

Ekonomski aspekti zdravstvenog sustava

Kocijan, Ivona

Undergraduate thesis / Završni rad

2021

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Organization and Informatics / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet organizacije i informatike**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:211:874501>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported](#) / [Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 3.0](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-14**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Organization and Informatics - Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET ORGANIZACIJE I INFORMATIKE
V A R A Ź D I N**

Ivona Kocijan

**EKONOMSKI ASPEKTI
ZDRAVSTVENOG SUSTAVA**

ZAVRŠNI RAD

Varaždin, 2021.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET ORGANIZACIJE I INFORMATIKE
V A R A Ź D I N

Ivona Kocijan

Matični broj: 0016135340

Studij: Ekonomika poduzetništva

EKONOMSKI ASPEKTI ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

ZAVRŠNI RAD

Mentorica:

Prof. dr. sc. Ksenija Vuković

Varaždin, kolovoz 2021.

Ivona Kocijan

Izjava o izvornosti

Izjavljujem da je moj završni rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istoga nisam koristila drugim izvorima osim onima koji su u njemu navedeni. Za izradu rada su korištene etički prikladne i prihvatljive metode i tehnike rada.

Autorica potvrdila prihvaćanjem odredbi u sustavu FOI-radovi

Sažetak

Zdravlje ljudi elementaran je faktor o kojem u velikoj mjeri ovisi gospodarski i društveni napredak, a koji opet povratno svojim razvojem doprinose većim mogućnostima i rastu životnog standarda čime se i zdravlje populacije poboljšava. Unatoč tome, zdravstveni sustav još uvijek pronalazi pravi put sistematizaciji i upravljanju kojim bi se postigla veća efikasnost i efektivnost, kao i ostvarivanje optimalne razine kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite cjelokupnom stanovništvu. Stoga će se kroz ovaj rad temeljem već provedenih istraživanja i ekonomskih analiza sagledati zdravstveni sektor u svjetskim okvirima te dati sveobuhvatan pregled hrvatskog zdravstvenog sustava u svim njegovim sastavnicama uz aktualiziranje tekućih problema te kreiranje modela preporuka za njihovo rješavanje kao i postizanje optimalne razine efikasnosti i efektivnosti ove bitne sastavnice socijalne infrastrukture neke zemlje.

Ključne riječi: zdravstveni sustav; država blagostanja; zdravstveno osiguranje; asimetričnost informacija; eksternalije; moralni hazard

Sadržaj

| | | |
|----------|--|----|
| 1. | Uvod | 1 |
| 1.1. | Predmet i ciljevi rada | 1 |
| 1.2. | Metode rada i izvori prikupljenih podataka..... | 2 |
| 1.3. | Koncepcija rada | 2 |
| 2. | Zdravstveni sustav | 4 |
| 2.1. | Zdravstveni sustav i država blagostanja | 4 |
| 2.2. | Razlozi državne intervencije..... | 5 |
| 2.3. | Modeli financiranja zdravstva u svijetu..... | 10 |
| 2.3.1. | Osnovni modeli na kojima počiva suvremeno zdravstvo..... | 13 |
| 3. | Zdravstveni sustav Republike Hrvatske..... | 17 |
| 3.1. | Povijest hrvatskog sustava zdravstva | 17 |
| 3.2. | Ustrojstvo hrvatskog zdravstvenog sustava..... | 19 |
| 3.2.1. | Primarna zdravstvena zaštita | 20 |
| 3.2.2. | Sekundarna razina zdravstvene zaštite | 24 |
| 3.2.2.1. | Bolnica | 26 |
| 3.2.3. | Tercijarna razina zdravstvene zaštite..... | 27 |
| 4. | Zdravstvo s financijske perspektive | 28 |
| 4.1. | Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje..... | 28 |
| 5. | E-zdravstvo..... | 35 |
| 6. | Problemi hrvatskog zdravstvenog sustava | 37 |
| 6.1. | Zdravlje na prvi pogled | 39 |
| 7. | Kako se hrvatsko zdravstvo snašlo u jeku pandemije koronavirusa..... | 42 |
| 8. | Model preporuka | 49 |
| 9. | Zaključak | 52 |
| 10. | Popis literature | 55 |
| 11. | Popis grafičkih prikaza i slika | 61 |

1. Uvod

Zdravstvo, kao bitna sastavnica javnih rashoda i politike neke zemlje, ali i kompleksan sustav kroz koji u svim fazama života prolazi stanovnik svake zemlje važan je element pri kreiranju socijalne politike. Ova esencijalna komponenta kvalitete života i generalni uzrok naglog porasta svjetskog stanovništva, zahvaljujući evolucijom u medicinskoj tehnologiji i metodama liječenja, često je na udaru kritika s financijske perspektive, ali i samog menadžmenta i organizacije.

Potrebe za zdravstvenom zaštitom neprestano rastu, a zdravstveno osiguranje neophodno je za realizaciju koncepta države blagostanja s ciljem postizanja blagostanja društva. Dokić (2016) ističe kako je u današnjem društvu zdravstvena zaštita neophodna za svakog pojedinca te se ne smatra željom već potrebom i u slučaju nedostatka iste blagostanje se ne može ostvariti. S ovog aspekta otvara se niz pitanja usmjerenih na adekvatnu zdravstvenu zaštitu svakog pojedinca i način financiranja iste. Imaju li svi članovi društva jednake uvjete i mogućnosti kako bi im se pružila potrebna zdravstvena usluga? Može li se pitanje zdravstvene zaštite prepustiti pojedincima ili je ipak potrebna državna intervencija? Koliko sredstava namijeniti zdravstvu? Porastom stanovništva, a samim time i potreba, želja i preferencija, tržište raste i razvija se u vrlo dinamično i heterogeno okruženje pa tako i na polju zdravstva i zdravstvenog osiguranja. Kako bi se osigurala adekvatna zdravstvena skrb svakog pojedinca državna intervencija u ovaj kompleksni sustav često je neophodna.

„Menadžment u zdravstvu u mnogim je zemljama tek u početnoj fazi razvoja“ Dubovečak i sur. (2019) te se traži efikasna politika vođenja i financiranja ovog vrlo kompleksnog sektora, koji bi prije svega trebao rezultirati zadovoljavajućom razinom u pružanju zdravstvenih usluga stanovnicima u skladu s njihovim potrebama. Upravo zbog te činjenice kroz ovaj rad će se analizirati ekonomski aspekti zdravstvenog sektora s pregledom svih njegovih ključnih sastavnica.

1.1. Predmet i ciljevi rada

Predmet rada, kao što je već uvodno spomenuto, jest sveobuhvatan pregled zdravstvenog sektora temeljem provedenih istraživanja i ekonomskih analiza.

Opći cilj rada jest dati detaljan prikaz zdravstvenog sektora s posebnim naglaskom na organizaciju sustava Republike Hrvatske. Zdravstvo kao bitna odrednica politike zemlje, ali i standarda njezinih stanovnika u velikom dijelu svijeta tek pronalazi pravi put i način organizacije, koji bi osigurao adekvatnu zdravstvenu skrb za svakog pojedinca i pridonio

blagostanju cjelokupnog društva. Kako Šimović i Deskar-Škrbić (2018) navode, država kroz svoju distribucijsku funkciju upotrebom instrumenata fiskalne politike nastoji utjecati na preraspodjelu dohotka čime se ostvaruju brojni socijalni ciljevi, a posebice u ovom kontekstu bitni – briga za bolesne i provedba brojnih preventivnih programa namijenjenih različitim dobnim skupinama, a čija realizacija ovisi o efikasnosti i efektivnosti zdravstvenog sustava. Slijedom navedenog, temeljni je cilj ovog rada, uz dosad spomenuto, predstaviti aktualne probleme i poteškoće kroz koje sve više opterećeno zdravstvo prolazi te pokušaje rješavanja istih.

1.2. Metode rada i izvori prikupljenih podataka

Izvori prikupljenih podataka za razradu ove teme proizlaze iz hrvatske i svjetske znanstvene i stručne literature u obliku knjiga, članaka te znanstvenih radova u kojima se iznose rezultati i zaključci provedenih istraživanja iz područja ekonomike zdravstva te se upotrebom deduktivne metode povezuju rezultati i teorije dosadašnjih istraživanja i sustavnih ekonomskih analiza zdravstvenog sektora. U zaključku se upotrebom metode sinteze izvodi zaključak na osnovi istražene literature.

1.3. Konceptija rada

U uvodnom dijelu završnog rada iznose se osnovne činjenice kao motivatori za razradu ove teme, navode se ciljevi i korištene metode te izvori prikupljenih podataka. U drugom poglavlju rada definira se zdravstveni sustav i država blagostanja, traže se razlozi državne intervencije u zdravstvo te se analizira zdravstvo u svjetskim okvirima. Treće poglavlje usmjereno je na pregled hrvatskog zdravstvenog sektora, njegovog razvoja kroz povijest, ustrojstva i funkcija, pravne regulative te osnovnih razina zdravstvene zaštite. Financijski aspekti zdravstvenog sustava analiziraju se u četvrtom poglavlju u kojem se detaljnije analizira poslovanje i organizacija Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao središnje institucije odgovorne za realizaciju koncepta obveznog zdravstvenog osiguranja. Nakon, općenitog presjeka s obuhvatnim pregledom bitnih sastavnica zdravstvenog sistema, u petom poglavlju govori se o e-zdravstvu kao konceptu koji pridonosi pojednostavljenju i efikasnosti pri prevenciji, dijagnostici, ali i liječenju te operativi sustava u pogledu naručivanja, komunikacije te izdavanja nalaza. U šestom poglavlju, putem analize već provedenih istraživanja, iznose se aktualni problemi s kojima se susreće zdravstveni sustav te se u potpoglavlju Zdravlje na prvi pogled analiziraju statistički podaci o zdravlju populacije za područje Europske unije, kao najboljem pokazatelju produktivnosti i efikasnosti zdravstvenog sustava. Kako se hrvatsko

zdravstvo snašlo u jeku pandemije koronavirusa govori sedmo poglavlje s osvrtom na probleme veledrogerija i intervencije Vlade Republike Hrvatske te uspostavu digitalnog asistenta Andrije kao sustava umjetne inteligencije dostupnog svim građanima.

Temeljem analize trenutnog stanja hrvatskog zdravstvenog sustava, u osmom poglavlju rada, razvija se model preporuka za poboljšanje efikasnosti i efektivnosti ovog nadasve bitnog sistema s ciljem unapređenja njegovih funkcionalnosti i povećanja kvalitete zdravstvenih usluga svim građanima. Na samom kraju ovog rada, u devetom poglavlju, sintetizirat će se sve relevantne činjenice navedene tijekom razrade ove tematike u svrhu donošenja zaključka o stanju i ocjeni zdravstvenog sektora kao bitne komponente sustava svake zemlje.

2. Zdravstveni sustav

Zdravstvena politika kao jedna od sastavnica javne politike zemlje svojim važnim društvenim značenjem često je na udaru kritika, polemika, ali isto tako je i dio svakodnevnog života pojedinca. Kroz sve faze ljudskog života zdravstvena zaštita nosi ključnu ulogu, a pored toga usluge koje nudi često predstavljaju izdašan financijski teret kako na osobne tako i na javne financije. Zdravstvo je kao dio socijalne infrastrukture, osim medicinske znanosti, potrebno sagledati s ekonomske strane kroz prizmu financija i javnog proračuna, održivosti te efikasnosti i efektivnosti cjelokupnog zdravstvenog sustava. Osim navedenog, pred ekonomskom znanošću još je velik posao u segmentu istraživanja i gospodarske argumentacije zdravstva pri čemu je potrebno, s ciljem što bolje organizacije ovog sustava, uključiti različite grane znanosti kako bi se interdisciplinarnošću pronašlo pravo rješenje upravljanja, koordinacije i financiranja, napose za dobrobit stanovništva, ovog bitnog sektora. U tom smislu u nastavku ovog rada sagledat će se zdravstveni sustav te dati definicija potkrijepljena ekonomskom interpretacijom i viđenjem.

2.1. Zdravstveni sustav i država blagostanja

Prema Budak i Rajh (2014) model zdravstvenog sustava zasniva se na međusobnoj interakciji institucija, regulatornih tijela, sudionika – pružatelja usluga i njihovih korisnika te resursa – zdravstvene opreme, lijekova i financijskih sredstava, a bez kojih realizacija ovog koncepta ne bi bila moguća. Napretkom čovječanstva i unapređenjem kvalitete života mijenja se mentalitet ljudi i kodeks ponašanja čime se javljaju nove navike, potrebe, želje i preferencije što u konačnici uzrokuje sve heterogenije i složenije tržište pa tako i na području zdravstva. Potrošač danas traži visoku razinu kvalitete i personalizacije usluge za koju izdvaja osobna financijska sredstva, što iziskuje efikasan koncept zdravstvenog sustava i rada njegovih sudionika, a samim time i ekonomičnost u upravljanju financijama za ovo troškovno iznimno izazovno područje gospodarstva. Slijedom navedenog, kao logična posljedica, sve se više pozornosti pridaje unapređenju kvalitete usluga koje zdravstvo pruža te realizaciji koncepta države blagostanja, kojim bi se osigurala adekvatna zdravstvena zaštita i skrb svakog pojedinca.

Država blagostanja (eng. welfare state) ili tzv. socijalna država je društvo ili društveno-ekonomski poredak u kojem država pruža veći dio usluga socijalne zaštite što podrazumijeva minimalnu financijsku i drugu materijalno-pravnu zaštitu članova društva. Socijalna država i socijalna zaštita ostvaruju se preraspodjelom dohotka dvojako: a) kroz javne rashode putem

sustava socijalnog osiguranja i b) kroz javne prihode progresivnim oporezivanjem. (Šimović, Deskar-Škrbić, 2019a)

Definicijom države blagostanja Šimovića i Deskar-Škrbića jasno se navodi distribucijska uloga kojom država nastoji postići optimalan sustav pravednosti i jednakosti svih građana. Kao što je već spomenuto, ekonomika zdravstva u mnogim dijelovima svijeta tek je u začecima, a kreiranje djelotvorne politike javnog sektora, kojom bi se osigurao život u izobilju i spriječila oskudica, kompleksan je problem za kojeg se još uvijek pronalazi pravo rješenje.

Ekonomska uloga države kroz povijest se značajno mijenjala. Samuelson i Nordhaus (1992) objašnjavaju kako su rani klasični ekonomisti bili mišljenja kako državna intervencija u gospodarstvo ne donosi dobrobit za društvo, već suprotno, djelovanjem s ciljem preraspodjele dohotka, radi reduciranja siromaštva, može utjecati na smanjenje nacionalnog dohotka.

Međutim, do kraja devetnaestoga stoljeća, politički vođe zapadne Europe poduzeli su mjere koje su označile povijesnu prekretnicu u ekonomskoj ulozi države. Bismark u Njemačkoj, Gladstone i Disraeli u Britaniji, i napokon Franklin Roosevelt u SAD, uveli su novi pojam odgovornosti države za blagostanje naroda. To je bilo društvo blagostanja u kojem država modificira djelovanje tržišta da zaštiti pojedinca od izvjesnih kriznih stanja i da garantira ljudima minimalni životni standard. (Samuelson, Nordhaus, 1992, str. 368)

Država je i danas, pomoću raznih institucija, involvirana u proces osiguranja novčanih sredstava u slučaju nastupa bolesti ili nezgoda, naknada za nezaposlene, rješavanje stambenog pitanja, osiguravanje mirovine umirovljenima ili pak potpore pojedincima i obiteljima slabijeg imovinskog statusa. Sukladno navedenom, kako bi se osiguralo što učinkovitije djelovanje modela socijalne države, potrebno je i uspostaviti kvalitetan i pravedan sustav oporezivanja te ubiranja doprinosa za socijalno osiguranje.

2.2. Razlozi državne intervencije

Razvojem društva i unapređenjem kvalitete života nekadašnje intencije i želje za obrazovanjem, zdravstvenom zaštitom i mirovinom postale su elementarne potrebe suvremenog društva. Uzimajući u obzir kako je produktivan i efikasan zdravstveni sustav okosnica države blagostanja, u ovom poglavlju razmotrit će se razlozi uplitanja države, instrumenti kojima djeluje te (ne)djelotvornost koju postiže u ovom kompleksnom sustavu.

Šimović i Deskar-Škrbić (2018) kao osnovni razlog državne intervencije ističu robni egalitarizam definirajući ga kao koncept kojim se omogućava stvaranje jednakih uvjeta za svakog člana društva, a što bi u kontekstu zdravstvenog sustava podrazumijevalo dostupnost osnovnih zdravstvenih usluga svakom pojedincu. S ovog gledišta, razlike u društvu prema

dohotku koji se ostvaruje su razumljive i opravdane ako nastaju kao rezultat individualne sposobnosti pojedinca i upravo se pri takvoj pojavi pronalazi rješenje u involviranosti države čija je odgovornost omogućiti jednaku priliku svakom članu društva.

Uz egalitarizam kao još jedan pozitivan argument državnoj intervenciji jest i paternalizam. Paternalizam je izraz kojim se opisuje nastojanje države da se pojedincu nametne kao jedini ili glavni autoritet i zaštitnik, nastojeći takve aktivnosti opravdati djelovanjem upravo za dobro pojedinca (država zna bolje što meni treba nego ja). (Šimović, Deskar-Škrbić, 2018)

Naziv ovog modela dolazi iz latinskog jezika, a pater kao korijen ove riječi znači otac. Dakle, već u samom nazivu vidljiva je zaštitna uloga države za dobrobit pojedinca – osnovnoškolsko obrazovanje, minimalna mirovina te osnovna zdravstvena zaštita.

Uvođenjem zakona i propisa država stvara pravni okvir prema kojem društvo oblikuje svoje ponašanje razlikujući dobro od lošeg, pravilno od nepravilnog. Usto, kako ističu Samuelson i Nordhaus (1992) vrlo je bitna i njezina ekonomska uloga koja se očituje u promicanju efikasnosti i jednakosti te iniciranju makroekonomskog rasta i održivosti. Tržište kao mehanizam razmjene i umrežavanja ponude i potražnje za dobrima i uslugama, kojeg karakterizira cijenom i kvalitetom sve veća konkurentna utrka, znatno se razlikuje od proizvodnje i konzumacije javnih dobra i usluga.

Javna dobra su ona kojih su koristi nedjeljivo raširene među cijelim pučanstvom, bez obzira na to žele li pojedinci ili ne kupiti javno dobro. Nasuprot tome, privatna dobra su ona koja se mogu podijeliti i pribaviti posebno za razne pojedince, bez ikakvih eksternih koristi i troškova za druge. Djelotvorno pribavljanje javnih dobara često zahtijeva djelatnost vlade, dok privatna dobra mogu djelotvorno alocirati tržišta. (Samuelson, Nordhaus, 1992, str. 311)

Iako je zdravlje esencijalna vrijednost svakog čovjeka, zdravstvena zaštita nije uvijek na listi želja i osobnih potreba koje pojedinac namjerava kupiti. Točnije, kako Mijatović (2006) ističe, vrlo je čest slučaj nedostatak spoznaje o potrebama i dobrobitima zdravstvenog osiguranja, stoga je ključna uloga države da zakonima regulira obvezu zdravstvenog osiguranja isključivo s namjerom osiguranja osobnog dobra svakog člana društva. Visok stupanj dinamičnosti postiže tržište onih dobara i usluga koje potrošači kupuju ne bi li postigli trenutačno zadovoljstvo, dok su odgađanju potrošnje danas za veće blagostanje u budućnosti manje skloni. Također, kako BeniĆ (2004) ističe koristima javnih dobara se može koristiti cjelokupno društvo, a Mankiw (2006) naglašava nekonkurentnost što pojedincu omogućava potrošnju određenog dobra bez ograničene dostupnosti tog istog dobra drugima.

„Shodno tome tri osnovna obilježja javnih dobra su: (1) istodobna raspoloživost za više korisnika, (2) nemogućnost isključenja pojedinca iz potrošnje i (3) jednakost potrošnje za sve korisnike.“ (Benić, 2004, str.330) Sukladno navedenom, zdravstvo se, kao dio modela države blagostanja, ne može u potpunosti smatrati javnim dobrom zbog određenih karakteristika privatnog dobra. Stoga je o zdravstvu moguće govoriti kao o mješovitom dobru, jer su to kako Brümmerhoff (1996) navodi dobra koja zbog svojih određenih obilježja nisu u cijelosti javno ili privatno dobro. Naime, razina zdravstvene zaštite i usluge koju pacijenti uživaju razlikuje se ovisno o cijeni police osiguranja koju plaćaju čime se određene zdravstvene usluge mogu isključiti iz potrošnje. Također, stvara se i određena razina konkurencije uzme li se u obzir broj lijekova, medicinskih pregleda i bolničkog liječenja, odnosno smještaja. Polazeći od činjenice kako je društvu ponekad teško procijeniti koja dobra i usluge konzumirati više, a koja manje, kako bi postigli osobni boljitak i blagostanje u budućnosti, prema navodima Šimovića i Deskar-Škrbića (2018) zdravstvo je preciznije moguće klasificirati i kao meritorno dobro koje je u ponudi i u slučaju nedostatka potražnje iste. Zdravstvom kao meritornim dobrom država nastoji instrumentom zdravstvenog osiguranja pružiti adekvatnu zdravstvenu zaštitu svakom građaninu neovisno o dohotku koji ostvaruje.

Benić (2004) pojašnjava kako su jedan od mogućih problema s kojima se zdravstveni sustav u sferi osiguranja susreće asimetrične informacije, a do čije pojave dolazi u slučajevima nedovoljne informiranosti jedne od uključenih strana. Polovina i Medić (2002) ističu kako se u stvarnom funkcioniranju tržišta ne može postići savršena informiranost jer informacije mogu biti netočne, nedovoljno jasne i potpune ili pak nepravovremeno otkrivene i prezentirane. Eakins i Mishkin (2005) asimetričnost su informacija definirali kao problem kojeg uzrokuje izostanak dovoljnog i adekvatnog opsega informacija potrebnog za donošenje ispravnih zaključaka o drugoj strani. Drugim riječima, prilikom ugovaranja zdravstvenog osiguranja, pojedinac raspolaže informacijama o svom zdravlju, obiteljskoj anamnezi, svakodnevnim navikama koje mogu utjecati na njegovo zdravlje i ostale informacije koje osiguravatelj ne posjeduje te se prešućivanjem ovih bitnih činjenica mogu postići veće pogodnosti za osiguranika. Naime, ukoliko osiguranik ima loše životne navike, konzumira nedovoljno raznoliku ili zdravu prehranu ili pak ima sklonost obolijevanju određenim bolestima, prešućivanjem svega navedenog može postići povoljniju policu osiguranja te prevaliti veći financijski teret na osiguratelja ako zaista nastupi određena bolest ili nezgoda za koji nastane visok trošak liječenja. Suprotno, u situaciji osiguranikova neznanja o pravoj osobnoj kliničkoj slici te potrebnim zdravstvenim uslugama, liječnik kao osoba koja pruža medicinsku uslugu pacijentu, a ugovorenu s osiguravateljem, može prodati i neke dodatne usluge, koje kod određenog zdravstvenog stanja osiguranika i nisu nužne, a sve u svrhu veće zarade osiguravajućeg društva.

Pindyck i Rubinfeld (2005) kao posljedicu nejednake informiranosti navode pojavu negativne selekcije i moralnog hazarda. Problem negativne selekcije vrlo je česta pojava na tržištu zdravstvenog osiguranja. „On se temelji na različitoj informiranosti osiguratelja i potencijalnog osiguranika o vjerojatnosti nastanka rizičnog događaja.“ (Kuljiš, 2010) Kao nastavak na već spomenuto, osiguranici koji boluju od određenih bolesti u većoj će mjeri ugovarati zdravstveno osiguranje od zdravih osoba, usto na tržištu će se cijene polica osiguranja formirati tako da uspiju pokrivati troškove zdravstvene skrbi potrebne osobama slabijeg zdravlja kod kojih je i učestalija potreba za korištenjem usluga zdravstva. Visoke cijene polica osiguranja nastaju kao rezultat navedenog problema što donosi sve manju potražnju za ovom uslugom od dijela društva s prosječnim zdravstvenim stanjem bez težih oboljenja. Pri nastaloj situaciji tržište, u većini slučajeva, nije djelotvorno te princip nevidljive ruke Adama Smitha i „njegovo uviđanje da je tržišni mehanizam samoregulirajući prirodni red“ (Samuelson i Nordhaus, 1992, str. 376) te koncept laissez-faire („pusti da stvari idu svojim tijekom“) nisu rješenje problema. Stoga, kako bi se ovaj poremećaj nastali na tržištu privatnog zdravstvenog osiguranja anulirao, država uvodi obvezno zdravstveno osiguranje.

Nadalje, funkcioniranjem tržišta dolazi do još jednog fenomena zvanog moralni hazard, a prisutan je i u polju zdravstva i zdravstvenog osiguranja. Mankiw (2006) moralni hazard definira kao sklonost pojedinca da se u uvjetima nedovoljnog nadzora neodgovorno ponaša, odnosno krši pravila ispravnog i primjerenog ponašanja. Svjesna činjenice objedinjenih rizika zdravstvenim osiguranjem, osoba se može ponašati neodgovorno te svojim djelovanjem narušavati i štetiti svojem zdravlju ili pak u krajnjem slučaju pretjerano, bez opravdane potrebe, koristiti usluge zdravstva i time dodatno teretiti, već ionako financijski preopterećeni zdravstveni sistem.

„Potrebno je također spomenuti sustav „nultih cijena“ koji dominira na tržištu zdravstvenih usluga, tj. korisnik plaća simboličnu novčanu participaciju u korištenju zdravstvenih usluga.“ (Kuljiš, 2010) Prema mišljenju autora ovakav način funkcioniranja sustava potiče pojavu moralnog hazarda jer je intenzitet korištenja zdravstvenih usluga osobna odluka pojedinca.

Želeći izbjeći nepotrebno korištenje zdravstvenih usluga, mnogi sustavi zdravstvene zaštite i zdravstvenog osiguranja uvode institucije suosiguranja (naknada za pregled, uputnicu specijalistu, recept i sl.) ili dopunsko osiguranje primjenom kojih korištenje zaštite ipak nema nultu cijenu za korisnika. (Kuljiš, 2010)

Tržište kao složen mehanizam integracije ponude i potražnje kada je riječ o privatnim dobrima koja pojedincu pružaju trenutačno zadovoljstvo postiže visok stupanj učinkovitosti u alokaciji resursa. Promatrajući isti taj mehanizam s aspekta zdravstvenih usluga i osiguranja,

tržišni ishodi nisu uvijek optimalni te je kreiranje državnih mjera za rješavanje tržišnih neuspjeha ponekad najbolji način za postizanje željenog blagostanja. Stoga, kao još jedan razlog zadiranja države na tržište u polju zdravstvenog sektora jesu eksternalije.

Eksternalija nastaje kada se osoba angažira u aktivnosti koja utječe na blagostanje druge osobe pri čemu niti plaća niti dobiva ikakvu naknadu za taj učinak. Ako je učinak na promatrača nepovoljan, zove se negativna eksternalija; ako je koristan, zove se pozitivna eksternalija. (Mankiw, 2006, str. 204)

Odnos osobne koristi i troškova glavni je parametar kojeg pojedinac uzima u obzir prilikom donošenja odluke o kupnji i potrošnji određenog proizvoda ili usluge, dok učinci i dobrobit za okolinu zauzimaju sporedni faktor konačne odluke potrošača. Konzumacijom određenog dobra ili usluge, kao popratna posljedica nastaju pozitivni i negativni učinci na okolinu potrošača te se oni definiraju kao pozitivne i negativne eksternalije. Eksternalije su sveprisutna pojava na svim tržištima, a posebno se ističu u sektoru zdravstva tijekom pandemije nove bolesti COVID-19 uzročnika koronavirusa. Naime, cjepivo kao medicinski preparat, kojim zdravstvo nastoji proaktivno djelovati u borbi s bolestima koje uzrokuju različiti virusi, u ovom primjeru koronavirus, svaki će pacijent ponajprije sagledati s aspekta dobrobiti koje ono donosi na osobno zdravlje i preventivu, no međutim cijepljenjem bilo svjesno ili nesvjesno utječe na svoju okolinu štiteći od zaraze svoju obitelj i osobe s kojima stupa u kontakt. Protekom određenog vremena i dobrom procijepljenošću društva postiže se kolektivni imunitet što predstavlja pozitivnu eksternaliju s gledišta iskorjenja bolesti i anuliranja rizika obolijevanja na minimalnu razinu za najranjivije skupine te one osobe koje iz opravdanih razloga ili zdravstvenog stanja nisu bile u mogućnosti primiti cjepivo. S druge strane, kao primjer negativne eksternalije sa zdravstvenog gledišta jest pušenje cigareta, jer osim što se učestalom upotrebom ovakvih i sličnih proizvoda kod pojedinaca povećava mogućnost obolijevanja od raka i drugih težih oblika bolesti, čime se ujedno stvara i veći financijski teret zdravstvenom sustavu kojeg društvo kolektivno podmiruje, dimom koji cigareta ispušta osoba zagađuje zrak u svojoj okolini u kojoj borave i druge osobe čime se i kod njih povećava rizik obolijevanja od različitih vrsta bolesti. Kako bi nadomjestile uvećane potrebe za financijskim sredstvima koja su potrebna sustavu zdravstva u liječenju bolesti nastalih spomenutim ponašanjem pojedinaca, države mogu uvesti trošarine na cigarete čime će se ujedno i utjecati na svijest pušača o štetnosti cigareta na osobno, ali i zdravlje osoba u okruženju.

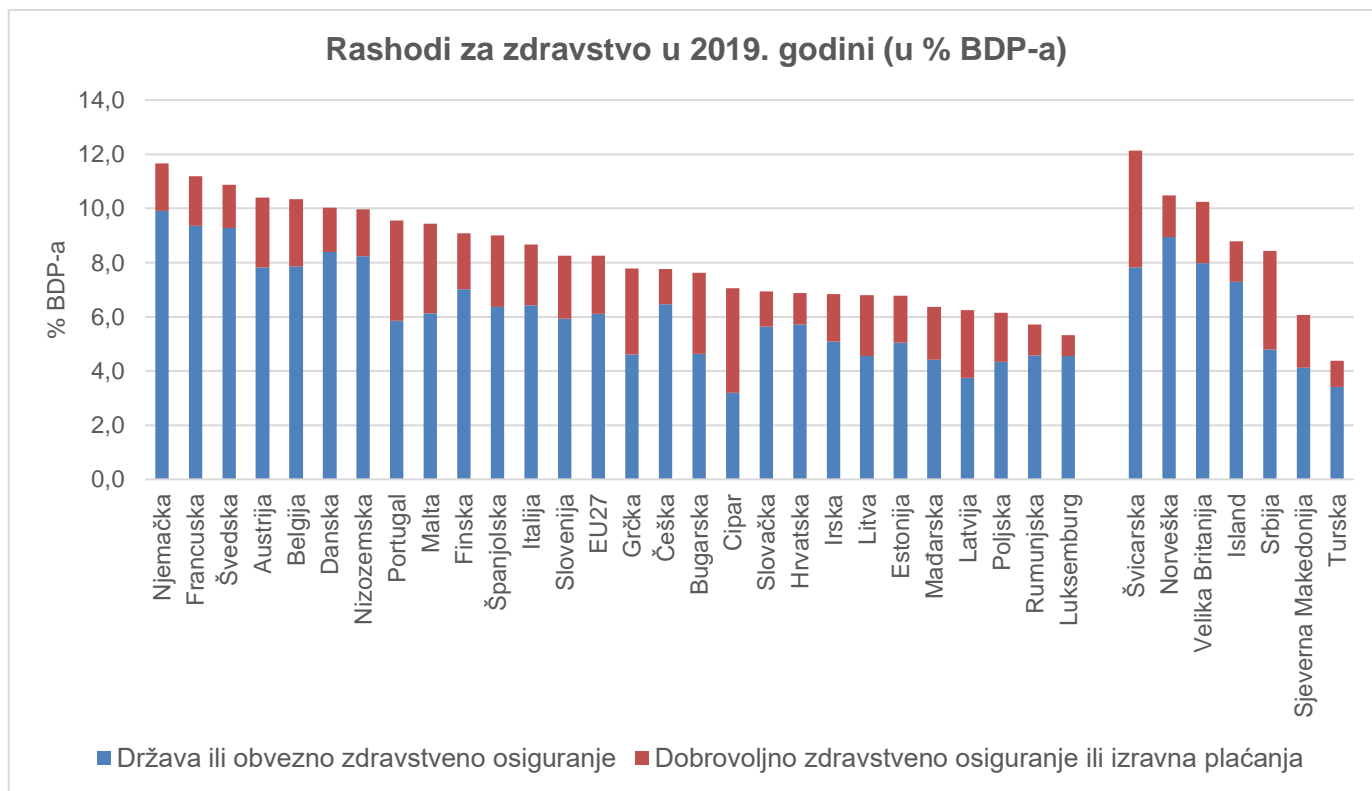
Slijedom navedenih problema nepovoljne selekcije, asimetrije informacija i moralnog hazarda te eksternalija, uplitanje države je često jedini način usmjeravanja zdravstva pravom i organiziranom sustavu, koji će svojom efikasnošću i pravednom ophođenju prema svakom

članu društva osigurati adekvatnu zdravstvenu zaštitu i doprinijeti povećanju kvalitete života i životnog standarda cjelokupnog društva.

2.3. Modeli financiranja zdravstva u svijetu

Sagledavajući sustavno uređenje i udio participiranja države u zdravstveni sektor države se, iako postoji nekoliko osnovnih modela financiranja zdravstva, po toj osnovi uvelike mogu razlikovati. Državni rashodi po osnovi financiranja zdravstva predstavljaju i svojevrsni indikator stupnja gospodarskog rasta i razvoja, dok istovremeno i reflektiraju sliku zdravstvenog sustava, njegove kvalitete te nivoa razvijenosti. Osim spomenutog, bitno je i naglasiti važnost racionalnog i učinkovitog upravljanja financijskim sredstvima pri čemu visok stupanj efikasnosti može dovesti do ostvarivanja željenih ishoda kroz različite preventivne programe i programe ranog otkrivanja bolesti, povećanja stope izlječenja te smanjenja stope smrtnosti. S ciljem što bolje pokrivenosti troškova zdravstva i osiguravanja njegovog normalnog funkcioniranja, osim obveznog zdravstvenog osiguranja pokrivenog državnim proračunom, u različitim državama u različitim je omjerima prisutno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje i osobna potrošnja koja podrazumijeva pojedinačno plaćanje korištenih zdravstvenih usluga.

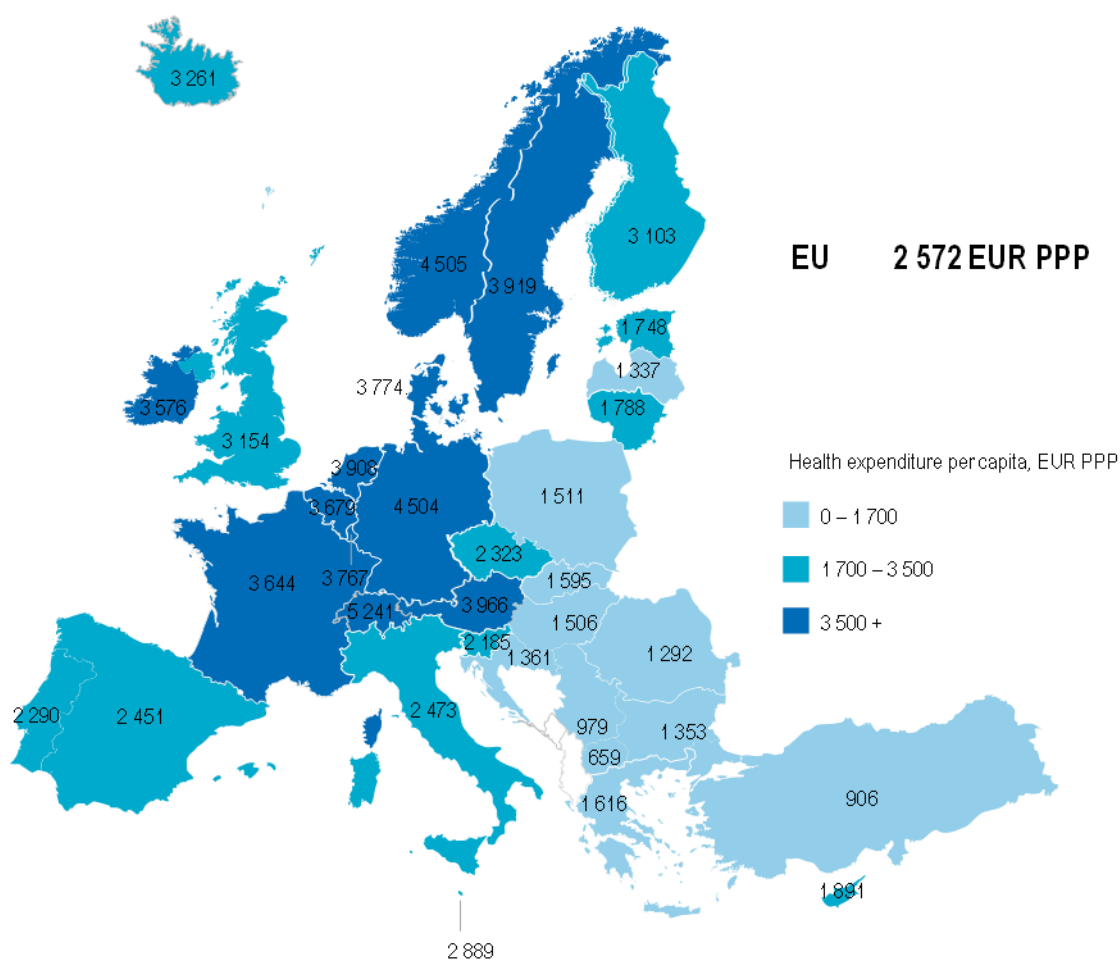
Swartz (2010) (kao što Bobinac (2017) citira) objašnjava kako se participiranje pacijenata za korištenje zdravstvenih usluga može negativno odraziti na pristup uslugama i ishode u liječenju kod siromašnijih građana. Kao posljedica uočenog problema siromašnji se građani manjih primanja mogu naći u neravnopravnom položaju usporedno s bogatijim građanima kada je riječ o korištenju usluga zdravstva. Prema podacima Državnog zavoda za statistiku Republike Hrvatske [DZS] (2020) stopa rizika od siromaštva u 2019. godini iznosila je 18,3% te je prema privremenim podacima ostala ista i u 2020. godini, što u usporedbi s ostalim država članicama Europske unije Hrvatsku uz Rumunjsku (23,8%), Latviju (22,9%), Bugarsku (22,6%), Estoniju (21,7%), Španjolsku (20,7%) i Litvu (20,6%) svrstava u grupu zemalja s najvišom razinom siromaštva. Bobinac (2017) uspoređujući stanje razine siromaštva različitih zemalja Europske unije dolazi do zaključka kako je „iz perspektive očuvanja jednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama – nepoželjno povećati količinu novca namijenjenu financiranju zdravstva prikupljanjem putem dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja“ te napominje „ako se želi povisiti izdvajanje za zdravstvo, iz perspektive očuvanja jednakosti u pristupu, povećanje izdvajanja za zdravstvo bilo bi poželjno financirati povećanjem općih poreza ili doprinosa za zdravstvo, ili pronaći načine za povećanje učinkovitosti u sustavu i tako stvoriti višak“.



Grafički prikaz 1 Rashodi za zdravstvo u 2019. godini (u % BDP-a) (Izrada autorice prema: OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle)

Na *Grafičkom prikazu 1* iskazani su iznosi sredstava utrošenih na zdravstvo kao postotni udjeli u bruto domaćem proizvodu (BDP-u)¹ u 2019. godini, pri čemu je istodobno ilustrirana i struktura izdataka za zdravstvo kroz dva osnovna načina financiranja – obvezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje, odnosno izravna plaćanja. Zemlje Europske unije su u prosjeku na zdravstvo usmjerile 8,3% bruto domaćeg proizvoda. Prema publikaciji OECD-a (2020) četvrtina svih država članica Europske unije, u 2019. godini, izdvojila je najmanje 10% svog BDP-a za zdravstvo. Na temelju dostupnih podataka najveći udio izdvajaju Njemačka (11,7%) i Francuska (11,2%), a najmanji Latvija (6,3%), Poljska (6,2%), Rumunjska (5,7%) i Luksemburg (5,4%). Republika Hrvatska (6,9%) spada u grupu država članica koje izdvajaju mali udio sredstava na zdravstvo, a također se ističe i po strukturi izvora financiranja pri čemu se zdravstvene usluge najvećim dijelom financiraju iz obveznog zdravstvenog osiguranja, dok se mali dio financira putem sustava dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili izravnih plaćanja.

¹ Bruto domaći proizvod (BDP) ukupna je novčana ili tržišna vrijednost svih gotovih proizvoda i usluga proizvedenih unutar granica neke zemlje u određenom vremenskom razdoblju. (Fernando, 2021)



Slika 1 Izdaci za zdravstvo po stanovniku u 2019. (ili najbliža godina) (OECD/European Union (2020), *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*)

Izdatke za zdravstvo, osim omjera zdravstvene potrošnje u ukupnom BDP-u, potrebno je sagledati s aspekta razina zdravstvene potrošnje po stanovniku. Naime, nivo zdravstvene potrošnje po stanovniku povezan je s nizom demografskih, ekonomskih i društvenih čimbenika te se sukladno tome razine potrošnje zdravstva u različitim zemljama mogu znatno razlikovati. Kako OECD (2020) navodi postoji korelacija između dohotka i potrošnje na zdravstvo što podupire činjenica kako su zemlje s višim dohotkom postigle i veći stupanj zdravstvene potrošnje. Prema podacima sa *Slike 1* vidljivo je kako Njemačka, Austrija, Švedska i Nizozemska na zdravstvo troše više od europskog prosjeka, a najveći je europski potrošač na zdravstvo u 2019. godini bila Švicarska s visokih 5 241 eura po stanovniku. Hrvatska se, zajedno s Rumunjskom, Bugarskom i Latvijom svrstala u skupinu zemalja s najmanjom potrošnjom na zdravstvo po stanovniku. Zemlje u kojima stanovništvo ostvaruje veće razine dohotka, u većini slučajeva, postižu i više razine zdravstvene potrošnje, no valja primijetiti kako

određene zemlje s relativno visokim izdacima po glavi stanovnika bilježe mali omjer zdravstvene potrošnje u ukupnom BDP-u. Kao primjer mogu se analizirati Hrvatska i Irska. Dok su obje promatrane zemlje ostvarile gotovo jednak udio zdravstvene potrošnje u svom BDP-u, Irska je istovremeno ostvarila znatno veću potrošnju po glavi stanovnika nego što je to imala Hrvatska, a uočena činjenica, na prvi pogled paradoks, pronalazi logičnost u dohotku, koji je u Irskoj znatno veći nego što to ostvaruje stanovništvo Hrvatske. Na *Grafičkom prikazu 1* jasno je vidljiva struktura rashoda za zdravstvo prema načinu financiranja te se temeljem podataka može zaključiti kako se u Republici Hrvatskoj najveći dio izdataka za zdravstvo podmiruje iz javnih izvora temeljem koncepta obveznog zdravstvenog osiguranja, dok se u Irskoj nešto veći udio financira temeljem dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

Naposljetku, pri interpretaciji ovih grafičkih iskazanih podataka, a istaknuto od strane OECD-a (2020), valja obratiti pozornost na Luksemburg. Ova zemlja klasičan je primjer gdje relativno visoke izdatke za zdravstvo po glavi stanovnika, veće od prosjeka Europske unije, prati najmanji udio zdravstvene potrošnje u BDP-u. Kontradiktornost ovog primjera posljedica je podosta velikog bogatstva kojeg stvaraju nerezidenti² u zemlji te kao takvo nije namijenjeno domaćoj finalnoj potrošnji u Luksemburgu. S ciljem što točnijeg prikaza stvarne situacije, često se, osim omjera zdravstvene potrošnje i bruto domaćeg proizvoda u obzir uzima omjer zdravstvene potrošnje i bruto nacionalnog dohotka (BND-a)³.

2.3.1. Osnovni modeli na kojima počiva suvremeno zdravstvo

Oblici organizacije i financiranja zdravstvenog sustava poznati su i danas u praksi kao: tržišni model (zdravstvena usluga se kupuje kao i svaka druga usluga, a tržište određuje cijenu), Beveridgeov model (zdravstvo se financira iz poreza koji plaćaju svi građani), Bismarckov model (koji funkcionira kao model osiguranja na načelima solidarnosti i uzajamnosti) te mješoviti model. (Vončina, Pavić, Mastilica, 2016a, str. 158)

Tržišni model organizacije i financiranja zdravstvenog sustava primjenjuje se u Sjedinjenim Američkim Državama te kako Ridic, Gleason i Ridic (2012) objašnjavaju američki sustav zdravstvenog osiguranja nije jedinstven na nacionalnoj razini za cjelokupno stanovništvo. Privatno zdravstveno osiguranje se kao usluga pruža na privatnom tržištu, dok

² U skladu s odredbama Zakona o porezu na dobit nerezident je pravna osoba kojoj sjedište nije upisano u sudski ili drugi registar ili upisnik u Republici Hrvatskoj i kojoj je mjesto stvarne uprave i nadzor poslovanja izvan Republike Hrvatske. Nerezident je i poduzetnik fizička osoba s prebivalištem ili uobičajenim boravištem izvan Republike Hrvatske koji nema u Republici Hrvatskoj upisanu djelatnost u registar ili upisnik. (Ministarstvo financija, Porezna uprava, bez dat.)

³ Bruto nacionalni dohodak (BND) je ukupan iznos novca koji su zaradili ljudi i poslovni subjekti u državi. Koristi se za mjerenje i praćenje bogatstva nacije iz godine u godinu. Broj uključuje nacionalni bruto domaći proizvod plus prihod koji se ostvaruje iz inozemnih izvora. (Investopedia, 2021)

se jedan manji dio stanovništva pokriva programom financiranim od strane vlade. Ovakvim načinom organizacije zdravstvena se zaštita u tržišno orijentiranom sustavu zdravstva ne može smatrati javnim već privatnim dobrom.

Usporedi li se sa zdravstvenim sustavima mnogih razvijenih zemalja, zdravstveni sustav SAD-a vrlo je fragmentiran i uglavnom tržišno upravljani, uz minimalne državne intervencije. Financiranje se zasniva na sustavu višestrukih platiša, pri čemu se najveći dio stanovništva oslanja na svoje poslodavce koji im pružaju privatno grupno zdravstveno osiguranje, dok oni koji imaju 65 i više godina koriste zdravstveno osiguranje koje financira federalna vlada (Medicare). (Radin, 2010)

Polovina i Medić (2002) američki sustav definiraju kao sustav nadzirane konkurencije u kojem, najjednostavnije rečeno, troškove zaposlenih pokrivaju poslodavci, a nezaposlenih država. Ridic, Gleason i Ridic (2012) nadodaju kako pri ovakvom načinu zdravstvenog osiguranja poslodavci mogu dobrovoljno sponzorirati planove zdravstvenog osiguranja, a katkad umjesto da kupuju uslugu nuđenu od vanjskog osiguravatelja, mogu u dogovoru sa zaposlenikom sklopiti interni plan zdravstvenog osiguranja. Prema Rosenu i Guyeru (2010) ovakvim konceptom vjerojatnost za napuštanjem radnih mjesta se uvelike smanjuje jer radnici svjesni činjenice da će napuštanjem posla izgubiti i zdravstveno osiguranje manje se odlučuju za takve solucije. Vončina i sur. (2016a) navode kako američki model financiranja zdravstva pronalazi temelje u zakonima kapitalističkog društvenog uređenja kod kojeg je socijalni aspekt gotovo zanemaren. Tržišni model organizacije zdravstvenog sustava u velikoj se mjeri razlikuje od europskog funkcioniranja zdravstva, a pružanje zdravstvenih usluga se naplaćuje te financijski teret u potpunosti snosi sam potrošač usluge, odnosno pacijent. Participacija države u američkom sustavu zdravstva ogleda se kroz dva osnovna programa javnog zdravstvenog osiguranja – Medicare, koji je namijenjen osobama starijim od 65 godina i Medicaid, program koji kako Vončina i sur. (2016a) navode podrazumijeva zdravstvenu zaštitu za socijalno ugroženo stanovništvo, a Tikkanen i sur. (2020) ističu kako danas ovaj program pokriva 17,9% američkog stanovništva u koji spadaju obitelji s niskim prihodima i slijepe te ostale osobe s nekom vrstom invaliditeta. Irvine, Clarke i Bidgood (2013) navode još jedan program nazvan TRICARE kojim upravlja Ministarstvo obrane SAD-a. Ovim se civilnim programom osigurava zdravstvena zaštita vojnom osoblju i njihovoj užoj obitelji. Vrlo sličan program TRICARE-u jest i Zdravstvena uprava za veterane pod nadležnošću Odjela za veteranske poslove SAD-a, a omogućava zdravstvenu zaštitu umirovljenim vojnicima i njihovoj užoj obitelji. Osim spomenutih, tu su još Zdravstvena služba namijenjena zdravstvenoj skrbi Indijanaca (Indian Health Service) te Program dječjeg zdravstvenog osiguranja (Children's Health Insurance Program) osnovan 1997. godine, a kojim se kako ističu Tikkanen i sur. (2020) nastoje ublažiti financijski izdaci obiteljima koja se zbog viših primanja ne mogu svrstati u Medicaid program,

a kojima bi izdaci za privatno osiguranje djeteta znatno otežali osobni proračun. Naposljetku valja spomenuti kako ovako tržišno organiziran sustav s vrlo niskom razinom socijalne empatije rezultira i velikim dijelom stanovništva nepokrivenog bilo kojim oblikom zdravstvenog osiguranja. Za navedeni dio društva omogućena je zdravstvena skrb putem javnih bolnica i državnim te lokalnim zdravstvenim programima. Stope učestalosti posjeta liječniku i obavljanja određenih pregleda dosta su niske za spomenut dio društva u čemu Irvine, Clarke i Bidgood (2013) vide značajan problem jer jednom kad nastupi bolest i uznapreduje u ozbiljniju fazu, liječenje predstavlja sve veći financijski teret, a šanse za izlječenje sve su manje. Isto tako, diskutirajući o američkom sustavu zdravstva neizostavno je spomenuti i Zakon o pristupačnoj skrbi (Affordable Care Act (ACA)) poznatiji kao „Obamacare“.

Zakon o zaštiti pacijenta i pristupačnoj skrbi (ACA) ima 3 glavna cilja: (1) reformirati tržište privatnog osiguranja – posebno za pojedince i kupce malih skupina, (2) proširiti Medicaid na siromašne koji rade s prihodom do 133% savezne razine siromaštva i (3) promijeniti način donošenja medicinskih odluka. (Silvers, 2013)

Kao mogući problem iniciran spomenutim Zakonom jest mjera kojom se udio osoba pokrivenih Medicaid programom povećava čime se otvara pitanje financijske održivosti, ali i održivosti iste razine kvalitete zdravstvene usluge.

Velika Britanija primjer je države čiji zdravstveni sustav počiva na temeljima Beveridgeovog modela organizacije. Primjenom ovog koncepta, ubiranjem poreza puni se državni proračun iz kojeg se dio sredstava alocira u zdravstveni sustav čiji je nositelj National health service (NHS). „Tu pripadaju izravni porezi koje plaćaju pojedinci i tvrtke te neizravni porezi od prodaje roba i usluga.“ (Kovač, 2013)

Osnovne su osobine ovog modela: financiranje iz državnog proračuna, potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom, slobodan pristup zdravstvenim uslugama, javno pružanje usluga i javna kontrola. Dominantno je državno vlasništvo nad zdravstvenom infrastrukturom. Država preuzima ulogu vođenja i upravljanja, organizira odgovarajuću mrežu zdravstvenih kapaciteta i propisuje aktivnosti i zadatke nacionalnoj zdravstvenoj službi (National Health Service). (Stišević, 2017, str. 4)

U ovom liberalnom modelu svaki član društva neovisno o radnom odnosu i visini dohotka ima jednak pristup zdravstvenim uslugama, a kako Stišević (2017) navodi državljanstvo je odlučujuć parametar u stjecanju prava i njihovoj ograničenosti. Osim Velike Britanije, Kovač (2013) ističe kako je ovakav način koordinacije zdravstva prisutan i u Kanadi, ali isto tako i u još nekim europskim zemljama poput Irske, Grčke, Italije i Španjolske te zemalja sjeverne Europe – Danske, Švedske i Finske.

Vašiček i sur. (2016) naglašavaju kako se osnovna prednost ovog modela ogleda u pravednosti, ali i u olakšanom gospodarenju financijama zdravstva iz razloga što su prikupljena sredstva centralizirana u državnom proračunu iz kojeg se sukladno provođenju određene politike neke zemlje izdvajaju sredstva u fond zdravstva. Međutim, upravo u tome ističe se i nedostatak jer, kako isti autori pojašnjavaju, iznos sredstava namijenjen zdravstvu može biti, ovisno o političkim odlukama, premalen te samim time i nedostatan za sve potrebe zdravstva.

Bismarckov model organizacije zdravstva podrazumijeva obvezno zdravstveno osiguranje te kako Kovač (2013) ističe temelji se na „načelima solidarnosti i uzajamnosti“ dok se „financira iz fonda za zdravstveno osiguranje koji novac dobiva od posebnog poreza koji plaća radno aktivno stanovništvo (zaposleni, samozaposleni i poljoprivrednici)“. Bismarckov model čest je način sistematizacije zdravstvenog sistema, a prisutan je u Njemačkoj, Francuskoj, Belgiji, Austriji i Švicarskoj te Hrvatskoj čiji će se sustav zdravstva detaljnije razraditi u narednim poglavljima ovog rada.

Prednost opisanog modela funkcioniranja sustava zdravstva očituje se u pravednosti koja se postiže ubiranjem doprinosa za zdravstveno osiguranje putem plaća, odnosno prema mogućnostima pojedinaca. Međutim, ova se prednost može smatrati i nedostatkom jer se ubire prema visini dohotka, a ne uzima se u obzir rizik obolijevanja od određenih bolesti čije liječenje može predstavljati financijski izdašan teret zdravstvu. Osim navedenog, potencijalni problemi ovog modela mogu se javiti u slučaju većih ekonomskih kriza kada su uslijed kolapsa gospodarstva mnogi poslodavci primorani otpustiti svoje zaposlenike te se samim time i fond od doprinosa za zdravstveno osiguranje smanjuje.

3. Zdravstveni sustav Republike Hrvatske

Republika Hrvatska je sukladno članku I. Ustava nedjeljiva, demokratska i socijalna država. Također, prema Ustavu svakom se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom (čl. 59., NN 56/90 (NN 05/14)). Danas se hrvatski zdravstveni sustav temelji na brojnoj zakonskoj regulativi, a Šogorić (2016a) ističe tri glavna zakona: Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdravstvenom osiguranju te Zakon o pravima pacijenta.

Vrijednosti na kojima počiva zdravstveni sustav Republike Hrvatske su: ravnopravnost u pristupu sredstvima za održavanje ili poboljšavanje zdravlja, pravednost u raspodjeli tih sredstava i solidarnost među socijalnim skupinama i generacijama. (Šogorić, 2016a, str. 72)

Uzimajući u obzir koncept uređenja Republike Hrvatske kao socijalne države, zdravstveni sustav nastoji težiti realizaciji koncepta sveobuhvatnosti, kontinuiranosti i dostupnosti. Kako Šogorić (2016a) naglašava sveobuhvatnost podrazumijeva uključenost cjelokupnog stanovništva u uspješno te sukladno zakonu provođenje mjera zdravstvene zaštite, dok kontinuiranost implicira pružanje zdravstvene zaštite u svim životnim fazama čovjeka, a pod dostupnosti pak se smatra uspostavljanje široke mreže zdravstvenih ustanova kako bi se svakom članu društva omogućio jednostavan pristup svim potrebnim uslugama zdravstva.

Pred zdravstvenim sustavom velika su očekivanja, a osim osiguranja adekvatne zdravstvene zaštite svakom pojedincu, zdravstvenom se politikom nastoji omogućiti kvalitetniji svakodnevni život pojedinca te promicati očuvanje zdravlja s aspekta zdravog načina prehrane i redovite tjelesne aktivnosti, a korisnim preventivnim programima namijenjenim različitim dobnim skupinama proaktivno djelovati u sprječavanju raznih bolesti čime će se nesumnjivo doprinijeti povećanju kvalitete života stanovnika Republike Hrvatske.

3.1. Povijest hrvatskog sustava zdravstva

Povijesno gledano hrvatskim su se prostorom izmjenjivali brojni narodi ostavljajući za sobom različite kulturološke elemente i običaje. U korak s razvojem ovog prostora, zdravstveni se sustav polako razvijao, prolazeći kroz razne ideje, inačice i reforme, a svoje osnovne temelje, na kojima i danas počiva pronalazi u Bismarckovom modelu organizacije. Model je, kako Jureša, Musil i Majer (2016a) navode, nastao 1883. godine u vrijeme vladavine Otta von Bismarcka te je tada dotad dobrovoljno osiguranje postalo obvezno. No, valja istaknuti kako hrvatski sustav zdravstva ne počiva samo na jednom jedinstvenom modelu, već se uz spomenuti model isprepliću poneki elementi još jednog široko zastupljenog modela

organizacije zdravstva u europskim zemljama. Riječ je o Beveridgeovom modelu, a kako Kovač (2013) navodi model je nastao 1948. godine, nakon završetka Drugog svjetskog rata, u Velikoj Britaniji.

„Već za vrijeme Austrougarske u Hrvatskoj je 1881. godine uvedeno obvezno zdravstveno osiguranje za radnike u pojedinim poduzećima, a ostali su se mogli dobrovoljno osigurati.“ (Jureša i sur., 2016a, str.166) Pravi put sistematiziranom i organiziranom sustavu hrvatsko je zdravstvo pronašlo tijekom dvadesetih godina prošlog stoljeća kada je 1922. godine bio osnovan Središnji ured za osiguranje radnika u Zagrebu.

Središnji ured za osiguranje radnika u Zagrebu bio je nositelj socijalnog osiguranja za čitavu tadašnju državu (Kraljevinu Srba, Hrvata i Slovenaca, kasnije Kraljevinu Jugoslaviju) u razdoblju od 1922. godine do 1941. godine. (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO], bez dat.)

U to je vrijeme Andrija Štampar, istaknuti hrvatski liječnik, osnovao zdravstvenu službu u Jugoslaviji s čak 250 higijenskih ustanova.

Svojim je programom nastojao ostvariti da liječnik postane socijalni radnik i narodni učitelj, ekonomski neovisan o pacijentu, jednako dostupan svim slojevima pučanstva te je ojačao preventivnu medicinu nasuprot kurativnoj. (Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar, bez dat.)

Od šezdesetih do devedesetih godina prošloga stoljeća zdravstveni sustav i zdravstveno osiguranje imali su sljedeća obilježja: temeljili su se samoupravnim principima, bili su planski, netržišni, središte zdravstvenog sustava bile su zdravstvene ustanove i prava su bila veća od materijalnih mogućnosti. Takav zdravstveni sustav mogli bismo opisati riječima „Zdravlje za koje je zaslužno društvo“. (Jureša i sur., 2016a, str. 166)

Nakon ovako opisanog sustava, krajem 1990. godine, dolazi do značajnijih promjena te se osnovne smjernice koordinacije zdravstva pronalaze, prema Jureši i sur. (2016a), u globalnim ekonomskim zakonima.

Reforma zdravstva u Hrvatskoj je započela 1991. donošenjem novog Zakona o zdravstvenoj zaštiti kojim su otvorena vrata privatizaciji primarne i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite te se pacijentima zajamčilo pravo na izbor osobnog liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. (Roganović, 2018)

Pozitivna strana preobražaja ovog sustava bila je i mogućnost ponude zdravstvenih usluga od strane različitih pružatelja bilo individualnih subjekata ili institucija te neovisno o vlasničkom statusu pa se zahvaljujući tome sve više razvija i privatni sektor. „Time se nastojalo povećati dostupnost zdravstvene zaštite na primarnoj razini, ali i povećati konkurentnost

pruženih usluga po kvaliteti i opsegu.“ (Roganović, 2018) Unatoč navedenom, zdravstveni sustav nije uspio dostići željenu razinu stabilnosti i organizacije te rasterećenja sekundarne razine zdravstvene zaštite. Ova činjenica ne čudi, sagleda li se sa stajališta tranzicijskog procesa gdje se mijenja i politički i gospodarski koncept, a u kojem se našla i Hrvatska.

Bivše socijalističke zemlje imale su velika izdvajanja za zdravstvo i, s obzirom na razinu gospodarske razvijenosti, razmjerno velika dostignuća i prava iz zdravstvenog osiguranja. Vrlo se malo pazilo na troškove i moguće uštede. Postojao je znatan višak zdravstvenih kapaciteta i osoblja, prosječan boravak pacijenata u bolnicama bio je osjetno duži nego u industrijskim zemljama (djelomično i stoga što je financiranje bolnica ovisilo o ukupnom broju dana boravka pacijenata u bolnicama). (Bejaković, 2007.)

Tijekom tranzicije javni se rashodi za zdravstvo smanjuju usporedo s liberalizacijom tržišta privatnih zdravstvenih usluga i osiguranja što dodatno pojačava pritisak na rješavanje problema dostupnosti zdravstvenih usluga. U tranzicijskim zemljama još uvijek je većina zdravstvenih ustanova javna i monopolistička. Stvarna cijena usluge premašuje proračunski limit, što se ogleda ili u smanjenju broja pacijenata ili u smanjenju razine usluge. (Budak, Rajh, 2014, str. 253)

Ovime se, kako Ensor (2004) naglašava, javlja prostor problemu neformalnog plaćanja od strane pacijenata čime se dodatno narušava jednakost i dostupnost zdravstvene zaštite svima.

Empirijske studije provedene koncem 1990-ih i ranih 2000-tih u zemljama bliskima Hrvatskoj ukazuju da su neformalna plaćanja pacijenata značajno prisutna u sustavima zdravstvene zaštite tranzicijskih zemalja i zemalja regije. (Budak, Rajh, 2014, str. 254)

Razne vrste poklona ili tzv. financijske nagrade liječnicima kao oblik neformalnog plaćanja pacijenata iz vlastitog džepa često su sredstvo postizanja više razine kvalitete zdravstvene usluge ili pak termina medicinskog pregleda ili zahvata ranijeg od uobičajenog. Spomenuta činjenica predstavlja ozbiljan problem zdravstvenog sustava i pridonosi dubljem raslojavanju te poticanju nejednakosti među pacijentima slabijeg imovinskog statusa u odnosu na imućnije.

3.2. Ustrojstvo hrvatskog zdravstvenog sustava

Zdravstveni sustav, prema navodima Štimca, Džakule i Rodina (2016), kao osnovna sastavnica javne politike zemlje, vrlo je složen mehanizam koji uvelike ovisi o društveno – političkom sustavu te socioekonomskom statusu zemlje. Sustav zdravstvene zaštite Republike Hrvatske podijeljen je u tri razine – primarna, sekundarna i tercijarna razina. Stoga, s ciljem

rezimiranja cjelokupnog ustroja hrvatskog zdravstvenog sustava, kroz nekoliko narednih potpoglavlja dati će se detaljan prikaz svih njegovih sastavnica.

3.2.1. Primarna zdravstvena zaštita

Primarna razina zdravstvene zaštite podrazumijeva pružanje osnovne zdravstvene zaštite i skrbi pacijentu. Kako Šimović i Deskar-Škrbić (2019b) navode, medicinsko je osoblje pruža pacijentima „u zdravstvenim ustanovama bez obzira na vlasništvo i organizaciju od strane države.“

Kroz primarnu zdravstvenu zaštitu ostvaruje se prvi kontakt pojedinca s nacionalnim zdravstvenim sustavom, iz nje se, prema medicinskim indikacijama, upućuje bolesnike u specijalističko-konzilijarnu i stacionarnu zdravstvenu zaštitu. (Rašić Bakarić, 2014, str. 144)

Stoga je potrebno, kako Štimac, Džakula i Rodin (2016) ističu, ostvariti pružanje opsežne zdravstvene skrbi, kojom bi se podmirio što veći dio potreba pacijenata, a sve sa svrhom rasterećenja financijski zahtjevnije sekundarne razine zdravstvene zaštite. Devedesetih godina 20. stoljeća u mnogim je zemljama, uključujući i Hrvatsku, započeo proces tranzicije koji je zahvatio i sustav zdravstva. Primarna razina zdravstvene zaštite bila je prvi dio sustava zdravstva koji se počeo privatizirati. „Do 1997. godine dom zdravlja kao državna ustanova organizirao je i provodio primarnu zdravstvenu zaštitu putem različitih djelatnosti za područje lokalne zajednice za koje je bio osnovan.“ (Katić i sur., 2009) Do tog vremena u primjeni je bio Štamparov model, a Rašić Bakarić (2014) navodi kako je spomenut model nazvan prema profesoru Andriji Štamparu koji je pridonio osnivanju domova zdravlja kao prvog institucionalnog koncepta primarne zdravstvene zaštite. Udaljavanjem od Štamparovog modela koncepcije doma zdravlja zdravstvena zaštita postala je teže dostupna, a kao još jednu posljedicu Rašić Bakarić (2014) ističe nedovoljno, odnosno nepotpuno spoznavanje potreba lokalnog stanovništva, a što je dovelo i do oslabljenja uloge primarne zdravstvene zaštite.

Danas zdravstvena skrb na primarnoj razini obuhvaća mnogo različitih djelatnosti domene zdravstva čime predstavlja podosta heterogenu sastavnicu hrvatskog zdravstvenog sustava.

Kako Jureša, Musil i Majer (2016b) navode neki od osnovnih zadataka i djelatnosti obuhvaćenih primarnom razinom su: hitna medicina, palijativna skrb, medicina rada, liječenje i poduzimanje preventivnih aktivnosti sprečavanja bolesti dentalnog zdravlja, praćenje zdravstvenog stanja stanovnika, provođenje različitih programa sprječavanja i otkrivanja bolesti, liječenje i rehabilitacija pacijenata, zdravstvena skrb osoba s invaliditetom, higijensko-epidemiološka zaštita, patronažna skrb, sanitetski prijevoz, izrada lijekova te racionalno snabdijevanje lijekovima i ostalim medicinskim preparatima i proizvodima te sve više prisutna,

a posebice u nepovoljnim epidemiološkim uvjetima pandemije koronavirusa, telemedicina kao oblik pružanja zdravstvene usluge pacijentu na daljinu zahvaljujući napretku tehnologije, koja koherentnim suodnosom s medicinom danas znatno olakšava rad u zdravstvu te doprinosi povećanju ekonomičnosti cjelokupnog sustava. Prema Strateškom planu Ministarstva zdravstva za razdoblje 2020.-2022. potrebno je razvijati telemedicinske usluge u područjima radiologije, neurokirurgije, kirurgije i neurologije na sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Ovakvim se pristupom omogućava prijenos slikovnog materijala kao što su računalna radiografija (CR), magnetske rezonancije (MRI), računalna tomografija (CT),... ali i ostalih nalaza pacijenata i rasterećuje se sustav zdravstva s financijskog aspekta eliminirajući ponavljanje istih medicinskih pretraga u malom vremenskom razdoblju, ali isto tako se i omogućava dobra komunikacija među zdravstvenim ustanovama čime se onima koje nisu specijalizirane za određenu djelatnost omogućava uvid u specijalističke nalaze pacijenata s ciljem što boljeg dijagnosticiranja njihovog zdravstvenog stanja, a što može biti presudan faktor kod hitnih zdravstvenih stanja.

Ustanove na primarnoj razini su: dom zdravlja, vojnozdravstveno središte Ministarstva obrane oružanih snaga Republike Hrvatske, županijski zavod za hitnu medicinu, ustanova za zdravstvenu skrb, ustanova za zdravstvenu njegu i ustanova za palijativnu skrb. (Jureša, Musil, Majer, 2016b, str. 84) Navedene ustanove su, kako Zrinščak (2007) navodi, u vlasništvu županija, iako postoje slučajevi da u sastavu doma zdravlja djeluju liječnici privatnici koji koriste ordinaciju u zakupu.

Dom zdravlja je zdravstvena ustanova za pružanje zdravstvene zaštite stanovništvu određenog područja u sklopu zdravstvene djelatnosti na primarnoj razini. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18 (NN 147/20)) S obzirom na njegovu temeljnu ulogu u pružanju zdravstvene zaštite na primarnoj razini, potrebno je sukladno spomenutom Zakonu, osigurati najmanje jednu takvu ustanovu na području jedinice lokalne (regionalne) samouprave, odnosno najmanje tri na području Grada Zagreba gdje je potreba za ovim oblikom zdravstvene skrbi veća kao posljedica veće koncentracije broja stanovnika koje broji spomenuto područje. Njegova se ključna uloga, kao ustanove od osobite važnosti na prvoj crti pružanja zdravstvene zaštite, očituje u djelatnostima od krucijalne važnosti za cjelokupni zdravstveni sustav.

Dom zdravlja pruža zdravstvenu zaštitu obavljanjem djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalne tehnike, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada / medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, sanitetskog prijevoza, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege te palijativne skrbi, kao i

obavljanjem specijalističko-konzilijarne djelatnosti. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18 (NN 147/20))

U ingerenciji doma zdravlja jest i ustroj dispanzerske djelatnosti ukoliko potrebe stanovnika to zahtijevaju. Jureša, Musil i Majer (2016b) objašnjavaju kako se u sklopu dispanzerske djelatnosti ostvaruje prevencija, liječenje i socijalnomedicinska skrb te skrb o specifičnim potrebama. Isto tako ističu kako dom zdravlja ima ovlast uspostaviti radne jedinice namijenjene obavljanju određenih specijalističkih djelatnosti ako zdravstveno stanje stanovništva održava potrebu za time. U jeku pandemije koronavirusa i nedostatka bolničkog smještaja, uspostavom medicinskih radnih jedinica u različitim prostorijama poput sportskih i koncertnih dvorana te studentskih domova povećan je kapacitet bolničkog smještaja čime se povećala i djelotvornost hrvatskog zdravstvenog sustava s aspekta povećanja opsega u pružanju zdravstvene zaštite čime se istovremeno obuhvatio velik broj oboljelih kojima se promptno pružala adekvatna medicinska skrb u borbi s novom, još nepoznatom, bolešću.

Vojno zdravstveno središte Ministarstva obrane i Oružanih snaga Republike Hrvatske ima status vojne zdravstvene ustanove i pruža zdravstvenu zaštitu djelatnicima Ministarstva obrane i pripadnicima Oružanih snaga Republike Hrvatske. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18 (NN 147/20)) Ova sastavnica zdravstva obuhvaća djelatnost „obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, specifične zdravstvene zaštite, higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite, specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite i ljekarničku djelatnost“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18 (NN 147/20))

Ustanova za zdravstvenu skrb predstavlja jedinicu u kojoj se pacijentima pruža cjelokupna zdravstvena zaštita pokrivena unutar primarne razine zdravstvene djelatnosti, dok ustanove za zdravstvenu njegu pružaju potrebnu medicinsku njegu, a u skladu s preporukama doktora medicine. Za oboljele pacijente od težih oblika bolesti i one koji su ih preboljeli ili pak osobe koje su preživjele određene nezgode unutar ustanova zdravstvene njege omogućava im se rehabilitacija sa svrhom poboljšanja njihova zdravlja i podizanja razine fizičke aktivnosti kako bi im se, u što većoj mjeri, omogućio povratak u svakodnevni život. Ustanove palijativne skrbi namijenjene su umirućim bolesnicima težih oblika bolesti čije ozdravljenje nije moguće. Ovakvim se pristupom nastoji, što je više moguće, pružiti kvalitetna skrb pacijentu, a njihovoj obitelji podrška kako bi se lakše nosili u ovakvim za njih teškim situacijama.

Krajem 2013. godine Vlada Republike Hrvatske usvojila je Strateški plan razvoja palijativne skrbi, koji predviđa organizaciju cjelovite palijativne skrbi, a koja bi se osiguravala kao sustav integriran u zdravstvo na cijelom području Republike Hrvatske i na svim razinama zdravstvene zaštite. (Lončarek, Džakula, 2016, str. 100)

Nastavno na navedeno, 2017. godine usvojen je i Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017-2020, a koji se prema Ministarstvu zdravstva (2017) nadovezuje na raniji strateški plan s ciljem uspješne realizacije sustava palijativne skrbi.

Patronažna služba kao još jedna bitna sastavnica zdravstva, a razvijena unutar primarne zdravstvene zaštite, svojom djelatnošću kako Vrabec i Šogorić (2016) objašnjavaju, omogućava zdravstvenu njegu pacijenata u njihovim kućama ili pak uobičajenim mjestima u kojima borave, rade, uče, igraju se i slično. Nadalje, kako isti autori ističu, patronažna se služba ugovara s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje djelujući kao samostalni timovi unutar organizacije Doma zdravlja bez zakonske opcije formiranja privatne prakse. Danas se primjenjuje polivalentni oblik rada gdje patronažna sestra po modelu partnerstva sudjeluje u brizi za zdravlje društva u suradnji s timovima primarne zdravstvene zaštite. Unutar ove ustrojstvene jedinice, kako Vrabec i Šogorić (2016) navode, integrirane su aktivnosti promicanja i očuvanja zdravlja kao i skup preventivnih mjera sprečavanja bolesti kao i identificiranje i pravodobno otkrivanje mogućih bolesti te briga za bolesne i nemoćne osobe.

Zavodi za hitnu medicinu na prvom su crti obrane zdravlja i života čovjeka od naglih i neočekivanih nastupa bolesti, pogoršanja već postojećih stanja bolesnika i različitih ozljeda te trovanja organizma zbog čega je hitno interveniranje medicinskih djelatnika nužno kako bi se spasila životno ugrožena osoba. „Pravodobna i učinkovita hitna medicinska skrb odlučuje o preživljenju bolesnika, trajanju liječenja, stupnju invalidnosti i trošku liječenja.“ (Grba-Bujević, Džakula, 2016) Temeljem ove činjenice može se zaključiti kako je djelatnost ove sastavnice zdravstvenog sustava najznačajniji indikator pri ocjeni kvalitete zdravstvene zaštite neke zemlje. U kritičnim stanjima životne ugroženosti čovjeka, spremnost, stručnost i brzo reagiranje najvažnije su karakteristike zdravstvenih djelatnika hitnih medicinskih službi čije aktivnosti obuhvaćaju prijevoz pacijenta u pripadajuću zdravstvenu ustanovu, ali isto tako i pružanje potrebne zdravstvene pomoći tijekom samog prijevoza s ciljem očuvanja života bolesnika. Prema Provedbenom planu Ministarstva zdravstva za razdoblje od 2021. do 2024. godine naglašava se važnost podizanja stručne osposobljenosti radnika za rad u djelatnosti hitne medicine kroz stručne tečajeve s ciljem ostvarivanja kontinuiteta u pružanju usluga visoke kvalitete, ali isto tako i sa svrhom razvoja programa cjeloživotnog obrazovanja djelatnika hitnih medicinskih službi. Grba-Bujević i Džakula (2016) ističu kako se put jasnoj viziji i strategiji razvoja i organizacije hrvatskog sustava zdravstva pronalazio desetljećima što je za posljedicu imalo neplansku i kaotičnu organizaciju ovog krucijalnog elementa zdravstva, a što se ponajprije održavalo na same pacijente u obliku neujednačene kvalitete u pružanju hitne medicinske pomoći i u izvanbolničkom i u bolničkom dijelu. Hitna medicinska služba se u vrijeme nedostatka jasne koncepcije zdravstva nosila s problemima neujednačenosti u pružanju medicinske pomoći unutar županija, a još su veće razlike bile između županija.

Također nije bilo jedinstvenog pristupa hitnom medicinskom pozivu, medicinska oprema i vozila nisu bili standardizirani, u bolnicama nije bilo učinkovite trijaže hitnog pacijenta, a nije bilo ni specijalizacije iz hitne medicine ni sustavne trajne edukacije osoblja hitne medicinske službe. (Grba-Bujević, Džakula, 2016, str. 97)

Na osnovi identificiranih problema 2009. godine u Republici Hrvatskoj pokrenuta je cjelovita nacionalna reforma zdravstva s ciljem uspostavljanja integriranih županijskih sustava te jedinstvene i sveobuhvatne nacionalne koordinacije zdravstvenim sustavom. Prema ovom konceptu uspostavljeni su i županijski zavodi za hitnu medicinu čiji je zadatak osigurati hitno medicinsko zbrinjavanje bolesnih u djelokrugu županije koju pokrivaju. Polazeći od koncepta države blagostanja i činjenice kako je Republika Hrvatska prema Ustavu određena kao socijalna država potrebno je osigurati jednakost svih građana u pogledu jednake mogućnosti pristupa potrebnoj zdravstvenoj zaštiti. Prema Provedbenom programu Ministarstva zdravstva 2021. do 2024. godine planira se edukacija članova Hrvatske gorske službe spašavanja kroz tečajeve pružanja hitne medicinske pomoći u ruralnim i teško dostupnim područjima. Također, za stanovnike otoka i teško pristupačnih te izoliranih područja poduzimaju se mjere u namjeri uspostave hitne medicinske zaštite koristeći se brzim brodovima i helikopterima.

Rašić-Bakarić (2014) navodi kako se pravilnim i racionalnim planom razvoja djelatnosti primarne zdravstvene zaštite nastoji postići visoka razina učinkovitosti ovog segmenta zdravstva čime bi se postigla produktivnost od čak 80% realizacije i rješavanja svih zdravstvenih potreba društva, a što se već u drugim zemljama Europske unije i postiže. Slijedom navedenog, radi postizanja veće racionalnosti sustava, koncept ostvarivanja prihoda koji ostvaruju ordinacije primarne razine zdravstvene zaštite je 2013. godine reformiran uvođenjem pokazatelja učinkovitosti „Key Performance Indicators“ (KPI) i kvalitete „Quality Indicators“ (QI). Temeljem praćenja navedenih pokazatelja određuje se visina stimulacijskog dijela prihoda liječnika primarne zdravstvene zaštite. Svrha korištenja ovih indikatora je da „se potiče racionalno propisivanje lijekova na recept, upućivanje na sekundarnu zdravstvenu zaštitu i laboratorijske pretrage, kao i racionalizacija propisanih bolovanja te se podiže kvaliteta liječenja oboljelih od kroničnih bolesti“. (Ministarstvo zdravstva, 2018)

3.2.2. Sekundarna razina zdravstvene zaštite

„Zdravstvene ustanove na sekundarnoj razini uključuju poliklinike, bolnice i lječilišta.“ (Štimac, Džakula, Rodin, 2016, str. 74) Na ovoj se razini zdravstvena zaštita može pružati u obliku javnih usluga dostupnih u bolničkom sustavu ili poliklinikama, ali se isto tako i mnoštvo usluga pruža privatnim putem koje podmiruje sam korisnik usluge bez financijskog participiranja od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Porastom potreba za

zdravstvenim uslugama liste čekanja rastu što se negativno odražava na pacijente, koji zbog hitnoće svog zdravstvenog stanja nisu u mogućnosti čekati mjesecima svoj termin, a zbog standarda života, materijalnog statusa te općeg ekonomskog stanja društva pojedinci nisu financijski sposobni sami podmiriti trošak primanja potrebne usluge privatnim putem. Rješenje ovog problema afirmira pružanje privatnih zdravstvenih usluga kroz uspostavljanje suradnje Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, kao državne strane, s privatnim sektorom putem ugovornog odnosa. Ovakvim se oblikom partnerstva pacijentima omogućuje veća i brža dostupnost potrebnim medicinskim uslugama, a troškove korištenja uslugom privatniku umjesto pacijenta podmiruje Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Ovaj se koncept ostvaruje na vrlo jednostavan način, dakle, pacijent, u kraćem roku od uobičajenog čekanja u javnim zdravstvenim ustanovama, po osnovi izdane uputnice od strane liječnika može obaviti potreban pregled ili koristiti određeni terapijski postupak kod privatnih liječnika koji su u suradnji s HZZO-om te će temeljem zajedničkog ugovornog odnosa HZZO liječniku podmiriti nastale troškove. Osim javno-privatnim partnerstvom funkcionalnom integracijom bolnica može se također postići veća efikasnost i kvaliteta sustava zdravstva.

Funkcionalno integrirane bolnice zadržavaju osnovne djelatnosti (interna medicina, kirurgija, pedijatrija i ginekologija i opstetricija) dok se za ostale djelatnosti definiraju modeli funkcionalnog povezivanja i modaliteta obavljanja djelatnosti na način da se u određenoj djelatnosti u jednoj bolnici pruža akutno bolničko liječenje, a u drugoj bi se obavljalo liječenje pacijenata u dnevnoj bolnici. (Ministarstvo zdravstva, 2020a)

Ovakvim bi se modelom ostvarila redistribucija bolničkih usluga, bolje iskorištavanje kapaciteta te ugovaranje novih gdje postoji potreba kao i reduciranje dupliciranja određenih medicinskih pretraga i zahvata na malim geografskim područjima čime bi se postigla željena razina kvalitete medicinske usluge. Također, kako Ministarstvo zdravstva (2020a) kroz Provedbeni program Ministarstva zdravstva 2021.-2024. naglašava, konceptom funkcionalne integracije bolnica osigurao bi se potrebit bolnički kapacitet namijenjen djelatnostima koje dosad nisu bile zastupljene poput djelatnosti palijativne skrbi. Kao dobar primjer mogu se navesti Opća bolnica Nova Gradiška i Opća bolnica Slavonski Brod koje su se 2017. godine procesom funkcionalne integracije povezale čime su ostvarila veća djelotvornost i racionalizacija troškova kao i smanjenje spomenutih lista čekanja. Također, Opća bolnica Varaždin i Županijska bolnica Čakovec, iako se nalaze u različitim županijama relativno su male geografske udaljenosti te su isto tako pogodne za realizaciju spomenute integracije čime bi se postigla veća efikasnost i ekonomičnost, ali i kvaliteta usluge koja se pruža pacijentima.

3.2.2.1. Bolnica

Bolnica kao središnja ustanova sekundarne razine zdravstvene zaštite da bi u potpunosti odgovorila na zahtjeve spašavanja života, poboljšanja i preventivnih aktivnosti očuvanja zdravlja mora postići visoku razinu produktivnosti i ekonomičnosti kao i kvalitete usluge koju pruža pacijentima. Kako Šogorić (2016b) naglašava, produktivnost, odnosno efikasnost, će se postići transparentnim i kontinuiranim praćenjem rada zdravstvenih djelatnika te rezultata poslovanja, ali isto tako i obuhvatnom i detaljnom kontrolom troškova te optimizacijom administracijskog kapaciteta.

Hrvatske bolnice u državnom ili županijskom vlasništvu čine važan i troškovno najzahtjevniji dio javnog zdravstvenog sustava. Njihovo je poslovanje hibridnog tipa jer se u njemu ukrštava logika poslovnog s logikom socijalne dostupnosti koja je zakonski uvjetovana. (Vehovec, Rašić Bakarić, Slijepčević, 2014)

Prema Godišnjem izvješću o radu stacionarne zdravstvene ustanove u Hrvatskoj u 2019. godini ostvareno je 5.843.470 dana bolničkog liječenja, što znači 8,17 dana prosječnog liječenja po jednom boravku. (Hrvatski zavod za javno zdravstvo [HZJZ], 2020a)

Kao što je već spomenuto, bolničko pružanje zdravstvene skrbi velik je financijski izazov zdravstvenom sustavu, a kako bi se postigla racionalizacija utroška financijskih sredstava sve se više pozornosti pridaje i jednodnevnoj kirurgiji. Antabak i Šeparović (2015) navode kako se u sklopu jednodnevne kirurgije od 2014. godine u Hrvatskoj izvodi velik broj različitih vrsta zahvata, a kako bi istaknuli važnost i dobrobit ove prakse navode jednu vrlo zanimljivu činjenicu povezanu s najčešće obavljenim kirurškim zahvatom – operacijom ingvinalne (preponske) kile.

U Hrvatskoj je tijekom 2013. godine na teret HZZO-a izvedeno 5 987 ovih zahvata, s prosječnim trajanjem hospitalizacije 4,15 dana, što znači da su gotovo 24 896 dana bolničkog liječenja zauzimali bolesnici s kilmama. Hipotetski, kada bi svi bili liječeni unutar jednodnevne kirurgije, 18 859 dana bolničkog liječenja bilo bi slobodno, što je jedan kirurški odjel od 51 postelje kroz godinu dana. (Antabak, Šeparović, 2015)

Vodeći uzroci hospitalizacija u stacionarnom dijelu bolnica u Hrvatskoj u 2019. godini su: bolesti cirkulacijskog sustava, novotvorine, čimbenici koji utječu na stanje zdravlja i kontakt sa zdravstvenom službom, trudnoća, porođaj i babinje te bolesti probavnog sustava. (Hrvatski zavod za javno zdravstvo [HZJZ], 2020a)

Osim spomenutih bolesti, u 2020. godini javio se još jedan vrlo učestali razlog hospitalizacije velikog broja pacijenata. Naime, bolest COVID-19 uzročnika novog koronavirusa postala je predvodnikom u učestalosti potrebe za bolničkim liječenjem zaraženih

osoba. Zdravstveni sustav morao je brzo reagirati ne bi li se što bolje prilagodio nepredvidivoj, novonastaloj situaciji uzrokovanoj bolešću COVID-19. Tijekom 2020. godine zdravstveni sustav pratila je neprestana reorganizacija u skladu s najnovijim saznanjima o širenju pandemije koronavirusa. S ciljem postizanja što većeg stupnja pokrivenosti stanovništva potrebnom medicinskom skrbi i uspješne izlječivosti od nove, još nepoznate bolesti, prema inicijativi Ministarstva zdravstva (2020b) na čelu s ministrom dane su preporuke zdravstvenim ustanovama za povećanjem izolirajućih kapaciteta na stacionarnim odjelima i hitnim bolničkim prijemima kao i povećanje bolničkih kapaciteta, a ponajprije broja bolničkih kreveta u primarnim intenzivističko-respiratornim centrima.

3.2.3. Tercijarna razina zdravstvene zaštite

Tercijarna razina inkorporira najkompleksnije oblike zdravstvene zaštite te se kako ističu Šimović i Deskar-Škrbić (2019b) najčešće izvodi unutar bolnica. Također valja napomenuti kako se na ovoj razini provode medicinske pretrage i zahvati za teže oboljele osobe kojima se takva vrsta medicinskih usluga ne može pružati na općinskoj razini unutar jedinica obiteljske medicine ili pak na županijskoj razini, već se ovakva medicinska skrb, kako navode Šimović i Deskar-Škrbić (2019b), izvodi u kliničkim ustanovama i državnim zdravstvenim zavodima. Prema članku 35. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18 (NN 147/20)) zdravstvena djelatnost tercijarne razine obuhvaća pružanje složenih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti, znanstveni rad kao i izvođenje nastave na temelju ugovora za potrebe nastavnih ustanova zdravstvenog usmjerenja.

4. Zdravstvo s financijske perspektive

Svrha financiranja zdravstvenog sustava jest osigurati sredstva za zdravstvenu zaštitu, postaviti ispravne ekonomske poticaje u korištenju i pružanju zdravstvenih usluga, omogućiti korisnicima odgovarajući pristup individualnoj zdravstvenoj zaštiti, osigurati financiranje javnozdravstvenih usluga od opće važnosti te osigurati rast zdravstvene potrošnje na način da izvori sredstava ostaju ograničeni. (Vončina, Pavić, 2016, str. 163)

Financiranje hrvatskog zdravstvenog sustava svoje osnovne smjernice pronalazi u Bismarckovom i Beveridgeovom organizacijskom modelu. Danas se najveći dio izdataka hrvatskog sustava zdravstva pokriva iz javnih izvora putem obveznog zdravstvenog osiguranja, a jednim manjim dijelom putem izravnih proračunskih transfera. Zdravstveno se osiguranje u Republici Hrvatskoj, kako Vončina i Pavić (2016) ističu, dijeli na obvezno i dobrovoljno.

4.1. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Središnja institucija odgovorna za realizaciju modela obveznog zdravstvenog osiguranja u Republici Hrvatskoj jest Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod ili HZZO). „Zavod je pod nadležnošću Ministarstva zdravlja, a do kraja 2014. bio je i uključen u sustav Državne riznice.“ (Vončina, Pavić, Mastilica, 2016b, str. 161) Funkcioniranje cjelokupnog financijskog koncepta sustava zdravstva regulirano je Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju. Prema članku 4. navedenog Zakona (NN 80/13 (NN 98/19)) za sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj obvezujuće je osigurati se obveznim zdravstvenim osiguranjem kao i za strance kojima je odobren stalni boravak u Republici Hrvatskoj ako međunarodnim ugovorom o socijalnom osiguranju nije drukčije određeno.

Osiguranim osobama kojima se osiguravaju prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja u smislu ovog Zakona smatraju se osiguranici, djeca do navršene 18. godine života, članovi obitelji osiguranika i druge osigurane osobe obvezno zdravstveno osigurane u određenim okolnostima. (Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13 (NN 98/19))

HZZO se financira na nekoliko različitih načina: putem doprinosa za zdravstveno osiguranje (15%⁴ bruto plaće radno aktivnog stanovništva), iz državnog proračuna, prihoda od premija dopunskog zdravstvenog osiguranja, prihoda od kamata, dividendi i naknada šteta, prihoda od dionica i drugih vrijednosnih papira, putem participacije (koja iznosi 5-10 kn) i administrativnih pristojbi. (Vončina i sur., 2016b, str. 161)

Temeljem članka 18. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13 (NN 98/19)) iz obveznog zdravstvenog osiguranja proizlazi pravo na: „primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, bolničku zdravstvenu zaštitu, pravo na lijekove koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda, dentalna pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom dentalnih pomagala Zavoda, ortopedska i druga pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda te zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama i trećim državama.“

HZZO (kao što citiraju Šimović i Deskar-Škrbić (2019b)) u sklopu obveznog zdravstvenog osiguranja obuhvaća troškove zdravstvenih rizika u razini od 80% u okviru "košarice usluga" u koju spadaju „pravo na primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, bolničku zdravstvenu zaštitu, uporabu lijekova koji su na listi HZZO-a, korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, stomatološko-protetske usluge, nadomjeske, te ortopedska i druga pomagala“. U preostalom dijelu podmirivanju troška usluga (20%) participira sam osiguranik, međutim iznos koji plaća osiguranik ne smije prelaziti više od 2.000 kuna po jednom bolničkom računu.

Analizirajući i prateći trend kretanja troškova unutar cjelokupne strukture rashoda Zavoda transparentno objavljenih u godišnjim izvješćima jasno se uočava kako najveći udio u ukupnim rashodima zauzimaju troškovi zdravstvene zaštite. Prema Izvješću o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu, objavljenog od strane HZZO-a (2020), ukupni rashodi su iznosili 26.526.450.572 kn, od čega se 23.353.981.890 kn odnosi na troškove zdravstvene zaštite. Usporede li se navedeni podaci s podacima iz 2020. godine jasno je vidljivo pogoršanje financijske slike cjelokupnog sustava. Naime, uslijed problema uzrokovanih pandemijom bolesti COVID-19 i uvećanom potrebom za zdravstvenom zaštitom te velikim brojem hospitaliziranih pacijenata, rashodi Zavoda su prema podacima HZZO-a (2021), iskazanih u Izvješću o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za

⁴ Prema Narodnim novinama (2018), temeljem članka 8. Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o doprinosima (NN 106/2018), kojeg je Hrvatski sabor donio na sjednici održanoj 21. studenoga 2018. godine, visina doprinosa za zdravstveno osiguranje se povećala s dotadašnjih 15% na 16,5% bruto plaće radno aktivnog stanovništva te je u primjeni od 1.siječnja 2019. godine.

2020. godinu, iznosili 27.094.466.464 kn, od čega se 23.744.626.543 kn odnosi na troškove zdravstvene zaštite. Dakle, dodatan financijski teret u 2020. godini u usporedbi s 2019. godinom iznosi 568.015.892 kune. Kako je pandemija nastupila vrlo brzo od pojave prvih slučajeva zaraze te se odrazila na sve sfere ljudskog života i gospodarstva za očekivati je bilo i veće povećanje troškova zdravstvene zaštite, no bez obzira na eksponencijalni rast slučajeva zaraze i učestalih zdravstvenih intervencija rashodi nisu drastično povećani zbog odgode velikog broja uobičajenih zdravstvenih usluga za pacijente čije stanje nije zahtijevalo promptnu reakciju. Stagnacija gospodarstva i velik broj izgubljenih radnih mjesta kao posljedice pandemije odrazili su se i na prihodovnu strukturu Zavoda u 2020. godini.

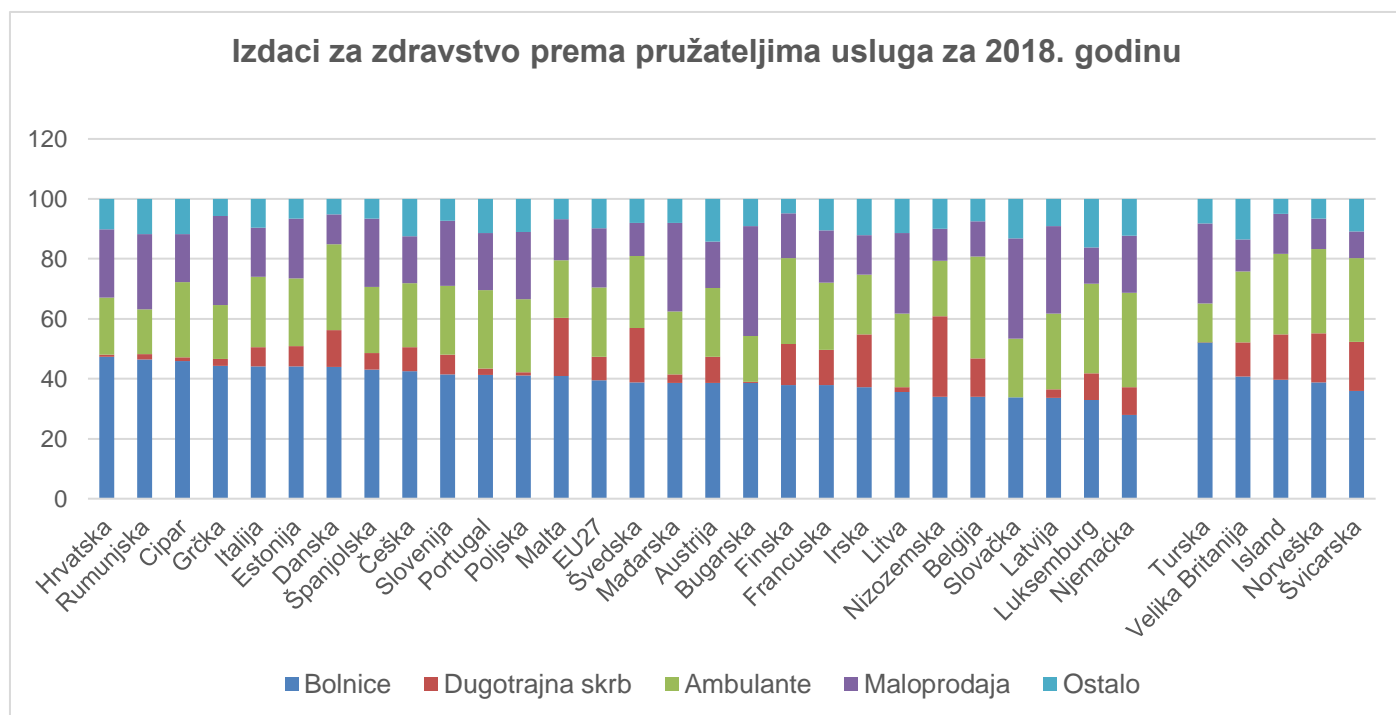
Znatno je smanjen udio prihoda od doprinosa (s 81,88% na 74,21%), povećan udio prihoda od proračuna (s 9,59 na 13,29%) zbog dodatnih sredstava bolnicama i podmirenja obveza prema ljekarnama, kao i nove stavke primitaka od zaduživanja (beskamatni zajam) koje je odobrilo Ministarstvo financija kao kompenzacijsku mjeru zbog provođenja mjera pomoći gospodarstvenicima što je za posljedicu imalo smanjenje prihoda od doprinosa za zdravstveno osiguranje. (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO], 2021)

Bolnice, odnosno „ključni zdravstveni servisi“ kako ih Lončarek, Džakula i Radin (2018) nazivaju, najveći su potrošač financijskih sredstava Zavoda, stoga će se u daljnjem tekstu sagledati njihova suradnja s HZZO-om te način njihova financiranja.

Bolnička zdravstvena zaštita plaća se prema maksimalnom iznosu sredstava koji se daje bolnicama na raspolaganje za provedbu zdravstvene zaštite (bolnički limiti). HZZO je uveo prospektivan model plaćanja bolničke skrbi metodom DTS plaćanja (dijagnostičko terapijske supine). Razvio je vlastiti, prilagođeni model prema australskom AR DRG v 5.1 modelu (diagnose related grouping). Prema tom modelu pacijenti se kodiraju sustavom DTS, sustavom pravdanja troškova bolničke skrbi. Sustav DTS jest plaćanja prema slučaju (epizodi liječenja), pri čemu su svi troškovi liječenja uključeni u cijenu, a ovise o složenosti slučaja. Cijena se formira na osnovi razloga prijema (glavne dijagnoze), provedenih postupaka, a na nju dodatno utječu dodatne komplikacije. (Vončina, Pavić, 2016, str. 165)

Objašnjen koncept plaćanja u zdravstvu omogućava optimalan sustav financiranja pri čemu se racionalnom iskoristivošću financijskih sredstava postiže viša razina efikasnosti. Također, kako isti autori naglašavaju, implementacijom DTS-a skraćuje se trajanje akutnog bolničkog liječenja te se anulira primjena nepotrebnih postupaka. Nadalje, s aspekta dobrobiti za korisnike sustava zdravstva, ovakvim se konceptom stimulira međubolnička komparacija kojom se potiče konkurentnost u pružanju zdravstvenih usluga. Konkurentskom se dinamikom

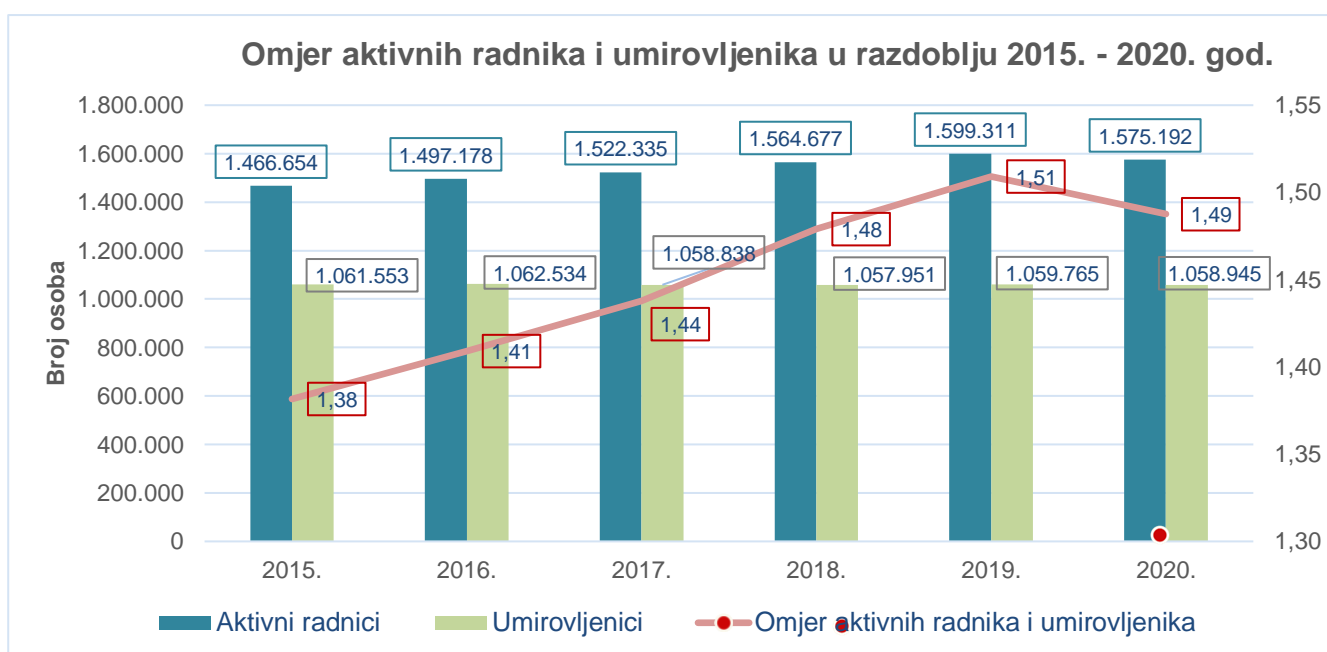
podiže ljestvica kvalitete zdravstvene skrbi te se doprinosi boljem pravovremenom djelovanju i liječenju raznih bolesti kao i preventivi u očuvanju zdravlja čime se doprinosi većoj stopi zadovoljstva pacijenata.



Grafički prikaz 2 *Izdaci za zdravstvo prema pružateljima usluga za 2018. godinu (Izrada autorice prema: OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle)*

Osim bolničkih troškova znatan udio zauzima i primarna zdravstvena zaštita kao i lijekovi na recepte. Šira analiza sustava zdravstva zemalja članica Europske unije dovodi do istog zaključka. Naime, na *Grafičkom prikazu 2* izložena je struktura rashoda prema pružateljima zdravstvene zaštite za 2018. godinu koja jasno prikazuje dominaciju troškova bolnica u ukupnim troškovima. U ukupnim financijskim izdacima zdravstva bolnice u zemljama članicama Europske unije prosječno koriste 39% financijskih sredstava. Hrvatska, Rumunjska i Cipar su zemlje koje na bolničku zdravstvenu zaštitu izdvajaju iznad europskog prosjeka, dok su ti izdaci u Njemačkoj znatno ispod europskog prosjeka. Druge po redu s aspekta financijskog opterećenja, prema podacima OECD-a (2020), su ambulante na koje se prema prosjeku Europske unije izdvaja 23% ukupnih zdravstvenih rashoda. Usporedbom Republike Hrvatske s europskim prosjekom može se zaključiti kako su u ovom financijskom segmentu hrvatski ambulantni troškovi ispod europskog prosjeka. „Pod ambulantnim troškovima podrazumijevaju se troškovi primarne zdravstvene zaštite, prije svega ambulantna zdravstvena zaštita, ali i opća praksa, specijalistički pregledi, dentalna zaštita, laboratorij, kućna njega itd.“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2019b) U 2018. godini maloprodaja, koja u ovom

kontekstu podrazumijeva rad ljekarna, odnosno troškove lijekova, činila je nešto veći postotni izdatak od prosjeka zemalja Europske unije. Dugotrajna skrb, kako Šimović i Deskar-Škrbić (2019b) navode, podrazumijeva pomoć nemoćnim osobama i onima starije životne dobi u pogledu izvršavanja kućanskih poslova, osobne njege i zdravstvene skrbi. Kako autori ističu, u bivšim socijalističkim državama u dugotrajnu skrb nemoćnih i starijih osoba većinom su uključeni i odgovorni članovi obitelji. Danas se ova koncepcija sve više napušta institucionalizacijom ove vrste zdravstvene zaštite. „Dugotrajnu zdravstvenu skrb u Hrvatskoj pokriva zdravstveno osiguranje i to preko bolničkih ustanova npr. na psihijatrijskim ili gerijatrijskim odjelima bolnica te u ustanovama socijalne skrbi starijih osoba.“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2019b)



Grafički prikaz 3 Omjer aktivnih radnika i umirovljenika u razdoblju 2015.-2020. godine u Republici Hrvatskoj (Izrada autorice prema: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO], Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2019. god.; Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2020. god.)

Na *Grafičkom prikazu 3* dan je prikaz kretanja omjera aktivnih radnika i umirovljenika za razdoblje od 2015. do 2020. godine.

Iako se prosječan broj aktivnih osiguranika stalno povećava, a broj umirovljenika stagnira ili se neznatno povećava, odnos aktivnih osiguranika i umirovljenika još uvijek nije zadovoljavajući, tako da na jednog umirovljenika dolazi 1,51 aktivni osiguranik. (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO], 2020)

Pozitivan trend je 2020. godine uslijed koronakrize prekinut te je omjer, prema podacima HZZO-a (2021) iskazanih u Izvješću o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2020. godinu, pao na gotovu jednaku razinu iz 2018. godine, pri čemu na jednog umirovljenika dolazi 1,49 aktivni radnik, odnosno osiguranik. Ovo pogoršanje situacije potvrđuje i ranije spomenuta činjenica kako su doprinosi po osnovi obveznog zdravstvenog osiguranja kojeg plaća radno aktivno stanovništvo u 2020. godini smanjeni. U ovome se očituje i nedostatak Bismarckovog modela organizacije sustava zdravstva jer kada nastupi određeni kolaps gospodarstva, kao što je koronakriza u 2020. godini, a koji se ogleda u povećanju nezaposlenosti, odmah se negativne posljedice odražavaju i na zdravstvo koje trpi gubitke s aspekta smanjenja prihoda od doprinosa.

Kada je riječ o financijskim aspektima zdravstva, osim obveznog neizostavno je analizirati i tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju predstavlja pravne temelje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojeg čine dopunsko i dodatno kao vrste neživotnih osiguranja te privatno zdravstveno osiguranje.

Privatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava se zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj. (Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju NN 85/06 (NN 53/20))

Model dopunskog zdravstvenog osiguranja je dugoročni oblik osiguranja u trajanju najmanje godinu dana, a funkcionira na osnovi mjesečnih premija koje u potpunosti podmiruje osiguranik, iznimno država ako pojedinac spada u kategoriju osoba oslobođenih plaćanja dopunskog osiguranja ili oslobođenih u cijelosti plaćanja zdravstvenog osiguranja. Navedena kategorija prema članku 14.a Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (NN 85/06 (NN 53/20)) obuhvaća osigurane osobe s invaliditetom, osigurane darivatelje dijelova ljudskog tijela u svrhu liječenja, osigurane darivatelje krvi s više od 35 davanja za muškarce, odnosno 25 davanja za žene, osigurane redovite učenike i studente starije od 18 godina i osigurane osobe čiji prihod po članu obitelji u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazan po članu obitelji, mjesečno ne premašuje iznos od 1.563,23 kune, odnosno za samce ako prihod u prethodnoj kalendarskoj godini nije veći od 2.000,00 kuna.

Pružatelji dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na hrvatskom tržištu osiguranja su Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO] i osiguravajuća društva te se uvjeti osiguranja kod njih uvelike razlikuju. „HZZO ne nudi pokriće za dopunsku listu lijekova, a opseg i visina pokrića jednak je za sve osiguranike.“ (Puljiz, 2014, str. 116) „Cijena police dopunskog

zdravstvenog osiguranja iznosi 70,00 kuna mjesečno odnosno 840,00 kuna godišnje za sve kategorije osiguranika.“ (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO], bez dat.) Osiguravajuća društva pak na tržištu nude različit opseg pokrića, a samim time i cijene police osiguranja, a kako Puljiz (2014) ističe moguće je osim osnovnog obuhvata dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja određenog zakonom, ugovoriti i nešto veću razinu usluge pri čemu u osigurano pokriće ulazi i dopunska lista lijekova. Međutim, odnos svih pružatelja osiguranja na tržištu nije jednakopravan. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je središnja institucija u reguliranju sustava osiguranja na području zdravstva te svojom ulogom, kako Puljiz (2014) ističe, zauzima monopolni utjecaj jer „može utjecati na iznose sudjelovanja u zdravstvenoj zaštiti i mijenjati lijekove na dopunskoj listi“.

Kod dodatnog i privatnog zdravstvenog osiguranja ne postoji jedinstvena tarifa koju plaća osiguranik, već se visina premije osiguranja utvrđuje na osnovi opsega pokrića, vremenu trajanja ugovornog odnosa te rizika kojima je osiguranik izložen, ali isto tako uzimajući pri tome u obzir i osiguranikovu dob, spol te tablice smrtnosti i bolesti. Ovakvim se konceptom osiguranja stvara dodatan rizik pojave asimetričnosti informacija u kojem će pojedinci motivirani postizanjem što manje obveze plaćanja premije osiguranja prešućivati određene bolesti ili pak sklonosti obolijevanju od određenih skupina bolesti kao i ne otkrivati svoje nezdrave životne navike. Osim toga, nejednak položaj u posjedovanju relevantnih i važnih informacija između osiguranika i osiguravatelja otvara put i nastanku moralnog hazarda, odnosno neodgovornog ponašanja osiguranika bilo s aspekta lošeg odnošenja prema svom zdravlju nedovoljnom tjelesnom aktivnošću, konzumacijom štetnih tvari i slično ili bilo pretjeranim iskorištavanjem usluga zdravstva.

5. E-zdravstvo

U suvremenim uvjetima življenja informacijska i komunikacijska tehnologija omogućuju brži i jednostavniji pristup zdravstvenoj zaštiti te prevladavanje jaza između prostorne i vremenske udaljenosti, čime je pružanje usluga uvelike pojednostavljeno. (Ostojić i sur., 2012)

Oslonjeno na već rečeno, informacijska i komunikacijska tehnologija, koja je danas prisutna u svim sferama kako privatnog tako i poslovnog života pojedinca, uspješno se implementirala u sustavu zdravstva čime ne samo da doprinosi jednostavnijem i efikasnijem sustavu za pojedinca, već su implikacije vidljive u cjelokupnom društvu i gospodarstvu.

Kvalitetno prikupljanje, sigurna prehrana i razmjena podataka nastalih tijekom pružanja zdravstvene zaštite ili upravljanja zdravstvom jedan su od najvažnijih infrastrukturnih i procesnih zahtjeva u zdravstvu. Rješavanju tog izazova ključno je pridonijela informatizacija omogućena suvremenim informacijskim i komunikacijskim tehnologijama. (Durut-Beslač, Gvozdanović, 2016, str. 102)

Kako Kern (2020) ističe proces informatizacije hrvatskog zdravstva bio je iniciran u drugoj polovici prošlog stoljeća kada je započela kompjutorizacija Republičkog registra za rak u Zagrebu, a isto tako i automatska obrada podataka (AOP) u području zdravstveno neosiguranih osoba, kao i u području izvanbolničke zaštite, medicine rada i sustava zdravstvenog osiguranja. Za postizanje bolje učinkovitosti sustava zdravstva u mnogim su bolnicama, poliklinikama, ordinacijama i laboratorijima implementirana informatička rješenja i podrška.

U okviru informatizacije sustava i razvoja e-zdravstva središnje mjesto u Republici Hrvatskoj zauzima Centralni zdravstveni informacijski sustav Hrvatske poznatiji kao CEZIH. Durut-Beslač i Gvozdanović (2016) objašnjavaju kako je program informatizacije zdravstva, a samim time i implementacije i razvoja CEZIH-a, pokrenula informatizacija primarne zdravstvene zaštite 2003. godine. CEZIH kao ključan element na kojem počiva e-zdravstvo od implementacije pa do danas se neprestano razvija i proširuje svoje funkcionalnosti, a kao bitan trenutak u tom razvoju, kako Durut-Beslač i Gvozdanović (2016) ističu, valja istaknuti 2007. godinu kada se u sustav uključuju prve ordinacije čime je započela razmjena informacija s centralnim zdravstvenim sustavom. Također, tijekom 2011. godine sustav je postao bogatiji za još neke komponente poput eRecepta i eUputnica u laboratorije primarne zdravstvene zaštite.

To je važno postignuće jer je Hrvatska jedna od prvih zemalja u svijetu koja ima potpuno elektronički sustav propisivanja i izdavanja lijekova, upućivanja u laboratorije PZZ-a

te elektroničkog komuniciranja laboratorijskih nalaza. (Durut-Beslač, Gvozdanić, 2016, str.103)

Procesom informatizacije postignuta je visoka razina integracije zasebnih informacijskih sustava bolnica sa središnjim sustavom CEZIH i dobra povezanost s institucijom obveznog zdravstvenog osiguranja – HZZO-om čime se doprinijelo racionalnijoj potrošnji zdravstvenog sustava, ali i kontroli distribucije visokih financijskih iznosa pojedinim granama zdravstva. Zdravstvo je vrlo dinamičan sustav koji nikad ne staje, u svakom trenutku mora osigurati adekvatnu zdravstvenu zaštitu korisnicima čime se javlja nužnost uspostavljanja što bolje organizacije i integracije zdravstvenih ustanova i institucija. HZZO svakodnevno zahvaljujući dobroj informatičkoj povezanosti prima račune koje šalje bolnica te ih fakturira. Isto tako, osim sa Zavodom, bolnice uspostavljaju kontakt i s CEZIH-om koristeći se njime radi preuzimanja datoteka o dnevno važećim osiguranicima.

Funkcionalnosti implementirane u CEZIH-u jesu: eRecept (propisivanje ponovljivog recepta, registriranje informacije o izdanom lijeku); eUputnica u laboratorij PZZ-a (uputnica, uzorak, nalaz), eUputnica (uputnica, nalaz/otpusno pismo), slanje sažetka o pregledu u ordinaciji PZZ-a, prijava maligne neoplazme, slanje obrasca Pompidou, prijava zarazne bolesti, registracija bolovanja, dohvaćanje administrativnih podataka o pacijentu i drugo. (Durut-Beslač, Gvozdanić, 2016, str.103)

Zahvaljujući svim funkcionalnostima dostupnim unutar CEZIH-a postignute su višestruke koristi koje se očituju u eliminiranju nepotrebnih troškova, kako isti autori navode, u obliku izvješća i tiskanica u papirnatom obliku. Također, ovakvim se načinom funkcioniranja sustava umanjuje i broj dolazaka pacijenata u ordinacije svojih liječnika, a ta se prednost posebice rasvjetljava u uvjetima opasnim za zdravlje čovjeka kao što su sezone virusnih bolesti. Osim navedenog, koristeći se CEZIH-om, kao središnjim sustavom zdravstva, zdravstvenim je djelatnicima olakšan pristup potrebnim podacima o pacijentu te se time smanjuju troškovi ponovljenih pregleda i raznih medicinskih pretraga kao i vrijeme utrošeno na te aktivnosti čime se liječnici mogu više usredotočiti na samog pacijenta i povisiti razinu kvalitete medicinske usluge.

6. Problemi hrvatskog zdravstvenog sustava

Zdravstveni sustav jedna je od najvažnijih sastavnica države blagostanja te kao takav predstavlja velik izazov vladi pri kreiranju adekvatne socijalne politike. Osnovni problem pri uspostavljanju efikasnog sustava zdravstva, koji bi pridonio ostvarivanju temeljnih ciljeva socijalne države u obliku dobrobiti cjelokupnog društva i preraspodjele dohotka te jednakih mogućnosti za sve jesu financijski aspekti, odnosno pronalaženje optimalnog sustava financiranja ovog neizostavnog elementa, koji predstavlja izdašan financijski teret državnog proračuna. Osim zdravstva bitan segment koji doprinosi ostvarivanju ciljeva socijalne države jest i mirovinski sustav, a koji se kada je riječ o problemima financiranja isto tako može poistovjetiti sa zdravstvenim sustavom. Naime, problemi financiranja potreba zdravstva pronalaze pojedine uzroke iste onima s kojima se suočava mirovinski sustav. „Zdravstveno se osiguranje također financira pomoću doprinosa i pokriva troškove zdravstvenih izdataka sredstvima prikupljenim u sustavu međugeneracijske solidarnosti.“ (Mijatović, 2006)

Iseljavanje i povećanje udjela starog stanovništva u dobnoj strukturi međusobno su uvjetovani trendovi u Republici Hrvatskoj. Pored toga, problemi se odražavaju i na zdravstvo koje se također suočava s nizom izazova – od rastućih potreba stanovništva za zdravstvenom zaštitom, nedostatka medicinskog kadra do nedovoljno efikasnog sustava upravljanja i organizacije zdravstvene zaštite. U 2020. godini pandemija bolesti COVID-19 postala je imperativom u sustavu zdravstva s aspekta prevencije, liječenja i suzbijanja širenja virusa pri čemu su dugogodišnji problemi neefikasnosti zdravstvenog sustava dodatno eskalirali.

Ulazak Republike Hrvatske u Europsku uniju olakšao je proces migracije što je dovelo do znatnog povećanja emigracije hrvatskog stanovništva u zemlje zapadne Europe, a ponajviše u Njemačku, Austriju, Italiju i Švicarsku.

Prema projekciji ukupnog broja i dobne strukture stanovništva Hrvatske do 2051. (Akrap, 2015), ukupni broj stanovnika s obzirom na 2011. godinu, kada je proveden posljednji popis stanovništva, past će s 4 284 889 na 3 456 866 što je pad od 20% stanovništva. (Jerić, 2019)

Iako se može činiti kako iseljavanje kao kratkoročnu posljedicu može imati smanjenje opće stope nezaposlenosti u državi, neke su od glavnih srednjoročnih posljedica iseljavanja iz Hrvatske mogući poremećaji na tržištu rada, jednako kao i destabilizacija zdravstvenoga, socijalnog i mirovinskog sustava u dugoročnom smislu, zbog očekivanoga gubitka porezne i fiskalne baze. (Župarić-Iljić, 2016)

Izravna negativna implikacija depopulacije očituje se kroz smanjenje prihoda od doprinosa, a kako Šimović i Deskar Škrbić (2019b) navode „svega trećina zaposlenih od ukupno osigurane populacije plaća doprinose koji čine glavninu prihoda HZZO-a“. Iseljavanjem mladih i radno sposobnih čini dobnu strukturu hrvatskog stanovništva sve starijom. Ovo ne samo da predstavlja opterećenje mirovinskom sustavu, već se problem aktualizira i u sustavu zdravstva, ali i s perspektive samog pojedinca. Naime, sve je više starijih osoba koje žive odvojeno od svojih obitelji koje su se radi posla preselile u druge gradove ili države, a prosječna hrvatska mirovina, u većini slučajeva, nije dostatna za pokrivanje osnovnih životnih potreba i različitih usluga u obliku pomoći u obavljanju potrebnih aktivnosti koje umirovljenici zbog starosti ili zdravstvenog stanja nisu u stanju sami obaviti.

Nezanemariva posljedica intenziviranih emigracija s aspekta zdravstva jest i iseljavanje medicinskog osoblja što predstavlja vrlo ozbiljan problem za hrvatski zdravstveni sustav, ali i državni proračun. Naime, cijene školovanja liječnika koje pokriva državni proračun iznimno su visoke, a po završetku školovanja sve je više mladih liječnika koji svoju karijeru nastavljaju u inozemstvu. „Prednosti emigracije za hrvatske liječnike su visoko zadovoljstvo životnim standardom, dohodak, profesionalni razvoj i bolji uvjeti rada.“ (Gruber i sur., 2020) Spomenut problem otežava i ispunjenje cilja jednakih mogućnosti i pristupa zdravstvenoj zaštiti svim građanima Republike Hrvatske. Stanovnicima udaljenijih mjesta od velikih gradova kao i onima na otocima dostupnost zdravstvene zaštite je otežana, a egzodus liječnika ovaj problem samo još više ističe. Naime, medicinsko osoblje ako se i odluči na život u Hrvatskoj u većoj mjeri bira velike gradove i razvijene krajeve pri čemu udaljenija i manje razvijena mjesta u kojima većinsko stanovništvo čine starije osobe ostaju bez adekvatne i kvalitetne zdravstvene skrbi, a što može biti od presudne važnosti u hitnim zdravstvenim stanjima ljudi. Ministarstvo zdravstva (2019) u Strateškom planom ministarstva zdravstva 2020.-2022. ističe kako je velik broj medicinskih usluga moguće obaviti i koristeći se informacijsko-komunikacijskom tehnologijom, a što može djelomično nadomjestiti nedostatak medicinskih djelatnika i smanjiti redove čekanja i gužve u čekaonicama zdravstvenih ustanova.

Chandra i Skinner (2011) ističu, kako osim spomenutog problema, rastu troškova u zdravstvu doprinose i zahtjevi za uvođenjem skupe zdravstvene tehnologije, a koja danas postaje neophodna u dijagnozi i liječenju brojni zdravstvenih stanja pacijenata. „Pod pojmom novih zdravstvenih tehnologija mislimo na sve vrste intervencija u zdravstvu: lijekove, medicinske instrumente i opremu, javnozdravstvene programe, kliničke postupke i slično.“ (Bobinac, 2014) Međutim, ovo je potrebno, osim s financijskog aspekta, razmotriti i s perspektive koristi koje adekvatna upotreba spomenute tehnologije donosi. Bobinac (2014) navodi kako su izravne koristi povezane s produljenjem životnog vijeka, povećanjem

uspješnosti u liječenju pojedinih vrsta bolesti, povećanjem produktivnosti medicinskog osoblja te podizanjem kvalitete života pacijenata i njihovih obitelji.

Stoga se sve više okreće mjerama tržišno orijentiranog zdravstvenog sustava u kojem osiguranici sudjeluju u pokrivanju troškova svoje zdravstvene skrbi – bilo izravno sudjelovanjem u troškovima nastalim njihovim zdravstvenim zbrinjavanjem, bilo neizravno plaćanjem premija privatnog zdravstvenog osiguranja. (Mijatović, 2006)

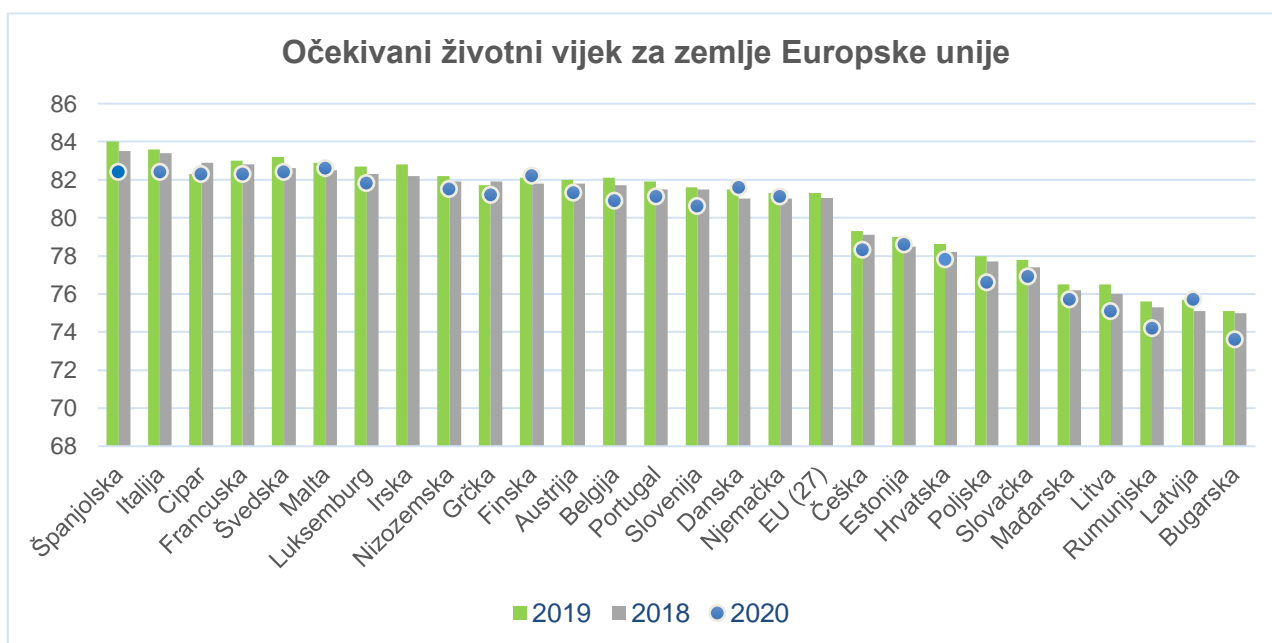
Međutim, ovime se osvjetljava problem lošeg hibridnog sustava u kojem se miješa javno i privatno zdravstveno osiguranje. Kao što je već spomenuto u prethodnom poglavlju ovog rada, HZZO kao regulatorna institucija na polju zdravstvenog osiguranja preuzima monopolni utjecaj kojim u podređeni položaj stavlja privatna osiguravajuća društva koja isto u svojoj ponudi nude dopunsko, odnosno privatno zdravstveno osiguranje. Osim toga, HZZO-u se, kao državnoj instituciji, u slučaju nedostatka financijskih sredstava može prenamijeniti dio sredstava inače namijenjenih drugim područjima gospodarstva, kao i povećati porezno opterećenje za građane čime bi se opet namaknula dodatna sredstva u fond zdravstva, a što gledajući s perspektive privatnih društava za osiguranje nije moguće. Osim toga, gledajući sa socijalnog aspekta, ovakvim ustrojem sustava zdravstvenog osiguranja kao hibridnog modela, narušava se jednakost svih građana u pristupu potrebnoj zdravstvenoj zaštiti pri čemu se pojedincima slabijeg imovinskog statusa i ostvarivanja niskog dohotka ograničava ista kvaliteta usluge zdravstvene zaštite kao i imućnijim pojedincima korisnicima dodatnih vrsta osiguranja.

6.1. Zdravlje na prvi pogled

Kako bi analiza problema hrvatskog zdravstva bila cjelovita, potrebno je sagledati koliko je ono uspješno i učinkovito kroz osnovni i jedan od relevantnijih pokazatelja – zdravlje populacije te kako se različiti problemi i financijski deficit sustava odražavaju na djelotvornost u prevenciji, dijagnostici i liječenju različitih vrsta bolesti.

Prema podacima OECD-a (2019) očekivani se životni vijek u Hrvatskoj u periodu od 2000. do 2017. godine povećao za 3,4 godine (s 74,6 na 78 godina), a na *Grafičkom prikazu 4*, prema podacima Eurostata (2021), vidljivo je kako je pozitivan trend zabilježen i u 2018. te 2019. godini. Razvijenije zemlje Europske unije bilježe duži očekivani životni vijek pri rođenju, dok se Hrvatska s još nekolicinom njih svrstala u grupu ispodprosječnih zemalja kada je riječ o zdravlju populacije. U usporedbi s prosjekom Europske unije (81,3 god.), u 2019. godini, Hrvatska (78,6 god.) je za čak 2,7 godina ispod prosjeka.

2020. je godina, kao što je više puta naglašeno, po mnogočemu specifična, a posljedice medicinskog šoka uzrokovanog koronavirusom odrazile su se prije svega na zdravstveno stanje ljudi pri čemu se dobna granica u Hrvatskoj, zbog naglog porasta mortaliteta smanjila te prema podacima Eurostata (2021), iznosi 77,8 godina što je 8 mjeseci manje nego 2019. godine, slična situacija smanjenja dobne granice prisutna je i u ostalim europskim državama.



Grafički prikaz 4 Očekivani životni vijek za zemlje Europske unije u 2018., 2019. i 2020. godini (Izrada autorice prema podacima Eurostata (2021))

Prvih deset uzroka smrti u 2019. godini u Hrvatskoj prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (Hrvatski zavod za javno zdravstvo [HZJZ], 2020a) su ishemijske bolesti srca, cerebrovaskularne bolesti, šećerna bolest, hipertenzivna bolest, rak bronha i pluća, rak debelog crijeva, kronične bolesti donjeg dišnog sustava, ateroskleroza, kronične bolesti jetre i rak kestenjače. S osnovnim ciljem poboljšanja zdravstvene slike stanovništva potrebno je naglasak staviti na primarnu prevenciju kao skup mjera kojima se nastoji spriječiti pojava bolesti. Različiti rizični čimbenici pojave bolesti poput pušenja, pretjerane konzumacije alkohola, neuravnotežene prehrane i nedovoljne fizičke aktivnosti rezultat su neodgovornog ponašanja, a što može biti povezano s nedovoljnom educiranosti populacije. Također, velik rizik obolijevanja je prisutan i kod osoba koje zbog svoje profesionalne izloženosti štetnim materijalima i kemikalijama te zračenju tijekom rada narušavaju svoje zdravlje. Slijedom navedenog, 2015. godine u Republici Hrvatskoj je pokrenut Nacionalni program „Živjeti zdravo“

s namjerom podizanja svijesti građana o važnosti odgovornog ponašanja prema vlastitom zdravlju.

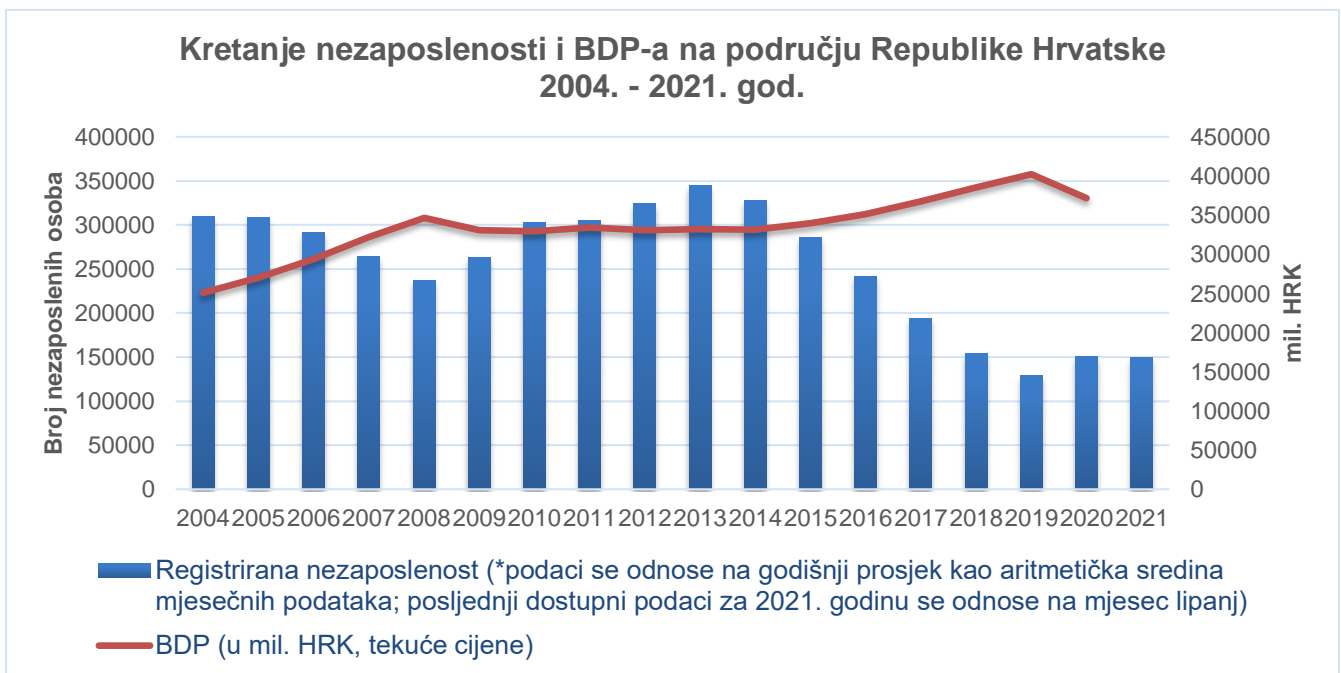
„Rak je drugi vodeći uzrok smrtnosti u EU nakon kardiovaskularnih bolesti.“ (OECD, 2020) Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2020b) navodi kako je obolijevanje stanovništva od malignih bolesti u kontinuiranom porastu, što je djelomično odraz povećanja očekivanog životnog vijeka, kao i demografskog problema povećanja udjela starog stanovništva koje ima veći rizik od obolijevanja od malignih bolesti.

Rak pluća najčešći je uzrok smrti od raka za Hrvate, a stopa smrtnosti od te bolesti nije se smanjila od 2000. Štoviše, stope smrtnosti, od raka pluća, raka dojke i raka debelog crijeva u Hrvatskoj više su nego u ostatku EU-a. (OECD, 2019)

S ciljem smanjenja smrtnosti i tendencijom ranog otkrivanja bolesti, u Hrvatskoj se provode i nacionalni preventivni programi namijenjeni određenim dobnim skupinama stanovništva koje su najrizičnije za obolijevanje od pojedinih grupa bolesti bez obzira na razinu zdravstvenog osiguranja. U najšire zastupljene programe koji se provode u Hrvatskoj ubrajaju se nacionalni preventivni programi ranog otkrivanja raka pluća, raka dojke, raka vrata maternice i raka debelog crijeva.

7. Kako se hrvatsko zdravstvo snašlo u jeku pandemije koronavirusa

Krajem 2019. godine, u gradu Wuhanu u Kini pojavio se novi virus, a važnost koju je zadobio u vrlo kratkom vremenu i zavladao svijetom nitko nije mogao predvidjeti. Kao posljedica bolesti koronavirusa, svijet je 2020. godine zadesila pandemijska kriza, a koja se infiltrirala u gotovo sve sfere suvremenog društva uzrokujući dugoročno brojne negativne implikacije na globalnu ekonomiju, a intenzitet širenja ne jenjava ni u prvoj polovici 2021. godine, u kojoj negativne posljedice sve više produbljuju probleme hrvatskog gospodarstva. Zbog međuovisnosti cjelokupnog nacionalnog, ali i svjetskog gospodarstva, kolaps se, poput domino efekta, brzo proširio na gotovo sve gospodarske sektore uzrokujući nazadovanje industrijskog napretka, ali i ostavljajući brojne druge negativne posljedice koje su se odrazile i na kućanstva gledajući s perspektive gubitka radnih mjesta i smanjenja dohotka. Mnoge ekonomske analize slažu se kako se ova kriza u velikoj mjeri razlikuje od dosadašnjih, a temeljna je razlika u glavnom uzroku, koji u ovom slučaju nije ni politički ni financijski već je izvor nastanka medicinski kolaps uslijed pojave nove, dosad neistražene, virusne bolesti uzročnika koronavirusa. Slijedom navedenog, u daljnjem tekstu sagledat će se širi aspekt i implikacije globalne financijske krize iz 2009. godine te usporediti s dosadašnjim razvojem situacije uzrokovane koronakrizom.



Grafički prikaz 5 Kretanje nezaposlenosti i BDP-a na području Republike Hrvatske za razdoblje 2004.-2021. godine (Izrada autorice prema podacima Hrvatskog zavoda za zapošljavanje (2021) i Hrvatske narodne banke (2021))

Na *Grafičkom prikazu 5* ilustrirano je kretanje broja nezaposlenih uz istovremeni prikaz trenda kretanja BDP-a za razdoblje od 2004. do prve polovice 2021. godine. U razdoblju od 2004. do 2008. godine Republika Hrvatska bilježila je rast BDP-a popraćenog kontinuiranim padom broja nezaposlenih osoba, no uslijed negativnih učinaka globalne ekonomske krize stanje se u 2009. godini pogoršalo te nastavilo negativan trend sve do 2013. godine kada je nezaposlenost bila najveća, nakon čega se stopa nezaposlenosti počinje smanjivati, a čemu u prilog ide i činjenica kako je 1. srpnja 2013. godine Republika Hrvatska postala punopravnom članicom Europske unije. Prema Ministarstvu vanjskih i europskih poslova (2018) članstvo u spomenutoj asocijaciji doprinijelo je porastu izvoza zahvaljujući primjeni koncepta jedinstvenog tržišta Europske unije pri čemu se na robe iz članica ne primjenjuje carinjenje, a usto omogućeno je slobodno kretanje radne snage. Iako je ovakvo otvaranje bilo jednim od uzroka smanjenja nezaposlenosti zabilježenog nakon 2013. godine, ne može se ocijeniti pozitivnim iz razloga što je velik broj radne snage napustio Republiku Hrvatsku te prouzročio nove probleme za mirovinski i zdravstveni sustav i općenito narušio demografsku sliku.

Obzirom da se Hrvatska ubraja u socijalne države, u kojima zdravstveni i mirovinski sustavi u najvećem dijelu funkcioniraju po principu solidarnosti, svaki gubitak radnog mjesta znači i manju uplatu doprinosa u te sustave, što utječe na pad standarda i socijalnih prava svih građana. (Rančić, Durbić, 2016)

Tendencija smanjenja proračunskog deficita radi ublažavanja većih ekonomskih katastrofa odrazila se i na zdravstveni sustav stvarajući pritisak sa zahtjevom za njegovu rekonstrukciju s ciljem povećanja efikasnosti i smanjenja troškova, dok je s druge strane istodobno prisutno sukcesivno povećanje potražnje za zdravstvenim uslugama za koje se u većoj mjeri izdvajaju sredstva iz javnog proračuna. Uzimajući u obzir ranije spomenuto narušavanje demografske slike Hrvatske popraćeno povećanjem udjela starog stanovništva koje u većoj mjeri koristi usluge zdravstva te istodobno iseljavanje radno aktivnog stanovništva, revitalizacija ovog sustava je bila neophodna. Prema Broz i Švaljek (2014) poduzeto je niz mjera kojima se nastojao financijski stabilizirati sustav, a ujedno i poboljšati kvaliteta zdravstvenih usluga. Kako Čavrak (2020) navodi za Hrvatsku je financijska kriza predstavljala velik izazov te je za djelomičan oporavak gospodarstva bilo potrebno šest godina što je dovelo u vrlo nepovoljan položaj mnoga kućanstva i poslovne subjekte. Usporen, ali pozitivan trend razvoja hrvatskog gospodarstva nakon krize zaustavila je nova nenadana kriza svjetskih razmjera, kriza zdravstva uzrokovana dosad nepoznatom bolešću COVID-19 uzrokovanoj koronavirusom, a koja je u vrlo kratkom roku uspjela prouzročiti probleme u svim sferama ekonomije i ljudskog života.

Zdravstveni je sustav u vrlo kratko vrijeme postao okosnicom socijalne politike zemlje, koju uslijed nepredvidivih okolnosti karakteriziraju česte promjene. Kriza se uvukla u sve grane gospodarskog sustava Republike Hrvatske uzrokujući blokadu rada brojnih djelatnosti što se implicitno negativno odrazilo i na poslovanje HZZO-a, kao središnje institucije odgovorne za realizaciju modela obveznog zdravstvenog osiguranja, čiji su se prihodi uvelike smanjili. Prema podacima HZZO-a (2021) Zavod je 2020. godine ostvario 5,16% manje prihoda od doprinosa od onog ostvarenog u istom obračunskom razdoblju 2019. godine. Prema podacima Hrvatskog zavoda za zapošljavanje (2021) nezaposlenost se u 2020. godini u odnosu na 2019. godinu znatno povećala, a kako Arčabić (2020) navodi rast je brži od zabilježenog tijekom globalne financijske krize od 2009. do 2014. godine. Od prvog zabilježenog slučaja zaraze koronavirusom u Hrvatskoj, 25. veljače 2020. godine, započela je promptna reakcija zdravstvenog sustava s ciljem što bolje pripreme za svladavanje problema koje donose nepredvidive okolnosti izazvane novim virusom. Kao što je već spomenuto, pandemija svjetskih razmjera nije zaobišla ni Hrvatsku, koja je bilježila sve veći broj oboljelih, stoga je zdravstveni sustav pod ingerencijom Ministarstva zdravstva označila reorganizacija radi poboljšanja učinkovitosti kako bi potrebna zdravstvena skrb bila dostupna ne samo oboljelima koronavirusom već i ostalim pacijentima drugih hitnih i akutnih ili pak kroničnih stanja. Zdravstvene su ustanove neprestano prilagođavale svoje kapacitete promjenjivim potrebama pacijenata, kojima se zbog hitnoće stanja nije moglo odgoditi pružanje adekvatne zdravstvene skrbi. Također, došlo je i do sistematizacije sustava s aspekta rasporeda rada zdravstvenih djelatnika kao i ustrojavanja „COVID-19 ambulanta“ namijenjenih pregledu osoba kod kojih su se pojavili simptomi vezani uz zarazu koronavirusom.

S ciljem što brže razmjene informacija između zdravstvenog sustava i građana te pravovremenog reagiranja u teško predvidivim okolnostima brzo rastuće incidencije virusom uspostavljen je i sustav umjetne inteligencije nazvan „digitalni asistent Andrija“ dostupan putem aplikacije WhatsApp. Vlada Republike Hrvatske (2020a) kao funkcionalnosti sustava ističe edukaciju građana o mogućim simptomima zaraze kako bi se u što ranijoj fazi prepoznala infekcija virusom, upoznavanje s mogućim rizicima zaraze, usmjeravanje građana potrebnim institucijama čime se postiže veća racionalnost cjelokupnog sustava s aspekta utroška vremena i energije već ionako preopterećenih zdravstvenih djelatnika te razmjenu informacija o zdravstvenom stanju kućanstava temeljem kojih epidemiolozi mogu pravovremeno donositi adekvatne mjere zaštite.

Prema brzini i intenzitetu širenja već se u prvoj polovici 2020. godine moglo naslutiti kako će ova bolest postati jednim od najteže rješivih svjetskih problema 21. stoljeća. Koronavirus nije samo bio udar za zdravstvenih sustav već je postao sveprisutan problem današnjice u svim aspektima ljudskog djelovanja uzrokujući krizu globalnih razmjera. Širenjem

pandemije na sve kontinente uzrokujući stagnaciju napretka svjetske ekonomije - ova je kriza postala jedna od najvećih u novijoj povijesti, a kako Čavrak (2020) navodi uzrokovana je medicinskim šokom kojeg čini šest faza različitog vremenskog trajanja i dinamike pri čemu je vrlo važno dobro poznavanje situacije i pravovremeno reagiranje te pravilno postupanje.

Republika Hrvatska je relativno brzo reagirala na novonastalu situaciju te je 17. ožujka 2020. godine na sjednici Vlade Republike Hrvatske prihvaćen paket mjera namijenjenih pružanju potpore gospodarstvu poradi otežanih okolnosti izazvanih epidemijom koronavirusa. Vlada Republike Hrvatske (2020b) istaknula je kako se usvojene mjere odnose na odgodu plaćanja, a što se ponajprije odnosi na javna davanja poput poreza na dohodak i poreza na dobit kao i doprinosa na plaće. Osim toga, problem s podmirenjem obveza po preuzetim zajmovima prema HBOR-u i komercijalnim bankama nastojao se umanjiti uvođenjem moratorija, a poduzet je i cijeli niz mjera usmjerenih održavanju likvidnosti poslovnih subjekata s aspekta mogućnosti isplate plaća i podmirenja obveza prema dobavljačima te ostalih troškova nastalih redovnim poslovanjem.

Usljed medicinskog šoka izazvanog eskalacijom virusa poduzeto je niz mjera s namjerom zaštite zdravlja ljudi čime se narušilo i gospodarstvo onemogućavanjem proizvodnje i opskrbe u uobičajenim količinama kako na nacionalnoj tako i na svjetskoj razini. Nastavno na navedeno, kako Čavrak (2020) ističe uslijedio je šok ponude koji potiče korištenje zaliha, no kako i one nisu beskonačne, slom ponude je bio neizbježan. Rapidnim povećanjem novih slučajeva zaraze koronavirusom društvo počinje sve pesimističnije gledati na daljnji razvoj situacije čime započinje i razdoblje opadanja potražnje i ulaganja na tržištu.

Osobna potrošnja smanjila se za 6,8% na godišnjoj razini, pri čemu pad odražava smanjenje raspoloživog dohotka zbog negativnih kretanja na tržištu rada, pad potrošnje usluga čije je pružanje bilo ograničeno epidemiološkim mjerama, ali i manju sklonost građana potrošnji zbog mjere fizičkog udaljavanja i izbjegavanja rizika zaraze te znatnog pogoršavanja potrošačkog optimizma. (HNB, 2020)

„Pad potražnje uvjetuje pad novčanih tokova poduzeća što dovodi do straha od bankrota.“ (Čavrak, 2020) Smanjenjem potražnje smanjuje se i potreba za proizvodnjom, a obveze je i dalje potrebno podmiriti čime su poduzeća primorana otpustiti zaposlene te se time otvara novi problem pojedinaca i njihovih obitelji koje ugrožava sve teža financijska situacija, što je kao problem prepoznala i Vlada Republike Hrvatske te se dio mjera vezanih za zajmove, usvojenih na sjednici Vlade Republike Hrvatske 17. ožujka 2020. godine, odnosio ne samo na poslovne subjekte već i na građane kojima se omogućila odgoda plaćanja mjesečnih anuiteta po preuzetim kreditima na tri mjeseca. Međutim, potražnja je i dalje bilježila negativan trend pada. „Ovo pak dodatno povećava neizvjesnost i strah pa ulazimo u novi dublji negativni krug

petlje: dodatni pad potrošnje, pad proizvodnje i zaposlenosti, pad prihoda poduzeća i kućanstava i tako se negativna petlja multiplicira.“ (Čavrak 2020)

U usporedbi s izlaskom iz globalne financijske krize (2009.-2014.) koronakriza puno je složeniji problem kada se u razmatranje uzme širi kontekst i okruženje u kojem se Republika Hrvatska nalazi. Pristupanjem Europskoj uniji, 1. srpnja 2013. godine, kao što je već spomenuto, Hrvatskoj se otvorila mogućnost većeg izvoza u europske zemlje članice spomenute asocijacije čime se lakše oduprla dubljem ulasku u krizu te djelomice i povećanjem izvoza pospješila oporavak gospodarstva, što u vrijeme koronakrize nije slučaj. Prema publikaciji Hrvatske narodne banke (2020) realni BDP smanjio se za 7,8% u prvoj polovici 2020. godine u usporedbi s istim razdobljem 2019. godine, a temeljni uzroci pada su reduciranje osobne potrošnje i ulaganja te značajan pad ukupnog izvoza. Arčabić (2020) navodi kako Hrvatsku karakterizira malo otvoreno gospodarstvo za koje je izuzetno bitan uvoz i izvoz, a koji su se uslijed problema uzrokovanih koronavirusom u 2020. godini nepovoljno odrazili na gotovo sve grane industrije, a situacija nije znatno bolja ni u prvoj polovici 2021. godine.

Spomenuti problemi s kojima se svijet suočava u kratkom se roku negativno odražavaju i na pojedinca uzrokujući različite oblike psiholoških i psihičkih poremećaja, koji mogu u dugom roku biti uzrokom razvoja čitavog niza oboljenja, čije će liječenje predstavljati dodatni teret financijskom sustavu zdravstva. Osim spomenutog, proglašenjem epidemije bolesti COVID-19 reduciran je broj ambulantnih i bolničkih pregleda te postupaka s naglaskom na provođenje samo onih koje zahtijeva hitnoća stanja pacijenta. U jeku pandemije sve više do izražaja dolaze i nefunkcionalnosti sustava zdravstva poput loše organiziranosti i manjka medicinskog kadra što se očituje kroz prekovremeni rad liječnika i medicinskog osoblja čime se još više potencira njihovo nezadovoljstvo i egzodus u inozemstvo. Pretpostavlja se kako će se prisutan trend iseljavanja liječnika iz Republike Hrvatske kroz vrijeme intenzivirati, a koronakriza samo je rasvijetlila razloge gubitka mladih stručnjaka za čije je školovanje država izdvojila visok udio sredstava, a njihova stečena znanja i vještine upotrebljavaju zdravstveni sustavi stranih država u kojima oni grade svoje radno iskustvo.

Financijski dugovi u zdravstvu primarni su problem o kojem ovisi njegova održivost. Proglašenjem epidemije koronavirusa u prvoj polovici 2020. godine svi dosadašnji problemi i nedostaci zapali su u drugi plan pa je tako i dugo neriješen problem duga prema veletrgojama nakratko zanemaren. Međutim, smirivanjem prvog vala zaraze veletrgojama su u ljeto 2020. godine, može se reći beskompromisno reagirale, tražeći otplatu dijela sredstava koji zdravstveni sustav zajedno s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje duguje te istodobno blokirajući jednim dijelom isporuku lijekova zdravstvenim ustanovama s

najvećim dugovanjem. Tržište lijekova, kako Broz (2014) navodi, ne funkcionira po konceptu slobodnog tržišta već podliježe strogoj regulaciji s aspekta kvalitete i sigurnosti kako bi se postigla racionalizacija u konzumaciji raznih vrsta lijekova te sigurnost i zaštita njihovih konzumenata jer zdravlje ima karakter javnog dobra. Nadalje, ne može se ni reći kako uobičajena cjenovna elastičnost potražnje na većini tržišta djeluje kada je riječ o tržištu lijekova jer u cjelokupnom formiranju potražnje veliku ulogu ima i medicinsko osoblje koje će na osnovu zdravstvenog stanja pacijenta odrediti potrebu za pojedinim lijekom.

Također, na potražnju za lijekovima utječu promjena demografske strukture stanovništva, odnosno starenje stanovništva, kronične bolesti i dinamika uvođenja novih lijekova, ali i gospodarski rast. (Broz, 2014, str. 221)

Slijedom navedenog, može se pretpostaviti kako će Hrvatsku, poprimi li trenutna kriza dugogodišnji karakter, kroz određeno razdoblje još više tlačiti teret financiranja lijekova uslijed smanjenja zaposlenosti i povećanja udjela starog stanovništva kojem je u većoj mjeri potrebna konzumacija raznovrsnih lijekova, a sredstva iz doprinosa zaposlenih neće biti dostatna za podmirenje svih zdravstvenih potreba.

U namjeri sprječavanja katastrofe globalnih razmjera, već su 2020. godine mnoge farmaceutske kompanije sa svojim timovima znanstvenika krenule u utrku razvoja cjepiva protiv koronavirusa koje će spasiti svjetsko stanovništvo. Pojavom prvih doza cjepiva države su razvile programe cijepljenja, a kako Europska komisija (bez dat.) navodi trenutno odobrena cjepiva za područje Europske unije od strane Europske agencije za lijekove (EMA) su: BioNTech Pfizer, Moderna, AstraZeneca za čiju su djelotvornost potrebne dvije doze te od 11. ožujka 2021. godine Janssen Pharmaceutica NV koja osigurava zaštitu primjenom samo jedne doze. U Hrvatskoj je cijepljenje građana započelo 27. prosinca 2020. godine kada je prva hrvatska građanka, štićenica doma za starije osobe u Zagrebu, Branka Aničić primila prvu dozu cjepiva. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (2021) zaključno 2. srpnja 2021. godine u Hrvatskoj broj građana koji je primio barem jednu dozu cjepiva iznosi 1.500.932, od čega je njih 1.132.263 cijepljeno s dvije doze, a ubroje li se u tu skupinu i osobe koje su primile jedinu dozu, odnedavno dostupnog cjepiva Janssen (23.240), za 1.155.503 hrvatskih građana je postupak cijepljenja završen. Međutim, u Hrvatskoj je, prema podacima Our World in Data (2021) do 15. srpnja 2021. godine barem jednu dozu cjepiva primilo tek 38,23% stanovništva što je u usporedbi s drugim zemljama Europske unije vrlo malen udio.

Koliko će ova kriza potrajati te koje će sve posljedice implicirati ne može se još sa sigurnošću utvrditi. Oporavak Hrvatske od financijske krize (2009.-2014.) trajao je šest godina, no tada je gospodarsko stanje u kojem je kriza zadesila Hrvatsku okarakterizirano kao puno lošije od onog u 2019. i početku 2020. godine kada se pojavio problem brzoširećeg virusa.

Arčabić (2020) navodi kako je zaposlenost bila visoka, a „zaduženost, javne financije i položaj u međunarodnoj razmjeni su bili u povoljnijoj poziciji“. Specifičnost ove krize ogleda se i u povećanoj potrebi stavljanja naglaska na zdravstveni sustav u kojem je potrebno pronaći načine za postizanjem veće racionalnosti sustava, a opet s druge strane omogućiti odgovarajuću zaštitu svim građanima jer zdravlje stanovništva vrlo je važan element i kod daljnjeg društvenog i gospodarskog napretka.

8. Model preporuka

Nedostatak financijskih sredstava središnji je problem sustava zdravstva, a za njegovo rješavanje potrebno je razmotriti širu sliku i utvrditi njegove uzroke te pokušati pronaći adekvatna rješenja za poboljšanje u osnovnim aspektima zdravstva koji doprinose održivosti cjelokupnog sustava i očuvanju zdravlja društva. Stoga će se u ovom poglavlju raspraviti o mogućem modelu preporuka kao potencijalnih rješenja za unapređenje i uspostavljanje racionalnijeg i pravednijeg sustava u kojem se pametno upravlja raspoloživim resursima te proaktivno djeluje s ciljem sprječavanja budućih izljevova financijskih sredstava za saniranje šteta nastalih nedovoljnom učinkovitošću u sadašnjosti.

Kao što je već spomenuto u prethodnom poglavlju, najčešći uzroci smrti u Republici Hrvatskoj u 2019. godini bile su bolesti koje u velikoj većini nastaju kao posljedica neodgovornog ponašanja pojedinaca prema svom zdravlju. Medicinska intervencija i postupci liječenja pacijenata visok su izdatak za nizak proračun zdravstva pri čemu se vrlo teško uspostavlja ravnoteža i postiže optimizacija sustava. Pokrenuta nacionalna platforma „Živjeti zdravo“ nastoji potaknuti građane na veću brigu o svom zdravlju, više tjelesne aktivnosti i zdravu prehranu, no još uvijek velik dio društva unatoč upozorenjima liječnika i stručnjaka nekontrolirano konzumira alkohol, cigarete, drogu i proizvode s visokim udjelom šećera, a koji se negativno održavaju na zdravstveno stanje konzumenata. Jednom kada se bolest razvije štete su velike – ne samo u obliku troška zdravstva već i s aspekta samog pojedinca kojem se narušava kvaliteta života. Kako bi se to spriječilo, uz postojeći nacionalni program osvještavanja građana o važnosti brige o svom zdravlju, moguće rješenje problema pronalazi se i u pravednijem mehanizmu ubiranja doprinosa za dopunskog zdravstveno osiguranje od strane HZZO-a. Predloženo rješenje, umjesto jedinstvene tarife za sve skupine osiguranika, podrazumijeva organizaciju sustava plaćanja doprinosa prema riziku obolijevanja od bolesti koje su višegodišnji predvodnici na listi najčešćih uzročnika smrti u Republici Hrvatskoj, a uzrokovane u većoj mjeri nedovoljno savjesnim ponašanjem pojedinaca prema vlastitom zdravlju. Također, dodatan izvor financijskih sredstava u proračun za zdravstvo moguće je uprihodovati povećanjem trošarina na cigarete i alkohol te gazirana i druga bezalkoholna pića visokog udjela šećera kao i hranu koja sadrži tvari potencijalno štetne za zdravlje čovjeka u većim količinama. Ovom bi se mjerom djelovalo dvojako - osim povećanja financijskih sredstava za unapređenje zdravstva, utjecalo bi se na podizanje svijesti građana o važnosti pravilne i zdrave prehrane te savjesne brige o cjelokupnom zdravstvenom stanju organizma, čime bi se ujedno i broj oboljelih osoba od nemarnog ponašanja prema svom zdravlju uvelike smanjio. Sprječavanjem pretjerane konzumacije štetnih tvari vjerojatnost pojave bolesti se

smanjuje čime se i smanjuju izdaci za liječenje, a ubiranjem većih poreza povećava se zdravstveni fond kojeg je moguće iskoristiti za unapređenje cjelokupnog sustava te podizanje kvalitete zdravstvene zaštite.

Zdravstvo kao neizostavan dio gospodarskog sustava zemlje zbog svoje ključne uloge nije moguće gledati kao izolirani mehanizam, pa tako gledajući širi dijapazon karika u gospodarskom lancu neizostavno je osvrnuti se i na prometni sustav. Promet igra ključnu ulogu i u privatnom i poslovnom segmentu ljudskog života, povezuje svijet, a može se reći kako uvelike diktira i razvoj gospodarstva. U posljednje se vrijeme sve više naglašava njegov štetan utjecaj na okoliš čime se neposredno narušava stanište ne samo čovjeka već i cjelokupnog biljnog i životinjskog svijeta. „Najočigledniji utjecaj koji zagađeni zrak ima na ljudsko zdravlje su bolesti respiratornih organa (astma, bronhitis, emfizem, rak pluća) – jer zagađivači iz atmosfere udisanjem najlakše ulaze u tijelo.“ (Golubić, 1999, str. 36) Današnje funkcioniranje društva kojim se nameće užurbani način života stvara i potrebu za vozilom što rezultira kontinuiranim povećanjem broja vozila na prometnicama. Ispušni plinovi iz motornih vozila ozbiljna su prijetnja zdravlju čovjeka čime se povećava i vjerojatnost obolijevanja od raznih vrsta bolesti te povećanje rashoda zdravstva. S tog se gledišta zagađivanje ispušnim plinovima može gledati kao negativna eksternalija, a kako bi se postigao određeni kompromis između kvalitete života i dobrog zdravlja čovjeka, napretka gospodarstva te zadovoljenja potreba za prijevozom jedna od mogućih mjera jest povećanje poreza na cestovna motorna vozila pri čemu bi se uvećani dodatak u sklopu poreza preusmjeravao u fond zdravstva. Također, umjesto dosad određenog pravila plaćanja spomenutog poreza do 10 godina starosti vozila, kao moguće bolje rješenje jest plaćanje poreza za motorna vozila starija od 10 godina. Naime, starija vozila potencijalno su veći zagađivači okoliša, a samim time starija vozila postaju manje sigurna za rukovanje na prometnicama. Ovako uređenim pravilom plaćanja poreza, tzv. pigouvskog poreza⁵, poticalo bi se stanovništvo i na kupnju novih automobila, a posebice kupnju električnih kojima se uvelike reducira opasno narušavanje okoliša i zdravlja štetnim ispušnim plinovima.

Povećanjem broja motornih vozila na hrvatskim prometnicama zaslužno je povećanje životnog standarda, ali isto tako i činjenica kako je Republika Hrvatska turistička i tranzitna zemlja. Polazeći od te činjenice moguće je kreirati još jednu mjeru u vidu povećanja iznosa financijskih sredstava namijenjenih zdravstvenom sustavu. Naime, povećanjem iznosa cestarina u manjem postotnom iznosu vozačima ne bi prouzročilo znatno poskupljenje, a

⁵ Prema Mankiwu (2006) pigouvski porezi su davanja kojima se nastoje ispraviti učinci koje proizvode negativne eksternalije, a naziv su dobili prema ekonomistu Arthuru Pigou koji je bio jedan od prvih pobornika njihove primjene.

razlika povećanja iznosa na velik broj motornih vozila na godišnjoj razini bi rezultirala podosta velikim iznosom koji bi se u zdravstvu mogao utrošiti primjerice na kupnju određenih medicinskih uređaja koje hrvatske bolnice ne posjeduju te su zbog toga pacijenti primorani odlaziti u inozemstvo na određene medicinske preglede i zahvate.

Osim toga, turizam je još jedno potencijalno područje kojim bi se mogla ostvariti dodatna financijska sredstva za pomoć zdravstvu. Republika Hrvatska svake godine bilježi velik broj turista, a kada bi se turistička pristojba po turistu koju naplaćuju turističke zajednice povećala u nekom manjem postotnom iznosu te uvećani dio preusmjerio u proračun zdravstva na godišnjoj razini bi se ostvario podosta velik iznos koji bi se mogao uložiti u neko najpotrebnije područje zdravstva.

Ministarstvo zdravstva kontinuirano radi na unapređenju kvalitete zdravstvene zaštite, ali isto tako i na samoj prevenciji s ciljem sprječavanja nastanka bolesti kao i ranog otkrivanja ako je bolest već nastupila. Nacionalni programi ranog otkrivanja raka dojke, raka debelog crijeva i raka vrata maternice među najpoznatijim su programima u Hrvatskoj te se provode dužni niz godina. Osim njih, tu su i nacionalni program ranog otkrivanja slabovidnosti namijenjen djeci u ranoj dobi, nacionalni program za prevenciju HIV-a i zdravstvena zaštita koja se pruža osobama oboljelim od dijabetesa. Većina spomenutih programa namijenjena je osobama u zreloj i starijoj dobi, stoga, kako bi se postigla veća korisnost preventivnog sustava, potrebno je organizirati i nekoliko programa namijenjenih mlađoj populaciji. Jedan od mogućih programa jest nacionalni program namijenjen osobama u dobi od 20 godina kojim bi se utvrdile genetske predispozicije za obolijevanje od određenih grupa bolesti čime bi se pravovremeno moglo reagirati te u većoj mjeri spriječiti nastanak određenih bolesti. Primjerice, kroz ovakav preventivni program moglo bi se utvrditi ima li osoba veći rizik od obolijevanja od šećerne bolesti te bi se, ukoliko postoji povećana mogućnost nastanka bolesti, osobama na vrijeme mogla dati preporuka o prilagođenom načinu prehrane, vrsti fizičke aktivnosti i slično.

9. Zaključak

Republika Hrvatska je socijalna država te nastoji svakom članu društva omogućiti jednaku priliku i osnovne životne uvjete, a uzimajući u obzir kako je zdravstvo dio socijalne infrastrukture zemlje, često je u fokusu vlade prilikom kreiranja adekvatne socijalne politike. Zdravstveni sustav, i u njegovom sastavu vrlo bitan element – zdravstveno osiguranje, često se suočavaju s problemom pojave negativnih eksternalija kao i asimetrije informacija kojom se otvara put pojavi moralnog hazarda i negativne selekcije čime se učinkovitost zdravstvenog sustava dodatno narušava. Uzimajući u obzir sve navedeno, a s tendencijom postizanja koncepta države blagostanja, u ovom segmentu osiguranja jednake dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite svima, uplitanje države putem kreiranja različitih politika upravljanja te provedbenih programa kao i definiranja zakonodavnog okvira je neophodno.

Temeljem dosad provedenih istraživanja i sustavnih ekonomskih analiza zdravstvenih sustava diljem svijeta može se zaključiti kako je područje ekonomike zdravstva još nedovoljno razvijeno, a svaka se zemlja, unatoč nekolicini osnovnih modela organizacije, razlikuje po određenim jedinstvenim značajkama. Tržišni model organizacije zdravstvene zaštite tipičan je za Sjedinjene Američke Države, dok su Beveridgeov i Bismarckov model bliski europskim zemljama, a njihove pojedine karakteristike isprepliću se i u hrvatskom mješovitom zdravstvenom sustavu.

Ustrojstvo hrvatskog zdravstvenog sustava može se pratiti piramidalno kroz tri osnovne razine – primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene zaštite. Kroz ovakvu raščlambu sustava moguće je najučinkovitije prepoznati tekuće probleme s kojima se zdravstvo suočava te odrediti moguće preporuke za njihovo rješavanje. Kako su navedene razine međusobno povezane i uvjetovane, rješavanje problema jedne od njih zahtijeva analizu razina koje joj prethode jer se poteškoće jedne od njih mogu odraziti i na cjelokupan zdravstveni sistem. Jedan od najviše izraženih problema hrvatskog zdravstvenog sustava jest preopterećenje sekundarne razine zdravstvene zaštite, koji se pokušava riješiti obavljanjem jednodnevnih medicinskih zahvata koji su nekada zahtijevali višednevno bolničko liječenje te funkcionalnom integracijom bolnica kao središnjih ustanova sekundarne razine zdravstvene zaštite. Međutim, kako bi se problem riješio u svojim temeljima potrebno je obaviti i sveobuhvatnu analizu primarne razine u kojoj se ostvaruje prva interakcija pacijenta sa zdravstvenim sustavom te upravo na toj razini proširiti spektar medicinskih usluga te povećati učinkovitost s ciljem rasterećenja sekundarne razine zdravstvene zaštite, a što je već započeto uvođenjem indikatora učinkovitosti („Key Performance Indicators“) te indikatora kvalitete („Quality

Indicators“) putem kojih se određuje visina stimulacijskog dijela prihoda kojeg ostvaruju liječnici primarne zdravstvene zaštite.

Osim spomenutih problema pojedinih razina zdravstvene zaštite, neizostavno je spomenuti najveći problem svih razina, odnosno cjelokupnog sustava zdravstva. Riječ je o dugogodišnjem problemu traženja efikasnog gospodarenja financijama jer dosadašnje politike i modeli upravljanja financijskim resursima nisu iznjedrili željene ishode. Hrvatski se sustav zdravstva najvećim dijelom financira iz obveznog zdravstvenog osiguranja, dok se jedan manji dio prihoda ostvaruje temeljem dopunskog zdravstvenog osiguranja ili izravnih plaćanja. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO], kao središnja institucija odgovorna za realizaciju obveznog zdravstvenog osiguranja, zajedno s društvima za osiguranje djeluje i na tržištu dopunskog zdravstvenog osiguranja. Upravo se u tome ogleda problem lošeg hibridnog sustava u kojem HZZO svojim monopolnim utjecajem ostale konkurente na tržištu stavlja u podređeni položaj. Dopunsko osiguranje kod HZZO-a opsegom i iznosom je jednako za sve osiguranike, ali ne nudi pokriće za dopunsku listu lijekova, dok privatna osiguravajuća društva nude i mogućnost osiguranja koje pokriva i dopunsku listu lijekova kao i različit opseg pokrića zdravstvenih usluga što u konačnici formira i različite visine premija koju plaćaju osiguranici. Međutim, HZZO kao glavni regulator može utjecati na tržište tako da mijenja lijekove na dopunskoj listi lijekova čime se stvaraju problemi za privatna osiguravajuća društva. Također, loš hibridni model negativno se odražava i na same pacijente pri čemu su osobe koje su korisnici dodatnog zdravstvenog osiguranja u povoljnijem položaju od ostalih pacijenata jer je njima omogućeno pružanje određenih zdravstvenih usluga bez čekanja čime se pacijentima koji su korisnici, uz obvezno, primjerice samo dopunskog osiguranja produljuju redovi čekanja na određene preglede, pretrage ili medicinske zahvate, a što može biti presudno za rano otkrivanje bolesti i pravovremeno liječenje.

Zdravlje populacije jedan je od najboljih indikatora učinkovitosti sustava zdravstva, a vrlo se često ogleda kroz pokazatelj očekivanog životnog vijeka. Iako se životni vijek kontinuirano produljuje, uspoređujući očekivani životni vijek populacije u Republici Hrvatskoj s ostatkom zemalja Europske unije može se zaključiti kako se Hrvatska s još nekolicinom država našla ispod prosjeka. Ova činjenica se može povezati s podacima o izdacima za zdravstvo u postotku BDP-a pri čemu Hrvatska izdvaja mali postotak za zdravstvo ako se usporedi s razvijenijim europskim zemljama. Preusmjeravanjem više sredstava zdravstvu kojim bi se racionalno upravljalo moguće je podići kvalitetu zdravstvene usluge i skrbi čime bi se doprinijelo i boljoj prevenciji kao i većem stupnju izlječenja od brojnih vrsta bolesti koje su danas česti uzroci smrtnosti. Slijedom navedenog, razvijen je model preporuka kao mogućih idejnih rješenja pojedinih prepreka i problema s kojima se suočava današnje zdravstvo. Naime, kao dobar pomak u zdravstvu jest, uz postojeće, uvesti još nekoliko nacionalnih programa

preventivnih pregleda kroz koje bi se u ranoj fazi pacijentima otkrila bolest te pravovremeno pristupilo liječenju. Napredak društva i novi trendovi nameću i užurbani način života, a posebice kada je riječ o mlađoj populaciji, stoga kao jedan pozitivan korak u vidu prevencije u zdravstvu jest uvođenje nacionalnih programa preventivnih pregleda za osobe u dvadesetim godinama života za bolesti koje su prema statističkim pokazateljima najzastupljenije u toj dobnoj skupini. Ovom se idejom nameće pitanje već ranije spomenutog nedostatka financijskih sredstava, no postoji nekoliko mogućih načina pribavljanja dodatnih financijskih sredstava kroz alokaciju iz drugih prihodovno bogatijih segmenata gospodarstva. Primjerice, povećanjem iznosa cestarina za samo jedan euro, vozačima u većini slučajeva ne bi predstavljalo prevelik dodatni izdatak, a na velik broj vozila koja na godišnjoj razini prolaze hrvatskim autocestama skupio bi se podosta velik iznos koji bi se mogao namijeniti najpotrebnijem segmentu u zdravstvu. Također, ispušni plinovi motornih vozila postali su velika prijetnja staništu brojnih biljnih i životinjskih vrsta, a negativno se odražavaju i na zdravlje čovjeka. Stoga, povećanjem poreza na cestovna motorna vozila, kao i uvođenjem poreza na cestovna motorna vozila starija od deset godina, koja su potencijalno veći zagađivači okoliša, ostvario bi se dodatan fond sredstava za pomoć zdravstvenom sustavu. Osim toga, uzimajući u obzir kako je hrvatska turistička zemlja i svake godine broji velik broj turista, povećanjem iznosa pristojbi po svakom turistu, koje ubire turistička zajednica, za nekoliko kuna, ostvareni višak bi se opet mogao namijeniti zdravstvu u tom području u kojem djeluje pojedina turistička zajednica.

Sukladno svemu navedenom, može se zaključiti kako su zdravstveni sustav i gospodarsko stanje zemlje međusobno uvjetovani segmenti te je upravo analizom cjelokupnog gospodarstva potrebno pronaći načine za racionalnijom potrošnjom materijalnih i nematerijalnih resursa te ih alocirati u deficitna i ključna područja, a zdravstvo je svakako jedno od njih. Suodnos zdravstva s gospodarstvom zemlje posebno se ističe i u vrijeme eskalacije problema velikih gospodarskih kriza. Dosadašnje su se ekonomske krize indirektno negativno odrazile na zdravstveni sustav uslijed gospodarskih problema koji su rezultirali gubitkom radnih mjesta te time ujedno utjecali na smanjenje doprinosa za zdravstveno osiguranje. Međutim, kriza uzrokovana pandemijom bolesti COVID-19 izazvala je puno snažniji odjek u području zdravstva upravo zbog svoje specifičnosti u uzroku nastanka – virusu koji se nezaustavljivo širio među stanovništvom. Zdravstveni su kapaciteti pred pritiskom sve većeg broja oboljelih postajali nedostadni, a problem manjka medicinskog kadra te loša kvaliteta i uvjeti rada sve su više dolazili do izražaja. Ovo je samo još jedan argument potrebnoj državnoj intervenciji te kreiranju cjelovite reforme zdravstva koja će rezultirati produktivnijim i racionalnijim zdravstvenim sustavom, spremnim i u izvanrednim situacijama poput ove izazvane koronavirusom, kao neizostavnim faktorom u ostvarivanju blagostanja društva i postizanju zdravlja svakog čovjeka kao ključnog resursa u gospodarskom napretku svake zemlje.

10. Popis literature

- Antabak, A., Šeparović, I. (2015). Jednodnevna kirurgija kao sastavni dio moderne bolnice 21. stoljeća. *Acta Chirurgica Croatica*, 12 (1), 11-12. Preuzeto 10.06.2021. s <https://hrcak.srce.hr/143757>
- Arčabić, V. (2020). Korona kriza: pouke iz dosadašnjih recesija. Preuzeto 30.06.2021. s <https://arhivanalitika.hr/blog/korona-kriza-pouke-iz-dosadasnjih-recesija/>
- Bejaković, P. (2007). *Zdravstveni sustav*. U K. Ott (ur.), *Javne financije u Hrvatskoj* (str. 111-120). Zagreb: Institut za javne financije
- Benić, Đ. (2004). *Osnove ekonomije* (4. izd.). Zagreb: Školska knjiga
- Bobinac, A. (2014). Izazovi ograničenja u ekonomskoj evaluaciji zdravstvenih tehnologija. U M. Vehovec (ur.), *O zdravstvu iz ekonomske perspektive* (str. 301-332). Zagreb: Ekonomski institut
- Bobinac, A. (2017). Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj. Preuzeto 10.06.2021. s https://www.cms.hr/system/publication/pdf/95/Pristup_zdravstvenim_uslugama_u_Hrvatskoj.pdf
- Broz, T. (2014). Potrošnja lijekova i specifičnosti funkcioniranja tržišta lijekova. U M. Vehovec (ur.), *O zdravstvu iz ekonomske perspektive* (str. 221-243). Zagreb: Ekonomski institut
- Broz, T., Švaljek, S. (2014). Financiranje zdravstva u Hrvatskoj: od reforme do reforme. U M. Vehovec (ur.), *O zdravstvu iz ekonomske perspektive* (str. 51-75). Zagreb: Ekonomski institut
- Brümmerhoff, D. (1996). *Javne financije* (7. izd.). Zagreb: MATE d.o.o.
- Budak, J., Rajh, E. (2014). Korupcija u zdravstvu u Hrvatskoj: mit ili stvarnost? U M. Vehovec (ur.), *O zdravstvu iz ekonomske perspektive* (str. 247-270). Ekonomski institut, Zagreb
- Chandra, A., J. Skinner (2011). *Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care*. NBER Working Paper, br. 16953. Preuzeto 10.06.2021. s <http://www.nber.org/papers/w16953>
- Čavrak, V. (2020). Makroekonomija krize COVID-19 i kako pristupiti njenom rješavanju. EFZG working paper series, (03), 1-19. Preuzeto 30.06.2021. s <https://hrcak.srce.hr/236781>
- Dokić, M. (2016). Preobražaji teorije blagostanja. *Prolegomena*, 15(2), 189-208. Preuzeto 10.02.2021. s <https://hrcak.srce.hr/178873>
- Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske [DZS] (2020). *Pokazatelji siromaštva i socijalne isključenosti u 2019*. Preuzeto 20.02.2021. s https://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2020/14-01-01_01_2020.htm
- Dubovečak, M., Marijetić, I., Šmit, I., Graho, N. i Vukoja, A. (2019). *Menadžment u zdravstvu. Hrana u zdravlju i bolesti, Specijalno izdanje* (11. Štamparovi dani), 60-67. Preuzeto 10.02.2021. s <https://hrcak.srce.hr/232996>
- Durut-Beslač, D., Gvozdanić, D. (2016). E-zdravstvo – razvoj središnjeg zdravstvenog informacijskog sustava. U S. Šogorić (ur.), *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika* (str. 102-107). Zagreb: Medicinska naklada

Džakula, A., Lončarek, K., Radin, D. (2018). Interregnum u zdravstvu. Preuzeto 12.06.2021. s https://www.fpzg.unizg.hr/download/repository/Dzakula%2C_Loncarek%2C_Radin_-_Interregnum_u_zdravstvu.pdf

Eakins, S., G., Mishkin, F., S. (2005). Financijska tržišta i institucije, Zagreb. Masmedia

Ensor, T. (2004). Informal payments for health care in transition economies. *Social science & medicine*, 58(2), 237–246. Preuzeto 15.06.2021. s <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953603000078?via%3Dihub>

Europska komisija (bez dat.) Pitanja i odgovori o cijepljenju protiv bolesti COVID-19 u EU-u. Preuzeto 27.06.2021. s https://ec.europa.eu/info/live-work-travel-eu/coronavirus-response/safe-covid-19-vaccines-europeans/questions-and-answers-covid-19-vaccination-eu_hr#vaccination

Eurostat (2021). Life expectancy by age and sex. Preuzeto 20.06.2021. s https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MLEXPEC/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=eb24a8d3-8cc6-483a-b320-b7b0f55064f9

Fernando, J. (2021). Gross Domestic Product (GDP). Preuzeto 17.07.2021. s <https://www.investopedia.com/terms/g/gdp.asp>

Grba-Bujević, M., Džakula, A. (2016). Hitna medicinska služba. U S. Šogorić (ur.), *Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika* (str. 96-98). Zagreb: Medicinska naklada

Gruber, E., Sarajlić Vuković, I., Musović, M., Moravek, D., Starčević, B., Martić Biočina, S., Knez, R. (2020). Migration of Croatian physicians in the global context. *Medicina Fluminensis*, 56 (2), 88-96. Preuzeto 10.06.2021. s https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=344590

Hrvatska narodna banka [HNB] (2020). Polugodišnja informacija o financijskom stanju, stupnju ostvarenja stabilnosti cijena i provedbi monetarne politike u prvom polugodištu 2020. Preuzeto 10.07.2021. s <https://www.hnb.hr/documents/20182/3688187/h-polugodisnja-informacija-1polugodiste2020.pdf/65d9b46e-704f-fd76-766a-008467feefb9>

Hrvatska narodna banka [HNB] (2021). Glavni makroekonomski indikatori. Preuzeto 10.07.2021. s <https://www.hnb.hr/statistika/glavni-makroekonomski-indikatori>

Hrvatski zavod za javno zdravstvo [HZJZ] (2020a). Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2019. godinu. Preuzeto 10.06.2021. s https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/02/Ljetopis_Yerabook_2019.pdf

Hrvatski zavod za javno zdravstvo [HZJZ] (2020b). Svjetski dan raka 2020. Preuzeto 15.05.2021. s <https://www.hzjz.hr/aktualnosti/svjetski-dan-raka-2020/>

Hrvatski zavod za javno zdravstvo [HZJZ] (2021). Cijepljeno je više od milijun i pol osoba! Preuzeto 05.07.2021. s <https://www.hzjz.hr/priopcenja-mediji/cijepljeno-je-vise-od-milijun-i-pol-osoba/>

Hrvatski zavod za zapošljavanje [HZZ] (2021). Registrirana nezaposlenost. Preuzeto 10.07.2021. s <https://statistika.hzz.hr/Statistika.aspx?tiplzvjestaja=1>

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO] (2020). Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu. Preuzeto 15.04.2021. s

<https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2020/07/IZVJE%C5%A0%C4%86E-O-POSLOVANJU-HZZO-a-za-2019.pdf>

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO] (2021). Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2020. godinu. Preuzeto 15.04.2021. s

<https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/IZVJE%C5%A0%C4%86E%20O%20POSLOVANJU%20HZZO-a%20za%202020.g.pdf>

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO] (bez dat.) Povijest. Preuzeto 20.05.2021. s <https://hzzo.hr/o-nama/povijest>

Investopedia (2021). Gross National Income (GNI). Preuzeto 17.07.2021. s <https://www.investopedia.com/terms/g/gross-national-income-gni.asp>

Irvine, B., Clarke, E., Bidgood, E. (2013) Healthcare Systems: The USA. Preuzeto 10.06.2021. s <http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/USABrief.pdf>

Jerić, M. (2019). Suvremeno iseljavanje Hrvata: kakva je budućnost Republike Hrvatske? Oeconomica Jadertina, 9 (2), 21-31. Preuzeto 12.06.2021. s <https://hrcak.srce.hr/230355>

Jureša, V., Musil, V., Majer, M. (2016a). Povijest zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 165-167). Zagreb: Medicinska naklada

Jureša, V., Musil, V., Majer, M. (2016b). Primarna zdravstvena zaštita. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 79-92). Zagreb: Medicinska naklada

Katić, M., Rumboldt, M., Materljan, E., Gmajnić, R. (2009). Analiza stanja u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj i nužnost promjena. Medix, 15 (80/81), 51-56. Preuzeto 26.06.2021. s <https://hrcak.srce.hr/68669>

Kern, J. (2020). Stanje informatizacije zdravstva u Hrvatskoj. Bilten Hrvatskog društva za medicinsku informatiku (Online), 26 (1), 1-10. Preuzeto 10.06.2021. s <https://hrcak.srce.hr/235131>

Kovač, N. (2013). Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. Ekonomski vjesnik, XXVI (2), 551-562. Preuzeto 18.07.2021. s <https://hrcak.srce.hr/116455>

Kuljiš, M. (2010). Ekonomski aspekti socijalnog osiguranja (Istraživački rad, Financijski klub, Zagreb). Preuzeto 20.02.2021. s <http://finance.hr/wp-content/uploads/2009/11/kmeaso.pdf>

Lončarek, K., Džakula, A. (2016). Palijativna skrb. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 99-101). Zagreb: Medicinska naklada

Mankiw, N.,G. (2006). Osnove ekonomije (3. izd.). Zagreb: MATE d.o.o.

Mijatović, N. (2006). Sustav socijalnog osiguranja i problemi njegova financiranja. Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu, 56(5), 1607-1648. Preuzeto 22.02.2021. s <https://hrcak.srce.hr/5059>

Ministarstvo financija, Porezna uprava (bez dat.) Nerezident. Preuzeto 17.07.2021. s https://www.porezna-uprava.hr/baza_znanja/Stranice/Nerezident.aspx

Ministarstvo vanjskih i europskih poslova (2018). Pet godina članstva Hrvatske u Europskoj uniji. Preuzeto 05.07.2021. s <http://www.mvep.hr/files/file/publikacije/pet-godina-clanstva-hrvatske-u-europskoj-uniji.pdf>

- Ministarstvo zdravstva (2017). Nacionalni program razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj 2017.-2020. Preuzeto 20.06.2021. s <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/NP%20RAZVOJ%20PALIJATIVNE%20SKRBI%20RH%202017-2020-%20usvojen%2018.10.2017..pdf>
- Ministarstvo zdravstva (2018). Strateški plan ministarstva zdravstva 2019-2021. Preuzeto 10.06.2021. s <https://zdravstvo.gov.hr/UserDocsImages//2018%20Savjetovanje%20sa%20zainteresiranom%20javno%C5%A1%C4%87u//Strateski%20plan%202019.-2021..pdf>
- Ministarstvo zdravstva (2019). Strateški plan Ministarstva zdravstva za razdoblje 2020.-2022. Preuzeto 25.02.2021. s <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Financijski%20planovi,%20strate%C5%A1ki%20dokumenti%20i%20javna%20nabava/Strate%C5%A1ki%20plan%20MZ%202020.-2022.-za%20objavu.pdf>
- Ministarstvo zdravstva (2020). Provedbeni program Ministarstva zdravstva 2021.-2024. Preuzeto 21.06.2021. s [https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages//2020%20Savjetovanje%20sa%20zainteresiranom%20javno%C5%A1%C4%87u//Provedbeni%20program%20Ministarstva%20zdravstva%202021.-2024.%20\(1\).pdf](https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages//2020%20Savjetovanje%20sa%20zainteresiranom%20javno%C5%A1%C4%87u//Provedbeni%20program%20Ministarstva%20zdravstva%202021.-2024.%20(1).pdf)
- Ministarstvo zdravstva (2020b). Reducira se hladni pogon i povećavaju intenzivistički kapaciteti u bolnicama. Preuzeto 20.03.2021. s <https://zdravlje.gov.hr/vijesti/reducira-se-hladni-pogon-i-povecavaju-intenzivisticki-kapaciteti-u-bolnicama/5308>
- Narodne novine (2018). Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o doprinosima. Preuzeto 10.06.2021. s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_106_2063.html
- Nastavni zavod za javno zdravstvo dr. Andrija Štampar (bez dat.) Dr. Andrija Štampar – život i djelo. Preuzeto 20.05.2021. s <https://www.stampar.hr/hr/dr-andrija-stampar-zivot-i-djelo>
- OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Preuzeto 25.02.2021. s <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1628267904&id=id&accname=quest&checksum=5DAD18784F26928CC84584A3DA9A9F2F>
- OECD/Europski opservatorij za zdravstvene sustave i politike (2019). Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019. Preuzeto 20.06.2021. s https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hrvatska-pregled-stanja-zdravlja-i-zdravstvene-zastite-2019_df8b2178-hr
- Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S. (2012). E-zdravstvo – unapređenje zdravstvenoga sustava primjenom informacijske i komunikacijske tehnologije. Društvena istraživanja, 21 (4 (118)), 843-862. Preuzeto 10.06.2021. s https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=140350
- Our World in Data (2021). Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Preuzeto 20.07.2021. s <https://ourworldindata.org/covid-vaccinations>
- Pindyck, R., i Rubinfeld, D. (2005). Mikroekonomija. Zagreb: MATE d.o.o.
- Polovina, S., Medić, Đ.,Š. (2002). Osnove ekonomije. Zagreb: Medinek

- Puljiz, M. (2014). Dobrovoljno zdravstveno osiguranje. U M. Vehovec (ur.), O zdravstvu iz ekonomske perspektive (str. 109-139). Zagreb: Ekonomski institut
- Radin, D. (2010). Reforma američkoga zdravstvenog sustava: nemoguća ili moguća misija? *Političke analize* 1 (2), 31-35. Preuzeto 18.07.2021. s https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=214426
- Rančić, D., Durbić, J. (2016). Uzroci nezaposlenosti i utjecaj na smanjenje nezaposlenosti kroz institucionalno-strukturne reforme u Republici Hrvatskoj. *Pravnik*, 50 (100), 39-54. Preuzeto 10.07.2021. s <https://hrcak.srce.hr/174760>
- Rašić Bakarić, I. (2014). Primarna zdravstvena zaštita između učinkovitosti i dostupnosti. U M. Vehovec (ur.), O zdravstvu iz ekonomske perspektive (str. 143-165). Zagreb: Ekonomski institut
- Ridic, G., Gleason, S. i Ridic, O. (2012). Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. *Materia Socio-Medica*, 24 (2), str. 112-120. Preuzeto 20.07.2021. s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633404/>
- Roganović, J. (2018). Primarna zdravstvena zaštita djece u Hrvatskoj. *Scripta pediatrica* 1 (1), 26-29. Preuzeto 10.06.2021. s [file:///C:/Users/38595/Downloads/PRIMARNA_ZDRAVSTVENA_ZASTITA_DJECE_U_HRVA_TSKOJ%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/38595/Downloads/PRIMARNA_ZDRAVSTVENA_ZASTITA_DJECE_U_HRVA_TSKOJ%20(2).pdf)
- Rosen, S. H., Gayer T. (2010). *Javne financije* (8. izd.). Zagreb: Institut za javne financije.
- Samuelson, P.A., Nordhaus, W. (1992). *Ekonomija* (14. izd.). Zagreb: MATE d.o.o.
- Silvers, J.,B. (2013). The Affordable Care Act: Objectives and Likely Results in an Imperfect World. *Annals of Family Medicine*, 11 (5), str. 402-405. Preuzeto 20.07.2021. s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767707/>
- Stašević, I. (2017). *Osnove socijalnog i zdravstvenog zakonodavstva*. Bjelovar: Visoka tehnička škola u Bjelovaru.
- Šimović, H., Deskar-Škrbić, M. (2018). B2B Ekonomika javnog sektora: uloga države u tržišnom gospodarstvu. Preuzeto 10.02.2021. s <https://arhivanalitika.hr/blog/b2b-ekonomika-javnog-sektora-uloga-drzave-u-trzisnom-gospodarstvu/>
- Šimović, H., Deskar-Škrbić, M. (2019a). B2B Ekonomika javnog sektora 6: država blagostanja – preraspodjela dohotka i sustavi socijalnog osiguranja i skrbi. Preuzeto 17.02.2021. s <https://arhivanalitika.hr/blog/b2b-ekonomika-javnog-sektora-6-drzava-blagostanja-preraspodjela-dohotka-i-sustavi-socijalnog-osiguranja-i-skrbi/>
- Šimović, H., Deskar-Škrbić, M. (2019b). EJS 8: Zdravstveno osiguranje. Preuzeto 15.05.2021. s <https://arhivanalitika.hr/blog/ejs-8-zdravstveno-osiguranje/>
- Šogorić, S. (2016a). Organizacija zdravstvene zaštite / sustav zdravstva. Što ćete naučiti u ovom poglavlju? U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 71-72). Zagreb: Medicinska naklada
- Šogorić, S. (2016b). Bolnica – kompleksni sustav. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 147-149). Zagreb: Medicinska naklada

- Štimac, D., Džakula, A., Rodin, U. (2016). Razine zdravstvene zaštite. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 73-78). Zagreb: Medicinska naklada
- Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., Wharton, G. A. (2020). International Health Care System Profiles: United States. Preuzeto 18.02.2021. s <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>
- Ustav Republike Hrvatske. Preuzeto 25.5.2021. s <https://www.zakon.hr/z/94/Ustav-Republike-Hrvatske>
- Vašiček, V., Dražić Lutitsky, I., Dragija, M., Bertoni, M., De Rossa, B., Grisi, G., ... Juroš, C. (2016). Procesni pristup obračnu troškova u sustavu zdravstva. Zagreb: Tim4Pin
- Vehovec, M., Rašić Bakarić, I., Slijepčević, S. (2014). U M. Vehovec (ur.), O zdravstvu iz ekonomske perspektive (str. 167-200). Zagreb: Ekonomski institut
- Vlada Republike Hrvatske (2020a). Andrija – prvi digitalni asistent u borbi protiv koronavirusa u Hrvatskoj živi na WhatsAppu. Preuzeto 20.04.2021. s <https://vlada.gov.hr/vijesti/andrija-prvi-digitalni-asistent-u-borbi-protiv-koronavirusa-u-hrvatskoj-zivi-na-whatsappu/29231>
- Vlada Republike Hrvatske (2020b). Vlada prihvatila paket mjera za pomoć gospodarstvu uslijed pandemije koronavirusa. Preuzeto 20.04.2021. s <https://vlada.gov.hr/vijesti/vlada-prihvatila-paket-mjera-za-pomoc-gospodarstvu-uslijed-epidemije-koronavirusa/29018>
- Vončina, L., Pavić, N. (2016). Načini (metode) plaćanja u zdravstvu. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 163-165). Zagreb: Medicinska naklada
- Vončina, L., Pavić, N., Mastilica, M. (2016a). Modeli financiranja sustava zdravstva. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 158-160). Zagreb: Medicinska naklada.
- Vončina, L., Pavić, N., Mastilica, M. (2016b). Zdravstveno osiguranje. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 160-163). Zagreb: Medicinska naklada
- Vrabec, B., Šogorić, S. (2016). Patronažna služba. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 92-94). Zagreb: Medicinska naklada
- Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju NN 85/06 (NN 53/20). Preuzeto 15.06.2021. s <https://www.zakon.hr/z/792/Zakon-o-dobrovoljnom-zdravstvenom-osiguranju>
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju NN 80/13 (NN 98/19). Preuzeto 11.06.2021. s <https://www.zakon.hr/z/192/Zakon-o-obveznom-zdravstvenom-osiguranju>
- Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18 (NN147/20) Preuzeto 14.06.2021. s <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi>
- Zrinščak, S. (2007). Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. Revija za socijalnu politiku, 14 (2), 193-220. Preuzeto 20.06.2021. s <https://hrcak.srce.hr/30323>
- Župarić-Ilić, D. (2016). Iseljavanje iz Republike Hrvatske nakon ulaska u Europsku uniju. Preuzeto 10.06.2021. s <https://www.bib.irb.hr/855708>

11. Popis grafičkih prikaza i slika

| | |
|--|----|
| Grafički prikaz 1 Rashodi za zdravstvo u 2019. godini (u % BDP-a) (Izrada autorice prema: OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle)..... | 11 |
| Grafički prikaz 2 Izdaci za zdravstvo prema pružateljima usluga za 2018. godinu (Izrada autorice prema: OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle)..... | 31 |
| Grafički prikaz 3 Omjer aktivnih radnika i umirovljenika u razdoblju 2015.-2020. godine u Republici Hrvatskoj (Izrada autorice prema: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO], Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2019. god.; Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2020. god.) | 32 |
| Grafički prikaz 4 Očekivani životni vijek za zemlje Europske unije u 2018., 2019. i 2020. godini (Izrada autorice prema podacima Eurostata (2021))..... | 40 |
| Grafički prikaz 5 Kretanje nezaposlenosti i BDP-a na području Republike Hrvatske za razdoblje 2004.-2021. godine (Izrada autorice prema podacima Hrvatskog zavoda za zapošljavanje (2021) i Hrvatske narodne banke (2021)) | 42 |
| Slika 1 Izdaci za zdravstvo po stanovniku u 2019. (ili najbliža godina) (OECD/European Union (2020), Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle) | 12 |