

# STRATEGIJA LJUDSKIH RESURSA U HRVATSKOM ZDRAVSTVU - IZAZOVI ULASKA U EUROPSKU UNIJU

Vinko BARIĆ, Šime SMOLIĆ\*

*Ljudski resursi temelj su zdravstvenog sustava, a o njihovom broju, kvaliteti i planiranju uvelike ovise ishodi zdravstvene zaštite. Organizacije poput WHO-a i OECD-a upozoravaju danas na sve izraženiji manjak zdravstvenih radnika - poglavito liječnika i medicinskih sestara - koji će u idućih nekoliko desetljeća postati još značajniji. Porastu potražnje za radnicima u zdravstvu doprinijet će starenje stanovništva i promjene medicinske tehnologije, a ponuda bi se mogla smanjiti zbog odlaska većeg broja liječnika i medicinskih sestara iz „baby-boom“ generacije u mirovinu. Dakako, niti Hrvatska nije i neće biti pošteđena takvih promjena, a dodatni izazov predstavlja ulazak u EU, ponajprije slobodno kretanje zdravstvenih radnika. Prema podacima o broju liječnika iz 2009. godine, Hrvatska (2,7‰) zaostaje za zemljama Europske unije (3,3‰), ali i zemljama regije (3‰). Slično je i s brojem medicinskih sestara kojih je u Hrvatskoj 2009. godine bilo 5,1‰ dok je prosjek EU zemalja bio 8,2‰. Budući da prve generacije rođene nakon II svjetskog rata tek sada navršavaju 65 godina, povećane potrebe za zdravstvenim radnicima nastupit će u skoroj budućnosti. Nadalje, iskustva zemalja novih članica EU od 2004. i 2007. godine, sugeriraju mogući odljev visokoobrazovanih i mladih djelatnika iz zdravstvenog sustava Hrvatske.*

**Ključne riječi:** *zdravstveni sustav, zdravstveni radnici, strategija, migracije, EU, Hrvatska*

---

\* Prof.dr.sc. Vinko Barić, dr.sc. Šime Smolić, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatska

## 1. UVOD

Zadnjih nekoliko godina sve se više raspravlja o potrebi jačanja politika koje se odnose na zdravstvene radnike, sa ciljem poboljšanja uspješnosti zdravstvenih sustava. Time bi se zdravstvenim radnicima omogućilo pružanje dostupnijih, sigurnijih i učinkovitijih usluga. Opređenje za strategiju unapređenja kvalitete zdravstvenih radnika sasvim je očito jer bez dobrog rada zaposlenih nema niti uspješnog zdravstvenog sustava.

Europski zdravstveni sustavi suočeni su danas s ubrzanim rastom udjela starije populacije - bržim od ostalih dobnih skupina što za posljedicu ima značajne promjene u epidemiološkim profilima, rast udjela kroničnih bolesti i incidenciju višestrukih oboljenja<sup>1</sup>. Uz to, stanovništvo je bolje informirano i ima rastuća očekivanja od sustava zdravstvene zaštite dok tehnološki napredak i organizacijske promjene u zdravstvu stvaraju nove mogućnosti dijagnostike i liječenja. Sve te promjene usko su povezane sa zdravstvenom potražnjom, a naknadno i s očekivanjima glede rada zdravstvenih radnika (Dussault et al., 2009). Ne smije se zanemariti ni činjenica o ubrzanom starenju zaposlenih u zdravstvenom sektoru, a u mnogim se razvijenim zemljama u idućim desetljećima očekuje nastavak smanjenja broja stanovnika u mlađim dobnim skupinama, izvorima buduće radne snage. Porast potražnje npr. za najboljim studentima medicine, ali i sve veća mobilnost mladih liječnika i ostalog medicinskog osoblja, otežava školovanje, obuku i zadržavanje tih radnika u domaćim zemljama (OECD, 2008). Gotovo je sigurno da će buduća potražnja za većom količinom i kvalitetnijim zdravstvenim uslugama poticati povećano zapošljavanje u zdravstvu, ali ipak do granica koje ekonomije mogu podnijeti. Prema nekim istraživanjima i projekcijama navedenim u publikaciji OECD-a iz 2008., porast potražnje za liječnicima i medicinskim sestrama u Ujedinjenom Kraljevstvu (UK) iznosit će 50% u razdoblju 2005.-2020. godine, a manjak ponude zdravstvenih radnika iznosit će oko 23%. U SAD-u bi potražnja u istom razdoblju mogla porasti oko 22%, ali će rast domaće ponude od oko 16% u značajnoj mjeri ublažiti manjak zdravstvenih radnika. Nedostatak radnika u zdravstvu neke su zemlje vrlo uspješno riješile imigracijom npr. Švicarska, Švedska, UK i Irska, a izvan Europe Australija, SAD, Novi Zeland i Kanada, dok su se među europske zemlje s visokom emigracijom zdravstvenih radnika svrstale npr. Poljska, Mađarska i Rumunjska. Dumont i Zurn (2007) ističu kako je eksterni šok, u vidu dvaju valova proširenja Europske unije 2004. i 2007. godine i unatoč *grace periodu* zapošljavanja u prve dvije godine (osim

---

<sup>1</sup> Multimorbiditet (*multimorbidity*).

u UK, Švedskoj i Irskoj), otvorio određene bojazni zbog priljeva zdravstvenih radnika u EU15<sup>2</sup>, posebice iz Poljske i Baltičkih zemalja. Ulaskom Republike Hrvatske u Europsku uniju (EU) 2013. godine, moglo bi doći do sličnih pojava, iako u neusporedivo manjoj mjeri. Nadalje, Hrvatska bi poput nekih članica EU mogla postati zemlja u kojoj emigracija i imigracija zdravstvenih radnika imaju relativno jednak značaj. U strategiji planiranja potreba za zdravstvenim radnicima u Hrvatskoj, naglasak treba biti na njihovom obrazovanju, profesionalnom usavršavanju i poboljšanju standarda. U konačnici to će voditi ka uspješnijem sustavu zdravstvene zaštite. U nastavku članka prikazat će se stanje i promjene u ljudskim resursima u zdravstvenim sustavima Hrvatske i EU, točnije u drugom poglavlju. U trećem poglavlju analizira se povezanost gospodarske razvijenosti i pokazatelja ljudskih resursa u zdravstvu, zatim tzv. *push* i *pull* faktori migracije zdravstvenih radnika u zemljama EU, uz osvrt na moguće migracijske trendove nakon pristupanja Hrvatske toj zajednici. U četvrtom poglavlju prikazane su moguće strategije planiranja, obrazovanja i zapošljavanja zdravstvenih radnika u kontekstu sve većih očekivanja od zdravstvenog sustava i nedostatne ponude. Petim poglavljem zaključuje se članak.

## **2. LJUDSKI RESURSI U ZDRAVSTVENIM SUSTAVIMA HRVATSKE I EUROPSKE UNIJE**

Definicije ekonomike zdravstva polaze od termina određivanja i alokacije zdravstvenih resursa. Zdravstvene resurse čine zdravstvena ponuda, npr. farmaceutski proizvodi; zdravstveni radnici (liječnici i medicinske sestre), kapitalna dobra, domovi zdravlja, bolnice, oprema za dijagnostiku i svi ostali inputi koji se koriste u pružanju zdravstvene zaštite. Poput većine resursa, i oni u zdravstvu su ograničeni u određenom vremenskom trenutku, dok su želje često neograničene. Zbog takvog su odnosa kompromisi za društvo neizbježni bilo da se radi o privatnom ili javnom zdravstvenom sustavu (Santerre i Neun, 2007). Kao jedan od dominantnih čimbenika rasta zdravstvene potrošnje, uz dohodak po stanovniku i skupu medicinsku opremu, ističu se rastući troškovi radne snage zbog nedovoljnog broja radnika u zdravstvenom sustavu, ali i asimetrične distribucije tržišne moći u zdravstvu u korist ponude (Christiansen et al., 2006). Obilježje zdravstvenog sustava jest proizvodnja usluga niske cjenovne elastičnosti (nužnih dobara). Nadalje, u zdravstvenom sektoru postoji malo mjesta za povećanje produktivnosti zamjenom ljudskog rada kapitalnim

---

<sup>2</sup> Članice EU prije 2004. godine.

dobrima. Istraživanja pokazuju da je produktivnost rada mnogo veća u proizvodnom sektoru (industrijama), a rast udjela troškova zdravstva u nominalnom BDP-u prati rast udjela zaposlenih u zdravstvenom sektoru u ukupnoj zaposlenosti. Zdravstvene politike u tom slučaju suočene su s brojnim ograničenjima jer ne mogu promijeniti temeljne metode proizvodnje (ponude) zdravstvene zaštite (Hartwig, 2006). U sklopu zdravstvenog sektora posebna pozornost posvećuje se pokazatelju broja liječnika i medicinskih sestara koji vrlo često mora biti u skladu s određenim zakonskim propisima ili pravilnicima<sup>3</sup>.

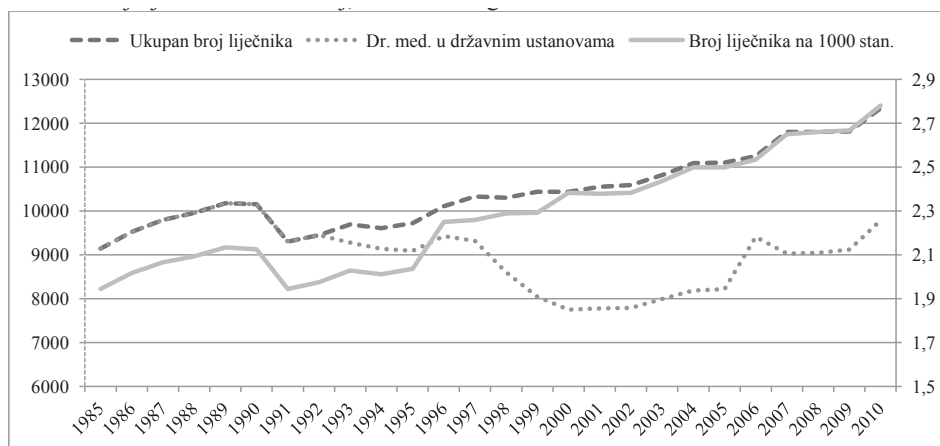
Krajem 2010. godine u zdravstvenom sustavu Hrvatske bilo je zaposleno 72 207 djelatnika ili 2,3% više nego prethodne godine. Od toga su 54 873 (76%) zdravstveni djelatnici i suradnici, 5 117 administrativni (7,1%), a 12 217 (16,9%) tehnički djelatnici. U državnim zdravstvenim ustanovama bilo je zaposleno oko 75% zdravstvenih djelatnika, od čega 9 178 doktora medicine ili 74,3% od 12 341 stalno zaposlenih doktora. Većina ih je radila u bolničkim ustanovama, njih 57,5%, 10% u domovima zdravlja, 15,3% u ordinacijama u zakupu i koncesiji, 5,4% u privatnim ordinacijama, 4,6% u državnim zdravstvenim zavodima itd. (HZJZ, 2011, str. 75). Od važnijih pokazatelja treba spomenuti broj stanovnika na jednog zdravstvenog djelatnika koji je krajem 2010. godine iznosio 99 (116 na jednog djelatnika u državnim zdravstvenim ustanovama), a predstavlja poboljšanje u odnosu na 102 krajem 2008., odnosno 101 krajem 2009. godine. Ukupan broj zdravstvenih djelatnika u razdoblju 2008.-2010. povećan je sa 43 406 na 44 942 (porast od 3,5%). Istovremeno se ukupan broj zaposlenih zdravstvenih djelatnika (na neodređeno i određeno) u privatnoj praksi smanjio sa 12 664 na 11 778 (pad od 7,5%) (HZJZ, 2009; HZJZ, 2010; HZJZ, 2011).

Ako promotrimo zdravstveni sektor Hrvatske u posljednja dva desetljeća, ukupan broj liječnika u stalnom je porastu, ali je broj zaposlenih doktora medicine u državnim ustanovama bio u padu od 1990-ih do početka prošlog desetljeća. Od tada se udio zaposlenih liječnika u državnim ustanovama ipak povećava. Istovremeno, i broj liječnika po stanovniku bilježi stalan rast, dijelom i zbog negativnih demografskih kretanja tj. pada ukupnog broja stanovnika. Broj liječnika na 1000 stanovnika povećao se od 1985. godine sa oko 1,9 na približno 2,8 što je porast od oko 50%! Na Slici 1 prikazano je kretanje ukupnog broja liječnika, doktora medicine zaposlenih u državnim ustanovama i liječnika na 1000 stanovnika, s time da su se do 1993. godine svi liječnici evidentirali kao zaposleni u državnim ustanovama.

---

<sup>3</sup> U Hrvatskoj je to „Pravilnik o minimalnim uvjetima u pogledu prostora, radnika i medicinsko-tehničke opreme za obavljanje zdravstvene djelatnosti“.

Slika 1. Broj liječnika u Hrvatskoj, 1985.-2010. godine



Izvor: WHO (2012), DZS (2011).

Hrvatska po broju liječnika na 1000 stanovnika zaostaje za većinom zemalja EU i za europskim prosjekom unatoč činjenici da je broj liječnika u posljednjih tri desetljeća povećan za 59%. Tako velik relativni porast broja liječnika zabilježile su uglavnom razvijene europske zemlje, dok je u većini zemalja srednje i istočne Europe porast broja liječnika bio manje izražen ili je došlo i do pada (npr. u Latviji i Estoniji). Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) iz 2012., Grčka je u 2009. godini imala najviše liječnika po stanovniku, dvostruko više od europskog prosjeka, a slijedile su je Austrija, Portugal i Njemačka.

Tablica 1. Zdravstveni radnici u EU27 i Hrvatskoj 2009. godine

Broj liječnika na 1000 stanovnika				Broj medicinskih sestara na 1000 stanovnika			
Austrija	4,7	Litva	3,7	Austrija	7,6	Litva	7,0
Belgija	2,9	Luksemburg	2,7	Belgija	::	Luksemburg	::
Bugarska	3,7	Mađarska	3,0	Bugarska	4,2	Mađarska	6,2
Cipar	2,9*	Malta	3,0	Cipar	4,7*	Malta	6,2
Češka	3,6	Nizozemska	2,9*	Češka	8,1	Nizozemska	8,4*
Danska	3,4*	Njemačka	3,6	Danska	14,8*	Njemačka	11,0
Estonija	3,3	Poljska	2,2	Estonija	6,1	Poljska	5,3
<b>EU27</b>	<b>3,3</b>	Portugal	3,8	<b>EU27</b>	<b>8,2</b>	Portugal	::
Finska	2,7*	Rumunjska	2,3	Finska	9,6*	Rumunjska	5,7
Francuska	3,4	Slovačka	3,0**	Francuska	::	Slovačka	::
Grčka	6,1	Slovenija	2,4	Grčka	::	Slovenija	8,0
<b>Hrvatska</b>	<b>2,7</b>	Španjolska	3,5	<b>Hrvatska</b>	<b>5,1</b>	Španjolska	4,9
Irska	3,1	Švedska	3,7*	Irska	12,7	Švedska	11,0*
Italija	3,4	UK	2,7	Italija	::	UK	9,5
Latvija	3,0			Latvija	4,7		

Izvor: WHO (2012), \*podatak za 2008., \*\* podatak za 2007., :: podatak nije dostupan.

U posljednjih dvadesetak godina broj liječnika povećao se u svim zemljama EU-a osim Belgiji, Estoniji i Latviji. Analizira li se samo proteklo desetljeće, najveći porast broja liječnika zabilježile su Irska<sup>4</sup> (oko 40%), Grčka (oko 39%) i UK (oko 31%), a od zemalja srednje i istočne Europe, Rumunjska i Mađarska (porast od oko 15%). Broj medicinskih sestara po stanovniku u Hrvatskoj daleko je ispod prosjeka EU27, a samo su Latvija i Bugarska od tranzicijskih zemalja imale manji broj medicinskih sestara p.c. od Hrvatske 2009. godine. Kao i u slučaju liječnika, većina medicinskih sestara u Hrvatskoj zaposlena je u bolničkim ustanovama, 71,8% u 2009. godini.

Kada promatramo učinke pristupanja tranzicijskih zemalja EU 2004. i 2007. godine, oni se u određenoj mjeri ogledaju i kroz (nagle) promjene ukup-

<sup>4</sup> U Irskoj, trećina porasta broja liječnika odnosi se na liječnike iz drugih država, ali se i povećao broj diplomiranih studenata medicinskih fakulteta. Slično stanje nalazimo i u UK (vidjeti OECD, 2010.).

nog broja liječnika i medicinskih sestara. Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) iz 2012. godine, broj medicinskih sestara p.c. najviše se smanjio u Baltičkim zemljama i Češkoj, a stagnira u Bugarskoj i Rumunjskoj. U razdoblju nakon ulaska u EU jedino je u Poljskoj i Sloveniji došlo do porasta broja medicinskih sestara p.c. od 6%, odnosno 8%. U prvih pet godina članstva u EU, broj liječnika smanjio se za 10% u Mađarskoj, 5% u Poljskoj, 4% u Slovačkoj, a stagnira u Litvi i Bugarskoj. U prve tri zemlje neto smanjenje broja liječnika iznosi približno 9 000 s time da je pad bio najizraženiji u prvoj godini članstva kada se broj liječnika npr. u Poljskoj smanjio za 5 840, a u Mađarskoj za 5 672. Prema istraživanju Vasilcu (2010), početkom 2009. godine, liječnici rumunjske nacionalnosti bili su na drugom mjestu od svih zaposlenih inozemnih liječnika u Francuskoj. Iz te je zemlje u prve dvije godine članstva u EU emigriralo 3 600 liječnika, a još ih je 1 800 pregovaralo o odlasku u inozemstvo. O značaju zdravstvenih radnika čija je zemlja rođenja ili školovanja različita od zemlje u kojoj žive ili rade, govore sljedeći podaci: oko 2005. godine u Njemačkoj je bilo 4,9%, Belgiji 9%, Norveškoj 15,6%, Švicarskoj 18,8%, Irskoj 30,1%, a Velikoj Britaniji 37,5% liječnika koji su rođeni ili su se školovali u nekoj drugoj zemlji (Dussault et al., 2009, str. 6). Čimbenici koji potiču zdravstvene radnike na iseljavanje iz pojedinih zemalja, kao i o čimbenici atraktivnosti zemalja imigracije za zdravstvene radnike analiziraju se detaljnije u sljedećem poglavlju.

### **3. ČIMBENICI MIGRACIJA ZDRAVSTVENIH RADNIKA**

Migracija kao društveni fenomen uvjetovana je nizom čimbenika, od ekonomskih, socijalnih, demografskih, kulturnih ili geopolitičkih pa je i pristup ovoj tematici često multidimenzionalan. U najširem smislu postoje dvije odrednice migracija: gospodarske odrednice i ostale (negospodarske) odrednice uz postojanje stalne interakcije jednih i drugih odrednica (Wertheminer-Baletić, 1999, str. 311). Jedan od važnijih razloga migracije zdravstvenih radnika iz siromašnijih zemalja razlike su u životnom standardu u odnosu na razvijene zemlje. Odluke o emigraciji tada su primarno pod utjecajem želje za poboljšanjem životnog standarda, a dohodak pri tome igra važnu ulogu u stvaranju osjećaja zadovoljstva životom. Među najvažnijim razlozima iseljavanja liječnika spominju se još i neadekvatni uvjeti rada, zastarjela medicinska tehnologija i ograničene mogućnosti profesionalnog usavršavanja i napredovanja (Vasilcu, 2010). U literaturi se često susrećemo s kategorizacijom čimbenika migracije na potisne (*push factors*) koji mogu potaknuti neku osobu na ise-

ljenje ili privlačne (*pull factors*) koji mogu privući pojedinca u neku zemlju. Empirijska istraživanja ukazuju na neke bitne čimbenike migracije stručnjaka, primarno iz slabije razvijenih u razvijene zemlje, a najčešće su to razlike u visini zarade, razlike u mogućnostima i uvjetima rada, razlike u izgledima za napredovanje u struci (karijeri), razlike u uvjetima stanovanja i školovanja djece, itd. Detaljnije, a povezano s čimbenicima migracije zdravstvenih radnika, možemo istaknuti sljedeće čimbenike

- (1) *osobni/obiteljski/profesionalni* - povećavaju vjerojatnost mobilnosti relativno mlađih i/ili obrazovanih radnika;
- (2) *organizacijski* - npr. previše posla uz neadekvatnu plaću, nedostatak medicinske opreme, loše upravljanje u zdravstvu, slabe mogućnosti za izgradnju karijere, itd.;
- (3) čimbenici zdravstvenog sustava - npr. nedostatak strategije razvoja i planiranja ljudskih resursa u zdravstvu, nedostatno financiranje zdravstvene zaštite;
- (4) *opći okolinski faktori* - loša gospodarska situacija (npr. visoka inflacija, niske stope gospodarskog rasta), klimatske promjene, i sl., te
- (5) *ostali čimbenici* - uključuju npr. zakonsku regulativu (npr. licenciranje liječnika, priznavanje diploma), uvjete pristupa tržištu rada, itd.<sup>5</sup> (Wertheimer-Baletić, 1999; Dussault et al., 2009).

Wertheimer-Baletić (1999) u analizi problema odljeva stručnjaka spominje četiri najznačajnije struje navedene pojave koja je postala masovna od 1970-ih godina. Prve dvije struje su najveće, a smjer im je *iz zemalja u razvoju u razvijene zemlje* i *iz jedne razvijene u drugu razvijenu zemlju*. Odljev stručnjaka iz zemalja niske razvijenosti u razvijene zemlje najmasovnija je struja, a do izražaja je došla već nakon 1950-ih godina. Potvrđuje se to i na primjeru migracije zdravstvenih radnika npr. iseljavanje iz afričkih zemalja u zapadnoeuropske zemlje ili iseljavanje iz južnih zemalja Europe u sjeverne (npr. iz Italije u Njemačku, iz Španjolske u Francusku). Odljev stručnjaka predstavlja zapravo „...transfer tehnologije iz manje razvijenih zemalja u razvijene i visokorazvijene zemlje, dok bi prirodno bilo očekivati obrnuti smjer odljeva stručnjaka“ (Wertheimer-Baletić, 1999, str. 309).

---

<sup>5</sup> Zdravstveni radnici imigranti, često se suočavaju s poteškoćama potpune mogućnosti iskorištenja svojih znanja i vještina. Česta prepreka pri tome je licenciranje koje, u mnogim razvijenim zemljama, odgađa njihov ulazak na tržište rada tj. liječničku praksu. Većina „starih“ članica EU ima/imala je pravo ograničiti ulazak imigranata na specifična tržišta rada tj. sektore (tranzicijski period trajao je 5 godina uz maksimalno produljenje od još 2 godine ukoliko dođe do značajnijih poremećaja na tržištu rada).

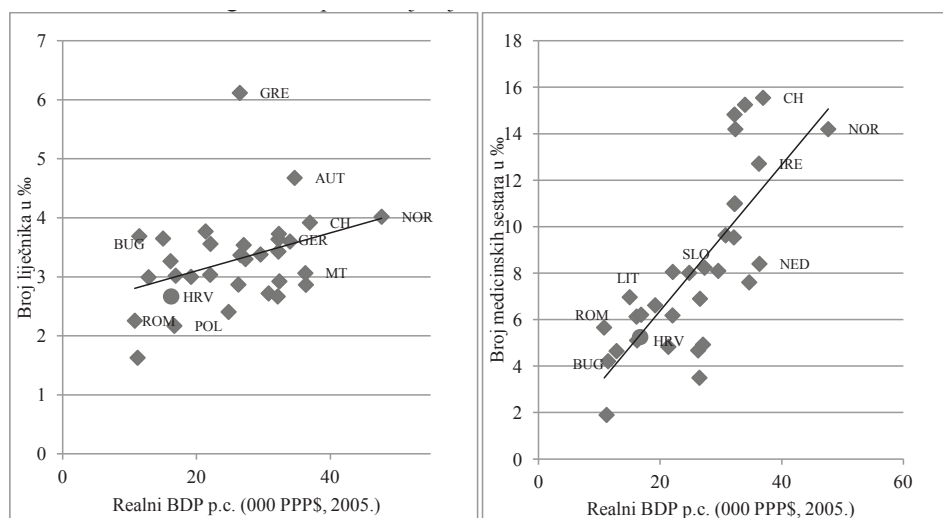


Tržište zdravstvenih radnika mijenja se u skladu s promjenama dinamike ponude i potražnje njihovog rada. Pri tome se ponuda razlikuje od potreba tj. koliko je određenih radnika potrebno da se postignu specifični zdravstveni ciljevi. Razlog visoke stope nezaposlenosti zdravstvenih radnika u većini nerazvijenih zemalja jest manjak potražnje, a ne manje potrebe. Suprotno navedenom, manjkovi zdravstvenih radnika u zemljama s visokim dohocima ne nastaju zbog većih potreba nego isključivo zbog veće potražnje (Dussault et al., 2009). Tako npr. Pond i McPake (2006, str. 1448) ističu kako su „...visoke stope emigracije zdravstvenih radnika iz zemalja niske i srednje razine dohotka prema zemljama visokog dohotka, uzrok ozbiljne zdravstvene krize u pojedinim najsiromašnijim regijama nerazvijenih zemalja“. Većina receptivnih zemalja članice su OECD-a gdje demografsko starenje i rastući dohoci potiču rast potražnje za zdravstvenim uslugama, a starenje i feminizacija radne snage u zdravstvu smanjuju ponudu zdravstvenih usluga. Upozoravaju također kako ti postupni i dugoročni migracijski trendovi ne mogu objasniti izražene uzlete imigracije zdravstvenih radnika u pojedinim zemljama ili postojanje tako velikih razlika među razvijenim zemljama.

Prema kratkom izvješću OECD-a o migracijama zdravstvenih radnika, u prošlom je desetljeću došlo do ubrzanja njihove međunarodne mobilnosti. Pokazuju to podaci (za 2008. godinu) o udjelu stranih liječnika i medicinskih sestara ili onih koji rade ili žive izvan zemlje školovanja (obuke). Najviše stranih liječnika u 2008. godini imao je Novi Zeland (39%), a najmanje Poljska (1%) dok je u 11 zemalja OECD-a njihov udio bio iznad 10%. Mobilnost medicinskih sestara nešto je manje izražena - jedino u Australiji, Novom Zelandu i Irskoj njihov udio prelazi 15% (OECD, 2010). Povećana mobilnost zdravstvenih radnika rezultat je atraktivnosti i visokih stopa zapošljavanja u zdravstvenom sektoru razvijenih zemalja. Tako je samo u razdoblju 2007.-2010. broj zaposlenih u američkim bolnicama i sektoru zdravstvenih usluga povećan za 855 tisuća od čega se 15% odnosilo na inozemne zdravstvene radnike. U Europskoj uniji, u razdoblju 2008.-2010. godine, u sektoru zdravstva zaposleno je 369 tisuća ljudi, a od tog broja 14% zdravstvenih radnika zaposlilo se izvan zemlje rođenja ili školovanja. Očite su i velike razlike među članicama EU pa je tako u zdravstvenom sektoru Francuske stvoreno više od 80 tisuća radnih mjesta (većinom za radnike rođene u Francuskoj), a u UK-u je ukinuto oko 37 tisuća radnih mjesta od čega se 40% odnosi na zdravstvene radnike rođene izvan UK-a (OECD, 2011). Na Slici 2 jasno se ocrta pozitivna veza između razine dohotka i broja zdravstvenih radnika po glavi stanovnika. Najbogatije zemlje (npr. Švicarska i Nordijske zemlje) imaju u pravilu veći broj zdravstvenih radnika p.c., a pogotovo kad je riječ o medicinskim sestrama.

U nastavku rada analizira se nekolicina ekonomskih pokazatelje koji mogu utjecati na odluke o migraciji. U prvom redu to su dohodak po glavi stanovnika (mjera gospodarske razvijenosti neke zemlje), razina prosječnih plaća u čitavoj ekonomiji i razina plaća u sektoru zdravstva i socijalne skrbi. Za početak, na Slici 2, stavljeni su u odnos broj liječnika i medicinskih sestara te BDP po glavi stanovnika - očita je pozitivna veza između tih varijabli.

Slika 2. Odnos realnog BDP-a p.c. i broja liječnika i medicinskih sestara\* na 1000 stanovnika

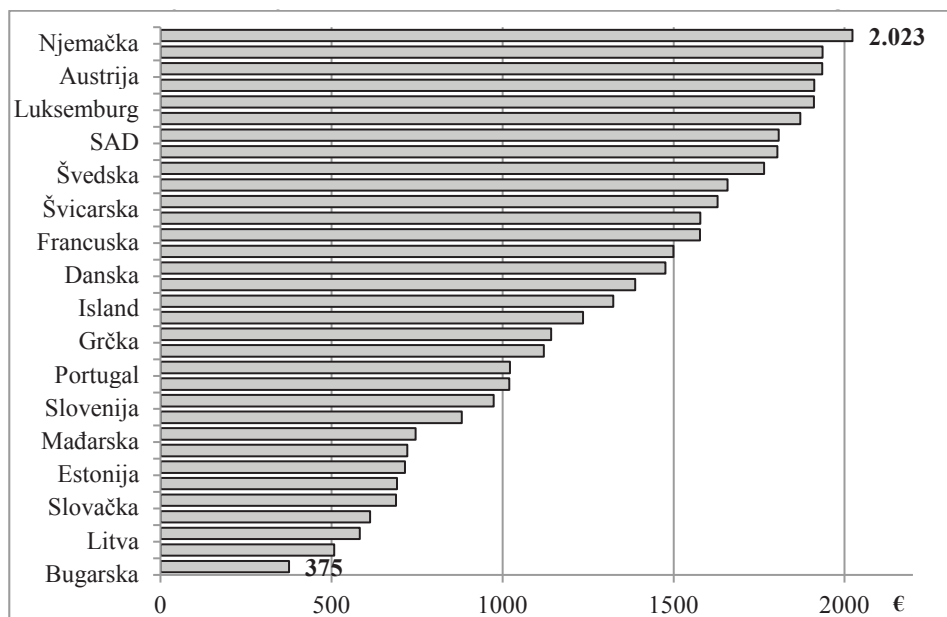


Izvor: WHO (2102), podaci za BDP p.c. iz WDI (2011), \*podaci se odnose na 2009. ili posljednju dostupnu godinu. Broj medicinskih sestara u Belgiji, Francuskoj, Grčkoj, Portugalu, Italiji, Slovačkoj, Norveškoj, Islandu, Švicarskoj i Turskoj predstavlja zbroj medicinskih sestara i primalja, a podaci za nabrojane zemlje preuzeti su iz baze Svjetske banke - *World Development Indicators (WDI)*.

Ovime se potvrđuje tvrdnja da je dohodak p.c. tj. razvijenost neke zemlje važan čimbenik emigracije zdravstvenih radnika iz slabije razvijenih zemalja u razvijene. Do sličnih zaključaka došli bismo stavljanjem u odnos izdvajanja za zdravstvo i ukupnog broja zdravstvenih radnika - više razine zdravstvene potrošnje u pozitivnoj su vezi s brojem liječnika i medicinskih sestara. Razvijene zemlje izdvajaju danas za zdravstvenu zaštitu preko 10% BDP-a: u 2010. godini Austrija 11%, Belgija 10,7%, Njemačka 11,6%, Francuska 11,9%, Nizozemska 11,9%. Manje razvijene članice EU još uvijek nisu dostigle razinu

izdvajanja za zdravstvo od desetine BDP-a - u 2010. godini Poljska 7,5%, Rumunjska 5,5%, Bugarska 6,9%, Latvija 6,9%, itd. (World Bank, 2012). Upravo se velike razlike u izdvajanju za zdravstvo, npr. u zemljama EU-a spominju kao povod porasta mobilnosti zdravstvenih radnika (Buchan, 2007; Buchan et al., 2008). Međutim, i ovdje nailazimo na velike razlike među zemljama pa je tako većina medicinskih sestara doseljenih oko 2002. godine u UK i SAD (njih preko 70%) podrijetlom iz zemalja niskog i nižeg srednjeg dohotka. U Norveškoj ili Australiji, više od 80% doseljenih medicinskih sestara bilo je podrijetlom iz skupine zemalja s visokim ili višim srednjim dohotkom<sup>6</sup> (Buchan i Sochalski, 2004). Velik dio zdravstvenih radnika u UK-u, Francuskoj ili Portugalu dolazi iz njihovih bivših kolonija (većinom zemlje s niskim dohotkom p.c.), dok se to ne može reći za neke druge zemlje EU npr. Švedsku, Njemačku ili Belgiju gdje je veliki dio imigranata zaposlenih u zdravstvenom sektoru iz ostalih članica EU (Italije, Španjolske ili Finske).

Slika 3. Prosječna mjesečna neto plaća po zaposlenom (2010. godina)\*



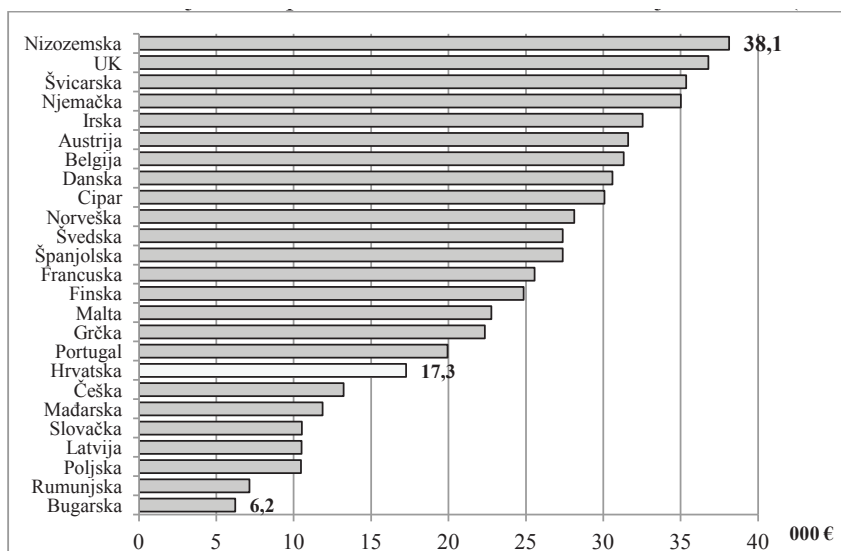
Izvor: Eurostat (2012), \*podaci za Cipar iz 2007. godine.

<sup>6</sup> Klasifikacija dohotka Svjetske banke.

Velike razlike u plaćama među zemljama EU-a - posebice u odnosu na članice EU15 - navode se kao ključan poticaj migraciji zdravstvenih radnika (Dumont i Zurn, 2007). Na Slikama 3 i 4 mogu se vidjeti razmjeri razlika u naknadama za zaposlene - razlika između najveće (u Njemačkoj) i najmanje (u Bugarskoj) prosječne mjesečne neto plaće po zaposlenom u članicama EU, iznosila je više od pet puta.

Pogledamo li još detaljnije (Slika 4), razlike u prosječnoj bruto plaći u sektoru zdravstva i socijalne skrbi (oko 2007. godine) u europskim zemljama bile su još izraženije - u Bugarskoj je tako bruto plaća bila preko šest puta niža od one u Nizozemskoj. Prosječna bruto plaća po zaposlenom u sektoru zdravstva i socijalne skrbi u Hrvatskoj od 17,3 tisuće eura godišnje, veća je od odgovarajuće plaće u gotovo svim novim članicama EU od 2004. godine. Za razliku od npr. Rumunjske i Bugarske, plaće u sektoru zdravstva i socijalne skrbi u Hrvatskoj „tek“ su oko upola niže nego u zemljama EU s najvećim plaćama u tom sektoru. Iako jedan dio javnosti zahtjeva povećanje plaća zdravstvenih djelatnika u Hrvatskoj i njihovo usklađivanje sa standardima EU, to će biti teško ostvarivo jer su one već danas na razini nekih razvijenijih EU zemalja. Prema tome i očekivani dobici od zaposlenja u nekoj od razvijenih i visokorazvijenih zemalja EU za migrante iz Hrvatske bit će manji.

Slika 4. Godišnja bruto plaća u sektoru zdravstva i socijalne skrbi (2007. godina)\*



Izvor: Eurostat (2012), \* plaće za puno radno vrijeme usklađene s paritetom kupovne moći. Podaci za Austriju, Cipar i Švicarsku iz 2008.

Nekoliko studija o emigraciji zdravstvenih radnika iz tranzicijskih zemalja, članica EU od 2004. godine (npr. Kaczmarczyk, 2006; Wiskow, 2006)<sup>7</sup> govore o njezinim proporcijama. U Estoniji je do travnja 2006. godine 4,4% svih zdravstvenih radnika zatražilo dozvolu za odlazak na rad u inozemstvo (61% liječnika); u Latviji se 2005. preko 200 liječnika izjasnilo za odlazak iz zemlje; u Poljskoj je od svibnja 2004. do lipnja 2006. izdano preko 5 000 dozvola za rad izvan zemlje liječnicima (4,3% od ukupno aktivnih) i 2 800 medicinskim sestrama (1,2%). Neke specijalnosti u medicini posebno su tražene pa je tako iz Poljske odselilo 16% svih anesteziologa, a 30% svih plastičnih kirurga iz Estonije. O potencijalnoj emigraciji razaznajemo iz podataka o udjelu zdravstvenih radnika koji imaju namjeru raditi u inozemstvu. Takvih je u Estoniji, Češkoj i Mađarskoj oko 50%, u Poljskoj oko 35% i Litvi oko 40% (Dumont i Zurn, 2007, str. 189).

Iseljavanje stanovništva s naših područja poznata je povijesna činjenica, a uključuje i emigraciju zdravstvenih radnika. Zemlje bivše Jugoslavije važan su izvor npr. medicinskih sestara i nalaze se na visokom mjestu prema broju u zemljama OECD-a. Oko 2000. godine u zemljama OECD-a radilo je 12 948 medicinskih sestara i 3 772 liječnika s područja bivše države (Dumont i Zurn, 2007, str. 213). Dussault et al. (2009, str. 8) prezentiraju novije i detaljnije podatke o broju stranih liječnika i medicinskih sestara u zemljama OECD-a. Prema tom izvoru liječnici školovani u Hrvatskoj činili su 0,28% svih liječnika u Kanadi 2005. godine i 0,21% na Novom Zelandu 2006. godine. Podaci za SAD (2006. godina) odnose se na liječnike iz bivše Jugoslavije, a činili su 0,58% svih liječnika (1 441 liječnik). Od liječnika iz europskih zemalja, liječnika rođenih ili školovanih u Hrvatskoj bilo je najviše u Njemačkoj (135 u 2005. godini) i UK-u (50 u 2007. godini)<sup>8</sup>. Njemačka, Austrija, Italija, Slovenija mogle bi biti ciljane zemlje za liječnike i medicinske sestre iz Hrvatske nakon ulaska u EU. S obzirom na relativno brzo i sigurno zaposlenje zdravstvenih radnika u Hrvatskoj, ne bi trebalo doći do ponavljanja scenarija kao u nekim novim članicama EU (EU8). Štoviše, u prilog takvim očekivanjima ide i podatak o kompenzaciji radnika zaposlenih u sustavu zdravstva i socijalne skrbi koja je među najvećima od svih tranzicijskih zemalja.

---

<sup>7</sup> Citirano prema Dumont i Zurn (2007), str. 190.

<sup>8</sup> Promatrane su samo članice OED-a.

#### 4. STRATEGIJA PLANIRANJA, OBRAZOVANJA I ZAPOŠLJAVANJA ZDRAVSTVENIH RADNIKA

Proces planiranja i obrazovanja radne snage u zdravstvu je dugoročan, a trenutni nedostaci zdravstvenih radnika ne mogu se nadoknaditi u kratkom roku i raspoloživim resursima u zemlji. Za ulazak školovane medicinske sestre na tržište rada potrebno je danas 3-5 godina, za liječnike i specijaliste deset pa i do dvadeset godina. Neke zemlje problem manjka zdravstvenih radnika rješavaju njihovim privlačenjem iz inozemstva, a s ciljem ostvarivanja planiranog rasta zaposlenih u zdravstvu, odnosno popunjavanja manjka domicilnih radnika. U tom smislu emigracija ima pozitivne efekte jer može pomoći zemlji koja ima višak ponude zdravstvenih radnika, ali i kao metoda za profesionalno usavršavanje i poboljšanje životnog standarda pojedinaca. Migracija zdravstvenih radnika ponovno je aktualizirana nakon 2004. godine i ulaska novih zemalja u EU. I dok neke zemlje poput UK-a popunjavaju manjkove radnika u zdravstvu imigracijom, neke su kao Poljska zabrinute zbog emigracije nakon pristupanja EU (Buchan, 2006; Buchan et al., 2008). Empirijski rezultati govorili su da bi se zemlje davateljice - bivše zemlje kandidatkinje za ulazak u EU - mogle suočiti s problemom odljeva mladog stanovništva (20-29 godina) u rasponu od 2% do 5% njihova ukupnog broja. Problem odseljavanja mladog stanovništva unutar EU kombiniran je s „odljevom mozгова“. Potencijalni gubici za nove članice EU predviđani su u rasponu od 3% do 5% stanovnika s tercijskim obrazovanjem i više od 10% ukupnog broja studenata (Krieger, 2004, str. 69).

Kao primjeri potencijalnih politika u međunarodnoj mobilizaciji zdravstvenih radnika izdvajaju se *organizacijske*, *nacionalne* i *međunarodne*. U organizacijskom smislu predlaže se povezivanje bolnica u zemljama izvora i destinacije iseljenika, razvijanje veza, potpora zdravstvenom osoblju i razmjenu resursa. Drugi su oblici suradnje razmjena radnika, potpora tj. financiranje njihova obrazovanja i donošenje bilateralnih ugovora o otpisu troškova usavršavanja ili zadržavanju radnika u inozemstvu na određeno vrijeme. Politike na nacionalnoj razini trebale bi uključiti bilateralne ugovore vlada; zemlje koje su destinacija za potencijalne zdravstvene radnike trebale bi utvrditi koje su im ciljane zemlje imigranata i/ili dozvoljena duljina boravka. Zatim su tu još osnivanje posebnih agencija za obuku budućih zdravstvenih radnika i „izvoz“ na tržište tj. tzv. „upravljana migracija“. Na međunarodnoj razini spominju se uvođenje jedinstvenih kriterija za zdravstvene radnike koji bi vrijedili u više zemalja i multilateralni ugovori ili međunarodna agencija za praćenje migracijskih tokova u zdravstvu (Buchan, 2006). Neke visokorazvijene zemlje

posljednjih su godina poduzele značajne napore u podizanju broja školovanih liječnika i medicinskih sestara. Od 2000. godine broj medicinskih sestara povećao se za 50% u Australiji, Francuskoj i UK, a udvostručio se u Kanadi. U prve tri spomenute zemlje broj medicinskih škola udvostručio se od 1990-ih godina. S obzirom na dugo razdoblje školovanja učinci ovih politika osjetit će se tek u dužem vremenskom razdoblju (OECD, 2010, str. 4). Postoje određene preporuke za obadvije skupine zemalja - neto davateljice i primateljice zdravstvenih radnika. Za zemlje s velikim brojem imigranata u zdravstvu savjetuje se povećanje kapaciteta za obuku i obrazovanje, ne kako bi se postigla samodostatnost, već sa ciljem manjeg oslanjanja na imigraciju. Veliki napredak mogle bi postići npr. povećanjem produktivnosti, povećanjem integracije zdravstvenih radnika, itd. Za zemlje koje gube zdravstvene radnike zbog iseljavanja na prvom mjestu treba biti jačanje sustava zadržavanja radnika. Neke od mjera koje bi se trebale poduzeti u sklopu navedenog jesu pružanje boljih uvjeta rada, osiguranje napredovanja i profesionalnog usavršavanja, bolje upravljanje (management), itd. Problem gubitka zdravstvenih radnika iz novih članica EU mogao bi ublažiti dinamičniji rast gospodarstva u tim zemljama u odnosu na stare članice. Zbog porasta životnog standarda, povećanih izdataka za zdravstvo, boljih materijalnih uvjeta zdravstvenih radnika, itd. iseljavanje bi se značajno umanjilo ili bi čak došlo do povratka određenog broja liječnika i medicinskih sestara iseljenih u ranijim godinama.

S potencijalnim problemom iseljavanja zdravstvenih radnika Hrvatska će se možda suočiti dogodine, nakon pristupanja EU, ali neki problemi planiranja i strategije razvoja ljudskih resursa u zdravstvu postoje već duže vrijeme. Kao što je već rečeno, broj liječnika i medicinskih sestara ispod je EU prosjeka. Hrvatsku karakteriziraju i velike regionalne razlike prema broju zdravstvenih radnika po stanovniku. Grad Zagreb imao je krajem 2010. godine oko 2,1 zdravstvena radnika na 100 stanovnika, Primorsko-goranska županija 1,7, Šibensko-kninska oko 1,1, Vukovarsko-srijemska 0,8, a Ličko-senjska 0,75. Čini se kako je i unutar Hrvatske broj zdravstvenih radnika u pozitivnoj korelaciji s gospodarskom razvijenosti pojedinih županija i regija. Trenutni je problem ljudskih resursa u zdravstvu i veliki udio nemedicinskog osoblja (oko 25%) iako je u pojedinim bolnicama ili kliničko bolničkim centrima taj udio znatno veći. Zbog viška zaposlenog nemedicinskog osoblja, koje ni na koji način ne pridonosi boljoj zdravstvenoj skrbi, država „gubi“ ogromne financijske resurse. Iskustva nekih zemalja pokazuju da je zdravstvenom sustavu dovoljno 8% nemedicinskog osoblja (Gorjanski, 2011, str. 163). Samo za komparaciju, u bolničkom sektoru Francuske i UK-a radi oko 7,4% administrativno-tehničkog osoblja, u Njemačkoj 15%, u Španjolskoj 15,7%, a u Italiji 17,9% (Iuzzolino,

2008, str. 17). Stup na kojem trebaju počivati ljudski resursi u zdravstvu jest i stalno obrazovanje i unapređenje znanja zdravstvenih radnika. Pri tome je vrlo važno neprekidno ulaganje u obrazovanje medicinskog kadra koje će u konačnici unaprijediti čitav zdravstveni sustav. „Stvaranje“ kvalitetnih radnika u zdravstvu dugotrajan je i financijski zahtjevan proces kojeg treba izdići iznad svih kratkoročnih interesa npr. političara ili interesnih skupina. Gorjanski (2011) npr. zaziva uvođenje „nove pravednosti“ u obiteljskoj medicini pri čemu se većina točaka odnosi upravo na poboljšanje položaja liječnika - od pravedne raspodjele radnog opterećenja, uvođenja poštenog i pravednog plaćanja pa do osiguravanja jednakog društvenog i profesionalnog položaja svih obiteljskih liječnika. Sve nabrojano, po našem mišljenju, sigurno predstavlja „nužne“ uvjete za profesionalni razvoj svih zdravstvenih radnika, zadovoljstvo radom u zdravstvenom sektoru i visoku razinu produktivnosti.

## 5. ZAKLJUČAK

Nedostatak zdravstvenih radnika u većini europskih zemalja jedan je od gorućih izazova za zdravstvene sustave. Suočene s demografskim starenjem, sve većim očekivanjima od zdravstvenog sustava i rastućom zdravstvenom potražnjom, neke se zemlje uspješnije, a neke teže suočavaju sa novonastalim okolnostima. Pokazalo se da razvijene zemlje imigracijom zdravstvenih radnika mogu vrlo uspješno nadoknaditi manjkove. S druge strane, u zemljama davateljicama, osjećaju se negativne posljedice zbog odljeva stručnjaka pa čak i zdravstvene krize u pojedinim regijama, posebno u nerazvijenim zemljama. Proširenje Europske unije 2004. i 2007. godine pružilo je jedinstvenu priliku za istraživanje smjera i intenziteta iseljavanja liječnika i medicinskih sestara iz novih zemalja članica u stare tj. EU15. Većina novih članica nije u značajnoj mjeri osjetila negativne posljedice na fondu zdravstvenih radnika, ali su neke poput Poljske, Rumunjske ili Baltičkih zemalja u većoj mjeri pogođene emigracijom. Kao glavni čimbenici emigracije zdravstvenih radnika mogu se izdvojiti ekonomski (npr. veće plaće, bolji životni standard), mogućnost profesionalnog usavršavanja i napredovanja, bolji radni uvjeti, itd. U strukturi iseljenih zdravstvenih radnika dominiraju mlađi i obrazovaniji pojedinci pa često govorimo i o problemu odljeva stručnjaka. Stanje ljudskih resursa u zdravstvu Hrvatske nije nimalo zadovoljavajuće. Prema pokazateljima broja liječnika ili medicinskih sestara po stanovniku, zaostajemo za prosjekom EU. Zdravstveni sustav opterećen je visokim udjelom administrativno-tehničkog osoblja na kojeg otpada veliki dio financijskih resursa. Velike razlike u spo-



menutim pokazateljima prisutne su i na regionalnoj razini. Ulaskom Hrvatske u EU očekuje se odljev dijela radnika iz zdravstva, ali ne u tolikoj mjeri kao u nekim zemljama koje su pristupile EU u ranija dva vala proširenja. Jedan od mogućih razloga takvog scenarija predstavlja i relativno manje zaostajanje plaća u sektoru zdravstva za nekim razvijenim zemljama EU. Smjer iseljavanja zdravstvenih radnika iz Hrvatske vrlo će vjerojatno biti tek nekolicina zemalja EU - Njemačka, Austrija, Slovenija i Italija. Naglasak u strategiji razvoja ljudskih resursa u zdravstvu treba biti na obrazovanju - podizanju kvalitete ljudskog kapitala, poboljšanju materijalnog položaja radnika, profesionalnom usavršavanju i kvalitetnom upravljanju. Samo takav pristup jamči zadržavanje zdravstvenih radnika i povećanje uspješnosti zdravstvenog sustava.

## 6. LITERATURA

1. Buchan, J. (2007). Health worker migration in Europe - Policy issues and options. HLSP Institute.
2. Buchan, J. (2006). Migration of health workers in Europe: policy problem or policy solution? U C. Dubois, M. McKee, & E. Nolte, *Human resources for Health in Europe* (str. 41-62). Open University Press.
3. Buchan, J., & Sochalski, J. (2004). The migration of nurses: trends and policies. *Bulletin of the World Health Organization*, str. 587-594.
4. Buchan, J., Baldwin, S., & Munro, M. (2008). Migration of Health Workers: The UK Perspective to 2006. *OECD Health Working Papers, No. 38*. OECD Publishing.
5. Christiansen, T., Bech, M., Lauridsen, J., & Nielsen, P. (2006). *Demographic changes and aggregate healthcare expenditure in Europe*. ENEPRI.
6. Dumont, J. C., & Zurn, P. (2007). Immigrant Health Workers in OECD Countries in the Broader Context of Highly-skilled Migration. U *International Migration Outlook, Part III* (str. 162-228). Paris: OECD.
7. Dussault, G., Fronteira, I., & Cabral, J. (2009). *Migration of health personnel in the WHO European Region*. The Regional Office for Europe of the World Health Organization (WHO).
8. DZS. (2011). *Statistički ljetopis Republike Hrvatske za 2010. godinu*. Zagreb: Državni zavod za statistiku (DZS).
9. Eurostat. (2012). *European Commission*. Preuzeto 20. lipanj 2012 iz [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public\\_health](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health)
10. Gorjanski, D. (2011). *Obnova zdravstva*. Osijek: Fond Hipokrat - Zaklada Slagalica.
11. Hartwig, J. (2006). *What Drives Health Care Expenditure? Baumol's Model of 'Unbalanced Growth' Revisited*. Preuzeto 15. lipanj 2012. iz IDEAS: [http://www.kof.ethz.ch/publications/science/pdf/wp\\_133.pdf](http://www.kof.ethz.ch/publications/science/pdf/wp_133.pdf)
12. HZJZ. (2009). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2008. godinu*. Zagreb: Hrvatski Zavod za Javno Zdravstvo (HZJZ).

13. HZJZ. (2010). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2009. godinu*. Zagreb: Hrvatski Zavod za Javno Zdravstvo (HZJZ).
14. HZJZ. (2011). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2010. godinu*. Zagreb: Hrvatski Zavod za Javno Zdravstvo (HZJZ).
15. Iuzzolino, G. (2008). Domanda e offerta di servizi ospedalieri. Tendenze internazionali. *Questioni di Economia e Finanza* (27) . Banca d'Italia e dell'Eurosistema.
16. Kaczmarczyk, P. (2006). Highly Skilled Migration from Poland and Other OECD Countries – Myths and Reality. *Reports and Analyses 17/06, Center for International Relations*.
17. Krieger, H. (2004). *Migration trends in an enlarged Europe*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
18. Newhouse, J. P. (1987). Cross National Differences in Health Spending, What Do They Mean? *Journal of Health Economics* (6), str. 159-162.
19. OECD. (2010). *International Migration of Health Workers*. Preuzeto 20. lipanj 2012 iz OECD Policy Briefs: [www.oecd.org/publications/Policybriefs](http://www.oecd.org/publications/Policybriefs)
20. OECD. (2011). *International Migration Outlook: SOPEMI 2011*. Preuzeto 20. lipanj 2012 iz [http://dx.doi.org/10.1787/migr\\_outlook-2011-en](http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2011-en)
21. OECD. (2008). *The looming crisis in the health workforce. How can OECD countries respond?* Paris: OECD.
22. Okunade, A. A., Karakus, M. C., & Okeke, C. (2004). Determinants of Health Expenditure Growth of the OECD Countries: Jackknife Resampling Plan Estimates. *Health Care Management Science* (7), str. 173-183.
23. Pond, B., & McPake, B. (2006). The health migration crisis: the role of four Organisation for Economic Cooperation and Development countries. *Lancet* , 367, str. 1448-1455.
24. Santerre, R. E., & Neun, S. P. (2007). *Health Economics: Theories, Insights and Industry Studies 4th ed*. Mason: Thomson South Western.
25. Vasilcu, D. (2010). The migration of health care skills in the context of the enlargement of the economic european area - the case of romanian doctors. *The Annals of the "Stefan cel Mare" University* , 10, str. 83-91.
26. Wertheminer-Baletić, A. (1999). *Stanovništvo i razvoj*. Zagreb: MATE.
27. WHO. (2012). *European Health for All Database online, May 2012*. Preuzeto 28. lipanj 2012 iz <http://data.euro.who.int/hfad/>
28. Wiskow, C. (2006). Health Worker Migration Flows in Europe: Overview and Case Studies in Selected CEE Countries (Romania, the Czech Republic, Serbia and Croatia). *Working Paper No. 45, ILO*.
29. World Bank. (2012). *World Development Indicators (WDI)*. Preuzeto 21. lipanj 2012 iz World dataBank: <http://databank.worldbank.org/ddp/home.do>