najmanje 30% radnika u zdravstvenom sustavu starije od 50 godina. Osim toga, poslovi u zdravstvenom sektoru pružaju vrlo dobre mogućnosti za usavršavanje te je više 50% zaposlenika u 2014. godini pohađalo usavršavanje koje plaćaju poslodavci. (Boyce i Brown, 2019:12-13).

Razina vještina, korištenje vještina, raznolikost zadataka, autonomija, kontrola, tempo rada, ugovorni status, radno okruženje i mogućnosti usavršavanja predstavljaju elemente kvalitete poslova. Istraživanje provedeno u Europi utvrđeno je da na poslovima u zdravstvu postoji visoki stupanj rotacije poslova (64%). Zdravstveni sustavi također poboljšavaju jednakost u smislu napredovanja i usavršavanja, a osobe s visokom obrazovanjem žive kvalitetnije, zdravije te je vjerojatnije da žive i rade u sigurnijim i zdravijim sredinama. (Boyce i Brown, 2019:12-13).

4.2.2. Benefiti koji se postižu kroz nabavu

Boyce i Brown (2019) u Izvješću o ekonomskim i socijalnim utjecajima te benefitima zdravstvenog sustava ističu da javne institucije raspolažu značajnim budžetima za nabavu, a isti predstavljaju priliku su za izgradnju održivih lokalnih gospodarstava i zajednica. Navedenom u prilog ide i činjenica da javna nabava u *EU* čini 14% BDP-a te 29% državne potrošnje, odnosno više od 1,9 bilijuna eura. Zdravstveni sustavi imaju velike proračune za nabavu i kao rezultat toga su snažni i utjecajni kupci roba i usluga. Uzimajući u obzir da se ne mogu sve robe i usluge proizvesti lokalno, ako se provodi centralna javna nabava, zdravstveni sustavi mogu postići značajnu učinkovitost na nacionalnoj razini. Outsourcing roba i usluga može pridonijeti stvaranju nejednakosti u prihodima, budući da se ne koriste usluge dobavljača koji djeluju u lokalnim zajednicama. Javna nabava smatra se u pravilu troškom, a ne prilikom za ekonomski rast pa ne začuđuje da je uobičajeni pristup nabave smanjenje neposrednih troškova kroz korištenje kriterija najniže cijene kao glavnog cilja. U 2014. godini *EU* je uvela nova pravila kojima se osigurava da se javna sredstva troše racionalno i učinkovito te veće uključivanje zajedničkih društvenih ciljeva u proces nabave. U 2018. godini *EU* je navela da javni naručitelji mogu i trebaju primijeniti druge kriterije osim samo najniže cijene ili isplativosti, uključujući kvalitativne, ekološke i / ili socijalne aspekte. (Boyce i Brown, 2019:16).

Svjetska zdravstvena organizacija, Svjetska banka i Europska unija zagovaraju stratešku nabavu radi stvaranja uspješnih i održivih gospodarstava kroz poboljšanje jednakosti, kvalitete i efikasnosti, lanci opskrbe doprinose gospodarskom rastu, otvaranju

novih radnih mjesta, smanjenju siromaštva, poduzetništvu i prijelazu radnika iz neformalne u formalnu ekonomiju. Također, navode da je učinkovita javna nabava ključna je za rješavanje brojnih izazova politike što uključuje „rast i radna mjesta, fiskalnu disciplinu, modernizaciju javne uprave, borbu protiv korupcije i mita, pristup tržištu malim i srednjim poduzećima, povjerenje građana u javna tijela i demokraciju, kao i inovacije te održivi rast u okolišu.“ Povećanje bogatstva lokalne zajednice kroz učinkovitiju nabavu rezultira zdravijim i jačim zajednicama. (Boyce i Brown, 2019:16-17).

4.2.3. Benefiti koji se ostvaruju kroz lokalna partnerstva i društvenu zajednicu

Boyce i Brown (2019) u Izvješću o ekonomskim i socijalnim utjecajima te benefitima zdravstvenog sustava ističu da brojni dionici utječu na zdravstvene rezultate stoga se različitim pristupom zdravstvenoj skrbi i uslugama može dovesti do povećanja nejednakosti u zdravstvu. Zdravstveni sustavi imaju ključnu ulogu u zdravlju stanovništva jer izravno i neizravno utječu na očekivani životni vijek i kvalitetu života. U svrhu utjecaja na lokalno gospodarstvo zdravstveni sustavi trebaju stvoriti partnerstva sa širim spektrom sektora i organizacija kao što su: ministarstva, obrazovanje, poduzeća, organizacije civilnog društva i lokalne zajednice. (Boyce i Brown, 2019:23).

Socijalno propisivanje ili tzv. „preporuka zajednice“ predstavlja sredstvo za poboljšanje socijalne i ekonomske dobrobiti u zajednici, a uključuje zdravstvene radnike koji pojedince upućuju na niz lokalnih, nekliničkih usluga koje često pruža zajednica ili dobrovoljni sektor čime se ublažava pritisak na zdravstvene usluge. Sheme socijalnog propisivanja uključuju razne aktivnosti koje se odnose na determinante zdravlja, a to su zdrava prehrana i upravljanje težinom, savjeti o sportu i vježbanju, financijski savjeti i pomoć u korištenju usluga sustava socijalne zaštite, mogućnosti za umjetnost i kreativne aktivnosti. (Boyce i Brown, 2019:23).

4.3. Procjenjivanje ekonomskih i socijalnih udara na zdravstveni sustav

Boyce i Brown (2019) u Izvješću o ekonomskim i socijalnim utjecajima te benefitima zdravstvenog sustava ističu da je prvi korak za zdravstvene sustave razumijevanje snažne ekonomske i socijalne uloge koju imaju u zajednici u kojoj se nalaze. „Zdravstveni sustavi mogu pokazati svoju lokalnu vrijednost i doprinos lokalnim ekonomijama tako što

identificiraju vođe koji će se uključiti u ovaj posao i bolje objasniti što rade kako bi pomogli lokalnoj zajednici.“ (Boyce i Brown, 2019:24).

Za ulaganje u budućnost, stvaranje održivih zdravstvenih sustava, rješavanje nejednakosti i osiguravanje održive ekonomije u kojoj svi mogu uspjeti i napredovati potrebne su nove ideje. Usluge koje nas održavaju "sigurnim, zdravim i civiliziranim" poput vode, infrastrukture ili zdravstvenih usluga, usluge su koje se često uzimaju zdravo za gotovo i trebaju se platiti, a često se promatraju samo kao trošak. Zapravo se radi o nepriznatom potencijalu koji može imati značajne ekonomske i socijalne koristi od lokalnog, regionalnog i nacionalnog gospodarstva. Potrebni su cjelovitiji pristupi koji naglašavaju održivi razvoj, kao i stvaranje sustava u kojima financiranje ostaje u lokalnim zajednicama. (Boyce i Brown, 2019:27).

4.4. Međuovisnost ekonomskog rasta i zdravstvenog sustava

Vašiček (2016), a kako je navedeno u radu Jakšić (2002), kroz sustav zdravstva se provodi liječenje bolesti i mjere za očuvanje zdravlja stanovništva. Vašiček (2016), a kako je navedeno u radu Jakšić (2002), navodi da „zdravlje, odnosno bolest, posljedica je djelovanja nasljednih faktora i faktora koji se mogu podijeliti u tri skupine:

1. Socijalno-ekonomski faktori (među koje treba ubrojiti i fizičku okolinu,
2. Utjecaji vezani uz odgoj, obrazovanje i kulturu,
3. Utjecaji koji proizlaze iz sustava zdravstvene i socijalne zaštite“. (Vašiček, 2016:1).

Vašiček (2016), a kako je navedeno u radu Ostojić, Bilas i Franc (2012), vrlo važnu ulogu u brizi o javnom zdravlju i zdravstvenom sustavu imaju odluke vlade stoga se zdravstveni sustav može definirati kao „rezultat odluka o načinu prikupljanja i alokacije resursa, organizacije javnih dobara, pružanju zdravstvene zaštite, upravljanja i organizacije radnih mjesta u zdravstvenim ustanovama“. Uz to, zdravstvo se promatra kao „javna služba od posebnog društvenog interesa koja organizirano djeluje u zdravstvenim ustanovama“. (Vašiček, 2016:1). Zdravstvo direktno utječe na pojedinca jer svi žele biti zdravi i navedeno predstavlja tumačenje zdravlja kao potrošnog dobra. Zdravlje kao kapitalno dobro podrazumijeva da zdravlje ima utjecaj na pojedinca i na cjelokupno tržište zato što „zdravi ljudi manje vremena provode na bolovanju, odnosno da su sposobniji za rad i obavljanje radnih aktivnosti izravno ili neizravno povezanih s tržištem“. Također, dolazi do povećanja

zadovoljstva i dohotka kao posljedica više rada. Uz to navodi se da pojedinci proizvode i potražuju zdravlje te da na proizvodnju zdravlja utječu zdravstveni sustav te obrazovanje, okruženje, socioekonomski status, biologija i genetika. (Vašiček, 2016:3). Prema Ćosić i Fabac (2001) cilj ekonomskog rasta i razvitka jesu „povećanje dobra i blagodati u društvu“, odnosno povećanje proizvodnje i životnog standarda, bolja socijalna i zdravstvena skrb, visoka zaposlenost, veći izvoz i konkurentnost ekonomije. (Ćosić i Fabac, 2001:216).

Prema Kunac (2016), a kako je navedeno u radu Reić i Mihaljević Kosor (2014.), ekonomski se rast izražava BDP-om ili BDP-om per capita, odnosno po stanovniku. BDP- om se izražava „cjelokupna vrijednost proizvodnje svih finalnih dobara i usluga u jednoj zemlji u godini dana“. Dakle, BDP pokazuje „sposobnost nekog društva da zadovoljava svoje potrebe za dobrima koja se na tržištu koriste kao predmet tržišne razmjene“. (Kunac, 2016:2).

Vašiček (2016), a kako je navedeno u radu Jurković (1986), navodi ekonomske karakteristike zdravstva i zdravstvenih usluga su slijedeće:

1) „Neregularnost i nepredvidivost izbijanja bolesti pojedinca
2) Postojanje tzv. eksternih efekata (eksternalija)
3) Nesposobnost pojedinca da u većini slučajeva ocijeni svoje zdravstveno stanje, odnosno izuzetno važna uloga medicinskih stručnjaka u prosuđivanju nužnosti, opsega i načina medicinskog tretmana u konkretnom slučaju
4) Dvostruki karakter izdataka za zdravstvenu zaštitu – oni su uvijek potrošnja, nešto što izravno povećava životni standard (kvalitetu života pojedinca), ali istodobno u velikom broju slučajeva i investicija
5) Zdravstveno područje istodobno je intenzivno i radom i kapitalom, tj. Po jedinici outputa zahtjeva relativno visoko angažiranje rada i kapitala
6) Povezanost i međuovisnost osnovne djelatnosti (pružanje zdravstvenih usluga) s procesom obrazovanja novih kadrova, koja je toliko istaknuta da zdravstvo ima gotovo sve karakteristike proizvodnje vezanih proizvoda
7) Zdravstvena je djelatnost netečevinskog karaktera.“ (Vašiček, 2016:3).

U svom radu Vehovec, ur. (2014) ističe da se rast zdravstvene potrošnje u dugom roku se ne može zaustaviti te da financiranje zdravstva mora postati efikasno. Budući da se održavanje zdravlja smatra najvrjednijim i najproduktivnijim oblikom osobne potrošnje, u dugom roku dolazi do povećanja zdravstvene potrošnje. Toj tezi u prilog ide činjenica da se povećava očekivano trajanje života u razvijenim zemljama kao i neprekidan razvoj medicinske tehnologije. (Vehovec, 2014:29-30).

Vašiček (2016) ističe da su zdravstvene potrebe svakim danom sve veće, a izvori sredstava i ukupni resursi potrebni za zaštitu zdravlja i borbu protiv bolesti su ograničeni pa se javlja jaz između potražnje za zdravstvenim uslugama i mogućnost financiranja zdravstvene potrošnje. Nadalje, mogućnost financiranja zdravstvene zaštite ovisi o javnim politikama i proračunskim ograničenjima pa je potrebno istražiti mogućnosti unapređenja poslovanja zdravstvenih ustanova, politike cijena zdravstvenih usluga i modele financiranja zdravstvene zaštite. (Vašiček, 2016:4).

5. ZDRAVSTVENI SUSTAV UZ EKONOMSKE I SOCIJALNE PRIORITETE NA PRIMJERU REPUBLIKE HRVATSKE

Prema *OECD* (2017) Hrvatska svojim stanovnicima pruža pristup javno financiranim zdravstvenim uslugama usprkos velikim proračunskim pritiscima na izdatke za zdravstvo, te je pokrenula niz važnih zdravstvenih reformi za unaprjeđenje rada zdravstvenog sustava. (OECD, 2017:3).

Džakula, Lončarek, Radin, (2018.) navode probleme s kojima se suočava zdravstveni sustav Republike Hrvatske, a to su: dug zdravstva od 3,5 milijardi kuna s tendencijom rasta od 1,5 milijardi kuna godišnje te neracionalno gospodarenje, nedovoljno izdvajanje za zdravstvo po glavi stanovnika. (Džakula, Lončarek, Radin, 2018:58). U članku „Ne možete nas zadržati dekretima i zabranama nego boljim uvjetima“ iz 2019. godine navode se problemi zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, a to su:

- „Nezadovoljstvo svih dionika sustava, od liječnika do pacijenta – zbog loših materijalnih i ranih uvjeta, a pacijenata zbog loše dostupnosti niza zdravstvenih usluga
- Loš odnos rukovodstva zdravstvenih ustanova prema kolektivu
- Nedostatak sustava stimulacije stručnog napredovanja
- Manjkavo provođenje edukacija
- Loši uvjeti rada i zastarjela oprema
- Podcjenjivanje liječničke profesije
- Nedostatak liječnika, posebice specijalista
- Loša organizacija rada u zdravstvenim ustanovama
- Prevelika očekivanja osiguranika
- Neprimjerena cijena zdravstvenih usluga

- Korupcija na svim razinama u zdravstvu uzrokovana nemarom i nedostatkom volje vodećih ljudi zdravstvenog sustava da se taj problem riješi konkretnim potezima“ (HLK, 2019:16-20).

U članku „Ne možete nas zadržati dekretima i zabranama nego boljim uvjetima“ iz 2019. godine navode se i prijedlozi prioriteta, a neki od njih su uvođenje reda, rada i discipline, kontrola i evaluacija rada liječnika, visina bolničkog proračuna povezana s rezultatima rada, sankcioniranje pacijenata koji propuste naručeni pregled ili pretragu, financijsko stabiliziranje sustava, nastavak reforme bolničkog sustava. (HLK, 2019:16-20).

Džakula, Lončarek, Radin, (2018.) navode kako hrvatski zdravstveni sustav sadrži snažne tradicije i znanja u pružanju zdravstvene zaštite te naslijeđenu strukturu zdravstva, ali dugotrajna kriza u zdravstvu najviše pogađa temeljne strukture. (Džakula, Lončarek, Radin, 2018:66).

5.1. Infrastruktura i korištenje zdravstvenog sustava

Prema Čatipović (2014.) zdravstveni sustav u Hrvatskoj reguliran je zakonskim okvirom koji uključuje Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakon o zaštiti prava pacijenata. (Čatipović, 2014:69). Prema članku 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisano je da se predmetnim zakonom „uređuju načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i obveza osoba u korištenju zdravstvene zaštite, nositelji društvene skrbi za zdravlje stanovništva, sadržaj i organizacijski oblici obavljanja zdravstvene djelatnosti te nadzor nad istima.“

Prema članku 13. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, „zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.“

Nadalje, prema članku 29. Zakona o zdravstvenoj zaštiti, primarna, sekundarna, tercijarna razina i razina zdravstvenih zavoda su osnovne razine na kojim se obavlja zdravstvena djelatnost. Člankom 30., stavak 1. Zakona o zdravstvenoj zaštiti propisano je što uključuje primarna razina zdravstvene djelatnosti, a to su:

- praćenje zdravstvenog stanja i predlaganje mjera zaštite stanovništva,
- sprečavanje i otkrivanje bolesti,
- rehabilitacija i liječenje bolesnika,

- medicina rada,
- hitna medicina,
- palijativna skrb,
- zaštita mentalnog zdravlja,
- opskrba i izrada lijekova,
- zdravstvena rehabilitacija djece i mladeži s poremećajima,
- zdravstvena zaštita osoba starijih od 65 godina,
- zdravstvena zaštita žena,
- zdravstvena zaštita mladeži,
- specifična preventivna zdravstvena zaštita djece i mladeži,
- patronažne posjete,
- zdravstvena njega u kući,
- sanitetski prijevoz,
- sprječavanje i liječenje bolesti zubi i usta s rehabilitacijom,
- higijensko-epidemiološka zaštita.

Dom zdravlja, ustanova za zdravstvenu skrb, ustanova za zdravstvenu njegu i ustanova za palijativnu skrb su samo neke od zdravstvenih ustanova na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti koje su propisane člankom 30., stavak 2. Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Javna zdravstvena služba na primarnoj razini može se obavljati i na osnovi koncesije.

Zdravstvene ustanove na sekundarnoj razini uključuju poliklinike, bolnice i lječilišta, dok se zdravstvena djelatnost na tercijarnoj razini obavlja u klinikama, kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima. Ljekarnička djelatnost se obavlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, a obuhvaća opskrbu stanovništva lijekovima i medicinskim proizvodima. Prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju, osigurane osobe imaju prava i obveze u korištenju zdravstvene zaštite, kao i druga prava i obveze iz zdravstvenog osiguranja. U Republici Hrvatskoj zdravstveno osiguranje dijeli se na osnovno, dopunsko i privatno. Osnovno je zdravstveno osiguranje obvezno i provodi ga Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Dopunsko i privatno zdravstveno osiguranje je dobrovoljno. Dopunskim zdravstvenim osiguranjem se osigurava plaćanje razlike u vrijednosti zdravstvenih usluga koje u okviru osnovnog zdravstvenog osiguranja ne podmiruje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Privatno zdravstveno osiguranje ustanovljuje se individualnim ugovorom između osiguravatelja i osobe te omogućava osiguraniku prava iz zdravstvenog osiguranja.

Temeljna prava koja proizlaze iz osnovnog zdravstvenog osiguranja su prava na zdravstvenu zaštitu i pravo na novčanu naknadu. Osnovno zdravstvo financira se doprinosima osiguranika, doprinosima poslodavaca, doprinosima drugih obveznika plaćanja doprinosa utvrđenih ovim i drugim zakonima, posebnim doprinosima za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, posebnim doprinosima za slučaj ozljede na radu, prihodima iz državnog proračuna te prihodima od kamata, dividendi i drugim prihodima. U Republici Hrvatskoj pravo na zdravlje je ustavna kategorija za sve građane. Kao potpisnica Konvencije o zaštiti ljudskih prava i dostojanstva ljudskoga bića u pogledu primjene biologije i medicine, Hrvatska se vlada obvezala na uređenje zakonodavstva u skladu s odredbama Konvencije te je 2004. godine donesen Zakon o zaštiti prava pacijenata. Zakon uređuje moralne, etičke i građanske norme ponašanja korisnika i davatelja zdravstvenih usluga te se temelji na načelima humanosti i dostupnosti.

5.2. Ljudski resursi u zdravstvu

Prema podacima Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. -2020. je krajem 2011 godine u sustavu zdravstva Republike Hrvatske bilo stalno zaposleno 73.077 djelatnika i to 55.781 zdravstvenih djelatnika i suradnika, 5.068 administrativnih i 12.228 tehničkih djelatnika. Nadalje, u strukturi stalno zaposlenih najveći udio čine zdravstveni djelatnici srednje stručne spreme i to 38% (29% medicinskih sestara i 9% ostalih djelatnika), a doktori medicine čine 17%. Promatrajući prosječnu životnu dob svih zaposlenih zdravstvenih djelatnika dolazi se do zaključka da se prosječna životna dob povećala za 5,9 godina u odnosu na 1995. godinu, a krajem 2011. godine je iznosila 49,5 godina. Komore provode dodjelu i obnovu licenci, a članovi komore su doktori medicine, doktori dentalne medicine, magistri farmacije, medicinske sestre kao i drugi zdravstveni djelatnici. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:270-273).

U Hrvatskoj djeluje osam komora:

1. Hrvatska liječnička komora
2. Hrvatska komora dentalne medicine
3. Hrvatska komora medicinskih sestara
4. Hrvatska komora primalja
5. Hrvatska komora fizioterapeuta
6. Hrvatska komora medicinskih biokemičara

7. Hrvatska komora zdravstvenih djelatnika. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:270-273).

Hrvatski liječnički zbor udružuje čak 148 stručnih društava sa zadaćom unapređenja stručnog i znanstvenog rada liječnika i stomatologa ima Hrvatski liječnički zbor koji udružuje 148 stručnih društava. Također, sličnu ulogu ima Hrvatska udruga medicinskih sestara koja ima 25 stručnih društava i 41 podružnicu diljem Hrvatske. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:273).

Prema podacima Hrvatskoj zavoda za javno zdravstvo i Nacionalnog registra pružatelja zdravstvene zaštite, u javnom sektoru je 31.07.2019. godine je bilo zaposleno 13.571 doktora medicine, a 31.12.2018. godine 13.733 liječnika. Zdravstvene ustanove, trgovačka društva za obavljanje zdravstvene djelatnosti i zdravstveni radnici privatne prakse dostavljaju podatke o radnicima koji se zapošljavaju u sustavu zdravstva.

Nacionalni registar pružatelja zdravstvene zaštite raspolaže podacima o zdravstvenim radnicima koji su u radnom odnosu u sustavu zdravstva, a komore raspolažu podacima o broju licenciranih zdravstvenih radnika što znači da to mogu biti i oni zdravstveni radnici koji su u mirovini, a koji još imaju važeću licencu ili oni koji ne rade u zdravstvenom sustavu, a imaju licencu. Zbog svega navedenog su podaci komora o broju licenciranih veći od onih koji su u radnom odnosu u zdravstvu.

Prema podacima Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. -2020. zdravstvena djelatnost spada u visokorizične djelatnosti pa je tako 2010. godine od 101 prijavljene profesionalne bolesti njih 7% odnosilo na djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. Nadalje, 2010. godine je od 15.791 prijavljenih ozljeda na radu njih 8,9% se odnosilo na djelatnosti zdravstvene zaštite i socijalne skrbi. Zbog povećanih rizika po zdravlje zdravstvene ustanove su obvezne izraditi procjenu opasnosti svih radnih mjesta te provoditi mjere za zaštitu na radu. 2007. godine donesen je Globalni plan djelovanja za zdravlje radnika od strane članica Svjetske zdravstvene skupštine, a u okviru plana je predviđen razvoj nacionalnih programa zaštite zdravlja i sigurnosti na radu zaposlenih u zdravstvu. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:279-280).

5.3. Održivost zdravstvenih sustava i zdravstvenih ustanova

Prema Strateškom planu Ministarstva zdravstva za razdoblje 2019. – 2021. zdravstveni sustav u RH „će unaprijediti kvalitetu života i stvoriti uvjete za gospodarski rast kroz

očuvanje i unapređenje zdravlja svakog pojedinca i cijele populacije.“ Na zdravlje utječe veliki broj čimbenika izvan sustava zdravstva, stoga zdravstveni sustav mora ojačati svoj kapacitet za suradnju s drugim sektorima i unaprijediti vlastiti kapacitet za preoblikovanje kako bi se odgovorilo na nove zdravstvene izazove i potrebe stanovništva. Zdravstveni sustav RH na djelotvoran i racionalan način treba provoditi mjere zaštite i unapređenja zdravlja te liječenja i rehabilitacije bolesnika pri čemu će se treba voditi znanstveno utemeljenim spoznajama. Sustav bolesnicima treba dati središnju i aktivnu ulogu koja se temelji na visokim etičkim i moralnim normama.

5.4. Zdravlje kao prioritet

Prema podacima Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. -2020. zdravlje predstavlja osnovnu vrijednost zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj. Pravo na zdravstvenu zaštitu je ustavno pravo svakog građanina pa se zdravstveni sustav temelji na „ravnopravnosti u pristupu sredstvima za održavanje ili poboljšavanje zdravlja, pravednosti u raspodjeli tih sredstava te solidarnost među socijalnim skupinama i generacijama. Zadatak zdravstvenog sustava je osigurati ustavno pravo svakog građana na zdravstvenu zaštitu pa je u organizaciji zdravstvenog sustava važno voditi računa o temeljnim načelima prema kojima svaki građanin ima „pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja“. „U pružanju zdravstvene zaštite svi segmenti sustava i subjekti koji obavljaju zdravstvenu djelatnost dužni su poštivati načelo usmjerenosti na pacijenta i prepoznati zdravstvene potrebe te tako usmjeravati svoje djelovanje prema prioritetima koji štite temeljna prava pacijenata te osiguravaju dobrobit pojedinca i cijele zajednice.“ Uz to, postoje i opća načela kojih se trebaju pridržavati svi građani i brinuti o svome zdravlju i ne ugrožavati zdravlje drugih. Nadalje, svaki građanin je obvezan pružiti prvu pomoć ozlijeđenoj ili bolesnoj osobi i omogućiti joj pristup do hitne medicinske pomoći u hitnim slučajevima. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:369-370).

Prema načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti i dostupnosti se provodi zdravstvena zaštita stanovništva u Hrvatskoj. „Organizacija pružanja zdravstvene zaštite zasnovana je na načelu cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.“ Sveobuhvatnost zdravstvene zaštite podrazumijeva da je „uključeno cjelokupno stanovništvo RH u provedbi odgovarajućih mjera zdravstvene zaštite u skladu sa zakonom.“ „Kontinuiranost zdravstvene zaštite postiže se ukupnom organizacijom zdravstvene djelatnosti, osobito na razini primarne zdravstvene djelatnosti koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu kroz sve životne dobi.“ Razvidno je da sustav zdravstvene djelatnosti u RH mora biti međusobno funkcionalno povezan i usklađen kako bi se osiguralo njegovo kontinuiranog djelovanja. Načelo supsidijarnosti podrazumijeva „rješavanje zdravstvenog problema na najnižoj razini zdravstvene zaštite na kojoj je to moguće.“ „Dostupnost zdravstvene zaštite se ostvaruje takvim rasporedom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koje obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika na području RH koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite.“ Usluge zdravstvene zaštite moraju biti tako pružene da ih mogu

koristiti svi građani bez obzira na obrazovanje, ekonomski status, vjerskim uvjerenjima i drugo.

Načelo cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite koristi se prilikom organizacije i regulacije pružanja zdravstvene zaštite, a za specifične potrebe kao i složene zdravstvene probleme primjenjuje se načelo specijaliziranog pristupa. Temeljna načela u zaštiti prava pacijenta su humanost i dostupnost pri čemu se načelo humanosti ostvaruje se „osiguravanjem poštivanja pacijenata kao ljudskog bića, osiguravanjem prava na fizički i mentalni integritet pacijenta te zaštitom osobnosti pacijenta uključujući poštivanje njegove privatnosti, svjetonazora te moralnih i vjerskih uvjerenja.“ (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:370-371).

U okviru Nacionalne strategije je izrađena SWOT analiza te objekt predmetne analize predstavlja zdravstveni sustav Republike Hrvatske, a elementi u analizi su proizašli iz kvalitativnih podataka koje su rezultat istraživanja. U nastavku se nalazi definicija snaga, slabosti, prilika i prijetnja u zdravstvenom sustavu RH, a prema Nacionalnoj strategiji.

1. „Snage – stanje i trendovi s pozitivnim predznakom ili utjecajem, a odnose se na zdravstvo ili pokazatelje zdravlja stanovništva
2. Slabosti – stanje i trendovi s negativnim predznakom ili utjecajem, a odnose se na zdravstvo ili pokazatelje zdravlja stanovništva
3. Prilike – stanje i trendovi koji se odnose na društveno, političko ili ekonomsko okruženje, a imaju pozitivan predznak ili utjecaj na zdravlje stanovništva ili zdravstveni sustav
4. Prijetnje – stanje i trendovi koji se odnose na društveno, političko ili ekonomsko okruženje, a imaju negativan predznak ili utjecaj na zdravlje stanovništva ili zdravstveni sustav.“ (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:373).

Detaljna SWOT analiza zdravstveni sustav Republike Hrvatske koja je izrađena u sklopu Nacionalne strategije nalazi se u prilogu 1. ovog rada.

5.5. Strateški problemi u hrvatskom zdravstvu

Prema podacima Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012. -2020. „slaba povezanost i kontinuitet u zdravstvu, neujednačena ili nepoznata kvaliteta zdravstvene zaštite, nedovoljna učinkovitost i djelotvornost u zdravstvenom sustavu, slaba ili neujednačena

dostupnost zdravstvene zaštite, razmjerno slabi pokazatelji zdravlja, odlazak zdravstvenih djelatnika iz RH“ predstavljaju strateške probleme u hrvatskom zdravstvu. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:379).

Sustav zdravstva je u velikoj mjeri informatiziran, no cijeli proces informatizacije nije odrađen pravilno stoga se sustav susreće s brojnim problemima poput nepostojanja međusobne veze između bolnica, nepostojanje informatička povezanost za objedinjenu nabavu, zajedničko korištenje opreme ili razmjenu ljudskih resursa te nepostojanje informatičke povezanosti primarne zdravstvene zaštite i bolnica. Nadalje, u zdravstvenom sustavu je organizirano više od 60 raznih registara koji nisu povezani, a još manje ujednačeni prema modelu podataka. Osim toga, ljekarnici nemaju uvid u posebne stavke zdravstvenog kartona pacijenta. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:379).

Zbog uvođenja koncesija u primarnu zdravstvenu zaštitu javljaju se teškoće u organizaciji kontinuirane primarne zdravstvene zaštite te u pronalaženju zamjena za zdravstvene djelatnike tijekom godišnjeg odmora ili bolovanja, a ne postoji odgovarajuća komunikacija između liječnika obiteljske medicine i patronažnih sestara, ljekarnika i ostalih u sustavu zdravstva. Pacijenti nerijetko „preskaču primarnu razinu i traže zdravstvene usluge izravno u bolnicama“. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:380).

Problem se javlja i u slučaju izobrazbe liječnika jer je usmjerena na rad u sekundarnim i tercijarnim ustanovama stoga po završetku obrazovanja nisu adekvatno osposobljeni za rad u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Nepostojanje vanjske ocjene kvalitete zdravstvenih ustanova, neadekvatni postojeći kadrovi i kapaciteti sustava za upravljanje kvalitetom uz kolektivne ugovore koji ne otvaraju mogućnosti za nagrađivanje kvalitetnog i sankcioniranje nekvalitetnog rada, nepovoljna ekonomska situacija, proračunski manjak predstavljaju daljnje probleme u sustavu zdravstva. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:380). Iz svega navedenog zaključuje se da postoji značajan prostor za poboljšanje.

Sustav plaćanja bolnicama je neučinkovit zato što potiče bolnice da produžuju ostanak pacijenata. Nadalje, liječnici u primarnoj zaštiti su primaju godišnju naknadu po broju pacijenata, a uzimajući u obzir manjak liječnika u primarnoj zaštiti, ne iznenađuje činjenica da se povećava udio zaštite koja bi se trebala pružiti na primarnoj razini, ali se prosljeđuju na sekundarnu razinu, a službe za hitnu medicinsku pomoć nerijetko se koriste za prijevoz pacijenata. Također, izdaci za lijekove su izrazito visoki i često neopravdani stoga bi se trebalo pristupiti racionalizaciji potrošnje lijekova. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:381).

Promatrajući infrastrukturu, zaključuje se da je iznimno velika, slabo održavana i energetski nedovoljno djelotvorna, a bolnički sustav nije prilagođen potrebama stanovništva. Najveći problem zdravstvenog sustava u RH je manjak zdravstvenih djelatnika čime se ograničava dostupnost zdravstvene zaštite i to ruralnim područjima, na otocima, i u manjim gradovima. Osim toga, vrlo visoka prosječna životna dob zdravstvenih djelatnika ugrožava dostupnost zdravstvene zaštite u dugom roku, a zbog stanja u zdravstvu, mladima je navedena profesija manje atraktivna. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:381-382).

U Hrvatskoj je alarmantno stanje jer ne postoji kultura preuzimanja osobne odgovornosti za vlastito zdravlje pa rizični čimbenici poput pušenja, pretilosti i pretjerane konzumacije alkohola sve više dolaze do izražaja. (Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020., 2012:382).

Prema podacima Hrvatske liječničke komore (dalje u tekstu: HLK) prosječna dob radno aktivnih liječnika u Hrvatskoj, od njih 15.207 koji su članovi Komore, je 46 godina. Također, prema podacima HLK-a, trenutačno je najviše liječnika u dobi od 55 do 59 godina, njih 2.271 ili 14,93 %., zatim u dobi između 50 i 54 godine je ukupno 2.141, a liječnika u dobi između 30 i 34 godine je 1.956. Liječnika u dobi od 35 do 39 godina je 1.801, odnosno 11,84 %, a upravo liječnici iz te dobne skupine najviše odlaze iz Hrvatske, a prosječna dob liječnika koji traže potvrde za odlazak u inozemstvo je 39 godina. Otkako je Hrvatska postala članicom Europske unije, HLK je primila 1.818 zahtjeva liječnika za potvrdama potrebnima za rad u zemljama Unije. Broj liječnika specijalista u četiri godine smanjen je za 15 % ili za otprilike tisuću, a njihova prosječna dob je 53 godine te u Hrvatskoj nedostaje oko 2.500 specijalista kako bi bila na razini prosjeka EU-a. Nažalost, Hrvatsku napuštaju liječnici u naponu snage, a trend će biti teško zaustaviti jer će u Europskoj unijeli biti još više slobodnih radnih mjesta u zdravstvu.

Prema podacima Samostalnog sindikata zdravstva i socijalne skrbi Hrvatske, u kolovozu 2019. godine su predstavnici sindikata i ministar zdravstva Milan Kujundžić potpisali Dodatak II. Kolektivnom ugovoru za djelatnost zdravstva i zdravstvenog osiguranja. Navedenim Dodatkom će se zaposlenima u zdravstvu od rujna 2019. povećavati dodaci na plaće za 7 % pa će tako liječnik s 20 godina staža dobit će povećanje između 600 i 700 kuna neto, a medicinske sestre s istim godinama staža, od 250 do 350 kuna neto. Za isplatu uvećanih dodataka bit će potrebno oko 400 milijuna kuna godišnje. Međutim, teško da će ta mjera zaustaviti negativan trend odlazaka zdravstvenih djelatnika iz Hrvatske.

6. ZAKLJUČAK

U zdravstvenom sustavu RH proveden je niz reformi koje su pridonijele preobrazbi naslijeđenog rascjepkanog sustava zdravstva. Sustav zdravstva Republike Hrvatske obilježava loša organizacija, trajni nedostatak menadžerstva u zdravstvu, znatna neučinkovitost te odlazak zdravstvenih djelatnika iz RH. Ravnatelji bolnica imaju dobra medicinska znanja i iskustva, ali većini nedostaje menadžersko obrazovanje, spoznaje i iskustva za uspješno i ekonomski učinkovito vođenje ustanova. Ujedno postoji i velika koncentracija zdravstvenih ustanova u većim gradovima, pogotovo u Zagrebu, dok su pojedina područja vrlo slabo kadrovski i materijalno opslužena. Istražujući stanje u RH uz usporedbu s drugim zemljama *EU* za primijetiti je kako se skraćuje broj dana boravka u bolnicama, ali i dalje je postotak zauzetosti bolničkih kreveta među najvišima u Europi.

Iako je obrazovna struktura u Hrvatskoj osjetno poboljšana, isto pridonosi većoj brizi o vlastitom zdravlju, a razmjerno visoka nezaposlenost i nedovoljna razina dohotka s obzirom na aspiracije stanovništva mogli bi nepovoljno utjecati na zdravstveno stanje stanovništva. Nažalost, u Hrvatskoj nije razvijena kultura brige o vlastitom zdravlju, pa je veliki zdravstveni problem stanovništva nekvalitetna prehrana, pušenje, alkoholizam, zlouporaba droga, prekomjerna težina, nedovoljna tjelesna aktivnost i sl. Poseban naglasak je usmjeren na nedovoljnu brigu o vlastitom zdravlju i pitanju prevencije koja je aktualna među mladima.

Nažalost, svjedoci smo velikog broja odlazaka liječnika i drugih zdravstvenih djelatnika iz RH. Na prvom mjestu razloga za odlazak u inozemstvo nalaze se bolji uvjeti rada, na drugom kvalitetnija organiziranost sustava, a na trećem se nalazi veća plaća. Enorman broj prekovremenih sati u zdravstvu je u RH raširen do te mjere da liječnici bilježe i dvostruko više takvog rada na godišnjoj razini od zakonski dopuštenog.

Zdravlje je posljedica, ali i preduvjet razvoja te je ključno za blagostanje ljudi. Ulaganje u zdravlje i prevenciju bolesti potiče ekonomski rast i razvoj zemlje učincima na obrazovna postignuća i stjecanje vještina, produktivnost i zaposlenost, povećanu štednju i investicije te demografsku tranziciju. Stvaranje održivih zdravstvenih sustava budućnosti zahtjeva preoblikovanje potražnje za zdravstvenim uslugama smanjujući teret oboljenja, pomažući ljudima da ostanu zdravi i osnažujući ih da upravljaju svojim zdravljem.

Zdravlje je potrebno promatrati kao višedimenzionalan pojam budući da je osnova društvenog i ekonomskog opstanka i održivog razvoja pojedinca, zemalja i cijelog svijeta. Kako bi ispunili svoj cilj očuvanja zdravlja, zdravstveni sustavi moraju razviti alate i politike

prilagođavanja novonastalim uvjetima i potrebama ljudi kako bi uspješno obavljali svoje temeljne funkcije.

U Varaždinu, 28. veljače 2020.

LITERATURA

1. Akrap, A., (2006) *Aktivni osiguranici i umirovljenici u Hrvatskoj – očekivani trendovi do 2031. godine*. Revija za socijalnu politiku, god. 13, br. 2

2. Barić V., Smolić Š. (2011) *Stabilnost zdravstvenog sustava u recesiji*. Zagreb: Biblioteka Ekonomika i razvoj

3. Bejaković, P. (2005): Siromaštvo. *Financijska teorija i praksa, 2005, 29 (1).* [Dostupno na: http://www.ijf.hr/pojmovnik/siromastvo.htm], datum pristupa: 22.12.2019.

4. Benić, Đ. (2014): *Povijest razvoja teorije o odnosu između inflacije i nezaposlenosti. Ekonomska misao i praksa DBK. GOD XXIII. (2014.) BR. 2.* [Dostupno na: http://www.unidu.hr/datoteke/500izb/EMIP-2-2014.pdf], datum pristupa: 22.12.2019.

5. Birsa, J. (2002): *Psihološki aspekti nezaposlenosti*. zbornik radova XII. ljetne psihologijske škole, Silba, 2002.

6. Bloom, D. i Canning D. (2008) *Population Health and Economic Growth*. Commision on Growth and Development, Working paper No. 24

[Dostupno na: https://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/489960-1338997241035/Growth_Commission_Working_Paper_24_Population_Health_Economic_Growth.pdf], datum pristupa: 17.11.2019.

7. Boyce T., Brown C. (2019) *Economic and social impacts and benefits of health systems*.

[Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/395718/Economic-Social-Impact-Health-FINAL.pdf?ua=1], datum pristupa: 17.11.2019.

8. Centar za mirovne studije (2019) *Zdravstvo*. [Dostupno na: http://nejednakost.cms.hr/zdravstvo/], datum pristupa: 24.11.2019.

9. Centar za mirovne studije (2016) *Nejednakosti u Hrvatskoj.* [Dostupno na: http://nejednakost.cms.hr/wp-content/uploads/2016/09/NEJEDNAKOSTI-U-HRVATSKOJ-zdravstvo.pdf], datum pristupa: 24.11.2019.

10. Center for Health and Economy (2018) *Health and Economy Baseline Estimates.*

[Dostupno na: http://healthandeconomy.org/health-and-economy-baseline-estimates-6/], datum pristupa: 19.10.2019.

11. Ceronja I. (2011) *Usporedba odabranih pokazatelja SZO „Zdravlje za sve“*. Hrvatski časopis za javno zdravstvo, Vol , No. 28

12. Čatipović I. (2014) *Novi Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju*. Rev. soc. polit., god. 21, br. 1, Zagreb

13. Ćosić, K.; Fabac, R. (2001): Gospodarski rast, tehnološki razvitak i suvremeno obrazovanje. Ekonomski pregled, 52

14. Domšić, M. (2018): *Analiza utjecaja izabranih makroekonomskih varijabli na BDP Hrvatske*. Sveučilište Jurja Dobrile u Puli, Fakultet ekonomije i turizma „Dr. Mijo Mirković"

15. DZS (2019): *Kontingenti stanovništva po gradovima/općinama, Popis 2011.* [Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv/censuses/census2011/results/htm/H01_01_03/H01_01_03.html], datum pristupa: 24.11.2019.

16. DZS (2018) Hrvatska u brojkama 2018. [Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/CroInFig/croinfig_2018.pdf], datum pristupa: 24.11.2019.

17. DZS (2019): *Anketa o dohotku stanovništva 2018.: Pokazatelji siromaštva i socijalne isključenosti u 2018*. Priopćenje br. 14.1.1., 30.09.2019. [Dostupno na: https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2019/14-01-01_01_2019.htm], datum pristupa: 22.12.2019.

18. Džakula, A.; Lončarek, K.; Radin, D. (2018.): *Interregnum u zdravstvu*. [Dostupno na: https://www.fpzg.unizg.hr/_download/repository/Dzakula%2C_Loncarek%2C_Radin_-_Interregnum_u_zdravstvu.pdf], datum pristupa: 22.12.2019.

19. ESB (2019): *Što je inflacija?* [Dostupno na: https://www.ecb.europa.eu/ecb/educational/hicp/html/index.hr.html], datum pristupa: 22.12.2019.

20. Europska komisija (2019): *Tematski informativni članak o europskom semestru: Socijalna uključenost.* [Dostupno na: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester_thematic-factsheet_social_inclusion_hr.pdf], datum pristupa: 22.12.2019.

21. Frenk, J. (2004) *Health and the economy: A vital relationship.* OECD Observer No 243. [Dostupno na: http://oecdobserver.org/news/archivestory.php/aid/1241/Health_and_the_economy:_A_vital_relationship_.html], datum pristupa: 19.10.2019.

22. Galić, Z.; Maslić Seršić, D.; Šverko, B. (2005): *Financijske prilike i zdravlje nezaposlenih u Hrvatskoj: Vodi li financijska deprivacija do lošijeg zdravlja?* Rev. soc. polit., god. 13, br. 3-4, str 257-269, Zagreb 2006.

23. Getzen, T. E., (2007.) *Health Economics and Financing 3rd ed.*; John Wiley & Sons, New York.

24. Glas Istre (2016.): *U EU najtraženiji liječnici obiteljske medicine.* [Dostupno na: https://glasistrenovine.hr/arhiva-portala/pregled-vijesti/u-eu-najtrazeniji-lijecnici-obiteljske-medicine-534005], datum pristupa: 22.12.2019.

25. Health Care Financing and Organization (2009) *Impact of the Economy on Health Care.*
[Dostupno na: http://hcfo.org/publications/impact-economy-health-care.html], datum pristupa: 16.11.2019.

26. HLK (2019) *Iz medija*. [Dostupno na: https://www.hlk.hr/iz-medija-v3.aspx], datum pristupa: 23.11.2019.

27. HLK (2019) *Prvi put objavljeni detaljni podaci o odlasku hrvatskih liječnika na rad u inozemstvo.*
[Dostupno na: https://www.hlk.hr/EasyEdit/UserFiles/priop%C4%87enja/odlazak-lijecnika-na-rad-u-inozemstvo.pdf], datum pristupa: 17.11.2019.

28. HLK (2019): *Ne možete nas zadržati dekretima i zabranama nego boljim uvjetima.* [Dostupno na: https://issuu.com/lijecnicke-novine/docs/ln-154web?e=25186081/40633721], datum pristupa: 22.12.2019.

29. HZJZ (2019) *Nacionalni javnozdravstveni informacijski sustav (NAJS) – platforma za upravljanje javnozdravstvenim registrima.*
[Dostupno na: https://www.hzjz.hr/sluzba-medicinska-informatika-biostatistika/nacionalni-javnozdravstveni-informacijski-sustav-najs-platforma-za-upravljanje-javnozdravstvenim-registrima/], datum pristupa: 19.10.2019.

30. HZZO (2019) *Opis zdravstvenog sustava.* [Dostupno na: https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/opis-zdravstvenog-sustava/], datum pristupa: 19.10.2019.

31. IHME. Global Health Data Exchange. Institut za metriku i evaluaciju zdravlja, 2016. dostupan na http://ghdx.healthdata. org/gbd-results-tool., datum pristupa: 17.11.2019.

32. Jakšić, Ž., i dr. (2000) Socijalna medicina. Medicinska naklada, Zagreb.

33. Jurković, P. (1986) Osnove ekonomike društvenih djelatnosti, Ekonomski institut Zagreb, Zagreb.

34. Klepo, M. (2019): Zabrinjavajuća statistika: U četiri godine izdaci za medikamente narasli za milijardu kuna. [Dostupno na: https://novac.jutarnji.hr/aktualno/zabrinjavajuca-statistika-u-cetiri-godine-izdaci-za-medikamente-narasli-za-milijardu-kuna/8827094/], datum pristupa: 28.12.2019.

35. Kovač, N. (2013) *Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj*. Zagreb: Ekonomski vjesnik br. 2/2013

36. Kukovec, Čanadi, Trstenjak (2017): Planiranje ljudskih potencijala u zdravstvu. Zbornik radova Međimurskog veleučilišta u Čakovcu, Vol. 8, No. 2.

37. Kunac, M. (2016) Rast i razvoj. [Dostupno na: https://repozitorij.efst.unist.hr/islandora/object/efst%3A824/datastream/PDF/view], datum pristupa: 22.12.2019.

38. Leibovich, E. et al. (1998.) *Health Care Expenditures and the Aging Population in Canada*. U: Health Care Systems in Canada and Elsewhere. Quebec: Editions MultiMondes

39. Lee – Simion, K. (2017) *Healthcare: Its influence and importance in the economy*. Community MBA World.

[Dostupno na: https://community.mbaworld.com/blog/b/weblog/posts/healthcare-its-influence-and-importance-in-the-economy], datum pristupa: 23.11.2019.

40. Long-Crowell, E. (2018) *Economics and Health: Healthcare, Medical Issues & Income.*

[Dostupno na: https://study.com/academy/lesson/economics-and-health-healthcare-medical-issues-income.html], datum pristupa: 16.11.2019.

41. Mankiw, G. N. (2006.) Osnove ekonomije, Zagreb, MATE d.o.o.

42. McKee-Ryan, F.M., Song, Z., Wamberg, C.R., Kinicki, A.J. (2005.) *Psychological and Physical Well- being During Unemployment: A meta-analytic study.* Journal of Applied Psychology 90.

43. Matković, T. (2009.) *Socijalna demografija*. skripta, Pravni fakultet u Zagrebu

44. Mečev D., Vudrag N. (2012) *Utjecaj demografskog procesa starenja na gospodarska kretanja u Republici Hrvatskoj*. Praktični menadžment, Vol. III, br. 5

45. Mesarić, J., C. Hadžić Kostrenčić i D. Šimić (2016.), *„Izvješće o pokazateljima sigurnosti pacijenta za 2015.",* Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, http://aaz.hr/sites/default/files/Izvjesce_o_PSP-2015.pdf, datum pristupa: 19.10.2019.

46. Ministarstvo zdravlja RH (2012) *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020.* [Dostupno na: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Nacionalna%20strategija%20zdravstva%20-%20za%20web.pdf], datum pristupa: 17.11.2019.

47. Ministarstvo zdravstva RH (2018) *Strateški plan Ministarstva zdravstva za razdoblje 2019. – 2021.*

[Dostupno na:

https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Savjetovanje%20sa%20zainteresiranom%20javno%C5%A1%C4%87u/Strateski%20plan%202019.-2021..pdf], datum pristupa: 16.11.2019.

48. Newhouse, J., (1992.) *Medical care costs: hoew much wellfare loss?,* Journal of Economic Perspectives, 6

49. Mrnjavac, Ž. (1996). Mjerenje nezaposlenosti. Split: Ekonomski fakultet.

50. Obadić, A., Smolić, Š. (2008.) *Ekonomske i socijalne posljedice starenja stanovništva.* Ekonomska istraživanja, vol. 21, no.2

51. Obadić, A., Smolić, Š. (2007.) *Analiza radnog kontingenta i ekonomska aktivnost stanovništva Hrvatske*. Ekonomski fakultet u Zagrebu, serija članaka u nastajanju, čl.br. 07-11

52. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017) *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017, State of the health in EU,* OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels [Dostupno na: https://doi.org/10.1787/9789264285088-hr], datum pristupa: 16.11.2019.

53. Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S. (2012) Stanje i perspektive razvoja europskih zdravstvenih sustava. Denona d.o.o., Zagreb.

54. Primorac J. (2019.): *Analiza ekonomske stručnjakinje: Hrvatsko javno zdravstvo ne može biti spašeno dok je god država glavni i jedini obavezni pružatelj usluga. 'Amerikanizacijom' nas plaše oni koji dubinski ne razumiju funkcioniranje današnjeg svijeta.* Slobodna Dalmacija, 13.02.2019.
[Dostupno na: https://www.slobodnadalmacija.hr/novosti/hrvatska/clanak/id/589003/analiza-ekonomske-strucnjakinje-hrvatsko-javno-zdravstvo-ne-moze-biti-spaseno-dok-je-god-drzava-glavni-i-jedini-obavezni-pruzatelj-usluga-39amerikanizacijom39-nas-plase-oni-koji-dubinski-ne-razumiju-funkcioniranje-danasnjeg-svijeta], datum pristupa: 21.12.2019.

55. Proleksis enciklopedija (2019): Starosna piramida. [Dostupno na: [Dostupno na: https://proleksis.lzmk.hr/46748/], datum pristupa: 19.10.2019.

56. Rasmussen, B., Sweeny, K. i Sheehan, P. (2016) *Health And The Economy: The Impact of Wellness on Workforce Productivity in Global Markets.* SAD: U.S. Chamber of Commerce
[Dostupno na:
https://www.uschamber.com/sites/default/files/documents/files/global_initiative_on_health_and_the_economy_-_report.pdf], datum pristupa: 17.11.2019.

57. Reić, Z. i Mihaljević Kosor, M. (2014): *Ekonomija*. Ekonomski fakultet u Splitu, Split

58. Rasmussen, B., Sweeny, K. i Sheehan, P. (2016) *Health And The Economy: The Impact of Wellness on Workforce Productivity in Global Markets.* SAD: U.S. Chamber of Commerce
[Dostupno na: https://www.uschamber.com/sites/default/files/documents/files/global_initiative_on_health_and_the_economy_-_report.pdf], datum pristupa: 19.10.2019.
35. SSZSSH (2019) *Potpisan kolektivni ugovor za zdravstvo: Dodaci na plaće veći za 7 posto od 1. rujna*
[Dostupno na: http://www.sszssh.hr/?&io_news_list_c_1_com_pg=1], datum pristupa: 23.11.2019.
59. Šimović, H.; Deskar-Škrbić, M.: (2019): *B2B Ekonomika javnog sektora 6: država blagostanja – preraspodjela dohotka i sustavi socijalnog osiguranja i skrbi*. [Dostupno na: https://arhivanalitika.hr/blog/b2b-ekonomika-javnog-sektora-6-drzava-blagostanja-preraspodjela-dohotka-i-sustavi-socijalnog-osiguranja-i-skrbi/#], datum pristupa: 22.12.2019.
60. Šogorić, S. (2016) *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika*. Zagreb: Medicinska naklada
61. Šogorić S. (2016): *Društvene odrednice zdravlja ili zašto je važno ulagati u rani razvoj djece?* Epoha zdravlja, Vol. 9, No. 1.
62. Vašiček V. et. al. (2016): *Procesni pristup obračunu troškova u stavu zdravstva*. Tim4Pin, Zagreb.
63. Vehovec, M., ur. (2014) *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Zagreb: Ekonomski institut Zagreb
64. Wertheimer-Baletić, A. (1999): Stanovništvo i razvoj, Zagreb, Mate
65. Wertheimer-Baletić, A. (2004): *Depopulacija i starenje stanovništva – temeljni demografski procesi u Hrvatskoj.* Društvena istraživanja, god. 13, br. 4-5
66. World Health Organization (2018) *Circular Economy and Health: Opportunities and Risks*.
[Dostupno na: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/374917/Circular-Economy_EN_WHO_web_august-2018.pdf?ua=1], datum pristupa: 19.10.2019.
67. Zakon o izmjenama i dopunama zakona o doprinosima (Narodne novine br. 106/2018)
68. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine br. 80/19, 137/13, 98/19)
69. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine br. 100/18)
70. Zakon o zaštiti prava pacijenata (Narodne novine br. 169/04, 37/08)

POPIS SLIKA I TABLICA

Slika 1. Potrošnja za zdravstvene usluge u državama članicama Europske unije u 2015. godini 5
Slika 2. Potrošnja za zdravstvo po glavi stanovnika u Hrvatskoj i EU u razdoblju od 2011. do 2015. godine 6
Slika 3. Broj liječnika i medicinskih sestara 8
Slika 4. Stope izbježive smrtnosti za žene i muškarce u 2014. godini u EU 10
Slika 5. Troškovi za lijekove u Hrvatskoj i EU 17
Slika 6. Čimbenici rizika povezanih s ponašanje u Republici Hrvatskoj 19
Slika 7. Grafički prikaz povezanosti gospodarstva i zdravstva 24
Slika 8. Prosječan broj nezaposlenih osoba prema starosti u 2017. godini 28
Slika 9. Prosječna mjesečna isplaćena neto plaća i bruto plaća u kunama u razdoblju od 2013. do 2017. godine 29
Slika 10. Prirodno kretanje stanovništva u razdoblju od 1983. do 2017. godine 32
Slika 11. Stanovništvo prema spolu i starosti, procjena sredinom 2017. godine 33
Slika 12. Doseljeno i odseljeno stanovništvo u/iz Republike Hrvatske u razdoblju od 2013. do 2017. godine 35
Slika 13. Ekonomski i socijalni utjecaji te benefiti zdravstvenog sustava 44
Slika 14. Ekonomski i socijalni utjecaji te benefiti zdravstvenog sustava na zaposlenost 45

Tablica 1. Osigurane osobe u zdravstvu u razdoblju od 2013. do 2017. godine - prosjek 14
Tablica 2. Korištenje zdravstvene zaštite i drugih prava iz zdravstvenog osiguranja, tis 18
Tablica 3. Bruto domaći proizvod, godišnji obračun 26
Tablica 4. Osnovni pokazatelji prirodnog kretanja stanovništva u razdoblju od 2013. do 2017. godine 34

PRILOG 1.

SWOT analiza zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj

SNAGE	SLABOSTI
Povećava se očekivano trajanje života i smanjuju stope smrtnosti.	Očekivano trajanje života je manje, a stopa smrtnosti veća od prosjeka EU15.
Epidemiološka situacija u pogledu zaraznih bolesti je povoljna, uz vrlo visok obuhvat primovakcinacijom.	Stopa smrtnosti od kronične bolesti jetre, raka pluća, debelog crijeva i grlića maternice, dijabetesa, kronične opstruktivne bolesti pluća i ozljeda veća je od europskih prosjeka.
Mreža javnozdravstvenih ustanova je razvijena.	Povećava se stopa hospitalizacija zbog depresije; stopa samoubojstava veća je od prosjeka EU15.
Postoje nacionalni preventivni programi.	Ne postoji sustavno praćenje i analiza okolišnih čimbenika i njihovih utjecaja na zdravlje, ne postoji »mapa« izvora onečišćenja.
Postoji infrastruktura za praćenje i nadzor kvalitete okoliša i štetnih okolišnih utjecaja na zdravlje ljudi.	Postoje značajne regionalne razlike u pokazateljima zdravlja.
Hrvatska je jedna od vodećih zemalja svijeta prema stopi realiziranih darivatelja organa te broju transplantacija bubrega i jetri na milijun stanovnika.	Nedovoljan broj i nepovoljna starosna struktura zdravstvenih djelatnika, osobito liječnika i medicinskih sestara.
Obuhvaćenost stanovništva zdravstvenom zaštitom je velika.	Viši stupnjevi obrazovanja zdravstvenih djelatnika nedovoljno se prepoznaju i nagrađuju.
Teritorijalna pokrivenost bolnicama je dobra.	Nedostatno je praćenje i djelovanje na poboljšavanju kvalitete zdravstvene skrbi; broj objavljenih i ažuriranih hrvatskih kliničkih smjernica je razmjerno mali, niti jedna bolnica još nije akreditirana.
Svaki naseljeni otok ima osiguran najmanje jedan interventni helidrom.	Postoji trend smanjenja broja preventivnih pregleda i kućnih posjeta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.
Hrvatska je prema Indeksu zdravstvene zaštite potrošača u europskom prosjeku, s trendom poboljšanja.	Nedovoljno je razvijena zaštita mentalnog zdravlja u zajednici i rehabilitacija u zajednici.
Povećan je volumen potrošnje lijekova i ortopedskih i drugih pomagala na svim razinama zdravstvene zaštite, što ukazuje na veću dostupnost	Infrastruktura za pružanje palijativne skrbi ne odgovara potrebama.
Postoji mreža ordinacija medicine rada, a broj preventivnih pregleda radno aktivnog stanovnštva se povećava.	Broj kreveta u kliničkim ustanovama (tercijarna razina) neprimjereno je velik u odnosu na opće bolnice (sekundarna razina).

Broj bolničkih kreveta i trend njegova opadanja u RH u skladu je s prosjekom EU-a.	Dnevne bolnice nisu dovoljno razvijene: broj kreveta u stacionarima je 18x veći nego u dnevnim bolnicama; broj boravaka u stacionarima je 3x veći nego u dnevnim bolnicama.
U usporedbi s europskim prosjecima, postoji dovoljan broj MR-a, CT-a i mamografa po stanovniku.	Hitni medicinski letovi i brzi prijevozi brodovima obavljaju se vojnim helikopterima ili neodgovarajućim brodovima u privatnom vlasništvu ili plovilima MUP-a.
Postoji trend povećanja broja specijalista obiteljske medicine.	Potrošnja energije zdravstvenih objekata neprimjereno je velika.
Postoji trend povećanja broja liječnika u hitnoj medicinskoj pomoći.	Od ukupnog broja osiguranika, samo 35% daje doprinose u obavezni fond zdravstvenog osiguranja, uz trend smanjivanja toga udjela.
Broj stomatologa je zadovoljavajući i veći je od europskog prosjeka	Ukupne obveze Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje veće su od 4,5 milijardi kuna
Postoji dobro razvijena mreža medicinskih fakulteta i zdravstvenih škola.	Udjel izdataka za prevenciju u RH je višestruko manji od europskog prosjeka
Uspostavljena je Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi.	Tržište privatnih zdravstvenih osiguranja je nerazvijeno; iako je udjel privatnih izdataka za zdravstvo manji od europskih prosjeka, udjel plaćanja iz džepa građana u privatnim izdacima za zdravstvo u RH je veći nego u EU-u, Češkoj i Sloveniji.
Zdravstveni sustav u velikoj je mjeri informatiziran, uz centralni sustav primarne zdravstvene zaštite s naprednim funkcijama (e-recept, e-uputnica za laboratorije).	Informacijska povezanost unutar zdravstvenog sustava nije potpuna; nema adekvatne komunikacije između bolnica i primarne zdravstvene zaštite, kao ni između bolnica međusobno.
	Kvaliteta i struktura podataka, te metodologija prikupljanja podataka u zdravstvenom sustavu nisu ujednačeni
	Rast nezaposlenosti i smanjenje broja radno aktivnog stanovništva.
	Povećanje broja korisnika invalidskih mirovina.
	Deficit državnog proračuna i visoka zaduženost.
	Regionalno neujednačeni gospodarski potencijali i mogućnosti financiranja zdravstvene zaštite.
	Povećanje cijene energenata.
	Globalna ekonomska kriza.

PRILIKE	**PRIJETNJE**
Mogućnost unaprjeđenja infrastrukture i razvoja ljudskih resursa u zdravstvu uporabom strukturnih i kohezijskih fondova EU-a.	Velik broj stranih gostiju u RH, čime se povećava pritisak na službu hitne medicinske pomoći, osobito tijekom turističke sezone.

Povećanje tržišta za zdravstveni i medicinski turizam.	Odljev zdravstvenih djelatnika po pristupanju Hrvatske EU-u.
Jačanje konkurencije na tržištu zdravstvene zaštite i moguća izravna ulaganja u zdravstveni sektor.	Starenje stanovništva s posljedičnim povećanjem potreba za zdravstvenom zaštitom.
Pogodnost posebne kartice zdravstvenog osiguranja (European Insurance Card).	Nerazumijevanje i neprihvaćanje potrebe reformskih mjera u hrvatskom društvu.
Prijenos znanja i najbolje prakse kroz intenzivniju komunikaciju i suradnju s europskim stručnjacima.	Nedovoljno prihvaćanje osobne odgovornosti za vlastito zdravlje.
	Smanjenje interesa za zdravstvenim strukama među mladima.
	Narušeno povjerenje u institucije javnog sektora uslijed percipirane korupcije.
	Rast nezaposlenosti i smanjenje broja radno aktivnog stanovništva.
	Povećanje broja korisnika invalidskih mirovina.
	Deficit državnog proračuna i visoka zaduženost.
	Regionalno neujednačeni gospodarski potencijali i mogućnosti financiranja zdravstvene zaštite.
	Povećanje cijene energenata.
	Globalna ekonomska kriza.

Izvor: Ministarstvo zdravlja RH (2012) Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. [Dostupno na:

https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Skracena%20Nacionalna%20strategija%20razvoja%20zdravstva%20-%20HRV%20-%20za%20web.pdf], datum pristupa: 17.11.2019., str. 373-379.

Sveučilište
Sjever

SVEUČILIŠTE
SJEVER

IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, Maja Žigman *(ime i prezime)* pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Zdravlje ljudi i ekonomski rast *(upisati naslov)* te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Maja Žigman
(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnost i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, Maja Žigman *(ime i prezime)* neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (*obrisati nepotrebno*) rada pod naslovom Zdravlje ljudi i ekonomski rast *(upisati naslov)* čiji sam autor/ica.

Student/ica:
(upisati ime i prezime)
Maja Žigman
(vlastoručni potpis)