

RAZVOJNI POTENCIJALI I IZAZOVI ZA JAVNO ZDRAVSTVO U HRVATSKOJ*

Šime SMOLIĆ**

U ovome radu analizira se uloga javnoga zdravstva u europskim zemljama s posebnim naglaskom na financijske aspekte. Uloga države u zdravstvenome sustavu opisana je u strateškim dokumentima: Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012 .- 2020. i Health 2020 - novom okviru zdravstvene politike u europskim članicama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO). Glavni dio rada je analiza stajališta hrvatskih građana o ulozi države u zdravstvu, efikasnosti i zadovoljstva zdravstvenim uslugama. Također su istražena kratkoročna očekivanja od zdravstvenoga sustava i viđenje razine zdravstvene zaštite u budućnosti, te na kraju stajališta o položaju starije populacije naspram zdravstvenoga sustava. U analizi se koristi baza podatka 4. runde Europskog društvenog istraživanja (ESS) provedenoga u Hrvatskoj krajem 2008. i početkom 2009. godine. Rezultati ocrtavaju velika očekivanja od države kada je riječ o osiguravanju zdravstvene zaštite za bolesne; skoro svaki drugi ispitanik može se svrstati u kategoriju nezadovoljnih trenutnim stanjem zdravstvenih usluga; većina građana smatra da je pružanje zdravstvenih usluga neefikasno, a značajan dio očekuje pad razine javne zdravstvene zaštite u budućnosti.

Ključne riječi: *javna zdravstvena potrošnja, zdravstveni sustav, javno financiranje, Europsko društveno istraživanje (ESS), strategija.*

JEL klasifikacija: I13, I18.

* Ovaj rad je financirala Hrvatska zaklada za znanost projektom 7031.

** Dr. sc. Smolić Šime, Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet – Zagreb, ssmolic@efzg.hr

1. UVOD

Današnji zdravstveni sustavi, pa tako i hrvatski, nikada nisu bili pod većim pritiskom ubrzanih društvenih promjena, a oslanjanje na trenutna znanja i iskustva ključ je odgovora na buduće izazove. S tim izazovima ponajviše se treba nositi javni zdravstveni sustav, tj. javno zdravstvo, koje je u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012. - 2010. opisano kao znanost i umijeće sprječavanja bolesti, produženja života i promocije zdravlja kroz organizirane napore društva. Jedna od najizraženijih društvenih promjena, s velikim utjecajem na zdravstveni sustav, je demografsko starenje, opazivo u gotovo svim europskim zemljama. Tako su zdravstvena skrb za starije i bolesnije pojedince i veliki napredak medicinske tehnologije postali glavni čimbenici rasta potrošnje u zdravstvu posljednjih desetljeća. U brojnim je zemljama udio zdravstvene potrošnje u BDP-u veći nego ikada zbog bržega rasta izdataka za zdravstvo od rasta BDP-a.¹ Međutim, rast zdravstvene potrošnje u nekim zemljama ipak nije pozitivno utjecao na poboljšanje ishoda zdravstvenoga sustava. Prilikom planiranja i oblikovanja mjera zdravstvene politike nužno je osloniti se i na trenutnu prevalenciju značajnih čimbenika određenih bolesti (pušenje, pretilost), ali i predvidjeti promjene koje će nastati u strukturi glavnih uzročnika smrtnosti. Kada govorimo o glavnim uzrocima smrtnosti, važno je razumijeti i njihove financijske učinke na zdravstveni sustav jer se težište od najvažnijih uzročnika kao što su srčani ili moždani udar i maligne tvorevine, polako premješta prema bolestima s velikim financijskim teretom za zdravstvo poput depresije, dijabetesa ili demencije. Takva „nova“ buduća struktura pobola, ali i očekivanja pojedinaca od zdravstvenoga sustava, zahtijeva organizacijske i tehnološke promjene, i uspostavu učinkovitoga sustava institucionalne dugotrajne zdravstvene skrbi za sve stariju populaciju. Pri tome glavnina odgovornosti za očuvanje dostupnosti, primjerene razine kvalitete i količine zdravstvenih dobara i usluga ostaje primarno na javnome zdravstvenom sustavu, iako se sve više ističe uloga privatnoga zdravstvenog sektora. Hrvatska s vrlo visokim udjelom javnoga financiranja i dominantnom ulogom javnoga zdravstva ima dovoljno prostora za razvoj privatnoga zdravstvenog sektora koji bi služio kao nadopuna, a ne konkurencija javnome. Pri tome ne treba zaboraviti neke prednosti javnoga financiranja zdravstva poput veće efikasnosti, jednakosti i znatno manjih financijskih rizika. U

¹ Iako je od početka 21. stoljeća započeo trend smanjenja relativnoga udjela izdataka za zdravstvo u BDP-u, u apsolutnome iznosu zdravstvena potrošnja u Hrvatskoj povećala se oko 75 %, a BDP 35 % (izračun temeljem procjena WHO-a o potrošnji po stanovniku u konstantnim dolarima iz 2005., uz prilagodbu za paritet kupovne moći).

Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012. - 2020., navode se brojni problemi hrvatskoga javnog zdravstva poput prevelikoga oslanjanja na javne izvore financiranja, troškovne i organizacijske neefikasnosti, problema distribucije i nadzora itd. Svi oni pojedinačno utječu na kvalitetu i dostupnost zdravstvenih usluga te stoga zaslužuju posebnu pozornost.

Cilj ovoga rada je dodatno istražiti odgovornost države, tj. javnoga financiranja zdravstva u pružanju zdravstvenih usluga, utvrditi kakva je efikasnost pružanja tih usluga, koja su očekivanja pojedinaca od zdravstvenoga sustava u kratkome i dugome roku, i kakav je pogled na opterećenost zdravstvenoga sustava starijom populacijom. Navedena istraživačka pitanja analiziraju se temeljem mikropodataka 4. kruga Europskog društvenog istraživanja – ESS 2008./2009. godine. Još jedna važna svrha rada je ukazati na potrebu provođenja zdravstvenih politika utemeljenih na znanstvenim dokazima, a ne na mišljenju pojedinaca ili određenih interesnih skupina. Kvalitativni i kvantitativni podaci mogu se iskoristiti za razne analize učinaka na zdravlje, što je posebno istaknuto u dokumentu „*Health 2020: European policy for health and well-being*“². U sklopu navedenoga, radom se želi istaknuti važnost znanstvenih istraživanja kojima je cilj stvaranje kvalitetnih baza mikropodataka poput, npr. projekta SHARE (*Survey of Health Ageing and Retirement in Europe*). Uspješno provođenje takvih istraživanja predstavlja veliki izazov za Hrvatsku, ali i jamstvo čvrstih temelja budućih zdravstvenih strategija i mjera zdravstvene politike, što do sada nažalost nije bio slučaj.

2. JAVNO FINANCIRANJE ZDRAVSTVA I ULOGA DRŽAVE U ZDRAVSTVENOME SUSTAVU

Uključenost i uloga države u zdravstvenome sustavu, ponajprije u pružanju usluga zdravstvene zaštite, očituje se putem nekoliko pokazatelja: (1) najveći dio ukupne potrošnje u zdravstvu odnosi se na javnu, državnu potrošnju, (2) država je u velikoj mjeri uključena u proizvodnju i financiranje zdravstvenih usluga, i (3) država ima glavnu ulogu regulatora raznih dionika zdravstvenoga sustava. Država ima središnju ulogu kada je riječ o problemima u zdrav-

² Radi se o dokumentu koji definira okvir za provođenje zdravstvene politike u Europi, tj. zemljama članicama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), a za glavne ciljeve postavlja poboljšanje zdravlja i blagostanja populacije, smanjenje nejednakosti u zdravstvu, jačanje javnoga zdravstva i uspostavu zdravstvenih sustava koji su okrenuti ljudima, koji su sveobuhvatni, pravedni, održivi i visoke kvalitete.

stvu, a tu se uglavnom misli na probleme povezane sa zdravstvenom politikom od provođenja mjera štednje u zdravstvu pa do npr., povećanja dostupnosti zdravstvene zaštite (Folland, Goodman i Stano, 2014.). Danas se u europskim zemljama susrećemo s različitim oblicima organizacije pružanja usluga zdravstvene zaštite, prikupljanja financijskih sredstava ili plaćanja rada zdravstvenih radnika itd. Dakako, svaki od tih elemenata čini analizu zdravstvenih sustava pojedine zemlje zaista složenom. Tako u Europi zdravstvene sustave dijelimo na one koji se financiraju većinom iz poreznih prihoda (npr. Švedska, Danska, Italija, UK) ili uplatama obveznih doprinosa zdravstvenoga osiguranja (npr. Njemačka, Poljska, Francuska, Hrvatska). Posljednjih nekoliko desetljeća godišnje stope rasta zdravstvene potrošnje u europskim zemljama u pravilu su bile više od rasta BDP-a, što je rezultiralo sve većim udjelom zdravstvene potrošnje u nacionalnome dohotku.³ Povijesno gledajući, najviše stope rasta zdravstvene potrošnje, i javne i privatne, zabilježene su u 1960-im i 1970-im godinama prošloga stoljeća. Do usporavanja rasta, i pada u nekim zemljama, dolazi tijekom 1980-ih i 1990-ih kao posljedica temeljitih reformi zdravstvenoga sustava. Početkom 21. stoljeća dolazi do ponovnoga intenziviranja rasta izdataka za zdravstvo, a sve ukazuje da će se taj trend nastaviti i u budućnosti (OECD, 2010.). Situacija u zdravstvenim sustavima posljednjih nekoliko godina ipak je nešto složenija jer su nacionalne vlade EU zemalja u trenutku financijske krize iskoristile priliku za ulazak u tzv. „godine štednje“, a sve to na temeljima ograničenja javne potrošnje.⁴ Ponekad se to smanjenje javne potrošnje odrazilo na smanjenje zdravstvenih proračuna i do petnaest posto. Jedna od posljedica za europsko javno zdravstvo je produbljivanje trajnog zdravstvenog jaza između istočnih i zapadnih zemalja EU (Stuckler, Basu i McKee, 2013., 216. i 232.). Udio javnih izdataka za zdravstvo i međusobni odnosi pružatelja i korisnika zdravstvenih usluga u velikoj mjeri utječu na zdravstvenu po-

³ Stope rasta zdravstvene potrošnje 2008. u odnosu na 2007. bile su 14,8 % u Irskoj, 14,5 % u Poljskoj, 11,3 %, u Sloveniji 10 % – što je daleko iznad stopa rasta realnoga BDP-a u tim zemljama. Hartwig (2006.) problem visokih stopa rasta zdravstvene potrošnje objašnjava preko *Baumolovog* modela neuravnoteženog rasta. Prema tome modelu rast zdravstvene potrošnje potaknut je većim rastom nadnica od ukupne produktivnosti zdravstvenoga sektora.

⁴ Mjere štednje u pojedinim zemljama: Češka je ograničila financiranje skupih medicinskih zahvata i povećala participacije; Danske regije su značajno smanjile rast zdravstvene potrošnje (s oko 4 % na 0,3 % godišnje); Finska je nastavila sa spajanjem općina kako bi se smanjili troškovi i povećala efikasnost prikupljanja sredstava; Francuska je u 2011. smanjila deficit u zdravstvu za 10 % (deficit je iznosio oko 1 % BDP-a 2010. ili 20,3 mlrd. €); u Latviji su se dogodili drastični rezovi budžeta za zdravstvo od oko 25 % u razdoblju od 2008. - 2010. godine.

trošnju (Hitiris, 1997.; Sen, 2005.; Wagstaff i Morreno-Sera, 2009.). Tako se primjerice, zdravstvena potrošnja u sustavima integrirane zdravstvene zaštite razlikuje od one u sustavima ugovaranja ili naknadnoga pokrića troškova učinjenih zdravstvenih usluga. U brojnim istraživanjima promatra se kakva je povezanost javnih izdataka za zdravstvo (udjel javne zdravstvene potrošnje u ukupnoj) i ukupne zdravstvene potrošnje, uz oprečna mišljenja o tome koliki je gradijent te varijable. Veći udjel javnoga financiranja dovodi u pravilu do povećanja pokrića zdravstvenim uslugama, a to vodi porastu izdataka zbog pojave *moralnog hazarda*, tj. uslijed rasta zdravstvene potražnje. S druge strane, kontrola zdravstvene potrošnje i cijena u zdravstvu jednostavnija je u sustavima kojima prevladava javno financiranje, što bi npr., moglo dovesti do usporavanja rasta zdravstvene potrošnje.

Tablica 1. Udjeli javne potrošnje u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji u zemljama EU

	1995.	2008.	2012.
Austrija	73,5	76,3	75,6 ^a
Belgija	76,8	74,9	75,9 ^a
Bugarska	74 ^a	58,5 ^a	56,3 ^a
Češka	90,9	82,5	84,8
Danska	82,5	84,7	85,5 ^a
Estonija	89,8 ^a	77,8	78,7
EU	77,1 ^a	76,1 ^a	75,9 ^a
Finska	71,7	74,5	75,4
Francuska	79,7	76,8	77 ^a
Grčka	52	59,9	67,5 ^a
Hrvatska	86,5^a	84,9^a	82,3^a
Irska	72,5	75,4	64,5 ^a
Italija	72,8	78,9	78,2
Latvija	95	62,2	56,7 ^a
Litva	86,3	72,4	70,8 ^a
Mađarska	84	67,1	63,6 ^a
Nizozemska	71	78,9 ^a	79,8 ^a
Njemačka	81,4	76,4	76,3 ^a
Poljska	72,9	71,8	70 ^a
Portugal	62,6	65,3	62,6 ^a
Rumunjska	74,5 ^a	82 ^a	77,7 ^a
Slovačka	88,5 ^a	67,8	70,5 ^a
Slovenija	77,7	74	73,3
Španjolska	72,2	73	73,6 ^a
Švedska	86,6	81,5	81,7 ^a
Ujedinjeno Kraljevstvo	83,9	81,1	82,5 ^a

Izvor: European Health for All Database (HFA-DB, Updated: April 2014), ^a procijenjen podatak (WHO).

Iz tablice 1. može se vidjeti kako javno financiranje zdravstva prevladava u većini europskih zemalja, iako su neke zemlje zabilježile značajan pad toga udjela u posljednja dva desetljeća, npr. Bugarska, Estonija, Irska, Latvija, Litva, Slovačka ili Mađarska. U drugima je, kao npr. Grčkoj, Finskoj ili Nizozemskoj, došlo do rasta uloge javne zdravstvene potrošnje, s time da je u Grčkoj taj rast najizraženiji u godinama duboke gospodarske krize.

Slučaj Grčke najbolje opisuje situaciju u kojoj je nedostatak državnoga financiranja zdravstva od početka 1990-ih doveo do razvoja privatnoga zdravstvenog osiguranja (PZO). Privatni izdaci uključuju uglavnom plaćanja iz džepa, ali i nerijetko neformalna plaćanja liječnika. Međutim, pad prosječnih dohodaka kućanstava, visoka nezaposlenost, obvezno i potpuno pokriće socijalnim zdravstvenim osiguranjem doveli su do suzdržanosti u plaćanju PZO-a. Pacijenti se u slučaju potrebe uglavnom okreću izravnim plaćanjima liječnicima ili bolnicama, čak i u obliku vrlo raširenih neformalnih plaćanja (Siskou et al., 2009.). Promjene u ulozi državnoga financiranja zdravstva događaju se i u drugim razvijenim zemljama, samo je pitanje u kojoj su mjeri građani spremni tolerirati i minimalne promjene u rastu privatnih izdataka. Tako Di Matteo (2009.) ističe da je u Kanadi udio javne zdravstvene potrošnje smanjen sa 76,2 % iz 1975. godine na 69,5 % u 2005., što je gotovo zanemarivo uzevši razdoblje od 30 godina, ali i da su Kanađani bili spremni tolerirati samo male promjene u odnosu državnoga i privatnoga zdravstva. Or et al. (2010.) su istraživali izazove s kojima se nekolicina razvijenih zemalja⁵ susreće prilikom provođenja zdravstvenih reformi i došli do zaključka da prirodu i intenzitet reformi određuje model osnovnoga (obveznoga) socijalnog osiguranja pojedine zemlje. Heterogenost u organizacijskoj strukturi i upravljanju, tj. strukturne razlike u zdravstvenim sustavima mogle bi tako objasniti ograničeni uspjeh recentnih reformi. U radu su analizirali problem prisutnosti ili odsutnosti središnje države u određivanju ukupnoga budžeta za zdravstvo, što može itekako utjecati na kontrolu troškova. Primjerice, Danska je uspješno uvela središnje odlučivanje o poreznim prihodima za zdravstvo dok u Francuskoj vlada utvrđuje godišnji ciljani iznos sredstava kako bi ograničila izdatke zdravstvenih fondova, ali se ti ciljevi nikada ne poštuju. Analiza na razini norveških općina ukazuje na pozitivnu reakciju potražnje za javnim zdravstvenim uslugama uslijed porasta općinskih prihoda, a uvelike je pod utjecajem demografskih obilježja populacije (Midttun i Hagen, 2006.). Ovo je tek kratak pregled radova kojima se pokušava (re)definirati uloga javnoga zdravstva i odnos naspram privatnoga zdravstvenog sektora, a opsežnija analiza trebala bi uključiti zdravstveni su-

⁵ Francuska, Njemačka, Švedska, Danska i Engleska.

stav svake promatrane zemlje. Pogledamo li samo nekoliko EU zemalja razlike u zdravstvenim sustavima su značajne. Njemačka i Nizozemska imaju socijalno zdravstveno osiguranje, ali je privatno u Njemačkoj predviđeno za najbogatije pojedince dok je u Nizozemskoj potpuno regulirano. Francuska ima kombinaciju poreznoga financiranja i fondova socijalnog zdravstvenog osiguranja, a privatno osiguranje prevladava kod dopunskih i dodatnih plaćanja. U Engleskoj je usporedni privatni sektor slabo razvijen, i tek mali dio populacije ima privatno zdravstveno osiguranje (Flood i Haugan, 2010.). Ne postoji automatski mehanizam kontrole tijeka resursa u zdravstvenome sektoru, ako pojedinci ili zdravstveni radnici percipiraju potrebe kao neograničene. Značaj odnosa prema zdravstvenim uslugama je vrlo jasan, što dokazuje posebna zaokupljenost oblikovanjem, implementacijom i funkcioniranjem sustava zdravstvenoga osiguranja, neovisno o kombinaciji javnoga i privatnoga udjela. Danas se izazov pristupa zdravstvenoj zaštiti u većini razvijenih zemalja pretvorio u zabrinutost oko rasta i mehanizama kontrole rasta zdravstvene potrošnje (Stoddart, 1995.).

3. ULOGA JAVNOGA FINANCIRANJA ZDRAVSTVA U HRVATSKOJ

Početak 1990-ih, a posebno 1992. godine hrvatsko se zdravstvo suočavalo s ozbiljnom krizom; u fondovima je na raspolaganju bilo samo 25 % sredstava iz 1990. godine. Iako se početkom 90-ih očekivao kolaps zdravstvenoga sustava, to se ipak nije dogodilo, a nije došlo ni do masovnih otpuštanja i zatvaranja zdravstvenih ustanova (WHO, 1999., 45.). Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 1993. postavljeni su glavni obrisi današnjega zdravstvenog sustava Hrvatske. Po nekima je taj Zakon bio izvor problema koji su se u sustavu pojavili kasnije, po drugima isti označava tranziciju i prilagodbu zdravstvenoga sustava načelima demokracije i tržišta. Najznačajniji „proizvod“ toga zakona je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), koji danas upravlja fondom socijalnog osiguranja i kontrolira oko 90 % ukupnih javnih izdataka za zdravstvo, te oko 80 % od ukupne potrošnje u zdravstvu. Upravljanje HZZO-om posljednjih desetak godina nije bilo nimalo jednostavno, i izgledalo je prilično neefikasno. Najveći nedostaci pokazali su se kod nadzora i načina potrošnje sredstava od doprinosa zaposlenih jer se poslovanje HZZO-a odvija u okviru državne riznice.⁶ Poslovanje HZZO-u otežavaju i ogromni dugovi koji se ili

⁶ Zakonom o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju od 1. 1. 2011. poslovanje HZZO-a trebalo se izdvojiti iz državne riznice.

prebacuju na teret budućega razdoblja ili podmiruju jednokratnim transferima iz središnjega proračuna države.⁷ Sadašnjom „*Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva 2012. - 2020.*“ predviđa se povećanje efikasnosti javnoga zdravstvenog sustava kroz projekt informatizacije, središnji sustav primarne zdravstvene zaštite, povećanjem dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite itd. Iako su od donošenja Strategije protekle dvije godine, još uvijek se ne naziru nikakvi pozitivni rezultati, naprotiv javni zdravstveni sustav je u velikim financijskim problemima, dolazi do gubitka zdravstvenih djelatnika itd. (Barić i Smolić, 2012.). U Hrvatskoj još uvijek manje od jedne petine ukupne zdravstvene potrošnje dolazi iz privatnih izvora, a udjel javnoga financiranja zdravstva jedan je od najvećih u Europi (tablica 1.). Javna potrošnja predstavlja potrošnju financiranu iz javnih fondova, državnoga, regionalnoga i lokalnoga proračuna uključujući socijalno osiguranje. Nadalje, javnu potrošnju predstavljaju i investicije u sustavu zdravstva iz državnih fondova, kao što je izgradnja infrastrukture te financiranje kupnje medicinske opreme. Privatna potrošnja za zdravstvo predstavlja potrošnju iz privatnih izvora, kao što su izravno plaćanje (doplata, administrativna pristojba) i dobrovoljno osiguranje.

Tablica 2. Usporedba zdravstvene potrošnje (ZP) odabranih zemalja 2008. i 2012. godine

	Udio ZP u BDP-u 2008. ^a	Udio ZP u BDP-u 2012. ^a	Udio javne ZP u BDP-u 2012. ^a	ZP p.c. 2012. (PPP\$ 2005.) ^a	BDP p.c.2012. (PPP\$ 2005.)
Austrija	10,5	11,5	8,7	5.065	43.661
Bugarska	7,0	7,4	4,2	1.177	16.043
Češka	6,8	7,7	6,5	2.045	26.697
Estonija	6,0	6,0	4,8	1.385	23.630
EU	9,2	9,6	7,3	3.346	33.748
Hrvatska	7,8	6,8	5,6	1.409	20.963
Latvija	6,6	6,0	3,4	1.188	21.905
Litva	6,6	6,7	4,7	1.426	24.374
Mađarska	7,5	7,8	5,0	1.495	21.958
Nizozemska	11	12,4	9,9	5.384	43.104
Njemačka	10,7	11,3	8,6	4.616	41.244
Poljska	6,9	6,7	4,7	1.489	22.162
Rumunjska	5,4	5,1	4,0	872	17.004
Slovačka	8,0	7,8	5,5	1.976	25.174
Slovenija	8,4	8,8	6,4	2.419	27.474

Izvor: European Health for All Database (HFA-DB, Updated: April 2014), ^a procijenjeni podaci (WHO).

⁷ Npr., dugovi veletrgovačima koji iziskuju transfere iz državnog proračuna; u 2013. godini iz proračuna je podmireno oko 3 mlrd. kuna za dugove u zdravstvu.

Prema podacima iz tablice 2., u 2012. godini zdravstvena potrošnja po stanovniku iznosila je oko 1400 \$ s udjelom potrošnje opće države 82,3 %, a privatne 17,7 %.⁸ Od ukupnoga iznosa privatne zdravstvene potrošnje u 2012., glavnina se odnosi na privatne izdatke kućanstava, tj. izravna plaćanja iz džepa, a tek manji dio na privatno osiguranje. Udjeli javnoga financiranja zdravstva u Hrvatskoj već se godinama kreću oko 1 % BDP-a, dok su u većini ostalih zemalja EU blizu ili iznad 2 % BDP-a. I s takvom strukturom potrošnje zdravstveni sustav postizao je zadovoljavajuće rezultate u terminima ishoda zdravstvenoga sustava u usporedbi s EU zemljama slične razine razvijenosti.⁹ Međutim, WHO u zadnje vrijeme upozorava na loše javno zdravstvene pokazatelje u Hrvatskoj, dok se javni zdravstveni sustav ne nosi uspješno s novim izazovima, a dostupne javne zdravstvene usluge ne ciljaju uspješno na potrebe stanovništva, npr. nisu pravodobne niti efikasne. Hrvatska se u sklopu prioriteta „*Očuvanje financijske stabilnosti zdravstva*“ u sklopu Nacionalne strategije razvoja zdravstva opredijelila za poticanje razvoja tržišta dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja. Pri tome se naglašava kako privatna plaćanja služe bogatijim slojevima našega društva s ciljem dobivanja kvalitetnijih i bržih zdravstvenih usluga, a dobrovoljna osiguranja potaknut će razvoj privatnih zdravstvenih usluga (Nacionalna strategija..., 2012., 399.). Međutim, za značajnije financijske uštede u zdravstvu bit će potrebno zahvatiti znatno veći broj korisnika zdravstvene zaštite, i to je jedini preduvjet financijske stabilizacije zdravstvenoga sustava u uvjetima kontinuiranoga pada gospodarske aktivnosti.

4. PERCEPCIJA I OČEKIVANJA HRVATSKIH GRAĐANA OD JAVNOGA ZDRAVSTVA – ANALIZA PODATAKA IZ EUROPSKOG DRUŠTVENOG ISTRAŽIVANJA (ESS)

Empirijska analiza u ovome radu temelji se na setu podataka iz 4. runde Europskog društvenog istraživanja (ESS). Istraživanje je provedeno u Hrvatskoj u razdoblju između 2. prosinca 2008. i 31. ožujka 2009. godine. Radi se o dvogodišnjemu presječnom istraživanju visokih metodoloških standarda, znanstveno nadziranome i teorijski utemeljenome, a do danas se provelo u više od 30 zemalja. Nekoliko je važnih ciljeva ESS-a: kao prvo međunarodna usporedba i sustavno praćenje obrazaca ponašanja te stajališta i vrijednosti

⁸ Međunarodni dolari u stalnim cijenama iz 2005., prilagođeni za paritet kupovne moći.

⁹ Najčešće se promatraju pokazatelji poput očekivanoga trajanja života, očekivanoga trajanja života bez bolesti i invalidnosti, mortalitet dojenčadi, standardizirane stope smrtnosti.

javnosti o brojnim društveno važnim pitanjima, zatim praćenje i interpretacija promjene javnih stajališta i vrijednosti u Europi kako bi se istražila njihova interakcija s promjenama u europskim institucijama, razvoj niza europskih socijalnih pokazatelja itd. (*ESS Round 4: European Social Survey, 2012*). U uzorak 4. runde ESS-a uključena su 1.484 pojedinca u dobi od 16 do 89 godina, a pri analizi je korišten ponderirani uzorak.¹⁰ U tablici 3. prikazana su odabrana socioekonomska i demografska obilježja uzorka. Kod varijable dob ispitanici su podijeljeni u uobičajene dobne skupine, slično je napravljeno i za varijablu obrazovanje, a varijabla zdravlje se odnosi na samoprocjenu zdravlja ispitanika i u izvorniku ima pet kategorija (vrlo dobro, dobro, zadovoljavajuće, loše i vrlo loše zdravlje).

Tablica 3. Odabrana socioekonomska i demografska obilježja uzorka (ponderirani %)

Varijabla		%
Dob	<i>15 - 24</i>	14,6 %
	<i>25 - 64</i>	71,4 %
	<i>65 +</i>	14,0 %
Spol	<i>Muškarci</i>	43 %
	<i>Žene</i>	57 %
Zaposleni		44,6 %
Nezaposleni		8,3 %
U mirovini		22 %
Obrazovanje	<i>Primarno i niže</i>	18,8 %
	<i>Sekundarno</i>	56,9 %
	<i>Tercijarno</i>	22,3 %
Zdravlje*	<i>Vrlo dobro i dobro</i>	62,7 %
	<i>Zadovoljavajuće</i>	27,5 %
	<i>Loše i vrlo loše</i>	9,8 %

* Samoprocjena zdravlja.

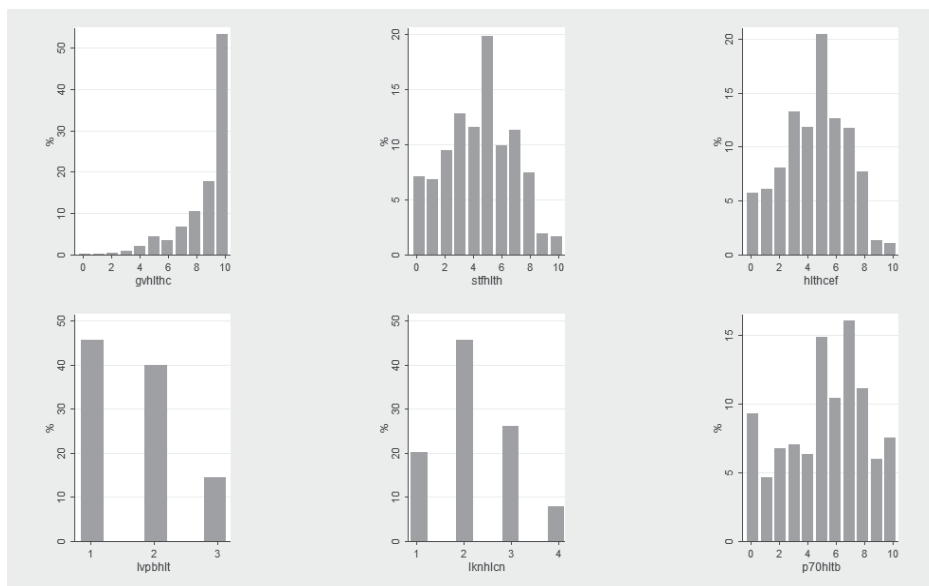
Nazivi varijabli korištenih u analizi, pitanja te opcije odgovora iz ESS upitnika nalaze se u sljedećem prikazu:

¹⁰ Korišteno je ponderiranje po dizajnu uzorka (engl. *design weights*).

Varijabla	Pitanja/Opcije odgovora
gvhlthc	Zdravstvena zaštita bolesnih trebala bi biti...? 0 znači uopće ne bi trebala biti odgovornost države, a 10 u potpunosti bi trebala biti odgovornost države.
stfhlth	Što općenito mislite o zdravstvenim uslugama danas u Hrvatskoj? 0 znači izrazito loše, 10 izrazito dobre.
hlthcef	Što mislite koliko je efikasna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj? 0 znači izrazito neefikasna, a 10 izrazito efikasna.
lvpbhlt	Što mislite, kakvu će si zdravstvenu zaštitu Hrvatska moći priuštiti za 10 godina? 1...Hrvatska si neće moći priuštiti sadašnju razinu javne zdravstvene zaštite. 2...Hrvatska će si moći priuštiti sadašnju razinu javne zdravstvene zaštite. 3...Hrvatska će si moći priuštiti povećanje razine javne zdravstvene zaštite.
lknhlcn	Koliko je vjerojatno da, ako se razbolite u sljedećih 12 mjeseci, nećete dobivati zdravstvenu zaštitu koja Vam je zaista potrebna? 1 znači uopće nije vjerojatno, a 4 vrlo vjerojatno.
p70hltb	Što mislite, jesu li ljudi stariji od 70 godina danas teret hrvatskome zdravstvu ili ne? 0 označuje da nisu teret, a 10 da su velik teret.

Provedena analiza je isključivo deskriptivnoga značaja i prikazuje stajališta hrvatskih građana o zdravlju, zdravstvenome sustavu, ulozi države u osiguravanju zdravstvene zaštite itd.

Slika 1.: Prikaz rezultata deskriptivne analize promatranih varijabli



Izvor: Europsko društveno istraživanje ESS - 4. runda, obrada autora.

Velika većina ispitanika, njih 52,6 %, smatra kako bi zdravstvena zaštita za bolesne u potpunosti trebala biti odgovornost države. Tek četiri od sto ispitanika misli da zdravstvena zaštita bolesnih ne bi ili uopće ne bi trebala biti odgovornost države. Nadalje oko 7 % ispitanika misli kako je trenutno stanje zdravstvenih usluga izrazito loše, dok samo 1,5 % smatra da su zdravstvene usluge izrazito loše. Isključe li se ispitanici koji su dali neutralni odgovor na ovo pitanje, točnije njih oko 20 %, za skoro 50 % ispitanika možemo reći kako nisu zadovoljni s trenutnom razinom zdravstvene zaštite u državi. Slični rezultati dobiveni su i prilikom analize efikasnosti pružanja zdravstvenih usluga. Isključi li se 19,6 % neutralnih odgovora, skoro svaki drugi ispitanik smatra da je pružanje usluga u zdravstvenome sustavu Hrvatske u određenoj mjeri neefikasno, a 5,5 % ih smatra da je izrazito neefikasno.

Sljedeće dvije analizirane varijable odnose se na kratkoročna i dugoročna očekivanja ispitanika o zdravstvenome sustavu. Prva analizirana varijabla - „*lvpbhlt*“ - nadovezuje se na rasprave o troškovima javne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj i drugim razvijenim zemljama, tj. o tome kako ispitanici vide zdravstveni sustav u idućih deset godina.¹¹ Temeljem provedene analize skoro 45 % ispitanika smatra kako si Hrvatska neće moći priuštiti sadašnju razinu javne zdravstvene zaštite za 10 godina.¹² Tek svaki sedmi ispitanik smatra da će u Hrvatskoj u idućih deset godina doći do povećanja razine javne zdravstvene zaštite. Najveći pesimizam iskazuju pojedinci lošega i vrlo lošega zdravlja, pa tako 70 % ispitanika vrlo lošega zdravlja smatra kako si Hrvatska u idućih 10 godina neće moći priuštiti sadašnju razinu zdravstvene zaštite. Kako bi se opisala kratkoročna očekivanja od zdravstvenoga sustava analizirana je varijabla „*lknhlcn*“, odnosno razina vjerojatnosti nedobivanja zdravstvene zaštite ukoliko se pojedinac razboli u narednih 12 mjeseci. Svaki peti ispitanik smatra da uopće nije vjerojatno da bi se tako nešto dogodilo, no čak trećina ispitanika misli da postoji velika ili vrlo velika vjerojatnost da u slučaju bolesti u idućih 12 mjeseci neće dobiti potrebnu razinu zdravstvene zaštite. U nastavku su analizirani i stajališta hrvatskih građana o starijim pojedincima našega društva (u dobi od 70 i više godina), tj. u kolikoj mjeri pojedinci te dobne skupine predstavljaju teret našem zdravstvu. S obzirom na izrazito negativna demo-

¹¹ Vidjeti Smolić, Š. (2011.), Nekima Švicarska nekima gorka pilula, Banka, god. XVII (12. mj.), str. 50.-55. ili npr. Getzen, T. E. (2000), Forecasting health expenditures: Short, medium, and long (long) term, Journal of Health Care Finance 26.3: str. 56.-72.

¹² Razina javne zdravstvene zaštite s kraja 2008. i početka 2009. godine.

grafska kretanja u Hrvatskoj¹³, povećanje apsolutnoga broja i udjela stanovnika starijih od 65 godina u ukupnome stanovništvu, raste zabrinutost oko mogućnosti države da podmiri troškove zdravstvene zaštite. Hrvatska nije izolirani primjer zemlje koja se suočava s posljedicama starenja stanovništva, a pozitivan učinak starenja na izdatke u zdravstvu opisan je i dokazan u brojnim radovima (Smolić, 2012.; Nestić et al., 2006.; Bech et al., 2010.; Breyer i Felder, 2007.; Dormont, Grignon i Huber, 2006.). Ukupno uzevši gotovo svaki drugi ispitanik smatra da su ljudi u dobi od 70+ godina teret zdravstvenome sustavu Hrvatske. Ovakvi nalazi nisu nikakvo iznenađenje jer se na starije osobe (obično u dobi 65+ godina) odnosi i najveći dio potražnje i potrošnje zdravstvene zaštite.¹⁴ Problem porasta udjela starijega stanovništva (60+ i 65+) na zdravstveni sustav kompenziran je donekle trendom „zdravog starenja“ (*engl. healthy ageing*). U razvijenim (post)industrijskim zemljama najveća potrošnja i potražnja za zdravstvenim uslugama događa se u dobi iznad 75 ili čak 80 godina pa se sve više istražuje njihov doprinos javnoj i ukupnoj zdravstvenoj potrošnji.¹⁵ S obzirom na očekivana buduća demografska kretanja, u Hrvatskoj se također očekuje sličan pomak u zdravstvenoj potrošnji i potražnji.

5. ZAKLJUČAK

U ovome radu analizira se uloga javnoga zdravstva u europskome okruženju s posebnim naglaskom na financijske aspekte. Može se zaključiti kako će javno financiranje zdravstva biti pod povećanim pritiskom u sljedećim godinama, a rasprave o financiranju zdravstva, potrebi štednje i racionalizacije intenziviraju se nakon financijske krize 2008. godine. Pad poreznih i prihoda od socijalnih doprinosa u nekima su europskim zemljama ozbiljno ugrozili održivost zdravstvenih sustava (npr. zbog nezaposlenosti, pada osobne potrošnje). Financijska ograničenja potaknula su vlade tih zemalja na uvođenje nepopu-

¹³ Vidjeti npr., rezultate istraživanja „*Ekonomika starenja u Hrvatskoj*“ koji su dostupni na sljedećem linku: http://web.efzg.hr/dok/MGR/ssmolice/estarenja/ekonomika_starenja_web.pdf.

¹⁴ Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, u 2009. godini 42 % ukupnoga broja hospitalizacija odnosilo se na osobe u dobi od 60+ godina; na starije od 75 godina odnosilo se 17 % svih hospitalizacija iako je njihov udio u ukupnome stanovništvu bio oko 7,5 %.

¹⁵ Čak i u SAD-u koji je ogledni primjer dominacije privatnoga zdravstvenog osiguranja, program zdravstvene zaštite starijih osoba (65+) *Medicare* financiran je iz javnih izvora.

larnih reformi zdravstva, a u nekima su samo ubrzane reforme započete i prije krize. Od mjera racionalizacije izdvajaju se uvođenje ograničenja rasta proračuna za zdravstvo, smanjenje operativnih troškova, pojačani pritisak na pružatelje i farmaceutska poduzeća za smanjenje cijena usluga i lijekova. Postojeće strategije i politike u zdravstvenome sektoru, u Hrvatskoj i na europskoj razini, ističu ulogu države u očuvanju kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite. Upozoravaju također na buduće izazove: financijsku neodrživost zdravstva koja proizlazi iz nesrazmjera rasta izdataka za zdravstvo i BDP-a i značajnih pritisaka sa strane ponude (novi tretmani i tehnologije) i potražnje (demografsko starenje, očekivanja pacijenata). U Hrvatskoj je uloga javnoga zdravstva i dalje vrlo velika, ali će u budućnosti sigurno doći do rasta udjela privatnoga zdravstvenog osiguranja i privatne zdravstvene potrošnje. Glavni doprinos ovoga rada ogleda se kroz istraživanje odgovornosti države u pružanju zdravstvenih usluga, efikasnosti pružanja zdravstvenih usluga, analizu očekivanja pojedinaca od zdravstvenoga sustava i stajalištima pojedinaca o utjecaju starije populacije na zdravstveni sustav. Analiza se temelji na podacima iz 4. runde Europskog društvenog istraživanja, a jedan od nalaza govori da bi država u značajnoj mjeri trebala snositi odgovornost za zdravstvenu zaštitu bolesnih osoba. Kada je u pitanju zadovoljstvo zdravstvenim uslugama ili efikasnost pružanja istih, gotovo polovina građana iskazuje određeni stupanj nezadovoljstva, a tek jedna trećina određeni stupanj zadovoljstva. Zanimljivi zaključci proizlaze iz analize kratkoročnih i dugoročnih očekivanja od zdravstvenoga sustava. Ispitanici su u velikoj mjeri bili skeptični oko razine zdravstvene zaštite koju će si Hrvatska moći priuštiti u idućih deset godina; gotovo svaki drugi smatra kako će se ta razina smanjiti. Nešto manji skepticizam prisutan je kod analize vremenskoga razdoblja do godine dana, pa tako svaki treći ispitanik smatra da postoji velika vjerojatnost da neće dobiti potrebnu zdravstvenu zaštitu u idućih godinu dana. Pojedinci u dobi 70+ smatraju se teretom za zdravstveni sustav, točnije tako misli skoro svaki drugi ispitanik. Ova, iako samo deskriptivna analiza, temeljena na bazi mikropodataka iz Europskog društvenog istraživanja, otkrila je mnogo toga o stajalištima hrvatskih građana o zdravstvenome sustavu. Baze podataka iz sličnih istraživanja predstavljaju podlogu za oblikovanje javnih zdravstvenih politika i strategija koje su znanstveno utemeljene, tj. temelje se na dokazima. Jedno od takvih istraživanja je npr., SHARE (*Survey of health, ageing and retirement in Europe*) u koje bi se uskoro trebala uključiti i Hrvatska. Riječ je o interdisciplinarnoj, multinacionalnoj istraživačkoj bazi o zdravlju, demografskome starenju i umirovljenju u Europi koja treba poslužiti kao podloga u oblikovanju buduće zdravstvene politike i strategija razvoja javnoga zdravstva. Kako je funkcioniranje javnoga zdravstva od posebnoga značaja

za društvo, tako je i potreba za analitičkom podlogom za procjenu njegovoga stanja i predlaganje mjera za njegov razvoj još izraženija.

LITERATURA

- Barić, V., Smolić, Š. (2012.), Strategija ljudskih resursa u hrvatskom zdravstvu - izazovi ulaska u Europsku uniju; U: Družić G., Družić I. (ur.), *Razvojna strategija malog nacionalnog gospodarstva u globaliziranome svijetu: Znanstveni skup povodom 90. godine rođenja akademika i profesora Jakova Sirotkovića, Hrvatska akademija znanosti i umjetnosti (HAZU) 20. rujna 2012., Zagreb, Hrvatska*. Zagreb: Ekonomski fakultet, str. 209.-226.
- Bech, M., Christiansen, T., Khoman, E., Lauridsen, J., Weale, M. (2010), Ageing and health care expenditure in EU-15, *European Journal of Health Economics*, [online]. Dostupno u: Proquest [15. lipanj 2014.].
- Breyer F., Felder, S. (2006), Life expectancy and health care expenditures: A new calculation for Germany using the costs of dying, *Health Policy*, 75, str. 178.–186.
- Di Matteo, L. (2009.), Policy choice or economic fundamentals: what drives the public–private health expenditure balance in Canada? *Health Economics, Policy and Law*, 4, str. 29.–53.
- Dormont B., Grignon, M., Huber, H. (2006), Health expenditure growth: reassessing the threat of ageing. *Health Economics*, 15, str. 947.–963.
- ESS Round 4: European Social Survey Round 4 Data, 2008, Data file edition 4.1. Norwegian Social Science Data Services, Norway – Data Archive and distributor of ESS data.
- ESS Round 4: European Social Survey (2012), ESS-4 2008 Documentation Report. Edition 5.1. Bergen, European Social Survey Data Archive, Norwegian Social Science Data Services. Alan, D.
- Flood, C. M., Haugan, A. (2010), Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care, *Health Economics, Policy and Law*, 5, str. 319.–341.
- Folland, S., Goodman, A. C., Stano, M. (2014), *The Economics of Health and Health Care*, 7th edn, Pearson New International Edition, Prentice-Hall, New Jersey.
- Hitiris, T. (1997), Health care expenditure and integration in the countries of the European Union, *Applied Economics*, 29, str. 1.-6.
- Midttun, L., Hagen, P. T. (2006) The private–public mix of healthcare: evidence from a decentralised NHS country. *Health Economics, Policy and Law*, 1, str. 277.–298.
- Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. - 2020. (2012.), Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, Zagreb.
- Nestić, D., Babić, Z., Čondić Jurkić, I., Marušić, Lj., Rašić Bakarić, I., Švaljek, S. (2006.), Analiza dugoročnih fiskalnih učinaka demografskih promjena – Projektna studija. *Ekonomski Institut Zagreb*.
- OECD (2010) *Health at a Glance: Europe 2010*. Paris: OECD Publishing.

- Or Z., Cases, C., Lisac, M., Vrangbæk, K., Winbald, U., Bevan, G. (2010), Are health problems systemic? Politics of access and choice under Beveridge and Bismarck systems, *Health Economics, Policy and Law*, 5, str. 269.-293.
- Sen, A. (2005), Is health care luxury? New evidence from OECD data, *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 5 (2), str. 147.-164.
- Siskou O., Kaitelidou, D., Economou, C., Kostagiolas, P., Liaropoulos, L. (2009), Private expenditure and the role of private health insurance in Greece: status quo and future trends, *Eur J Health Econ* 10, str. 467.-474.
- Smolić, Š. (2011.), Nekima Švicarska nekima gorka pilula, *Banka*, god. XVII (12), str. 50.-55.
- Smolić, Š. (2012.), *Makroekonomsko modeliranje čimbenika zdravstvene potrošnje*, doktorski rad. Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Stoddart, G. (1995), The challenge of producing health in modern economies, Working Paper Series No. 95-15. McMaster University, Center for Health Economics and Policy Analysis.
- Stuckler, D., Basu, S. McKee, M. (2013), Public Health in Europe: Power, Politics, and Where Next? *Public Health Reviews*, 32 (1), str. 213.-242.
- Wagstaff, A., Moreno-Serra, R. (2009), Europe and central Asia's great post-communist social health insurance experiment: Aggregate impacts on health sector outcomes, *Journal of Health Economics*, 28, str. 322.-240.
- World Health Organization (WHO) (1999), European Observatory on Health Care Systems - Croatia. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Health Organization (WHO) (2014), *European Health for All Database (HFA-DB*, Updated: April 2014). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Dostupno na: <http://data.euro.who.int/hfad/> [4. srpanj 2014.].

PRILOZI

Prilog 1: Detaljniji prikaz analiziranih varijabli – ponderirani udjeli

Zdravstvena zaštita bolesnih odgovornost države	Udio
Uopće ne bi trebala biti odgovornost države	0,8 %
1	0,4 %
2	0,6 %
3	0,8 %
4	2,1 %
5	4,2 %
6	3,6 %
7	6,3 %
8	10,6 %
9	18,8 %
U potpunosti bi trebala biti odgovornost države	52,6 %

Stanje zdravstvenih usluga danas u Hrvatskoj	Udio
Izrazito loše	6,8 %
1	5,8 %
2	10,0 %
3	13,5 %
4	12,2 %
5	19,3 %
6	9,8 %
7	11,5 %
8	7,5 %
9	2,1 %
Izrazito dobre	1,5 %

Koliko je efikasno pružanje zdravstvenih usluga?	Udio
Izrazito neefikasno	5,6 %
1	5,2 %
2	8,2 %
3	13,2 %
4	11,8 %
5	19,6 %
6	13,7 %
7	12,1 %
8	8,3 %
9	1,4 %
Izrazito efikasno	1,0 %

Ljudi stariji od 70 godina su teret hrvatskome zdravstvu danas	Udio
Nisu teret	9,5 %
1	4,5 %
2	6,4 %
3	7,2 %
4	6,0 %
5	15,4 %
6	11,0 %
7	15,6 %
8	11,8 %
9	5,9 %
Veliki su teret	6,6 %

Javna zdravstvena zaštita koju će si Hrvatska moći priuštiti za 10 godina	Udio
Neće si moći priuštiti sadašnju razinu javne zdravstvene zaštite	44,7 %
Moći će si priuštiti sadašnju razinu javne zdravstvene zaštite	40,6 %
Moći će si priuštiti povećanje razine javne zdravstvene zaštite	14,7 %

Koliko je vjerojatno da, ako se razbolite u sljedećih 12 mjeseci, nećete dobiti zdravstvenu zaštitu koja Vam je zaista potrebna?	Udio
Uopće nije vjerojatno	20,5 %
Nije baš vjerojatno	48,0 %
Vjerojatno	24,6 %
Vrlo vjerojatno	6,8 %

Izvor: Europsko društveno istraživanje ESS - 4. runda, obrada autora.