

ANALIZA HRVATSKOG ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U EU OKRUŽENJU

Damjanović, Antonija

Undergraduate thesis / Završni 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:145:025250>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-12-24**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Ekonomski fakultet u Osijeku

Preddiplomski sveučilišni studij, Marketing

Antonija Damjanović

**ANALIZA HRVATSKOG ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U EU
OKRUŽENJU**

Završni rad

Osijek, 2021.

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku

Ekonomski fakultet u Osijeku

Preddiplomski sveučilišni studij, Marketing

Antonija Damjanović

**ANALIZA HRVATSKOG ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U EU
OKRUŽENJU**

Završni rad

Kolegij: Gospodarstvo Hrvatske

JMBAG: 0010216904

e-mail:Antonijaa06@gmail.com

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

Osijek, 2021.

Josip Juraj Strossmayer University of Osijek

Faculty of Economics in Osijek

Undergraduate Study, Marketing

Antonija Damjanović

**ANALYSIS OF THE CROATIAN HEALTH SYSTEM IN THE
EU ENVIRONMENT**

Final 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 ANALIZA HRVATSKOG ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U EU OKRUŽENJU završni rad isključivo rezultat osobnog rada koji s 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 intelektualnog 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 Ekonomskog 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: Antonija Damjanović

JMBAG: 0010216904

OIB: 94973836413

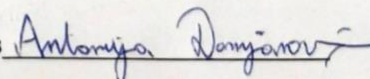
e-mail za kontakt: Antonijaa06@gmail.com

Naziv studija: Preddiplomski sveučilišni studij

Naslov rada: Analiza hrvatskog zdravstvenog sustava u EU okruženju

Mentor/mentorica rada: izv.prof.dr.sc. Nataša Drvenkar

U Osijeku, 2021.godine

Potpis 

Analiza hrvatskog zdravstvenog sustava u EU okruženju

SAŽETAK

Neminovna je činjenica kako je zdravlje, u značajnoj mjeri, određeno fizičkim, emocionalnim, mentalnim i socijalnim sposobnostima pojedinca i nužno zahtjeva prilagodbu kvalitete življenja, fizičke aktivnosti i prehrambenih navika. Unatoč tome, ne smije se zanemariti niti činjenica kako je zdravlje od posebnog interesa za pojedinu zemlju, ali i ekonomski sustav te zemlje. Nastavno na to, sustavi zdravstvene zaštite razvijeni su u povijesnom i političkom kontekstu svake zemlje i kontinuirano se razvijaju kako bi se mogli odgovoriti na izazove demografskih, ekonomskih i epidemioloških promjena, svijesti i očekivanja javnosti te promjene tehnologije u zdravstvu.

Na razini Europske unije evidentni su pokušaji implementacije zdravstvene ravnoteže u svim zemljama članicama kako bi se kvalitativno (ali i kvantitativno) sustav zdravstvene zaštite unaprijedio i pokušala se ostvariti gotovo jednaka prava za sve žitelje Europske unije. Kako sustav zdravstvene zaštite pripada jednoj od značajnih, ali i samostalnih javnih usluga te podrazumijeva upravljanje velikim (većinom javnim) sustavima i troškovno zahtjevnim procesima, nije uvijek jednostavno omogućiti što „jednakiji“ i vrhunski zdravstveni sustav i usluge.

Promatrajući zdravstvene sustave Hrvatske, Austrije, Njemačke i Slovačke, analizirat će se njihova strukturna obilježja i načini financiranja zdravstvene zaštite. Na kraju istraživanja, pokušat će se istaknuti koji su to suvremeni razvojni trendovi i izazovi suvremenog zdravstvenog sustava.

Ključne riječi: ekonomska obilježja zdravstva, zdravstveni sustav, Hrvatska, Austrija, Njemačka, Slovačka

Analysis of the Croatian health system in the EU environment

ABSTRACT

It is an inevitable fact that health is, to a significant extent, determined by the physical, emotional, mental and social abilities of an individual and necessarily requires the adjustment of quality of life, physical activity and eating habits. Nevertheless, the fact that health is of special interest to a particular country, but also the economic system of that country, must not be overlooked. Furthermore, health care systems have been developed in the historical and political context of each country and are continuously evolving to be able to respond to the challenges of demographic, economic and epidemiological changes, public awareness and expectations, and changes in health technology.

At the level of the European Union, there are evident attempts to implement the health balance in all member states in order to improve the qualitative (but also quantitative) health care system and try to achieve almost equal rights for all citizens of the European Union. As the health care system belongs to one of the most important, but also independent public services and implies the management of large (mostly public) systems and costly processes, it is not always easy to enable the most "equal" and top health system and services.

Observing the health systems of Croatia, Austria, Germany and Slovakia, their structural features and ways of financing health care will be analyzed. At the end of the research, an attempt will be made to point out what are the current development trends and the challenges of the modern health system.

Keywords: economic characteristics of the health system, health system, Croatia, Austria, Germany, Slovakia

SADRŽAJ

| | |
|---|----|
| 1. UVOD..... | 8 |
| 2. METODOLOGIJA RADA | 9 |
| 2.1. Predmet i ciljevi istraživanja | 9 |
| 2.2. Metode istraživanja..... | 9 |
| 3. EKONOMSKA OBILJEŽJA ZDRAVSTVA..... | 11 |
| 3.1. Ekonomski ciljevi zdravstvene zaštite..... | 13 |
| 3.2. Specifična obilježja zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga | 14 |
| 3.3. Zdravstveno osiguranje..... | 15 |
| 4. ANALIZA STRUKTURNIH OBILJEŽJA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA I NAČINA FINANCIRANJA U ODABRANIM ZEMLJAMA | 17 |
| 4.1. Zdravstveni sustav Hrvatske..... | 19 |
| 4.2. Zdravstveni sustav Austrije | 24 |
| 4.3. Zdravstveni sustav Njemačke | 27 |
| 4.4. Zdravstveni sustav Slovačke | 30 |
| 5. SUVREMENI RAZVOJNI TRENDOVI I IZAZOVI ZDRAVSTVENOG SUSTAVA. 33 | |
| 5.1. COVID-19 (ekonomska i „samo zdravstvena“ strana) | 36 |
| 6. ZAKLJUČAK..... | 39 |
| LITERATURA..... | 41 |
| POPIS SLIKA | 46 |
| POPIS TABLICA..... | 47 |
| POPIS GRAFIKONA | 48 |

1. UVOD

Predmet završnog rada su zdravstveni sustavi država članica EU-a, s posebnim naglaskom na Hrvatsku, Austriju, Njemačku i Slovačku. Sadržajno i tematski su izabrane upravo ove zemlje članice Europske unije budući je često u javnosti prisutno mišljenje kako je riječ o uređenim i kvalitetnim sustavima zdravstvene zaštite, a Slovačka je zemlja članica EU koja je prošla slične ekonomske i socijalne promjene kao Hrvatska te je sličnih usporednih karakteristika. Pod zdravstvenim sustavom podrazumijevaju se ljudi, institucije i resursi čija je primarna uloga usmjerena na zadovoljavanje potreba stanovništva određene zemlje, a posebno uvažavajući dobnu strukturu tog stanovništva i dostupnost zdravstva u samoj zemlji. Neminovna je činjenica kako su dobro uređeni zdravstveni sustavi rezultat organiziranosti i posvećenosti samih zemalja prema jednom od najvažnijih (ali značajno osjetljivih) sustava javne usluge. Zdravstvo u cjelini je prijeko potrebno svakom pojedinom stanovniku zemlje, a zbog osjetljivosti i karakteristika te javne usluge, očekuje se da treba biti na vrhunskoj razini. Takav sustav odražava se visokim stupnjem organiziranosti i pravovremenim pristupom najvišem mogućem standardu skrbi potrebitim osobama.

Sadržajno i tematski koncipirajući ovaj rad, isti se sastoji od 6 cjelina od koji su prva cjelina uvod, druga cjelina metodologija rada kod koje su u prvom potpoglavlju predmet i ciljevi istraživanja, u drugom potpoglavlju metode istraživanja. Treća cjelina pripada ekonomskim obilježjima zdravstva. Prvo potpoglavlje treće cjeline čine ekonomski ciljevi zdravstvene zaštite, drugo potpoglavlje govori o specifičnim obilježjima zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga te se u trećem potpoglavlju nalazi zdravstveno osiguranje. Nadalje, četvrta cjelina obuhvaća analizu strukturnih obilježja zdravstvenog sustava i načina financiranja u odabranim zemljama. U toj cjelini u prvom potpoglavlju obradit će se zdravstveni sustav Hrvatske, u drugom zdravstveni sustav Austrija, u trećem zdravstvenih sustav Njemačke, a u četvrtom potpoglavlju obradit će se zdravstveni sustav Slovačke. U predzadnjem, odnosno petom poglavlju nalaze se suvremeni razvojni trendovi i izazovi zdravstvenog sustava. U prvom potpoglavlju petog poglavlja nalazi se Covid-19 ekonomska i „samo zdravstvena“ strana budući bi bilo manjkavo ne obratiti pažnju na suvremene izazove izazvane posljednjom ekonomskom, društvenom i zdravstvenom „krizom“. Zadnje poglavlje odnosi se na zaključak cjelokupne tematike.

2. METODOLOGIJA RADA

2.1. Predmet i ciljevi istraživanja

Predmet istraživanja ovog rada je analiza hrvatskog zdravstvenog sustava u EU okruženju. Želi se zapravo uvidjeti koje zemlje imaju najveću razinu razvijenosti zdravstvenog sustava, a koje zemlje su ipak na dnu ljestvice (i zašto) i koji su mogući potrebni preduvjeti kako bi sve zemlje mogle omogućiti podjednaku brigu o svojim građanima, odnosno što bolje razvijeniji zdravstveni sustav. Osim toga, radom se žele približiti pojmovi kao što su: 1) zdravstveno osiguranje, 2) ciljevi zdravstva, 3) zdravstvena zaštita te 4) strategije i obilježja zdravstvenog sustava. U radu će se definirati i analizirati zdravstveni sustavi ranije istaknutih zemalja članica Europske unije i to: Hrvatska, Austrija, Njemačka i Slovačka. Nastavno na prethodno, cilj ovog završnog rada je prikazati prednosti i nedostatke zdravstvenih sustava različitih zemalja članica Europske unije i načine na koje se zdravstveni sustav u tim zemljama može poboljšati.

2.2. Metode istraživanja

Prilikom razrade predmeta istraživanja, koristila se različita domaća i inozemna literatura koja analizira zdravstveni sustav u teorijskim okvirima, ali i u stručnim područjima, institucionalnim okvirima (zakoni, podzakonski akti) te razni članci i službene stranice Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje i stranice Europske komisije. Kako Zelenika (1998.) ističe, „metoda općenito označava planski postupak ispitivanja i istraživanja neke pojave, odnosno način rada za ostvarivanje nekog cilja na filozofskom, znanstvenom, političkom ili praktičnom području“ (Zelenika, 1998), stoga su se u ovom završnom radu pokušale adekvatno koristiti izabrane znanstvene metode. Tako se, primjerice, metoda deskripcije koristila kako bi što detaljnije opisala teorijske podatke i osnovicu samog istraživanja zdravstvenog sustava i njegovih ekonomskih karakteristika, tim više budući „zdravstvo“ i „ekonomija“ često mogu imati konfliktne razvojne ciljeve. Induktivna metoda korištena je kako bi se na temelju detaljnijih činjenica i dostupnih teorijskih osnovica te podataka došlo do općeg zaključka o zdravstvenom sustavu zemalja članica EU, pojedinih inicijativa EU i onda, posebno svake odabrane zemlje članice EU. Pomoću metode analize kompleksni pojmovi koji podrazumijevaju zdravstvo, zdravstveni sustav i ekonomske karakteristike zdravstvene zaštite raščlanjivani su na one

jednostavnije te su se, zbog iznalaženja zaključaka i smjernica, posebno izučavali. Nakon metode analize slijedi metoda sinteze pomoću koje su se sastavljale nove cjeline i time činile logičnu cjelinu predmeta istraživanja.

3. EKONOMSKA OBILJEŽJA ZDRAVSTVA

Zdravstvena ekonomija samo je jedna od mnogih disciplina koja se može koristiti za analizu zdravstva općenito i zdravstvenih problema, a sadrži značajan skup dostupnih analitičkih metoda kojima se istražuju pojedina područja zdravstvene zaštite. Kako Parkin (2017.) ističe, načela zdravstvene ekonomije nužno moraju uključiti značajne ekonomske pojmove poput oskudice, ponude i potražnje, razlike između potrebe i potražnje, oportunitetnih troškova, diskontiranja, vremenskih horizonata, marži, učinkovitosti i pravičnosti (više o tome u: Parkin, 2017.). Nastavno na to, s ekonomskog gledišta, logično je onda očekivati kako je zdravstvena ekonomija jedna od mnogih tema na koje se upravo i mogu primijeniti ekonomski principi i metode. Dakle, opisujući načela zdravstvene ekonomije, iznose se ekonomska načela i kako se oni mogu tumačiti u kontekstu zdravstva i zdravstvene zaštite. Sličnog su razmišljanja tako i Morris i ostali (2012.) koji ističu da je zdravstvena ekonomija „primjena ekonomske teorije, modela i empirijskih tehnika na analizu odlučivanja pojedinaca, pružatelja zdravstvenih usluga i vlada s obzirom na zdravlje i zdravstvenu zaštitu“ (Morris i ostali, 2012.). Analizirajući ta pitanja, Begg i ostali (2005.) naglašavaju kako zdravstvena ekonomija pokušava primijeniti iste analitičke metode koje bi se primijenile na bilo koje dobro ili uslugu koju gospodarstvo proizvodi. Međutim, ističe i nužnost propitivanja jesu li problemi različiti u zdravstvu (Begg i ostali, 2005.). Rezultati mnogobrojnih povijesnih studija ukazuju na vrlo snažan odnos između zdravlja i ekonomskog rasta, objašnjava Lustig (2004.).

Nadalje, Weil (2013.) navodi kako su prihod i zdravlje jako povezani. Gledajući po zemljama, viši dohodak po glavi stanovnika nije u korelaciji samo s očekivanim životnim vijekom, već i s brojnim drugim mjerama zdravstvenog stanja. Unutar zemalja postoji i jaka korelacija između mjesta pojedinca u raspodjeli dohotka i njegovog ili njezine zdravstvene ishode. Ta povezanost unutar zemlje posebno je jaka u zemljama u razvoju.

Usporedba rasta prihoda s poboljšanjima zdravstvenih ishoda, stvarno su malo kompliciraniji. Kratkoročno, u najboljem slučaju postoji slaba korelacija između promjena prihoda i očekivanog života. Doista, mnogi se primjeri dramatičnih poboljšanja zdravlja događaju u odsutnosti značajnog rasta prihoda, a slično i epizodama brzog rasta prihoda nisu popraćeni poboljšanjima zdravlja. S druge strane, smatra se da su prije industrijske revolucije razine prihoda i očekivanoga života bili približno isti u cijelom svijetu, dok su danas to dvoje snažno u korelaciji, a nadalje uzorak početne divergencije i kasnijeg sustizanja na dvije serije izgledaju

slično. Sve ove činjenice ukazuju na to da će se dugoročno pokazati rast prihoda i poboljšanje zdravlja kao doista povezani.

Kako ekonomija općenito uključuje pojam proizvoditi, tako se ekonomija zdravstvom i zdravstvenom zaštitom bavi kao „robom“ odnosno uslugom koja se proizvodi i koja je temelj neke razmjene. Svaka vrsta proizvodnje zahtijeva upotrebu resursa kao što su sirovine i radna snaga, a proizvodnja se može smatrati postupkom kojim se ti resursi transformiraju u robu. Tako su, u ovom slučaju zdravstvene ekonomije, inputi osoblje zaposleno u zdravstvenom sustavu odnosno zdravstvenoj ekonomiji (radna snaga), kapital (oprema, zgrade, znanje, tehnologija), zemlja (lokacija) i sirovina (primat zdravstvene zaštite). Parkin (2017.) tako ističe, primjerice, rezultat postupka koji koristi zdravstvene ulaze, poput zdravstvenih radnika, terapijskog materijala i klinika, mogao bi biti količina zdravstvene zaštite određene kvalitete koja se pruža. Sam postupak i način na koji se „ulazi“ pretvaraju u „izlaze“ mogu utjecati drugi posrednički čimbenici, poput okruženja i lokacije u kojima se odvija zdravstvena usluga kao i karakteristika imovinsko-pravnih osnova zdravstvene usluge (primjerice, je li neka zdravstvena ustanova u privatnom ili javnom vlasništvu) (više o tome u: Parkin, 2017.). Neminovna je činjenica kako su u ekonomiji resursi količinski (uvijek) ograničeni u određenom trenutku, a često niti ne postoje poznate granice željenih količina rezultata. Ovo djeluje kao temeljna pokretačka snaga ekonomske aktivnosti i objašnjava zašto se zdravlje i zdravstvena zaštita mogu i trebaju smatrati kao ostala dobra i usluge. Ovo je pitanje poznato kao problem nedostatka resursa, što ujedno pretpostavlja i donošenje zahtjevne (teške) odluke o tome koja se roba odnosno usluga proizvodi, kako se proizvodi i tko će ju potrošiti odnosno konzumirati ili koristiti. Ne treba zanemariti činjenicu kako je ekonomska roba ili usluga često nedostupna u onoj količini i kvaliteti koju potražnja zahtjeva.

Upravo to nepodudaranje zastupljeno je kod zdravstvene zaštite. Naime, zdravstvena je zaštita takvo ekonomsko dobro: 1) resursi koji se koriste za njezino pružanje su ograničeni, a više tih resursa može se koristiti za stvaranje zdravstvene zaštite samo ako ih se preusmjeri u druge svrhe i 2) društvene potrebe za zdravstvom gotovo nemaju granice i društvo bi zasigurno „neograničeno trošilo“ mogućnosti zdravstvenih usluga, a upitna je mogućnost plaćanja tih usluga. Nigdje u suvremenom svijetu ne postoji zdravstveni sustav koji zdravstvenoj zaštiti posvećuje dovoljno resursa kako bi udovoljio upravo svim željama svojih građana. Naravno, u svakom je nacionalnom zdravstvenom sustavu definirana želja i cilj „zadovoljiti potrebe“, a ne nužno „želje“. U nastavku će se analizirati ekonomski ciljevi zdravstvene zaštite.

3.1. Ekonomski ciljevi zdravstvene zaštite

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i pripadajućim uredbama/propisima (NN 100/18, 125/19, 147/20), zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu, rehabilitaciju i palijativnu skrb. Zdravstvena zaštita osigurava police osiguranja koje zdravstvenim organizacijama omogućuju pristup stručnoj podršci i savjetima, kao i obrani od zlouporabe.

Ekonomski ciljevi zdravstvene zaštite prvenstveno jesu dvojako usmjereni na: 1) zadovoljavanje ponude i potražnje za zdravstvenim uslugama stanovništva te 2) stvaranje tržišta zdravstvenih usluga koje su u demokratskom društvu dostupne svakom pojedincu, ističu Bartić i Smolić (2011.). U tom smislu, „potražnja za zdravstvenim uslugama je izvedena potražnja, dok ista ovisi o potražnji za dobrim zdravljem“ (više u: Barić i Smolić, 2011.). Nadalje, Dukić i ostali (2015.) smatraju da je zbog stalnog porasta očekivanja stanovništva potaknutih neprestanim razvojem znanosti i tehnologije te porastom zdravstvenih potreba starije populacije potrebno voditi računa o efikasnosti troškova te alokativnoj efikasnosti. Osim toga, ne treba zanemariti niti kako je glavni (a ne uvijek popularan) ekonomski cilj u zdravstvu, efikasnost (Obadić i Tica, 2016.). Efikasnost se promatra kroz efikasno ponašanje koje je obilježje savršenog tržišta gdje se potrošačeva korisnost maksimizira uz najmanje društvene troškove, a taj se odnos promatra kroz odnos ukupnih troškova i korisnosti (blagostanja). Sukladno tome razlikujemo dva tipa efikasnosti: operativna i alokacijska efikasnost. Ne treba zanemariti kako je to, u nekim realnim okvirima, uistinu teško ostvariti. Vehovec (2014.) analizira zdravstvo iz ekonomske perspektive gdje navodi da se sustavi financiranja u visokorazvijenim državama mogu podijeliti na tri osnovne skupine:

1. Sustavi s pretežno privatnim financiranjem;
2. Sustavi s financiranjem iz državnog proračuna u većini situacija;
3. Sustavi s financiranjem pretežno iz izvanproračunskih fondova (socijalnog osiguranja).

Razlika između financiranja iz proračuna i putem fondova uglavnom je u samom izvoru prihoda jer se u proračun slijevaju prihodi iz poreznih i neporeznih izvora. Države sa sustavom socijalnog osiguranja se financiraju iz namjenskih poreza za zdravstveno osiguranje koji idu od osnovice plaće zaposlenog stanovništva. Privatno financiranje, jasno samo po sebi,

podrazumijeva da će stanovništvo samo plaćati zdravstvene usluge iz nekih svojih izvora prihoda (plaće ili ostalih izvora).

3.2. Specifična obilježja zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga

Zdravstvene službe u zajednici igraju ključnu ulogu u zdravstvu i sustavu skrbi. Zdravstveni sektor čine tvrtke koje pružaju medicinske usluge, proizvode medicinsku opremu ili lijekove, pružaju zdravstveno osiguranje ili na drugi način olakšavaju pružanje zdravstvene zaštite pacijentima.

Od izbijanja pandemije COVID-19, pružatelji zdravstvenih usluga u zajednici pojačali su svoje djelovanje i odgovornost te su pokazali svoju vrijednost, fleksibilnost i otpornost pred nezapamćenim izazovima. COVID-19 pokazao je da se s strateški usmjerenim financiranjem, kompetentnom radnom snagom, kvalitetnom (i brzom) organizacijom te podrškom vlade i nacionalnih tijela može uspješno pružiti više skrbi.

Ekonomski gledano, tržišta zdravstvene zaštite obilježava nekoliko različitih čimbenika. Vladina intervencija na zdravstvenim tržištima i aktivnostima raširena je (dijelom i zbog nekih od ovih ekonomskih čimbenika). Potrebno je istaknuti kako je potražnja za zdravstvenim uslugama vrlo neelastična. Potrošači i proizvođači suočeni su s neizvjesnim nesigurnostima u pogledu potreba, ishoda i troškova usluga. Pacijenti, pružatelji usluga i drugi „igrači“ u zdravstvenoj industriji imaju široko asimetrične informacije, a problemi s glavnim agentima su sveprisutni. Tako i Dukić i ostali (2015.) upravo navode kako do razlike tržišta zdravstvenih usluga od ostalih tržišta razlikuje asimetrija informacija između korisnika i pružatelja usluga, u tome što korisnici zdravstvenih usluga nemaju mogućnost procjene kvalitete prije trenutka kupnje (korištenja) zdravstvene usluge. Nadalje, glavne prepreke ulaska postoje u obliku profesionalnog licenciranja, regulacije, zaštite intelektualnog vlasništva, specijaliziranog stručnog znanja, troškova istraživanja i razvoja i prirodne ekonomije razmjera. Potrošnja (ili ne-potrošnja) i proizvodnja medicinskih usluga mogu uključivati značajne vanjske učinke, posebno u pogledu zaraznih bolesti. Transakcijski su troškovi visoki i u pružanju njege i u koordinaciji njege.

Dukić i ostali (2015.:179) ističu kako se „tržišta zdravstvenih usluga sastoje od niza dobara i usluga koje održavaju, unaprjeđuju ili upotpunjuju ljudsko zdravlje. Prevladavajuće mišljenje među ekonomistima je da postoje četiri značajne karakteristike zdravstvene zaštite, a to su:

1. potražnja za zdravstvenom zaštitom je izvedena iz potražnje za zdravljem,
2. eksternalije,
3. asimetrija informacija između pružatelja zdravstvenih usluga i primatelja usluga,
4. neizvjesnost potrebe za zdravstvenom zaštitom kao i neizvjesnog njenog učinka (više o tome u: Dukić i ostali, 2015.).

Potrebne informacije za kupnju (korištenje) zdravstvenih usluga stoga moraju tražiti od stručnog medicinskog osoblja, liječnika jer nije riječ o nekoj običnoj kupnji dobara, već o kupnji usluga koje su od značaja za zdravlje svakog pojedinca (Dukić i ostali, 2014.).

Ranije je istaknuto što bi zdravstvena usluga trebala biti i pokušalo ju se staviti u okvir ekonomije. No što je zapravo zdravstvo i kakva je njegova uloga ne samo za stanovništvo i kvalitetu života već i za ekonomiju? Zdravstvo uključuje bilo koji medicinski postupak namijenjen poboljšanju dobrobiti osobe. Financiranje zdravstvene zaštite odnosi se na upravljanje sredstvima za medicinske resurse. Na osobnoj razini, ova vrsta financiranja odnosi se na plaćanja u vezi s bolničkom njegom, liječničkom skrbi, stomatološkom njegom, receptima i ostalim osobnim medicinskim uslugama. Kada pacijenti ne mogu platiti liječničke troškove iz dostupnih izvora prihoda, financiranje zdravstvene zaštite služi im kao svojevrsni kredit, ističe Clearage (2018.), iako i to ovisi o karakteristikama i temeljnim ekonomskim/društvenim ciljevima promatrane zemlje, kao i ekonomskim mogućnostima uvjetovanim ekonomskim blagostanjem zemlje.

Kako bi financiranje zdravstvenih usluga bilo stabilno i adekvatno, država ima iznimno važnu ulogu. U takozvanim „državama blagostanja“ (koje su više-manje sve razvijene suvremene ekonomije) očekuje se da će se ona itekako pobrinuti za sve svoje građane i njihovo zdravlje. Trošak zdravstvene zaštite ujedno je i investicija (ali i potrošnja) usmjerena na zaštitu, prevenciju i očuvanje zdravlja građana. Pri tome, osim opće obrazovne politike i promocije zdravlja, od jako važnog značaja je motiviranost liječnika (kako opće prakse, tako i pojedinih specijalista) te njihova izobrazba. U nastavku slijedi definicija zdravstvenog osiguranja i prikaz vrsta zdravstvenog osiguranja.

3.3. Zdravstveno osiguranje

Europskom konvencijom za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda regulirano je u članku 2.1. Pravo na život, te u članku 8.1. Pravo na poštovanje privatnog i obiteljskog života, a gdje

se navodi da se javna vlast može umiješati u navedena prava u slučaju potrebe za zaštitom zdravlja ili morala ili radi zaštite prava i sloboda drugih. Obzirom da je Hrvatska članica EU konvencije i međunarodni ugovori ju obvezuju i iste su implementirane u naše zakonodavstvo (Zakon.hr, 2020.).

Zdravstveno osiguranje vrsta je osiguranja koja obično plaća medicinske, kirurške lijekove i lijekove na recept, a ponekad i stomatološke troškove osiguranika. Zdravstveno osiguranje može osiguraniku nadoknaditi troškove nastale zbog bolesti ili ozljede ili izravno platiti pružatelju usluge. Često je uključena u pakete naknada poslodavca kao sredstvo za privlačenje kvalitetnih zaposlenika, s premijama koje djelomično pokriva poslodavac, ali se često oduzimaju i od plaća radnika. Troškovi premija zdravstvenog osiguranja mogu se odbiti platitelju.

Obadić i Tica (2016.) navode da je termin zdravstvenog osiguranja ograničen i to isključivo na oblike određivanja premija zdravstvenog osiguranje te raznih fondova kroz koje se financiraju zdravstvene usluge. Socijalno osiguranje u tom smislu podrazumijeva obvezno sudjelovanje javnog ili polu-javnog osiguravatelja, dok privatno pružaju privatni osiguravatelji te predstavlja oblik dobrovoljnog i strogo uređenog osiguranja od strane države.

4. ANALIZA STRUKTURNIH OBILJEŽJA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA I NAČINA FINANCIRANJA U ODABRANIM ZEMLJAMA

Ekonomska analiza je proučavanje ekonomskih sustava. To također može biti proučavanje proizvodnog procesa ili industrije. Cilj analize je utvrditi koliko učinkovito gospodarstvo ili nešto unutar njega djeluje. Na primjer, ekonomska analiza tvrtke usredotočuje se uglavnom na to koliko ona ostvaruje profit. Tome u prilog, *Market Business News* (2021.) naglašava kako ekonomska analiza uključuje procjenu ili ispitivanje tema ili pitanja iz perspektive ekonomista. Prema istom izvoru (*Market Business News*, 2021.) ekonomisti naglašavaju kako je ekonomska analiza sustavni pristup kako bi se utvrdilo koja je optimalna upotreba oskudnih resursa. Ekonomske analize utječu na oportunitetne troškove koje ljudi ili tvrtke zapošljavaju. Oni mjere, u novčanom smislu, kakve su koristi projekta od gospodarstva ili zajednice.

Ekonomska analiza često se definira kao skup ekonomske teorije, ekonomske statistike i ekonomske povijesti (Schumpeter, 1955.):

- Ekonomska statistika – daje podatke o određenoj ekonomskoj pojavi i pomoću svojih metoda izvlači njene bitne karakteristike.
- Ekonomska teorija – daje opće zakonitosti kretanja skupa ekonomskih pojava koji spada i ona ekonomska pojava koja treba predmet ekonomske analize.
- Ekonomska povijest – daje institucionalne okvire u kojima se određene ekonomske pojave događaju i u kojima treba vršiti ekonomsku analizu.

Tim za ekonomsku evaluaciju i analizu (EEA) pomaže zemljama u prikupljanju, vrednovanju i uvođenju ekonomskih dokaza u zdravstvenu politiku. Svjesno od početka ograničenja resursa u zemljama na bilo kojoj razini prihoda, određivanje prioriteta s naglaskom na alokacijsku i tehničku učinkovitost ključno je radno područje (više o tome u: WHO, 2021.). Prema istom izvoru (WHO, 2021.) osvrćući se na odluke o raspodjeli resursa s kojima se kreatori politike redovito suočavaju, radno područje o vrijednosti za novac i određivanju prioriteta također uključuje razmatranja izvedivosti zdravstvenog sustava, troškova i utjecaja na proračun te procjenu doprinosa poboljšanog zdravlja gospodarstvu. EEA također mjeri i procjenjuje utjecaj financiranja zdravstva i drugih politika na univerzalnu zdravstvenu pokrivenost, posebno na kapital i financijsku zaštitu. Sve se to postiže vodeći, zagovarajući i razvijajući metode, alate i standarde, povećanjem kapaciteta zemlje i pružanjem tehničke pomoći zemljama u izradi i korištenju ekonomskih dokaza.

U zdravstvu, ograničena sredstva se ne smiju razbacivati, jer mogu napraviti veliku štetu. U smislu, ako nekome zatreba određeni test za otkrivanje neke bolesti, a nije dostupan ili nije ispravan, može izazvati prvenstveno strah i paniku, a onda i neke loše rezultate. Također, treba uzeti u obzir troškove gubljenja radnog vremena (vezano za bolesnike i njihove obitelji) i izravna plaćanja kao što su to plaćanja vezana za prijevoz i smještaj. I na kraju, potrebno je uzeti u obzir i rashode na liječenje drugih bolesti (MSD priručnik dijagnostike i terapije, 2014.).

Tako, prema MSD priručniku dijagnostike i terapije (2014.) postoje četiri analize:

1. Identificiranje troškova – analiziranje cijene jednog ili nekoliko terapijskih pristupa.
2. Analiza cijene i dobrobiti – istraživanje cijena i zdravstvenih boljitaka pojedinih intervencija što pretvara u novčane ekvivalente.
3. Analiza cijene i učinkovitosti – praćenje odvojeno medicinskih rashoda i zdravstvenih ishoda.
4. Marginalni omjer cijene i učinkovitosti – predstavlja dodatnu cijenu stanovitog pristupa podijeljenu s dodatnim zdravstvenim probicima koje postiže i odgovara na pitanje koliko će koštati terapijski napredak.

Ekonomska analiza ima dva temeljna pristupa, a to su deskriptivni (institucionalni) i analitički. Što se tiče deskriptivnog pristupa, on stavlja naglasak na opis strukture i funkcioniranje privrednog sustava. Dok analitički pristup stavlja naglasak na istraživanje uzorka ekonomskih pojava i procesa i na utvrđivanje njihove međuovisnosti (Schumpeter, 1955.). Prema istom autoru (Schumpeter, 1995.) vrste ekonomske analize su kvalitativna ekonomska analiza i kvantitativna ekonomska analiza. Što se tiče kvalitativne ekonomske analize, ona pomoću različitih narativnih metoda nastoji utvrditi osnovne zakonitosti u ekonomskom svijetu. Kvantitativna ekonomska analiza nastoji kvantificirati međuovisnosti koje postoje među ekonomskim pojavama i procesima u realnom ekonomskom svijetu.

Tablica 1: Osnovna analiza pokazatelja razvijenosti iz zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj, Austriji, Njemačkoj i Slovačkoj za 2020. godinu u američkim dolarima

| Zemlje | BDP po stanovniku | Broj stanovnika | Potrošnja za zdravstvo |
|----------|-------------------|-----------------|------------------------|
| Hrvatska | 55.967 | 4.047 | 2.014 |
| Austrija | 428.965 | 8.917,21 | 5.899 |
| Njemačka | 3,806 | 83.240.525 | 6.731 |
| Slovačka | 104.574 | 5.458.827 | 2.189 |

Izvor: izrada autorice prema podacima WTO i OECD, 2021.

Tablica 1 daje kratki prikaz analize zemalja koje će se, u nastavku, detaljnije analizirati. No iz tablice je vidljivo kako Njemačka itekako po svim navedenim pokazateljima prednjači od ostalih navedenih zemalja. Naime, Njemačka ima BDP po stanovniku za 2020. godinu 3,8 bilijuna američkih dolara, u 2020. godini zabilježeno je 83.240.525 stanovnika u Njemačko dok za potrošnju u zdravstvu izdvajaju 6.731 američkih dolara. Nažalost, po navedenim pokazateljima Hrvatska je najlošija, no usporedimo li je sa Slovačkom situacija i nije toliko loša s obzirom da Slovačka ima gotovo duplo veći BDP po stanovniku od Hrvatske, a podjednako izdvajaju za zdravstvenu potrošnju.

4.1. Zdravstveni sustav Hrvatske

Nakon što je Republika Hrvatska 2013. godine ušla u Europsku uniju došlo je do promjena u zdravstvenom sustavu kroz obvezu usklađivanja hrvatskog zakonodavstva s EU zakonodavstvom. U Republici Hrvatskoj je za organizaciju i upravljanje zdravstvenim sustavom na razini središnje vlasti odgovorno Ministarstvo zdravstva (Uredba o unutarnjem ustrojstvu Ministarstva zdravstva, 2020.). Ministarstvo zdravstva je odgovorno za

1. zdravstvenu politiku, planiranje i procjene, reguliranje standarda zdravstvenih usluga i izobrazbu,
2. programe javnog zdravstva te uključuje praćenje i nadzor stanja zdravlja, ispravnost hrane i lijekova, promicanje zdravlja te provođenje zdravstvenih mjera u okolišu,
3. operacije i razna ulaganja u kliničke bolnice i specijalizirane klinike u vlasništvu države (više o tome: Ministarstvo zdravstva, 2021.).

HZZO je javna ustanova nad kojom Ministarstvo zdravstva vrši nadzor a u čijem je okviru obveznog zdravstvenog osiguranja u RH osigurano oko 4.300.000 osiguranika (99,7%) te u okviru dopunskog zdravstvenog sustava osigurano je oko 2.500.000 osiguranika a te se brojke iz dana u dan smanjuju kako ljudi sele u inozemstvo (Ministarstvo zdravstva, 2020.). Zdravstvena zaštita je organizirana na tri razine (Zakon o zdravstvenom osiguranju, NN 68/2004-1454):

1. primarna (preventivna zaštita),
2. sekundarna (specijalističko-konzilijarna zaštita),
3. tercijarna (najsloženiji oblici zaštite).

Svaki građanin Republike Hrvatske se mora prijaviti na obvezno zdravstveno osiguranje koje je regulirano zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranje. Obveznim osiguranjem se osiguravaju osobe u slučaju ozljede na radu, profesionalne bolesti kao i mjere provođenja zdravstvene zaštite radnika. Osigurane osobe su (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2021.):

1. osobe u radnom odnosu,
2. osobe zaposlene u jedinicama lokalne i regionalne samouprave, ako za taj rad primaju plaću,
3. osobe s prebivalištem ili boravkom u Republici Hrvatskoj ako su zaposlene u drugoj ili trećoj državi gdje nemaju zdravstveno osiguranje,
4. osobe koje se stručno osposobljavaju za rad,
5. osobe koje imaju obrt,
6. poljoprivrednici,
7. svećenici i vjerski službenici,
8. umirovljenici,
9. osobe koje koriste prava na rehabilitaciju,
10. osobe koje imaju invalidninu,
11. redoviti učenici i studenti,
12. branitelji,
13. osobe na odsluženju vojnog roka i ostali.

Dopunsko osiguranje osigurava uštedu u slučaju zdravstvene zaštite i iznosi 70 kuna mjesečno te ono za osiguranika plaća ukupan iznos sudjelovanja tj. participacije od 20% pri korištenju usluga obveznog zdravstvenog osiguranja. Dopunsko osiguranje pokriva troškove participacija u iznosu od (Dopunsko zdravstveno osiguranje, 2021.):

1. 25 kuna za korištenje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, što uključuje dnevni boravak u bolnici i kirurške zahvate
2. 50 kuna za korištenje specijalističke dijagnostike
3. 50 kuna za korištenje ortopedskih i drugih pomagala
4. 25 kuna po danu za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u ambulantnoj fizikalnoj medicini i rehabilitaciji i za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju u kući
5. 100 kuna po danu za troškove korištenja bolničke zdravstvene zaštite

6. 1000 kuna za dentalna pomagala
7. 500 kuna za dentalna pomagala osobama starijim od 65 godina
8. 10 kuna za zdravstvenu zaštitu kod izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite: obiteljske (opće) medicine, ginekologije i dentalne medicine, sukladno općem aktu Zavoda
9. 10 kuna za izdavanje lijeka po receptu

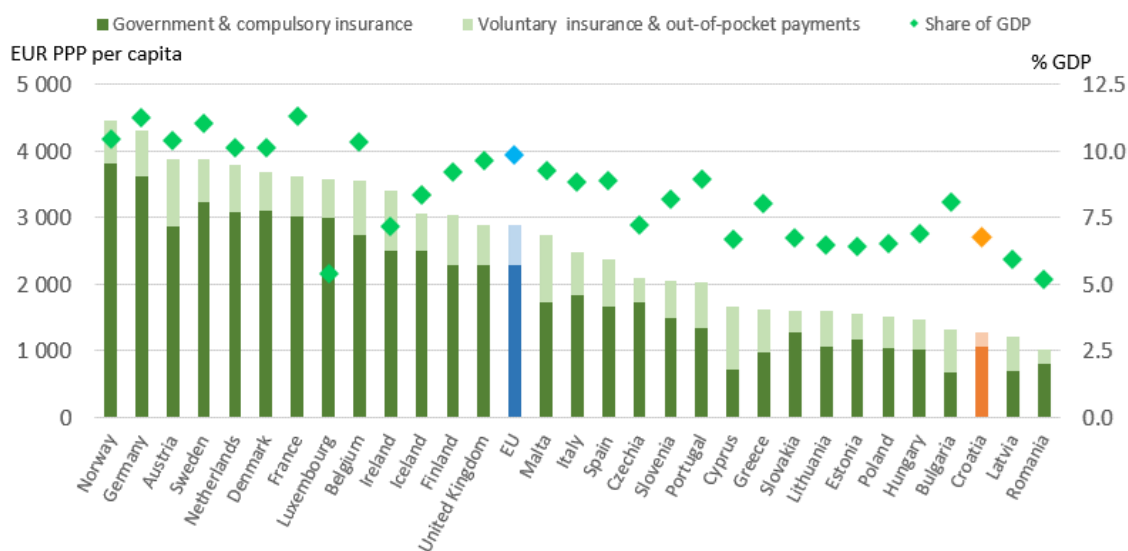
Dopunskim osiguranjem se utvrđuju prava i obveze ugovornih strana, a ugovor o dopunskom osiguranju može sklopiti svaka osoba koja navrší 18 godina, a da ima status osigurane osobe.

Kao ravnopravna članica Europske unije, ujedno je ravnopravan (pretežitó) pristup javnoj zdravstvenoj zaštiti svih građana. Naime, pravo na Europsku zdravstvenu iskaznicu imaju svi građani koji imaju HZZO osiguranje. Ova iskaznica osigurava pokrivanje troškova liječenja tijekom boravka u drugoj državi članici Europske unije na teret sredstava HZZO-a. EKZO-om se pokrivaju troškovi (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2021.):

- Neodgodive zdravstvene zaštite kronične bolesti,
- Zdravstvena zaštita u vezi s trudnoćom ili porodom,
- Neodgodive zdravstvene usluge npr. dijaliza ili tretmani za astmu.

Važno je napomenuti kako EKZO kartica vrijedi tri godine od datuma izdavanja i ona ne pokriva troškove privatne zdravstvene zaštite ili nezgode na skijalištu, zračnom prijevozu ili ukradenom vlasništvu. Važno je da svaki pojedinac vodi brigu o svom osiguranju te je na njima kakvo žele. Isto tako pojedinci moraju redovito produžavati svoja osiguranja i voditi brigu o isteku samih iskaznica. Grafikon 1 prikazuje kako Republika Hrvatska na zdravstvo po stanovniku troši manje od polovine prosjeka Europske unije.

Grafikon 1: Hrvatska na zdravstvo po stanovniku troši manje od polovine prosjeka EU-a

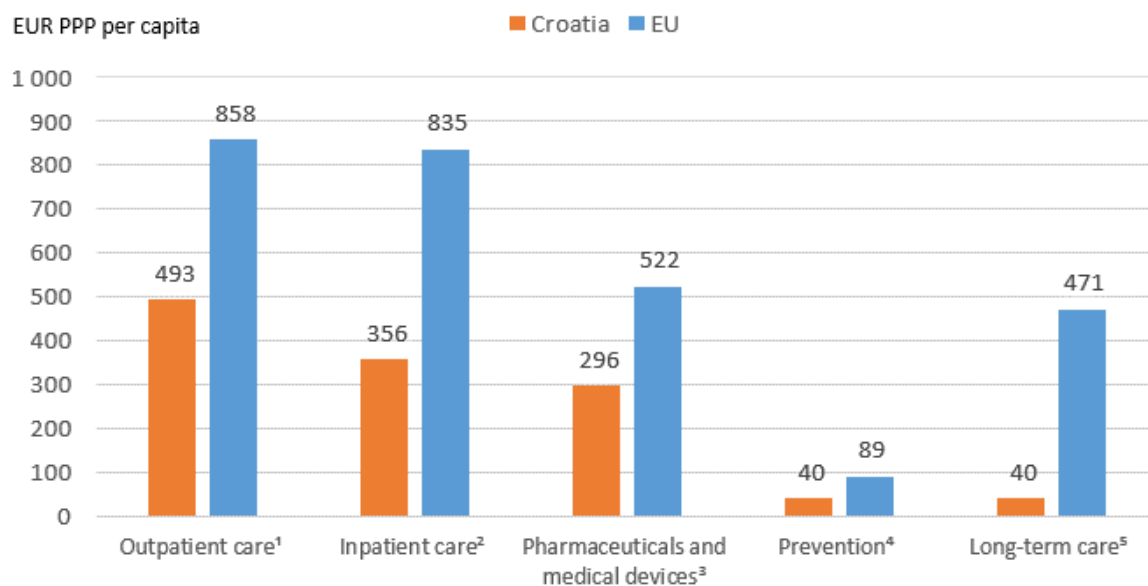


Izvor: autorica preuzela gotovo grafičko rješenje iz: statistički podaci OECD-a o zdravstvu iz 2019. (podaci se odnose na 2017.), dostupno na:

https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_hr

Iz grafikona se može zaključiti da je Hrvatska prema podacima OECD-a za 2017. godinu bila jedna od tri zemlje s najnižom potrošnjom za zdravstvo u EU te je potrošnja iznosila oko 1.272 eura po stanovniku (označeno narančastom bojom), dok je potrošnja po BDP-u iznosila 6,8% (označeno narančastim kvadratićem) što je ispod prosjeka EU koji je na slici prikazan plavom bojom te iznosi 9,8% (Europska komisija, 2019.). Na grafikonu 2 prikazan je udio sredstava za zdravstvo u Hrvatskoj.

Grafikon 2: Udio sredstava za zdravstvo u Hrvatskoj



Izvor: autorica preuzela gotovo grafičko rješenje iz: statistički podaci OECD-a o zdravstvu iz 2019.; baza podataka Eurostata (podaci se odnose na 2017.), dostupno na:

https://ec.europa.eu/health/state/country_profiles_hr

Na prethodnom grafikonu narančastom bojom označena je Hrvatska, a plavom EU te se jasno vidi kako je najviši udio sredstava za zdravstvo u Hrvatskoj utrošen na izvanbolničku skrb (493 eura po stanovniku) oko 39% od ukupne potrošnje, bolničku skrb (356 eura po stanovniku) to jest 28% od ukupne potrošnje te na farmaceutske i medicinske proizvode (296 eura po stanovniku) odnosno 23% ukupne potrošnje, dok je za dugotrajnu skrb i prevenciju utrošeno 40 eura po stanovniku što znači da je za njih utrošeno za svaku svega po 3% od ukupne potrošnje (više o tome: Europska komisija, 2019.).

Zdravstveni sustav ima svoje prednosti i mane, međutim mora se težiti ka što kvalitetnijom zdravstvenom uslugom za svakog pojedinca. U nastavku slijedi objašnjenje zdravstvenog sustava Austrije te njegove karakteristike.

4.2. Zdravstveni sustav Austrije

Pandemija COVID-19 bila je teško vrijeme za sve. Mnogi se iseljenici odvoje od obitelji i voljenih u svojim matičnim zemljama. Kao strancu, također je ponekad teško pronaći kritične informacije o stopi zaraze koronavirusom, lokalnim mjerama i ograničenjima, a sada, na sreću, i o cijepljenju. Zdravstvena zaštita u Austriji je prvenstveno javna, s mogućnošću privatnog zdravstvenog osiguranja. Pod nadzorom Ministarstva socijalne skrbi, zdravstva, skrbi i zaštite potrošača, većina ljudi pristupa javnom zdravstvenom osiguranju tako što plaća dio svog plaće. Međutim, za one s malim ili nikakvim prihodima zdravstvena zaštita je besplatna. Sveukupno, pružena zdravstvena zaštita pristupačna je, pristupačna i vrlo visokog standarda.

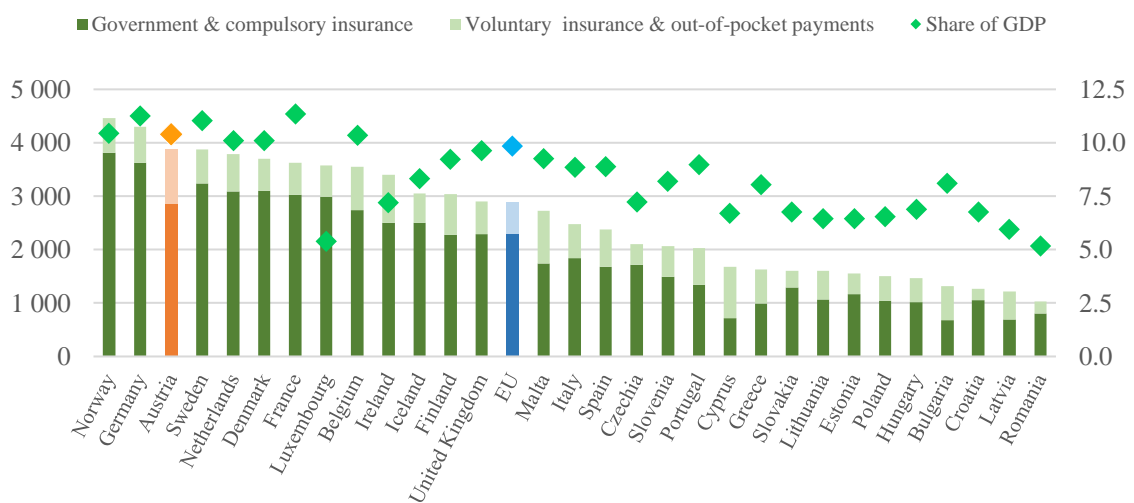
Zdravstvena zaštita u Austriji dostupna je svima unutar njenih granica. Stoga je zdravstvena zaštita univerzalna za sve legalne stanovnike, bez obzira na njihovu dob ili dobni razred. Turisti i privremeni posjetitelji mogu pristupiti austrijskoj zdravstvenoj zaštiti, no možda će im biti naplaćena puna cijena. Kao i uvijek, dobra je ideja imati putno osiguranje prilikom posjeta novoj zemlji (više o tome u: Sergon, 2021.).

Austrijska vlada daje zdravstvu prednost i zapravo je potrošila preko 10% svog BDP-a na zdravstvo u 2019 (više o tome u: Sergon, 2021.). Austrijski zdravstveni sustav uglavnom se financira iz sustava socijalnog osiguranja, kroz doprinose zaposlenika i poslodavca. Međutim, za one s niskim primanjima ili za osobe bez prihoda zdravstvena zaštita dostupna je besplatno. Ipak, mogu postojati neki mali troškovi za lijekove i slično.

Javno zdravstveno osiguranje u Austriji je rašireno i pokriva većinu ljudi. Točnije, nadničari koji ostvaruju određeni iznos automatski se odbijaju dio plaće za zdravstvenu zaštitu, mirovinu i osiguranje od nezgode. Uz to, zdravstvena zaštita je besplatna za ljude koji zarađuju ispod određenog iznosa ili koji su invalidi, studiraju ili su u mirovini. Dakle, osnova sustava u Austriji je osiguranje za sve zaposlene te u velikoj mjeri za članove obitelji u slučaju bolesti, nezaposlenosti, nesreće, roditeljskog dopusta ili mirovina (Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2016.). U užem smislu socijalno osiguranje se sastoji od tri programa (Ministarstvo socijalne politike i mladih, 2016.): 1) mirovinsko osiguranje, 2) zdravstveno osiguranje i 3) osiguranje od nezgode.

U Austriji, za razliku od Hrvatske, potrošnja za zdravstvo po stanovniku je visoka što prikazuje sljedeći grafikon 3.

Grafikon 3: Potrošnja Austrije za zdravstvo po stanovniku

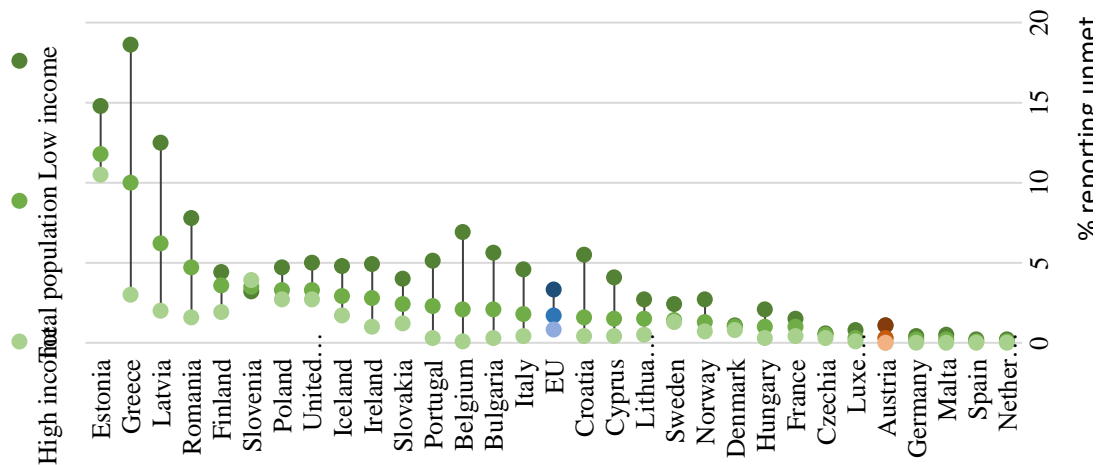


Izvor: autorica preuzela iz: statistički podaci OECD-a o zdravstvu iz 2019. (podaci se odnose na 2017.), dostupno na:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_at_english.pdf

Izdaci za zdravstvo po stanovniku prema dostupnim izvorima OECD-a iz 2017. godine iznosili su gotovo 3.900 eura, oko 1.000 eura više od europskog prosjeka što se vidi iz grafikona, a označeno je narančastom bojom. Osim Austrije, za zdravstvo su više izvojile Norveška i Njemačka. Zemlje koje su razvijene kao što je to Austrija ili Njemačka imaju veće dohotke te shodno tome imaju i veće zdravstvene troškove. Slijedi grafikon 4 koji prikazuje nezadovoljene zdravstvene potrebe u Austriji.

Grafikon 4: Nezađovoljene zdravstvene potrebe u Austriji

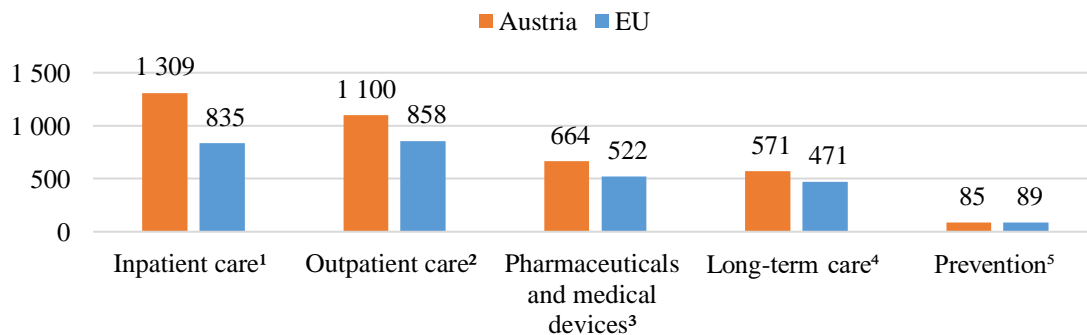


Izvor: autorica preuzela iz: baza podataka Eurostata, na temelju istraživanja EU-SILC (podaci se odnose na 2017.), dostupno na:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_at_english.pdf

uPrivatno dobrovoljno zdravstveno osiguranje obuhvaća približno oko 37% stanovništva prema podacima iz 2017.godine, ali su isti činili samo 5% ukupnih izdataka za zdravstvo. Privatna zdravstvena zaštita u Austriji dostupna je onima koji ili ne mogu ili ne žele koristiti javnu zdravstvenu zaštitu. Općenito, privatna zdravstvena zaštita odnosi se na smanjivanje listi čekanja, širi izbor liječnika i izbor javnih ili privatnih klinika i bolnica. Iako se kvaliteta njege ne razlikuje značajno ili se uopće ne razlikuje, udobnost njege može se (očekivano) razlikovati. Grafikon 5 daje prikaz udjelu sredstava za zdravstvo u Austriji.

Grafikon 5: Udio sredstava za zdravstvo u Austriji



Izvor: autorica preuzela iz: statistički podaci OECD-a o zdravstvu iz 2019.; baza podataka Eurostata (podaci se odnose na 2017.), dostupno na:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_at_english.pdf

Iz priloženog grafikona moguće je uočiti kako Austrija za bolničku skrb troši oko 1.309 eura po osobi (34% od ukupne potrošnje za zdravstvo), što je oko 500 eura više od europskog prosjeka koji iznosi 835 eura po stanovniku čime su nadmašili i Luksemburg. Austrija se može pohvaliti svojom kvalitetom zdravstvenog sustava, ali isto tako uvijek ima mjesta za napredak i poboljšanje. Nakon karakteristika zdravstvenog sustava Austrije, slijedi zdravstveni sustav Njemačke te njegove karakteristike.

4.3. Zdravstveni sustav Njemačke

Zakon o zdravstvenom osiguranju kancelara Otta von Bismarcka iz 1883. godine uspostavio je prvi sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja na svijetu. U početku su pokrivenost zdravstvenim osiguranjem bila ograničena na zaposlenike. 1885. godine 10 posto stanovništva bilo je osigurano i imalo je pravo na novčane naknade u slučaju bolesti (50% plaće za najviše 13 tjedana), smrti ili poroda. Iako je u početku bio ograničen, pokrivenost se postupno širila. Posljednji korak ka univerzalnom zdravstvenom osiguranju dogodio se 2007. godine, kada je zdravstveno osiguranje, bilo zakonsko ili privatno, bilo propisano za sve građane i stalne stanovnike. Današnji sustav pruža pokriće za cijelu populaciju, zajedno s izdašnim paketom pogodnosti (više o tome u: Tikkanen, 2020.).

Zdravstveno osiguranje pružaju dva podsustava: zakonsko zdravstveno osiguranje (SHI), koje se sastoji od konkurentskih, neprofitnih, nevladinih planova zdravstvenog osiguranja poznatih kao fondovi za zdravstveno osiguranje; i privatno zdravstveno osiguranje. Usluge dugotrajne njege posebno su pokrivena obveznim, zakonskim obveznim osiguranjem Njemačke (LTCI).

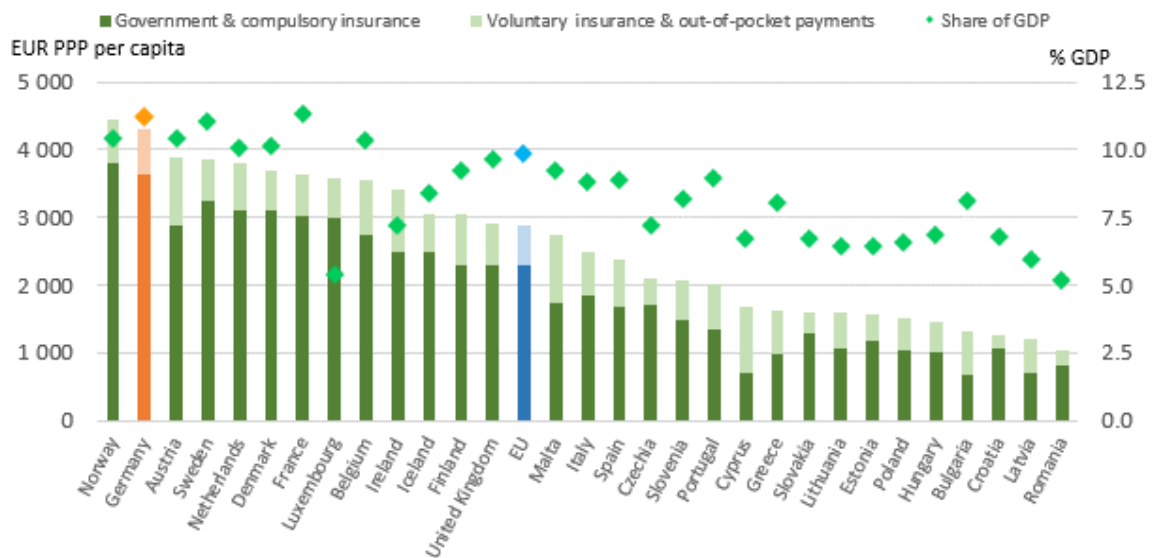
Za razliku od onih u mnogim drugim zemljama, zdravstveni fondovi i privatni zdravstveni osiguravači, kao i osiguratelji dugotrajne njege, koriste iste pružatelje. Drugim riječima, bolnice i liječnici liječe sve pacijente bez obzira imaju li SHI ili privatno osiguranje. Prijelaz s privatnog natrag na obvezno zdravstveno osiguranje moguć je samo za osiguranike čiji su prihodi ispod granice propisane za obvezno osiguranje, stoga je odabir privatnog zdravstvenog osiguranja obično odluka za cijeli život (Portal Deutsch info, 2020.).

Zdravstveno osiguranje je obvezno u Njemačkoj. Otprilike 86 posto stanovništva uključeno je u zakonsko zdravstveno osiguranje koje osigurava bolničko, ambulantno, mentalno zdravlje i lijekove na recept. Upravom se bave nevladine osiguravajuće kuće, poznate pod nazivom

zdravstveni fondovi. Fondovi za bolest financiraju se općim doprinosima za plaće (14,6%) i namjenskim dopunskim doprinosom (u prosjeku 1% plaće), koji dijele poslodavci i radnici. Naknade se primjenjuju na stacionarne usluge i lijekove, a fondovi za bolest nude niz odbitka. Nijemci koji zarađuju više od 68.000 američkih dolara mogu se isključiti iz SHI-a i umjesto toga odabrati privatno zdravstveno osiguranje. Ne postoje državne subvencije za privatno osiguranje (Tkkanen i ostali, 2020.). Grafikon 6 prikazuje potrošnju Njemačke za zdravstvo po stanovniku. Bolnice u Njemačkoj grupirane su u tri glavne vrste (Bundesaertzekammer.de, 2021):

1. Javne bolnice (njem. *Öffentliche Krankenhäuser*) koje vode lokalne vlasti, gradovi i pokrajine.
2. Dobrovoljne, neprofitne bolnice (njem. *Frei gemeinnützige Krankenhäuser*) koje vode crkve ili neprofitne organizacije, poput Njemačkog Crvenog križa.
3. Privatne bolnice (njem. *Privatkrankenhäuser*) posluju kao slobodna komercijalna poduzeća.

Grafikon 6: Potrošnja Njemačke za zdravstvo po stanovniku

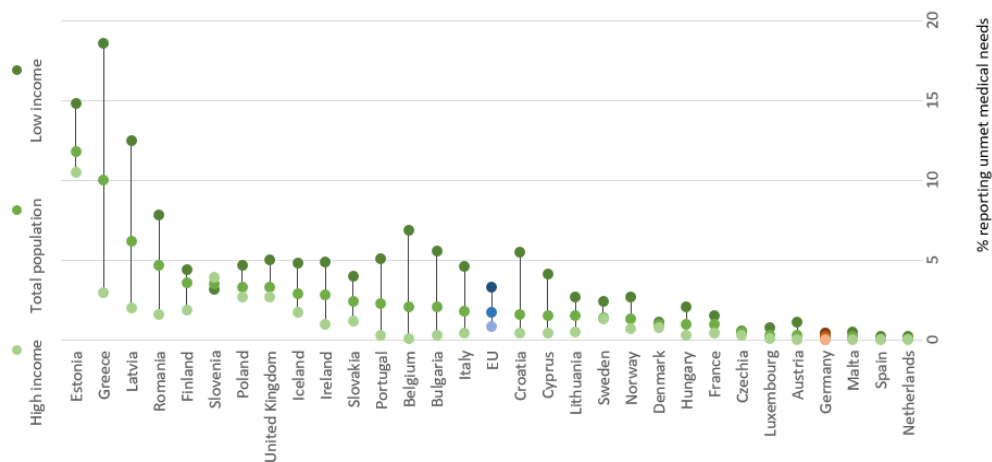


Izvor: autorica preuzela gotovo grafičko rješenje iz: statistički podaci OECD-a o zdravstvu iz 2019. (podaci se odnose na 2017.), dostupno na:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_de_english.pdf

Iz grafikona označeno narančastom bojom vidi se da je Njemačka potrošnja za zdravstvo po stanovniku iznosila 4.300 eura po stanovniku te je samim time bila najveća u EU i znatno veća od prosjeka EU (označeno plavom bojom i iznosi 2.884 eura po stanovniku). Izdaci za zdravstvo time su iznosili 11,2% BDP-a što je bilo iznad prosjeka EU koji je iznosio 9,8% BDP-a (Europska komisija, 2019.). Grafikon 7 daje prikaz nezadovoljenih zdravstvenih potreba u Njemačkoj.

Grafikon 7: Nezadovoljene zdravstvene potrebe u Njemačkoj

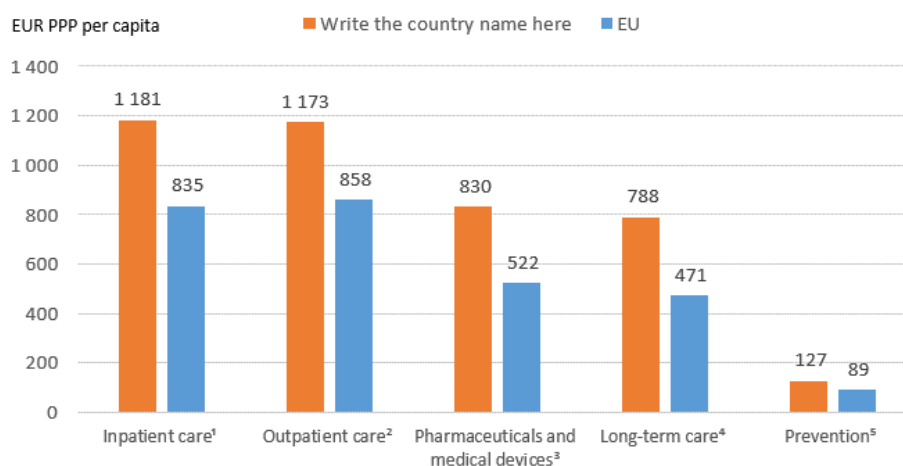


Izvor: autorica preuzela gotovo grafičko rješenje iz: baza podataka Eurostata, na temelju istraživanja EU-SILC (podaci se odnose na 2017.), dostupno na:

https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_de_english.pdf

Broj ljudi koji je prijavio nezadovoljene zdravstvene potrebe u Njemačkoj zbog financijskih razloga, udaljenosti ili čekanja bilo je znatno malo, blizu nule u 2017. godini što se vidi iz grafikona (označeno narančastom bojom), te gotovo nema razlike između grupa s visokim i niskim prihodima, isto je postignuto zahvaljujući pokrivanju većine troškova zdravstvene zaštite (Europska komisija, 2019). U nastavku slijedi grafikon 8 koji prikazuje udio sredstava za zdravstvo u Njemačkoj.

Grafikon 8: Udio sredstava za zdravstvo u Njemačkoj



Izvor: autorica preuzela gotovo grafičko rješenje iz: statistički podaci OECD-a o zdravstvu iz 2019.; baza podataka Eurostata (podaci se odnose na 2017.), dostupno na: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_de_english.pdf

Iz grafikona je moguće uočiti kako je Njemačka (označeno narančastom bojom) u prosjeku gotovo isti iznos novca po glavi stanovnika izdvajala za bolničku (oko 1.181 euro po stanovniku) i izvanbolničku skrb (oko 1.173 eura po stanovniku), a ti su iznosi bili veći od prosjeka EU (Europska komisija, 2019).

4.4. Zdravstveni sustav Slovačke

Zdravstveni status slovačkog stanovništva poboljšao se od 2000. godine, ali još uvijek zaostaje za prosjekom EU. Slovaci žive duže, ali trajne razlike u očekivanom trajanju života postoje prema spolu i socioekonomskoj skupini. Slovački zdravstveni sustav osigurava zdravstvenu zaštitu cjelokupne populacije, iako je pristup skrbi ograničen u određenim regijama, a kvaliteta i učinkovitost mogu se poboljšati u mnogim područjima (Europska komisija, 2017.).

U Slovačkoj se zdravstvena zaštita pruža na temelju javnog (obveznog) zdravstvenog osiguranja. U principu, svatko ima pravo na besplatno pružanje zdravstvene zaštite. U nekim određenim slučajevima (stomatologija, lijekovi) sudjelovanje ili potpuno plaćanje pacijenta na troškovima zdravstvene zaštite određeno je zakonom.

U Slovačkoj postoje tri osiguravajuća društva. Sva su dionička društva koja upravljaju javnim resursima i funkcioniraju na cijelom teritoriju Slovačke Republike. Svatko ima pravo odabrati svoje zdravstveno osiguranje. Slovački zdravstveni sustav uključuje i javne i privatne zdravstvene usluge. Svakim zdravstvenim segmentom upravljaju javni i privatni pružatelji zdravstvenih usluga. Javni i privatni pružatelji zdravstvenih usluga uglavnom imaju ugovore sa zdravstvenim osiguravajućim društvima (EU-healthcare.fi, 2020.). Nelson (2020.) ističe pet činjenica o zdravstvu u Slovačkoj:

1. Slovačka ima relativno nisku očekivanu životnu dob. Prosječni životni vijek u Slovačkoj je 77,3 godine, što je niže od prosječnog životnog vijeka u Europskoj uniji. Očekivano trajanje života žena je 80,7 godina, dok je prosječno očekivano trajanje života muškaraca 73,8 godina. Razine višeg obrazovanja mogu biti u korelaciji sa životom duljeg života. Kao specifičan primjer, predviđa se da će muškarci s najvišim stupnjem obrazovanja živjeti 14 godina duže od onih manje obrazovanih.
2. Slovačka podržava univerzalnu zdravstvenu zaštitu. Zemlja Slovačka ima univerzalno zdravstveno osiguranje. Štoviše, u zemlji postoje 44 državne bolnice. Građani mogu birati između tri nacionalna zdravstvena osiguranja; jedna je privatna, dok su dvije javne. Nacionalni je prosjek 3,4 liječnika na 1.000 ljudi. U glavnom gradu Bratislave veća je koncentracija liječnika sa 6,9 liječnika na 1.000 ljudi.
3. U zemlji nedostaju zdravstveni radnici. Migracija liječnika u susjedne zemlje rezultirala je nedostatkom zdravstvenih radnika u zemlji. Nakon što je Slovačka postala članicom EU, otprilike 300.000 radnika otišlo je u zemlje s boljim plaćama, između 2004. i 2019. To je utjecalo na broj ljudi u zdravstvu i rezultiralo ispodprosječnom količinom medicinskih sestara. Da bi zdravstveni radnici ostali u zemlji, mnogi Slovaci vjeruju da bi vlada trebala dodijeliti više sredstava zdravstvenom sektoru. U tom istom smislu, vlada bi mogla liječnicima i medicinskim sestrama isplaćivati veće plaće.
4. Čimbenici rizika, uključujući pretilost i pušenje, utječu na životni vijek Slovačka. Pretilost se povećava u Slovačkoj, a 14% stanovništva utvrđeno je kao prekomjerna tjelesna težina. Štoviše, uzimajući u obzir odraslu populaciju, 20% puši duhanske proizvode - što je doprinijelo više od 9000 smrtnih slučajeva u 2017. godini. Slovački muškarci imaju kraći životni vijek od slovačkih žena zbog sudjelovanja u više faktora rizika u ponašanju. Međutim, polovica smrtnih slučajeva povezanih s tim čimbenicima rizika može se spriječiti.

5. Romska populacija suočena je sa socijalnom diskriminacijom, što dovodi do zdravstvenih nejednakosti. Regije poput Košica i Prešova, s velikom romskom populacijom, također imaju niži životni vijek, kao i stopu smrtnosti novorođenčadi koja je dvostruko veća od nacionalnog prosjeka. Program romskih zdravstvenih medijatora radi na uklanjanju zapreka u pristupu medicinskoj skrbi. Neke od ovih inicijativa uključuju jezične prijevode za liječnike i provođenje prava osiguranja radi promicanja korištenja zdravstvenih usluga od strane romske populacije.

Slovačka je vlada 2018. godine stvorila javnu inicijativu e-zdravstva za poboljšanje tehnologije u bolnicama i izradu elektroničkih medicinskih kartona. Zanimljivo je da Slovačka ima nizak zdravstveni proračun u usporedbi s ostatkom Europske unije. U 2019. godini Slovačka je povećala proračun za 300 milijuna eura, što je rezultiralo ukupnim proračunom za zdravstvo od 5,2 milijarde eura. Ako vlada nastavi slijediti ovaj trend ulaganja u svoje bolnice kao što je to trenutno slučaj - zdravstvo u Slovačkoj uvelike će se poboljšati uz dodatnu podršku medicinskih sestara i tehnološki napredak (Nelson, 2020.). Nastavno na to, logično je istaknuti kako Slovačka ima mjesta za napredak zdravstvenog.

Nakon usporedbe zdravstvenih sustava Hrvatske, Austrije, Njemačke i Slovačke te njihove karakteristike, pozitivnih i negativnih strana slijede suvremeni razvojni trendovi i izazovi zdravstvenog sustava.

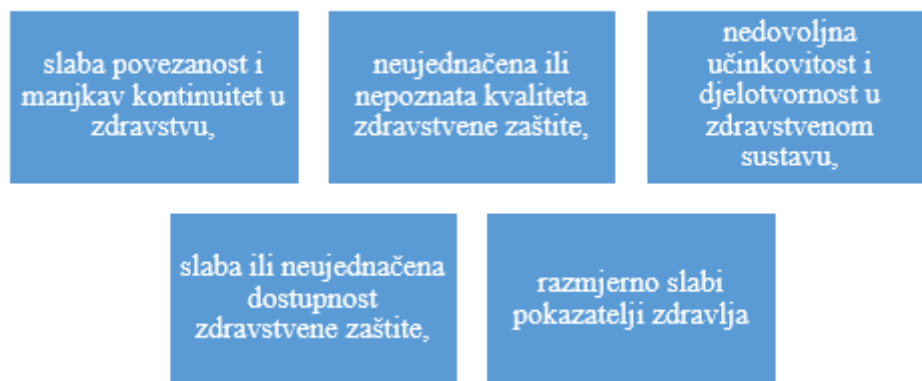
5. SUVREMENI RAZVOJNI TRENDOVI I IZAZOVI ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Kod međunarodnih usporedbi zdravstvenih sustava dolazi se do zaključka kako su razlike u ishodima zdravstvenih sustava posljedica razlike u količini resursa svake pojedine zemlje (materijalnih i ljudskih) te efikasnosti upravljanja raspoloživim resursima kako navode Obadić i Tica (2016.).

Sve dosadašnje reforme u Hrvatskoj uglavnom su bile usredotočene na povećanje prihoda povećanjem participacija (dopunsko zdravstveno osiguranje), izmjenama visine stope doprinosa obveznog zdravstvenog osiguranja ili uvođenjem nekih posebnih oblika poreza, npr. porez na duhanske proizvode i sve te reforme bile su izrazito uspješne i pridonijele su boljoj situaciji u zdravstvu (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2020.). Osim toga, svim pacijentima bila bi pružena vrhunska zdravstvena zaštita koja uključuje učene liječnike i ostalo medicinsko osoblje. A što se tiče administracije, ona bi trebala biti u elektroničkom obliku te također dostupna svim građanima države.

Njemačka i Austrija kao primjeri visoko razvijenih zemalja nemaju problema s dodatnim troškovima u zdravstvu. One to mogu „podnijeti“, kao i razvoj novih tehnologija u zdravstvu, dok Hrvatska zaostaje za njima, kao i Slovačka. Naravno, Hrvatska se može pohvaliti sustavom E-građanin, koji je kao takav, jedini u Europi. Hrvatska se može pohvaliti, nadalje, vrsnim programerima, liječnicima i ostalom radnom snagom. Njima jedino nedostaje financijskih resursa kako bi napravili pozitivan iskorak. Isto tako, vrsna radna snaga je u Hrvatskoj uglavnom potplaćena jer je i niži životni standard što predstavlja značajnu slabost ove zemlje. Tu slabost iskorištavaju razvijene zemlje poput Njemačke i Austrije koje dobrim radnim uvjetima privlače radnu snagu iz slabije razvijenih zemalja kao što su Hrvatska i Slovačka, ali i ostale zemlje „slabijeg motora“ EU. Na takav se način zemljama se „oduzimaju“ ljudi koji su vrhunski u svom području rada. Nakon što se školuju, završe fakultete, umjesto da svojim znanjima oplođuju vlastitu zemlju i doprinose općoj kvaliteti, nažalost, mnogi svoju egzistenciju pronalaze u inozemstvu zbog boljih izvora prihoda. Upravo zbog toga moraju se poduzeti određene mjere i spriječiti svoje stanovništvo da odlazi. Potrebno im je dati kvalitetne i zadovoljavajuće uvjete rada kako bi ostali tu i izgradili obitelj. Naravno, ništa od toga nije moguće ukoliko ekonomski rast nije osiguran i dugotrajno stabilan. Prema trendovima u financiranju zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj, Hrvatska uveliko odstupa od visokorazvijenih

zemalja. Naime razlog tome je što je država zadržala nadprosječno visok udio od 85 posto ukupne zdravstvene potrošnje. Dok primjerice u Zapadnoj Europi u proteklom desetljeću bilježi blago povećanje u ukupnoj potrošnji zdravstvene zaštite, dok sa suprotne strane u Središnjoj i Istočnoj Europi udio države je smanjen (Ekonomski institut, 2014.). Kad se govori o Hrvatskoj temeljem SWOT analize kod izrade Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020.godine pronađeno je 5 strateških problema koji se događaju u zdravstvu, a koje je potrebno riješiti na najbrži mogući način. Isti su prikazani u nastavku na slici 1.



Slika 1: Pet strateških problema u zdravstvu

Izvor: Ministarstvo zdravstva (2021.)

Zadaća svakog zdravstvenog sustava je poboljšati uvjete svojim građanima kako bi im zdravlje i zaštita bili na zavidnoj razini bez obzira na socijalni status. Tako da se može zaključiti kako tehnologija ima svoje pozitivne i negativne strane. Tehnologija donosi nove uređaje koji pomažu pri liječenju. Opće je poznato kako sve više mladih obolijeva od depresije baš zbog novih tehnologija i konstante uključenosti na Internet i društvene mreže, stoga je nužno u ovu ekonomsku i zdravstvenu „računicu“ dodavati suvremene trendove i probleme, uz sve postojeće.

Cilj ekonomske evaluacije neke zdravstvene tehnologije jest odrediti, ili identificirati, koja tehnologija, između dvije ili 307 više alternativa, može proizvesti najviše jedinica zdravlja po jedinici uloženog novca (Drummond i ostali, 2005.). Cilj provođenja ekonomske evaluacije jest identificirati tehnologiju koja je relativno učinkoviti “proizvođač” zdravlja i tako doprinijeti povećanju proizvodne učinkovitosti zdravstvenog sustava.

Prema Drummond i ostalima (2005.) postoje tri osnovne vrste ekonomskih evaluacija koje se najčešće provode u zdravstvu su:

- 1.) Analiza troškovne učinkovitosti,
- 2.) Analiza troškovne korisnosti,
- 3.) Analiza troškova i koristi.

„Financiranje zdravstvenog sustava u najvećoj se mjeri (odnosno oko 80%) temelji na uplaćenim doprinosima osiguranika, što Hrvatsku ubraja u krug zemalja koje pripadaju bismarckovskom modelu, odnosno modelu zdravstvenog osiguranja“ (Zrinščak, 2007.) Dakle, financiranje zdravstva u Republici Hrvatskoj se vrši iz plaća radnika u iznosu od 15%, a u Hrvatskoj ukupno ima 4.111.640 osiguranih osoba kako prikazuje podatak sa HZZO-a (2021.). Također, rastući troškovi zdravstvene zaštite problem je s kojim se suočavaju gotovo većina zemalja u OECD-u i EU-u. Naime, u protokolu dvadesetak godina izdavači za zdravstvo bilježe porast od 3 do 4 posto, što u konačnici predstavlja premašivanje gospodarskog rasta te dovodi do povećane zabrinutosti za fiskalnu održivost zdravstvenog sustava (Svjetska banka, 2019.).

Kao što je iz Tablice 2 vidljivo u Hrvatskoj je osigurano 4.111.640 osoba, najviše osiguranika ima u gradu Zagrebu, kao što je i očekivano, dok najmanje ima u Ličko-senjskoj županiji. Naime, Hrvatska posjeduje univerzalnu pokrivenost stanovništva osnovnim zdravstvenim osiguranjem, također ta pokrivenost zadržana je i u posljednjem desetljeću kao jedan od osnovnih karakteristika zdravstvenog sustava (Matković, 2006.).

Tablica 2: Broj osiguranih osoba po županijama u RH

| Naziv županije | Naziv grada/općine/gradske četvrti grada Zagreba | ukupno |
|---------------------------------|---|------------------|
| | OP.NEPOZNATA | 1 |
| ŽUPANIJA BJELOVARSKO-BILOGORSKA | | 106.054 |
| ŽUPANIJA BRODSKO-POSAVSKA | | 139.863 |
| ŽUPANIJA DUBROVAČKO-NERETVANSKA | | 126.462 |
| ŽUPANIJA GRAD ZAGREB | | 809.176 |
| ŽUPANIJA ISTARSKA | | 212.496 |
| ŽUPANIJA KARLOVAČKA | | 117.054 |
| ŽUPANIJA KOPRIVNIČKO-KRIŽEVAČKA | | 105.858 |
| ŽUPANIJA KRAPINSKO-ZAGORSKA | | 122.836 |
| ŽUPANIJA LIČKO-SENJSKA | | 45.871 |
| ŽUPANIJA MEĐIMURSKA | | 106.674 |
| ŽUPANIJA OSJEČKO-BARANJSKA | | 275.295 |
| ŽUPANIJA POŽEŠKO-SLAVONSKA | | 68.351 |
| ŽUPANIJA PRIMORSKO-GORANSKA | | 286.888 |
| ŽUPANIJA SISAČKO-MOSLAVAČKA | | 150.997 |
| ŽUPANIJA SPLITSKO-DALMATINSKA | | 455.452 |
| ŽUPANIJA ŠIBENSKO-KNINSKA | | 102.643 |
| ŽUPANIJA VARAŽDINSKA | | 163.211 |
| ŽUPANIJA VIROVITIČKO-PODRAVSKA | | 75.045 |
| ŽUPANIJA VUKOVARSKO-SRIJEMSKA | | 157.251 |
| ŽUPANIJA ZAGREBAČKA | | 310.685 |
| RH UKUPNO | | 4.111.640 |

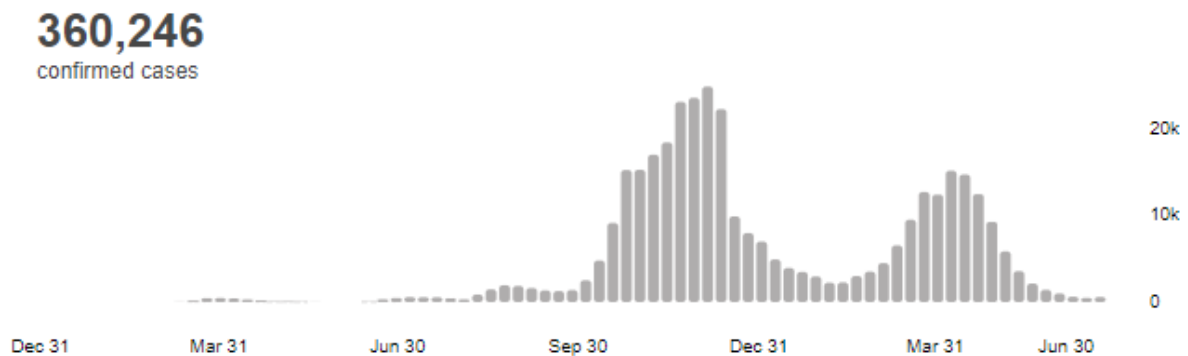
Izvor: HZZO, 2021.

5.1. COVID-19 (ekonomska i „samo zdravstvena“ strana)

Početak 2020. godine svijet je obuhvatila pandemija Covid-19 koja je unijela ogromne promijene u živote pojedinaca. Pandemija COVID-19 dovela je do dramatičnog gubitka ljudskog života širom svijeta i predstavlja neviđeni izazov za javno zdravstvo, prehrambene sustave i svijet rada. Ekonomski i socijalni poremećaj izazvan pandemijom je poražavajući.

U Hrvatskoj je od 3. siječnja 2020. do 11:16, 6. srpnja 2021. godine, zabilježeno 360.246 potvrđenih slučajeva COVID-19 s 8.219 smrtnih slučajeva, prijavljenih SZO-u. Od 27. lipnja

2021. primijenjeno je ukupno 2.531.176 doza cjepiva (Svjetska zdravstvena organizacija, 2021.). Na sljedećoj slici može se vidjeti ukupni broj potvrđenih slučajeva zaraze Covid-19 i kako se zapravo on kretao kroz mjesece.



Slika 2: Potvrđeni slučajevi zaraze u RH

Izvor: autorica preuzela gotovo grafičko rješenje iz: Svjetska zdravstvena organizacija, 2021., podaci za Hrvatsku, dostupno na: <https://covid19.who.int/region/euro/country/hr>

U trenutku završetka ovog završnog rada, potvrđeno je bilo 360 246 slučajeva zaraze korona virusom u Republici Hrvatskoj. Iz prethodne se slike se može uvidjeti kako je taj broj najviše rastao u zimskim mjesecima kao što su prosinac i siječanj.

U krizi COVID-19, prehrambena sigurnost, javno zdravstvo i pitanja zapošljavanja i rada, posebno zdravlje i sigurnost radnika, konvergiraju se. Pridržavanje prakse zaštite zdravlja i zdravlja na radnom mjestu i osiguravanje pristupa dostojanstvenom radu i zaštita radnih prava u svim industrijama bit će presudni u rješavanju ljudske dimenzije krize. Neposredne i svrhovite akcije za spašavanje života i sredstava za život trebale bi obuhvaćati širenje socijalne zaštite na univerzalno zdravstveno osiguranje i potporu dohotku za one koji su najviše pogođeni. To uključuje radnike u neformalnoj ekonomiji i na slabo zaštićenim i slabo plaćenim poslovima, uključujući mlade, starije radnike i migrante. Posebna pažnja mora se posvetiti položaju žena koje su prekomjerno zastupljene na slabo plaćenim poslovima i ulogama u skrbi. Različiti oblici potpore ključni su, uključujući novčane transfere, dječje doplatke i zdravu školsku hranu, skloništa i inicijative za pomoć u hrani, potporu za zadržavanje i oporavak zaposlenja i financijske olakšice za poduzeća, uključujući mikro, mala i srednja poduzeća. Pri osmišljavanju i provedbi takvih mjera neophodno je da vlade usko surađuju s poslodavcima i radnicima.

Zemlje koje se bave postojećim humanitarnim krizama ili hitnim situacijama posebno su izložene učincima COVID-19. Hitno je odgovoriti na pandemiju, istovremeno osiguravajući da humanitarna pomoć i pomoć za oporavak dođu do onih kojima je najpotrebnija. „Sada“ je vrijeme za globalnu solidarnost i podršku, posebno s najugroženijima u suvremenim društvima, posebno u zemljama u usponu i razvoju. Samo se zajedničkim djelovanjem mogu prevladati isprepletene zdravstvene i socijalne i ekonomske učinke pandemije i spriječiti njezinu eskalaciju u dugotrajnu humanitarnu i prehrambenu katastrofu, uz potencijalni gubitak već postignutih razvojnih dobitaka.

Pandemija utječe na čitav prehrambeni sustav i razotkrila je njegovu osjetljivost. Zatvaranje granica, trgovinska ograničenja i mjere ograničavanja sprečavaju poljoprivrednike da pristupe tržištima, uključujući kupnju sirovina i prodaju svoje proizvode, a poljoprivredni radnici berbu usjeva, ometajući tako domaće i međunarodne lance opskrbe hranom i smanjujući pristup zdravoj, sigurnoj i raznovrsnoj prehrani. . Pandemija je desetkovala radna mjesta i dovela milijune sredstava za život u opasnost. Kako hranitelji hrane ostaju bez posla, obolijevaju i umiru, prehrambena sigurnost i prehrana milijuna žena i muškaraca su ugroženi, a oni u zemljama s niskim prihodima, posebno najmarginaliziranije populacije, koja uključuje male poljoprivrednike i autohtone narode najteže pogođen (Svjetska zdravstvena organizacija, 2020.). „Svi se nadaju“ kako će uskoro ova pandemija nestati i kako će se svijet vratiti starom načinu života. Svima fali normalno druženje sa obitelji, rodbinom i prijateljima. Međutim, kako bi to sve bilo moguće, vladajući moraju poduzeti određene mjere kako bi se što prije svijet izvukao iz ove pandemije.

6. ZAKLJUČAK

Zdravlje predstavlja najveću važnost svakom pojedincu, jer bez zdravlja čovjek ne može biti u psihičkoj i fizičkoj spremni. A bez toga, država neće imati radno sposobno stanovništvo za rad, napredak i razvitak kako u zdravstvenom, tako i u ekonomskom smislu. Briga svake države treba biti zdravlje njezinih građana i građanki kako bi oni bili zadovoljni. Svaka država mora brinuti o svakom pojedincu i njihovom zdravlju. Zbog toga postoje zdravstveni sustavi i različita zdravstvena osiguranja. Ona najčešće mogu biti javna i privatna, a na pojedincu i njegovim mogućnostima je da odluči koje osiguranje uzeti. Dakle, zdravstveni se sustavi razlikuju od države do države, te su negdje razvijeniji i na vrhunskim razinama, dok u drugim pak zemljama blizu su dna ljestvice po razvijenosti i kvaliteti zdravstvenih sustava. U radu su pojašnjeni zdravstveni sustave Hrvatske, Njemačke Austrije i Slovačke te je jasno da je Njemački i Austrijski sustav otvoreniji i razvijeniji no Hrvatski.

Od stupanja u Europsku uniju, Hrvatska teži prilagođavanju međunarodnim normama i dostizanju razine susjednih zemalja. Može se zaključiti da se u Hrvatskoj izdvaja manje financijskih sredstava za zdravstvenu zaštitu nego u Austriji i Njemačkoj koje u EU najviše izdvajaju za zdravstvenu zaštitu. U približnom rangu Hrvatske, tu je i Slovačka koja je spomenuta u radu koja itekako mora razviti i poboljšati svoj zdravstveni sustav zbog zdravlja i sigurnosti svojih građana.

Nizom godina Hrvatska slijedi trend starog stanovništva upravo iz razloga što se mladi ljudi emigriraju u „bolje i razvijenije zemlje“ kako bi si pronašli odgovarajući posao u struci koji će biti plaćen onoliko koliko po, njihovoj procjeni, trebaju biti plaćeni za dostojanstven život. Niti jedan posao ne treba biti podcijenjen, jer uvijek ima poduzeća, različitih tvrtka, organizacija, bolnica koje će intelektualne ljude platiti onoliko koliko vrijedi njihov rad.

Treba voditi računa o mladim snagama koji se obrazuju kako bi jednog dana postali medicinsko osoblje na bilo kojoj razini. Dakle, treba zadržati svoju radnu snagu koja je izuzetno kvalitetna i na vrhunskoj razini. Dugi je niz godina prisutno veliko zanemarivanje strukturnih neravnoteža između obrazovnog sustava i tržišta rada te se često može steći dojam kako se „ne brine dovoljno o mladima“ i njihovoj perspektivi u matičnoj zemlji. Njihov intelektualni kapital može itekako doprinijeti razvoju zdravstvenog sustava Republike Hrvatske, ali i općem (ekonomskom) napretku zemlje.

Nakon godina stabilnosti, unatoč pojedinim ekonomskim i financijskim krizama, cijeli svijet se našao u nezavidnoj i iznenađujuće lošoj situaciji koja se odrazila višeznačno na zemlje. Početkom 2020. godine, svijet je zahvatila pandemija Covid-19, koja u trenutku završetka ovog završnog rada i dalje ima jake utjecaje na svaku pojedinu zemlju na svijetu. U jednom trenutku zdravstvo je bilo na samome rubu zbog prevelikih brojki zaraženih osoba. Međutim, s vremenom se razvilo i cjepivo koje postupno smanjuje brojeve zaraženih osoba. S takvim trendom, uskoro bi se mogao broj zaraženih smanjiti i time stabilizirati ekonomski, opći društveni i zdravstveni sustav.

LITERATURA

Knjige:

1. Barić, V., Smolić, Š. (2011.). *Stabilnost zdravstvenog sustava u recesiji u: Kriza: Preobrazba ili Propast*, Obadić, A., Šimurina, J., Tica, J. (ur), Zagreb: Biblioteka Ekonomika i razvoj, str. 47-58.
2. Begg, D., Fischer, S., Dornbusch, R., Ward, D. (2005). *Economics*. McGraw Hill Higher Education.
3. Drummond, M., M. Sculpher, G. Torrance, B. O'Brien i G. Stoddart (2005). *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*, Oxford: Oxford University Press.
4. Morris, S., Devlin, N., P, Parkin, D. (2007). *Economic Analysis in Health Care*.
5. Obadić, A. i Tica, J. (2016). *Gospodarstvo Hrvatske*. Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, str. 471-504.
6. Schumpeter, J., A. (1995). *History of Economic Analysis*. London. Routledge. 1st Edition.
7. Zelenika, R. (1998). *Metodologija i tehnologija izrade znanstvenog i stručnog djela*. Rijeka: Ekonomski fakultet u Rijeci.

Znanstveni radovi:

8. Dukić, N., Tomas Žiković, I., i Žiković, S. (2015). 'Ekonomsko vrednovanje na strani ponude i potražnje - ključ alokacije resursa u javnom zdravstvu', *Ekonomski pregled*, 66(2), str. 177-200. <https://hrcak.srce.hr/139353> (Pristupljeno: 22.05.2020.)
9. Kovač, N. (2013). *Financiranje zdravstva- situacija u Hrvatskoj*. <https://hrcak.srce.hr/116455>. (pristupljeno: 9.10.2020.)
10. Zrinščak, S. (1999). *Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi*. <https://hrcak.srce.hr/29954>. (pristupljeno: 12.10.2020.)

Internet izvori:

11. Bundesaerztekammer.de (2021). *The healthcare system in Germany*. Dostupno na: <https://www.bundesaerztekammer.de/weitere-sprachen/english/healthcare-system/> (pristupljeno: 6.7.2021.)

12. Clearage (2018). *The Fundamentals of Healthcare Financing*. Dostupno na: <https://clearage.com/blog/fundamentals-healthcare-financing/>. (pristupljeno: 5.7.2021.)
13. Dopunsko zdravstveno osiguranje (2020). *Što u praksi znači dopunsko zdravstveno osiguranje?* <https://dzo.hzzo.hr/sto-u-praksi-znaci-dopunsko/>. (pristupljeno: 10.10.2020.)
14. Državni zavod za statistiku (2021). *Županije, površin, stanovništvo, gradovi, općine i naselja*. Dostupno na: https://www.dzs.hr/hrv/censuses/census2011/results/htm/h02_02/h02_02.html
[Pristupljeno: 8.9.2021.]
15. Dukić Samaržija, N. (2014). *Vrednovanje izrečenih preferencija u funkciji poboljšanja preventivnih programa javne zdravstvene zaštite*. <https://repository.efri.uniri.hr/islandora/object/efri%3A8/datastream/PDF/view>. (pristupljeno 7.9.2020.)
16. Ekonomski institut, Zagreb (2014.). *O zdravstvu iz ekonomske Perspektive*. Dostupno na: https://www.eizg.hr/userdocsimages/publikacije/knjige/o_zdravstvu_iz_ekonomske_perspektive. (pristupljeno: 10.9.2021.)
17. EU-healthcare.fi (2020). *Healthcare system*. Dostupno na: <https://www.eu-healthcare.fi/health-services-abroad/country-specific-information-about-health-services/slovakia/> (pristupljeno: 6.7.2021.)
18. European Commission (2019). *State of Health in the EU (Austria)*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_at_english.pdf. (pristupljeno: 11.10.2020.)
19. European Commission (2019). *State of Health in the EU (Germany)*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_de_english.pdf (pristupljeno: 11.10.2020.)
20. Europska komisija (2019). *State of Health in the EU. Hrvatska. Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite*. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2019_chp_hr_croatian.pdf. (pristupljeno: 10.10.2020.)
21. Europska komisija (2017). *State of Health in the EU Slovak Republic*. Dostupno na: https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/355995/Health-Profile-Slovak-Rep-Eng.pdf (pristupljeno: 6.7.2021.)

22. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. *Financiranje zdravstvene zaštite*. <https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/financiranje-zdravstvene-zastite/>. (pristupljeno: 8.9.2020.)
23. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2020). <https://www.hzzo.hr/>. (pristupljeno: 8.9.2020.)
24. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2021). Broj osiguranih osoba HZZO-a. Dostupno na: <https://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/broj-osiguranih-osoba-hzzo> [Pristupljeno: 8.9.2021.]
25. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2020). *O Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje*. <https://www.hzzo.hr/o-zavodu/o-hrvatskom-zavodu-za-zdravstveno-osiguranje/>. (pristupljeno: 9.10.2020.)
26. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2020). *Opseg pokrivenosti EHIC-om*. <https://www.hzzo.hr/lijecenje-u-inozemstvu/opseg-pokrivenosti-ehic-om/>. (pristupljeno: 11.10.2020)
27. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2020). *Statistike o zdravstvenim uslugama*. <https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/statistike-o-zdravstvenim-uslugama/>. (pristupljeno: 11.10.2020.)
28. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2020). *Tko su osigurane osobe HZZO-a*. <https://www.hzzo.hr/obvezno-osiguranje/sto-je-obvezno-zdravstveno-osiguranje-i-tko-su-osigurane-osobe-hzzo-a/>. (pristupljeno: 11.10.2020.)
29. Lustig, N. (2004). Investing in health for economic development. Dostupno na: <https://www.who.int/macrohealth/action/sintesis15novingles.pdf> (pristupljeno: 8.9.2021.)
30. Market Business News (2021). What is economic analysis? Definition and examples. Dostupno na: <https://marketbusinessnews.com/financial-glossary/economic-analysis/>. (pristupljeno: 8.9.2021.)
31. Matković T. (2006.). *Struktura troškova i usluga hrvatskog zdravstvenog sustava*. Dostupno na: <http://www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/article/view/436/428> (pristupljeno: 10.9.2021.)
- 32.
33. Ministarstvo socijalne politike i mladih (2016). *Sustav socijalne zaštite u Austriji i Sloveniji: Primjeri dobre prakse*. Zagreb. <https://mdomsp.gov.hr/userdocsimages/arhiva/files/99175/Sustavi%20socijalne%20za%20site%20u%20Austriji%20i%20Sloveniji.pdf>. (pristupljeno: 11.10.2020.)

34. Ministarstvo zdravstva (2012). *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020.* <https://zdravlje.gov.hr/nacionalne-strategije/1522>. (pristupljeno: 11.10.2020.)
35. MSD priručnik dijagnostike i terapije (2014). Ekonomske analize. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/posebne-teme/klinicko-prosudjivanje/ekonomske-analize> (pristupljeno: 8.9.2021.)
36. Nelson, H. (2020). *5 Facts about healthcare in Slovakia.* Dostupno na: <https://borgenproject.org/healthcare-in-slovakia/> (pristupljeno: 6.7.2021.)
37. Parkin, D. (2017). *Principles of health economics including: the notions of scarcity, supply and demand, distinctions between need and demand, opportunity cost, discounting, time horizons, margins, efficiency and equity.* Dostupno na: <https://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4d-health-economics/principles-he>. (pristupljeno: 5.7.2021.)
38. Portal Deutsch info (2020). *Zdravstveno osiguranje.* <https://deutsch.info/hr/essentials/germany>. (pristupljeno: 8.9.2020.)
39. Portal Europa (2020). *Tematski informativni članak o europskom semestru. Zdravstveni sustavi.* https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/european-semester-thematic-factsheet-health-systems_hr.pdf. (pristupljeno: 12.9.2020.)
40. Prolić, Z. (2017). *Izazovi financiranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj.* <https://zir.nsk.hr/islandora/object/efst%3A1553>. (pristupljeno: 11.10.2020.)
41. Svjetska zdravstvena organizacija – WHO (2020). <https://www.who.int/publications/en/>. (pristupljeno: 11.10.2020.)
42. Šonje, V. (2021). Delta varijanta: kada, kako i što dalje. Dostupno na: <https://arhivanalitika.hr/blog/delta-varijanta-kada-kako-i-sto-dalje/> (pristupljeno: 6.7.2021.)
43. Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordevic, A. Wharton, G., A. (2020). *International Health Care System Profiles Germany.* Dostupno na: <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/germany> (pristupljeno: 6.7.2021.)
44. Vehovec, M. (2014.). *O zdravstvu iz ekonomske perspektive.* https://www.eizg.hr/userdocsimages/publikacije/knjige/o_zdravstvu_iz_ekonomske_perspektive.pdf. Zagreb: Ekonomski institut. (pristupljeno: 28.5..2020.)
45. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/2013., https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_06_80_1666.html. (pristupljeno: 28.5..2020.)

46. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100/18, 125/19., https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2018_11_100_1929.html. (pristupljeno: 28.5. .2020.)
47. Zakon o zdravstvenom osiguranju, NN 68/2004-1454. https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2004_05_68_1454.html. (pristupljeno: 8.9.2020.)
48. Zakon.hr (2020). *(Europska) Konvencija za zaštitu ljudskih prava i temeljnih sloboda*. [https://www.zakon.hr/z/364/\(Europska\)-Konvencija-za-za%C5%A1titu-ljudskih-prava-i-temeljnih-sloboda](https://www.zakon.hr/z/364/(Europska)-Konvencija-za-za%C5%A1titu-ljudskih-prava-i-temeljnih-sloboda). (pristupljeno: 10.10.2020.)
49. Zrinščak, S. (2007). Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. Dostupno na: <http://www.sinisazrinscak.com/wp-content/uploads/2012/12/Zrinscak.zdravstvo.RSP.pdf> [Pristupljeno: 8.9.2021.]
50. MSD priručnik dijagnostike i terapije (2014). Ekonomske analize. Dostupno na: <http://www.msd-prirucnici.placebo.hr/msd-prirucnik/posebne-teme/klinicko-prosudjivanje/ekonomske-analize> (pristupljeno: 8.9.2021.)
51. OECD.data (2021.). Dostupno na: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (pristupljeno: 11.9.2021.)
52. Weil, D. (2013). Health and Economic Growth. Dostupno na: https://www.researchgate.net/publication/286029701_Health_and_Economic_Growth (Pristupljeno: 8.9.2021.)
53. WHO (2021). Health Systems Governance and Financing. Dostupno na: <https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/economic-analysis>. (pristupljeno: 8.9.2021.)
54. WHO (2020). Impact of Covid-19 on people's livelihoods, their health and our food systems. Dostupno na: <https://www.who.int/news/item/13-10-2020-impact-of-covid-19-on-people's-livelihoods-their-health-and-our-food-systems> (pristupljeno: 6.7.2021.)
55. WHO (2021). Croatia. Dostupno na: <https://covid19.who.int/region/euro/country/hr> (pristupljeno: 6.7.2021.)
56. Wolrdbank (2019.). *Analitička podloga za Nacionalnu razvojnu strategiju Republike Hrvatske do 2030.* Dostupno na: <https://thedocs.worldbank.org/en/doc/385631604613918309-0080022020/render/7Sektorzdravstva.txt> (pristupljeno: 10.9.2021.)
57. Wolrdbanke.data (2021.) Dostupno na: <https://data.worldbank.org/> (pristupljeno 11.9.2021.)

POPIS SLIKA

| | |
|--|----|
| Slika 2: Pet strateških problema u zdravstvu | 34 |
| Slika 3: Potvrđeni slučajevi zaraze u RH | 37 |

POPIS TABLICA

| | |
|--|----|
| Tablica 1: Analiza Hrvatske, Austrije, Njemačke i Slovačke za 2020. godinu | 18 |
| Tablica 2: Broj osiguranih osoba po županijama u RH | 36 |

POPIS GRAFIKONA

| | |
|--|----|
| Grafikon 1: Hrvatska na zdravstvo po stanovniku troši manje od polovine prosjeka EU-a | 22 |
| Grafikon 2: Udio sredstava za zdravstvo u Hrvatskoj..... | 23 |
| Grafikon 3: Potrošnja Austrije za zdravstvo po stanovniku..... | 25 |
| Grafikon 4: Nezadovoljene zdravstvene potrebe u Austriji | 26 |
| Grafikon 5: Udio sredstava za zdravstvo u Austriji | 26 |
| Grafikon 6: Potrošnja Njemačke za zdravstvo po stanovniku | 28 |
| Grafikon 7: Nezadovoljene zdravstvene potrebe u Njemačkoj..... | 29 |
| Grafikon 8: Udio sredstava za zdravstvo u Njemačkoj..... | 30 |