IZAZOVI SUVREMENOG MENADŽMENTA U ZDRAVSTVU

Šimunko, Kristijan

Master's thesis / Diplomski rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:145:182344

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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

Repository / Repozitorij:

EFOS REPOSITORY - Repository of the Faculty of Economics in Osijek

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Ekonomski fakultet u Osijeku

Diplomski sveučilišni studij, Financijski menadžment

Kristijan Šimunko

IZAZOVI SUVREMENOG MENADŽMENTA U ZDRAVSTVU

Diplomski rad

Osijek, 2021.

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Ekonomski fakultet u Osijeku

Diplomski sveučilišni studij, Financijski menadžment

Kristijan Šimunko

IZAZOVI SUVREMENOG MENADŽMENTA U ZDRAVSTVU

Diplomski rad

Kolegij: Globalizacija i menadžment

JMBAG: 0010218641

e-mail: dsmarles1@gmail.com

Mentor: izv.prof.dr.sc. Nataša Drvenkar

Josip Juraj Strossmayer University of Osijek

Faculty of Economics in Osijek

Graduate university study, Financial management

Kristijan Šimunko

CHALLENGES OF THE MODERN HEALTH CARE MANAGMENT

Master thesis

Osijek, 2021.

IZJAVA

O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI, PRAVU PRIJENOSA INTELEKTUALNOG VLASNIŠTVA, SUGLASNOSTI ZA OBJAVU U INSTITUCIJSKIM REPOZITORIJIMA I ISTOVJETNOSTI DIGITALNE I TISKANE VERZIJE RADA

1. Kojom izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je DIPLOMSKI (navesti vrstu rada: završni / diplomski / specijalistički / doktorski) rad isključivo rezultat osobnoga rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu. Potvrđujem poštivanje nepovredivosti autorstva te točno citiranje radova drugih autora i referiranje na njih.
2. Kojom izjavljujem da je Ekonomski fakultet u Osijeku, bez naknade u vremenski i teritorijalno neograničenom opsegu, nositelj svih prava intelektualnoga vlasništva u odnosu na navedeni rad pod licencom *Creative Commons Imenovanje – Nekomercijalno – Dijeli pod istim uvjetima 3.0 Hrvatska.* (cc) BY-NC-SA
3. Kojom izjavljujem da sam suglasan/suglasna da se trajno pohrani i objavi moj rad u institucijskom digitalnom repozitoriju Ekonomskoga fakulteta u Osijeku, repozitoriju Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku te javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15).
4. izjavljujem da sam autor/autorica predanog rada i da je sadržaj predane elektroničke datoteke u potpunosti istovjetan sa dovršenom tiskanom verzijom rada predanom u svrhu obrane istog.

Ime i prezime studenta/studentice: KRISTIJAN ŠIMUNKO

JMBAG: 0010218641

OIB: 77224513205

e-mail za kontakt: ksimunko@efos.hr

Naziv studija: DIPLOMSKI SVEUČILIŠNI STUDIJ, FINANCIJSKI MENADŽMENT

Naslov rada: IZAZOVI SUVREMENOG MENADŽMENTA U ZDRAVSTVU

Mentor/mentorica diplomskog rada: IZV. prof. dr. sc. NATAŠA DRVENKAR

U Osijeku, 20. rujna, 2021. godine

Potpis Kristijan Šimunko

Izazovi suvremenog menadžmenta u zdravstvu

Sažetak

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

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

Challenges of the modern health care management

Abstract

This master thesis analyzes the challenges of modern health management, which indicates that the stability and quality of functioning of a health system is one of the key indicators of the development of a country and the overall quality of life. The thesis includes thematic units that try to explain the most important bases and assumptions of the development and state of the Croatian health care system (through the research, the name health care is also used). The economic characteristics of the health care system, the economic goals of the health care system, the structural features of the health care system are analyzed, and taking into account the sensitivity of the health care system as it enters the area of the most sensitive human needs. In addition, the research will try to discuss aspects of financing and outcomes of the health system of the Republic of Croatia (hereinafter: the Republic of Croatia), and will answer questions about how the health system in the Republic of Croatia is financed and the general health of the population. Furthermore, a comparative analysis will analyze the health care system of the Republic of Croatia in relation to selected EU member states (hereinafter: EU), where the most important information regarding the position of the Croatian health care system in relation to selected EU member states will be presented.

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

Sadržaj

1. UVOD 1

2. METODOLOGIJA RADA 2

2.1. Predmet, hipoteza i cilj rada 2

2.2. Metode prikupljanja i izvori podataka 3

3. EKONOMSKA OBILJEŽJA ZDRAVSTVA 3

3.1. Ekonomski ciljevi zdravstvene zaštite 4

3.2. Specifičnost obilježja zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga 6

3.3. Zdravstveno osiguranje kao odrednica zdravstvenoga sustava 7

3.4. Strukturna obilježja zdravstvenoga sustava RH 10

4. KOMPARATIVNA ANALIZA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA HRVATSKE I ODABRANIH GRUPACIJA ZEMALJA EU 15

4.1. Financijski aspekti zdravstvenih sustava 15

4.2. Pokazatelji zdravstvenog stanja populacije odabranih zemalja 21

4.3. Korelacija zdravstvene potrošnje s visinom BDP-a i udjeli financiranja zdravstva među odabranim članicama EU 24

4.4. Pokazatelji kvalitete zdravstvene zaštite između odabrane grupacije zemalja 28

5. IZAZOVI SUVREMENOG MENADŽMENTA U ZDRAVSTVU 30

5.1. Mogućnost kontrole zdravstvene potrošnje – primjer Hrvatske 30

5.2. Razvojni potencijali i izazovi za javno zdravstvo u Hrvatskoj 35

5.3. Financiranje zdravstvenih sustava kao odgovor na pandemiju COVID-19 48

6. ZAKLJUČAK 55

LITERATURA 57

POPIS TABLICA/ POPIS GRAFIKONA 60

1. UVOD

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

S obzirom na činjenicu kako je, u suvremeno doba, zdravstveni sustav sve kompleksniji zbog razvoja tehnologije, pojedinih pitanja etičnosti, ekonomske funkcije zastupljene u „ne ekonomskoj sferi“ zdravstva, ovaj se diplomski rad nadovezuje na prethodni završni rad „Problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava“ istog autora obranjen u akademskoj 2018./2019. godini. Osim, za autora, interesnog istraživačkog područja, dodatan motiv za nadogradnju završnog rada i izradu diplomskog rada jesu, osim gore spomenutih izazova suvremenog doba, ujedno i izazovi koji su pred nositeljima ekonomske politike, managerima, ali i općoj javnosti zbog pandemije COVID-19.

Diplomski rad razrađuje predmet istraživanja kroz nekoliko poglavlja. Prvo poglavlje obuhvaća teorijski dio kao osnovicu samog istraživanja, a gdje se analiziraju ekonomska obilježja zdravstva kroz ekonomske ciljeve zdravstvene zaštite, specifična obilježja zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga, zdravstveno osiguranje i strukturna obilježja zdravstvenog sustava RH. Sljedeća tri poglavlja analiziraju financiranje i ishode zdravstvenog sustava RH, kao i neke pokazatelje zdravstvenog stanja populacije (komparativno). Dio koji čitatelju možda predočava najbitnije i najzanimljivije informacije jest komparativna analiza zdravstvenog sustava RH u odnosu na odabrane zemlje članice EU. U tom poglavlju prikazuju se te se analiziraju povezanost zdravstvene potrošnje po stanovniku i BDP-a po stanovniku, udjeli javnoga i

privatnoga financiranja zdravstva i ostale korisne specifičnosti. Zadnje poglavlje predstavlja izazove s kojima se suvremeni menadžment suočava u današnjem zdravstvenom sustavu. Tu se ponajviše analizira problematika razvojnih potencijala javnog zdravstva u RH, mogućnosti kontrole zdravstvene potrošnje, te na kraju efekti globalne pandemije COVID-19 koja je utjecala na zdravstveni i ekonomski sustav diljem svijeta.

2. METODOLOGIJA RADA

2.1. Predmet, hipoteza i cilj rada

Tema ovog diplomskog rada je „Izazovi suvremenog menadžmenta u zdravstvu“, te ovim diplomskim radom analiziraju se i objašnjavaju ekonomska obilježja zdravstva kroz ekonomske ciljeve zdravstvene zaštite, specifična obilježja zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga, te zdravstveno osiguranje. U suvremeno doba, u EU, zdravstvene sustave moguće je podijeliti na one koji se većinom financiraju iz poreznih prihoda, ili uplatama obveznih doprinosa zdravstvenog osiguranja. Temeljem uočenih činjenica, definirana je sljedeća hipoteza diplomskog rada: „Postoji jaka pozitivna veza između visine BDP-a i zdravstvene potrošnje.“ Cilj diplomskog rada je pokušati doći do odgovora na sljedeća istraživačka pitanja:

1) na koji način se financira zdravstveni sustav u RH, a na koji način u odabranoj grupaciji zemalja primjenjujući komparativnu analizu,
2) koji su financijski aspekti zdravstvenog sustava i na što upućuju analizirani financijski pokazatelji,
3) kakvo je opće zdravstveno stanje populacije komparativno,
4) koji su ključni problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava kao dio ukupnog gospodarskog sustava zemlje?, te
5) na koji način financirati zdravstvene sustave u vremenima pandemije COVID-19?

2.2. Metode prikupljanja i izvori podataka

Prilikom izrade završnog rada konzultirana je, istražena i primijenjena relevantna znanstvena i stručna literatura. U radu su korištene sljedeće znanstvene metode: povijesna metoda istraživanja u kojoj će se na osnovu podataka kroz određeno razdoblje utvrditi trend kretanja pokazatelja zdravstvenog sustava, potom statistička metoda istraživanja pomoću koje se analiziraju i objašnjavaju pojave evidentne u zdravstvenom sustavu, metoda analize kojom se argumentiraju i objašnjavaju nalazi iz postojeće literature kao i pokazatelji predočeni u tekstu, kao i kroz grafičke i tablične prikaze, potom metoda dedukcije, indukcije i druge znanstvene metode. Diplomski rad oslanja se na dostupnu relevantnu domaću i inozemnu znanstvenu i stručnu literaturu, knjige, publikacije, internetske stranice povezane sa temom, kao i ostale relevantne izvore, a koji su referirani harvardskim načinom citiranja.

3. EKONOMSKA OBILJEŽJA ZDRAVSTVA

Koja su to ekonomska obilježja zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga, predmet je istraživanja ovog poglavlja kojim se, ujedno, uspoređuju ekonomski interesi i opće javni interesi, specifičnost obilježja zdravstvene zaštite. Nadalje, objašnjava se funkcioniranje zdravstvenog osiguranja kao odrednice zdravstvenog sustava, a poglavlja završava sa strukturnim obilježjima zdravstvenog sustava RH. Kako Zrinščak (1999.) naglašava, „sustavi zdravstvene politike u središtu su kontinuiranog interesa javnosti posebice, stoga, što je riječ o području života i smrti u najdoslovnijem smislu te riječi.“ Nadalje, „bolest je, kao jedan od glavnih životnih ali i socijalnih rizika, ne samo prioritetno područje medicinske ili javnozdravstvene intervencije, već i područje posebne socijalne brige države. Ta je briga najčešće izražena u kompleksnim državom nadziranim sustavima zdravstvenog osiguranja te državnoj brizi oko cjelokupne organizacije zdravstvene zaštite“ (Zrinščak, 1999). Šimović i Deskar-Škrbić (2019.) ističu kako „izdaci pojedinih država za zdravstvo i zdravstvene usluge pokazuju stupanj ekonomskog razvoja, ali i razvijenosti zdravstvenog sustava“, a što ujedno naglašava problematiku koja će biti analizirana u nastavku. Kretanja u razvijenim gospodarstvima, ističe Mihaljek (2014:29, u: Vehovec, ur., 2014.) u “posljednjih desetak godina jasno ukazuju na snažan rast zdravstvene potrošnje i povećane izdatke za zdravstvo u odnosu na druge proračunske stavke. U kombinaciji s trendom ubrzanog starenja stanovništva ta su kretanja narušavala dugoročnu održivost javnih financija već i prije izbijanja svjetske

financijske krize i teških poremećaja u državnim proračunima koje je kriza prouzrokovala“. Upravo, shodno tome, u nastavku će se analizirati ekonomski ciljevi zdravstvene zaštite

3.1. Ekonomski ciljevi zdravstvene zaštite

Nešto ozbiljnije zanimanje ekonomista za zdravstvo započelo je, između ostaloga, sredinom 1960.-ih godina i podudara se s porastom izdvajanja za zdravstvo i nemogućnosti podmirenja gotovo neograničenih zdravstvenih potreba. Problem zdravstvenih potreba, koji se uglavnom rješavao s aspekta potražnje, to jest spremnosti i/ili sposobnosti traženja, korištenja, a u nekim uvjetima i plaćanja zdravstvenih usluga, počeo se razmatrati kao problem na strani ponude zdravstvenih usluga (primjerice, bolnice, liječnici, lijekovi i tome slično) na svim razinama zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna). Pri tome, važnu ulogu ima upravo zdravstveno osiguranje. Zdravstveno je osiguranje, uz mirovinsko, kako ističu Šimović i Deskar-Škrbić (2019.), najvažniji element države blagostanja koja ima za cilj „povećanje društvenog blagostanja i preraspodjelu dohotka, pa se ti ciljevi ostvaruju i kroz sustav zdravstva i zdravstvene zaštite“ (Šimović i Deskar-Škrbić, 2019.). Nadalje, Obadić i Tica (2016.:474) ističu kako „s ekonomskog gledišta, središnji problem je pitanje efikasnosti alokacije sredstava namijenjenih zdravstvu (rashodi), koji je često rezultat političkog izbora“. Nastavno na to, još jedna ključna značajka je relativno neelastična potražnja. Kako Santerre i Neun (2007.) naglašavaju, ako je pojedinac bolestan i zahtijeva određenu zdravstvenu skrb, nastojat će je kupiti po gotovo svakoj cijeni. Naravno, sposobnost kupnje zdravstvene zaštite ograničena je prihodima pojedinaca, ali je vrlo vjerojatno da će pojedinci koji trebaju zdravstvenu zaštitu odustati od potrošnje mnogih drugih proizvoda kako bi si priuštili potrebnu zdravstvenu skrb. Ovo je jedan od razloga zašto se često susrećemo s pričama o bankrotu ljudi bez zdravstvenog sustava zbog velikih zdravstvenih troškova (više o tome u: Santerre i Neun, 2007.).

Šimović i Deskar-Škrbić (2019.) naglašavaju kako zdravstvo ima sva obilježja privatnog dobra, koja se mogu isključiti iz potrošnje preko cijene police zdravstvenog osiguranja, odnosno mogu biti konkurentna u potrošnji jer je ograničen broj, primjerice, bolničkih kreveta, specijalističkih pregleda i tome slično. Međutim, naglašavaju Šimović i Deskar-Škrbić (2019.), „ljudi ponekad ne znaju što je za njih dobro, pa određena dobra i usluge, kao zdravstvo, ne žele kupovati ili ih ne kupuju dovoljno. Radije raspoloživi dohodak usmjere na potrošnju drugih dobara i usluga radi maksimiziranja trenutačnog blagostanja. Upravo zbog te mogućnosti, država odluči pribavljati i nuditi određena dobra i usluge kao što je zdravstvo, čak i ako ih pojedinci u društvu

ne žele **(**meritorna dobra).“ Jedan od glavnih ekonomskih ciljeva u zdravstvu odnosi se na efikasnost. Efikasno ponašanje je obilježje savršenoga tržišta pri čemu se potrošačeva korisnost maksimizira uz najmanje društvene troškove. Obadić, Tica (2016.) ističu da se efikasnost sustava promatra se kroz odnos ukupnih troškova i korisnosti (blagostanja) koje je sustav proizveo uz razdiobu resursa koja će maksimizirati društvenu korisnost. Također, isti autori naglašavaju da postoje dva tipa efikasnosti: operativna i alokacijska efikasnost. „Operativnu efikasnost obilježava postizanje maksimalnog outputa uz dane resurse ili minimiziranje troškova za danu razinu outputa. Alokacijska efikasnost podrazumijeva najbolju upotrebu oskudnih resursa da bi se postigli programski ciljevi, npr. programa liječenja ili prevencije neke bolesti“ (Obadić, Tica, 2016.:476). Pri tome se na primjeren način uzimaju u obzir svi troškovi i koristi intervencija bez obzira jesu li one poduzete unutar zdravstvenog sustava ili izvan njega (Obadić, Tica, 2016). Osim toga, Šimović i Deskar-Škrbić (2019.) ističu problematiku vezanu uz zdravstvo i zdravstveno osiguranje. Naime, „pojedinac posjeduje informacije o svojem zdravlju, obiteljskoj povijesti bolesti, vlastitim zdravstvenim navikama i mnoge druge informacije koje osiguravatelj nema. Prešućivanjem tih činjenica može dobiti jeftiniju policu i viši trošak liječenja prevaliti na osiguravatelja.“ Šimović i Deskar-Škrbić (2019.) nastavljaju kako „pojedinac možda nema prave spoznaje o svojoj bolesti i koji bi mu medicinski postupak odgovarao. Liječnik, kao osoba koji taj problem treba riješiti, ujedno je i osoba koja prodaje uslugu liječenja preko osiguravajuće kuće. Liječnik može prodati i neke usluge koje osobi možda nisu nužne, sve u cilju da naplati veći iznos.“ Zaključno, mogli bi se istaknuti posredujući čimbenici koje Zrinščak (1999.) navodi, a koji uvjetuju oblikovanje zdravstvenih sustava i njihovu aktualnu preobrazbu kao:

1. ekonomski okvir

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

2. demografska kretanja

   smanjeni natalitet, fertilitet i mortalitet, starenje stanovništva i, s time povezani, bolji zdravstveni status te povećana očekivanja od zdravstvene zaštite u starijoj dobi, promjene u strukturi obitelji, posebice povećana ekonomska aktivnost žena, rast

jednoroditeljskih i samačkih obitelji te zamiranje socijalnih funkcija proširene i nuklearne obitelji;

3. epidemiološki trendovi

epidemiološka tranzicija koja diferencira uzroke oboljenja i smrtnosti, novi tipovi bolesti te pitanje odnosa društvenoga i zdravstvenog statusa, posebice činjenice o povećanju zdravstvenih nejednakosti u suvremenom svijetu;

4. društveni kontekst

kulturne i socijalne razlike među pojedinim zemljama i pojedinim društvenim skupinama, tipovi bolesti vezani uz životne i zdravstvene stilove, način na koji pojedinac i društvo odgovaraju na pojavu bolesti te

5. državna organizacija

način na koji država intervenira u zdravstvenom području, stupanj administrativne uključenosti i administrativne kontrole, interesi i pozicija moći u i oko zdravstvenog sustava, načini odlučivanja i participacije građana u zdravstvenom sustavu (Zrinščak, 1999.).

3.2. Specifičnost obilježja zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga

Prije više od pedeset godina, ugledni znanstvenici s područja ekonomije, opisali su određena obilježja zdravstvene zaštite. Prema Arrow (1963.), prvo obilježje zdravstvene zaštite je dakako, nepredvidljivo i neregularno pojavljivanje bolesti – zdravstvene usluge pružaju zadovoljstvo samo u slučaju bolesti. Neregularnost pojave bolesti je tolika da se ne mogu predvidjeti stope incidencije niti vjerojatnost oboljenja. Drugo se odnosi na očekivano ponašanje liječnika, naime zdravstvena usluga je dobro od povjerenja, tj. ne može se isprobati prije konzumacije. Treće obilježje su razlike u onome što o zdravstvenim uslugama zna pacijent, a što liječnik.

Pri tome, ne treba zanemariti zdravstvenu potrošnju. Zdravstvena potrošnja, ističe Mihaljek (2014:29, u: Vehovec, ur., 2014.) u dugome roku raste zato što s ekonomskim razvojem raste i potražnja stanovništva za zdravstvenim uslugama – održavanje zdravlja jedan je od najvrjednijih i najproduktivnijih oblika osobne potrošnje. Toj tezi u prilog ide činjenica da je od 1960. godine očekivano trajanje života u razvijenim zemljama produljeno u prosjeku za 11 godina, na skoro 80 godina (Mihaljek, 2014:29, u: Vehovec, ur., 2014.). Asimetrične

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

Kod opisa izdataka za zdravstvenu zaštitu treba istaknuti njihovu dualnost: istodobno su potrošnja i investicija. Jedna stvar koja čini razliku između zdravstvene zaštite i većine ostalih dobara i usluga jest ta da je potrošnja za zdravstvenu zaštitu istodobno i ulaganje. Novac koji se potroši za zdravstvenu zaštitu u sadašnjici, stvorit će korist (tek) u budućnosti. Još 1972. Grossman je konstituirao model temeljen na teoriji ljudskog kapitala u kojemu pojedinci koriste zdravstvenu zaštitu i svoje vrijeme u proizvodnji zdravlja. Prema toj teoriji „...povećanje ljudskog kapitala dovodi do porasta produktivnosti u tržišnom sektoru u vidu većih zarada, i u kućanstvu gdje pojedinac proizvodi više dobara koje ulaze u njegovu funkciju korisnosti“ (više o tome u: Grossman, 1972.:223). U Grossmanovom modelu korisnici zdravstvene zaštite proizvode i potražuju zdravlje – varijablu izbora i izvor korisnosti (zadovoljstva).

3.3. Zdravstveno osiguranje kao odrednica zdravstvenoga sustava

Sastavne jedinice zdravstvenoga sustava su korisnici i pružatelji zdravstvene zaštite, regulatorne jedinice i subjekti koji prikupljaju financijska sredstva i plaćaju zdravstvene usluge u ime korisnika. Zdravstveni sustav određen je međusobnim odnosima spomenutih sastavnica. „U brojnim zemljama, država preuzima različite uloge u financiranju, regulaciji i/ili pružanju zdravstvenih usluga. U nekima, država prevladava u plaćanju i pružanju većine zdravstvenih usluga (npr. u Kanadi). U drugima, država ima znatno manju ulogu u zdravstvu iako uvijek postoji određeni stupanj državne prisutnosti, npr. u regulaciji pružanja zdravstvenih usluga“ (Obadić, Tica, 2016.:478). Nastavno na to, Puljiz (2014.:109, u: Vehovec ur., 2014.) ističe kako „u svijetu postoje različiti modeli javnih, privatnih i mješovitih zdravstvenih osiguranja koji

uglavnom ovise o različitim izvorima financiranja koji su determinirani društvenim, ekonomskom i socijalnim nasljeđem i snagom gospodarstva. Sva relevantna istraživanja pokazuju da postojeći sustavi solidarnog financiranja zdravstvene zaštite nisu dugoročno održivi zbog brojnih razloga, od kojih su posebno važna dva: globalni trend starenja stanovništva i povećanje troškova zdravstvene zaštite uzrokovane brzim napretkom tehnologije i primjenom skupih istraživanja, što ima za posljedicu povećanje jaza između potreba i mogućnosti financiranja zdravstvenih usluga“ (više o tome u: Puljiz, 2014.:109, u: Vehovec ur., 2014.).

Zdravstvene sustave određuju oblik i opseg zdravstvenoga osiguranja. Zdravstveno osiguranje, koje može biti privatno ili javno, je jedan od načina na koji se pojedinci mogu zaštititi od gubitaka povezanih s nesposobnošću zbog bolesti. Osiguranje podrazumijeva redovito uplaćivanje sredstava za financiranje zdravstvenih usluga pojedinaca kako bi izbjegli plaćanje visokih cijena zdravstvenih usluga i podijelili rizik visokih troškova liječenja s ostalim članovima populacije (osiguranicima). Termin „zdravstveno osiguranje“ ograničen je isključivo na oblike određivanja premija zdravstvenoga osiguranja i raznih fondova za financiranje zdravstvenih usluga. Unatoč ovoj detaljnoj definiciji, u zdravstvenim sustavima nalazimo više oblika osiguranja, financiranja, pokrića, ustroja fondova osiguranja i tome slično (Getzen, 2006.). Kako je ranije istaknuto, „socijalno zdravstveno osiguranje podrazumijeva obavezno sudjelovanje javnoga ili polu-javnoga osiguravatelja. Privatno zdravstveno osiguranje koje pružaju privatni osiguravatelji, često je dobrovoljno i strogo uređeno od strane države“, ističu Wonderling, Black i Gruen (2005.).

Važnost zdravstvenog osiguranja (osiguravaju li ga privatne tvrtke ili Vlada) zahtijeva da tržište zdravstvenih usluga radi na drugačiji način nego većina drugih tržišta u gospodarstvu. Tipično tržište - recimo, tržište za sladoled, ima kupce i prodavače. Prodavač nudi robu ili uslugu po određenoj cijeni, a kupac koji želi artikl jednostavno treba ponuditi pravu svotu novca. U slučaju kupoprodaje sladoleda, prodavatelj računa svoju dobit, a kupac uživa u kornetu sladoleda. Tržište zdravstvene zaštite funkcionira na način da pacijent (kupac) ne plaća izravno prodavatelja medicinske usluge. Umjesto toga, pacijent isplaćuje novac osiguravatelju u obliku premije (ako je osiguratelj privatni subjekt) ili poreza (ako je osiguratelj vlada). Osiguratelj koristi ovaj novac da kompenzira davatelja usluge, koji pak pruža medicinske usluge pacijentu (Mankiw, 2017.).

Prema Kovač (2013.) zdravstveni sustavi mogu se svrstati u četiri kategorije: 1) tradicionalno zdravstveno osiguranje (Njemačka), 2) nacionalno zdravstveno osiguranje (Kanada), 3)

nacionalna zdravstvena služba (Velika Britanija) i 4) mješoviti sustavi (SAD). U današnjici, većina zemalja koristi nekoliko modela financiranja zdravstvenih troškova. Najčešća podjela sustava zdravstvenoga osiguranja je na: tzv. *Beveridgeov, Bismarckov*, tržišni i mješoviti model koji su prikazani u sljedećoj tablici.

Tablica 1. Karakteristike različitih modela financiranja zdravstva

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

Izvor: izrada autora prema podacima: Kovač, 2013.

U tablici 1. prikazano je kako se *Beveridgeov model* financira iz poreza kojeg plaćaju svi građani. Država određuju koliku svota novca mora platiti svaki građanin, ističe Kovač (2013.), a nakon tako prikupljenog novca, ona određuje koliki dio otpada na zdravstvo. Ovaj model se primjenjuje u, primjerice, Velikoj Britaniji, Italiji, i Skandinavskim zemljama. Ifo Institut (2008.) objašnjava kako *Beveridgeov* sustav financiranja zdravstva podrazumijeva sljedeće tri karakteristike: 1) uključuje cjelokupno stanovništvo; 2) prvenstveno se financira iz državnog proračuna; 3) poziva na jedinstvene, paušalne doprinose.

Zatim, Kovač (2013.) također navodi da *Bismarckov model* je zasnovan na obveznom, univerzalnom socijalnom osiguranju i karakterističan je za većinu zemalja kontinentalne Europe. „Taj model funkcionira na načelima solidarnosti i uzajamnosti. Doprinosi za zdravstveno osiguranje plaćaju se na osnovi rada, a upravljanje zdravstvenim sustavom je prepušteno interesnim udrugama i njihovu korporativnom dogovaranju, iako pod kontrolom države“ (Kovač, 2013:553). Ovakav se model primjenjuje u RH, Njemačkoj, Francuskoj, Belgiji, Austriji, Švicarskoj i drugim zemljama. Prema navođenju Instituta Ifo (2008.), Bismarckov sustav financiranja zdravstva podrazumijeva sljedeće karakteristike; 1) osiguranici

su zaposlenici; 2) financiranje se vrši putem doprinosa (visina doprinosa ovisi o visini prihoda); 3) doprinosi koji se uplaćuju temelje se na plaćama zaposlenika.

„Tržišni model u kojem je naglasak na tržištu, privatnom osiguranju i osiguranim rizicima. Privatno financiranje je model koji se temelji na zakonima kapitalističkoga društva, po principu „koliko platiš-toliko dobiješ“. Ovo je model u kojem je socijalni dio u potpunosti izostavljen“ (Kovač, 2013.:553).

3.4. Strukturna obilježja zdravstvenoga sustava RH

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

Zdravstvene usluge u bivšoj SFRJ (Saveznoj Federativnoj Republici Jugoslaviji) bile su visoko decentralizirane. Samoupravni socijalistički sustav obilježio je nedefinirano vlasništvo i nepostojanje odgovornosti uprave. Postrojenja, odnosno objekti su bili smatrani svačijim i ničijim. U praksi, politička tijela su donosila sve odluke vezane uz zdravstvo, a nadzor i inspekcija nisu postojali. Zdravstvena skrb patila je od loše organizacije, nedostatka upravljanja i značajne neučinkovitosti. Hrvatska je krenula u reformu zdravstvenog sektora, za razliku od drugih zemalja srednje i istočne Europe, vjerujući da je decentralizacija bila dio problema, a ne dio rješenja. Reforme su stoga popraćene povećanjem kontrole na državnoj i regionalnoj razini. Ipak, odgovornosti za zdravstvenu zaštitu i dalje su decentralizirane putem privatizacije - uglavnom liječnika primarne zdravstvene zaštite, stomatologa i ljekarnika (European Observatory on Health Care Systems, 1999.).

Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine, ističe Džakula ur. (2014.) konsolidirao je sustav financiranja zdravstva pod jednom javnom ustanovom – Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Time su postavljeni temelji za prikupljanje prihoda iz obveznoga osiguranja tj. Glavnoga izvora financiranja zdravstva u Hrvatskoj, koji su omogućili univerzalnu pokrivenost stanovništva. Hrvatski socijalni sustav zdravstvenoga osiguranja zasniva se na načelima uzajamnosti, jednakosti i solidarnosti (Džakula ur., 2014.). Reformom

zdravstva iz 1993. godine tako je centralizirana kontrola financijskih tokova, uspostavljeni mehanizmi kontrole potrošnje i postavljeni temelji za privatizaciju zdravstva – posebno primarne zdravstvene zaštite. Početni rezultati reforme bili su vrlo povoljni, dug HZZO-a smanjen je 1994.g. na 0,2% BDP-a kao i ukupni troškovi zdravstvene zaštite. No, smanjenju troškova nije doprinijela bolja organizacija sustava, već podizanje stope doprinosa na 15% od 1. siječnja 1994. godine i ograničenjem potrošnje (Zrinščak, 2007.). Krajem 1999. hrvatsko zdravstvo opet zapada u probleme. Naime, udjel javne zdravstvene potrošnje u BDP-u bio je na razini zapadnih zemalja, a dug HZZO-a (ukupno dospjele neplaćene obveze) popeo se krajem 1998.g. na 2,7% BDP-a (Obadić i Tica, 2016.:480). Shodno tome uslijedile su reforme tijekom 2000-tih.

Reforma iz 2002. godine, poput one iz 1993. godine, bila je usmjerena na kontrolu rasta troškova, tako što je smanjen broj besplatnih zdravstvenih usluga. Uvođenjem dopunskoga zdravstvenog osiguranja ipak nije smanjena prekomjerna zdravstvena potražnja. Štoviše, prihodi HZZO-a bili su manji od rashoda, a dug se i dalje povećao, a dug se i dalje povećavao pa se sustav spašavao podizanjem stope doprinosa ili financijskim transferima iz državnog proračuna, u prosjeku svake dvije godine. Krajem 2008. godine pokrenuta je sveobuhvatna reforma zdravstva koja se poklopila s izbijanjem svjetske financijske krize, s naglaskom na financijsku stabilizaciju i povećanje učinkovitosti sustava. U 2013. godini najvažniji reformski zahvat bilo je donošenje Odluke o financijskoj reorganizaciji 9 kliničkih bolnica u vlasništvu države s ukupnim troškovima od 1,9 milijardi kuna, i 25 uglavnom županijskih bolnica, s ukupnim troškovima od 1,13 milijardi kuna. Ulazak RH u EU 2013. godine označio je i promjene u zdravstvenom sustavu primarno kroz usklađivanje s EU zakonodavstvom (Džakula et al., 2014.). Puljiz (2014:110, u: Vehovec ur., 2014.) ističe kako je „Ministarstvo zdravlja RH, uvažavajući nužnost dugoročnog rješavanja pitanja zdravstvenog sustava, izradilo je 2012. godine Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012.–2020. Ova strategija uvažava ključne strateške dokumente EU-a i Svjetske zdravstvene organizacije, koji se odnose na zdravstvenu politiku Europske unije“. Neke od glavnih slabosti domaćeg zdravstvenog sustava, a koje su definirane ovim dokumentom, jesu financijski problemi i slaba zastupljenost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Zaključno, može se reći da je hrvatski zdravstveni sustav uspješno prošao kroz tranziciju 1990.-ih godina i da do danas kontinuirano osigurava zdravstvenu zaštitu za cijelu populaciju (Obadić i Tica, 2016:482). Ipak, kako Mihaljek (2014:40, u: Vehovec ur., 2014.) ističe „budući da na zdravstvo otpada velik dio javne potrošnje i da su troškovi u

zdravstvu godinama rasli vrlo brzo, reforma financiranja zdravstva pokazala se kao jedan od logičnih prioriteta fiskalne konsolidacije“.

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

Prema podacima iz baze osiguranika HZZO-a, u 2020. godini evidentirano je prosječno 4.161.628 osiguranika, što se može vidjeti sljedećoj tablici.

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

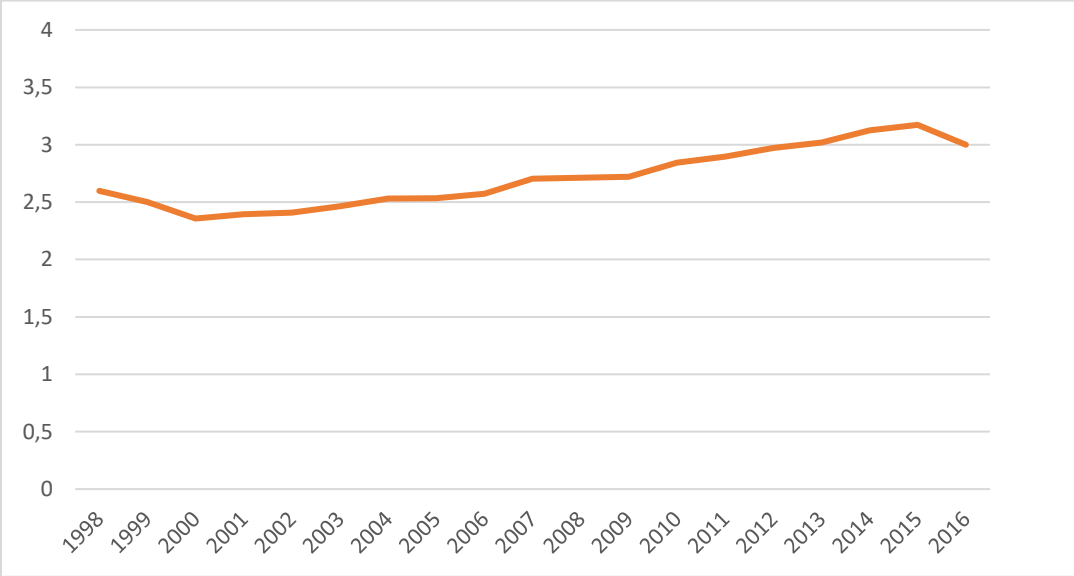
Osiguranici	**Prosječan broj**				**Indeks**	**Učešće %**	
	2017.	2018.	2019.	2020.	2020./2019.	2019.	2020.
aktivni radnici	1.522.335	1.564.677	1.599.311	1.575.192	98,49	38,18	37,85
aktivni poljoprivrednici	16.429	14.155	12.272	10.746	87,57	0,29	0,26
umirovljenici	1.058.838	1.057.951	1.059.765	1.058.945	99,92	25,30	25,45
članovi obitelji	605.325	525.135	458.512	403.423	87,99	10,95	9,69
ostali	1.041.305	1.041.464	1.058.798	1.113.322	105,15	25,28	26,75
Ukupno RH	4.244.232	4.203.382	4.203.382	4.161.628	99,35	100,00	100,00

Izvor: autor prema: HZZO, 2020.

Kao što je prethodno navedeno, a prema podacima HZZO-a u 2020. godini evidentirano je prosječno 4.161.628 osiguranika. Uspoređujući tekuću i prethodnu godinu, uviđa se smanjenje za 0,65 % ili 27.030 osobe manje nego u istom razdoblju prethodne godine, kada je prosječno evidentirano njih 4.188.658. Također, dolazi se i do smanjenja stavke aktivni radnici, gdje je brojka u 2020. godini iznosila 1.575.192 osiguranika, što je smanjenje za 1,51% ili 24.119 zaposlenih u odnosu na prethodnu godinu. Isto tako, od ukupnog broja osiguranika u RH, na

stavku aktivni radnici u 2020.-oj otpada 37,85%, a u 2019.-oj 38,18%. To je najviše rezultat negativnih makroekonomskih kretanja. Višegodišnji trend rasta broja aktivnih osiguranika zbog pozitivnih makroekonomskih kretanja ranijih godina, prekinut je u 2020. godini zbog pandemije bolesti COVID-19, koja se u RH javila početkom ožujka prošle godine. Pandemija i stroge epidemiološke mjere imale za učinak smanjenje gospodarskih aktivnosti, što je najviše bilo izraženo u drugom i četvrtom kvartalu prošle godine. U 2020. godini evidentirano je 1.058.945 umirovljenika, i to pokazuje neznatan pad od 820 osoba ili 0,08% u odnosu na prethodnu godinu, kada je evidentirano 1.059.765 umirovljenika. Broj ostalih kategorija osiguranika koji čine učenici srednjih škola, nezaposleni, osobe nesposobne za samostalan rad i život, studenti na redovnom školovanju, djeca do navršenih 18.godina i INO osiguranici-umirovljenici, uglavnom zadržavaju isto nivo kao i prethodne godine. Nadalje, u okviru poglavlja strukturna obilježja hrvatskog zdravstvenog sustava, govorit će se o resursima zdravstvenog sustava u RH. U zdravstvene resurse ubrajamo zdravstvene djelatnike, medicinsku opremu, zgrade, to jest sve resurse koji služe za pružanje usluge zdravstvene zaštite. Radi se o pokazateljima na strani zdravstvene ponude, poput broja zdravstvenih djelatnika, bolničkih kreveta ili broja dijagnostičke opreme. Zadnjih desetak godina registriran je porast ukupnoga broja zaposlenih zdravstvenih djelatnika u RH za oko 10%. U proteklom desetljeću porastao je i broj stalno zaposlenih doktora medicine za oko 2000. Detaljnije kretanje broja liječnika na 100 000 stanovnika od 1980.-2014. godine prikazano je u sljedećem grafikonu.

Grafikon 1. Broj liječnika na 1000 stanovnika u Hrvatskoj od 1998.-2016.



Izvor: izrada autora prema podacima: WHO, 2021.

Iz grafikona 1. može se iščitati pozitivan trend broja zaposlenih liječnika na 1000 stanovnika počevši od 1998. godine. Broj zaposlenih liječnika znatno pada do 2000. godine, te u naredne tri godine bilježi stagnaciju. Nakon toga, pa sve do 2015. godine, broj liječnika na 1000 stanovnika je u stalnom rastu, a prema zadnjim informacijama iz 2016. godine, ta brojka iznosi točno tri liječnika, dok je u 2015. godini ta brojka iznosila 3.173 liječnika. To je još uvijek manje od EU prosjeka, gdje broj zaposlenih liječnika na 1000 stanovnika iznosi oko 3.748.

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

Tablica 3. Odabrani materijalni resursi u bolnicama u Hrvatskoj i odabranim zemljama EU u 2018.

ZEMLJA	Broj bolničkih kreveta na 100.tis.stan.	Broj MRI na 100.tis.stan.	Broj CT skenera na 100. tis. stan.
Hrvatska	**561.25**	**0.83**	**1.49**
Austrija	727.16	1.13	1.78
Francuska	590.85	0.84	1.22
Portugal	344.51	0.91	2.64
Nizozemska	316.55	1.22	1.35
Poljska	653.69	0.56	1.37
Slovenija	442.90	0.82	1.35
Švedska	213.79	1.42	1.87
EU prosjek	500.49	-	-

Izvor: izrada autora prema: Eurostat, 2021.

Iz tablice se može uočiti, da je broj bolničkih kreveta na 100 000 stanovnika u RH malo iznad EU prosjeka, s brojkom od 561.25 bolnička kreveta na 100 000 stanovnika. To je vrlo solidan pokazatelj, jer ne postoji problem od prekomjernih kapaciteta kao u nekim drugim zemljama EU, kao što su Austrija i Poljska. Ako se pogledaju podaci o medicinskim tehnologijama poput MRI i CT, može se uočiti RH ima solidne pokazatelje, te da ne zaostaje puno za ostalim zemljama EU.

4. KOMPARATIVNA ANALIZA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA HRVATSKE I ODABRANIH GRUPACIJA ZEMALJA EU

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

4.1. Financijski aspekti zdravstvenih sustava

U području istraživanja zdravstvenih sustava nije neuobičajeno podijeliti zdravstvene sustave, ili, točnije, sustave pružanja zdravstvene zaštite u dvije široke kategorije: Nacionalne zdravstvene službe (eng. NHS) s jedne strane i Sustavi zdravstvene zaštite (eng. SSH) s druge strane (često ih se naziva po utemeljiteljima Beveridgeu (NHS) i Bismarcku (SSH)). Uključivanje sustava jedne zemlje u jednu od ove dvije kategorije uglavnom se temelji na načinu na koji su sustavi financirani, ali te razlike u financiranju također koreliraju s razlikama u načinu organizacije sustava. Ova podjela na dvije velike skupine pokriva uglavnom sve europske zdravstvene sustave (Kroneman, 2007.).

Kao što je već prethodno naglašeno, u europskim zemljama postoje različiti oblici pružanja usluga zdravstvene zaštite, prikupljanja financijskih sredstava ili plaćanja rada zdravstvenih radnika i tome slično. Smolić (2014.) ističe, da svaki od tih elemenata čini analizu zdravstvenog sustava pojedine zemlja zaista složenom. Tako u EU zdravstvene sustave dijelimo na one koji se financiraju većinom iz poreznih prihoda (primjerice, Švedska, Danska, Italija, UK) ili

uplatama obveznih doprinosa zdravstvenog osiguranja (primjerice, Njemačka, Poljska, Francuska, Hrvatska) (više o tome u: Smolić, 2014.).

Mnoge zemlje svijeta, navode Broz i Švaljek (2014:51, u: Vehovec ur., 2014., citirajući Bazzolli ur., 2004.) „nastoje javne zdravstvene usluge učiniti dostupnima što većem dijelu stanovnika, a po mogućnosti i ukupnom stanovništvu. To iziskuje velik i rasprostranjen sustav zdravstva koji troši mnogo javnog novca, a zbog problema u upravljanju takvim sustavom javljaju se neučinkovitosti. Stoga se često provode reforme kako bi zdravstveni sustav postao učinkovitiji". Kovač (2013:552) naglašava kako se „opći nedostatak financijskih sredstava uz rastuću zdravstvenu potrošnju smatra teško rješivim problemom" i pri tome ističe višestruke razloge: 1) težnja rasta ponude zdravstvenih usluga: stalni tehnološki napredak u medicini sve češće je nudio nove metode otkrivanja bolesti i liječenja, naročito u području dijagnostike, potom 2) rastući dohodak stanovništva koji je omogućio veću zdravstvenu potrošnju, pogotovo onu za koju kažemo da je troškovno intenzivna (bolnička zdravstvena zaštita) i 3) proces demografskoga starenja (Kovač, 2013:552).

Šimović i Deskar-Škrbić (2019.), naglašavaju kako se „najčešće se radi o modelima obveznog zdravstvenog osiguranja što podrazumijeva plaćanje doprinosa. Drugi javni model odnosi se na izravne proračunske transfere institucijama za zdravstvu. Kada govorimo o privatnim izdacima, dominiraju izravna plaćanja (engl. *Out of pocket*), a zatim dobrovoljna osiguranja." U prilog tome ide i navod Barić i Smolić (2008.:4) kako „pojedinačni zdravstveni sustavi uglavnom imaju jedan izvor financiranja zdravstvene potrošnje koji je dominantan, nikad se ne radi o čisto jednom izvoru sredstava." Glavni cilj u financiranju zdravstva je „osigurati sredstva za zdravstvenu zaštitu, postaviti ispravne ekonomske poticaje u korištenju i pružanju zdravstvenih usluga, osigurati da korisnici imaju odgovarajući pristup individualnoj zdravstvenoj zaštiti te osigurati financiranje javno-zdravstvenih usluga od opće važnosti. Elementi sustava financiranja zdravstva su: prikupljanje sredstava, zbrajanje sredstava i plaćanje korištenja zdravstvene zaštite. Financiranje zdravstvenoga sustava započinje procesom prikupljanja sredstava koje može biti javno i privatno" (Kovač, 2013.:552). Glavni izvor financiranja zdravstvene zaštite u RH su doprinosi obveznog zdravstvenog osiguranja, koji pokrivaju oko 80% ukupne zdravstvene potrošnje. Radi se, dakle, o Bismarckovom modelu, ali se i predviđa financiranje sredstvima iz državnog i proračuna jedinica lokalne uprave i samouprave. Zbog toga ponekad govorimo o mješovitom modelu financiranja, iako se u biti pretežito radi o javnom financiranju, ističu Obadić i Tica (2016.)

Tablica 4. Primjer različitih sustava financiranja zdravstva

Privatno financiranje	Državni proračun	Fond socijalnog osiguranja	Kombinirano (privatno, socijalno, proračun)
SAD	Danska	Češka	Bugarska
	Švedska	Francuska	Grčka
	Italija	Nizozemska	Švicarska
	Norveška	Estonija	Austrija
	Španjolska	Njemačka	
	Irska	Hrvatska	
	Finska	Slovenija	

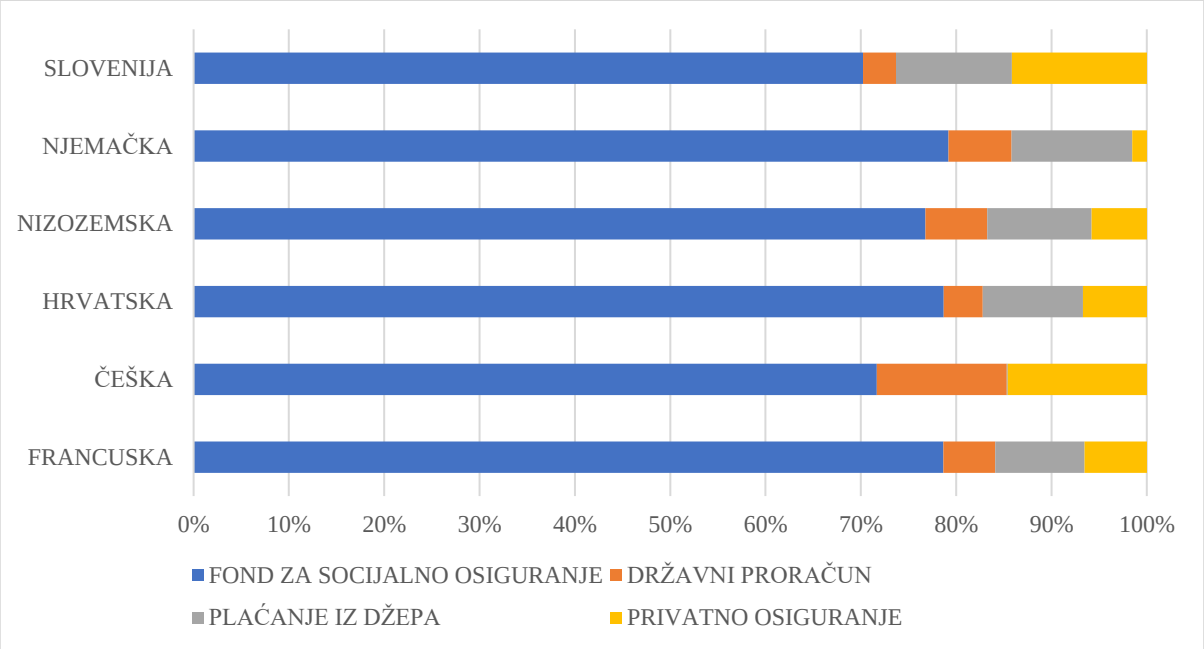
Izvor: izrada autora prema: Vehovec (2014.)

U tablici 4., može se uočiti da se sustavi financiranja zdravstva u odabranim zemljama mogu podijeliti u tri skupine: privatno financiranje, financiranje iz proračuna, te izvanproračunsko financiranje (fondovi socijalnog osiguranja). U SAD-u, 52% ukupne zdravstvene potrošnje financira se iz privatnih izvora, u anglosakonskim i nordijskim državama zdravstvena potrošnja financira se iz državnog proračuna, dok se u kontinentalnoj Europi zdravstvena potrošnja financira iz fonda socijalnog osiguranja. Bitno je naglasiti da se razlika između financiranja iz državnog proračuna i fonda socijalnog osiguranja krije u upravljanju potrošnjom i izvorima prihoda. Poznato je da proračun funkcionira na način da se u njega slijevaju svi prihodi države (porezni i neporezni izvori), te se onda prema zakonu, prihodi raspodjeljuju na određene resore, tipa zdravstvo. U slučaju fonda za socijalna osiguranja, zdravstvo se financira iz namjenskih poreza, odnosno obveznih doprinosa za zdravstveno osiguranje. To su porezi koji ne idu s drugim porezima u državni proračun, već imaju posebnu namjenu, odnosno namijenjeni su financiranju zdravstva.

Uvjet zaposlenja za zdravstveno osiguranje pruža beneficije i uzrokuje probleme. Ove mjere osiguravaju zaposlenima zdravstvenu zaštitu potrebnu za nastavak rada i osiguravaju produktivnu radnu snagu. S prelaskom u načinu razmišljanja sa zdravstva kao privilegije za zaposlene građane na pravo za sve građane, *Bismarckov* model suočava se s brojnim problemima, poput načina na koji se trebaju brinuti za one koji ne mogu raditi ili za one koji si

možda ne mogu priuštiti plaćanje doprinosa. Nadalje, praktični problemi uključuju pitanja, kako se boriti sa starenjem stanovništva, s neravnomjernim brojem umirovljenih građana u odnosu na zaposlene građane, te kako ostati konkurentan u privlačenju međunarodnih tvrtki koje bi mogle preferirati lokacije bez potrebnih izdvajanja za plaće (Chung, 2017.). Nastavno na prethodan tekst, sljedeći grafikon prikazuje strukturu financiranja zdravstva u zemljama u kojima prevladava državni fond socijalnog osiguranja (*Bismarckov* model)

Grafikon 2. Struktura financiranja zdravstva u odabranim zemljama u kojima prevladava državni fond socijalnog osiguranja u 2018. godini



Izvor: izrada autora prema: WHO, 2021.

Iz grafikona 2., uočava se da fond za socijalno osiguranje gotovo u svim zemljama čini 70 i više posto sveukupnog financiranja zdravstva. Ostala tri načina financiranja (državni proračun, plaćanje iz džepa i privatno osiguranje) varira od države do države. U RH je primjerice plaćanje iz džepa na drugom mjestu s 10,5% financiranja, zatim privatno osiguranje 6,7%, te na kraju državni proračun s 4,1%. Kasnije će se u radu analizirati udjeli javnog i privatnog financiranja zdravstva za Hrvatsku i odabrane zemlje članice EU.

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

Većina zdravstvenih usluga financira se prema modelu socijalnoga zdravstvenog osiguranja iz sredstava HZZO-a. Doprinosi zaposlenih, samozaposlenih i poljoprivrednika glavni su izvor sredstava zdravstvenoga osiguranja (Vončina ur., 2006.). Doprinos za zdravstveno osiguranje iznosi 16,5% od bruto plaće (u potpunosti plaća poslodavac), te se uplaćuje se na račun HZZO-a u HNB-u. Doprinos od 0,5% za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu uveden je 1.1.2008. i prati se odvojeno. Doprinos od 3% plaća se na mirovine iznad 7.104 kune (visina prosječne neto plaće u RH) koje plaća korisnik mirovine, dok se doprinos od 1% plaća na mirovine ispod iznosa prosječne neto plaće u RH. Nezaposlene osobe i osobe kojima je oduzeta sloboda obvezno zdravstveno osiguranje obračunava se po stopi od 5% (ZAKON HR, 2021.). Određene zdravstvene usluge zahtijevaju sudjelovanje pacijenata u cijeni, putem participacije ili dopunskoga osiguranja. Dopunsko osiguranje ekvivalentno je dobrovoljnom osiguranju u zemljama EU. Privatno osiguranje u RH je jednako dodatnom osiguranju u zemljama EU, koje je ujedno i dobrovoljno (Vončina ur., 2006).

Većina javnih izdataka u RH odnosi se na izdatke HZZO-a (čak oko 90%), a ostatak čine izdaci države. Izdaci HZZO-a obuhvaćaju izdatke za liječenje, rehabilitaciju, dugotrajnu njegu, lijekove i medicinska pomagala, prevenciju, zdravstvenu administraciju, naknade i pomoći. Zbog gomilanja dugova u HZZO-u, koji su se pokrivali državnim transferima, prostor za smanjenje javne potrošnje u zdravstvu bio je ograničen. Dugovi u zdravstvu jedan je goruć ih problema koji su postali uobičajeni još od sredine 1990.-ih godina (Obadić, Tica, 2016.). Sljedeća tablica prikazuje zaključke o razmjerima dugova u zdravstvenom sustavu Hrvatske.

Tablica 5. Dekompozicija duga u hrvatskome zdravstvu od 2012.-2016. (u kunama)

Godina	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.
Bolnice	5.048.238.271	4.587.995.479	3.998.153.950	4.232.499.343	4.786.325.577
Ostale zdravstvene ustanove	956.940.994	767.582.546	665.066.587	561.115.580	594.660.865
Ukupno zdravstvene ustanove	**6.005.179.265**	**5.355.578.025**	**4.663.220.537**	**4.793.614.923**	**5.380.986.442**
HZZO	5.502.094.544	3.866.961.053	3.067.819.766	3.223.925.248	2.778.284.651
Ukupne obveze	**11.507.273.809**	**9.222.539.078**	**7.731.040.303**	**8.017.540.171**	**8.159.271.093**

Izvor: autor prema: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (2021)., obrada autora prema izvješćima o financijskim zdravstvenim pokazateljima za RH, HZJZ, 2012., 2013., 2014., 2015., 2016.

Prikazana tablica pokazuje da se ukupni dugovi u hrvatskom zdravstvu ne mogu nikako zanemariti. Naime, iznos ukupnih obveza hrvatskog zdravstvenog sustava u 2012. godini iznosi nešto vise od 11 milijardi kuna. Nadalje, vidljivo je da su ukupne obveze u padu sljedeće dvije godine, primarno zbog činjenice da je 2013. i 2014. godine provedena sanacija hrvatskog zdravstvenog sustava u iznosu od 6,5 milijardi kuna. Zbog ogromnog broja bolnica koje su bile u dugovima, država je podigla kredit, i barem nakratko smanjila ukupne obveze hrvatskog zdravstvenog sustava. Šimović i Deskar-Škabić (2019.) analiziraju podatke HZZO-a i ističu kako je u 2018. godini evidentirano je oko 4,2 milijuna osiguranika, a od toga broja je „svega 37% aktivnih osiguranika ili oko 1,57 milijuna ljudi koji su zaposleni i koji plaćaju doprinose. Tu činjenicu treba imati na umu kada se raspravlja o financijskoj održivosti postojećeg modela i razmjeru prava na zdravstvenu zaštitu. Ostali osiguranici su umirovljenici, članovi obitelji nositelja osiguranja te čitav niz kategorija osiguranika kao nezaposleni, djeca do 18 godina, učenici i redovni studenti“ i tome slične kategorije. Nastavljaju, „prihodi od doprinosa za zdravstveno osiguranje iznose oko 19,9 mlrd. kuna što je oko 80% prihoda HZZO-a. Proračunski transferi čine oko 3,1 mlrd. kuna ili oko 12%. Značajan dio prihoda ostvaruje se od prohoda po posebnih propisima (2 mlrd. kuna ili 8%). Najvećim dijelom ta stavka se odnosi na premije dopunskog zdravstvenog osiguranja (829 mil. kn) i participaciju (640 mil.kn)… 93,9% rashoda za zdravstvenu zaštitu ili 20,2 mlrd. kuna odnosi na onu proizašlu iz obveznog

zdravstvenog osiguranja. Tek se manji dio odnosi na zdravstvenu zaštitu proizašlu iz dopunskog zdravstvenog osiguranja ili zdravstvenu zaštitu na radu“ (Šimović i Deskar-Škabić, 2019.). Više o prihodima i rashodima HZZO-a i strukturi istih raspravit će se u sljedećem poglavlju, kada će se govoriti o izazovima i razvojnim potencijalima javnog zdravstva u Hrvatskoj.

4.2. Pokazatelji zdravstvenog stanja populacije odabranih zemalja

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

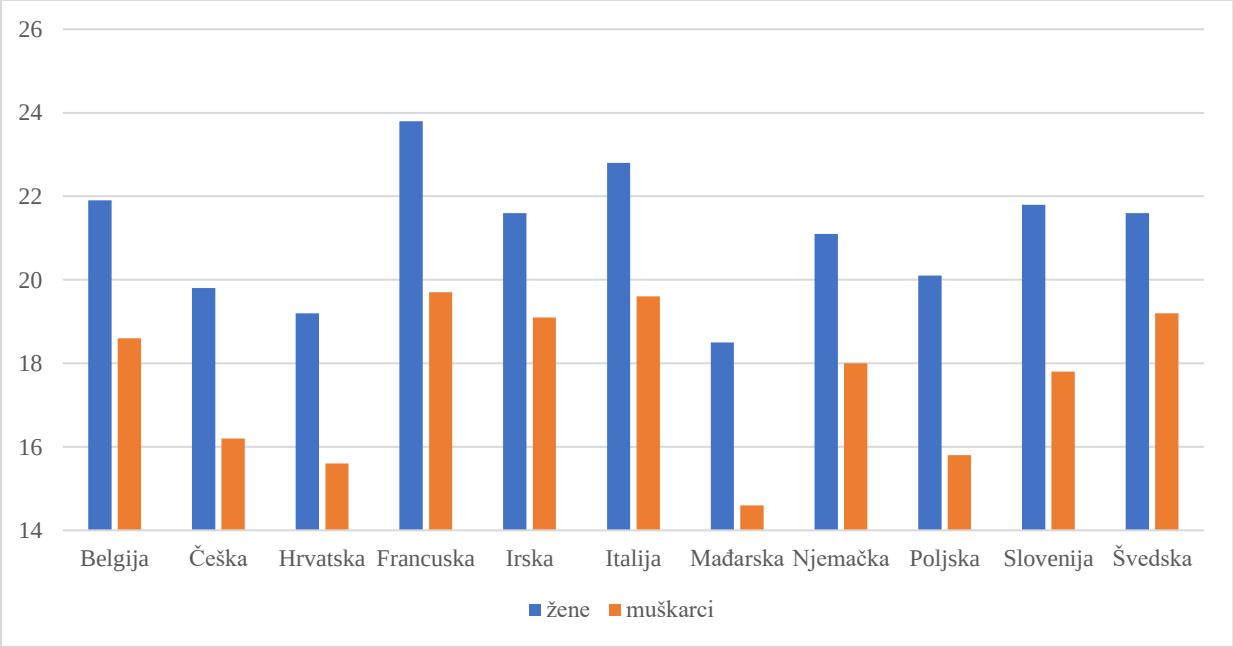
Tablica 6. Odabrani pokazatelji zdravstvenog stanja populacije 2019. godine

Pokazatelj/zemlja	Hrvatska	**Austrija**	**Češka**	**Poljska**	**Francuska**	**Švedska**	**Italija**
Očekivani životni vijek pri rođenju	**78,42**	81,64	79,13	77,56	82,56	82,96	83,20
Očekivano trajanje zdravoga života pri rođenju	**69**	71	69	69	71	72	72
Dojenačke smrti na 1.000 živorođene djece	**4,1**	2,8	2,5	3,8	3,8	2,1	2,7
Smrtnost rodilja na 100.000 živorođene djece (2017.)	**8**	5	2	2	8	4	2

Izvor: izrada autora prema: World Bank (2021.)

Očekivani životni vijek pri rođenju i očekivano trajanje zdravoga života pri rođenju, najčešće su korišteni pokazatelji zdravstvenog stanja populacije i uspješnosti zdravstvenog sustava. Prema podacima iz tablice 6., u 2019. godini očekivani životni vijek pri rođenju u RH iznosi 78,42 godina, što je manje u odnosu na visoko razvijene zemlje EU. Italija je od odabranih zemljama članica EU „najdugovječnija“, s očekivanim životnim vijekom pri rođenju koji iznosi 83,20 godina. Od Hrvatske je lošija samo Poljska, gdje očekivani životni vijek pri rođenju iznosi 77,56 godina. Nadalje, iz tablice se iščitava da prema pokazatelju dojenačke smrti na 1000 živorođene djece najlošije stoji Hrvatska, koja ima približno četiri dojenačke smrti na 1000 živorođene djece. Zatim idu Poljska, Francuska, Austrija, Italija i Češka, a Švedska ima najmanji broj smrtnosti prethodno navedenog pokazatelja. Zadnji pokazatelj je smrtnost rodilja na 100 000 živorođene djece. Ljestvicu „najgorih“ država predvode Hrvatska i Francuska, te se iz tablice može uočiti da je Hrvatska među najlošijim zemljama EU što se tiče odabranih pokazatelja zdravstvenog stanja populacije.

Grafikon 3. Očekivano trajanje života u dobi od 65 godina u odabranim članicama EU 2018.

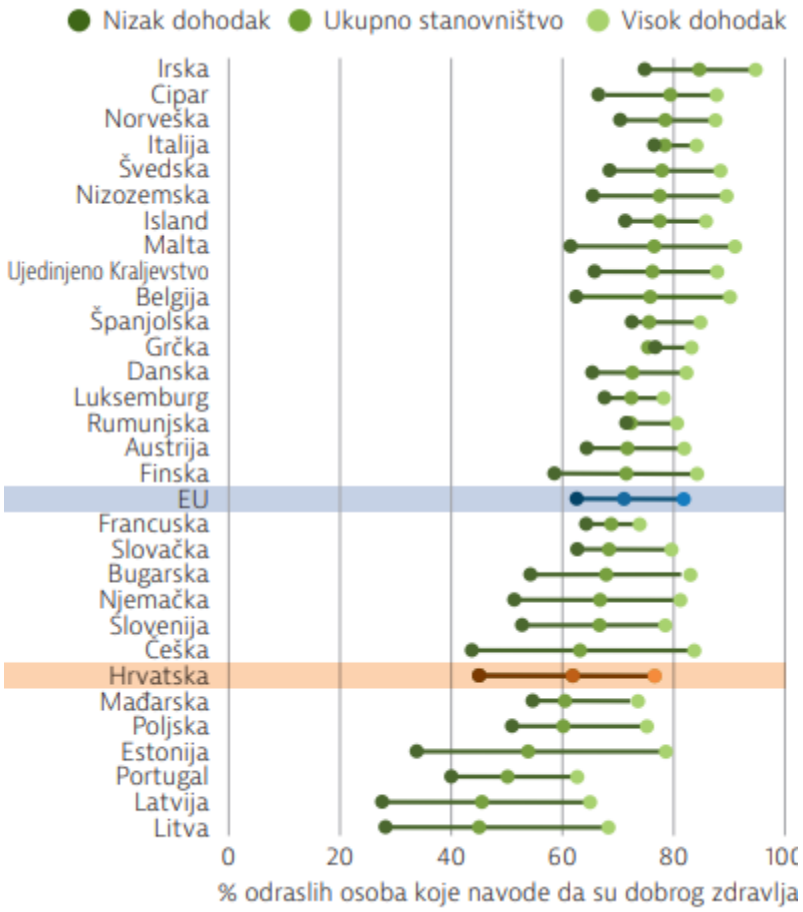


Izvor: autor prema: OECD, 2021.

Sljedeći parametar koji pokazuje zdravstveno stanje populacije je očekivano trajanje života u dobi od 65 godina. Prema podacima OECD-a (2021.), u RH očekivano trajanje života u dobi od 65 godina je 19,2 godine za žene, te 15,6 godine za muškarce. Iako je ovo dosta površna

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

Grafikon 4. Ocjena vlastitoga zdravlja po razinama dohotka u zemljama članicama EU



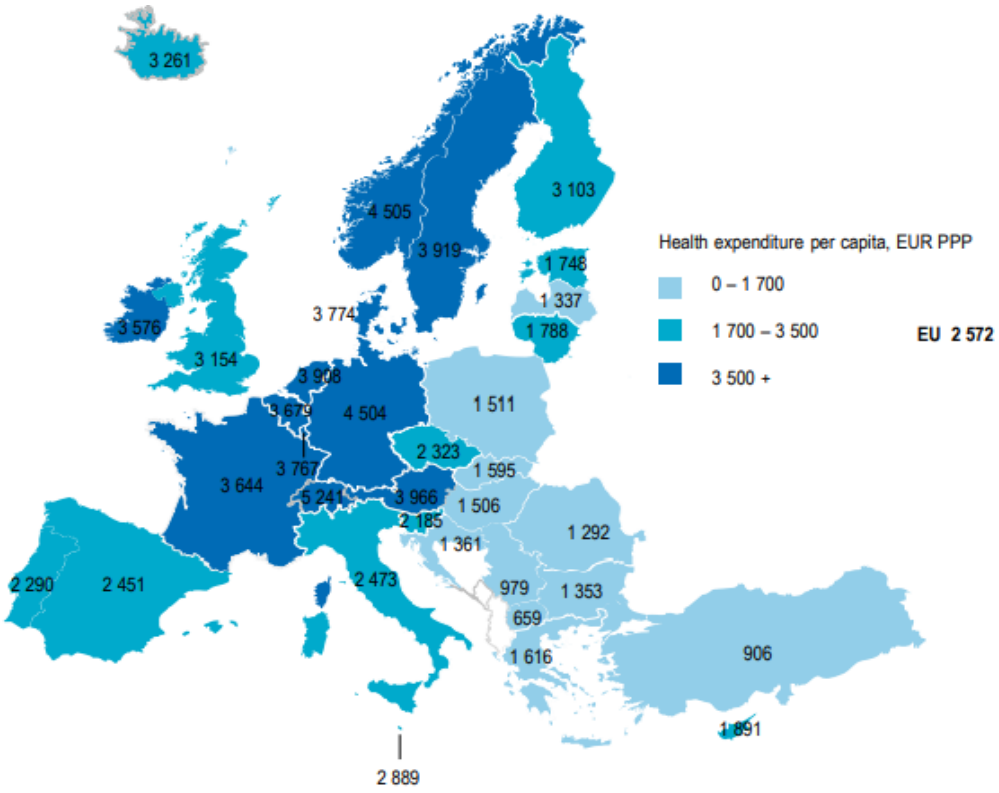
Izvor: autor preuzeo cjeloviti grafikon: Europska Komisija, 2019.

Iz priloženog grafikona može se uočiti da postoji čvrsta povezanost između odraslih osoba koje navode da su dobrog zdravlja i visine dohotka. Hrvatska stoji lošije od prosjeka EU, jer udio osoba koje tvrde da su dobrog zdravlja iznosi 61%, naspram prosjeka EU koji iznosi 70%. Nadalje, tri četvrtine osoba iz kvintila s najvišim dohotkom smatra da su dobrog zdravlja, dok to isto tvrdi manje od polovine (44 %) osoba iz kvintila s najnižim dohotkom.

4.3. Korelacija zdravstvene potrošnje s visinom BDP-a i udjeli financiranja zdravstva među odabranim članicama EU

U ovom poglavlju, pomoću komparativne analize, usporedit će se i promatrati korelacija, odnosno povezanost zdravstvene potrošnje odabranih zemalja EU s visinom njihovog bruto domaćeg dohotka (BDP-a). Prilikom uspoređivanja, koristit će se grafovi da bi se čitatelju na jednostavniji način objasnile razlike između pojedinih varijabli. Na grafikonu 5. prikazani su iznosi zdravstvene potrošnje po stanovniku u zemljama EU u 2019. godini

Grafikon 5. Zdravstvena potrošnja po stanovniku u zemljama EU u 2019. (PPP EUR)

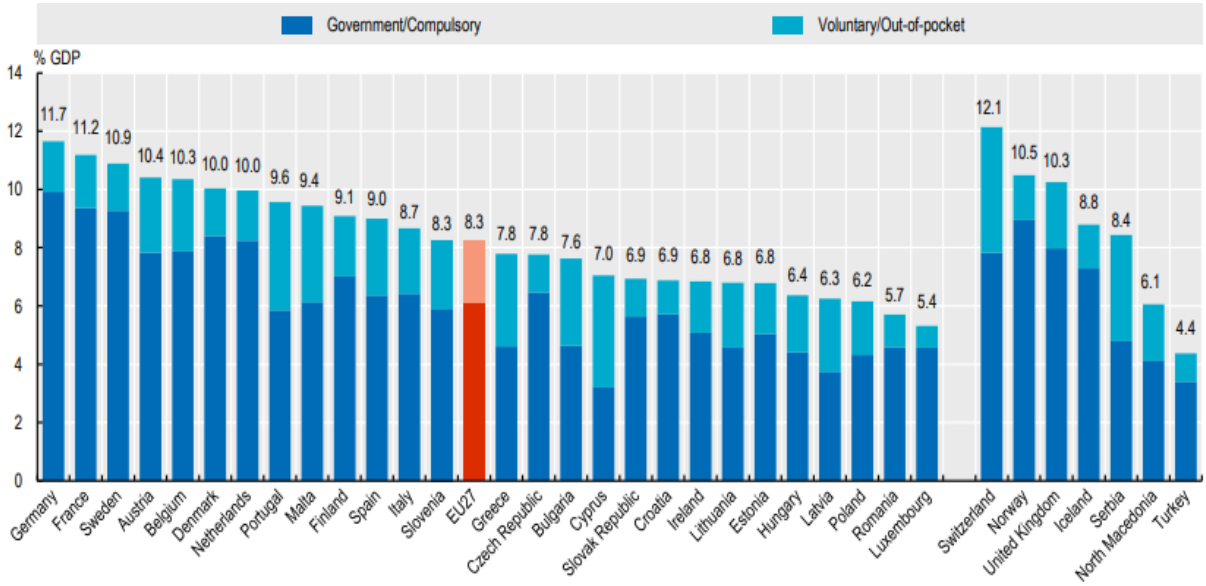


Izvor: autor preuzeo cjeloviti grafikon: EU/OECD, 2020.

Uz potrošnju od 5 241 EUR po osobi - prilagođeno razlikama u kupovnoj moći zemalja - Švicarska je bila najveći potrošač u Europi, a slijedi je Norveška (4 505 EUR). Među državama članicama EU, potrošnja razine u Njemačkoj, Austriji, Švedskoj i Nizozemskoj bile su sve barem 50% iznad prosjeka EU (2 572 EUR). S druge strane kraj ljestvice bile su Rumunjska,

Latvija, Bugarska i Hrvatska zemlje s najmanjom potrošnjom u EU-u, samo oko polovice EU prosjek. To znači da po glavi stanovnika (i nakon prilagođavanja razlika u razinama cijena), postoji a trostruka razlika u potrošnji na zdravstvo između zemalja zapadne i sjeverne Europe i zemalja srednje i istočne Europe.

Grafikon 6. Zdravstvena potrošnja kao % ukupnog BDP-a u EU u 2019. godini

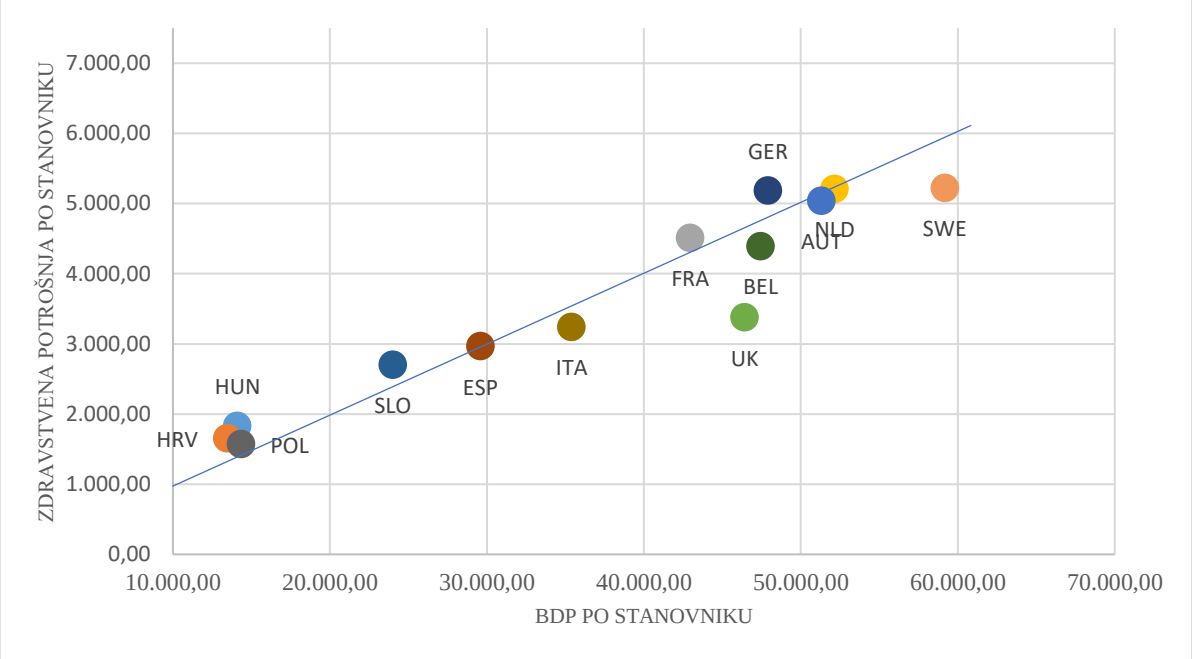


Izvor: autor preuzeo cjeloviti grafikon prema: EU/OECD, 2020.

Procjenjuje se da su 2019. godine zemlje EU -a u prosjeku izdvajale 8,3% njihovog BDP-a za zdravstvenu zaštitu. Ova brojka je poprilično nepromijenjena od 2014., te je rast zdravstvene potrošnje uglavnom u skladu s ukupnim ekonomskim rastom. U 2019. godini četvrtina svih država članica EU-a izdvaja najmanje 10% njihovog BDP-a u za zdravstvo, gdje prednjače Njemačka (11,7%) i Francuska (11,2%) s najvećim udjelima. Najniže udjele BDP-a namijenjenoj zdravstvenoj zaštiti imaju Luksemburg (5,4%), Rumunjska (5,7%), Poljska (6,2%) i Latvija (6,3%). Što se tiče cijele Europe, Švicarska ima najveći udio (12,1%) svog BDP-a u zdravstvenoj potrošnji. Kada se analizira dinamika rashoda zemalja za zdravstvo, može se uočiti da zemlje s višim dohotkom nastoje davati veći udio svojih sredstava za zdravstvenu zaštitu, ali neke zemlje s visokim razinama zdravstvenih izdataka po stanovniku mogu imati relativno niski omjer zdravstvene potrošnje i BDP-a, i obrnuto. Na primjer, Češka i Bugarska su potrošile otprilike isti udio njihovog BDP-a na zdravstvo u 2019., a zdravstvena

potrošnja po stanovniku (prilagođena EUR PPP -u) bila je 72% veća u Češkoj zbog većeg BDP-a. RH izdvaja 6,9% svojih sredstava od ukupnog BDP-a na zdravstvenu zaštitu i time se uočava da spada među zemlje EU s najnižim razinama izdvajanja za zdravstvo. Važno je naglasiti da su međunarodne usporedbe zdravstvene potrošnje koristan izvor informacija prilikom planiranja zdravstvene politike ili donošenja zakona iz područja zdravstvene zaštite. Transparentnost i jedinstvenost podataka predstavljaju najveći problem kojega su OECD i WHO pokušali riješiti razvojem međunarodne metodologije za sastavljanje računa zdravstvene potrošnje. Najvažnije informacije iz SHA odgovaraju na pitanja o ukupnim troškovima; funkcionalnoj podjeli zdravstvenog sustava; obilježjima pružatelja i izvorima financiranja (Cichon ur., 1999.:77).

Grafikon 7. Povezanost zdravstvene potrošnje po stanovniku i BDP-a po stanovniku 2014. godine (u PPP dolarima)



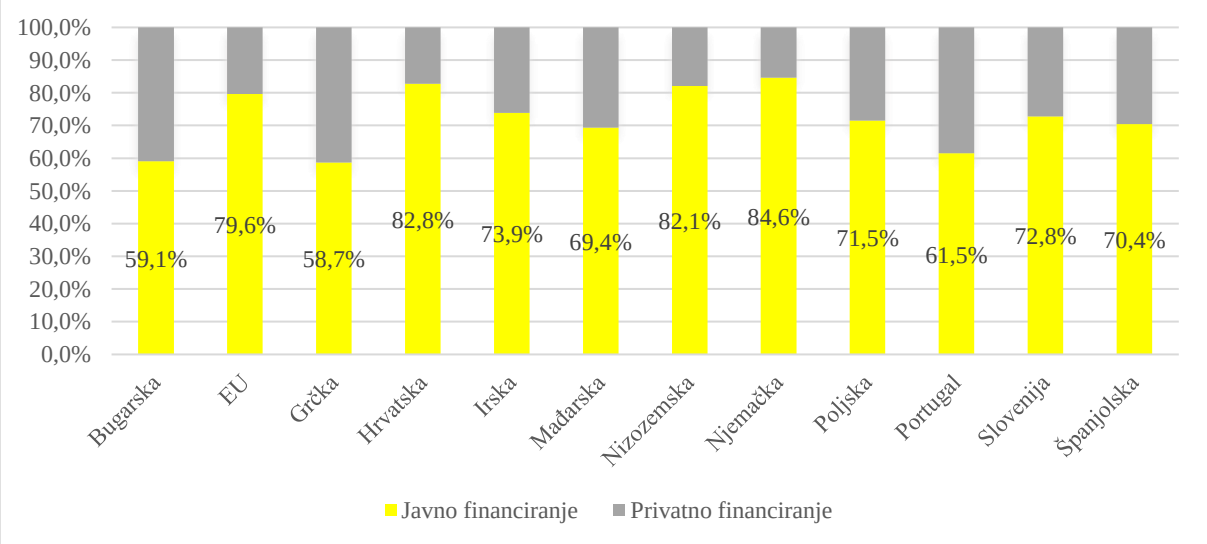
Izvor: izrada autora prema podacima: WHO, 2019.

Na temelju grafikona 7. može se reći kako je zdravstvena potrošnja u skladu s očekivanim s obzirom na hrvatski BDP po stanovniku. Primjećuje se da su izdvajanja za zdravstvenu potrošnju u RH vrlo slična onim zemljama koje imaju sličan BDP po stanovnika kao i naša zemlja. RH se nalazi u grupi zemalja s BDP-om po stanovniku u rasponu od 10.000-15.000

dolara prema paritetu kupovne moći (PPP) i zdravstvenom potrošnjom po stanovniku u rasponu od 1.500-2.000 dolara prema PPP. Te zemlje su, primjerice, Mađarska, Poljska i Češka. Također, još ranije je uočeno da zemlje s višim dohotkom po stanovniku imaju i veću zdravstvenu potrošnju. Nadalje, i iz ovoga se vidi da postoji jaka pozitivna veza između BDP-a i zdravstvene potrošnje po stanovniku. RH se nalazi u grupi sa slabije razvijenim članicama EU, dok zemlje poput Nizozemske, Austrije, Švedske i Njemačke imaju daleko veći BDP, a shodno tome i veću zdravstvenu potrošnju po stanovniku.

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

Grafikon 8. Udjeli javnoga i privatnoga financiranja zdravstva među odabranim članicama EU u 2018.



Izvor: izrada autora prema podacima: Eurostat, 2021.

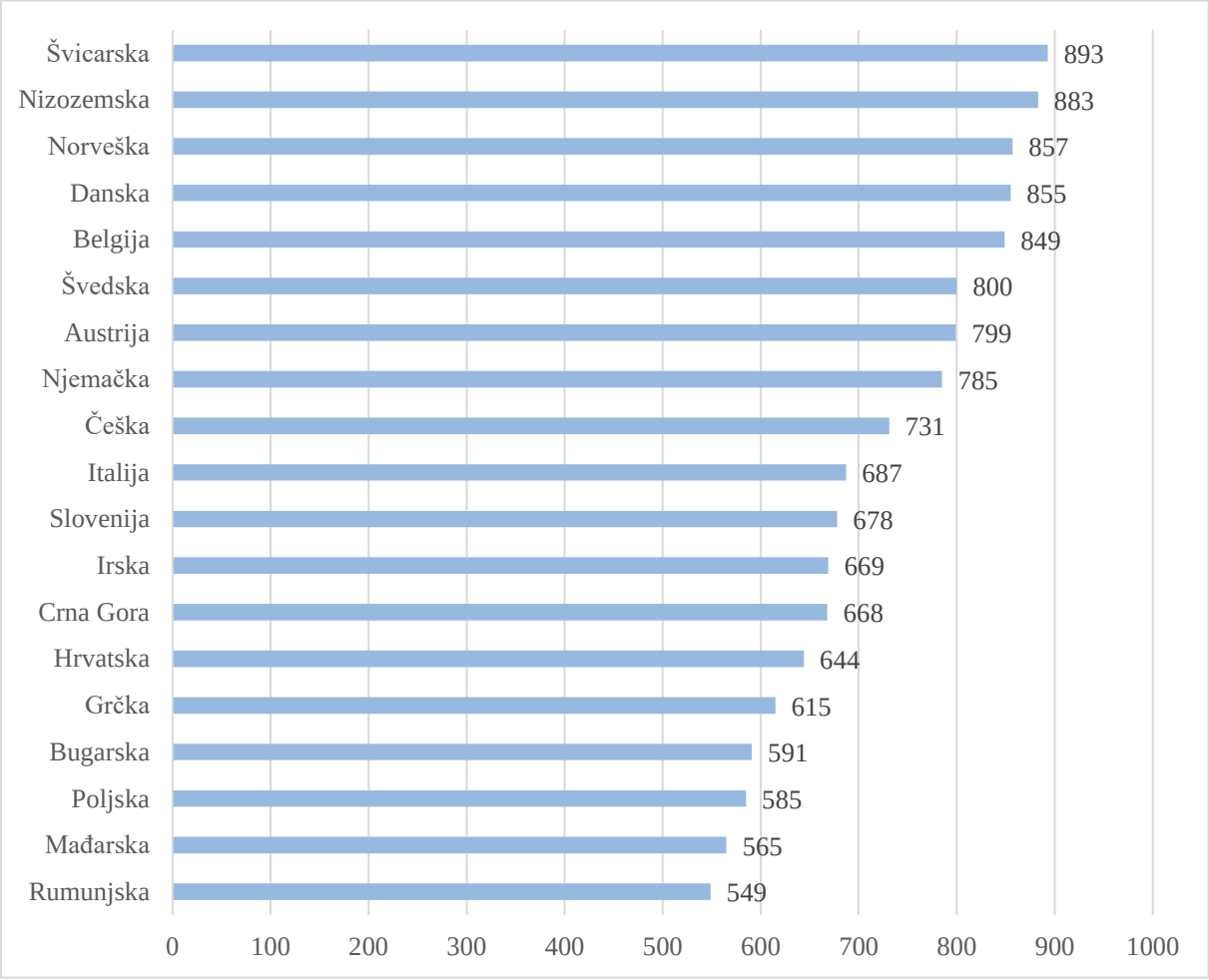
Na grafikonu 8. vidljivo je da u svim odabranim članicama EU prevladava javno financiranje zdravstva. Najmanji udio javnog financiranja u zdravstva ima Grčka s 58,7%, a najviše

Njemačka s 84,6%. Hrvatska ima udjel od 82,8% javnoga financiranja zdravstva, kao što je i navedeno u prethodnom poglavlju, a što je malo više od prosjeka EU zemalja. Iako su ovdje samo prikazani udjeli nekih članica EU, treba naglasiti i primjer neke države (kao što je SAD), čije se zdravstvo većinom financira iz privatnih izvora, oko 52%. Takav sustav je u neku ruku dobar, jer potiče kvalitetu i efikasnost, no s druge strane ima i nekih nedostataka poput visokog stupnja nepravednosti, te selekcioniranje rizika.

4.4. Pokazatelji kvalitete zdravstvene zaštite između odabrane grupacije zemalja

Međunarodna usporedba pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite iz percepcije korisnika (pacijenata ili potrošača) zdravstvenih usluga razvila se tek u zadnjih desetak godina. Europski indeks zdravstvene zaštite potrošača (engl. *Euro Health Consumer Index – EHCI*) vrlo je dobar pokazatelj koji upravo upotpunjava postojeću prazninu. Naime, Vehovec (2014.) naglašava da je glavni cilj indeksa osnaživanje zaštite i prava pacijenata odnosno potrošača zdravstvenih usluga. Što se tiče najvećeg broja bodova u kvaliteti zdravstvene zaštite, Švicarska prednjači već dugi niz godina. Iz navedenog proizlazi da Švicarska iz perspektive korisnika usluga ima izuzetno kvalitetan sustav zdravstvene zaštite u usporedbi sa svim drugim europskim zemljama. Prvi položaj na rang-listi EHCI indeksa ne ukazuje nužno na najbolji zdravstveni sustav, jer ljestvica nije izrađena za takvu vrstu mjerenja, ali se logično povezuje s ocjenom najuspješnijeg zdravstvenog sustava kako ga doživljavaju korisnici usluga. EHCI indeks sadrži 48 pokazatelja kojima se mjeri kvaliteta zdravstvene zaštite potrošača u šest kategorija. „Prva kategorija analizira prava i informiranost pacijenata, druga dostupnost zdravstvenih usluga odnosno vrijeme čekanja, treća uspoređuje ishode liječenja, četvrta prati raspon pruženih usluga, peta ocjenjuje prevenciju, a zadnja je posvećena lijekovima“ (Vehovec, 2014.:285). Bodovni raspon promatranih zemalja varira između 400 i 900 bodova te se zemlje mogu grupirati i rangirati prema broju osvojenih bodova na sljedeće skupine: (a) najniža skupina zemalja: < 500 bodova; (b) srednje niža skupina zemalja: 501-600 bodova; (c) srednja skupina zemalja: 601-700 bodova; (d) srednje viša skupina zemalja: 701-800 bodova; (e) najviša skupina zemalja: 801-900 bodova (Vehovec, 2014.). Na sljedećem grafikonu prikazat će se položaj Hrvatske među odabranim zemljama obuhvaćenim ECHI indeksom.

Grafikon 9. Položaj RH među odabranim zemljama obuhvaćenim ECHI indeksom u 2018.



Izvor: izrada autora prema podacima: Health Concumer Powerhouse, 2018.

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

primjerice liječenje raka ili dostupnost CT snimanja. Hrvatski zdravstveni sustav ima prevelike liste čekanja, odnosno loša je dostupnost. Preporuka je da se zdravstvene politike usmjere ka brzom protoku pacijenata, kako bi zdravstveni sustav bio kvalitetniji, efikasniji i jeftiniji.

5. IZAZOVI SUVREMENOG MENADŽMENTA U ZDRAVSTVU

U ovom poglavlju raspravljat će se o izazovima s kojima se suočava suvremeni menadžment u zdravstvu. Naime, problem rastuće zdravstvene potrošnje česta je tema svih aktera koji sudjeluju u upravljanju zdravstvenim sustavima, te je vidljivo kako se u posljednjih par godina sve više pažnje pridodaje upravo toj temi. Rastuća zdravstvena potrošnja ne zahvaća samo Hrvatsku, već i druge zemlje u EU, no diplomski rad najviše se drži problematike hrvatskog zdravstvenog sustava. Također, raspravlja se i o potencijalima i izazovima javnog zdravstva u Hrvatskoj, a na kraju o načinu financiranja zdravstvenih sustava u okviru pandemije COVID-19.

5.1. Mogućnost kontrole zdravstvene potrošnje – primjer Hrvatske

U svim zemljama EU-a tijekom većeg dijela druge polovice 20. stoljeća izdaci za zdravstvo su rasli brže od nacionalnog dohotka. Ovaj snažan rast može se pripisati faktorima na strani potražnje i ponude, poput starenja stanovništva i medicinskih inovacija. Osim ovih čimbenika, postoje brojni dokazi o sveprisutnoj neučinkovitosti u procesu pretvaranja resursa u zdravstvene ishode, time generirajući ekonomski otpad i faktore koji doprinose prekomjernom rastu izdataka za zdravstvo (Mederios, Schweirz, 2015.).

Najčešći pokazatelji zdravstvene potrošnje jesu zdravstvena potrošnja kao postotak ukupnog BDP-a i zdravstvena potrošnja po glavi stanovnika (per capita). Također, ukupna zdravstvena potrošnja često se prikazuje u dekomponiranom obliku, odnosno kao javna i privatna zdravstvena potrošnja. Analizom navedenih pokazatelja na primjeru Hrvatske, raspravljat će se o činjeničnim stanjima, eventualnim problemima i reformama na području zdravstvene potrošnje.

Glavni problem zdravstvene politike u većini razvijenih zemalja postala je rastuća zdravstvena potrošnja. Problematika se javlja tijekom 90.-ih godina prošlog stoljeća, te zbog velikog značaja zdravstvenog sektora za neku zemlju, bitno je odrediti koji čimbenici utječu na zdravstvenu potrošnju. Naime, kako Barić, Smolić (2008.) navode „ne postoji jednostavan odgovor koliko bi neka zemlja trebala izdvajati za zdravstvo. Razlog tome su razlike u strukturi pobola, očekivanom trajanju života populacije, socijalnim, gospodarskim i geografskim uvjetima. Iznos sredstava koji je potreban za funkcioniranje zdravstva funkcija je velikog broja varijabli. Najvažnija varijabla bila ja zasigurno opterećenost bolestima koje zahtijevaju medicinski tretman, budući da je potražnja bolesnije populacije veća. Drugi čimbenik je opseg pruženih zdravstvenih usluga koji se raspodjeljuje između socijalnog osiguranje i obitelji bolesnih osoba“ (Barić, Smolić, 2008.:304)

Ostojić (2012.) naglašava da se zdravstveni rezultati mogu poboljšati kroz rješavanje pitanja velike neučinkovitosti zdravstvene potrošnje Najčešći uzroci neučinkovite zdravstvene potrošnje je neadekvatna i neučinkovita uporaba lijekova, zatim medicinske pogreške, nedovoljno optimalna kvaliteta zdravstvene skrbi, korupcija i prijevara. Zbog svega toga mnoge zemlje mogu postići iste rezultate u kvaliteti zdravstvene zaštite s nižom razinom zdravstvene potrošnje. Istraživanja su pokazala da bi smanjenje neučinkovitosti zdravstvene potrošnje u zemljama članicama OECD-a povećale očekivani životni vijek pri rođenju, u prosjeku za više od godinu dana. Nadalje, WHO procjenjuje da se 20 do 40% sredstava potrošenih na zdravstvo troši uzalud (Ostojić et al., 2012.).

Govoreći o zdravstvenoj potrošnji, ključno je spomenuti pojam zdravstvene potražnje (eng. *health demand*). Ponuda i potražnja zdravstvenih usluga temeljni su elementi zdravstvenog sustava, te je važno naglasiti jaku povezanost između ta dva elementa. Naime, potražnja zdravstvenih usluga ovisi o čimbenicima kao što su dohodak korisnika, cijena zdravstvene usluge, zdravstveno stanje pojedinca, zdravstvene potrebe, sustav zdravstvenog osiguranja itd. Ukratko rečeno, potražnja se može opisati kao zahtjev pacijenta za zdravstvenom uslugom (Barić, Smolić, 2008.). Isti autori naglašavaju da je zdravstvena potražnja povezana sa zdravstvenom potrebom, ali je neovisna o njoj. „Zdravstvena potražnja predstavlja različite reakcije za istu vrstu potrebe, i povrh toga, pokazuje pristranost prema skupljim uslugama. Potražnja za zdravstvenim uslugama je, suprotno nego u drugim ekonomskim područjima, djelomično inducirana sa strane davatelja usluga (tj. ponude)“ (Barić, Smolić, 2008.:305).

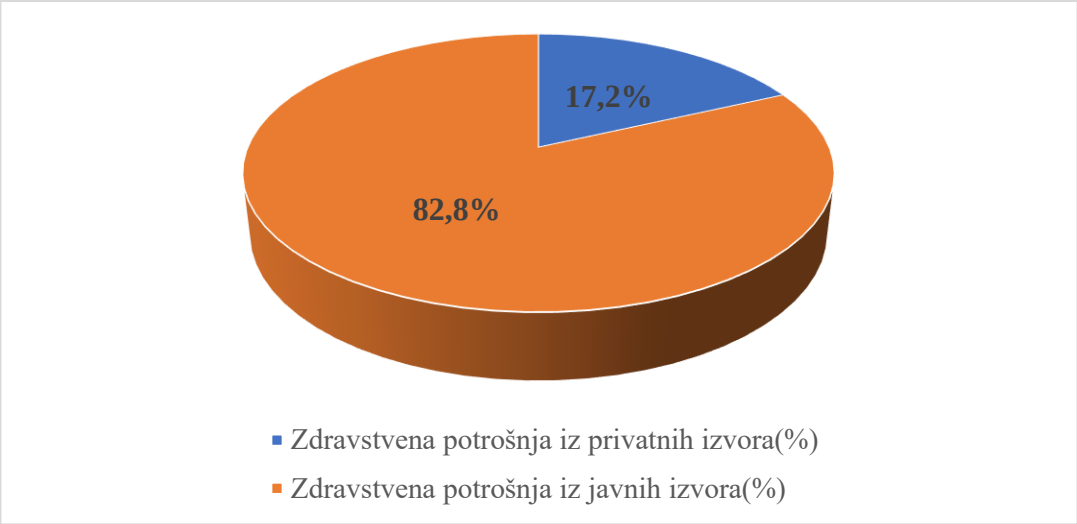
Jednostavno rečeno, zdravstvena potrošnja jest proces pružanja usluga stanovništvu koje je pokriveno zdravstvenim osiguranjem. Glavne odrednice jednog zdravstvenog sustava čine

pružanje i način dostave usluga, te njezini krajnji korisnici. Potražnja pojedinca za zdravstvenim uslugama prvenstveno ovisi o njegovom zdravstvenom stanju. Ukupan trošak zdravstvene usluge ne snosi u cijelosti pojedinac, već se trošak raspoređuje na ostale pojedince, odnosno cijena zdravstvene usluge ovisi o pokriću troškova javnog ili privatnog osiguranja. U zemljama u kojima dominira centraliziran zdravstveni sustav, ponuda uglavnom određuje visinu javne zdravstvene potrošnje. Barić, Smolić, (2008.) objašnjavaju kako bogate zemlje s visokim stopama rasta dohotka i javnih prihoda odvajaju značajne resurse za javnu potrošnju, gdje je uključena i zdravstvena skrb. Među najvažnijim razlozima rasta zdravstvene potrošnje spominje se starenje stanovništva, stil življenja, asimetrija informacija između pacijenta i pružatelja zdravstvene skrbi, povećana upotreba medicinske tehnologije itd.

Empirijski dokazi o zdravstvenoj neučinkovitosti povezuju se s neoptimalnom mješavinom politike između preventivnih i kurativnih njega. Općenito je poznato da faktori poput načina života (pušenje duhana, pretilost, nepravilna prehrana i nedostatak tjelesne aktivnosti) imaju značajan utjecaj na zdravstvene ishode, povećavajući potražnju za zdravstvenim uslugama. Teške kronične bolesti često se mogu spriječiti promjenom načina života, a politike prevencije mogu spriječiti nastajanje bolesti, te se shodno time smanjuju troškovi zdravstvenog sustava. Međutim, prednosti politike prevencije bolesti također mogu biti povećati ukupni životni vijek na način da osobito stariji ljudi mogu živjeti duže, ali s kroničnim bolestima. To povećava potražnju za zdravstvenom zaštitom i na kraju troškove. Dakle, neto izraženo, nije sigurno da će ušteda povezana s boljim ishodima pacijenata nadmašiti moguće veće troškove povezane s lošijim zdravljem u starijoj dobi (Mederios, Schwierz, 2015.).

Nadalje, Barić i Smolić naglašavaju da je u posljednjem desetljeću zdravstvene sustave tranzicijskih zemalja, gdje spada i Hrvatska obilježilo postupno ukidanje državnog monopola. „Zdravstvo je zahvatio val privatizacije i decentralizacije, ponajprije u sferi financiranja. Reforme zdravstvenih sustava prvenstveno su se odnosile na uvođenje dodatnih plaćanja (participacije), intervencije na području potrošnje lijekova i smanjenje bolničkih kapaciteta“ (Barić, Smolić, 2008:307). Zdravstvena potrošnja može se financirati iz javnih, privatnih ili mješovitih (kombinacija javnih i privatnih) izvora. Pojedinačni zdravstveni sustavi uglavnom imaju jedan izvor financiranja zdravstvene potrošnje koji je dominantan, nikad se ne radi o čisto jednom izvoru sredstava.

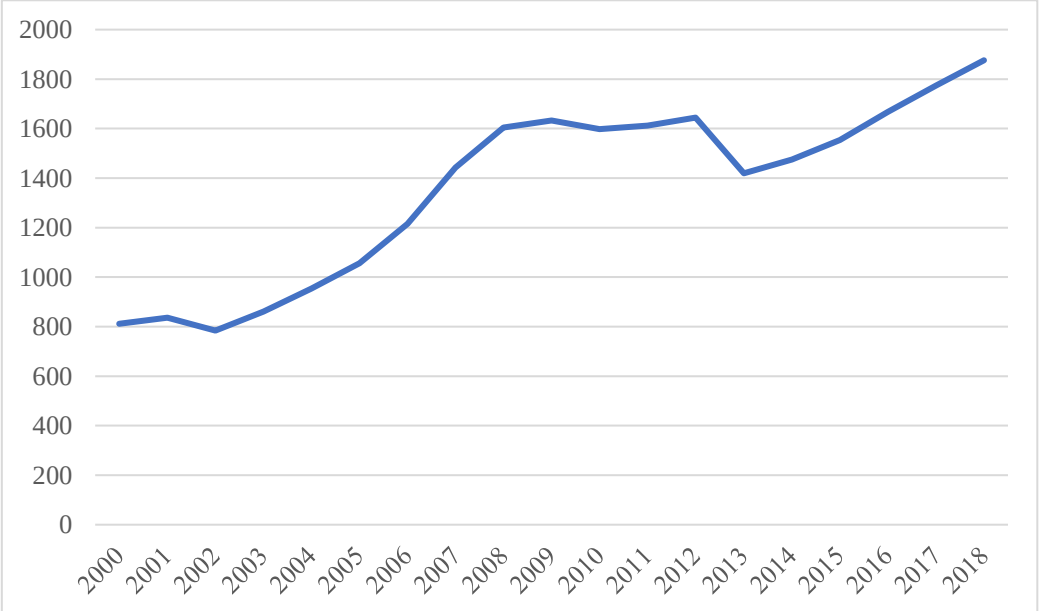
Grafikon 10. Udjeli javnog i privatnog financiranja zdravstva u Hrvatskoj 2018.



Izvor: izrada autora prema podacima: Eurostat, 2021.

Javno financiranje zdravstva prevladava u većini zemalja EU, a RH je s udjelom od 82,8% pri samome vrhu, a samo 17,2% zdravstvene potrošnje financira se iz privatnih izvora (prema podacima Eurostata, 2021.). Poznato je kako veći udjel javnoga financiranja dovodi do povećanja pokrića zdravstvenim uslugama ili obuhvata zdravstvenim osiguranjem. U takvoj situaciji može doći do pojave moralnog hazarda (prekomjernog korištenja zdravstvenih usluga jer su pojedinci zdravstveno osigurani), rasta zdravstvene potražnje i u konačnici rasta zdravstvene potrošnje.

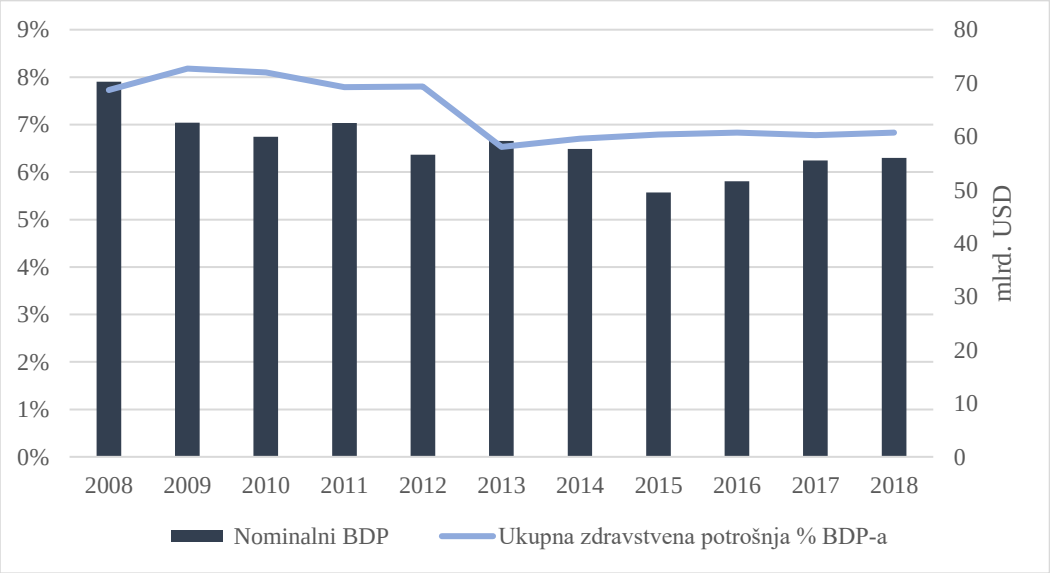
Grafikon 11. Zdravstvena potrošnja po glavi stanovnika u Hrvatskoj (PPP USD)



Izvor: izrada autora prema podacima: Eurostat, 2021.

Iz prikazanog grafikona uočava se pozitivan trend, odnosno povećanje zdravstvene potrošnje po glavi stanovnika. Prema najnovijim podacima, iz 2018. godine zdravstvena potrošnja po stanovniku u Hrvatskoj iznosila je malo iznad 1876 USD (oko 11 823 kuna). Najmanje je dakako iznosila 2000. godine kada je zdravstvena potrošnja po stanovniku bila 811 USD (oko 5 111 kuna). Razlog tome jest povećanje BDP-a po stanovniku, gdje je u prošlom poglavlju već rečeno da postoji pozitivna veza između BDP-a po stanovniku i zdravstvene potrošnje po stanovniku. Na sljedećem grafikonu prikazat će se kretanje nominalnog BDP-a i postotak BDP-a koji se izdvaja za zdravstvenu potrošnju u Hrvatskoj.

Grafikon 12. Kretanje nominalnog BDP-a i ukupne zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj



Izvor: izrada autora prema podacima s: Eurostat, 2021.

Grafikon prikazuje kretanje nominalnog BDP-a i ukupne zdravstvene potrošnje kao % BDP-a. Hrvatska je 2018. na zdravstvo potrošila 6,83 % od ukupnog BDP-a, što je manje od prosjeka EU-a koji iznosi 9,8 % (u 2018.), a 8,3% u 2019. godini. Iako je istodobno i jedna od tri zemlje s najnižom potrošnjom u EU-u kad je riječ o potrošnji za zdravstvo po stanovniku, Hrvatska je zadržala relativno visok udio javne potrošnje, čime je postignuta visoka razina financijske zaštite. Međutim, bitno je naglasiti da visoke razine javnog duga uvelike ograničavaju javnu potrošnju za zdravstvo. Nadalje, osnovica prihoda zdravstvenog sustava je relativno niska jer

samo oko trećina stanovnika je obvezna plaćati doprinose za zdravstveno osiguranje. Velik udio potrošnje za zdravstvo odnosi se na farmaceutske proizvode, koji je pritom znatno viši od prosjeka EU-a. Političke inicijative kojima je u cilju riješiti to pitanje, imaju za plan uvođenje središnje nabave za bolnice, no tu postoje i druge mjere, kao što je povećanje udjela generičkih lijekova. Za razliku od prethodno navedenoga, dugotrajna skrb je nedovoljno razvijena, a imajući na umu ubrzan proces starenja stanovništva, bit će važno povećati dostupnost dugotrajne skrbi u zajednici.

U konačnici, može se zaključiti da nas u budućnosti čekaju faktori poput porast dohotka, očekivanog trajanja života, i starenja, a koji će pritom dovesti do rasta zdravstvene potražnje. „Cilj zdravstvene politike trebao bi biti eliminiranje potražnje koja ne dovodi do povećanja zdravstvenog proizvoda“ (Barić, Smolić, 2008.:313). Razlog rješavanja problema rasta zdravstvene potražnje nije samo pitanje ekonomske efikasnosti, nego boljeg i sigurnijeg sustava koji može proizvesti kvalitetnije zdravstvene usluge onima kojima je to potrebno. U odnosu na promatrane zemlje EU-a, hrvatski zdravstveni sustav se može opisati kao srednje razvijen, i po apsolutnoj potrošnji i zdravstvenim pokazateljima, no još dosta zaostaje za razvijenim europskim zemljama. Hrvatski zdravstveni sustav muči se s problemom neefikasnog korištenja zdravstvenih resursa. Provedene reforme u zdravstvu nisu riješile problem ekspanzije duga ni opće neefikasnosti zdravstvenog sustava. To se naročito odnosi na tzv. “mekana” budžetska ograničenja, odnosno situacije kada se financijski limiti redovito premašuju, a sanacija duga pada na „leđa“ državnog proračuna. Daljnje reforme moraju biti usmjerene na mehanizme racionalizacije potrošnje lijekova, plaćanja bolnica i smanjenje transfera HZZO-a kućanstvima. Ako se navedene reforme budu dosljedno provodile, velike su šanse za potpunom stabilizacijom i većom efikasnošću zdravstvenog sustava.

5.2. Razvojni potencijali i izazovi za javno zdravstvo u Hrvatskoj

U ovom poglavlju analiziraju se financijski aspekti javnog zdravstva u RH, iz kojih se nadalje uočavaju mogući razvojni potencijali, ali i izazovi za javno zdravstvo u RH. Smolić (2014.) navodi da su današnji zdravstveni sustavi, pa tako i hrvatski, pod velikim pritiskom ubrzanih društvenih promjena, a ključ kojim će se riješiti nadolazeći izazovi su trenutna znanja i iskustva. „S tim izazovima ponajviše se treba nositi javni zdravstveni sustav, tj. javno zdravstvo, koje je u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012. - 2010. opisano kao znanost i umijeće

sprječavanja bolesti, produženja života i promocije zdravlja kroz organizirane napore društva“ (Smolić, 2014.:290).

„Složenost politike financiranja zdravstva proizlazi iz činjenice da nije dovoljno samo pronalaženje dodatnih izvora sredstava. Ključno je organizirati način ubiranja i prikladnu alokaciju sredstava, odrediti vrijeme prikupljanja sredstava te od koga ih prikupljati“ (Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012:150). Nadalje, kako se u dokumentu Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020., Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske (2012.) navodi, potrebno je analizirati utjecaj čimbenika, poput fiskalnih ograničenja, kako bi se moglo odrediti koliko je država u mogućnosti postići ciljeve financiranja.

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

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (2012.) u dokumentu Nacionalna strategija razvoja zdravlja navodi kako u Europi samo Njemačka i Nizozemska pokrivaju više od 60% izdataka za zdravstvo oslanjajući se na doprinose vezane uz zaposlenje. U Belgiji, Austriji i Luksemburgu proces diversifikacije je već počeo, jer se manje od pola ukupnih izdataka financira oporezivanjem plaća. Nadalje, kako se demografske promjene nastavljaju ubrzanim tempom, ključ rješavanja problema je provesti reforme koje će ukloniti povezanost između statusa zapošljavanja i pokrivanja zdravstvenih izdataka. Treći čimbenik politike financiranja zdravstvenih sustava je razmjer političko-administrativne decentralizacije u zemlji. „U decentraliziranim zemljama poput BiH, Švedske i Švicarske, organizacija sustava financiranja zdravstvene zaštite zrcali organizaciju vladine administracije nastalu kao rezultat decentralizacije“ (Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012:152) Nadalje, postoji nekoliko čimbenika koji također utječu na zdravstvene izdatke, a nisu isključivo usmjereni na

demografske pokazatelje, kao npr. tehnološki napredak, ekonomski rast, tržište rada, razvoj medicinske znanosti, postojeći kapaciteti, zdravstveni status itd. Uzimajući u obzir specifične uvjete i čimbenike zdravstvenih sustava, državi na raspolaganju stoje i različite mogućnosti financiranja zdravstva, a one se mogu podijeliti na: socijalno zdravstveno osiguranje, privatno osiguranje, plaćanja iz džepa građana, oporezivanje, zajmove i slično. Neovisno koja vrsta financiranja dominira u pojedinom sustavu, ciljevi politike financiranja moraju obuhvatiti:

1. „ciljeve politike financiranja koji su identični općim ciljevima zdravstvene politike:
    - promicanje opće zaštite protiv financijskog rizika
    - promicanje pravednije distribucije tereta financiranja
2. ciljeve politike financiranja koji su pomoćni općim ciljevima zdravstvene politike:
    - promicanje jednakosti upotrebe i dodjeljivanje usluga relativno prema potrebama takvih usluga.
    - povećavanje transparentnosti i odgovornosti sustava prema stanovništvu
    - promicanje kvalitete i učinkovitosti u pružanju usluga
    - poboljšanje učinkovitosti upravljanja sustavom financiranja zdravstva“. (Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012:151)

Stupanj razvoja neke ekonomije i njena opskrbljenost kapitalom, glavni su čimbenici koji govore koliko će se sredstava ulagati u zdravstveni sektor. No, iako je državni glavni izvor financiranja zdravstva, postoje i drugi potencijalni izvori financiranja zdravstva kao što su: ulaganja i subvencije države, privatni ulagači, međunarodne investicijske banke, regionalni fondovi, međunarodne institucije poput Svjetske banke, Svjetske zdravstvene organizacije i drugih. Preporuka je da se potiče suradnja između države, različitih institucija i privatnih ulagača kako bi se prikupilo što više sredstava, te kako bi se zdravstveni sustav okrenuo razvoju i modernizaciji. Shodno tome, na odluku o najboljem izvoru financiranja utječe nekoliko čimbenika: „organizacija zdravstvenog sustava (privatno ili javno zdravstvo), financiranje zdravstva (javni ili nezavisni modeli osiguranja), pribavljanje informacijsko-komunikacijske tehnologije, rizik, utjecaj ulaganja tijekom životnog ciklusa projekta, visina potrebnog ulaganja i slično“ (Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012:152). Također, važno je ubrojiti i ostale raspoložive izvore financiranja zdravstvenih projekata poput komercijalnog financiranja, venture kapitala, tržišta kapitala, javnog financiranja, internog financiranja, javno-privatnih partnerstva i doprinosa građana. (Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012:152) navodi kako „snošenje dijela troškova od strane građana može znatno smanjiti teret državnog

proračuna i može spriječiti prekomjerno traženje zdravstvenih usluga. S druge strane, troškovi ne bi smjeli biti previsoki tako da spriječe traženje nužne zdravstvene zaštite."

U današnje vrijeme, većina zemalja koriste različite kombinacije financiranja zdravstvenih sustava, odnosno različite izvore sredstava, te nema „čistih" sustava koji koriste samo jedan izvor sredstava financiranja. Kako je već i ranije navedeno, način financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava po svojim karakteristikama najbliži je Bismarckovom modelu financiranja u kojem funkcionira sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja koji pokriva veći dio javnih izdataka za usluge zdravstvene zaštite s jednim fondom za zdravstveno osiguranje na cijelo stanovništvo – Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje uplaćuju se na račun Državne riznice te čine dio Državnog proračuna iz kojeg HZZO prima sredstva za obvezno zdravstveno osiguranje. „Ova sredstva potječu iz tri izvora: (1) doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje, (2) sredstava prikupljenih općim oporezivanjem i (3) županijskih prihoda prikupljenim regionalnim porezima" (Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012:159). Primanje javnih sredstava za pružanje zdravstvenih usluga, neovisno o vlasništvu, uvjetovano je sklapanjem godišnjih ugovora s HZZO-om. Sustav obveznog zdravstvenog osiguranja, ne financira se samo iz doprinosa i plaća, nego dio sredstava dolazi od transfera središnje države, kamata, zajmova i slično.

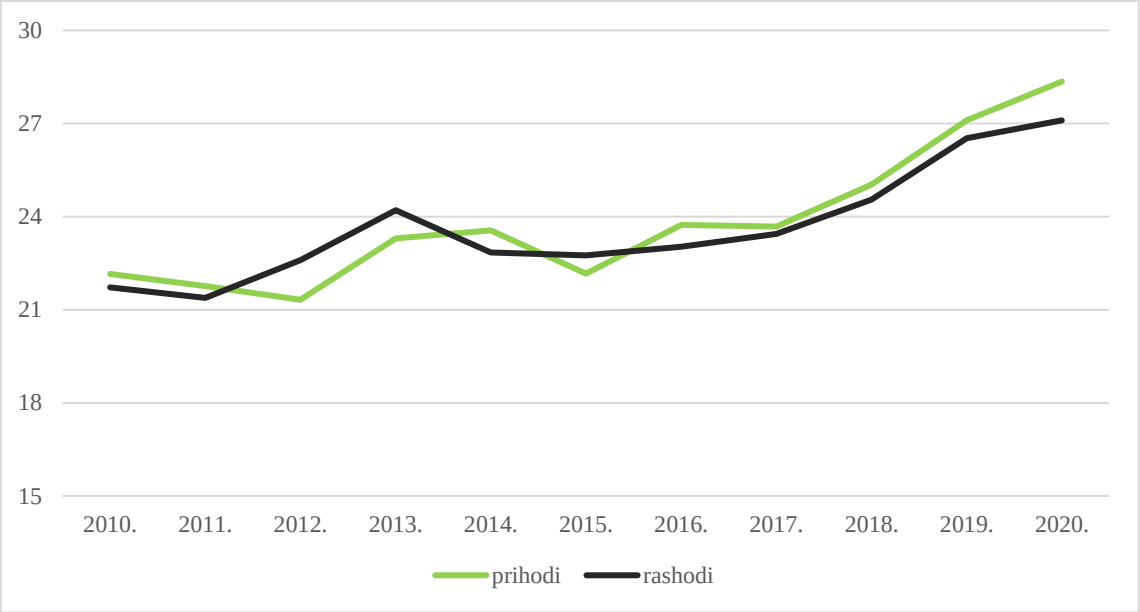
U nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020., (Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012:160) navodi kako je „specifično da potreba za zdravstvenom zaštitom tijekom kriza raste, a smanjuju se javni prihodi, kao što je trenutno slučaj i u Hrvatskoj. Ako se javna potrošnja na zdravstvo smanji, teret se pomiče na pacijente. Smanjivanje javnih izdataka može rezultirati narušavanjem kontinuiteta i kvalitete skrbi". Iz toga proizlazi da moguće smanjenje zdravstvene skrbi danas, može voditi bolestima i smanjenju zdravlja u budućnosti.

S obzirom na navedeno, stručnjaci predlažu anti-cikličnu fiskalnu politiku, odnosno „nesmanjivanje javnih izdataka za zdravstvo u doba krize te poboljšanje učinkovitosti kako bi se opravdala takva politika, a u cilju: eliminiranja neučinkovitih i neadekvatnih usluga, poboljšanja racionalne uporabe lijekova uključujući i kontrolu obujma, alokacije više sredstava primarnoj zdravstvenoj zaštiti i specijalističkoj zaštiti, a nauštrb bolničkoj, investiranja u infrastrukturu čiji su troškovi funkcioniranja niži, smanjivanja obujma najmanje troškovno učinkovitih usluga te smanjivanja neproduktivnih administrativnih troškova" (Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012:160).

Shodno tome, provest će se analiza poslovanja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) i zdravstvenih ustanova koja je rađena na temelju podataka iz Izvješća o poslovanju HZZO-a. U prošlom poglavlju, već je ustanovljeno da je RH vodeća zemlja prema veličini udjela javne zdravstvene potrošnje u ukupnoj potrošnji zdravstva, ali ne samo među tranzicijskim zemljama, nego i u usporedbi s razvijenim europskim zemljama. Činjenica da se izdaci za zdravstvenu zaštitu i kompenzacije naknade (bolovanja i porodiljni dopusti) plaćaju iz obveznog zdravstvenog osiguranja dovele su HZZO do akumulacije gubitaka. Problem se kriju u tome što iako su gubici djelomično pokriveni zajmovima i državnim subvencijama, posljedica tih gubitaka su značajna smanjivanja prava na besplatnu zdravstvenu zaštitu, te uvođenje dodatnih plaćanja iz džepa pacijenata. Zajedno s ostalim mjerama provedenih reformi, sve navedeno je uzrokovalo smanjenje standarda zdravstvene zaštite (Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012:169), u dokumentu Nacionalna strategija razvoja zdravlja 2012.-2020., navodi da „privatno zdravstveno osiguranje igra marginalnu ulogu u financiranju zdravstvene zaštite, kao i u većini zemalja EU-a. No, privatni pružatelji zdravstvenih usluga koji nisu pod ugovorom s HZZO-om slabo su regulirani Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i slobodni su određivati cijene medicinskih usluga koje pružaju (koje nisu pokrivene javnim financiranjem) svojom voljom i ulaze u sporazume s privatnim osiguravateljima“.

Vidjeli smo ranije kako je hrvatsko zdravstvo i dalje opterećeno dugovima, a jaz između prihoda i rashoda već je godinama izvan kontrole sudionika zdravstvenog sustava. Kretanje prihoda i rashoda HZZO-a zadnjih deset godina prikazano je na grafikonu 10. Prikazano razdoblje poslovanja HZZO-a, obilježeno je izmjenama dobiti i gubitaka. Sve do 2012. godine HZZO iskazuje rashode i budućeg razdoblja. Radi se o obvezama koje su nastale u prethodnim godinama, ali im je datum dospijeća u nekome budućem razdoblju. Međutim, 2013. godine skraćeni su rokovi plaćanja u zdravstvu na 60 dana pa se znatno veći iznos rashoda iskazivao na tekućim, umjesto na rashodima budućeg razdoblja. Zbog toga vidimo porast rashoda u 2013. godini i ostvarenje gubitka u istoj u iznosu od oko milijarde kuna.

Grafikon 13. Prihodi i rashodi HZZO-a u razdoblju od 2010.-2020. (u milijardama kuna)



Izvor: izrada autora prema podacima iz izvješća o financijskom poslovanju HZZO-a 2010., 2011., 2012., 2013., 2014., 2015., 2016., 2017., 2018., 2019. i 2020.

Kao što je već prethodno rečeno, HZZO najveći gubitak u poslovanju bilježi 2012. i 2013. godine kada su rashodi veći od prihoda za nešto više od milijardu kuna. Nakon toga slijedi blagi pad rashoda, a izmjeničan rast i pad prihoda. Od 2016. godine pa do danas i prihodi i rashodi bilježe kontinuiran rast, no gledajući s pozitivne strane, prihodi su ipak nešto veći od rashoda. Kako bi se bolje objasnio rast i pad prihoda odnosno rashoda, u sljedeća dva grafikona prikazana je struktura istih, te promijene u pojedinim stavkama u odabrane dvije godine.

Tablica 7. Struktura ukupnih prihoda HZZO-a u 2019. i 2020. (u kunama)

Prihodi-primici	2019.	2020.	Indeks	Struktura	
				2019.	2020.
Prihodi od doprinosa	22.188.019.518	21.042.813.887	94,84	81,88	74,21
Prihodi od proračuna	2.600.000.000	3.769.214.996	144,97	9,59	13,29
Prihodi po posebnim propisima	2.291.699.194	2.451.009.246	106,95	8,46	8,65

Prihodi od imovine	12.529.591	7.756.756	61,91	0,05	0,03
Pomoći iz inozemstva	2.866.674	797.177	27,81	0,01	0,00
Prihodi od pruženih usluga	1.303.314	1.978.297	151,90	0,00	0,01
Ostali prihodi	441.467	253.178	57,35	0,00	0,00
Prihod od prodaje nefinancijske imovine	1.896.374	3.109.964	163,99	0,01	0,01
Ukupni prihodi	**27.098.756.132**	**27.276.933.501**	**100,66**	**100,00**	**96,20**
Primici od zaduživanja	-	1.077.577.956	-	-	3,80
Ukupni prihodi i primici	**27.098.756.132**	**28.354.511.457**	**104,63**	**100,00**	**100,00**

Izvor: izrada autora prema podacima s: HZZO, 2020.

U tablici 7. može se vidjeti prikaz strukture prihoda HZZO-a. U 2020. godini pandemija bolesti COVID-19 dovela je do smanjenja gospodarskih aktivnosti u državi, što se u konačnici i odrazilo na ukupne prihode HZZO-a u navedenoj godini. Kao što je prikazano u tablici, došlo je do pada prihoda doprinosa u 2020. godini u odnosu na 2019. godinu za točno 5,16% ili u brojkama za oko milijardu kuna. Prihod od doprinosa je glavni oblik financiranja obveznog zdravstvenog osiguranja, te je na njega najviše i utjecao pad gospodarskih aktivnosti. Sljedeća stavka je prihod od proračuna, koji znatno povećan u 2020. godini za nešto više od milijardu kuna, ili za 44,97%. Razlog povećanja stavke su dodatna sredstva države bolnicama i podmirenje obveza prema ljekarnama. Zatim prihodi po posebnim propisima u 2020. godini veći su nego u prethodnoj za 6,95%, odnosno 159.310.052kn, a njih čine: prihodi od

sufinanciranja cijene usluge (participacije), prihodi od premije dopunskog osiguranja, prihodi od premije obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti, te prihodi od INO osiguranja. Vrlo zanimljiva stavka su primici od zaduživanja(beskamatni zajam) koje je odobrilo Ministarstvo financija kao kompenzacijsku mjeru zbog provođenja mjera pomoći gospodarstvenicima što je za posljedicu imalo smanjenje prihoda od doprinosa za zdravstveno osiguranje. Iznos beskamatnog zajma je 1.463.309.896, te se time zaključuju ukupni prihodi HZZO-a u 2020. godini u iznosu od 28.354.511.457 kn.

Tablica 8. Struktura ukupnih rashoda HZZO-a u 2019. i 2020. (u kunama)

Rashodi – izdaci	**2019.**	**2020.**	**Indeks**	**Struktura**	
				2019.	2020.
Zdravstvena zaštita obveznog zdravstvenog osiguranja i zaštita zdravlja na radu	22.078.415.643	22.717.370.658	102,89	83,23	83,84
Zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja	1.275.566.247	1.027.255.885	80,53	4,81	3,79
Ukupna zdravstvena zaštita	**23.353.981.890**	**23.744.626.543**	**101,67**	**88,04**	**87,63**
Ukupne naknade	**2.750.776.288**	**2.911.395.005**	**105,84**	**10,37**	**10,75**
Rashodi za zaposlene	250.307.228	276.527.508	110,48	0,94	1,02
Materijalni rashodi	104.509.087	88.545.327	84,73	0,39	0,33
Financijski rashodi	19.983.913	28.052.931	140,38	0,08	0,10
Rashodi po projektima EU	2.213.234	946.785	42,78	0,01	0,00
Ostali rashodi	12.276.768	4.352.694	35,45	0,05	0,02
Rashodi za nabavu nefinancijske imovine	32.402.164	40.019.670	123,51	0,12	0,15

Ukupno ostali rashodi	**421.692.394**	**438.444.916**	**103,97**	**1,59**	**1,62**
Ukupni rashodi-izdaci	**26.526.450.572**	**27.094.466.464**	**102,14**	**100,00**	**100,00**

Izvor: izrada autora prema podacima s: HZZO, 2020.

Što se tiče rashoda za promatrano razdoblje, iz tablice se uočava da je došlo do blagog rasta rashoda u 2020. godini u odnosu na prethodnu. Indeks iznosi 102,14, odnosno došlo je do povećanja rashoda u promatranom razdoblju za 2,14% ili u nominalnom iznosu za 568.015.592 kn. Najviše sredstava otpada na ukupnu zdravstvenu zaštitu, koja se sastoji od obveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja. Naime, za ukupnu zdravstvenu zaštitu utrošeno je 23.744.626.543 kn, što čini 87,63% ukupnih rashoda u 2020. godini. Troškovi za naknade u 2020. godini iznose 2.911.395.005 kn, što je za 160.618.717 kn ili 5,84% više nego u 2019. godini, te čine 10,75% ukupnih rashoda. Glavni razlog tome troškovi naknada vezanih uz izolacije i samoizolacije bolesti COVID-19, te naknada za porodiljni dopust. U ostale rashode spadaju stavke poput rashoda za zaposlene, materijalni rashodi, financijski rashodi, rashodi po projektima EU…, te su u 2020. godini iznosile 438.444.916 kn, a čine 1,62% ukupnih rashoda.

Tablica 9. Obveze HZZO-a u promatranom razdoblju (u kunama)

OBVEZE	2017.	2018.	2019.	2020.
DOSPJELE	482.368.854	95.280.562	117.733.102	657.137.593
NEDOSPJELE	1.998.727.327	2.006.043.800	1.945.034.766	3.520.052.235
UKUPNO	**2.481.096.181**	**2.101.324.362**	**2.062.767.868**	**4.177.189.828**

Izvor: izrada autora prema podacima: Izvješće o poslovanju HZZO, 2017., 2018., 2019., 2020.

U tablici 9., promatraju se obveze HZZO-a za četverogodišnje razdoblje. Vidljivo je da su obveze najveće bile 2020. godine, a najmanje 2019. godine. Razlog visokim obvezama u 2020. godini su teški uvjeti poslovanja HZZO-a zbog okolnosti pandemije koja je zahvatila hrvatski zdravstveni sustav. Ukupne obveze u 2020. iskazane su u iznosu od 4.177.189.828 kn, od čega čak 84,27% otpada na nedospjele obveze, a 15,73% na dospjele. Najveća stavka u nedospjelim

obvezama navedene godine je već ranije spomenuti beskamatni zajam u iznosu od 1.077.577.956 kn, kao mjera pomoći gospodarstvenicima, kojima je također i odgođeno plaćanje doprinosa. U sljedećoj tablici će se detaljnije opisati dospjele obveze te promjene u pojedinačnim stavkama navedenih obveza.

Tablica 10. Pregled dospjelih obveza HZZO-a u promatranom razdoblju (u kunama)

DOSPJELE OBVEZE	2017.	2018.	2019.	2020.
Zdravstvena zaštita obveznog zdravstvenog osiguranja	475.014.883	83.493.375	107.320.626	440.103.001
Zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja	1.563.977	969.722	1.223.866	232.946
Novčane naknade	5.553.785	5.495.216	2.534.567	202.557.852
Stručna služba	236.209	5.322.249	6.654.043	14.243.794
Ukupno	**482.368.854**	**95.280.562**	**117.733.102**	**657.137.593**

Izvor: izrada autora prema podacima: Izvješće o poslovanju HZZO-a 2017., 2018., 2019., 2020.

U tablici 10. uočava se prikaz dospjelih obveza HZZO-a po godinama, te se može vidjeti da najveći udio u dospjelim obvezama čini zdravstvena zaštita obveznog zdravstvenog osiguranja, i to preko 80% u svim promatranim godinama. Zatim slijedi zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja, novčane naknade i stručna služba, Također, vidi se da su najveće dospjele obveze iznosile 2020. godine, u iznosu od 657.137.593 kn, a najmanje 2018. godine, u iznosu od 95.280.562 kn. Što se tiče pojedinih kategorija, poput zdravstvene zaštite obveznog osiguranja, najveći dio obveza čine lijekovi na recepte, gdje su npr., u 2020. godini iznosili 400.804.465 kn, što je ujedno jedan od glavnih razloga povećanja dospjelih obveza u navedenoj godini.

Prema Obadić, Tica (2016.) sve dosadašnje reforme uglavnom su se usredotočile na povećanje prihoda bilo povećanjem participacija (dopunsko zdravstveno osiguranje), izmjenama visine stope doprinosa obveznoga zdravstvenog osiguranja ili uvođenjem posebnih oblika poreza, npr. na duhanske proizvode ili osiguranje od automobilske odgovornosti – i u tome su bile prilično

uspješne. Na drugoj strani, mjere racionalizacije zdravstvene potrošnje nisu bile toliko efikasne. Racionalizacija zdravstvene potrošnje nije samo provođenje reformi u određenom vremenskom trenutku ili uvođenje privremenoga „reda“ u zdravstveni sustav. Jednostavno rečeno ona predstavlja kontrolnu prekomjerne potrošnje uz zadržavanje prikladne razine zdravstvene zaštite. Kako bi proces racionalizacije bio uspješan, potreban je konsenzus svih sudionika zdravstvenoga sustava. Na prvome je mjestu razvoj svijesti o odgovornome ponašanju u zdravstvu, prema vlastitome zdravlju i zdravstvenome sustavu. Često ne postoji svijest o „cijeni“ zdravstvene zaštite zbog duboko ukorijenjene činjenice o „besplatnome zdravstvu“. Isti autori također navode da je slijedom toga nužno svođenje na minimum nepotrebnoga korištenja zdravstvenih dobara i usluga. Mjesta racionalizaciji ima i na strani ponude, npr. kroz smanjenje broja administrativnih djelatnika u pomoćnim službama. Nadalje, Bejaković (2007.) navodi, da su se na probleme hrvatskog zdravstva naslijeđene iz socijalističkog razdoblja nadovezali ratna kriza, nedovoljno osmišljena privatizacija, jaka centralizacija te niz drugih specifičnih problema neriješenih ili, pak, produbljenih prethodno provedenim zdravstvenim reformama. Nedovoljno učinkovito pružanje zdravstvenih usluga, ponajviše nedostupnost zdravstvene zaštite, povećani troškovi i izdvajanja za zdravstvo te nezadovoljstvo korisnika kakvoćom, dostupnošću i brzinom pružanja zdravstvenih usluga zahtijevaju promjene.

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

Nastavno na prethodno, Ministarstvo zdravlja RH u 2019. godini, donijelo je Strateški plan za razdoblje 2020.-2022. godine. Osim mnogobrojnih općih ciljeva, kao što su očuvanje, zaštita i unaprjeđenje zdravlja, Ministarstvo zdravlja RH ima i posebni cilj učinkovitijeg upravljanja financijskim resursima u zdravstvu. Razrađeno je nekoliko reformskih mjera, od kojih se izdvajaju unaprjeđenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu, digitalizacija zdravstvenog sustava, integracija bolnica i drugi, a detaljan opis navedenih mjera nalazi se u sljedećoj tablici.

Tablica 11. Reformske mjere učinkovitijeg upravljanja financijskim resursima u zdravstvu za razdoblje 2020.-2022.

Reformska mjera	Cilj mjere
Unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu	Utvrditi okvir za praćenje, procjenu i planiranje ljudskih resursa u sustavu zdravstva, te nagrađivanje zdravstvenih djelatnika za izvrsne rezultate kako bi se smanjio odlazak stručnjaka u inozemstvo
Digitalna transformacija zdravstvenog sustava (e-Zdravstvo)	Unaprijediti sustav zdravstvene zaštite učinkovitom i sustavnom primjenom informacijsko-komunikacijskih tehnologija radi osiguranja učinkovite organizacije, planiranja, koordinacije, nadzora i kontrola nad troškovima u zdravstvu, kao i povećanja dostupnosti i kvalitete zdravstvenih usluga
Funkcionalna integracija bolnica	Podići kvalitetu zdravstvene zaštite, optimizirati resurse bolničkog zdravstvenog sustava te osigurati financijsku stabilnost zdravstvenog sustava
Unaprjeđenje primarne zdravstvene zaštite	Podići razinu dostupnosti, učinkovitosti i kvalitete primarne zdravstvene zaštite funkcionalnom integracijom djelatnosti hitne medicine i uspostavom posebnih dežurstava u dane vikenda i praznikom.

Izvor: Ministarstvo zdravstva RH, 2020.

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

Važno je spomenuti organizacijske i upravljačke poteškoće (izazove). Kako bi se povećala troškovna učinkovitost zdravstvenih ustanova o opravdala velika ulaganja države, potrebno je implementirati nove ili ojačati postojeće mehanizme nadzora u financijskome poslovanju istih. Uzroci neracionalnoga trošenja ograničenih financijskih sredstava ne treba tražiti samo na strani zdravstvene potražnje već i na strani zdravstvene ponude. Na tome području se nailazi na jake interesne skupine, npr. proizvođači lijekova i medicinske opreme, bolnice, liječnike, koji mogu relativno lako pronaći način da se troškovi prebace na državu (npr. kod odlučivanja o kupovini nove medicinske opreme, propisivanja lijekova i tome slično). Zbog njegove složenosti, rješavanje problema i suočavanje s izazovima u zdravstvenome sustavu RH ne smije se nikako podcijeniti. Budući da su kapaciteti države ograničeni, ističu Šimunović i Deskar-Škrbić (2019.), „povećanje izdvajanja za zdravstvo dobrim dijelom treba proizaći iz izravnih plaćanja ili kroz police dobrovoljnog osiguranja. Paralelno s tim procesom treba u određenoj mjeri omogućiti i privatnom sektoru da se uključi u ponudu zdravstvenih usluga. U primarnoj zaštiti privatni sektor je već prisutan, posebno u dijagnostici i ambulantnoj specijalističkoj zaštiti. Ipak, taj potencijal nije dovoljno iskorišten u bolničkoj zaštiti u manje intenzivnim uslugama (primjerice, manje operacije, porodi i tome slično), a posebno kod dugotrajne skrbi". Nadalje, Kovač (2013:561) objašnjava kako „država, dakako, i dalje ostaje najvažnijim čimbenikom organizacije zdravstvenoga sustava, ali njena uloga biva promijenjenom uvođenjem privatno-tržišnih elemenata." Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (2012.) u dokumentu

Nacionalna strategija razvoja zdravlja 2012.-2020., zaključuje da su izazovi održivosti financiranja javnog zdravstva rezultat sljedećih čimbenika:

- prevelike javne potrošnje na zdravstvenu zaštitu
- visoki i neopravdani izdaci za lijekove
- visoki doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje, koji shodno tome utječu na međunarodnu konkurentnost domaćih kompanija jer povećaju visinu plaća
- nedostatak inozemnih investitora, koji mogu imati pozitivan utjecaj na rast i razvoj ekonomije
- netransparentnosti financiranja zdravstvenog sustava
- neprikladnog i nestručnog upravljanja zdravstvenim ustanovama
- nedovoljno razvijene konkurencije na tržištu zdravstvene zaštite
- lošeg upravljanja distribucije sredstava
- predugih rokova plaćanja
- postojanja fiskalnog deficita – jako velik porezni teret u Hrvatskoj je rezultat daljnjih rasta troškova
- nedostatka učinkovitog i pravilnog nadzora sustava

5.3. Financiranje zdravstvenih sustava kao odgovor na pandemiju COVID-19

Kronični nedostatak financiranja javnozdravstvenih kapaciteta, nepotpuni i nedovoljno odgovarajući aranžmani financiranja zdravstva ograničili su sposobnost mnogih zemalja da na odgovarajući način predvide, spriječe, odgovore ili ublaže posljedice pandemije COVID-19. COVID-19 pokrenuo je zdravstvenu i ekonomsku krizu u mnogim zemljama, te posljedično tome, stanovništvo doživljava ekonomsku recesiju i sve veće stope siromaštva. Također, ekonomska recesija nanijet će značajnu štetu fiskalnim bilancama. Naime, 2020. godine, vlade diljem svijeta su odgovorile na COVID-19 na dva načina: reprogramiranjem i povećanjem potrošnje za područja kao što su: kućanstva (putem socijalne pomoći), radnici (uz subvencije plaća i druge mjere), i tvrtke (kroz kreditna jamstva). U listopadu 2020. implementirane su diskrecijske proračunske mjere vrijedne 3,5% ukupnog BDP-a u rastućim tržištima i zemljama u razvoju. Što se tiče prihoda, pad gospodarstva oslabit će porezne prihode zemalja, a veća potrošnja i manji prihodi impliciraju veće fiskalne neravnoteže. Međunarodni monetarni fond (MMF) projicirao je da će deficiti opće države u tranzicijskim zemljama i gospodarstvima u

razvoju udvostručit s -4,8% u 2019. do -10,4% u 2020., a zatim će doći do blagog pada na -8,8% u 2021. Omjeri duga prema BDP-u u navedenim ekonomijama posljedično će porasti za više od 10 postotnih bodova, na oko 65% BDP-a (WHO, 2021.).

Fiskalni učinci COVID-19 nametnut će dodatno opterećenje na proračun zdravstvene potrošnje. Ipak, javno financiranje ključno je za financiranje zdravstvenih sustava koji uključuju zdravstvenu sigurnost stanovništva i napredak prema univerzalnoj zdravstvenoj pokrivenosti. Utjecaj COVID-19 na budžet zdravstvenog sustava duboko je zabrinjavajući, ponajviše zbog potrebe za održavanjem visokih javnih rashoda koji ipak neće opadati proporcionalno s padom incidencije COVID-19. Mnogi od ključnih kapaciteta koji zahtijevaju jačanje su Zajednička Dobra Za Zdravlje (*Common Goods For Health*), odnosno populacijski orijentirane funkcije i intervencije koje zahtijevaju javno financiranje. One uključuju: učinkovite politike i koordinaciju, prikupljanje, analizu i širenje informacija, angažman zajednice, propise i zakonodavstvo. Osim ulaganja u kapacitete i funkcije Zajedničkih Dobara Za Zdravlje, vlade moraju poduzeti i druge radnje kako bi se osiguralo da resursi doista dolaze do pružatelja usluga. Nadalje, pružatelji usluga se zatim trebaju pripremiti za univerzalni pristup dijagnostici COVID-a, terapijama i uslugama cjepiva. To se posebno odnosi na zemlje s niskim dohotkom, koje zahtijevaju ispravljanje praznina koje su nastale zbog nedovoljnog ulaganja u temelje zdravstvenog sustava, poput ulaganja u obrazovanje i zapošljavanje zdravstvenih radnika. U istraživanju 2021. 66% zemalja prijavilo je nedostatak zdravstvenih radnika kao najčešći uzrok narušavanja osnovnih zdravstvenih usluga. Zdravstveni sektor mora koordinirati te raditi zajedno s drugim sektorima na učinkovitom rješavanju ovih izazova s obje strane perspektive, financijske i provedbene (WHO, 2021.).

U cilju boljeg i efikasnijeg rješavanja problema načina financiranja zdravstvenih sustava u razdoblju pandemije COVID-19, WHO je izdao vodič koji opisuje praksu najboljih reformi za financiranje zdravstva prema posebnim zahtjevima COVID-19. Nadalje, praktični koraci i analitika u spomenutom vodiču nisu novost, ali su preusmjereni tako da odražavaju financijsku i proračunsku dinamiku i odluke s kojima će se zemlje suočiti u sljedećim mjesecima i godinama. Proces prilagodbe uključivao je opsežne recenzije literature, dodatan analitički rad koji je proveo autorski tim, te sažimanje stečenih iskustava različitih organizacija između ožujka 2020. i ožujka 2021.

Pokrivene su dvije glavne teme: 1) kako pristupiti proračunskom dijalogu oko pitanja kojim ulaganjima treba dati prioritet, te 2) učinkovit i održiv način organiziranja i usmjeravanja javnih

resursa. Stoga je potrebno uspostaviti odgovarajuće mehanizme koji će omogućiti usklađenost, koordinaciju i učinkovitost za pružanje usluga cijeloj populaciji.

Vodič pokreće brojna proračunska i financijska pitanja koja su vrlo izazovna za odgovor na COVID-19 u mnogobrojnim zemljama. Svaka zemlja ima jedinstvenu „polaznu točku" u smislu postojećeg zdravstvenog sustava, odnosno njegove tehnološke i sustavne spremnosti za isporuku starih i novih tehnoloških alata, te proračunskih mehanizama koji omogućuju protok sredstava onima kojima je to potrebno. Također, Vodič ne nudi odgovore na sva pitanja o tome što je potreba svakoj pojedinoj zemlji. Umjesto toga, on navodi pitanja koja bi svaka zemlja trebala interno razmotriti kako bi njihovi sustavi financiranja mogli učinkovito podržati odgovore na pandemiju COVID-19. Provođenje ovih općih smjernica na razini pojedine zemlje zahtijeva analitiku za rješavanje pitanja kao što su: što financirati, koga financirati i kako financirati kritične situacije u kratkom, srednjem i dugom roku.

Prvi korak podrazumijeva određivanje aktivnosti koje će se financirati i ustanovljivanje tko su nositelji proračuna. Ovaj korak sadrži dvije shematizirane postavke:

- Polazna procjena – trebaju se ustanoviti brze procjene proračunskih odredbi iz tablice 12., kako bi se utvrdilo jesu li dostatne za pružanje usluga u vezi s COVID-19. Na temelju dobivenih rezultata, potrebno je odrediti vrstu ulaganja i s tim povezane radnje koje su potrebne u neposrednom i srednjem roku (do tri godine). Treba obratiti pozornost na financijske tokove i proračunske procese koji doprinose nepotrebnoj fragmentaciji temeljnih funkcija i neučinkovitom radu.
- Mapiranje: potrebno je mapirati postojeću raspodjelu odgovornosti (npr. ministarstvo, agencije, i odjeli) za provedbu posebnih aktivnosti i funkcija od interesa kako bi se identificirale proračunske jedinice odgovorne za nadzor, provedbu, ili ugovaranje (WHO, 2021).

Tablica 12. Što treba biti financirano u bliskoj budućnosti u vidu spremnosti zdravstvenih sustava za odgovor na pandemiju COVID-19

Vremenski horizont	Proračunska sredstva za temeljne stvari - potrošni materijal i cjepiva	Proračunska sredstva za temeljne stvari – pružanje usluga
Sljedećih 12 mjeseci	• Analiza učinkovitosti nacionalnih mehanizama nabave	• Zdravstveni ljudski resursi (HRH)

	i lanaca opskrbe zdravstvenim proizvodima, uključujući cjepiva i lijekove • Obuka i proizvodnja softvera za poboljšano upravljanje lancem opskrbe • Nabavka odgovarajuće opreme za cjepiva, osobna zaštitna oprema, kompleti za testiranje, cjepivo i drugi pribor	- Mapiranje resursa HRH-a, uključujući prekomjerne kapacitete i mjere premještanja/zapošljavanja u hitnim slučajevima - Utvrđivanje politika koje utječu na plaće, naknade i poticaje (npr. naknade za smjenu, terenske usluge, naknade za prekovremeni rad) - Dodatna plaća koja proizlazi iz novog zapošljavanja - Dodatno stručno obrazovanje i osposobljavanje za timove koji cijepe protiv COVID-19 • Procjena informacijskog sustava upravljanja zdravljem i utvrđivanje plana za rješavanje nedostataka istog • Određivanje infrastrukturnog jaza (npr. voda, struja) u zdravstvenim ustanovama i zahtjevi za financiranjem • Određivanje mjera zaštite na radu

Izvor: izrada autora prema podacima s: WHO, 2021.

Važno je naglasiti da tablice prikazuju ilustrativnu podjelu proračunskih odredbi koje treba financirati u kratkom roku (do 12 mjeseci) i one koje treba financirati u srednjem do dugom roku (1-6 godina), te da određeni vremenski horizont ovisi o kontekstu stanja u kojem se nalazi pojedina država.

Tablica 13. Što treba biti financirano u dalekoj budućnosti u vidu spremnosti zdravstvenih sustava za odgovor na pandemiju COVID-19

Vremenski horizont	Proračunska sredstva za temeljne stvari – potrošni materijal i cjepiva	Proračunska sredstva za temeljne stvari – pružanje usluga

Duži period (1-2 godine)	• Upravljanje lancem opskrbe cjepivima, dijagnostikom, medicinom i osobnom zaštitnom opremom • Upravljanje održavanjem „hladnog“ lanca	• Proširiti obrazovne kapacitete, uključujući fakultete i infrastrukturu • Prilagodba i proširenje tržišta rada HRH-a • Unaprijediti kapacitete radne snage u zdravstvu, uključujući zapošljavanje, distribuciju i zadržavanje odgovarajućih zdravstvenih zanimanja u ruralnim područjima • Unaprjeđenje infrastrukture zdravstvenih ustanova i zaštita od opasnosti • Osnivanje dijagnostičkih laboratorija s referentnim kapacitetima • Jačanje informacijskog sustava upravljanja zdravljem • Učinkoviti i fleksibilni sustavi financijskog upravljanja (uključujući tehnologiju i obuku)

Izvor: izrada autora prema podacima s: WHO, 2021.

Drugi korak podrazumijeva analizu troškova, makro-fiskalne i zdravstvene potrošnje. Naime, nekoliko vrsta analiza ključno je za razumijevanje financijskih pitanja povezanih s pandemijom COVID-19

- Troškovi: nužno je procijeniti dodatne potrebe resursa koji su povezani s isporukom alata za borbu protiv COVID-19, kao i potrebna kapitalna ulaganja u temelje zdravstvenog sustava (opisani su u tablici 12. i 13.) koji omogućuju učinkovitu isporuku spomenutih alata
- Fiskalni scenariji: potrebno je projektirati osnovni scenarij javnih prihoda za tekuću godinu, te za dvije do tri godine. Nadalje, takvo projektiranje daje osnovne podatke pomoću kojih se može razmotriti još nekoliko pitanja, uključujući: - Postoji li mogućnost za povećanje stopa poreza ili doprinosa za određene slojeve stanovništva? -

Kako se upravlja ukupnim državnim dugom? - Postoji li dodatan prostor za razmatranja o potrebnim resursima koji bi se mogli uključiti u restrukturiranje duga? – Koliki je opseg povećanja poreza na potrošnju proizvoda štetnih po zdravlje (npr. duhan, pića zaslađena šećerom, alkohol i fosilna goriva) ili barem smanjenje subvencije na njihovu proizvodnju i uporabu?

- Uklanjanje prioriteta za ponovno određivanje prioriteta: treba identificirati postojeća područja proračuna koja bi se mogla „deprioritizirati“, s najmanjom štetom za opće zdravlje i dobrobit zajednice, a s ciljem kako bi se osigurali resursi za osiguravanje potrebnih alata za borbu protiv COVID-19 . Ključna pitanja uključuju: - Unutar zdravstvenog sektora, postoje li učinkovita rješenja koja mogu minimizirati ozbiljnost kompromisa (npr. odgađanje kapitalnih projekata nižeg prioriteta ili prelazak na generičke lijekove)? - Postoje li posebna područja zdravstvene potrošnje koja se mogu odgoditi zbog mogućih fiskalnih pritisaka? (WHO, 2021.)

Treći korak podrazumijeva analizu upravljanja javnim financijama. Niže prikazana pitanja mogu se koristiti za identifikaciju prednosti i slabosti u strukturama i sustavima upravljanja javnim financijama:

- Formuliranje proračuna: Podržava li sadašnja proračunska formula međusektorske funkcije i populacijski orijentirane aktivnosti? Ako da, koji postojeći proračunski programi ili potprogrami i aktivnosti izravno opslužuju Zajednička dobra za zdravlje? Ako ne, kako bi proračun mogao biti prilagođen da podrži ove aktivnosti?
- Usklađivanje politike proračunske strukture: Postoji li veza između planiranja i određivanja proračuna u zdravstvenom sektoru? Jesu li prioriteti nacionalne zdravstvene strategije objedinjeni u strukturi proračuna? Ako da, je li pripremljenost protiv COVID-19 uključena u nacionalnoj strategiji zdravstva, te isto tako u strukturi proračuna?
- „Uska grla“ u upravljanju javnim financijama: Jesu li nositelji proračuna sposobni učinkovito primati, upravljati i uzeti u obzir javne resurse za obavljanje funkcija pripravnosti? Ako ne, gdje se nalaze „uska grla“?
- Središnje/podnacionalno usklađivanje: Za aktivnosti za koje je podnacionalni proračun prikladan za upravljanje, koji se mehanizmi koriste za prijenos sredstava iz centra sustava? Jesu li ti mehanizmi putokaz o tome kako sredstva mogu biti korištena? Ako jesu, mogu li se takvi mehanizmi koristiti za alate za rješavanje problema vezanih uz COVID-19? Ako se trenutno ne koriste, mogu li biti korišteni, s obzirom na postojeće prakse upravljanja javnim financijama?

- Odgovornost i izvješćivanje o rezultatima: Je li Ministarstvo financija implementiralo završne rezultate procesa proračuna usmjerenog na rezultate, uključujući i zdravstvo sektor? Jesu li mehanizmi odgovornosti orijentirani na izlaz, uključujući i privatne subjekti ugovoreni s javnim sredstvima? Ako nije, kako se može pratiti izvedba uvesti okvire za podršku učinkovitog praćenja rezultata, uključujući za spremnost? (WHO, 2021).

Četvrti korak podrazumijeva praćenje i mapiranje resursa za COVID-19 i srodne svrhe. Konačno, postoje različite komponente praćenja i mapiranja resursa.

- Procjena sustava za praćenje potreba: potrebno je definirati potrebe zemlje za mapiranjem resursa i praćenjem troškova u odgovoru na zdravstvenu bolest COVID-19 i spremnosti z zdravstvenu sigurnost. To može uključivati: procjenu i ublažavanje utjecaja COVID-19 u naporima rutinskog pružanja osnovnih usluga mobiliziranje sredstava za ključne nedostatke u financiranju i poboljšanje alokacijske učinkovitosti s postojećim resursima
- Podatkovni alati: potrebno je razviti alate za prikupljanje podataka koji odgovaraju ciljevima strategije praćenja/mapiranja resursa zemlje.
- Plan za brze procjene: Kao dio mapiranja resursa za COVID-19 i vježbu praćenja izdataka, potrebno je razviti plan za brzu procjenu kapitala i tekućih izvora i rashoda.
- Održavanje standardnog praćenja: potrebno je osigurati da mehanizmi praćenja javne i privatne zdravstvene potrošnje, kao što su nacionalni zdravstveni računi, nastavljaju prikazivati relevantne podatke o zdravstvenoj potrošnji i obrascima korištenja usluga (WHO, 2021.).

6. ZAKLJUČAK

Financiranje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj oslanja se na karakteristike Bismarckovog modela financiranja zdravstva, što podrazumijeva postojanje državnog fonda socijalnog osiguranja. Glavni izvor financiranja zdravstvene zaštite u RH su doprinosi obveznog zdravstvenog osiguranja, koji pokrivaju oko 80% ukupne zdravstvene potrošnje. Osim Hrvatske, karakteristike Bismarckovog modela financiranja nalazimo u državama poput Njemačke, Slovenije, Češke, Nizozemske itd. S druge strane, Beveridgeov model financiranja zdravstva podrazumijeva financiranje iz prikupljenih poreza, gdje zatim država određuje koliki dio proračunskih sredstava otpada na zdravstvo. Iz toga je uočeno da svaka država sama sebi prilagođava koji će sustav financiranja zdravstva koristiti, neovisno o faktorima poput gospodarske razvijenosti ili geografskog položaja. Danas, hrvatski zdravstveni sustav, uzimajući u obzir pokazatelje zdravstvenog stanja populacije, te financijsko-zdravstvene pokazatelje kao što su zdravstvena potrošnja kao % ukupnog BDP-a, zdravstvena potrošnja po stanovniku i drugim, materijalnim i ljudskim resursima, spada među skupine zemalja bivšeg istočnog bloka (Poljska, Mađarska, Češka, Slovačka, te Baltičke zemlje). Iako postoji puno čimbenika koji utječu na to stanje, prema istraživanjima u diplomskom radu se pokazalo da zemlje koje su gospodarski najrazvijenije u Europi, odnosno imaju visok nominalni BDP, te visok BDP po stanovniku, također imaju najveću zdravstvenu potrošnju – i onu po stanovniku, ali i izdvajanja države za zdravstveni sustav. Dakle, postoji jaka veza između visine zdravstvene potrošnje i visine BDP-a (i po glavi stanovnika i izdvajanja države za zdravstvo). Ta tvrdnja je ujedno i hipoteza ovoga rada, koja se na koncu potvrđuje. Najveći problem koji iščekuje hrvatski zdravstveni sustav je financijska održivost istog. Hrvatsko zdravstvo je već godinama opterećeno dugovima, te se taj problem uvijek rješavao putem nekih „vatrogasnih“ rješenja poput povećanja participacije, ili povećanjem stope obveznoga zdravstvenog osiguranja. Fokus treba biti na racionalizaciji zdravstvene potrošnje, odnosno na smanjivanju prekomjernog i nepotrebnog korištenja zdravstvenih usluga i dobara. Iako postoji puno prijedloga i ciljeva kako bi hrvatski zdravstveni sustav funkcionirao efikasnije, jeftinije i kvalitetnije, a kvaliteta života njegovih sudionika bila bolja, istraživanje i analiza ovoga rada pokazala je da razvijenije zemlje imaju i efektivnije i efikasnije i na kraju krajeva prema ocjeni potrošača zdravstvenih usluga kvalitetnije zdravstvene sustave. Činjenica je da zdravstveni sustav RH može napredovati na organizacijskoj, upravljačkoj, financijskoj razini, razini ljudskih resursa, no uvijek će postojati lideri poput Njemačke, Švicarske, Nizozemske, Austrije, dok će druge skupine zemalja poput RH, Grčke, Bugarske, Poljske i drugih zaostajati godinama,

pa čak i desetljećima. RH kao država treba napredovati, životni standard njenih građana treba biti veći, pa će uzročno-posljedičnom vezom i zdravstveni sustav biti uspješni i kvalitetniji. Za kraj, bitno je spomenuti i pandemiju COVID-19 koja je do sada jako utjecala na svaki aspekt života, pa tako i na gospodarsku razvijenost zemlje, a samim time proizašli su i izazovi financiranja zdravstva u takvim vremenima. Svaka zemlja ima jedinstvenu „polaznu točku" u smislu postojećeg zdravstvenog sustava, odnosno njegove tehnološke i sustavne spremnosti. U sljedećim mjesecima i godinama, kako bi se održala stabilnost zdravstvenih sustava diljem Europe bit će potrebno odgovoriti na pitanja kao što su: što financirati, koga financirati, te kako financirati kritične situacije. U diplomskom radu ukratko je opisan Vodič izdan od strane WHO-a kojem je u cilju da svaka zemlja interno razmotri gore navedena pitanja kako bi njihovi sustavi financiranja mogli učinkovito podržati odgovore na pandemiju COVID-19.

LITERATURA

Arrow, K.J. (1963.). Uncertainty and the Welfare of Economics of Medical care. The American Economic Review, 941-973., Preuzeto 15. Kolovoz 2021. iz https://web.stanford.edu/~jay/health_class/Readings/Lecture01/arrow.pdf

Barić, V., Smolić, Š. (2008). Mogućnosti kontrole zdravstvene potrošnje - primjer Hrvatske. Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu, 6(1): 303-314. Preuzeto 10. Srpnja 2021. iz https://hrcak.srce.hr/30961

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

Chung, M. (2017). HEALTH CARE REFORM: LEARNING FROM OTHER MAJOR HEALTH CARE SYSTEMS. Princeton Public Health Review. Preuzeto 15. rujan 2021. iz https://pphr.princeton.edu/2017/12/02/unhealthy-health-care-a-cursory-overview-of-major-health-care-systems/

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

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

EU/OECD. (2020). Health at a glance: EUROPE 2020. Preuzeto 10. kolovoza 2021. iz https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2020_healthatglance_rep_en.pdf

European Observatory on Health Care Systems (1999.). Health Care Systems in Transition - Croatia. Preuzeto 15. rujan 2021. iz https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/75150/E68394.pdf

EUROPSKA KOMISIJA. (2019.). Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019. Preuzeto 2. Kolovoz. 2021. iz https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/state/docs/2019_chp_hr_croatian.pdf

EUROSTAT. (2021.). Preuzeto 3. Srpanj 2021. iz https://ec.europa.eu/health/indicators_data/indicators_hr

EUROSTAT. (2021.). Preuzeto 3. Srpanj 2021. iz https://ec.europa.eu/eurostat/web/health/data/database

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

Grossman, M. (1972.). The Demand for Health. Columbia University Press.

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

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

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

HZZO. (2020). Preuzeto 3. Srpanj 2021. iz https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/IZVJE%C5%A0%C4%86E%20O%20POSLOVANJU%20HZZO-a%20za%202020.g.pdf

Kovač, N. (2013.). Financiranje zdravstva - situacija u Hrvatskoj. Hrčak portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa. Preuzeto 13. Kolovoz 2021. iz https://hrcak.srce.hr/116455

Kroneman, M. (2007.). Bismarck or Beveridge: A beauty contest between dinosaurs. Preuzeto 15. Rujan 2021. iz https://www.researchgate.net/publication/6243944_Bismarck_or_Beveridge_A_beauty_contest_between_dinosaurs

Mankiw, NG. (2017). The Economics of Healthcare. Preuzeto 15. rujan 2021. iz https://scholar.harvard.edu/mankiw/publications/economics-healthcare

Mederios, J., Schwierz, C. (2015.). Efficiency estimates of health care systems. European Commission. Preuzeto 15. rujan 2021. iz https://ec.europa.eu/economy_finance/publications/economic_paper/2015/pdf/ecp549_en.pdf

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (2012.). Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Preuzeto 10. Srpnja 2021. iz https://zdravlje.gov.hr/nacionalne-strategije/1522

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

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske (2019.). Strateški plan Ministarstva zdravstva za razdoblje 2020.-2022. Preuzeto 16. rujna 2021. iz https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/strategije-planovi-i-izvjesca/strateski-planovi/2672

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

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

OECD. (2021.). Preuzeto 5. Srpnja 2021. iz https://data.oecd.org/healthstat/life-expectancy-at-65.htm

Ostojić, R. Bilas, V., Franc, S. (2012.). Challenges For Health Care Development in Croatia. Collegium antropologicum, 36(3), 2012. Preuzeto 15. rujan 2021. iz https://hrcak.srce.hr/89391

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

Smolić, Š. (2014.). Razvojni potencijali i izazovi za javno zdravstvo u Hrvatskoj. Razvojni potencijali hrvatskog gospodarstva / Družić, Gordan ; Družić, Ivo - Zagreb : HAZU, EFZG, 2014, 289-306. Preuzeto 8. Srpnja. 2021. iz https://www.bib.irb.hr/721160

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

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

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

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

WHO. (2019.). Preuzeto 5. Srpnja 2021. iz https://gateway.euro.who.int/en/hfa-explorer/

WHO. (2021.). Health financing for the COVID-19 response. Preuzeto 10. Kolovoz. 2021. iz https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/covid-19

WHO. (2021.). Preuzeto 26. Kolovoz 2021. iz http://apps.who.int/gho/data/view.main.HALEXv

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

WORLD BANK. (2021.). Preuzeto 6. Srpnja 2021. iz https://data.worldbank.org/indicator

ZAKON HR. (2020.) Preuzeto 10. Srpnja 2021. iz https://www.zakon.hr/z/792/Zakon-o-dobrovoljnom-zdravstvenom-osiguranju

Zrinščak, S. (2007.). Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. Hrčak portal hrvatskih znanstvenih i stručnih časopisa. Preuzeto 17. Kolovoz 2021. iz https://hrcak.srce.hr/30323

POPIS TABLICA/ POPIS GRAFIKONA

Tablica 1. Karakteristike različitih modela financiranja zdravstva

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

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

Tablica 4. Primjer različitih sustava financiranja zdravstva

Tablica 5. Dekompozicija duga u hrvatskome zdravstvu od 2012-2016. godine (u milijunima kuna)

Tablica 6. Odabrani pokazatelji zdravstvenog stanja populacije 2016. godine

Tablica 7. Struktura ukupnih prihoda HZZO-a u 2019. i 2020.

Tablica 8. Struktura ukupnih rashoda HZZO-a 2019. i 2020

Tablica 9. Obveze HZZO-a u promatranom razdoblju

Tablica 10. Pregled dospjelih obveza HZZO-a u promatranom razdoblju

Tablica 11. Reformske mjere učinkovitijeg upravljanja financijskim resursima u zdravstvu z razdoblje 2020.-2022.

Tablica 12. Što treba biti financirano u bliskoj budućnosti u vidu spremnosti zdravstvenih sustava za odgovor na pandemiju COVID-19

Tablica 13. Što treba biti financirano u dalekoj budućnosti u vidu spremnosti zdravstvenih sustava za odgovor na pandemiju COVID-19

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

Grafikon 2. Struktura financiranja zdravstva u odabranim zemljama u kojima prevladava državni fond socijalnog osiguranja u 2018. godini

Grafikon 3. Očekivano trajanje života u dobi od 65 godina u odabranim članicama EU 2018.

Grafikon 4. Ocjena vlastitoga zdravlja po razinama dohotka u zemljama članicama EU

Grafikon 5. Zdravstvena potrošnja po stanovniku u zemljama EU u 2019. (PPP EUR)

Grafikon 6. Zdravstvena potrošnja kao % ukupnog BDP-a u EU u 2019. godini

Grafikon 7. Povezanost zdravstvene potrošnje po stanovniku i BDP-a po stanovniku 2014. godine (u PPP dolarima)

Grafikon 8. Udjeli javnoga i privatnoga financiranja zdravstva među odabranim članicama EU u 2018.

Grafikon 9. Položaj Hrvatske među odabranim zemljama obuhvaćenim ECHI indeksom 2018. godine

Grafikon 10. Udjeli javnog i privatnog financiranja zdravstva u Hrvatskoj 2018.

Grafikon 11. Zdravstvena potrošnja po glavi stanovnika u Hrvatskoj (PPP USD)

Grafikon 12. Kretanje nominalnog BDP-a i ukupne zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj

Grafikon 13. Prihodi i rashodi HZZO-a u razdoblju od 2010.-2020.