

ULOGA DRŽAVE U RAZVOJU KVALITETE ZDRAVSTVA I ZDRAVSTVENIH USLUGA

Mršo, Lucija

Master's thesis / Diplomski rad

2021

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:145:164777>

Rights / Prava: [In copyright](#) / [Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-26**



Repository / Repozitorij:

[EFOS REPOSITORY - Repository of the Faculty of Economics in Osijek](#)



Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Ekonomski fakultet u Osijeku

Diplomski studij Ekonomska politika i regionalni razvitak

Lucija Mršo

**ULOGA DRŽAVE U RAZVOJU KVALITETE ZDRAVSTVA I
ZDRAVSTVENIH USLUGA**

Diplomski rad

Osijek, 2021.

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Ekonomski fakultet u Osijeku

Diplomski studij Ekonomska politika i regionalni razvitak

Lucija Mršo

**ULOGA DRŽAVE U RAZVOJU KVALITETE ZDRAVSTVA I
ZDRAVSTVENIH USLUGA**

Diplomski rad

Kolegij: Ekonomika javnog sektora

JMBAG: 1311025304

e-mail: lucija.mrs01@gmail.com

Mentor: izv.prof.dr.sc. Domagoj Karačić

Osijek, 2021.

Josip Juraj Strossmayer University of Osijek

Faculty of Economics in Osijek

Graduate Study Economic policy and regional development

Lucija Mršo

**THE ROLE OF THE STATE IN THE DEVELOPMENT OF
THE QUALITY OF HEALTH CARE AND HEALTH
SERVICES**

Graduate paper

Osijek, 2021.

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

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

Ime i prezime studenta/studentice: Lucija Mršo

JMBAG: 1311025304

OIB: 85145788607

e-mail za kontakt: lucija.mrso1@gmail.com

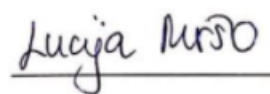
Naziv studija: Diplomski studij Ekonomska politika i regionalni razvitak

Naslov rada: Uloga države u razvoju kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga

Mentor/mentorica diplomskog rada: izv.prof.dr.sc. Domagoj Karačić

U Osijeku, 2021. godine

Potpis



Uloga države u razvoju kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga

SAŽETAK

Zdravstvo Republike Hrvatske je u neprestanim promjenama od početka 1990-ih godina, te je suočeno s brojnim problemima. S obzirom na ustroj države, Vlada i državne institucije imaju veliku ulogu u upravljanju zdravstvom te su glavni pružatelj zdravstvenih usluga. Diplomski rad se bavi ulogom države u razvoju kvalitete zdravstvenog sustava i pružanja zdravstvenih usluga krajnjim korisnicima – pacijentima, ali i zaposlenicima (zdravstvenim djelatnicima).

S obzirom na globalizaciju, promjene u svijetu, pristup Europskoj uniji, trendovi se mijenjaju i način života stanovnika se mijenja što je vidljivo i s primjerom pandemije Covid-19. Kako bi se pratile takve promjene, zdravstveni sustav treba biti brže prilagodljiv i spreman pružiti usluge koje su potrebne. U Republici Hrvatskoj ne postoji kvalitetna baza podataka koja bi služila za mjerenje kvalitete kompletnog zdravstvenog sustava, ali postoje određeni pokazatelji koji mogu biti dobra smjernica ukoliko se sustav uspoređuje s drugim državama. Iz toga se može utvrditi kako je kvaliteta zdravstvenog sustava Republike Hrvatske lošija od prosjeka Europske unije, a takvu nepovoljnu situaciju dodatno ugrožava loš financijski model.

Sve navedeno vodi zaključku o potrebi za kvalitetnom reformom koja bi bila provedena u potpunosti. Konkretni prijedlozi koji bi doprinijeli razvoju zdravstvenog sustava i povećanju kvalitete zdravstvenih usluga na zadovoljstvo korisnika, ali i gospodarstva Republike Hrvatske trebali bi se usmjeriti prvenstveno na financiranje zdravstva, javne, ali i privatne izvore financiranja, efikasnost i efektivnost zdravstvenih ustanova, obnavljanje zgrada i opreme, te bolje uvjete za zdravstvene djelatnike.

Ključne riječi: zdravstvo, zdravstveni sustav, kvaliteta, reforma, koronaekonomija

The Role of the State in the development of the quality of health care and health services

ABSTRACT

The health care of the Republic of Croatia has been in constant change since the beginning of the 1990s and is facing numerous problems. Given the structure of the state, the Government and state institutions have a major role in health management and are a major provider of health services. The thesis deals with the role of the state in the development of the quality of the health system and the provision of health services to end users - patients, but also employees (health professionals).

With regard to globalization, changes in the world, and accession to the European Union, the trends are changing and the way of life of the population is changing which is more than visible in the era of the of the Covid-19 pandemic. In order to monitor such changes, the health care system needs to be more adaptable and ready to provide the needed services. In the Republic of Croatia, there is no quality database that would serve to measure the quality of the entire health system, but there are certain indicators that can be a good guide if the system is compared with other countries. From this it can be determined that the quality of the health care system of the Republic of Croatia is worse than the average of the European Union, and such an unfavorable situation is additionally endangered by a bad financial model.

All of the above leads to the conclusion that there is a need for a quality reform that would be fully implemented. Concrete proposals, which would contribute to the development of the health system and increase the quality of health services to the satisfaction of users, but also the economy of the Republic of Croatia should focus primarily on health care, public and private sources of funding, efficiency and effectiveness of health facilities, renovation of buildings and equipment. and better conditions for health professionals.

Keywords: health care, health system, quality, reform, corona economy

SADRŽAJ

1. Uvod.....	1
2. Metodologija rada	3
2.1. Ciljevi rada.....	3
2.2. Hipoteze rada	4
3. Ključni čimbenici zdravstvenog sustava.....	5
3.1. Modeli zdravstvenih sustava	5
3.2. Tržišni čimbenici zdravstvenog sustava	8
3.3. Pokazatelji zdravstvenog stanja u Republici Hrvatskoj	12
4. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj.....	17
4.1. Organizacija zdravstvenog sustava.....	18
4.2. Financiranje zdravstvenog sustava.....	20
4.3. Zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj sa institucionalnog stajališta.....	24
4.3.1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo.....	25
4.3.2. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	26
5. Stanje zdravstvenog sustava u vrijeme pandemije COVID – 19	28
5.1. Korištenje primarne zdravstvene zaštite u vrijeme pandemije u Republici Hrvatskoj	29
5.2. Rast duga zdravstva	31
6. Planiranje budućih aktivnosti zdravstvenog sustava s aspekta države.....	34
6.1. Prijedlog reformi u zdravstvu	36
7. Rasprava.....	39
8. Zaključak	42
Literatura	43
Popis tablica	47

1. Uvod

Zdravstvene usluge jedne su od temeljnih potreba svakog čovjeka. Zdravstveni sustavi su u svijetu međusobno vrlo različiti, a s tom razlikom ide i drugačija kvaliteta pruženih usluga. Vrlo je važno da je usluga na određenoj razini, prvenstveno kako bi se osigurali uvjeti i životna kvaliteta stanovnika određene države, a onda i mogućnost izbora. Zdravlje je jedan od ključnih čimbenika kvalitete života, jer uz ostale segmente (obrazovanje) pridonosi gospodarskom razvoju, razvoju društva općenito te povećava ljudski kapital.

Glavnu i najvažniju ulogu u pružanju zdravstvenih usluga ima država. Država donosi odluke o ustroju zdravstvenog sustava i načinu pružanja zdravstvenih usluga. U Republici Hrvatskoj za odluke u zdravstvu zaduženo je Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Svakako Ministarstvo zdravstva nije jedina ovlaštena institucija za odluke oko zdravstvenog sustava, ali donosi zakonodavni okvir, ispituje zdravstvene potrebe građana, predlaže i provodi reforme, te u konačnici ima veliku ulogu u konačnoj kvaliteti zdravstva. Kvalitetu je teško mjeriti, ali procjenjujući stanje putem raznih pokazatelja može se vidjeti promjena – na bolje ili lošije. Problem s kojim se države susreću je nedostatak kvantitativnih podataka koji bi pomogli pri ocjeni kvalitete zdravstva. Procjene se često donose na osnovu vlastitog doživljaja pojedinaca.

Republika Hrvatska se u zdravstvu susreće s mnogim problemima, te su česte reforme, ali nikako potpune i dovoljne. Sadašnji sustav nije održiv koliko bi trebao biti, nedostaje zdravstvenih radnika, zdravstvene ustanove koriste zastarjele uređaje i to sve ukupno narušava kvalitetu pruženih usluga. Pristupom Republike Hrvatske Europskoj uniji stvorene su brojne mogućnosti, ali isto tako, pojavljuje se negativan trend migracije zdravstvenih radnika što se reflektiralo na kvalitetu usluga u Republici Hrvatskoj. Takav odljev stručnog kadra stvara veće probleme u javnim ustanovama, te je važno stvarati partnerstvo privatnog i javnog sektora sve s ciljem da bi se iskoristili postojeći resursi.

Osim tog problema, dug zdravstvenog sustava Republike Hrvatske kontinuirano raste te je potrebno pronaći nove financijske izvore. Postoji više zdravstvenih modela koji se uglavnom osvrću na načine financiranja zdravstvenog sustava. Hrvatski sustav najviše koristi Bismarckov model koji se temelji na solidarnosti. Problemi s financijama i proračunom trebaju se sagledati iz više smjerova i prokomentirati u ovisnosti s pokazateljima. Dodatan problem koji je postao vidljiv u 2020. godini je upravljanje zdravstvenim sustavom u vrijeme pandemije COVID –

19. Osim što je dostupnost nekih zdravstvenih usluga postala iznimno loša, financijsko zaduživanje Republike Hrvatske prema farmaceutima je dovelo do zastoja u isporuci lijekova.

Zdravstvena politika Republike Hrvatske i cijeli sustav vrlo su kompleksni, a trebaju se promatrati kroz sve okolnosti u kojima je nastajao. Može se reći kako zdravlje (ili bolest) sa sobom donose i ekonomsku tj. financijsku dimenziju. To znači da se i zdravstveni sustav treba promatrati u kombinaciji s realnim gospodarskim sustavom jer postoji očita povezanost. Zdravstvene potrebe su nepredvidive, te se modeli i zdravstveni sustavi država trebaju razvijati tako da uz minimalne promjene i prilagodbe budu na potrebnoj razini kvalitete.

2. Metodologija rada

Zdravstveni sustav jedan je od ključnih socijalnih sustava koji bi trebali biti dostupni svim stanovnicima. Pod utjecajem svjetskih sila, trendovi u načinu života se mijenjaju što nužno utječe i na trendove u zdravstvu. Kako bi se podmirila potreba tržišta za kvalitetnom i brzom zdravstvenom uslugom treba imati kadar stručnjaka i dovoljan broj zaposlenih koji bi takvu uslugu pružili. Tako će se ovim radom objasniti razvoj, elementi i organizacija zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj. Važno je i pokazati ekonomski doprinos u funkcioniranju zdravstvenog sustava, jer osim što zdravstvo utječe na cjelokupno gospodarstvo, ekonomski pokazatelji, financijski modeli i povezanost zdravlja stanovnika s njihovom radnom sposobnosti imaju velik utjecaj na razvoj i potrebe u zdravstvu. Kako bi se tema rada teorijski istražila i da bi se donijeli zaključci o postavljenim hipotezama, u radu će se koristiti iduće metode:

- metoda deskripcije,
- metoda analize i sinteze,
- metoda kompilacije i
- metoda komparacije.

2.1. Ciljevi rada

Tema rada ispituje ulogu države u pravilnom i kvalitetnom funkcioniranju zdravstvenog sustava. Potrebno je istražiti na koji način država postavlja ustroj zdravstvenog sustava u okviru svih javnih usluga i koliko je takav ustroj efikasan. Radom se želi istražiti koji su ključni čimbenici zdravstvenog sustava, kako je on organiziran u Republici Hrvatskoj te kako se zdravstvo financira. Važan je položaj zdravstva Republike Hrvatske u okviru Europske unije jer su članstvom otvorene prilike za napredak, no pitanje je jesu li te prilike iskorištene. U Republici Hrvatskoj poznat je trend migracije zdravstvenih radnika u zapadne zemlje Europe. Zbog toga je potrebno usporediti ne samo promjenu u kvaliteti usluga unutar države, nego usporediti Hrvatsku s Europskom unijom. Potrebno je istražiti mogućnosti pružanja bolje zdravstvene zaštite uz smanjenje financijskih gubitaka, a za to je potrebna opsežna reforma.

U vrijeme pandemije COVID – 19 postali su vidljiviji nedostaci zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj te je primjetan pad dostupnosti zdravstvenih usluga. Osim toga, pandemija je utjecala na drastičan rast duga zdravstva koji mora biti podmiren. To je problem koji se neće riješiti u kratkom roku i treba sagledati ekonomske pretpostavke i mogućnosti podmirivanja

duga zdravstva. Uz to, narušena kvaliteta zdravstva i nedostatna dostupnost usluga za akutne bolesnike u vrijeme pandemije uzrokovala je smanjenje povjerenja korisnika.

Doprinos rada očekuje se kroz preporuke za promjene u zdravstvu usmjerene institucijama i ustanovama (Ministarstvo zdravstva, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, HZZO).

2.2. Hipoteze rada

Hipoteza je, općenito, znanstvena pretpostavka koja služi za objašnjavanje istraživane pojave, a koja se treba provjeriti. Konačan cilj rada je analizirati zdravstveni sustav Republike Hrvatske kroz postavljene hipoteze:

H1... Potrebne su opsežne reforme zdravstvenog sustava Republike Hrvatske kako bi se doveo na razinu Europske unije.

H2... Dug zdravstva nastao u vrijeme pandemije COVID – 19 nije jednokratno podmiriv.

3. Ključni čimbenici zdravstvenog sustava

Zdravstveni sustav jedan je od čimbenika gospodarskog razvoja određene zemlje. Kako navodi Kovač (2015) gospodarski sustav zdravstvu treba osigurati financijske resurse i njihovo optimalno korištenje, optimalnu distribuciju zdravstvene zaštite. Zdravstveni sustav jedan je od ključnih dijelova gospodarskog sustava i kroz njega se reguliraju zdravstvene usluge.

Na zdravlje se može gledati kao na potrošno, ali i kapitalno dobro. Zdravlje kao potrošno dobro izravno utječe na pojedince, a kao kapitalno dobro zdravlje utječe na cijelo tržište jer zdravi ljudi više rade. „Mnogo čimbenika utječe na tzv. proizvodnju zdravlja, a zdravstveni sustav je jedan od njih. Ostali čimbenici koji se mogu izdvojiti su: obrazovanje, okruženje, socio-ekonomski status, biologija i genetika, a isti imaju utjecaj i na perspektivu razvoja ekonomije. Zdravstveni sustav utječe i na konkurentnost nekog gospodarstva budući da je jedan od 12 stupova konkurentnosti upravo zdravstvo“ (Kovač, 2015:19, prema World Economic Forum, 2010). Zemlje se razlikuju i prema kulturnoj i socijalnoj tradiciji, te životnom stilu o čemu ovisi i razvoj određenih bolesti u pojedinim sredinama. S obzirom na to, zdravstveni sustavi su različiti, koriste se različiti modeli upravljanja te različiti čimbenici više ili manje utječu na zdravstvo pojedinih država. Kovač (2015) za primjer navodi zemlje s visokim udjelom imigranata koji imaju manju dostupnost zdravstvenim uslugama, dolaze iz drugačijih pozadina, te utječu na kompletnu zdravstvenu sliku države. Osim toga, na zdravlje utječu i razne druge politike koje donosi država, a koje nemaju veze sa zdravstvom konkretno ekonomske politike (npr. porezi na cigarete ili alkohol) koje bi mogle poboljšati zdravlje građana, ali i negativno utjecati na njihovo ponašanje (prema Lalić, 2016).

Zdravstveni sustav „osjeti“ promjene u svim sferama gospodarstva jer se to reflektira na građane koji se bolje ili lošije nose s ekonomskim promjenama i nesigurnom svakodnevicom. Dalje u poglavlju će se objasniti koji su to modeli financiranja zdravstva, koji tržišni čimbenici imaju utjecaj na zdravstvo i na koji način te koje je zdravstveno stanje građana Republike Hrvatske i kako se ono reflektira na gospodarstvo.

3.1. Modeli zdravstvenih sustava

Već je navedeno kolika je važnost zdravstva u svakoj državi. Iako na uspostavljanje, organizaciju i održavanje zdravstva odlazi velika količina resursa, jedan je od glavnih inicijatora razvoja. To se ostvaruje uglavnom kroz inovacije, ulaganje u biomedicinu, istraživanje i proizvodnju lijekova. Veliku ulogu svakako ima i zdravstveno osiguranje o čemu

će riječi biti kasnije. Građani se uključuju u zdravstvo iz dva smjera; oni su ili klijenti (pacijenti) ili su zdravstveni radnici (doktori, medicinske sestre ili farmaceuti). Oni zdravstvene usluge koriste ili ih pružaju, a obično se postavlja pitanje o nedostatku zdravstvenih radnika što je jedan od čimbenika kvalitete zdravstva u Republici Hrvatskoj. Zdravstvena pitanja često uključuju odluke o životu i smrti (npr. u vrijeme pandemije), te trebaju imati prednost pred ostalim problemima u državi. S obzirom na to, zdravstvena politika mora se pravilno definirati, a za to je potrebno razumjeti na koji način ona donosi odluke o unapređivanju zdravstvenih tehnologija, organizaciji zdravstvenih usluga te dostupnosti lijekova (Lalić, 2016). Najveća problematika su svakako financije i načini financiranja zdravstvenog sustava. Zdravstveni sustav koristi razne modele financiranja, a u svijetu se ističu:

1. „Bismarckov model,
2. Beveridgeov model,
3. tržišni model (privatno financiranje),
4. Semaškov model“ (Lalić, 2016:7).

Svaki od navedenih modela ima svoja obilježja te važnost za razdoblje kada se pojavio. Bismarckov model se još naziva i model socijalnog osiguranja te se smatra najstarijim modelom koji je nastao uspostavljanjem zdravstvenog zakonodavstva u Njemačkoj 1883. godine. Uspostavio ga je Otto von Bismarck te je po njemu i nazvan. „Osnovne karakteristike ovog modela su: financiranje iz fonda osiguranja, doprinosi zaposlenih i doprinosi poslodavca od bruto prihoda, obuhvat 60 – 80% stanovništva obaveznim osiguranjem sa paketom osnovnih prava iz osiguranja, javna i neprofitna služba, javna kontrola i interna kontrola i različite metode plaćanja liječnika/ustanova. Obavezno zdravstveno osiguranje počiva na principu solidarnosti i uzajamnosti, gdje doprinose plaćaju svi, a koristi onaj tko je te godine bolestan. Država ima izraženu regulativnu i nadzornu ulogu u tom modelu. Dominantno je državno vlasništvo nad zgradama i opremom u zdravstvu“ (Jovanović i dr., 2015:78). Ovaj model primjenjuje se u Njemačkoj, Francuskoj, Belgiji, Republici Hrvatskoj i dalje.

Beveridgeov model uvodi se nakon 1948. godine, a u njemu se sredstva za zdravstvo prikupljaju oporezivanjem građana. „Osnovne karakteristike ovog modela su: financira se iz državnog budžeta, potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom, slobodan pristup zdravstvenim uslugama, javno pružanje usluga i javna kontrola. Dominantno je državno vlasništvo nad zgradama i opremom u zdravstvu. Država preuzima ulogu vođenja i upravljanja, organizira odgovarajuću mrežu zdravstvenih kapaciteta i propisuje aktivnosti i zadatke nacionalnoj

zdravstvenoj službi“ (Jovanović i dr., 2015:79). Kao prednosti ovog modela može se izdvojiti da su zdravstvene usluge pristupačne, pravedno se raspodjeljuju usluge i sredstva, te je sustav efikasan. Najviše se primjenjuje u skandinavskim državama, Italiji, Grčkoj, Španjolskoj.

Tržišni model ili model privatnog financiranja se temelji na postavkama današnjeg kapitalističkog društva i socijalna komponenta skoro pa ne postoji. Sve zdravstvene usluge se naplaćuju. Najpoznatija država koja koristi ovaj model svakako su Sjedinjene Američke Države. „Osnovne karakteristike ovog modela su: tržišni uvjeti financiranja, mali obuhvat stanovništva zdravstvenim osiguranjem sa velikim brojem neosiguranih stanovnika i dominantno privatno vlasništvo nad zgradama i opremom u zdravstvu. Kod privatnog zdravstvenog osiguranja svako plaća za sebe, a visina premije određuje se prema zdravstvenom riziku koji određena osoba nosi. Tako će pušači, pretili i oni koji ne brinu o svom zdravlju plaćati veće premije od onih koji vode zdrav život“ (Jovanović i dr., 2015:79-80). Kao prednosti ovog modela može se navesti da ima utjecaj na kvalitetu i učinkovitost zdravstvenih usluga, a pacijenti imaju slobodan izbor, dok s druge strane se javlja velika nepravednost kao nedostatak modela.

U konačnici, Semaškov model ili sustav socijalističkog zdravstvenog osiguranja nastao je u bivšim socijalističkim državama, a taj model više ne postoji. „Osnovne karakteristike ovog modela su sistem obaveznog socijalnog (zdravstvenog) osiguranja i potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom. Društveni sistem u ovim zemljama je počivao je na državnoj-društvenoj svojini. Privatna liječnička praksa nije bila moguća. Zdravstvena infrastruktura je u javnom vlasništvu, a sve zdravstvene usluge su bile javno dostupne. Odgovornost za planiranje raspoređivanja financijskih sredstava i upravljanje investicijama je snosila državna administracija, koja je bila organizirana po nivoima: državnom, regionalnom i lokalnom. Najveći nedostaci ovog sustava bili su neprilagođenost zdravstvene službe i zdravstvenih usluga potrebama bolesnika, naglašena uloga bolničkog zbrinjavanja,“ (Jovanović i dr., 2015:79). Problemi koji su postojali u ovom sustavu doveli su do toga da su danas države Istočne Europe i SSSR-a korisnici drugačijih modela.

U svijetu se koriste različiti modeli zdravstva, ovisno o potrebama, razini ekonomskog rasta te načinu života stanovnika. Modeli se najviše razlikuju prema dostupnosti usluga i načinu financiranja zdravstvenih troškova. Novi problemi u zdravstvu se konstantno pojavljuju i nije ih moguće riješiti zauvijek jer s razvojem zemalja, promjenama društvenih postavki ne postoji

uniformno rješenje. Zdravstvene modele bi trebalo djelomično prilagođavati ovisno o promjenama čimbenika koji utječu na zdravstvo.

3.2. Tržišni čimbenici zdravstvenog sustava

Brojni su čimbenici zdravstvenog sustava, a potrošnja na zdravstvo može se gledati kao udio bruto domaćeg proizvoda, „out of pocket“ potrošnja, potrošnja per capita itd. Prije prikaza potrošnje prema nekim od tih čimbenika, objasniti će se Sustav zdravstvenih računa i izdaci u 2018. godini.

Prema HZJZ (2020) Sustav zdravstvenih računa je metodologija koja je međunarodno prihvaćena, a obuhvaća detaljne klasifikacije sudionika i funkcija iz zdravstvenog sektora, a uz financijske podatke pruža pregled strukture potrošnje. Ova metodologija obuhvaća tri dimenzije (funkcije zdravstvene zaštite, pružatelje zdravstvene zaštite i financijere zdravstvene zaštite) čijim kombiniranjem se dobivaju tri osnovne tablice Sustava zdravstvenih računa (HZJZ, 2020). U Tablici 1. prikazana je jedna od osnovnih tablica ove metodologije za izdatke u 2018. godini kroz funkcije u zdravstvenoj zaštiti i pružatelje zdravstvene zaštite.

Tablica 1. Izdaci za zdravstvene usluge u Republici Hrvatskoj u 2018. godini (funkcije u zdravstvenoj zaštiti i pružatelji zdravstvene zaštite) (u milijunima kuna)

Pružatelji i funkcije zdravstvene zaštite	a	b	c	d	e	f	g	h	i	j
Bolnice	9214,8	820,7	364,7	1036,6	0,1	33,8	0,0	0,2	11470,9	465,3
Ustanove za njegu i smještaj	0,6	0,1	165,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	165,9	18,6
Pružatelji izvanbolničke zdravstvene zaštite	3748,0	157,8	149,8	352,0	87,7	389,7	0,0	0,6	4885,5	94,7
Pružatelji pomoćnih usluga	0,0	0,0	0,0	959,1	0,0	0,5	0,0	0,0	959,7	32,5

Maloprodaja i drugi dobavljači lijekova, medicinskih proizvoda i pomagala	0,0	0,0	0,0	0,0	5915,9	0,3	0,0	0,0	5916,2	0,2
Pružatelji preventivne zaštite	0,3	0,0	0,0	95,5	0,2	339,1	10,0	0,0	445,3	10,5
Ustanove za zdravstvenu administraciju i osiguranje	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	625,4	0,0	625,4	18,8
Ostale ustanove	14,3	0,0	81,4	0,1	0,0	12,6,	0,0	0,0	108,4	0,0
Ustanove u inozemstvu	2,5	0,0	0,0	0,7	0,3	0,0	0,0	208,8	212,3	0,0
Nespecificirano	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	33,9	33,9	0,0
Tekuća zdravstvena potrošnja	12980,6	978,6	760,9	2444,1	6004,1	776,3	635,4	243,4	24823,5	640,6

Izvor: Izrada autora prema HZJZ: Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2019. (2020)

- a. Liječenje
- b. Rehabilitacija
- c. Dugotrajna njega
- d. Pomoćne usluge u zdravstvu
- e. Lijekovi, medicinski proizvodi i pomagala za izvanbolničke pacijente
- f. Preventiva
- g. Zdravstvena administracija i osiguranje
- h. Nespecificirano
- i. Tekuća zdravstvena potrošnja
- j. Investicije u ustanove pružatelje zdravstvene zaštite

U tablici je vidljivo kako najviše izdataka odlazi u smjeru bolnica, pružatelja izvanbolničke zdravstvene zaštite, te maloprodaju i druge dobavljače lijekova, medicinskih proizvoda i

pomagala, a ukupna tekuća zdravstvena potrošnja za navedeno razdoblje iznosi 24823,5 milijuna kuna.

Tablica 2. Trenutna potrošnja na zdravstvo odabranih zemalja u razdoblju 2014. – 2018. (kao postotak BDP-a)

Zemlja	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
RH	6,7	6,79	6,83	6,78	6,83
Srbija	9,25	8,82	8,47	8,23	8,54
SAD	16,41	16,71	17,05	17,00	16,89
Japan	10,83	10,89	10,83	10,80	10,95
Njemačka	11,02	11,18	11,23	11,32	11,43
EU	10,00	9,94	9,93	9,88	9,85

Izvor: Izrada autora prema Knoema (2021)

Tablica 2. prikazuje trenutnu potrošnju na zdravstvo kao postotak BDP-a zemalja. Očito je da među ovim zemljama je Republika Hrvatska najmanji potrošač (izdvaja se oko 6,5-7% BDP-a), a kao najveći potrošač izdvaja se SAD (oko 17%). Za usporedbu u ovom razdoblju nakon pristupa Republike Hrvatske Europskoj uniji, prikazana je i potrošnja Europske unije koja se smanjivala s vremenom.

Tablica 3. Out-of-pocket potrošnja na zdravstvo odabranih zemalja u razdoblju 2014.-2018. (u postotku trenutne potrošnje na zdravstvo)

Zemlja	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
RH	11,28	10,94	10,97	10,97	10,48
Srbija	39,94	40,59	40,45	40,64	38,31
SAD	11,54	11,22	11,20	11,00	10,81
Japan	12,87	12,95	12,85	12,65	12,75

Njemačka	13,01	13,09	13,00	12,78	12,65
EU	15,91	15,96	15,82	15,81	15,55

Izvor: Izrada autora prema Knoema (2021)

„Out of pocket“ potrošnja odnosi se na plaćanja koja se obavljaju na licu mjesta, izvan osiguranja ili drugih vrsta plaćanja. To je kupovanje roba i usluga (u ovom slučaju se to odnosi na lijekove i medicinske usluge). U ovom slučaju Republika Hrvatska pokazuje smanjivanje postotka u navedenom razdoblju za 0,8 %.

Tablica 4. Potrošnja na zdravstvo per capita (mil. US \$)

Zemlja	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
RH	0,909	0,796	0,841	0,903	1,014
Srbija	0,609	0,491	0,486	0,516	0,617
SAD	9,024	9,491	9,878	10,209	10,624
Japan	4,099	3,733	4,174	4,121	4,267
Njemačka	5,304	4,622	4,742	5,053	5,472
EU	3,536	3,037	3,103	3,273	3,525

Izvor: Izrada autora prema Knoema (2021)

Tablica 4. prikazuje potrošnju na zdravstvo per capita u američkom dolaru. Potrošnja per capita je vrlo važan statistički podatak jer on osim financija pokazuje još jedan čimbenik, a to je o kolikom se broju stanovnika brine jedan zdravstveni sustav. Republika Hrvatska u ovom razdoblju pokazuje smanjenje potrošnje u 2015. godini, a zatim u 2018. rast potrošnje per capita u iznosu većem za 220 000 \$pc. Zanimljivo je kako sve države pokazuju takav porast u potrošnji.

U idućem potpoglavlju objasnit će se zdravstveni pokazatelji koji nisu financijski, a koji će približiti situaciju zdravstva i zdravstveno stanje u Republici Hrvatskoj.

3.3. Pokazatelji zdravstvenog stanja u Republici Hrvatskoj

Jedno od osnovnih ljudskih prava je imati pristup zdravstvenim uslugama koje su na zadovoljavajućoj razini. Stoga je vrlo važno pratiti promjene u društvu i gospodarstvu koje bi mogle utjecati na zdravlje stanovništva te na temelju opažanja donositi odluke o promjenama u zdravstvu. Ovo poglavlje rada obuhvatit će pokazatelje zdravstvenog stanja u Republici Hrvatskoj, ali i objasniti mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga.

„Kako bi se ocijenilo stanje zdravstvenog sustava, osim financijskih pokazatelja, potrebno je analizirati brojne druge pokazatelje. Prvo se promatraju odrednice zdravlja društva, kao što su očekivano trajanje života te mortalitet prema raznim bolestima kao što su respiratorne bolesti, kardiovaskularne bolesti i rak. (...) Drugo, prate se brojni pokazatelji rizika oboljenja kao što su pretilost, konzumacija alkohola, duhana i droga, kako među mladima tako i u cijeloj populaciji. Treće, prate se pokazatelji kvalitete zdravstvene zaštite. U tu svrhu prate se razni pokazatelji kao što su procijepljenost društva, iskustva pacijenata sa primarnom zdravstvenom zaštitom (ambulante), vrijeme čekanja na određene tretmane, stope smrtnosti i izlječenja od najčešćih onkoloških oboljenja (...). Četvrto, promatraju se pokazatelji dostupnosti zdravstvene zaštite u financijskom i organizacijskom smislu. U tu svrhu promatra se pokrivenost populacije zdravstvenom zaštitom, koliko iznose izravna plaćanja za zdravstvenu zaštitu, dostupnost liječnika i medicinskih sestara, broj bolničkih ležajeva, dani čekanja na određene operacije itd.“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2020:198-199). Neki osnovni pokazatelji, koje i navode Šimović i Deskar-Škrbić, su očekivana životna dob, smrtnost novorođenčadi, broj pušača, itd. Tablica 5. donosi prikaz tih pokazatelja za 2018. godinu za odabrane države (izuzev pokazatelja broj bolničkih kreveta na 1000 osoba koji donosi podatke za 2017. godinu).

Tablica 5. Pokazatelji zdravstvenog stanja u 2018. godini (2017.)

	Očekivana životna dob (god)	Broj smrti novorođenčadi	Pušači stariji od 15 godina (%)	Ukupna konzumacija alkohola po stanovniku (15+ godina) (litre)	Broj bolničkih kreveta (na 1000 osoba) (2017.)
RH	78,07	152	36,60	9,23	5,54
Srbija	75,89	402	40,60	8,75	5,61

SAD	78,64	22023	25,10	9,87	2,87
Japan	84,21	1769	21,90	7,96	13,05
Njemačka	80,89	2512	28,00	12,91	8,00
EU	81,03	14296	28,29	11,44	5,41

Izvor: Izrada autora prema Knoema (2021)

Što se tiče ovih pokazatelja, Japan ima uvjerljivo najbolje brojke (usporedno s ostalim državama i brojem stanovnika) te time i najveću očekivanu životnu dob. S druge strane, Srbija ima najnižu očekivanu životnu dob (75,89 godina). Brojke za Republiku Hrvatske nisu iznimno loše, ali svakako bi mogle i trebale biti bolje. „Zabrinjavajuće je korištenje alkohola i cigareta, posebno kod mlađe populacije, gdje smo među vodećima u Europskoj uniji. Kod korištenja droga Hrvatska je ispod prosjeka EU-a, no po pitanju pretilosti djece i odraslih Hrvatska se nalazi iznad prosjeka Unije“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2020:201).

Smrtnost uzrokovana određenim vrstama karcinoma se u Europskoj uniji u zadnje vrijeme smanjuje što je rezultat primjene bolje terapije, lakše i brže dijagnoze. S druge strane u Republici Hrvatskoj postoje preventivni programi koji ne pokazuju najuspješnije rezultate uglavnom jer je odaziv i dalje nizak. Osim karcinoma, smrtnost uzrokovana drugim kroničnim bolestima je također pokazatelj kvalitete zdravstva i usluga, na primjer bolesti srca i krvožilnog sustava. „Tako su bolesti srca i krvožilnog sustava najvažniji uzročnik smrtnosti u Hrvatskoj, a smrtnost u ovih bolesti je do 2,5 puta viša nego je prosjek EU. Prema podacima Eurostata, stopa smrtnosti od, primjerice, ishemijske bolesti srca u Hrvatskoj je bila pet puta viša nego u Nizozemskoj“ (Stasević, Derk i Ropac, 2019).

Tablica 6. prikazuje još neke pokazatelje kvalitete zdravstvene skrbi kroz stope smrtnosti povezane s trudnicama i novorođenčadi. „Maternalna smrtnost u Hrvatskoj posljednjih godina vrlo je niska sa stopom od 2,64/100 000 živorođenih u 2015. To su uglavnom sporadični i vrlo teški klinički slučajevi. Perinatalni mortalitet (zbroj mrtvorodene djece od 22 tjedna gestacije i težine veće od 500 grama i one živorođene koja su umrla do 7. dana života, podijeljen sa zbrojem ukupnog broja živorođene i mrtvorodene djece) smatra se pokazateljem kvalitete zdravstvene skrbi i ukupnog društvenog razvoja zemlje. Tako je perinatalni mortalitet u RH 2001. bio 9,8 %, deset godina kasnije snizio se na 6,8 %, dok je u 2015. bio svega 3,8 %. U Hrvatskoj je istovremeno došlo do trostrukog pada stope mortaliteta dojenčadi, koji je 1991.

iznosio 11,1 ‰, u 2010. 5,8 ‰, a u 2015. 4,11 ‰, što je još uvijek iznad prosjeka za EU (3,6 ‰). I stopa novorođenačke smrtnosti u RH (3,77 ‰) je iznad prosjeka za EU (2,53 ‰)“ (Stašević, Derk i Ropac, 2019:8).

Tablica 6. Određeni zdravstveni pokazatelji za 2015. godinu.

POKAZATELJ	Hrvatska	Austrija	Češka	Slovenija	Mađarska	EU
Stopa dojenačke smrtnosti (u ‰)	4,11	3,07	2,46	1,60	4,95	3,60
Stopa novorođenačke smrtnosti (u ‰)	3,77	2,28	1,57	1,42	2,93	2,53
Stopa perinatalne smrtnosti (u ‰)	3,80	2,90	2,95	2,88	4,14	6,02
Stopa maternalne smrtnosti (na 100 000 živorođenih)	2,64	4,74	3,61	4,84	14,18	4,95

Izvor: Stašević, Derk i Ropac (2019:8) prema HZJZ (2018)

Zdravstveno stanje u Republici Hrvatskoj ne može se okarakterizirati kao jako dobro ili jako loše. Pokazatelji se s godinama mijenjaju, ali generalno su pozitivni.

Mihaljek (2006) ističe nezdrav način života te navodi sljedeće zdravstvene probleme stanovništva Republike Hrvatske:

- „Hrvatska ima izuzetno visok postotak stanovništva s pretjeranom tjelesnom težinom – gotovo četvrtina odraslih je pretila, što je dvostruko više od prosjeka EU-15 i upola više od prosjeka EU-10,
- učestalost redovitog korištenja duhanskih proizvoda u Hrvatskoj vrlo je visoka, posebno među ženama (23% odraslih žena redovito koristi duhanske proizvode) i učenicima (19% dječaka i djevojčica u dobi od 13-15 godina puši cigarete),
- potrošnja alkohola u Hrvatskoj je 25% viša od prosjeka EU-15 i gotovo 50% viša od prosjeka EU-10. Hrvatska je na petome mjestu u svijetu po potrošnji vina među odraslima (iza Luksemburga, Francuske, Portugala i Italije) i na 15. mjestu u svijetu po potrošnji piva po stanovniku. Stoga ne iznenađuje da su stope mortaliteta od bolesti prouzročenih pretjeranom potrošnjom alkohola u Hrvatskoj vrlo visoke,
- usto, učestalost tjelesne neaktivnosti u Hrvatskoj vrlo je visoka. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), u 2003. godini 47% hrvatskih muškaraca i 51% hrvatskih žena nisu bili tjelesno dovoljno aktivni“ (Mihaljek, 2006:277-278).

Svi ti rizici se mogu spriječiti, ali su u Republici Hrvatskoj iznimno izraženi i velik su problem za zdravstveni sustav. Osim tih rizika treba proučavati i demografiju Republike Hrvatske:

- u razdoblju od 1995. do 2004. godine ukupan se broj stanovnika u prosjeku smanjuje za -0,3% na godinu,
- žene u Republici Hrvatskoj rađaju manje djece nego u Europskoj uniji (1,35 djece naspram 1,6),
- stanovništvo ubrzano stari,
- omjer između stanovništva koje ne plaća doprinose u sustavu zdravstvenog osiguranja i zaposlenih je izuzetno nepovoljan, otprilike 2:1,
- visok je udio umirovljenika (prema Mihaljek, 2006).

Svi navedeni pokazatelji, a i demografija države dovode do zaključaka o kvaliteti usluga i pokazatelj su ukupnog zdravstvenog stanja u državi. Takve statističke informacije treba pratiti i uspoređivati na razini regije, jer mogu ukazati na neke skrivene trendove koji bi generalno mogli dovesti do većih problema u zdravstvenim sustavima u budućnosti. Usko su povezani sa zadovoljstvom korisnika usluga, jer ukoliko potreba nije prepoznata ona ne može biti ni zadovoljena. „Zadovoljiti potrebe korisnika zdravstvenih usluga nije jednostavno jer zadovoljstvo korisnika takvom uslugom s jedne strane ovisi o zadovoljstvu pružateljem usluge kao pojedincem (liječnik ili bilo koji drugi zdravstveni djelatnik), a s druge o širem ustrojstvu zdravstvenog . U zdravstvu se može govoriti o: kvaliteti za korisnika (ono što pacijent traži), profesionalnoj kvaliteti (procjeni liječnika i drugih stručnjaka jesu li zadovoljene potrebe pacijenta i jesu li usluge pružene tehnički ispravno i uz primjenu odgovarajuće procedure) te kvaliteti za menadžment (ocjenjuje se učinkovitost i produktivnost unutar zadanih ograničenja i smjernica)“ (Marković, Turkalj, Racz, 2018:51).

Razne su definicije kvalitete zdravstva, ali svima je zajedničko da kvalitetu gledaju kao zadovoljenje potreba korisnika zdravstvenih usluga uz minimalne troškove (ili najmanje moguće). Razlika je u tome što se kvaliteta može mjeriti iz ugla pacijenta ili ugla upravitelja. Također, različiti su i načini mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga. To je uglavnom jer ne postoje jasni pokazatelji i varijable jer su usluge općenito promjenjive, a kvaliteta je više osobni doživljaj. Teorija nudi jedna rješenja, a u praksi su vidljivi problemi nedostupnosti podataka kako bi se ovakva mjerenja obavljala. „Svjetska zdravstvena organizacija (u daljnjem tekstu: WHO) definira kvalitetu u zdravstvu kao zdravstvenu uslugu koja po svojim obilježjima zadovoljava zadane ciljeve, sa sadašnjim stupnjem znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja bolesnika da dobije najbolju moguću skrb uz minimalni rizik za njegovo zdravlje i blagostanje“ (Ančić i sur., 2012:232).

Kvaliteta zdravstvenog sustava ovisi i o ukupnom zdravstvenom stanju u državi. O tome ovisi koje su usluge potrebne, što treba razvijati, što pacijenti traže, a što dobiju.

4. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj

Ovo poglavlje opisat će zdravstveni sustav Republike Hrvatske, organizaciju sustava, financiranje te zdravstvene zavode kao jedne od najvažnijih ustanova. Razvoj zdravstva u Republici Hrvatskoj došao je dosta kasnije zbog poznatih društvenih i gospodarskih nepovoljnih prilika. Razvoj medicine počeo je tek krajem 19. stoljeća.

„Hrvatski zdravstveni sustav temelji se na principima uključenosti, kontinuiranosti i dostupnosti. Svi građani Republike Hrvatske imaju pravo na usluge zdravstvene zaštite cijeli svoj život temeljem obveznog zdravstvenog osiguranja i mreža pružatelja zdravstvenih usluga trebala bi biti organizirana na način da je zdravstvena zaštita približno jednako dostupna svim građanima. Osnovna svrha socijalnog zdravstvenog osiguranja je postizanje socijalnih ciljeva kroz financijske subvencije od zdravih bolesnima, bogatijih siromašnjima, mladih starima i pojedinaca obiteljima. Takav zdravstveni sustav posljedica je društveno povijesnog konteksta razvoja tijekom kojeg je Hrvatska dala značajan doprinos razvitku zdravstva i medicine uopće“ (Kovač, 2015:168).

U Republici Hrvatskoj zakone donosi Hrvatski sabor, a 2006. godine donosi nekoliko zakona o zdravstvenom osiguranju. „Prema navedenim zakonima zdravstveno osiguranje dijeli se na:

- obvezno, koje svim osiguranim osobama osigurava prava i obveze iz osnovnog zdravstvenog osiguranja u načelima uzajamnosti i solidarnosti koje provodi Hrvatski zavod za obvezno zdravstveno osiguranje. Zakonom je određeno tko su osiguranici i koliko im je opseg prava. Obvezno zdravstveno osiguranje zaštite na radu, kojima su pokriveni ozljede na radu i profesionalne bolesti, provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu i uređeno je posebnim Zakonom.
- dobrovoljno, koje čine
 - dopunsko zdravstveno osiguranje,
 - dodatno zdravstveno osiguranje i
 - privatno zdravstveno osiguranje“ (Klasić, Andrijanić, 2007:90).

Važna je i organizacija zdravstvene zaštite, te načini financiranja i zdravstveni modeli o kojima je već bilo riječi, a više će se objasniti u nastavku.

4.1. Organizacija zdravstvenog sustava

Dobar zdravstveni sustav je onaj koji pruža kvalitetne i pravovremene usluge svom stanovništvu, ima jak razvijen model financiranja, educirane zaposlenike tj. pružatelje zdravstvenih usluga te razvijenu infrastrukturu institucija i ustanova. U ostvarivanju kvalitetnog zdravstvenog sustava i zdravstvenih usluga koje se pružaju stanovnicima i korisnicima ne samo da imaju pravo na te usluge, ali imaju i obveze. Obveze se odnose na pridržavanje liječničkih uputa, poduzimanje aktivnosti za očuvanje vlastitog i tuđeg zdravlja, poštivanje ustanova i pružatelja usluga.

Organizacija zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj uključuje brojne sudionike od kojih je najvažnije Ministarstvo zdravstva. Ministarstvo ima velike ovlasti od upravljanja zakonodavstvom (zdravstvene zaštite) do izrade proračuna za zdravstveni sustav pa i educiranje zdravstvenih djelatnika, te donošenje i provođenje reformi u zdravstvu. „U organizaciji zdravstvene zaštite ključnu ulogu ima Ministarstvo zdravstva, koje je odgovorno za zdravstvenu politiku i programe javnog zdravstva. Kao predstavnik države, odnosno vlasnika, Ministarstvo zdravstva zaduženo je za ulaganje zdravstvene ustanove u vlasništvu države. Financiranje zdravstvene zaštite provodi se preko već spomenutog HZZO-a i doprinosa, odnosno transfera iz državnog proračuna, koje odobrava Ministarstvo financija. Sustav funkcionira tako da HZZO i zdravstvene ustanove sklapaju ugovor kojim se uređuju prava i obveze za provedbu bolničkog liječenja, odnosno specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite. HZZO je taj koji definira osnovne zdravstvene usluge koje će biti pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem kao i cijene koje će biti plaćene zdravstvenim ustanovama za provedene usluge“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2020:196-197).

HZZO je s druge strane javna ustanova koja je regulirana Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju. „HZZO je sustav koji je propisan zakonom i koji je visoko reguliran pravilnicima te posebnim ugovorima o suradnji. Unutar tog okvira HZZO nema velikih mogućnosti da mijenja podsustave i relacije u samom sustavu. No, HZZO može raznovrsnim pristupima i alatima vršiti pritisak na ugovorne strane, odnosno dionike s kojima je ugovorio pružanje zdravstvene zaštite. Pristupi i alati za taj pritisak su raznovrsni, a većinom su temeljeni na kontroli, stimulaciji i kažnjavanju. Dakle, HZZO ne može mijenjati gabarite sustava, ali zato putem pritiska može snažno mijenjati njegov tonus“ (Džakula, Lončarek i Radin, 2018:85). Radi se o javnoj ustanovi, a o njihovim obvezama i odgovornostima više će se spomenuti dalje u radu (potpoglavlje 4.3.2.).

„Zdravstvena zaštita u Hrvatskoj organizirana je na tri razine:

1. primarna,
2. sekundarna i
3. tercijarna.

Primarna zdravstvena zaštita u zdravstvenim ustanovama, bez obzira na vlasništvo i organizaciju, pruža država. Najčešće se provodi kroz domove zdravlja, hitnu medicinsku pomoć, ljekarne i privatnu „opću“ praksu. Radi se o najčešćim kontaktima stanovništva sa zdravstvenim službama. (...) Sekundarna zdravstvena zaštita podrazumijeva bolničku zdravstvenu zaštitu, odnosno dijagnostiku i stacionarno (bolničko) liječenje te specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu. Tercijarna zdravstvena zaštita također se provodi uglavnom unutar bolnica. Obuhvaća obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističkih djelatnosti u kliničkim ustanovama i državnim zdravstvenim zavodima“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2020:196). Tu su brojne zdravstvene institucije i ustanove podijeljene na sve tri razine, a osim njih važni su različiti zdravstveni zavodi kao npr. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, itd.

Kovač (2015) objašnjava infrastrukturu zdravstvenog sustava Republike Hrvatske navodeći kako „Hrvatska ima velik broj zdravstvenih ustanova od čega je većina u državnom (klinički bolnički centri, kliničke bolnice i klinike) ili regionalnom i lokalnom vlasništvu (županijske opće i specijalne bolnice, domovi zdravlja i poliklinike), a manji dio je u privatnom. U 2015. ukupno je 65 bolnica (od čega 10 privatnih), 3 lječilišta (jedno je u privatnom vlasništvu) i jedan hospicij (u privatnom vlasništvu). Uz to još treba dodati 60 zdravstvenih ustanova u lokalnom vlasništvu (domovi zdravlja i poliklinike) te 1.024 privatna poslovna subjekta (specijalističke ambulante, poliklinike, trgovačka društva za zdravstvenu djelatnost)“ (Kovač, 2015:220). Takva brojnost raspoloživih ustanova pomaže dostupnosti zdravstvenih usluga, ali nije samo to dovoljno; problem koji se pojavljuje u Republici Hrvatskoj je nedostatak zdravstvenog osoblja i medicinskih radnika.

Za dobro organiziran zdravstveni sustav potreban je velik, dobro raspoređen proračun i model financiranja primjeren državi ovisno o potrebama stanovnika, a sve kako bi se korisnicima zdravstvenih usluga omogućila suvremena medicinska oprema, inovacije, kvalitetna zdravstvena skrb i dostupnost medicinskog osoblja koje je pružatelj zdravstvenih usluga.

4.2. Financiranje zdravstvenog sustava

„Državnim proračunom se utvrđuju prihodi i rashodi središnje države za jednu kalendarsku godinu. Korisnici državnog proračuna su sve institucije kojima je osnivač središnja država i koji su navedeni u Registru proračunskih korisnika. To su primjerice sva ministarstva, državni uredi, državne upravne organizacije, zavodi, instituti, akademije i komisije. Tu jednim dijelom spadaju i fondovi socijalnog osiguranja. Sve transakcije Hrvatskog zavoda za mirovinsko osiguranje (HZMO) i Hrvatskog zavoda za zapošljavanje (HZZ) uključene su u državni proračun, dok je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) od 2015. godine izvanproračunska kategorija ali se konsolidira u sektor opće države“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2020:41). Koliko pojedine države izdvajaju za zdravstveni sustav i zdravstvene usluge u konačnici pokazuje koliko je država razvijena ekonomski, ali i kakva je razvijenost zdravstva. Države uglavnom funkcioniraju kroz modele obaveznog zdravstvenog osiguranja (kroz plaćanje doprinosa). Izvori financiranja zdravstvenih sustava su različiti. U Republici Hrvatskoj koriste se dva modela financiranja. „Financiranje zdravstvenog sustava jest kompleksan problem u čijem se rješavanju koriste različiti modeli. Danas se u svijetu koriste tri osnovna načina financiranja zdravstvenog sustava. To su Bismarckov model, Beveridgeov model i privatno financiranje. Bismarckov model je model koji funkcionira na načelima solidarnosti i uzajamnosti. Beveridgeov model je model u kojem se zdravstvo financira iz poreza koji plaćaju svi građani. Privatno financiranje je model koji se temelji na zakonima kapitalističkog društva, po principu 'koliko platiš- toliko dobiješ'“ (Stasević, Derk i Ropac, 2019:3). Više o tim modelima je izneseno u potpoglavlju 3.1.

U Republici Hrvatskoj se HZZO bavi provođenjem zdravstvenog osiguranja, osnovnog to jest obaveznog. Zdravstveno osiguranje ustvari podrazumijeva plaćanje doprinosa koje plaćaju zaposleni građani i njihovi poslodavci. „Za obvezno zdravstveno osiguranje vrste doprinosa i stope za obračun jesu:

1. doprinos za zdravstveno osiguranje – koji se obračunava po stopi od 16,5%
2. posebni doprinos za korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu – koji se obračunava po stopi od 10%,
3. dodatni doprinos za zdravstveno osiguranje (...)“ (prema Zakonu o doprinosima, NN 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14, 143/14, 115/16, 106/18 2019).

Najvažniju ulogu u financiranju zdravstvenog sustava Republike Hrvatske ipak imaju sami prihodi i rashodi HZZO-a. Iduća tablica donosi usporedni pregled ostvarenih prihoda 2018., 2019. i 2020. godine i indeks prihoda 2020. u odnosu na 2019.

Tablica 7. Pregled ostvarenih prihoda HZZO-a u 2018., 2019. i 2020. godini (mil. kn)

Prihodi-primici	2018.	2019.	2020.	Indeks (2020- 2019)	Struktura		
					2018.	2019.	2020.
Prihodi od doprinosa	19904,21	22188,02	21042,813	94,84	79,53	81,88	74,21
Prihodi od proračuna	3100,00	2600,00	3769,21	144,97	12,39	9,59	13,29
Prihodi po posebnim propisima	2004,79	2291,69	2451,00	106,95	8,01	8,46	8,65
Prihodi od imovine	15,18	12,53	7,76	61,91	0,06	0,05	0,03
Pomoći iz inozemstva-projekti EU	1,34	2,87	0,79	27,81	0,01	0,01	0,00
Prihodi od HZZ-a, stručno usavršavanje bez zasnivanja radnog odnosa	0,48	-	-	-	0,00	0,00	-
Prihodi od pruženih usluga	1,16	1,30	1,98	151,90	0,00	0,00	0,01
Prihodi od prodaje nefinancijske imovine	0,72	1,89	3,11	163,99	0,00	0,01	0,01
Ostali prihodi	0,36	0,44	0,25	57,35	0,00	0,00	0,00
Primici od financijske imovine i zaduženja	-	-	-	-	-	-	-
Ukupni prihodi i primici	25028,26	27098,75	28354,51	104,63	100,00	100,00	100,00

Izvor: izrada autora prema HZZO (2019, 2020, 2021)

U 2020. godini na poslovanje HZZO-a i svih ostalih ustanova i institucija zdravstva u Republici Hrvatskoj utjecalo je stanje s pandemijom COVID-19 gdje je došlo do opadanja gospodarskih

aktivnosti. „Prihodi od doprinosa kao glavni oblik financiranja obveznog zdravstvenog osiguranja na koje je pad gospodarskih aktivnosti najviše utjecao, ostvareni su u iznosu od 21.042.813.887 kn (22.188.019.518 kn u 2019.g.) što je u nominalnom iznosu manje za 1.145.205.631 kn ili 5,16%. Kada govorimo o prihodima od doprinosa, smanjenje se odnosi na doprinose koje plaćaju poslodavci na bruto plaće zaposlenih (16,5%), dok se znatno manji dio ovih prihoda odnosi na prihode od doprinosa iz isplaćenih mirovina (3%) koje su veće od prosječne mjesečne neto plaće u Hrvatskoj (mirovine veće od 6.434 kn). Kretanje prihoda od doprinosa po mjesecima prikazano je na grafikonu 2. Najveći pad ovih prihoda bio je od travnja do lipnja kada je ostvarenje bilo i do 30% manje u odnosu na iste mjesece 2019.godine.“ (HZZO, 2021:7).

Vidljivo je iz navedenih podataka u tablici kako najveći dio prihoda dolazi kroz prihode od doprinosa, a zatim prihodi od proračuna i prihodi po posebnim propisima. To su stavke koje čine glavninu ukupnih prihoda HZZO-a.

Tablica 8. Pregled ostvarenih rashoda HZZO-a u 2018., 2019. i 2020. godini (mil. kn)

Rashodi-izdaci	2018.	2019.	2020.	Indeks (2020- 2019)	Struktura		
					2018.	2019.	2020.
Zdravstvena zaštita obveznog zdravstvenog osiguranja	20 224,38	21 984,54 (22078,41)	22.717,37	102,89	82,41	82,88 (83,23)	83,84
Zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja	1 232,28	1.275,56	1.027,25	80,53	5,02	4,81	3,79
Zdravstvena zaštita na radu i prof. bolesti-specifična zdrav. zaštita	90,47	93,86	-	-	0,37	0,35	-
Ukupna zdravstvena zaštita	21.547,14	23.353,98	23.744,62	101,67	87,80	88,04	87,63
Ukupne naknade	2.612,40	2.750,77	2.911,39	105,84	10,65	10,37	10,75
Rashodi za zaposlene	237,52	250,30	276,52	110,48	0,96	0,94	1,02

Materijalni rashodi	108,10	104,50	88,54	84,73	0,44	0,39	0,33
Financijski rashodi	21,35	19,98	28,05	140,38	0,09	0,08	0,10
Rashodi po projektima EU	1,76	2,21	0,94	42,78	0,01	0,01	0,00
Ostali rashodi-naknada štete	0,005	12,09	4,52	35,45	-	0,05	0,02
Rashodi za nabavu nefin. Imovine	12,45	32,40	40,01	123,51	0,05	0,12	0,15
Ukupno ostali rashodi	381,20	421,68	438,44	103,97	1,55	1,59	1,62
Ukupno rashodi-izdaci	24.540,76	26.526,45	27.094,46	102,14	100,00	100,00	100,00

Izvor: izrada autora prema HZZO (2019, 2020, 2021)

„Prema knjigovodstvenoj evidenciji zaprimljenih računa u razdoblju 01.01.-31.12.2020.godine, ukupni rashodi HZZO-a izvršeni su u iznosu od 27.094.466.464 kn, odnosno veći su za 2,14% ili u nominalnom iznosu za 568.015.592 kn od rashoda u prethodnoj godini kada su iznosili 26.526.450.572 kn. (...) Za zdravstvenu zaštitu osiguranika HZZO-a utrošeno je 87,63% ukupnih rashoda ili 23.744.626.543 kn, za naknade 10,75% ili 2.911.395.005 kn, a svi ostali izdaci čine 1,62% ukupnih rashoda. U okviru ukupne zdravstvene zaštite, za zdravstvenu zaštitu koja se pokriva iz obveznog zdravstvenog osiguranja i zaštitu zdravlja na radu utrošeno je 22.717.370.658 kn ili 2,89% više, odnosno 638.955.015 kn više nego u istom razdoblju prethodne godine. U dopunskom zdravstvenom osiguranju rashodi za zdravstvenu zaštitu iznose 1.027.255.885 kn što je 19,47% manje nego u 2019.godini zbog manjeg broja izvršenih zdravstvenih usluga“ (HZZO, 2021:11). Smanjene su samo četiri kategorije rashoda u 2020. usporedno s 2019. Radi se o zdravstvenoj zaštiti dopunskog osiguranja, materijalnim rashodima, rashodima po projektima EU i ostalim rashodima. Svi drugi rashodi porasli su, što pokazuje negativan trend.

Kada se govori o financiranju zdravstva u Republici Hrvatskoj, ističe se kako manji dio zaposlenih ustvari financira sve ostale stanovnike. Zbog toga se sve češće spominje pojam privatizacije ovog sektora, ali je realno stanje da je to u Republici Hrvatskoj tek u početnom stadiju razrade. Osim financiranja sustava preko doprinosa koje plaćaju građani, dio plaćaju i oni koji nemaju dopunsko zdravstveno osiguranje.

Danas gotovo da nema jedinstvenog i čistog sustava financiranja zdravstvenog sustava. Većina zemalja koristi kombinaciju dva ili više modela. U Republici Hrvatskoj postoji nesrazmjernost između dostupnim resursima i izdacima koje zahtjeva zdravstveni sustav. Reforme koje su se provodile nisu bile učinkovite jer su usmjeravale promjene na pronalazak dodatnih izvora financiranja te preusmjeravanje izdataka s javnih na privatne izvore (prema Kovač, 2015). Svi predstavljeni modeli financiranja zdravstva traže velike troškove, a brojni građani su nezadovoljni pruženim uslugama. Sveukupno stanje i smanjena kvaliteta vode razradi novih modela financiranja i vođenja zdravstvenog sustava. Sve češće se spominje nova reforma zdravstvenog sustava, a o tome će biti više govora dalje u ovom radu.

4.3. Zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj sa institucionalnog stajališta

Spomenuto je kako je zdravstvena djelatnost podijeljena na tri razine, a svaka od tih razina obuhvaća određene institucije i ustanove. Ministarstvo zdravstva navodi kako su osnovne zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj klinički bolnički centri, kliničke bolnice, klinike, opće bolnice, specijalne bolnice, lječilišta, domovi zdravlja i zavodi. Također, brojne su privatne zdravstvene ustanove koje djeluju također pod pravilima Ministarstva zdravstva. "Privatne zdravstvene ustanove također su prisutne u zdravstvenom sustavu Hrvatske. Privatne zdravstvene ustanove najčešće unajmljuju prostor u domovima zdravlja u vlasništvu lokalne zajednice. Isto tako, privatne prakse moraju zadovoljiti određene kriterije koje je postavilo Ministarstvo zdravstva, što uključuje minimalni broj upisanih pacijenata i moraju ponuditi minimalni opseg zdravstvenih usluga. Bolnice u RH kategoriziraju se u četiri kategorije: nacionalne bolnice, županijske bolnice regionalnog značenja, županijske bolnice i lokalne bolnice" (Stišević, Derk i Ropac, 2019). Na primjer na primarnoj razini se zdravstvena zaštita pruža kroz razne djelatnosti, a neke od njih su opća ili obiteljska medicina, zdravstvena njega u kući bolesnika, stomatološka zdravstvena zaštita, hitna medicinska pomoć i ljekarništvo. Sekundarna razina podrazumijeva provođenje zdravstvene zaštite u bolnicama, specijalističkim ordinacijama ili poliklinikama.

Osim navedenih ustanova, treba spomenuti i sustav različitih zdravstvenih zavoda kao što su npr. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za hitnu medicinu, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu... Takvi zavodi obavljaju određene specifične djelatnosti. „Zdravstveni zavodi su državni zdravstveni zavodi, zavodi za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba i zavodi za hitnu medicinu jedinica

područne (regionalne) samouprave odnosno Grada Zagreba. Državni zdravstveni zavodi su zdravstvene ustanove za obavljanje stručnih i znanstvenih djelatnosti iz okvira prava i dužnosti Republike Hrvatske na području javnozdravstvene djelatnosti, medicine rada, telemedicine, toksikologije i antidopinga, transfuzijske medicine te hitne medicine“ (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2020). Izdvojiti će se i objasniti djelatnosti dva zavoda; Hrvatski zavod za javno zdravstvo te Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

4.3.1. Hrvatski zavod za javno zdravstvo

„Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) središnja je medicinska ustanova javnog zdravstva u Hrvatskoj. Nasljeđujući i uključujući u svom sastavu kontinuiranu tradiciju nekoliko prijašnjih ustanova (Zemaljski laboratorij za proizvodnju animalne limfe, Kraljevski zemaljski bakteriološki laboratorij i zavod i drugo), počevši od 1893. godine, ustanovljen je 1923. godine kao Epidemiološki zavod (...)“ (Ostojić, Bilas, Franc, 2012:270). Kako se navodi u Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (2020), Hrvatski zavod za javno zdravstvo je zdravstvena ustanova koja obavlja djelatnosti koje su usmjerene na epidemiologiju zaraznih bolesti i kroničnih nezaraznih bolesti, a između ostalog i javnog zdravstva te promicanja zdravlja. Uz to HZJZ obavlja i djelatnosti školske i adolescentne medicine, mentalnog zdravlja i prevencije ovisnosti.

HZJZ je glavna zdravstvena ustanova u Republici Hrvatskoj. Djelovanje ove ustanove omogućeno je zbog visoke razine znanja, stručnosti i predanosti poslu stručnjaka, znanstvenika i djelatnika. Temeljna je svrha javnog zdravstva očuvanje i poboljšanje zdravlja, a za njeno postizanje nužna je suradnja, organizacija i partnerstvo svih dionika. „Djelovanje HZJZ-a određeno je s više zakona i dokumenata od kojih je najvažniji Zakon o zdravstvenoj zaštiti i statut Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo koji potvrđuje Hrvatski sabor. U skladu s tim dokumentima Hrvatski zavod za javno zdravstvo prati i skrbi se za sve čimbenike koji utječu na zdravlje stanovništva Hrvatske kao cjeline, među ostalim to su: zarazne bolesti, nezarazne masovne kronične i akutne bolesti, sigurna i zdrava prehrana pučanstva i sigurni predmeti opće uporabe, sigurna javna vodoopskrba i odlaganje otpadnih tvari i drugo, podaci laboratorijske dijagnostike i analistike, a uz to i raznoliki pokazatelji o ustroju i djelovanju cijelog sustava zdravstva“ (Ostojić, Bilas, Franc, 2012:270).

Kako je HZJZ ključna zdravstvena institucija, važno je da prepoznaje aktualne potrebe stanovništva i nadolazeće trendove. Postizanje temeljne svrhe javnog zdravstva traži da se prihvati koncept zdravlja za sve, smanjenje nejednakosti u pružanju i dostupnosti zdravstvenih usluga, poboljšanje zdravstvene politike i investiranje u zdravstveni sustav i usluge.

4.3.2. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

„HZZO je javna ustanova čiji je osnovni cilj osigurati sredstva za zdravstvenu zaštitu kako bi osigurane osobe imale odgovarajući pristup zdravstvenoj usluzi. Osim brige za ostvarivanje prava na novčane naknade, na primjer za vrijeme bolovanja i porodiljnog dopusta. Opseg prava na zdravstvenu zaštitu, kao i drugih prava, reguliran je Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2020:191). HZZO je sustav koji je temeljen i reguliran zakonom te unutar toga nema velike ovlasti ni mogućnosti mijenjanja manjih podsustava.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje – HZZO, glavni je financijer zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj. HZZO je osnovan kako bi se olakšalo provođenje osnovnog zdravstvenog osiguranja, a glavni cilj Zavoda je da svim osiguranicima osigura prava i obveze iz obveznoga zdravstvenog osiguranja koja su zasnovana na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti. Najvažnija djelatnost HZZO-a je provođenje osnovnog zdravstvenog osiguranja. „Misija je Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) racionalno ulagati financijska sredstva osiguranika u kvalitetne i efikasne zdravstvene usluge i programe koji će im donijeti prinos u dodavanju godina životu i života godinama, a u skladu s već navedenom vizijom zdravstvenog sustava. HZZO je osnovan radi provođenja tada osnovnog zdravstvenog osiguranja te obavljanja drugih poslova prema Zakonu o zdravstvenom osiguranju iz 2001. i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. godine. Prava i obveze te odgovornosti HZZO-a utvrđene su Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju“ (Ostojić, Bilas, Franc, 2012:266-267).

Kako bi se provelo obvezno zdravstveno osiguranje Ostojić i dr. (2012, prema Statutu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje) navode kako HZZO obavlja iduće poslove:

- „provodi politiku razvoja i unapređivanja zdravstvene zaštite,
- obavlja poslove oko ostvarivanja prava i obveza osiguranih osoba iz obveznog zdravstvenog osiguranja,
- provodi prvostupanjski i drugostupanjski upravni postupak u rješavanju o pravima i obvezama osiguranika,
- planira novčana sredstva za prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja,
- predlaže ministru mjerodavnom za zdravstvo plan i program mjera zdravstvene zaštite,
- obavlja poslove ugovaranja zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja,
- plaća usluge ugovornim subjektima HZZO-a itd“ (Ostojić, Bilas, Franc, 2012:267).

„Zdravstveno osiguranje, uz mirovinsko, najvažniji je element države blagostanja. Država blagostanja ima za cilj povećanje društvenog blagostanja i preraspodjelu dohotka, pa se ti ciljevi ostvaruju i kroz sustav zdravstva i zdravstvene zaštite“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2020:187). U Republici Hrvatskoj postoje dvije glavne vrste zdravstvenog osiguranja – obvezno i dobrovoljno. Miloloža i Šebo (2019) objašnjavaju i mehanizam zdravstvenog osiguranja za koji tvrde kako je jedan od najrazvijenijih regulatora odnosa u zadovoljavanju zdravstvenih potreba. A da bi zdravstveno osiguranje bilo „ekonomski racionalno i politički funkcionalno“ ne može osigurati apsolutno sve zdravstvene rizike.

Zdravstvenim osiguranjem osiguranici stječu prava, ali i obveze pri korištenju zdravstvenih usluga. Obvezno zdravstveno osiguranje provodi HZZO, a uređeno je Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju. „Zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na primarnoj razini osigurane osobe ostvaruju na osnovi slobodnog izbora doktora medicine i doktora stomatologije, u pravilu, prema mjestu stanovanja. Zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na sekundarnoj i tercijarnoj razini osigurane osobe ostvaruju osnovom uputnice izabranog ugovornog doktora primarne zdravstvene zaštite. Zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja na razini zdravstvenih zavoda provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, te putem posebnih programa” (Stašević, Derk i Ropac, 2019). Dakle, obveznim osiguranjem moraju se osigurati sve osobe s prebivalištem na području Republike Hrvatske, ali također i stranci koji imaju stalni boravak u Republici Hrvatskoj.

S druge strane, dobrovoljno zdravstveno osiguranje nije obvezno. ono osiguraniku omogućava bolje usluge i veći zdravstveni standard te veću razinu prava. „Dopunsko zdravstveno osiguranje jest osiguranje kojim se osigurava pokriva dijela troškova do pune cijene zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja (doplata), dok se dodatnim zdravstvenim osiguranjem osigurava viši standard zdravstvene zaštite u odnosu na standard zdravstvene zaštite iz obaveznog zdravstvenog osiguranja te veći opseg prava u odnosu na prava iz obaveznog zdravstvenog osiguranja. 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“ (Klasić, Andrijanić, 2007:90).

5. Stanje zdravstvenog sustava u vrijeme pandemije COVID – 19

Novi koronavirus koji je uzročnik bolesti COVID-19, pojavio se u Kini 2019. godine, a u Republici Hrvatskoj prvi slučaj je potvrđen u veljači 2020. godine. Kako se bolest velikom brzinom širila u svijetu, Ministar zdravstva je u ožujku 2020. proglasio epidemiju na teritoriju države (prema HZJZ, 2020). Jedan od glavnih ciljeva svake države u vrijeme suočavanja s pandemijom je uspostaviti pravilnu i primjerenu zdravstvenu zaštitu stanovništvu te osigurati održivost gospodarstva u takvim nepovoljnim uvjetima. „U politici smo promatrali donošenje odluka u uvjetima neizvjesnosti. Događale su se brze promjene i zaokreti, ali i pokušaji naknadnih opravdanja za pogreške koje su u uvjetima naglog dolaska nepoznatog virusa bile neizbježne. (...) Međutim, nakon katastrofe na sjeveru Italije, gdje je u ožujku i početkom travnja 2020. umrlo dva do tri puta više uglavnom starijih ljudi nego u istom razdoblju 2019. godine, gotovo sve države članice Europske unije odlučile su primijeniti neku vrstu ograničene karantene (lockdown). Uskoro su isto učinile i Ujedinjeno Kraljevstvo i Sjedinjene Države koje su u početku pokušale intervenirati tako da minimalno utječu na normalno odvijanje života građana“ (Šonje, Kotarski, 2020:10).

Dakle, glavne odluke donosili su političari uglavnom s ciljem održavanja gospodarstva. „Politički okvir za donošenje mjera bio je tek jedna od bitnih odrednica razlika među zemljama. Kultura, gospodarski interesi i drugi faktori također su utjecali na oblikovanje mjera i njihovu promjenu u hodu. Ciljajući razumnu sredinu između ta dva rješenja, neke zemlje su se oslonile na povjerenje u građane. Vlade i stručnjaci su informirali, educirali i uvodili smjernice, uz oprezno korištenje zabrana u dijelu školstva, prijevoza, trgovine i ostalih djelatnosti koje nose osobito visok rizik prijenosa zaraze“ (Šonje, Kotarski, 2020:10-11). Model za koji su se odlučili vladajući u Republici Hrvatskoj pokazao je uspjeh i pokazao se kroz potporu javnosti. Na bolest i opasnost koja je došla reagiralo se brzo i javnost je imala nezapamćenu razinu povjerenja u političke vođe.

Nakon određenog vremena, stanovnici su počeli negodovati zbog uvedenih mjera smatrajući kako se „lockdown“ odužio te da su lišeni sloboda. Većina zaposlenih radnika se našla u nezgodnoj situaciji – većina poduzeća je prestala s radom, oni koji su mogli prebacili su se na online način rada, a poseban problem postala je nezaposlenost mladih. Došlo je do velikih problema prilikom njihovog osposobljavanja, obrazovanja i pronalaženja prvih poslova. „Živimo u vremenu najznačajnijih intervencija u gospodarstvo i društvo u modernijoj povijesti. Zabrane rada, zabrane kretanja, zabrane okupljanja, pokušaji nadzora (Bejaković, 2020),

nezapamćeni fiskalni transferi i sl. smo su neki od oblika državne intervencije vezane uz pokušaje suzbijanja pandemije SARS-CoV-2“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2020:351).

Kriza s kojom se svijet suočio u godinu i pol nije klasična ekonomska kriza, tu se radi o zdravstvenom, epidemiološkom šoku, a to je dovelo do specifične situacije – zabrane proizvodnje i pružanja usluga. Sve to uzrokovalo je gospodarske promjene u vidu pada prihoda poduzeća, smanjenje zaposlenih odnosno rast nezaposlenih, poteškoće s otplatom dugova. S druge strane i zdravstvene posljedice imaju utjecaj na poslovanja, mentalno zdravlje radnika je narušeno, rad od kuće i kontinuirano provođenje vremena u istom prostoru utječu na njihovu produktivnost.

Pandemija ima velik utjecaj na mentalno zdravlje kroz:

- vremenski period i vrstu prirodne nepogode,
- mentalno opterećenje za zdravstvene djelatnike,
- karantenu,
- neuropsihijatrijske posljedice,
- bihevioralna epidemiologija, te
- nesiguran status zdravstvenih ustanova i zdravstvene zaštite.

Zdravstveni djelatnici su na prvoj crti i u izravnom kontaktu s oboljelima od bolesti COVID-19 te postoji povećani rizik za razvoj psiholoških trauma povezanih s ovom situacijom. Također, posljedice koje se javljaju nakon prebolijevanja bolesti, komplikacijama koje mogu nastati ili komplikacijama oko liječenja mogu utjecati na ponašanje pacijenata i stvoriti anksiozne poremećaje i dodatan strah (prema Samvik, 2020).

Pandemija ovakvih razmjera zahtjeva organiziranu suradnju svih razina vlasti, uključujući i međunarodnu suradnju i pružanje pomoći. Zdravstvene ustanove postaju centar izvora stresa za djelatnike, jer sve veći priljev slučajeva uzrokuje strah od izolacije za zaposlenike, što vodi smanjenju dostupnog kadra, što u konačnici vodi smanjenju kvalitete zdravstvene usluge za pacijente.

5.1. Korištenje primarne zdravstvene zaštite u vrijeme pandemije u Republici Hrvatskoj

Zbog povećanja broja slučajeva zaraženih bolesti COVID-19, donesena je Odluka o proglašenju epidemije bolesti COVID-19 na teritoriju Republike Hrvatske. U cilju dalje zaštite stanovništva, pacijenata, zdravstvenih radnika, preporučeno je smanjenje dolazaka u

zdravstvene ustanove te je odgođena većina dijagnostičkih pregleda. Ministarstvo zdravstva preporučilo je i povećanje dostupnosti liječnika putem drugim oblika komunikacije kao što su mobitel, SMS, videopozivi itd. (HZJZ, 2020).

Hrvatski zavod za javno zdravstvo iznosi usporedne statističke podatke korištenja zdravstvenih usluga na primarnoj razini za razdoblje siječanj-svibanj 2019. i 2020. godine. Ti su podaci relevantni jer se upravo u tom razdoblju 2020. godine razvijala epidemija COVID-19. „Broj osoba koje su koristile zdravstvenu zaštitu (uključujući osobe koje su dolazile u ordinacije, ali i osobe koje su zdravstvenu zaštitu koristile uz pomoć telekomunikacije) u djelatnosti obiteljske (opće) medicine se, očekivano, značajno razlikuje između dva gledana razdoblja. U 2019. godini broj je relativno stabilan kroz prvih pet mjeseci, a u 2020. godini se može primijetiti najprije blagi porast broj osoba u ožujku te osjetan pad broja osoba koje su koristile zdravstvenu zaštitu tokom travnja uz ponovni porast broja u svibnju. Slična situacija se prati i u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece te zdravstvenoj zaštiti žena gdje je pad broja osoba koje su koristile zdravstvenu zaštitu vidljiv već od ožujka“ (HZJZ, 2020).

Ističe se kako osim što se smanjio broj osoba koje su koristile zdravstvenu zaštitu u navedenom razdoblju, smanjio se broj ukupnih kontakata sa zdravstvenom zaštitom u 2020. gdje se kontakt odnosi na dolazak u ambulantu, pregled, telefonska konzultacija i bilo koji drugi oblik savjetovanja sa zdravstvenim djelatnicima.

HZJZ redovito analizira podatke Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske (CEZIH), a koji se odnose na zdravstvenu skrb pruženu na razini primarne zaštite. „Podaci za 2020. godinu prikupljeni su iz 2.613 ustanova iz djelatnosti obiteljske (opće) medicine, uključujući: domove zdravlja, COVID-19-ordinacije, ordinacije posebnog dežurstva, privatne ordinacije (u zakupu doma zdravlja), ustanove za zdravstvenu skrb i vojne ordinacije“ (HZJZ, 2021).

Tablica 9. Broj korisnika zdravstvene zaštite i kontakata u djelatnosti obiteljske (opće) medicine u Hrvatskoj u 2020. godini.

Dob (godine)	Broj korisnika	Broj kontakata
0-6	34 023	199 680
7-18	323 272	1 901 464
19-64	1 990 656	22 534 266

65+	870 654	17 863 989
Ukupno	3 218 605	42 499 399

Izvor: HZJZ (2021)

HZJZ u ovom izvještaju donosi i pregled za 2018., 2019. godinu u usporedbi s 2020. što je vidljivo u Tablici 10.

Tablica 10. Pregled broja korisnika, kontakata, pregleda, izdanih uputnica i recepata u djelatnosti obiteljske (opće) medicine u Hrvatskoj u razdoblju 2018. do 2020. godine

Godina	Broj korisnika	Broj kontakata	Broj pregleda	Broj izdanih uputnica	Broj izdanih recepata
2018.	3 150 624	42 513 507	13 633 251	10 647 017	52 457 572
2019.	3 228 629	42 844 471	13 037 675	11 014 340	54 999 414
2020.	3 218 605	42 499 399	9 370 193	8 738 350	52 811 642

Izvor: HZJZ (2021)

Iz tablice je vidljivo kako su se stavke smanjile u 2020. godinu u odnosu na 2019. godinu, iako su tada porasle u odnosu na 2018. godinu. Najveće smanjenje pokazuje se pri broju pregleda, što vodi zaključku kako su korisnici zdravstvenih usluga prihvatili savjet Stožera civilne zaštite da izbjegavaju dolaske u zdravstvene ustanove. Korištenje zdravstvenih usluga primarne zdravstvene zaštite je u vrijeme pandemije smanjeno, iako je broj korisnika smanjen neznatno.

5.2. Rast duga zdravstva

Uloga države u reguliranju zdravstvenog sustava, pružanju zdravstvenih usluga ogleda se u idućim pokazateljima:

1. „najveći dio ukupne potrošnje u zdravstvu odnosi se na javnu, državnu potrošnju,
2. država je u velikoj mjeri uključena u proizvodnju i financiranje zdravstvenih usluga, i
3. država ima glavnu ulogu regulatora raznih dionika zdravstvenog sustava“ (Smolić, 2014:291).

Ističe se kako su hrvatski liječnici i znanstvenici među najboljima u svijetu, ali se s druge strane pojavljuje priča o hrvatskom zdravstvenom sektoru koji je jedan od najzaduženijih sektora u Republici Hrvatskoj, a osim toga ima i nezavidnu infrastrukturu. Uvjeti koji su pruženi

pacijentima koji i jesu glavni korisnici zdravstvenih usluga su jako loši, što se najviše odnosi na uvjete u bolnicama. Već postojeći dug, u vrijeme pandemije COVID-19 je narastao, a posebno se spominje dug prema veletrgovnicima. Takav dug onemogućava pravilan i kvalitetan rad zdravstvenih institucija, te otežava poslovanje prvenstveno HZZO-u. Dugovi se uglavnom prebacuju na buduća financijska razdoblja ili ih podmiruje država jednokratnim transferima preusmjeravajući iznose iz proračuna koji su bili namijenjeni za druge stavke.

Svakako je jedan od faktora ovakvog rasta duga zdravstva u 2020. godini pandemija Covid-19 i vrlo je vjerojatno kako su zdravstvene institucije morale preusmjeriti redovne prihode na borbu s pandemijom. „Pokušaji neutralizacije gospodarskih posljedica pandemije do sada su se oslanjali na standardne stabilizacijske mjere monetarne i fiskalne politike. Cilj je monetarnom i fiskalnom ekspanzijom ublažiti udar krize i stvoriti pretpostavke za gospodarski oporavak. Dosezi takvih mjera ograničeni su iz tri razloga. Prvo, mogućnost za oporavak ne ovisi o ekonomskoj nego o protuepidemijskoj politici. Ekonomisti i poduzetnici nisu imali utjecaj na političke odluke vezane uz borbu protiv virusa. (...) Drugo, gospodarstvo je satkano od finog tkanja u kojemu, jednom kada se niti prekinu, obnova veza zahtijeva vrijeme. Razlog je što se ekonomski odnosi mijenjaju kroz krizu, a kroz to se oblikuje i nova konstelacija za vrijeme nakon krize. Mijenjaju se odnosi cijena i očekivanja profitabilnosti, ponašanja i preferencije potrošača, a ako kriza potraje, mijenjaju se i organizacije i tehnološke mogućnosti proizvodnje. (...) Treće, mjere monetarne i fiskalne stabilizacije oblikovane su kao odgovori na kolebanja poslovnih ciklusa koji nastaju unutar ekonomskog sustava. Međutim, kada se dogodi potpuni i nepredviđeni vanjski šok – „oluja svih oluja“, u kojoj rizici i neizvjesnost eskaliraju, monetarna politika ne može sanirati štetu. Najviše što može učiniti je osigurati da udar na financijski sustav ne produbi krizu, jer monetarna politika samo ublažava simptome i pokušava spriječiti širenje bolesti na nova žarišta“ (Šonje, Kotarski, 2020:207-208). Pitanje je kakva je sposobnost države da vođenjem politike javnih prihoda i rashoda smanji udar i pomogne pri oporavku gospodarstva, bez drugih negativnih posljedica „poput rasta kamatnih stopa, istiskivanja investicija privatnog sektora i ograničavanja dugoročne sposobnosti za gospodarski rast“.

„Sustav nadzora, upravljanja troškovima i planiranja (budžetiranja) prihoda i rashoda očigledno podbacuje. Iako HZZO u svojim izvještajima iskazuje uravnoteženo financijsko poslovanje, gotovo svake godine Vlada je prisiljena sanirati dio dugovanja bolnica. Redovito, svakih nekoliko godina, sanira se dug veletrgovnicima nakon prijetnji obustave isporuke lijekova i medicinskog materijala“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2020:202).

Kada je nastupio prestanak isporuke lijekova mnoga Vladina i državna tijela održavala su sjednice i sastanke tražeći rješenje problemu. Jedno od njih je i Odbor za zdravstvo i socijalnu politiku. „Predsjednica Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku Renata Sabljar-Dračevac iznijela je neke od glavnih financijskih izazova s kojima se hrvatski zdravstveni sustav nosi dulje vrijeme te naglasila kako je za njegovu sanaciju važno izraditi strukturu duga te pozvala nadležne da istu izrade za razdoblje 2019. godine. – Znamo da je ukupni dug zdravstva 11 milijardi kuna, od čega 5,5 milijardi duguju bolnice veledrogerijama za lijekove i potrošni materijal, 3,8 milijardi su ostali dugovi bolnica, a 1,5 milijardi kuna je dug bolnica za pogrešno obračunate prekovremene sate, rekla je Sabljar-Dračevac. Ukazala je među ostalim i na potrebu donošenja nove Nacionalne strategije razvoja zdravstva kojom se osigurava povlačenje sredstava iz EU-a“ (Hrvatski sabor, 2020). Osim toga, govorilo se i o financijskog održivosti postojećeg zdravstvenog sustava te kako bi bilo nužno da se iz BDP-a izdvaja veći postotak koji bi bio na razini Europske unije, oko 9-12 % umjesto sadašnjih 7%.

Dug veledrogerijama se u godinu dana udvostručio, u siječnju 2021. godine iznosio je oko 5,5 milijarde kuna što uključuje dug bolnica i HZZO-a prema veledrogerijama, u usporedbi s dugom početkom 2020. godine koji je iznosio skoro 3 milijarde kuna (prema Hrvatskoj gospodarskoj komori, 2021). „Unatoč sanaciji iz studenoga 2020., oko 15 hrvatskih bolnica ponovo ima rokove plaćanja dulje od 365 dana i već su suočene s uvjetovanom isporukom lijekova i opreme od nekih veledrogerija. Za očekivati je da će dio veledrogerija, uz uvjetovanje isporuke plaćanjem, pokrenuti tužbe i ovršne postupke prema bolnicama u nemogućnosti naplate svojih potraživanja“ (Hrvatska gospodarska komora, 2021). Rješenje duga koji generira zdravstveni sustav treba tražiti u smanjenju i preraspodjeli rashoda, a ne povećanju prihoda jer uvođenjem povećanja doprinosa od 16,5 % nije se ponudilo rješenje porastu troškova.

6. Planiranje budućih aktivnosti zdravstvenog sustava s aspekta države

Razvoj zdravstvenog sustava i pružanja zdravstvenih usluga u Republici Hrvatskoj temeljeno je na Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020. Osim tog strateškog dokumenta, ulogu u razvoju ima država, prvenstveno Ministarstvo zdravstva. „Strategija je krovni dokument za donošenje politika i odluka u zdravstvu u idućih osam godina, a obuhvaća, među ostalim, tri velika područja – palijativnu skrb, masterplan bolnica i razvoj ljudskih resursa. Izrađena je u skladu s najboljom svjetskom praksom, uz sudjelovanje stručne i opće javnosti. Svoj doprinos u izradi strategije dalo je više od 300 pojedinaca i usta nova, a provedena je i javna rasprava koja je trajala dva mjeseca“ (Sambunjak, 2013:4).

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. ističe pet područja strateških problema u hrvatskom zdravstvu:

- „slaba povezanost i manjkav kontinuitet u zdravstvu,
- neujednačena ili nepoznata kvaliteta zdravstvene zaštite,
- nedovoljna učinkovitost i djelotvornost u zdravstvenom sustavu,
- slaba ili neujednačena dostupnost zdravstvene zaštite,
- razmjerno slabi pokazatelji zdravlja“ (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2012).

Strateški razvojni pravci rezultat su navedenih strateških problema, a oni su:

- „poboljšanje povezanosti i kontinuiteta u zdravstvu,
- ujednačavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite,
- povećanje učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenog sustava,
- povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite,
- poboljšanje pokazatelja zdravlja“ (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2012).

Strategija navodi kako su postojeći kadrovi, kapaciteti za uspostavljanje sustava kvalitete, pa tako i mjerenje i analizu kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga, uglavnom nedovoljno razvijeni. To su vrlo važne sastavnice za povećanje kvalitete zdravstva. „Radno pravo i kolektivni ugovori ne daju dovoljno mogućnosti za nagrađivanje kvalitetnog i sankcioniranje nekvalitetnog rada. Također, ne postoji jasna veza između financiranja zdravstvenih ustanova i kvalitete skrbi koja se u njima provodi. U većini bolnica uspostavljena je struktura kvalitete (pomoćnik ravnatelja za kvalitetu, jedinica za kvalitetu, povjerenstvo za kvalitetu), ali je

provedba manjkava ili neujednačena. Na razini primarne zdravstvene zaštite, ne postoje jasni standardi opremljenosti ordinacija. Općenito, standardi i normativi (vremenski, kadrovski, broj i trajanje pretraga, prostorno-smještajni) nisu u potpunosti provedivi u praksi ili su zastarjeli. Ne postoje pokazatelji kvalitete koji bi se sustavno i kontinuirano prikupljali na svim razinama zdravstvene zaštite, a oni pokazatelji koji postoje ukazuju na neujednačenu kvalitetu u različitim zdravstvenim ustanovama“ (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2012:63).

S obzirom da se Nacionalna strategija odnosi na razdoblje 2012.-2020., dokument koji je novijeg datuma je Strateški plan Ministarstva zdravstva za razdoblje 2019.-2021., a objavljen 2018. godine. Dokument navodi viziju, misiju i ciljeve Ministarstva zdravstva u navedenom razdoblju:

- vizija: „Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj će unaprijediti kvalitetu života i stvoriti uvjete za gospodarski rast kroz očuvanje i unapređenje zdravlja svakog pojedinca cijele populacije. Poštujući činjenicu da na zdravlje utječe veliki broj čimbenika izvan sustava zdravstva, zdravstveni sustav ojača će svoj kapacitet za suradnju s drugim sektorima i unaprijediti vlastiti kapacitet za preoblikovanje kako bi se odgovorilo na nove zdravstvene izazove i potrebe stanovništva. Zdravstveni sustav Republike Hrvatske će na djelotvoran i racionalan način provoditi mjere zaštite i unapređenja te liječenja i rehabilitacije bolesnika pri čemu će se uvijek voditi znanstveno utemeljenim spoznajama. Sustav će bolesnicima dati središnju i aktivnu ulogu, a temeljit će se na visokim etičkim i moralnim normama.“ (Ministarstvo zdravstva, 2018:3);
- misija: „Zaštita, očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva, uključujući kao posebnu skupinu radno sposobnu populaciju kroz zaštitu javnozdravstvenog interesa, rano prepoznavanje rizika bolesti i profesionalnih bolesti vezanih uz rad, sprečavanje bolesti, ozljeda na radu te liječenje i rehabilitaciju bolesnih.“ (Ministarstvo zdravstva, 2018:3);
- ciljevi:
 - „zaštita, očuvanje i unapređenje zdravlja
 - dostupnija zdravstvena zaštita,
 - razvijen sustav kvalitete zdravstvene zaštite,
 - zaštita javnozdravstvenog interesa,
 - učinkovitije upravljanje financijskim resursima u zdravstvu“ (Ministarstvo zdravstva, 2018:3).

Strateški plan dalje navodi i potrebu za izradom kvalitetnije strategije razvoja zdravstvenog sektora. Ističe se i kako je potrebno organizirati upravljanje kvalitetom. Mjerenje kvalitete bi se trebalo obavljati kroz standardizirane pokazatelje kako bi se lakše uspoređivali zdravstveni standardi i ustanove, ne samo na nacionalnoj nego i međunarodnoj razini.

Na promjene u zdravstvu utječu i globalni trendovi te se prilikom kreiranja mjera i ciljeva vladajući trebaju osvrnuti i na to. „Trendovi koji utječu na oblikovanje zdravstvenih sustava su: demografska kretanja, potražnja u ekonomiji, promjene u okolišu, rast troškova, personalizirana medicina i tehnološki napredak, medicina bazirana na dokazima, nova uloga liječnika, značaj prevencije, zdravstveni turizam i utjecaj na odabir zdravstvene usluge onoga tko ju plaća“ (Kovač, 2015: 343, prema Orešković, 2013). Ovi trendovi utječu i na razvoj hrvatskog zdravstva te iako je standard zdravstvenih usluga zadovoljavajući u Republici Hrvatskoj postoje mnogi izazovi. Organizacijski i financijski problemi, prisutni su dugi niz godina te se pokušavaju riješiti reformskim mjerama koji generalno nisu donijeli rezultate.

6.1. Prijedlog reformi u zdravstvu

Trenutni sustav prema kojem funkcionira zdravstvo u Republici Hrvatskoj je prosječan. Nije loš, ali se nikako ne ističe. Stanovnicima osigurava osnovnu skrb, koriste se kvalitetni lijekovi i moderna medicinska tehnologija, pokazatelji su u sredini usporedno s drugim državama, a kvaliteta je korektna. Postavlja se pitanje zašto mijenjati sustav koji funkcionira. Upravo jer se ne ističemo. Zdravstveni sektor je jedna velika industrija koja okuplja veliki broj zaposlenih, donosi i odnosi velike količine novca, utječe na gospodarstvo, a u Hrvatskoj to nije vidljivo. Reforme koje se planiraju provoditi trebaju biti ciljane na određena područja u zdravstvu Republike Hrvatske, a zajednički konačan cilj treba biti postizanje visoke kvalitete usluga i zadovoljstva korisnika, ali i pružatelja usluga.

Strateški plan 2019.-2021. Ministarstva zdravstva donosi deset reformskih mjera uz predviđeni utjecaj svake mjere:

- „funkcionalno spajanje bolnica – centri izvrsnosti (podići kvalitetu zdravstvene zaštite; optimizirati resurse bolničkog zdravstvenog sustava, osigurati financijsku stabilnost zdravstvenog sustava te opremiti dnevne bolnice...),
- objedinjena nabava lijekova, potrošnog i ugradbenog materijala te medicinske opreme (postići uštede na godišnjoj razini koje bi trebale biti uložene u poboljšanje usluge i liječenje bolesnika; osigurati povećanje učinkovitosti...),

- uvođenje centralnog upravljačkog sustava za upravljanje organizacijskom strukturom zdravstvenog sustava (skratiti liste čekanja, osigurati praćenje i planiranje ugovorenog sadržaja),
- uvođenje kliničkih (dijagnostičkih, terapijskih) smjernica (poboljšati kvalitetu i učinkovitost zdravstvenog sustava u RH kroz osmišljavanje, izradu i primjenu kliničkih smjernica za određena područja medicine čija će primjena racionalizirati troškove zdravstvenog sustava),
- uvođenje novog sustava određivanja cijene lijekova i usklađivanja cijena ortopedskih pomagala (urediti tržište lijekova i definirati cijene svih lijekova koji se izdaju na recept uzimajući u obzir algoritme i preporuke stručnih društava kako bi se optimiziralo liječenje...),
- razvoj zdravstvenog turizma (razviti zdravstveni turizam u cijeloj RH, obzirom da su specijalne bolnice i lječilišta ravnomjerno regionalno raspoređeni),
- unapređenje primarne zdravstvene zaštite (povećati kvalitetu i dostupnost zdravstvenih usluga na primarnoj razini zdravstvene zaštite uz omogućavanje više dijagnostičkih i terapijskih postupaka; povećati znanje i vještine liječnika opće medicine...),
- transformacija zdravstvenog sustava kroz korištenje telemedicinskih usluga (povećati dostupnost i kvalitetu zdravstvenih usluga, bolje rasporediti opterećenje zdravstvenih radnika, osigurati dostupniju, pravovremenu zdravstvenu skrb...),
- učinkovita organizacija i umrežavanje transfuzijske djelatnosti u RH (racionalizirati potrošnju krvnih pripravaka kroz unapređenje upravljanja dijagnostičkih kapacitetima, ljudskim resursima i vremenom),
- unapređenje upravljanja nezdravstvenim djelatnostima (podići kvalitetu nezdravstvenih djelatnosti te optimizirati troškove kroz povećanje produktivnosti)“ (prema Ministarstvu zdravstva, 2018: 61-75).

U Republici Hrvatskoj postoji problem gdje su liječnici obiteljske medicini (tj. liječnici u ambulantama) samo prvi korak, odnosno izdaju recepte i uputnice, a pacijenti nastavljaju s liječenjem dalje (uglavnom u bolnicama). Rješenje bi bilo opremanje ambulanti opće medicine osnovnim uređajima kako bi se smanjilo opterećenje koje imaju bolnice.

Iako je trenutni model (Bismarckov) praktičan i financijski isplativ pacijentima, privatizacija opće medicine bi bila bolji izbor jer bi se povećala kvaliteta usluge. Na taj način pacijent bi plaćao tim liječnika, a djelatnici bi znali tko doprinosi njihovoj ordinaciji. Pri tome bi liječnici

morali poštivati određene standarde opremljenosti ordinacija, edukacije, raznolikost tima liječnika, maksimalan broj pacijenata i sl.

Još jedna promjena koja bi olakšala komunikaciju različitih liječnika kada se radi o jednom pacijentu je uvođenje sustava online kartona koji bi sadržavao sve podatke o obavljenim pregledima. Također, to bi smanjilo trošak ponavljanja određenih pretraga (RTG, CT...) na koje se troši dosta resursa i vremena. Informatizacija medicinskih sustava je ključna kako bi se usluge korisnicima poboljšale, smanjilo vrijeme čekanja.

„Iako je zdravstvena zaštita omogućena svim građanima pitanje dostupnosti može imati ograničenja u regionalnoj raspodjeli dostupnosti. Zdravstvena zaštita izrazito je koncentrirana u većim gradovima, pogotovo u Zagrebu, dok pojedina područja imaju kadrovski i materijalno slabo ekipirane zdravstvene ustanove. Također, s obzirom na već spomenute rizike zdravlja (pušenje, alkohol, pretilost, preventivni pregledi), može se zaključiti kako je u Hrvatskoj zapostavljena prevencija i kako postoji općenita nebriga stanovništva o vlastitom zdravlju“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2020:202). Kako bi se to spriječilo, veliki utjecaj na razvijanje mišljenja o zdravlju donijelo bi uvođenje obveznog predmeta u osnovne škole koji bi obrazovao djecu o zdravim životnim navikama, te prevenciji. Ovakva reformska mjera bila bi vrlo skupa, ali se može brzo realizirati i jednostavno organizirati.

Provođenje reformi nije jednostavan proces jer podrazumijeva suradnju različitih razina vlasti, različitih gospodarskih sektora i velika financijska ulaganja. To je svakako i najveća prepreka jednostavnom uvođenju promjena.

7. Rasprava

Uspoređujući sustav zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj sa zemljama Europske unije može se zaključiti kako su problemi zdravstvenih sustava i politika u zemljama članicama Europske unije više uočljivi otkad se integracije EU šire na Istočno europske države. Iako nije moguće govoriti o jedinstvenoj zdravstvenoj politici EU-a, „treba istaknuti da samo produbljivanje europske integracije u sektorima kao što su poljoprivreda, slobodno kretanje rada i sigurnosti hrane ima značajne implikacije na javno zdravstvo“ (Radin, 2014:39). U tom smjeru, postignuti su razni dogovori među zemljama koji pomažu u rješavanju međugraničnih nesuglasica - mogućnost slobodnog kretanja liječnika, naknade koje su pacijenti dužni plaćati u drugoj zemlji članici. Ali, i dalje je upitno kako se može razvijati zdravstvena politika EU jer u procesu pristupanja EU ne potiče se pitanje zdravstva. „Između novih i starih članica EU-a postoje značajne razlike u sektoru zdravstva, što ima dodatne posljedice na nejednakost u opterećenju bolestima koje pogađaju građane“ (Radin, 2014:42). Unatoč toj razlici, utjecaji članstva u Europskoj uniji na zdravstvene sustave nekih država su bili pozitivni.

Smještajući Republiku Hrvatsku uz ostale države članice Europske unije i uspoređujući pokazatelje oboljenja određenih bolesti dolazi se do sljedećih zaključaka: „po pitanju pokazatelja rizika oboljenja te kvalitete i učinkovitosti liječenja pokazujemo lošije rezultate od prosjeka, a po pitanju dostupnosti zdravstvene zaštite bolje u odnosu na prosjek EU-a. Primjerice, uz Mađarsku, imamo najveću smrtnost od raka u Europskoj uniji. Nešto bolje rezultate u pogledu prevencije pokazujemo kod mamografskih pregleda i liječenja raka dojke, za razliku od liječenja raka debelog crijeva“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2020:201). Što se tiče dostupnosti zdravstvenih usluga generalno smo među boljim državama Europske unije. Iako se često susrećemo s problemima zdravstvenog sustava, pokazujemo dobru praksu kod zdravstvenog osiguranja, korištenju dijagnostičkih pregleda i broju bolničkih kreveta. „Po pitanju dostupnosti zdravstvene zaštite Hrvatska je među vodećima u EU-u. Već smo ranije konstatirali kako je cijela populacija, pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem i ostvaruje pravu na zdravstvenu zaštitu. Uz Hrvatsku, još 17 članica ima stopostotnu pokrivenost. Po broju ležajeva smo unutar prosjeka EU-a, ali smo po pitanju broja liječnika, dostupnosti i korištenju dijagnostičkih pregleda, poput CT-a i magnetske rezonance, ispod prosjeka Europske unije (OECD/EU, 2018)“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2020:201).

„Ulazak Republike Hrvatske u Europsku uniju (EU) 1.srpnja 2013. odrazio se na sve segmente ekonomije i društva, pa tako i na zdravstveni sustav. Odnos između europskog zakonodavstva

i zdravstvene politike je vrlo složen jer u zdravstvenoj politici ne postoji jasno razgraničenje između nadležnosti zemalja članica i europskih institucija. Sustavi zdravstva i socijalne skrbi nisu u svom najvećem dijelu izravno sadržaj zajedničke politike EU“ (Kovač, 2015:267). Iako u Europskoj uniji ne postoji jedinstven zdravstveni sustav, koriste se strategije, politike i načela koja proizlaze iz raznih sporazuma ili zakonskih odredbi koje postavlja Europska unija, a koje utječu na odluke i djelovanje zemalja članica. Kako je Europska unija „heterogena integracija s velikim brojem država članica i decentraliziranim zdravstvenim sustavima“ postavlja se pitanje kako uspješno uspostaviti harmoniju među različitim zdravstvenim sustavima.

Nakon nedavne gospodarske krize države članice EU uvidjele su potrebu za boljim upravljanjem i uspostavom bolje koordinacije među njima, te ujednačavanjem individualnih politika svake države. Postojanjem potrebe za ujednačavanjem i koordiniranjem gospodarskih politika država Europsko vijeće uspostavilo je instrument Europski semestar. „Europski semestar je instrument fiskalnog nadzora i koordinacije ekonomskih politika država članica s ekonomskom politikom Europske unije, utemeljenoj na strategiji „Europa 2020“ i usmjerenoj ka postizanju pametnog, održivog i ključivog rasta. S istim ciljem države članice u okviru Europskog semestra usklađuju svoje proračunske i ekonomske politike s ciljevima i pravilima dogovorenima na razini Europske unije te definiraju i provode niz reformi koje potiču rast. Europski semestar odvija se u godišnjim ciklusima, a sudjelovanje u Europskom semestru obveza je svake države članice Europske unije“ (Kovač, 2015:290).

S obzirom na sve navedeno, pokazatelje koji su uspoređeni s drugim državama i posebno Europskom unijom postavljena hipoteza: Potrebne su opsežne reforme zdravstvenog sustava Republike Hrvatske kako bi se doveo na razinu Europske unije se ne odbacuje. Vlada Republike Hrvatske počela je s pripremom i usvajanjem programa reformi s ciljem usklađivanja ekonomske politike države s onim što je definirano na razini Europske unije. Što se tiče zdravstva, preporuka Europe se odnosila na jačanje financijske učinkovitosti zdravstvenog sustava. Vodeći se time kako je hrvatski zdravstveni sustav financijski neučinkovit, donijet će se zaključci i o idućoj hipotezi.

Hrvatski zdravstveni sektor jedan je od najzaduženijih sektora u državi, a financijski problemi smanjuju moguću kvalitetu pružanja usluga što se ogleda u nedovoljnom broju zdravstvenih radnika, lošom i zastarjelom opremom, te nedostupnošću usluga zdravstvene zaštite. Rješenje za nagomilavanje dugova u zdravstvenom sustavu se ne pronalazi, a uglavnom ga podmiruje država preusmjeravajući sredstva iz proračuna. Dug je prešao iznos od 11 milijardi kuna u 2021.

godini, od čega se izdvaja dug bolnica prema veledrogerijama koji iznosi oko 5,5 milijardi kuna. Ne radi se o nedavnim dugovima, nego Republika Hrvatska vuče dugove još od odvajanja od SFRJ kada je naslijedila određeni iznos duga. Svakako na drastičan rast duga unazad godinu dana utjecala je pandemija Covid-19 jer su zdravstvene ustanove i institucije morale napraviti prenamjenu sredstava i usmjeriti ih na borbu s pandemijom (zaštitna oprema, novi lijekovi, prekovremeni radni sati...).

Očigledno je već dugi niz godina kako nadzor i upravljanje troškovima te budžetiranje u zdravstvu ne funkcionira. Financijski izvještaji koje objavljuje HZZO pokazuju ravnotežu, ali država svejedno mora podmirivati dugovanja koja imaju bolnice. To se dogodilo i krajem 2020. godine kada su veledrogerije prijetile obustavljanjem ispostave lijekova dok se određeni dio duga ne podmiri. Problem je što dugovanja bolnica prelaze rokove čak i od 365 dana. Zdravstveni sustav treba težiti financijskoj održivosti, a prvi korak bilo bi veće izdvajanje za zdravstvo iz BDP-a. Potrebno je pronaći modele financiranja koji bi bili prilagodljivi promjenjivim situacijama. Dug treba rješavati tako da se gledaju i rashodi (smanjenje), a ne samo da se resursi usmjere u povećavanje prihoda, jer su problem rastući troškovi.

Dug zdravstva nije nastao unazad nekoliko godina. To je dug koji se gomila i prebacuje u svako iduće razdoblje bez da se nude rješenja. Tako da rast duga zdravstva nastao u vrijeme pandemije Covid-19 nije jednokratno niti dugotrajno podmiriv, samo je produbio već postojeće probleme. S obzirom na to se postavljena hipoteza ne odbacuje.

Idući strateški planovi i potencijalne reforme trebaju biti usmjereni ne samo na poboljšanje osnovnih zdravstvenih usluga, nego na stvaranje uvjeta za uvođenjem drugačijeg modela financiranja zdravstvenog sustava. Osim toga potrebno je napraviti bazu podataka koja bi bila javno dostupna korisnicima, gdje bi se na vrijeme vidjelo kako se troše financijska sredstva, gdje se stvaraju novi problemi. Svakako treba ispitivati korisnike te pratiti trend pojavljivanja određenih bolesti, porasta korištenja lijekova te u konačnici ispitivati zadovoljstvo uslugama.

8. Zaključak

Svaka država ima veliku ulogu u regulaciji vlastitog zdravstva i zdravstvenih usluga. Postavlja se pitanje kolika je uloga države, a koliko se zdravstvo odvaja kao zasebna djelatnost. Također je pitanje koliko država utječe na kvalitetu dostupnih usluga i koliko kontrolira što je građanima dostupno. U zdravstvu Republike Hrvatske postoje brojni problemi, kako je i navedeno u radu. Radi se o problemima u financiranju, kvaliteti usluga, nedostatak radne snage, zastarjela oprema itd. Ti problemi su identificirani odavno, razrađeni su teorijski u strateškim dokumentima, ali mjere za njihovo rješavanje nisu provedene. Svakako se podrazumijeva kako se problemi u zdravstvu koji su nagomilani kroz duži niz godina ne mogu riješiti preko noći, ali ozbiljni koraci nisu poduzeti. Država nema ulogu samo u donošenju mjera, nego se treba pobrinuti da se one i provode.

Zdravstveni sustav koji bi bio kvalitetan i učinkovit, podrazumijeva i minimalne troškove. U Republici Hrvatskoj, troškovi zdravstva na žalost rastu svake godine, a usluge se uglavnom ne mijenjaju, ili se mijenjaju minimalno što vodi pitanju koliko je zdravstveni sustav RH kvalitetan. Kvalitetu zdravstva u Republici Hrvatskoj teško je analizirati. Potrebno je prikupljati podatke o pružanju usluga i zadovoljstvu korisnika zdravstvenih usluga i tako mjeriti kvalitetu kroz određene objektivne parametre. Svakako bi bilo poželjno i uspoređivanje sa sličnim gospodarstvima u regiji, Europskoj uniji, ali i svijetu, te promišljanje o implementiranju već postojećih rješenja iz drugih država. Kako je izneseno u raspravi, Europska unija nudi brojne mogućnosti razvoja i poboljšanja koje treba iskoristiti.

U konačnici zdravstveni sustav Republike Hrvatske je u ovom stanju dugoročno neodrživ. Dosadašnje reforme nisu donijele previše napretka, te je potrebna nova, jača i sveobuhvatnija reforma koja bi povezala sve dijelove i čimbenike zdravstvenog sustava, a kojoj bi cilj bio ne samo financijska održivost i isplativost nego pružanje kvalitete krajnjim korisnicima. Ako se osvrnemo na druge države u Europi, vidljivo je da su problemi hrvatskog zdravstvenog sustava rješivi, ali je potrebno djelovati, a ne samo donositi strateške odluke.

Literatura

1. Ančić, M., Orlandini, R., Mratinović-Mikulandra, J., Vidić, R. (2012). Sustav upravljanja kvalitetom u zdravstvu. Split. Dostupno na: <https://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/183/156> [pristupljeno 2. lipnja 2021.].
2. Bejaković, P. (2007). Zdravstveni sustav. Javne financije u Hrvatskoj. Zagreb: Institut za javne financije.
3. Dujmović, M. (2019). Uloga države u razvoju kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga. Diplomski rad. Osijek: Ekonomski fakultet u Osijeku.
4. Džakula, A., Lončarek, K., Radin, D. (2018). Interregnum u zdravstvu. Zagreb.
5. Hrvatska gospodarska komora. (2021). Dugovi zdravstva ponovo prešli kritičnu razinu. Dostupno na: <https://www.hgk.hr/dugovi-zdravstva-ponovo-presli-kriticnu-razinu> [pristupljeno 30. lipnja 2021.].
6. Hrvatski sabor. (2020). Odbor za zdravstvo održao sjednicu o dugovima i stanju u zdravstvenom sustavu. Dostupno na: <https://www.sabor.hr/hr/press/priopcenja/odbor-za-zdravstvo-odrazio-sjednicu-o-dugovima-i-stanju-u-zdravstvenom-sustavu> [pristupljeno 30. lipnja 2021.].
7. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ). (2020). Korištenje primarne zdravstvene zaštite u vrijeme epidemije COVID-19 u Republici Hrvatskoj. Zagreb. Dostupno na: <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/koristenje-primarne-zdravstvene-zastite-u-vrijeme-epidemije-covid-19-u-republici-hrvatskoj/> [pristupljeno 6. lipnja 2021.].
8. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ). (2020). Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2019. Zagreb. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/02/Ljetopis_Yerabook_2019.pdf [pristupljeno 2. lipnja 2021.].
9. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ). (2021). Korištenje zdravstvene zaštite u djelatnosti obiteljske (opće) medicine u Hrvatskoj u 2020. godini. Zagreb. Dostupno na: https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2021/05/CEZIH_2020_OM_za-objavu.pdf [pristupljeno 10. lipnja 2021.].
10. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). (2019). Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2018. godinu. Zagreb. Dostupno na: https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2019/05/Izvjescje_o_poslovanju_hzzo_za_2018._godinu.pdf [pristupljeno 3. lipnja 2021.].

11. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). (2020). Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu. Zagreb. Dostupno na: <https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2020/07/IZVJE%C5%A0%C4%86E-O-POSLOVANJU-HZZO-a-za-2019.pdf> [pristupljeno 3. lipnja 2021.].
12. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). (2021). Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2020. godinu. Zagreb. Dostupno na: https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/IZVJE%C5%A0%C4%86E%20O%20POSLOVANJU%20HZZO-a%20za%202020.g_0.pdf [pristupljeno 3. lipnja 2021.].
13. Jovanović, S., Milovanović, S., Mandić, J., Jovović, S. (2015). Sistemi zdravstvene zaštite. *Engrami*, 37(1), 75-82.
14. Klasić, K.; Andrijanić, I. (2007). *Osnove osiguranja: načela i praksa* (drugo izdanje). Zagreb. TEB.
15. Knoema.com. (2021). World Development Indicators. Current health expenditure (% of GDP). Dostupno na: <https://knoema.com/WBWDI2019Jan/world-development-indicators-wdi> [pristupljeno 2. lipnja 2021.].
16. Kovač, N. (2013). Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. *Ekonomski vjesnik* 26 (2), str. 551-562.
17. Kovač, N. (2015). *Sustav zdravstvene zaštite u Hrvatskoj-odnos javnog i privatnog zdravstva*. Doktorska disertacija. Osijek: Ekonomski fakultet u Osijeku.
18. Lalić, N. (2016). *Analiza tržišta zdravstvenih usluga u Republici Hrvatskoj*. Diplomski rad. Osijek: Ekonomski fakultet u Osijeku.
19. Marković, S., Regent Turkalj, I., Racz, A. (2018). Koncept i mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga. *Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti* 4 (1), str. 49-62.
20. Mihaljek, D. (2006.) *Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj – Kako vidjeti šumu od drveća?* Dostupno na: https://www.researchgate.net/profile/Dubravko_Mihaljek/publication/267551984_Zdravstvena_politika_i_reforma_u_Hrvatskoj_Kako_vidjeti_sumu_od_drveca/links/55140b7d0cf283ee0834a178/Zdravstvena-politika-i-reforma-u-Hrvatskoj-Kako-vidjeti-sumu-od-drveca.pdf [pristupljeno 10. lipnja 2021.].
21. Miloloža, I., Šebo, D. (2019). *Ekonomika u zdravstvu*. Osijek: Fakultet za dentalnu medicinu i zdravstvo.
22. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. (2012). *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. – skraćena inačica*. Zagreb. Dostupno na:

- <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Skracena%20Nacionalna%20strategija%20razvoja%20zdravstva%20-%20HRV%20-%20za%20web.pdf> [pristupljeno 10. lipnja 2021.].
23. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. (2018). Strateški plan Ministarstva zdravstva za razdoblje 2019. – 2021. Zagreb. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Savjetovanje%20sa%20zainteresiranom%20javno%C5%A1%C4%87u/Strateski%20plan%202019.-2021..pdf> [pristupljeno 10. lipnja 2021.].
24. Ministarstvo zdravstva. Zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj. Dostupno na: <https://zdravlje.gov.hr/arhiva-80/ministarstvo-zdravlja/zdravstvene-ustanove-u-republici-hrvatskoj/656> [pristupljeno 4. lipnja 2021.].
25. Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S. (2012). Stanje i perspektive razvoja europskih zdravstvenih sustava. Zagreb: Notitia.
26. Radin, D. (2014). Zdravstvena politika u novim članicama EU-a: izazovi za Hrvatsku. *Političke analize*, 5(18), 39-45.
27. Sambunjak, D. (2013). Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. *Epoha zdravlja* 6 (1), str. 4. – 4.
28. Samvik, B. (2020). Zdravstveni djelatnici na prvoj liniji obrane od pandemije bolesti COVID-19: istraživanje stavova, mišljenja i utjecaja na mentalno zdravlje. Diplomski rad. Koprivnica: Sveučilište Sjever.
29. Smolić, Š. (2014). Razvojni potencijali i izazovi za javno zdravstvo u Hrvatskoj. Zagreb: Ekonomski fakultet u Zagrebu. *Occasional Publications (Department of Macroeconomics)*, 1, 289-306.
30. Stašević, I., Derk, D., Ropac, D. (2019). Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj. Bjelovar: Veleučilište u Bjelovaru. Dostupno na: https://bib.irb.hr/datoteka/993998.Staevi_I_Derk_D_Ropac_D._Zdravstveni_sustav_u_Republici_Hrvatskoj.docx [pristupljeno 3. lipnja 2021.].
31. Šonje, V., Kotarski, K. (2020). *Koronaekonomika: Pet jahača apokalipse*. Zagreb. Arhivanalitika.
32. Zakon o doprinosima. (2019). Zagreb: Narodne novine, pročišćeni tekst zakona NN 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14, 143/14, 115/16, 106/18. Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/365/Zakon-o-doprinosima> [pristupljeno 3. lipnja 2021.].

33. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. (2020). Zagreb: Narodne novine 100/18, 125/19, 147/20.
Dostupno na: <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi>
[pristupljeno 4. lipnja 2021.].

Popis tablica

Tablica 1. Izdaci za zdravstvene usluge u Republici Hrvatskoj u 2018. godini (funkcije u zdravstvenoj zaštiti i pružatelji zdravstvene zaštite) (u milijunima kuna).....	8
Tablica 2. Trenutna potrošnja na zdravstvo odabranih zemalja u razdoblju 2014. – 2018. (kao postotak BDP-a)	10
Tablica 3. Out-of-pocket potrošnja na zdravstvo odabranih zemalja u razdoblju 2014.-2018. (u postotku trenutne potrošnje na zdravstvo)	10
Tablica 4. Potrošnja na zdravstvo per capita (mil. US \$).....	11
Tablica 5. Pokazatelji zdravstvenog stanja u 2018. godini (2017.).....	12
Tablica 6. Određeni zdravstveni pokazatelji za 2015. godinu.	14
Tablica 7. Pregled ostvarenih prihoda HZZO-a u 2018., 2019. i 2020. godini (mil. kn).....	21
Tablica 8. Pregled ostvarenih rashoda HZZO-a u 2018., 2019. i 2020. godini (mil. kn)	22
Tablica 9. Broj korisnika zdravstvene zaštite i kontakata u djelatnosti obiteljske (opće) medicine u Hrvatskoj u 2020. godini.	30
Tablica 10. Pregled broja korisnika, kontakata, pregleda, izdanih uputnica i recepata u djelatnosti obiteljske (opće) medicine u Hrvatskoj u razdoblju 2018. do 2020. godine	31