

O ZDRAVSTVU IZ EKONOMSKE PERSPEKTIVE

urednica
Maja Vehovec



O ZDRAVSTVU IZ EKONOMSKE PERSPEKTIVE

Ekonomski institut, Zagreb

2014.

CIP zapis dostupan u računalnome katalogu Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 892382.

ISBN 978-953-6030-42-2 [Ekonomski institut, Zagreb]

Ekonomski institut, Zagreb

O ZDRAVSTVU IZ EKONOMSKE PERSPEKTIVE

Zagreb, 2014.

© Ekonomski institut, Zagreb, 2014.

IZDAVAČ

Ekonomski institut, Zagreb
Trg J. F. Kennedyja 7, Zagreb
<http://www.eizg.hr>

ZA IZDAVAČA

Dubravka Jurlina Alibegović, ravnateljica Ekonomskog instituta, Zagreb

GLAVNA UREDNICA

Maja Vehovec

RECENZENTI

Valentina Prevolnik Rupel, Institut za ekonomska raziskovanja, Ljubljana, Slovenija
Siniša Zrinščak, Svečilište u Zagrebu, Hrvatska

LEKTORICE

Doris Baničević
Marijana Pasarić

IZVRŠNA UREDNICA

Marijana Pasarić

TEHNIČKI UREDNIK

Vladimir Sukser

GRAFIČKO OBLIKOVANJE

Studio 2M

TISAK

GAEA STUDIO, Zagreb

Tiskano u 1.000 primjeraka

Sadržaj

Popis tablica.....	7
Popis slika	8
Popis okvira	11
O autorima	12
Predgovor.....	15
Foreword	19
Popis kratica	24

I KAKO SE FINANCIRA ZDRAVSTVO I ŠTO MOŽEMO OČEKIVATI U BUDUĆNOSTI?

1. Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize?.....29
Dubravko Mihaljek
2. Financiranje zdravstva u Hrvatskoj: od reforme do reforme51
Tanja Broz i Sandra Švaljek

II ŠTO MORAMO ZNATI O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU I PRIVATNIM IZDACIMA ZA ZDRAVSTVO?

3. Privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj79
Danijel Nestić i Ivica Rubil
4. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje109
Mario Puljiz

III KOJI SU KLJUČNI SEGMENTI ZDRAVSTVENE POTROŠNJE I KAKVE SU NJIHOVE SPECIFIČNOSTI?

5. Primarna zdravstvena zaštita između učinkovitosti i dostupnosti..... 143
Ivana Rašić Bakarić
6. Bolnice pred poslovnim izazovima restrukturiranja.....167
Maja Vehovec, Ivana Rašić Bakarić i Sunčana Slijepčević
7. Ocjena tehničke efikasnosti bolnica.....201
Sunčana Slijepčević
8. Potrošnja lijekova i specifičnosti funkcioniranja tržišta lijekova.....221
Tanja Broz

IV KOLIKO SU KORISNICI UKLJUČENI U OCJENU ZDRAVSTVENIH USLUGA?

9. Korupcija u zdravstvu u Hrvatskoj: mit ili stvarnost? 247
Jelena Budak i Eda Rajh
10. Ocjena pacijenata o kvaliteti rada zdravstvenog osoblja..... 271
Jelena Budak
11. Međunarodna usporedba kvalitete zdravstvene zaštite
iz perspektive njenih korisnika 283
Maja Vehovec

V JESU LI EKONOMSKE EVALUACIJE U ZDRAVSTVU ALTERNATIVA ILI NUŽNOST?

12. Izazovi i ograničenja u ekonomskoj evaluaciji zdravstvenih tehnologija 301
Ana Bobinac
13. Uloga javno-privatnog partnerstva u ekonomskoj procjeni
racionalnog korištenja resursa u zdravstvu 333
Dubravka Jurlina Alibegović

Popis tablica

Tablica 1.1.	Glavni sustavi financiranja zdravstva u visokorazvijenim zemljama, u postotku ukupne zdravstvene potrošnje, podaci za 2010. godinu.....	31
Tablica 1.2.	Zdravstvena potrošnja.....	33
Tablica 1.3.	Fiskalni pokazatelji za razvijena gospodarstva, 2004.-2013.....	40
Tablica 2.1.	Provedene sanacije u zdravstvu od 1994. do 2007. godine.....	53
Tablica 2.2.	Ukupni rashodi središnje države za zdravstvo i socijalnu skrb.....	61
Tablica 2.3.	Bolovanja.....	63
Tablica 2.4.	Izdaci i recepti za lijekove.....	65
Tablica 3.1.	Izravni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, 2010.....	89
Tablica 3.2.	Distribucija udjela izravnih izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima.....	89
Tablica 3.3.	Izravni izdaci za zdravstvo po kvintilima dohotka <i>per capita</i>	90
Tablica 3.4.	Izravni izdaci za zdravstvo prema subjektivnoj ocjeni zdravstvenoga stanja i kvintilima dohotka <i>per capita</i>	96
Tablica 3.5.	Rezultati linearne regresije za izravne izdatke za zdravstvo.....	98
Tablica 3.6.	Rezultati probit i logit regresije posjedovanja police dopunskog osiguranja.....	104
Tablica 4.1.	Pregled pokrića i modela ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.....	119
Tablica 4.2.	Kretanje zaračunate bruto premije na tržištu osiguranja u RH u razdoblju od 2010. do 2013. godine, po odabranim skupinama i vrstama osiguranja u tisućama kuna.....	123
Tablica 4.3.	Kretanje bruto zaračunate premije prema vrsti osiguranja u milijunima kuna.....	125
Tablica 4.4.	Usporedba zaračunate premije dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a i osiguravajućih društava u razdoblju 2011.-2013. godine.....	126
Tablica 4.5.	Prihodi i broj osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a, 2011.-2013.....	126
Tablica 4.6.	Udjeli zemalja u bruto zaračunatoj premiji zdravstvenih osiguranja, opadajući rang, 2006.-2011. godine.....	132
Tablica 4.7.	Ključni pokazatelji razvijenosti tržišta zdravstvenih osiguranja, prosjek zemalja Europske unije i Hrvatske u 2012. godini.....	133
Tablica 4.8.	Rast gospodarstva i rast zaračunate bruto premije zdravstvenih osiguranja u zemljama Europske unije.....	134
Tablica 5.1.	Izdaci za primarnu zdravstvenu zaštitu (obavezno i dopunsko zdravstveno osiguranje), kao % BDP-a i kao % ukupnih izdataka za zdravstvenu zaštitu (obavezno i dopunsko zdravstveno osiguranje), 2002.-2010.....	147
Tablica 5.2.	Državni proračun – financiranje primarne zdravstvene zaštite (Aktivnost A690001), 2012.....	150
Tablica 5.3.	Izvori prihoda subjekata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (opća/obiteljska medicina, zdravstvena zaštita predškolske djece, zdravstvena zaštita žena, stomatološka [polivalentna] zdravstvena zaštita).....	152
Tablica 5.4.	Struktura prihoda zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite prema izvorima, 2010. godina.....	153
Tablica 5.5.	Broj liječnika opće/obiteljske medicine na 10.000 stanovnika po područnim uredima i Republika Hrvatska, 2012. godina.....	156
Tablica 5.6.	Osigurana sredstva po pacijentu za timove opće/obiteljske medicine, prema statusu tima, 2012. godina.....	157
Tablica 6.1.	Ukupni prihodi i izdaci bolnica po skupinama, u milijunima kuna, 2012. godina.....	180

Tablica 6.2.	Struktura prihoda bolnica od HZZO-a, u postocima, 2012. godina	181
Tablica 6.3.	Udio rashoda za zaposlene u limitima bolnica, u postocima, 2012. godina	182
Tablica 7.1.	Rad stacionarnih zdravstvenih ustanova u 2010. godini	209
Tablica 7.2.	Pokazatelji rada bolnica, 2010. godina	210
Tablica 7.3.	Deskriptivna statistika korištenih varijabli u modelu	213
Tablica 7.4.	Rezultati mjerenja tehničke efikasnosti bolnica	214
Tablica 7.5.	Tehnička efikasnost po grupama bolnica	216
Tablica 8.1.	Izračun cijena lijekova prema Pravilniku o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvješćivanja o cijenama na veliko	226
Tablica 8.2.	Udio ukupnih izdataka za lijekove u BDP-u u odabranim zemljama OECD-a i Hrvatskoj u 2009. godini	229
Tablica 8.3.	Udio izdataka za lijekove u BDP-u i rashodima za zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj od 2005. do 2011.	229
Tablica 9.1.	Korupcijski rizici u sustavu zdravstva	250
Tablica 9.2.	Obilježja neformalnih plaćanja u zdravstvu	253
Tablica 9.3.	Indeks percepcije korupcije za Hrvatsku i položaj na svjetskoj listi 2001.-2011.	258
Tablica 9.4.	Korupcijska iskustva u zdravstvu prema vrsti davanja, u %	262
Tablica 9.5.	Korupcijska iskustva u zdravstvu prema administrativnom postupku, u %	263
Tablica 9.6.	Korupcijska iskustva u zdravstvu prema razlogu davanja mita, u %	263
Tablica 9.7.	Korupcijska iskustva u zdravstvu prema načinu traženja mita, u %	264
Tablica 9.8.	Korupcijska iskustva u zdravstvu prema trenutku uručenja mita, u %	264
Tablica 9.9.	Korupcijska iskustva u zdravstvu prema svrsi davanja mita, u %	264
Tablica 10.1.	Vodič za ispitivanje povjerenja pacijenata u rad liječnika i sustav zdravstvene skrbi	273
Tablica 10.2.	Dojam stvorene dodatne obveze pacijenta prema liječniku ili medicinskoj sestri	277
Tablica 10.3.	Ocjena informiranosti o odabiru terapije lijekovima	278
Tablica 10.4.	Ocjena determinanti liječničkog odabira terapije lijekovima	279
Tablica 10.5.	Pokloni farmaceutskih tvrtki i objektivnost liječnika u propisivanju lijeka	279
Tablica 11.1.	Položaj Nizozemske na rang-listi EHCI indeksa, 2008.-2013.	287
Tablica 11.2.	Položaj Hrvatske na rang-listi EHCI indeksa, 2008.-2013.	289
Tablica 11.3.	Hipotetički proračun bodova za pokazatelje kvalitete zdravstvenih usluga koje treba poboljšati	294
Tablica 13.1.	Prikaz poslova koji se obavljaju u bolnici	345

Popis slika

Slika 1.1.	Potrošnja opće države za zdravstvo	36
Slika 1.2.	Financiranje zdravstva u zemljama u kojima dominira državni fond socijalnog osiguranja	37
Slika 1.3.	Struktura financiranja zdravstva u Hrvatskoj	38
Slika 1.4.	Promjena fiskalne pozicije, 2009.-2013.1, u % BDP-a	41
Slika 2.1.	Osnovne vrste prihoda HZZO-a, u %	58
Slika 2.2.	Prihodi od obveznog osiguranja (u mrd. kuna) i aktivni osiguranici (u tisućama)	59
Slika 2.3.	Prihodi, rashodi i saldo dopunskog zdravstvenog osiguranja, u milijunima kuna	59
Slika 2.4.	Prihodi, rashodi i saldo HZZO-a, u milijardama kuna	61
Slika 2.5.	Struktura ukupnih rashoda HZZO-a, u %	62

Slika 2.6.	Ukupni troškovi naknada za bolovanje i rođiljnih naknada, u % BDP-a	64
Slika 2.7.	Struktura rashoda za zdravstvenu zaštitu, u %	67
Slika 2.8.	Ukupni izdaci kućanstava i izdaci za zdravstvo u tisućama kuna, u cijenama iz 2005.	68
Slika 2.9.	Izdaci kućanstava za zdravstvo po decilnim skupinama, u % ukupnih izdataka	69
Slika 2.10.	Neplaćene dospjele obveze HZZO-a	70
Slika 3.1.	Izdaci za zdravstvo u europskim zemljama 2010. godine, u % BDP-a	81
Slika 3.2.	Struktura ukupnih izdataka za zdravstvo u europskim zemljama 2010. godine.....	81
Slika 3.3.	Odnos privatnih izdataka za zdravstvo i bruto domaćega proizvoda <i>per capita</i> , 2010. godina	82
Slika 3.4.	Struktura privatnih izdataka za zdravstvo u europskim zemljama 2010. godine	83
Slika 3.5.	Odnos izravnih izdataka za zdravstvo i bruto domaćega proizvoda <i>per capita</i> , 2010. godina	84
Slika 3.6.	Odnos privatnih izdataka za zdravstvo i udjela stare populacije u ukupnoj populaciji, 2010. godina	85
Slika 3.7.	Odnos izravnih izdataka za zdravstvo i udjela stare populacije u ukupnoj populaciji.....	86
Slika 3.8.	Izravni privatni izdaci za zdravstvo, 1998.-2010.	88
Slika 3.9.	Izravni izdaci za zdravstvo prema obrazovanju nositelja kućanstva	91
Slika 3.10.	Izravni izdaci za zdravstvo prema statusu aktivnosti nositelja kućanstva	92
Slika 3.11.	Izravni izdaci za zdravstvo prema tipu kućanstva u kojem osoba živi.....	93
Slika 3.12.	Izravni izdaci za zdravstvo prema dobi	93
Slika 3.13.	Izravni izdaci za zdravstvo prema spolu, području stanovanja i invaliditetu.....	94
Slika 3.14.	Izravni izdaci za zdravstvo prema subjektivnoj ocjeni zdravstvenoga stanja.....	95
Slika 3.15.	Subjektivna procjena zdravstvenog stanja prema dohotku kućanstava	96
Slika 3.16.	Udjeli izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima prema subjektivnoj ocjeni zdravstvenoga stanja i kvartilima dohotka <i>per capita</i>	97
Slika 4.1.	Tržišni udjeli u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju na kraju 2013. godine	124
Slika 4.2.	Tržišni udjeli u dopunskom zdravstvenom osiguranju bez učešća HZZO-a na kraju 2013. godine.....	128
Slika 4.3.	Tržišni udjeli u dodatnom zdravstvenom osiguranju na kraju 2013. godine	129
Slika 4.4.	Kretanje bruto zaračunate premije zdravstvenih osiguranja u Europskoj uniji i Hrvatskoj, 2002.- 2012. godine, u milijunima eura	130
Slika 5.1.	Broj liječnika opće/obiteljske medicine na 100.000 stanovnika, Hrvatska i odabrane zemlje, 2009.	145
Slika 5.2.	Prosječan godišnji broj posjeta jednog pacijenta liječniku opće/obiteljske medicine, Hrvatska i odabrane zemlje, 2009.....	146
Slika 5.3.	Kretanje izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj – obavezno zdravstveno osiguranje (nominalno), od 2000. do 2011. godine.....	148
Slika 5.4.	Kretanje izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj – dopunsko zdravstveno osiguranje (nominalno), od 2000. do 2011. godine	149
Slika 5.5.	Prosječni broj pacijenata po timu po područnim uredima, 2012. godina.....	155
Slika 5.6.	Domovi zdravlja - odnos između prosječnih sredstava po pacijentu i prosječnog broja pacijenata tima opće/obiteljske medicine po područnim uredima, 2012. godina	158
Slika 5.7.	Koncesionari - odnos između prosječnih sredstava po pacijentu i prosječnog broja pacijenata tima opće/obiteljske medicine po područnim uredima, 2012.....	158
Slika 6.1.	Ukupni izdaci bolnica kao % ukupnih izdataka za zdravstvo, odabrane zemlje i Hrvatska, 2011.	170
Slika 6.2.	Odnos javnih izdataka za zdravstvo u BDP-u i udjela izdataka za bolnice u javnim izdacima za zdravstvo, odabrane zemlje, 2011.	171

Slika 6.3.	Broj zaposlenih liječnika u bolnicama na 100.000 stanovnika, odabrane zemlje, usporedba 2003. i 2010. godine.....	172
Slika 6.4.	Broj bolničkih postelja na 10.000 stanovnika, zemlje Europske unije, prosjek 2005.-2012. godina.....	172
Slika 6.5.	Bolnice na 100.000 stanovnika, Hrvatska i članice EU-a, 2001. i 2010.....	173
Slika 6.6.	Prosječna dužina bolničkog liječenja u danima po jednom boravku, 2000. i 2011.....	174
Slika 6.7.	Tehnološki kapacitet bolnica, Hrvatska i odabrane zemlje EU-a, 2010. godina.....	174
Slika 6.8.	Broj liječnika zaposlenih na stacionarnim odjelima hrvatskih bolnica, županije, 2012. godina [RH=100]	176
Slika 6.9.	Broj bolnica na 100.000 stanovnika, županije, 2012. godina [RH=100]	177
Slika 6.10.	Broj bolničkih postelja na 10.000 stanovnika, županije, 2012. godina [RH=100].....	178
Slika 6.11.	Udio izdataka bolnica u ukupnim zdravstvenim izdacima, 2005.-2011.....	179
Slika 6.12.	Udjeli prihoda bolnica po skupinama u 2012. godini	180
Slika 6.13.	Struktura ukupnih izdataka bolnica, 2012. godina	182
Slika 6.14.	Struktura izdataka bolnica po skupinama u 2012. godini.....	183
Slika 6.15.	Struktura ukupnih gubitaka bolnica i rezultat poslovanja po skupinama bolnica, u postocima, 2012. godina	184
Slika 7.1.	Pojednostavljeni model mjerenja efikasnosti i učinkovitosti.....	204
Slika 7.2.	Odnos zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u bolnicama.....	210
Slika 7.3.	Prosječno trajanje bolničkog liječenja po ispisanom pacijentu.....	212
Slika 7.4.	Distribucija bolnica po razini efikasnosti, 2010. godina.....	214
Slika 7.5.	Tehnička efikasnost po vrstama bolnica, 2010. godina.....	215
Slika 8.1.	Veza između ukupnih izdataka za zdravstvo i ukupnih izdataka za lijekove u zemljama sa srednje visokom razinom dohotka u 2006. godini, u američkim dolarima	231
Slika 8.2.	Veza između ukupnih izdataka za zdravstvo i ukupnih izdataka za lijekove u zemljama s visokom razinom dohotka u 2006. godini, u američkim dolarima.....	232
Slika 8.3.	Veza između BDP-a i ukupnih izdataka za lijekove u zemljama sa srednje visokom razinom dohotka u 2006. godini, u američkim dolarima.....	232
Slika 8.4.	Veza između BDP-a i ukupnih izdataka za lijekove u zemljama s visokom razinom dohotka u 2006. godini, u američkim dolarima	233
Slika 8.5.	Ukupna potrošnja lijekova i BDP u Hrvatskoj u razdoblju od 2007. do 2011. godine, u milijunima kuna	234
Slika 8.6.	Ukupna potrošnja lijekova i potrošnja lijekova financiranih preko HZZO-a	235
Slika 8.7.	Rashodi za lijekove na recept po područnim uredima	236
Slika 8.8.	Struktura potrošnje lijekova u volumenu po glavnim skupinama ATK klasifikacije u prvih deset mjeseci 2012. godine, u %	237
Slika 8.9.	Struktura potrošnje lijekova u kunama po glavnim skupinama ATK klasifikacije u prvih deset mjeseci 2012. godine, u %	237
Slika 8.10.	Udio izvornih i generičkih lijekova na tržištu lijekova u Hrvatskoj u prvih deset mjeseci 2012. godine.....	238
Slika 8.11.	Udio domaćih proizvođača u ukupnom broju prodanih lijekova u 2007. godini i prvih deset mjeseci 2012.....	239
Slika 8.12.	Udio domaćih proizvođača u ukupnim prihodima od prodaje lijekova u 2007. godini i prvih deset mjeseci 2012.....	240
Slika 9.1.	Rasprostranjenost neformalnih plaćanja među korisnicima zdravstvenih usluga u tranzicijskim zemljama regije.....	255
Slika 9.2.	Percepcija korupcije i stvarna iskustva korupcije u javnom zdravstvu, EU-27, 2011. ...	259
Slika 9.3.	Stvarno iskustvo korupcije u zdravstvu, EU-27, 2011.....	260
Slika 9.4.	Percepcije prisutnosti korupcije u zdravstvu, n=3.005 ispitanika.....	260

Slika 9.5. Percepcije prisutnosti korupcije u odnosu pacijent-zdravstveni djelatnik, n=3.005 ispitanika	261
Slika 9.6. Razlozi neprijavlivanja korupcije u zdravstvu	265
Slika 9.7. Stav javnosti prema korupciji u zdravstvu, n=3.000	266
Slika 10.1. Stav javnosti prema kvaliteti usluge koju pružaju liječnici i medicinske sestre	276
Slika 10.2. Ocjena opravdanosti propisivanja lijeka: Liječnik mi je propisao nepotreban lijek	278
Slika 11.1. Položaj Hrvatske među svim zemljama obuhvaćenima EHCI indeksom	289
Slika 11.2. Položaj zemalja prema ocjeni kategorije poštivanja prava i informiranosti pacijenata.	290
Slika 11.3. Položaj zemalja prema ocjeni kategorije dostupnosti (vrijeme čekanja na liječenje)	291
Slika 11.4. Položaj zemalja prema ocjeni ishoda liječenja	291
Slika 11.5. Položaj zemalja prema ocjeni raspona usluga	292
Slika 11.6. Položaj zemalja prema ocjeni prevencije	292
Slika 11.7. Položaj zemalja prema ocjeni lijekova	293
Slika 11.8. Odnos izdataka za zdravstvo i vremena čekanja na liječenje.....	295
Slika 11.9. Odnos izdataka za zdravstvo i ishoda liječenja.....	295
Slika 12.1. Rezultat i interpretacija CEA i CUA analize – četiri scenarija	320

Popis okvira

Okvir 10.1. Razlozi zbog kojih se pacijenti žale na usluge javnog zdravstva u Hrvatskoj	275
Okvir 12.1. Popis primjera smjernica za izradu ekonomskih evaluacija u odabranim zemljama i poveznice primjera ekonomskih evaluacija.....	305
Okvir 12.2. CEA analiza u praksi.....	314
Okvir 12.3. Prag isplativosti.....	317
Okvir 12.4. CBA analiza u zdravstvu	319
Okvir 13.1. Primjer izgradnje bolničke zgrade i upravljanja nebolničkim uslugama: Sveučilišna bolnica u Londonu [University College London Hospital – UCLH]	343
Okvir 13.2. Javno-privatna partnerstva suočena s financijskim problemima.....	344
Okvir 13.3. Propusti u postizanju standarda kvalitete u odabranim projektima javno-privatnog partnerstva u zdravstvu.....	344

O autorima

BROZ, TANJA

tbroz@eizg.hr

Znanstvena suradnica na Ekonomskom institutu, Zagreb. Doktorirala je na Fakultetu ekonomije i turizma "dr. Mijo Mirković", Sveučilište Jurja Dobrile u Puli. Područja istraživanja uključuju optimalna valutna područja, konvergenciju i usklađenost poslovnih ciklusa, determinante kretanja deviznog tečaja i financiranje zdravstva.

BOBINAC, ANA

bobinac@bmg.eur.nl

Znanstvenica zaposlena na Sveučilištu u Rotterdamu, na Institutu za zdravstvenu politiku i menadžment i Institutu za procjenu zdravstvenih tehnologija. Doktorat znanosti u ekonomiji stekla je 2012. godine, na Sveučilištu u Rotterdamu, gdje je zaposlena do 2007. godine. Dobitnica je više nagrada za znanstveni rad, a 2013. godine dobila je prestižni Veni grant Nizozemske zaklade za znanost. Njezin istraživački interes povezan je s ekonomskim evaluacijama zdravstvenih tehnologija, te reformom i financiranjem zdravstvenog sustava.

BUDAK, JELENA

jbudak@eizg.hr

Viša znanstvena suradnica u Ekonomskom institutu, Zagreb gdje se od 2001. godine bavi istraživanjima vezanim za institucionalne aspekte socio-ekonomskog razvitka te za ocjenu institucionalnih prilagodbi Hrvatske u procesu približavanja EU-u. Doktorirala je 2006. godine na Sveučilištu J.J. Strossmayer u Osijeku na temu korupcije i poduzetništva. Njezini recentni radovi povezani su s istraživanjem kvalitete javnog upravljanja i ekonomike korupcije.

JURLINA ALIBEGOVIĆ, DUBRAVKA

djurlina@eizg.hr

Znanstvena savjetnica na Ekonomskom institutu, Zagreb. Doktorat znanosti u ekonomiji stekla je na Ekonomskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Dodatno se obrazovala na više međunarodnih znanstvenih institucija. Područje njezinih istraživačkih aktivnosti obuhvaća lokalne javne financije, fiskalne odnose među razinama javne vlasti, lokalni i regionalni razvoj, planiranje i financiranje kapitalnih investicijskih projekata, uključujući i partnerstvo javnog i privatnog sektora, proračunsko planiranje i mjerenje rezultata i ishoda trošenja proračunskih sredstava.

MIHALJEK, DUBRAVKO

dubravko.mihaljek@bis.org

Voditelj Odjela za globalnu makroekonomsku analizu Banke za međunarodna plaćanja [BIS], u Baselu u Švicarskoj. U BIS-u radi od 1999. na istraživanjima globalnih makroekonomskih i financijskih kretanja i aktualnih pitanja monetarne politike za redovne sastanke guvernera središnjih banaka. Od 1990. do 1999. radio kao ekonomist u Međunarodnom monetarnom fondu u Washingtonu (fiskalni, europski i azijski odjeli). Profesionalnu karijeru započeo 1982. kao asistent u Ekonomskom institutu, Zagreb. Studirao ekonomiju na sveučilištima Pittsburgh (PhD 1990), Minnesota (MA 1986) i Zagreb (dipl.oec. 1981).

NESTIĆ, DANIJEL

dneestic@eizg.hr

Znanstveni savjetnik u Ekonomskom institutu, Zagreb. Njegovi istraživački interesi uključuju politiku dohodaka, mirovine, zdravstveno osiguranje, tržište rada, siromaštvo i fiskalnu politiku. Bio je suradnik na većem broju istraživačkih projekata za potrebe domaćih i međunarodnih institucija [Svjetska banka, Međunarodna organizacija rada, Europska komisija] u području mirovinskog sustava, procjene socijalnih učinaka mjera, industrijskih odnosa i minimalnih plaća.

PULJIZ, MARIO

mario.puljiz@crosig.hr

Član Uprave Croatia zdravstvenog osiguranja. Diplomirao na Ekonomskom fakultetu u Zagrebu na kojem je završio i poslijediplomski specijalistički studij Poslovne ekonomije, smjer Osiguranje i reosiguranje. U osiguravateljnoj djelatnosti do sada je proveo dvadeset godina, od toga dvije i pol godine u Osiguranju Zagreb, a ostatak u Croatia osiguranju. Rukovodio je i upravljao prodajom i razvojem proizvoda u različitim vrstama osiguranja, a specijalizirao se u životnim i zdravstvenim osiguranjima.

RAJH, EDO

erajh@eizg.hr

Viši znanstveni suradnik na Ekonomskom institutu, Zagreb. Doktorirao 2004. godine na Ekonomskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Kao istraživač sudjelovao na većem broju međunarodnih i nacionalnih istraživačkih projekata. Njegovi su istraživački interesi povezani s teorijom ponašanja potrošača i metodologijom anketnih istraživanja i tržišnih analiza.

RAŠIĆ BAKARIĆ, IVANA

irasic@eizg.hr

Znanstvena suradnica na Ekonomskom institutu, Zagreb, na kojem je zaposlena od 2001. godine. Doktorat znanosti u ekonomiji stekla na Ekonomskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Njezini su istraživački interesi urbani, lokalni i regionalni razvoj, regionalna specijalizacija, sektorske analize te zdravstvena zaštita stanovništva.

RUBIL, IVICA

irubil@eizg.hr

Asistent u Odjelu za tržište rada, ljudske resurse i socijalna pitanja Ekonomskog instituta, Zagreb i doktorand na Ekonomskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Bavi se pitanjima distribucije i redistribucije dohotka, posebice mjerenjem distributivnih učinaka javnih politika i makroekonomskih fenomena na temelju anketnih podataka.

SLIJEPČEVIĆ, SUNČANA

sslijepcevic@eizg.hr

Znanstvena suradnica na Ekonomskom institutu, Zagreb gdje je zaposlena od 2001. godine. Doktorat znanosti u ekonomiji stekla je na Ekonomskom fakultetu u Zagrebu. Njezin je istraživački interes povezan s ekonomikom javnog sektora, a posebno analizom efikasnosti i učinkovitosti javnog sektora, te s lokalnim i regionalnim financijama.

ŠVALJEK, SANDRA

ssvaljek@gmail.com

Zamjenica gradonačelnika Grada Zagreba od 2013. godine nadležna za pitanja iz područja gospodarstva i provedbe razvojnih projekata Grada Zagreba. Kao istraživač u Ekonomskom institutu, Zagreb radila je od 1992. do 2013. godine te je u razdoblju od 2005. do 2013. bila njegova ravnateljica. Doktorirala je na Ekonomskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu. Njezin je istraživački interes najviše vezan za teme iz područja fiskalne i porezne politike te ekonomskih posljedica demografskih promjena.

VEHOVEC, MAJA

mvehovec@eizg.hr

Znanstvena savjetnica u trajnom zvanju na Ekonomskom institutu, Zagreb od 2005. godine. Doktorirala je na Sveučilištu u Rijeci na kojem je provela najveći dio svoje profesorske karijere u visokom obrazovanju. Postdoktorski studij provela je na Sveučilištu Cornell, SAD. Njezini su istraživački interesi vezani za institucionalnu ekonomiku, učinak starenja stanovništva na ponudu rada, javnu mirovinsku i zdravstvenu zaštitu stanovništva te mirovinsku i financijsku pismenost.

Predgovor

Pred čitateljima je knjiga nastala nakon dvogodišnjeg rada širokog tima ekonomista okupljenih oko projekta analize zdravstvenog sustava. Inicijativu za ovaj projekt pokrenuo je mjesečnik *Banka* kojem je Ekonomski institut, Zagreb bio partner u organiziranju šest tematskih javnih okruglih stolova tijekom 2012. godine. Istraživački rezultati ekonomista koji su sudjelovali u javnim raspravama nalaze se u ovoj knjizi i služe zdravstvenoj i ostaloj stručnoj te cjelokupnoj zainteresiranoj javnosti za bolje razumijevanje ekonomske argumentacije o financiranju zdravstva, zdravstvenom osiguranju, zdravstvenoj potrošnji, pitanjima efikasnosti u zdravstvu, utjecaju percepcija korisnika zdravstvenih usluga na njihovu kvalitetu kao i važnosti ekonomskih evaluacija u donošenju zdravstvenih odluka. Ona predstavlja tek malen, ali nadamo se, vrijedan pokušaj za bolje razumijevanje zdravstva iz ekonomske perspektive, jer ekonomistima u Hrvatskoj zdravstveni sektor predstavlja dugogodišnji izazov iz nekoliko razloga. Jedan od njih povezan je s financijskom veličinom zdravstvenog sektora koji je ozbiljan potrošač javnog novca sa značajnim utjecajem na održivost javnih financija. Drugi je razlog taj da ukupni javni izdaci za zdravstvo i udio izdvajanja za zdravstvo u ukupnim javnim izdacima ne osiguravaju automatski kvalitetu javne zdravstvene zaštite, ali je snažno obilježavaju. Korisnici javnih zdravstvenih usluga u Hrvatskoj očekuju visoku razinu obavezne zdravstvene zaštite, bez obzira na to jesu li je javne financije u Hrvatskoj u stanju osigurati. Čak i bez takvih očekivanja, zdravstvena potrošnja i dalje raste zbog starenja stanovništva i tehnološkog razvoja u zdravstvenoj industriji. Treći razlog predstavlja činjenica da ekonomskih istraživanja zdravstva u Hrvatskoj ima relativno malo, a slabo je popunjen i istraživački prostor kojem bi ekonomisti trebali više doprinijeti, i to ne sami, već u širim interdisciplinarnim i transdisciplinarnim grupama istraživača.

Možda bi bilo vrijedno istaknuti zbog čega do sada u Hrvatskoj nije bilo više sustavnih ekonomskih analiza zdravstvenog sektora. Jedan od važnih uzroka te činjenice povezan je s ograničenom dostupnošću baza podataka koje su ili slabo sređene ili nedovoljno pouzdane ili ih naprosto nema. Za javno financiranje tako značajnog sektora dostupnost javnih podataka nužna je pretpostavka kvalitetnih stručnih i znanstvenih istraživanja. Nedovoljno transparentno izvještavanje o financiranju javnih zdravstvenih institucija čini slabu informacijsku podlogu za kvalitetne analize i promišljene *policy* preporuke u zdravstvu. Drugi razlog krije se u zatvorenosti sustava prema istraživačima izvan zdravstvenog sektora. Za ekonomiste je zdravstveni sektor najzatvoreniji od svih sektora, ne računajući vojnu industriju. Ekonomisti ne znaju graditi brodove ili proizvoditi hranu, ali to ih nigdje u svijetu ne sprečava da ocjenjuju učinke vertikalnih državnih potpora ili sektorsku konkurentnost prehrambene industrije. Isto tako, ekonomisti ne trebaju ništa znati o bolestima i medicinskim postupcima, ali mogu ocijeniti koliko

su javni izdaci za zdravstvo održivi, je li poslovanje zdravstvenih ustanova efikasno te kako se financijski prate i procjenjuju troškovi zdravstvenih aktivnosti. Ekonomika zdravstva bavi se i mikroekonomskom evaluacijom zdravstvenih tehnologija, tržišnom ravnotežom u proizvodnji zdravstvenih usluga, ocjenjivanjem zdravstvenih sustava, planiranjem i financiranjem, organizacijom zdravstvenog osiguranja i nejednakostima u sustavu zdravstva. Ekonomika zdravstva u mnogim je zemljama tek u početnoj fazi razvoja. Smatra se da je svoj razvojni put započela u šezdesetim godinama prošlog stoljeća kada je Nobelovac Kenneth Arrow objavio poznati članak [Arrow, 1963]¹ u kojem su se prvi put jasno definirale konceptualne razlike između zdravlja i ostalih dobara. Proizvodnju i potrošnju zdravlja, za razliku od proizvodnje i potrošnje ostalih dobara, karakteriziraju iznimna državna regulacija, neizvjesnost utkana u sustav na različitim razinama, asimetrična informacija, zapreke ulasku na tržište te postojanje eksternalija. Asimetrična informacija snažno je prisutna u odnosu pacijent i liječnik, u kojem liječnik posjeduje znanje i informacije te donosi odluke o kupnji zdravstvenih usluga u ime pacijenta, ali pritom ne mora biti informiran o njihovoj cijeni. Isto tako, asimetričnost informacija prisutna je i u odnosu pacijent i osiguravajuće društvo u kojem pacijent ima daleko više informacija o svom zdravlju i ponašanju prema zdravlju nego osiguravajuće društvo koje prodaje policu zdravstvenog osiguranja.

Iako je neizvjesnost kada je riječ o troškovima, prihodima, cijenama, mogućim uštedama i mjerenju učinaka u zdravstvu sveprisutna, ekonomisti se relativno dobro snalaze. Međutim, treba naglasiti da ekonomske ocjene čine samo dio slike zdravstva koju upotpunjuje sinergija mišljenja zdravstvenih djelatnika i ostalih pratećih stručnjaka. Povijesno i tradicionalno, o zdravstvu u Hrvatskoj uglavnom su raspravljali stručnjaci iz zdravstvene, posebno medicinske struke te je svaka komunikacija sa stručnjacima iz drugih znanstvenih područja nailazila na probleme zajedničkog jezika i međusobnog razumijevanja. Ovo nije karakteristika samo zdravstvenog sektora već je česta pojava u mnogim sektorima da različiti stručnjaci govore različitim jezikom i međusobno se ne razumiju. Mi ekonomisti smatramo da nikada nije dovoljno naglašavati potrebu za međusobnom komunikacijom i uvažavanjem mišljenja različitih stručnjaka, kao što se uvijek može uključiti još "doza solidne ekonomske analize u javnu raspravu o zdravstvenoj politici i reformi kako bi razne interesne skupine eventualno počele nepristrano raspravljati o stvarnim dugoročnim problemima zdravstva u Hrvatskoj" [Mihaljek, 2006: 267]².

1 Arrow, K. J., 1963, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*, 53(5), str. 941-974.

2 Mihaljek, D., 2006, "Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?" u K. Ott, ured., *Pridruživanje Hrvatske Europskoj Uniji: Izazovi sudjelovanja*, Zagreb: Institut za javne financije, str. 265-308.

Osvrnemo li se na zdravstvo u Hrvatskoj čini se da zdravstveni sustav već jako dugo živi i djeluje s najavama reformi i/ili u njihovom provođenju. Budući da nema jedinstvenog međunarodnog recepta za uspješnu zdravstvenu reformu, ona se u svakoj zemlji provodi u okviru nacionalnih ekonomskih mogućnosti i postojećih institucionalnih ograničenja. U javnoj zdravstvenoj politici, politika bira, a stanje javnih financija dozvoljava izbor modela javne zdravstvene zaštite. Prilagođavanje domaćeg zdravstvenog sustava stranim dobrim praksama često ne rezultira jednako uspješnim rješenjima. Specifičnosti institucionalnog okruženja stvaraju potrebu vlastite prilagodbe, koju često volimo imenovati inovativnom, ali to ne znači da su takva rješenja istovremeno i ekonomski učinkovita. Zdravstveni sektor već dugo živi uz reforme koje njihovi nositelji vjerojatno uvijek smatraju ključnima, ali čiji se rezultati iz ekonomske perspektive čine dvojbena uspješnima. Naglasak je na "čine se", jer treba istaknuti da su se reforme u zdravstvu provodile često bez dobro utemeljenih *ex ante* analiza, a pogotovo *ex post* analiza učinaka reformi. Dokumentacija o tome, ako postoji, nije dostupna javnosti, što za javno financiranje tako važne usluge kao što je zdravstvo nije prihvatljiva praksa.

Urednička knjiga nastala doprinosima kolega koji su istraživali razne aspekte ekonomske slike zdravstva uzela je određeno vrijeme u kojem su nastale ili su najavljene promjene zdravstvene politike. Kao najvažniju ističemo provedbu odluke o smanjenju obaveznog zdravstvenog doprinosa s 15 posto na 13 posto u 2012. godini, zatim najavu daljnjeg smanjenja zdravstvenog doprinosa, koje se nije provelo, te zadnju odluku koja vraća obavezno zdravstveno osiguranje na 15 posto u 2014. godini. Zatim su najavljene reforme u pogledu organizacije rada bolnica i vanjskog ugovaranja nezdravstvenih djelatnosti, ali se od toga odustalo u ožujku 2014. godine. Potom je Ministarstvo zdravlja objavilo nacrt dokumenta "Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014.-2016." te ga stavilo na javnu raspravu o čijim rezultatima nećemo biti u prilici svjedočiti u ovoj knjizi, jer je dokument u međuvremenu povučen na daljnje konzultacije. Osim toga za jesen 2014. najavljeno je izdvajanje HZZO-a iz riznice, no ono je kasnije odgođeno na početak 2015. godine. Time promjene u zdravstvenoj politici zasigurno nisu završene. Provedbe reformi i odustajanja od njih te najave restrukturiranja, reorganiziranja, često bez analitičkih informacija o operativnim rješenjima i njihovim učincima, stvaraju nestabilno okruženje i za djelatnike u zdravstvu i za analitičare zdravstva. S obzirom na nestabilnost i stalne promjene u zdravstvu, iskustvo pisanja ove knjige bilo je izazovno i zanimljivo, jer kad smo mislili da su pojedini dijelovi dovršeni pojavile su se nove činjenice, novi reformski pokušaji, novi pravilnici ili najave da će se nešto u zdravstvu mijenjati te se stalno javljala potreba za nadopunom tekstova. No, u jednom trenutku došlo je vrijeme da ono što znamo o zdravstvu iz ekonomske perspektive pokažemo zainteresiranoj javnosti uz rizik da će

zbog stalnih i intenzivnih promjena koje se u sustavu događaju neki opisani odnosi i pojave vrlo vjerojatno već sutra biti napušteni ili promijenjeni.

U dobroj namjeri da zdravstvo objasnimo i sebi i drugima postavili smo pet pitanja na koja su ekonomisti potražili odgovore. Prvo pitanje *“Kako se financira zdravstvo i što možemo očekivati u budućnosti?”* temeljito su istražili Dubravko Mihaljek, Tanja Broz i Sandra Švaljek. Pitanje *“Što moramo znati o privatnim izdacima za zdravstvo i dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju?”* detaljno su protumačili Danijel Nestić, Ivica Rubil i Mario Puljiz. Objašnjenje o tome *“Koji su ključni segmenti zdravstvene potrošnje i kakve su njihove specifičnosti?”* pružile su Ivana Rašić Bakarić, Maja Vehovec, Sunčana Slijepčević i Tanja Broz. Pitanjem *“Koliko su korisnici uključeni u ocjene zdravstvenih usluga?”* bavili su se Jelena Budak, Edo Rajh i Maja Vehovec. Na posljednje pitanje *“Je li ekonomska vrednovanje u zdravstvu alternativa ili nužnost?”* odgovore su ponudile Ana Bobinac i Dubravka Jurlina Alibegović.

Za nastanak ove knjige posebna zahvala ide mjesječniku *Banka* koji je uspješno organizirao javne okrugle stolove u 2012. godini i tako potaknuo naš istraživački interes, te sponzorima projekta, tvrtkama Ericsson Nikola Tesla i Pliva. Svi su nas oni, zajedno s mnogobrojnom publikom, motivirali da naša istraživanja sakupimo i objavimo u ovoj knjizi. Urednička knjiga prije svega je skup pojedinačnih istraživačkih doprinosa odgovornih profesionalaca koji su vrijedno i entuzijastično radili na tome da se knjiga završi i preda čitateljima na daljnje komentare, sugestije i kritike. Trinaest autora, uključujući urednicu, ovim izdanjem nisu iscrpili motivaciju za istraživanje zdravstvenih tema već naprotiv, očekuju da će ono potaknuti još kvalitetniji razvoj ekonomike zdravstva u Hrvatskoj.

U Zagrebu, 27.09.2014.

Maja Vehovec

Urednica

Foreword

In this book we present the results of two years' work by an extended team of economists who collaborated on a project to analyze the Croatian health system. The project was initiated by the monthly magazine *Banka*, which partnered the Institute of Economics, Zagreb in organizing six public round table seminars on the subject in 2012. The research results of the economists who took part in the public discussions are presented in this book. They will be of use to professionals in healthcare and related disciplines, as well as the general public. They will promote a better understanding of the economic considerations pertinent to healthcare funding, health insurance, healthcare costs, questions of healthcare effectiveness, the quality level of healthcare services as influenced by the end-user's perception of them, as well as the importance of economic evaluations in healthcare decision-making. These research results represent a small, but, we hope, worthwhile attempt at a greater understanding of healthcare from the economic perspective.

For many years, the healthcare sector has presented a challenge to economists in Croatia, for a variety of reasons. One is the financial scale of the healthcare sector, which consumes a serious amount of public money and has a significant effect on the sustainability of the public financial resources. Another reason is that the total public expenditure on healthcare and the amount allocated to healthcare within the public expenditure as a whole do not automatically guarantee high quality in healthcare provision, although they do make a strong mark on it. End-users of the public healthcare services in Croatia expect a high level within the statutory healthcare provision, regardless of whether Croatia's financial resources are capable of ensuring this. Even without these expectations, healthcare spending is constantly rising because of increased ageing in the population, coupled with the technological advances in the health-related industries. A third reason is the fact that in Croatia there is relatively little research into the healthcare sector by economists, and there is poor coverage of the research areas in which economists should be making a greater contribution, not just in isolation, but in collaboration with inter-disciplinary and cross-disciplinary research groups.

It is possibly worth highlighting why there have not been more systematic economic analyses of the healthcare sector in Croatia to date. One important cause of this is linked to the limited availability of databases, which are badly organized, insufficiently reliable or simply non-existent. Public access to information is a prerequisite for high-quality academic and scientific research relating to the public funding of this significant sector. Insufficiently transparent reporting about the financing of public healthcare institutions is a poor information foundation for high-quality analyses and well-thought-out policy

recommendations for healthcare. A second reason is concealed within the system's unwillingness to open up to researchers from beyond the health sector. For economists, the healthcare sector is the most impenetrable of all, apart from the military industry. Economists do not know how to build boats or produce foodstuffs, but nowhere in the world does this prevent them from assessing the effects of vertical state aid or the competitiveness of the food industry within its sector. Equally, economists do not need to know anything about illnesses and medical interventions in order to assess how much public spending on healthcare is sustainable, whether the workings of the healthcare institutions are efficient, and how expenditure on healthcare activities can be monitored and evaluated. The economics of healthcare are concerned with the micro-economic evaluation of health-related technologies, the market balance in the production of healthcare services, the assessment of healthcare systems, planning and funding, the organization of health insurance, and inequalities in the healthcare system.

In many countries the economics of healthcare provision are at an early stage. It is generally accepted that the development of healthcare economics started in the 1960s, when Nobel laureate Kenneth Arrow published a well-received article [Arrow, 1963]¹, in which he provided a clear definition for the first time of the conceptual difference between health and other services. By contrast with the provision and usage of other public services, health system is characterized by exceptional state regulation, with uncertainties built into the system at various levels, asymmetries in information, barriers to market entry, and the existence of externalities. Asymmetrical information is strongly present in the doctor-patient relationship, in which the doctor possesses the knowledge and information, and makes decisions about purchasing healthcare services in the name of the patient, without necessarily being aware of their cost. Equally, there is asymmetry of information in the relationship between the patient and the insurance company, where the patient has much more information about his or her state of health and health-related behaviors than the company selling the health insurance policy.

Although uncertainty is universally present in respect of expenditure, revenues, costs, possible savings and outcome measurements, economists are coping relatively well with healthcare issues. However, one has to emphasize that economic assessments make up only one part of the picture of healthcare, the rest being realized through the synergy of opinions from healthcare workers and other related professionals. Historically and traditionally, healthcare in Croatia has been discussed mainly by professionals from the healthcare field, most notably medical professionals, while communication with experts from other scientific fields has been hampered by difficulties in finding a common

¹ Arrow, K. J., 1963, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care", *The American Economic Review*, 53(5), pp. 941-974.

language and mutual understanding. This characteristic is not unique to the healthcare sector: in many other sectors different experts fail to achieve a common language, and so do not understand each other's argumentation. We economists are of the opinion that one cannot over-state the need for mutual communication and respect for other experts' opinions, and that one can always also include "a dose of solid economic analysis in the public debate on healthcare policy and reform, so that different interested groups might finally have objective discussions about the real long-term problems facing healthcare in Croatia" [Mihaljek, 2006: 267]².

When we look at Croatian healthcare, it seems that the health system has been living and operating with announcements about reforms and/or their implementation for a very long time. As there is no single international recipe for successful healthcare reform, every country bases its reform projects on national economic possibilities and existing institutional constraints. In public health policies, politics dictate the choice, while the state of the public finances determines which model of public healthcare provision can be implemented. Aligning one's domestic healthcare system with good practice from other countries does not always provide equally successful results. Conditions specific to the institutional environment create the need for particular adaptations. We often like to call these innovative, but this does not necessarily mean that such solutions are economically efficient. Our healthcare sector has for a long time been living with reforms which the stakeholders probably still think are key, but whose results, seen from the economic point of view, seem to be of dubious value. The emphasis is on "seem to be", because one has to emphasize that healthcare reforms have often been carried out without well-founded analyses *ex ante*, and especially without analyses of their effects *ex post*. Documentation about this is not publicly available, if indeed it exists at all, which is unacceptable practice in the context of the public financing of such an important service as healthcare.

This book of collected articles, which consists of contributions by colleagues who have researched various aspects of the economic picture in healthcare, has of necessity taken some time to reach publication. In the meantime, some changes have occurred or been announced in healthcare policies. Of these, we consider the most important to be the regulation reducing the compulsory health contribution from 15 percent to 13 percent in 2012, which was followed by a proposal for a further reduction, which was not enacted, culminating in the latest decision restoring compulsory health insurance contributions to 15 percent in 2014. Then reforms were announced relating to work organization in hospitals and contracting out non-healthcare activities, but these were abandoned in

² Mihaljek, D., 2006, "Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?" in K. Ott, ed., *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji: izazovi sudjelovanja*, Zagreb: Institut za javne financije, pp. 265-308.

March 2014. The Ministry of Health then published a draft document entitled “National Plan for the Development of Clinical Hospital Centers, Clinical Hospitals, Clinics and General Hospitals in the Republic of Croatia for the period 2014-2016”, and invited public discussion about it, the results of which we will not be able to include in this book, as the document has been withdrawn in the meantime for further consultation. Apart from that, the separation of the Croatian Health Insurance Fund (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje – HZZO) from the Treasury was announced to be set for the autumn of 2014, but was then delayed until the beginning of 2015.

It is clear that changes in Croatian healthcare policies are still ongoing. The introduction of reforms and their subsequent abandonment, coupled with announcements of restructuring and reorganization, often without any analytical information about the operational consequences and their effects, create an unstable environment both for healthcare workers and health system analysts. Given this instability and the constant changes in healthcare, the experience of producing this book has been challenging and interesting, as whenever we thought that individual parts of the book had reached a conclusion, new facts, new attempts at reform or new regulations would emerge, or announcements would be made that there would be some change in healthcare, with the result that we constantly had to update the texts. However, now the time has come to reveal to the interested public what we know about healthcare from the economic perspective, while taking the risk that probably some of the material and facts will be outdated or altered tomorrow, in the light of the constant intensive changes which are happening in the health system.

With the good intention of explaining healthcare to ourselves and others, for this book we formulated five questions to which the economists have sought to provide answers. The first question is: “How is our healthcare financed, and what can we expect in the future?” This topic has been extensively researched by Dubravko Mihaljek, Tanja Broz and Sandra Švaljek. Second: “What do we need to know about private health expenditure and voluntary health insurance?” This has been investigated in detail by Danijel Nestić, Ivica Rubil and Mario Puljiz. Answers to “What are the key elements in healthcare spending, and what are their specifics?” have been provided by Ivana Rašić Bakarić, Maja Vehovec, Sunčana Slijepčević and Tanja Broz. Jelena Budak, Edo Rajh and Maja Vehovec have covered the question “How far are end-users involved in evaluating healthcare services?” Answers to the fifth question, “Is economic evaluation in healthcare an option or a necessity?”, have been put forward by Ana Bobinac and Dubravka Jurlina Alibegović.

For the realization of this book, special thanks are owed to the monthly magazine *Banka*, which so successfully organized the 2012 round table discussions which stimulated our

interest in this research, and to the companies which sponsored the project, Ericsson Nikola Tesla and Pliva. Together with many members of the public, they have all motivated us to collate our researches and publish them in this book. This book is the edited collection of research contributions by responsible professionals who have worked with exemplary skill and enthusiasm to complete the volume and present it to the readership for further commentaries, suggestions and criticisms. The thirteen authors, including the editor, have in no way exhausted their motivation for researching healthcare with the publication of this edition, quite the opposite, and we expect the book to provide the stimulus for further high-quality developments in the economics of healthcare in Croatia.

Maja Vehovec, Editor

Zagreb, September 27th, 2014

Popis kratica

ATK – anatomsko-terapijsko-kemijska klasifikacija
APK – Anketa o potrošnji kućanstava
BDP – bruto domaći proizvod
BIA – budget-impact analysis
BIS – Bank for International Settlements
BPZ – godišnja stopa rasta premije zdravstvenih osiguranja
CBA – cost-benefit analysis
CEA – cost-effectiveness analysis
CEA – Comité Européen des Assurances
CEZIH – Centralni zdravstveni informacijski sustav
COICOP – međunarodna klasifikacija izdataka kućanstava
COP – centralni obračun plaća
CPI – Corruption Perceptions Index
CT – computed tomography
CUA – cost-utility analysis
DBFMO – design, build, finance, maintain and operate
DCE – discrete choice experiment
DFID – Department for International Development
DG SANCO – Directorate General for Health and Consumer Affairs
DRG – diagnosis-related groups
DTP – dijagnostičko terapijski postupak
DTS – dijagnostičko terapijski sustav
DZS – Državni zavod za statistiku
EBM – evidence based medicine
EBRD – European Bank for Reconstruction and Development
EC – European Commission
ECP – European Consumer Powerhouse
EHCI – Euro Health Consumer Index
EIOPA – European Insurance and Occupational Pensions Authority
EPR – electronic patient record
EU – Europska unija
EUnetHTA – Europska mreža za procjenu zdravstvenih tehnologija
FCPA – Foreign Corrupt Practices Act
GSS – General Social Survey
HALMED – Hrvatska agencija za lijekove i medicinske proizvode
HANFA – Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga
HDOD – Hrvatsko društvo obiteljskih doktora
HHI – Herfindahl-Hirschmann indeks
HIV – virus humane imunodeficijencije

HOK – Hrvatska osiguravajuća kuća
HPV – humani papiloma virus
HTA – health technology assessment
HUO – Hrvatska udruga osiguravatelja
HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
HZZOZZR – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu
ICER – incremental cost-effectiveness ratio
IMS – Intercontinental Marketing Services
KB – kliničke bolnice
KBC – klinički bolnički centri
KPI – key performance indicator
LSS – lean six sigma
LYG – life-year gained
MRSA – methicillin-resistant Staphylococcus aureus
MZ – Ministarstvo zdravlja
MZSS – Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi
NICE – National Institute for Health and Care Excellence
NMS – new member states
NN – Narodne novine
OB – opće bolnice
OECD – Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj
PDV – porez na dodanu vrijednost
PSC – public sector comparator
PZZ – primarna zdravstvena zaštita
QALY – quality-adjusted life year
QI – quality indicators
RH – Republika Hrvatska
RRiF – Računovodstvo, revizija i financije
SAD – Sjedinjene Američke Države
SB – specijalne bolnice
TTO – time trade-off
UCLH – University College London Hospital
UNECE – United Nations Economic Commission for Europe
UNODC – United Nations Office on Drugs and Crime
VAS – visual analogue scale
VfM – Value for Money
WHO – World Health Organization

I

**KAKO SE FINANCIRA ZDRAVSTVO I
ŠTO MOŽEMO OČEKIVATI U BUDUĆNOSTI?**

1. Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize?

Dubravko Mihaljek¹

1.1. Uvod

Ovaj rad daje uvide u tri usko povezane teme s područja financiranja zdravstva: glavne trendove u financiranju zdravstva u visokorazvijenim ekonomijama i Hrvatskoj u posljednjih desetak godina, razloge za nužnost financijskih reformi u zdravstvu u srednjem i dugom roku, i novija iskustva razvijenih zemalja s takvim reformama. Rad je podjednako namijenjen makroekonomistima i zdravstvenim djelatnicima u Hrvatskoj. Te dvije skupine stručnjaka, pitanjima financiranja zdravstva često pristupaju iz različitih perspektiva i zato teško pronalaze zajednički jezik kada se trebaju dogovoriti o pristupu smanjivanju troškova i povećanju efikasnosti u zdravstvu. A takav je dogovor posebno važan u sadašnjem razdoblju oporavka od ekonomske krize, koja je posljednjih godina posvuda dovela do velikog pritiska na javne financije.

Osnovni je zaključak rada da se rast zdravstvene potrošnje u dugom roku ne može zaustaviti, ali se financiranje zdravstva može i mora učiniti efikasnijim. Zdravstvena potrošnja u dugome roku raste zato što s ekonomskim razvojem raste i potražnja stanovništva za zdravstvenim uslugama – održavanje zdravlja jedan je od najvrednijih i najproduktivnijih oblika osobne potrošnje. Toj tezi u prilog ide činjenica da je od 1960. godine očekivano trajanje života u razvijenim zemljama produženo u prosjeku za 11 godina, na skoro 80 godina. Do 2008. godine, kada je počela sadašnja ekonomska kriza, skoro sve razvijene ekonomije proširile su pristup temeljnim zdravstvenim uslugama na gotovo cjelokupno stanovništvo. To se pokazalo posebno značajnim posljednjih nekoliko godina, kada je mnogim obiteljima u krizom pogođenim zemljama plaćanje zdravstvenih troškova bilo uvelike otežano zbog pada osobnog dohotka. Rastu zdravstvene potrošnje u dugome roku doprinosi i neprekidan razvoj medicinske tehnologije. No suprotno često uvriježenom stavu to nije jedan od najvažnijih uzroka rasta troškova u zdravstvu.

Ako će dugoročno zdravstvena potrošnja ionako rasti, zašto je treba ograničavati u kratkome roku? I može li se to uopće postići bez smanjivanja opsega i narušavanja kvalitete pruženih zdravstvenih usluga? Financijske reforme u zdravstvu nužne su jer

¹ Stajališta iznesena u radu osobna su stajališta autora i ne odražavaju nužno stajališta BIS-a. Autor u ovom projektu sudjeluje kao neovisni istraživač.

se najveći dio zdravstvene potrošnje financira iz javnih proračuna, a od izbijanja svjetske financijske krize većina razvijenih država prisiljena je smanjivati proračunske deficite kako javne financije ne bi produbile nestabilnost i time produljile ekonomsku stagnaciju. Pritisci na kontrolu troškova i poboljšanje efikasnosti u zdravstvu dodatno će porasti zbog ubrzanog starenja stanovništva, koje već nepovoljno utječe na ekonomska kretanja kroz smanjenje potencijalnog rasta. Iako makroekonomisti već godinama upozoravaju na ta kretanja, političari ih skoro posvuda više-manje ignoriraju zbog kratkovidnog horizonta odlučivanja. Sadašnja kriza javnih financija i proces fiskalne konsolidacije jedinstvena su prilika da se mobiliziraju politička i javna podrška kako bi se istovremeno počeli rješavati i kratkoročni i dugoročni problemi financiranja zdravstva.

Iskustva zdravstvenih reformi u razvijenim ekonomijama pokazuju da je moguće na određeno vrijeme zaustaviti rast troškova u zdravstvu bez ograničavanja pristupa zdravstvenoj zaštiti i smanjenja kvalitete usluga. Iako se zdravstveni sustavi značajno razlikuju od zemlje do zemlje, ta se iskustva uz odgovarajuće prilagodbe mogu primijeniti i u drugim sredinama, ako za to postoji volja u struci i politici. Za Hrvatsku su od posebne važnosti pitanja koje su se reforme financiranja zdravstva pokazale uspješnima, pod kojim uvjetima, i koliki je "rok trajanja" uspješnih reformi; te koje se reforme nisu pokazale uspješnima i zašto. Na temelju takvih iskustava i saznanja iz vlastitih reformskih pokušaja i propusta, moguće je i u Hrvatskoj osmisliti odgovarajuće mjere za efikasnije financiranje zdravstvene potrošnje u vrijeme fiskalnih restrikcija – tim pitanjima bave se ostali radovi u ovoj publikaciji.

Preostali dio ovoga rada podijeljen je u pet poglavlja. Drugo poglavlje daje pregled sustava financiranja zdravstva u razvijenim gospodarstvima i identificira glavne trendove u potrošnji i financiranju zdravstva u proteklom desetljeću. Treće poglavlje analizira trendove u financiranju zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj i utvrđuje glavna odstupanja tih trendova od kretanja u razvijenim gospodarstvima. U četvrtom poglavlju objašnjavaju se glavni razlozi za nužnost financijskih reformi u zdravstvu. Peto poglavlje daje kratak pregled najvažnijih iskustava s reformama financiranja zdravstva koje su u protekla dva desetljeća provodile razvijene ekonomije, a koja su potencijalno relevantna za Hrvatsku. Šesto poglavlje iznosi zaključna razmatranja o temi financiranja zdravstva.

1.2. Kako se financira zdravstvena potrošnja?

Sustavi financiranja zdravstva u visokorazvijenim gospodarstvima mogu se podijeliti u tri osnovne skupne: sustavi s pretežno privatnim financiranjem; sustavi s financiranjem pretežno iz državnog proračuna i sustavi s financiranjem pretežno iz izvanproračunskih

fondova, tzv. fondova socijalnog osiguranja. U SAD-u se preko 50 posto zdravstvene potrošnje financira iz privatnih zdravstvenih osiguranja koja ugovaraju poslodavci za svoje zaposlenike te iz vlastitih sredstava građana, tzv. "plaćanja iz džepa" (tablica 1.1). U anglosaksonskim, nordijskim i južноеuropskim zemljama najveći dio zdravstvene potrošnje financira se izravno iz državnog proračuna, dok u kontinentalnoj Europi i Japanu dominira financiranje iz državnih fondova socijalnog osiguranja.

Tablica 1.1. **Glavni sustavi financiranja zdravstva u visokorazvijenim zemljama, u postotku ukupne zdravstvene potrošnje, podaci za 2010. godinu**

Privatno financiranje		Državni proračun		Fond socijalnog osiguranja		Kombinirano			
							Priv.	Pror.	Soc.
SAD	52	Danska	85	Češka	76	Bugarska	44	18	38
		Velika Britanija	83	Francuska	73	Grčka	38	30	32
		Švedska	81	Nizozemska	71	Švicarska	35	19	46
		Italija	77	Japan	70	Austrija	24	34	42
		Norveška	74	Estonija	68				
		Kanada	70	Njemačka	68				
		Španjolska	70	Slovenija	68				
		Irska	69	Belgija	65				
		Australija	69	Rumunjska	64				
		Portugal	65	Hrvatska	63				
		Latvija	61	Poljska	62				
		Finska	60	Litva	61				
				Slovačka	58				
				Mađarska	54				

Izvori: WHO, *World Health Statistics 2013* i izračun autora.

Glavne razlike između financiranja zdravstva iz proračuna i putem fonda socijalnog osiguranja mogu se pronaći u izvorima prihoda i upravljanju potrošnjom. U proračun se slijevaju prihodi iz svih poreznih i neporeznih izvora te se raspodjeljuju na temelju godišnjih i srednjoročnih proračunskih zakona na pojedine resore, uključujući zdravstvo. Iz perspektive ministra zdravstva u državi poput Italije ili Velike Britanije to znači da se glavni pregovori s drugim članovima vlade vode o razini zdravstvene potrošnje na godišnjoj odnosno srednjoročnoj razini, dok je financiranje manjkova u zdravstvenoj potrošnji više-manje automatsko.

Nasuprot tome, u zemljama sa sustavom socijalnog osiguranja zdravstvo se financira iz namjenskih poreza, tzv. obveznih doprinosa za zdravstveno osiguranje čiju osnovicu čine plaće zaposlenih. Radi se o posebnim porezima koji se ne slijevaju u državni proračun zajedno s drugim izvorima prihoda, nego su namijenjeni isključivo financiranju fonda socijalnog osiguranja. To znači da ministar zdravstva u državi poput Francuske

ili Njemačke može više-manje samostalno odlučivati o zdravstvenoj potrošnji u okviru raspoloživih sredstava fonda, ali mora pregovarati s ministrom financija o godišnjem doprinosu proračuna za pokrivanje eventualnih manjkova u fondu socijalnog osiguranja.

Većina zemalja koristi neku kombinaciju ovih oblika financiranja. Npr., iako u SAD-u dominira privatno financiranje, država izravno iz proračuna financira program zdravstvene zaštite za siromašne *Medicaid*, te upravlja fondom socijalnog osiguranja za umirovljenike *Medicare*, koji je jedan od najvećih sustava socijalnog osiguranja u svijetu, s proračunom od 523 milijarde dolara u 2010. godini. U Austriji, Bugarskoj, Grčkoj i Švicarskoj privatno financiranje te financiranje iz proračuna odnosno socijalnog osiguranja (tablica 1.1) zastupljeni su više-manje podjednako. U mnogim zapadnoeuropskim zemljama, npr. Francuskoj, Nizozemskoj i Njemačkoj, uz fond socijalnog osiguranja aktivno djeluju privatna osiguravajuća društva i dio zdravstvene potrošnje (obično oko 10 posto) financira se izravno iz proračuna. Alternativni načini financiranja nešto su manje prisutni jedino u zemljama u kojima se zdravstvena potrošnja financira izravno iz proračuna – npr. Italiji, Španjolskoj, Velikoj Britaniji i nordijskim zemljama (Danskoj, Finskoj, Norveškoj i Švedskoj).

Također treba naglasiti da je financiranje samo jedan aspekt klasifikacije zdravstvenih sustava. Drugi značajan kriterij jest organizacija ponude zdravstvenih usluga putem privatnih odnosno državnih ordinacija i bolnica. Kombiniranjem kriterija financiranja i organizacije ponude može se doći do detaljnije podjele zdravstvenih sustava (Sloan i Hsieh, 2012). No budući da se u ovom radu prvenstveno obrađuju pitanja *financiranja* zdravstva, takve se klasifikacije dalje ne razrađuju.

Tri trenda u potrošnji i financiranju zdravstva

Glavni trendovi u zdravstvenoj potrošnji ekonomski visokorazvijenih zemalja u proteklom desetljeću (od 2000. do 2010. godine) bili su značajan porast ukupne potrošnje za zdravstvo, koji se očitovao u bržem rastu zdravstvene potrošnje od rasta cjelokupne ekonomije; porast udjela državne i pad udjela privatne zdravstvene potrošnje; povećani izdaci za zdravstvo u odnosu na druge proračunske izdatke; te unutar privatne potrošnje, nepromijenjen odnos između privatnih osiguranja i osobnih izdataka za zdravstvo (tablica 1.2).

Ukupna potrošnja za zdravstvo u visoko razvijenim zemljama porasla je u prošlom desetljeću za jednu trećinu, s prosječno 9,9 posto BDP-a u 2000. godini na 12,4 posto BDP-a u 2010. (tablica 1.2, prva dva stupca).

Tablica 1.2. Zdravstvena potrošnja

	Ukupna potrošnja za zdravstvo		Potrošnja opće države za zdravstvo		Privatna potrošnja za zdravstvo		Potrošnja opće države za zdravstvo		Državno zdravstveno osiguranje		Osobna potrošnja za zdravstvo ⁴		Privatno zdravstveno osiguranje ⁴		Ukupna zdrav. potrošnja po stanovniku	
	[% BDP-a]		[% ukupne potrošnje za zdravstvo]		[% ukupne potrošnje opće države]		[% potrošnje opće države za zdravstvo]		[% potrošnje opće države za zdravstvo]		[% privatne potrošnje za zdravstvo]		[% privatne potrošnje za zdravstvo]		USD	
	2000.	2010.	2000.	2010.	2000.	2010.	2000.	2010.	2000.	2010.	2000.	2010.	2000.	2010.	2000.	2010.
Austrija	10,0	11,0	75,6	76,2	24,4	23,8	14,6	15,9	59,0	55,7	62,1	67,0	19,4	18,8	2.403	4.964
Francuska	10,1	11,7	79,4	76,9	20,6	23,1	15,5	15,9	94,3	95,3	34,4	32,2	61,6	59,3	2.203	4.618
Italija	8,0	9,5	72,5	77,6	27,5	22,4	12,7	14,7	0,1	0,2	89,1	87,6	3,2	4,6	1.554	3.247
Njemačka	10,4	11,5	79,5	76,8	20,5	23,2	18,3	18,5	87,2	88,6	51,0	51,4	40,2	39,9	2.386	4.654
Švicarska	9,9	10,9	55,4	65,2	44,6	34,8	15,4	21,0	72,8	70,9	74,0	72,3	23,8	24,9	3.519	7.699
SAD	13,4	17,6	43,2	48,2	56,8	51,8	17,1	19,9	80,3	86,4	25,5	22,7	60,3	64,4	4.703	8.233
Velika Britanija	7,0	9,6	78,8	83,2	21,2	16,8	15,1	15,9	53,9	59,1	19,2	18,8	1.765	3.495
Hrvatska	7,8	7,8	86,1	84,8	13,9	15,2	14,5	17,7	97,6	74,2	100	95,9	...	4,1	377	1.051
Češka	6,3	7,5	90,3	83,8	9,7	16,2	13,7	14,4	89,5	90,6	100	91,5	...	0,9	361	1.403
Mađarska	7,2	7,8	70,7	64,8	29,3	35,2	10,6	10,2	83,9	83,5	89,8	74,3	0,6	7,0	326	1.002
Poljska	5,5	7,0	70,0	71,7	30,0	27,8	9,4	11,0	82,6	86,2	100	79,4	0,8	2,4	247	851
Slovačka	5,5	9,0	89,4	64,5	10,6	35,5	9,4	14,5	98,2	89,9	89,2	72,2	208	1.445
Slovenija	8,3	9,0	74,0	72,8	26,0	27,2	13,1	13,0	93,7	93,3	44,1	47,6	51,0	46,8	830	2.064
Visoko razvijeni ¹	9,9	12,4	59,5	61,8	40,5	38,2	15,3	17,3	63,9	65,8	76,1	72,9	18,0	18,5	2.567	4.828
Zapadna Europa ²	8,4	10,4	73,4	75,8	26,6	24,2	13,8	15,9	39,2	38,3	69,5	70,2	19,0	20,3	1.935	3.652
Središnja/ist. Europa ³	6,3	7,4	75,0	71,9	25,0	28,0	11,0	12,6	74,0	76,0	90,7	85,1	5,1	6,2	349	1.070

¹ Prosjek za sve visokorazvijene zemlje u klasifikaciji WHO-a (uključujući Hrvatsku). ² Prosjek za Austriju, Belgiju, Dansku, Finsku, Francusku, Grčku, Irsku, Italiju, Nizozemsku, Norvešku, Njemačku, Portugal, Španjolsku, Švedsku, Švicarsku i Veliku Britaniju. ³ Prosjek za Bugarsku, Estoniju, Češku, Hrvatsku, Latviju, Litvu, Mađarsku, Poljsku, Rumunjsku, Slovačku i Sloveniju. ⁴ Zbroj ovih udjela ne iznosi uvijek 100 posto jer u mnogim zemljama privatno zdravstveno potrošnju financiraju i nevladine i dobrotvorne organizacije.

Izvor: WHO, World Health Statistics 2013 [http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/index.html].

U apsolutnom iznosu, potrošnja za zdravstvo po stanovniku rasla je još brže, s otprilike 2.600 dolara u 2000. na preko 4.800 dolara u 2010. [zadnja dva stupca, izračunato prema paritetima kupovne moći].

SAD ostvaruje daleko najveću razinu zdravstvene potrošnje od 17.6 posto BDP-a odnosno 8.200 dolara po stanovniku u 2010. godini. SAD ujedno bilježi najveći porast zdravstvene potrošnje, ukupno 4,2 posto BDP-a od 2000. godine. Zapadnoeuropske zemlje za zdravstvo troše u prosjeku između 9 posto i 12 posto BDP-a, a njihova zdravstvena potrošnja povećala se u prosjeku za 2 posto BDP-a u proteklom desetljeću. U Središnjoj i Istočnoj Europi razina zdravstvene potrošnje znatno je niža, između 6 posto i 9 posto BDP-a u 2010., i rasla je sporije nego u Zapadnoj Europi (za 1,1 posto BDP-a u prosjeku od 2000.). Razina zdravstvene potrošnje u Središnjoj i Istočnoj Europi još je niža u apsolutnom iznosu, u prosjeku 1.070 dolara po stanovniku u 2010. godini, u usporedbi s 3.920 dolara po stanovniku u Zapadnoj Europi.

Drugi najznačajniji trend u zdravstvenoj potrošnji visoko razvijenih zemalja u proteklom desetljeću bio je rast udjela državne i pad udjela privatne potrošnje za zdravstvo (tablica 1.2, treći i četvrti stupac). Iako se ne radi o velikoj promjeni – prosječni porast od 2,3 posto ukupne zdravstvene potrošnje za državu (na 62 posto u 2010.), smanjenje od 2,3 posto za privatni sektor (na 38 posto) – ona je značajna jer se desila u vrijeme ogromnog pritiska na državne proračune zbog financijske krize u 2009.–2010. godini. Drugim riječima, zdravstvo nije bilo “istisnuto” iz javne potrošnje niti u najdubljoj fazi krize, kada su prioriteta bili spašavanje financijskog sustava i pomoć velikom broju nezaposlenih. O tome dodatno svjedoči i porast izdataka za zdravstvo u državnim proračunima, s 15 posto u 2000. na 17 posto ukupne proračunske potrošnje u 2010. (tablica 1.2, stupci u sredini).

Treći najznačajniji trend može se zapaziti unutar privatne zdravstvene potrošnje, a odnosi se na nepromijenjen odnos privatnih osiguranja i osobnih izdataka za zdravstvo. Prosječan udio privatnih zdravstvenih osiguranja u visokorazvijenim zemljama iznosio je 18.5 posto privatne zdravstvene potrošnje u 2010., gotovo isto kao i 2000. (18 posto), a udio plaćanja “iz džepa” ostao je iznad visokih 70 posto (tablica 1.2).² To iznenađuje, budući da se uz snažan razvoj financijskih tržišta u proteklom desetljeću moglo očekivati da će osiguravajuće kompanije pokazati više zanimanja za ponudu privatnih zdravstvenih osiguranja. Od 40 visokorazvijenih zemalja, udio privatnih zdravstvenih osiguranja bio je

² Zbroj ovih udjela ne iznosi uvijek 100 posto jer u mnogim zemljama privatnu zdravstvenu potrošnju financiraju i nevladine i dobrotvorne organizacije. Zanimljivo je da WHO (2013: 141) navodi pogrešne prosjeke za udio privatnih zdravstvenih osiguranja (49 posto u 2000. i 52 posto u 2010.) i plaćanja iz džepa (38.2 posto u 2000. i 36.1 posto u 2010.) u privatnoj zdravstvenoj potrošnji visokorazvijenih zemalja. Prosjeci navedeni u tekstu izračunati su za 40 visokorazvijenih zemalja u klasifikaciji WHO-a, isključujući mikro-države poput Andore, San Marina itd.

u 2010. viši od 40 posto u svega šest zemalja – Irskoj, Kanadi, Francuskoj, Njemačkoj, SAD-u (najviši sa 64 posto) i Sloveniji; u daljnjih devet zemalja iznosio je između 20 i 40 posto; u daljnjih deset između 10 i 20 posto; te u preostalih 15 ispod 10 posto privatne zdravstvene potrošnje. Drugim riječima, čak i u visokorazvijenim zemljama, koje imaju sve institucionalne i tržišne pretpostavke za razvoj privatnih zdravstvenih osiguranja, daleko najveći dio privatne zdravstvene potrošnje i dalje se financira “iz džepa” pacijenata.

1.3. Trendovi u financiranju zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj

Hrvatska se prema metodologiji Svjetske zdravstvene organizacije svrstava u visokorazvijene zemlje. Međutim, zdravstvena potrošnja u Hrvatskoj, prema više pokazatelja odstupa od trendova opisanih u prethodnom poglavlju.

Hrvatska jedina u grupi visoko razvijenih zemalja nije u proteklom desetljeću ostvarila porast zdravstvene potrošnje u odnosu na BDP: ukupna zdravstvena potrošnja stagnira još od 2000. godine na razini od 7,8 posto BDP-a.³ Aritmetički gledano, razlog tome jest taj da je zdravstvena potrošnja po stanovniku povećana u istom iznosu kao i nominalni BDP, tj. 2,7 puta (s 380 dolara u 2000. na 1.050 dolara u 2010. godini), dok se broj stanovnika blago smanjio (s 4,38 na 4,29 milijuna). Broj stanovnika smanjio se u promatranom razdoblju i u mnogim drugim razvijenim ekonomijama, ali je *per capita* zdravstvena potrošnja u njima rasla znatno brže od nominalnog BDP-a, tako da je, osim u Hrvatskoj i Islandu, posvuda zabilježen porast zdravstvene potrošnje u odnosu na BDP.

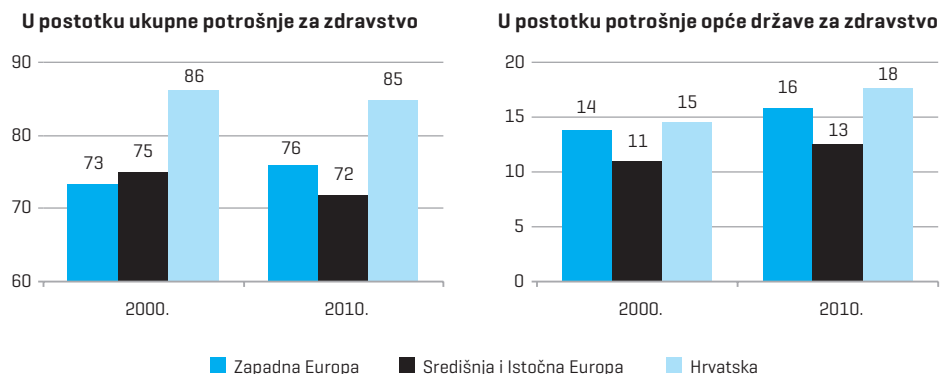
Hrvatska odskače od visokorazvijenih zemalja i po tome što je država zadržala natprosječno visok udio od 85 posto ukupne zdravstvene potrošnje (slika 1.1, lijevi panel). U Zapadnoj Europi u proteklom je desetljeću došlo do blagog povećanja udjela države, sa 73 na 76 posto ukupne zdravstvene potrošnje i do odgovarajućeg smanjenja udjela privatnog sektora. Nasuprot tome, u Središnjoj i Istočnoj Europi udio države je smanjen, u prosjeku sa 75 na 72 posto ukupne zdravstvene potrošnje. Hrvatska prati ovaj regionalni trend, ali je udio države smanjen znatno manje (svega 1,3 postotna boda), tako da je zadržan disproporcionalno visok udio državnog financiranja zdravstva. U regiji jedino Češka ima sličan odnos državne i privatne zdravstvene potrošnje, a u Zapadnoj Europi Danska, Nizozemska, Norveška i Velika Britanija.

Hrvatska se uklapa u trend povećanja izdataka za zdravstvo u odnosu na druge proračunske stavke ali pri tome bilježi nešto brži porast izdataka nego druge europske

³ Jedina druga iznimka među visokorazvijenim zemljama prema ovom pokazatelju je Island, gdje je ukupna zdravstvena potrošnja pala za 0.4 posto BDP-a između 2000. i 2010.

zemlje: s 14,5 posto ukupnih izdataka opće države u 2000. na 17,7 posto u 2010. (slika 1.1, desni panel). Valja istaknuti da je u drugim europskim zemljama zdravstvena potrošnja niža proračunska stavka nego u Hrvatskoj – u prosjeku za dva postotna boda u Zapadnoj i čak pet postotnih bodova u Središnjoj i Istočnoj Europi (desni panel; vidi također Mihaljek, 2008).

Slika 1.1. **Potrošnja opće države za zdravstvo**



Zapadna Europa: prosjek za Austriju, Belgiju, Dansku, Finsku, Francusku, Grčku, Irsku, Italiju, Nizozemsku, Norvešku, Njemačku, Portugal, Španjolsku, Švedsku, Švicarsku i Veliku Britaniju. Središnja i Istočna Europa: prosjek za Bugarsku, Estoniju, Češku, Hrvatsku, Latviju, Litvu, Mađarsku, Poljsku, Rumunjsku, Slovačku i Sloveniju.

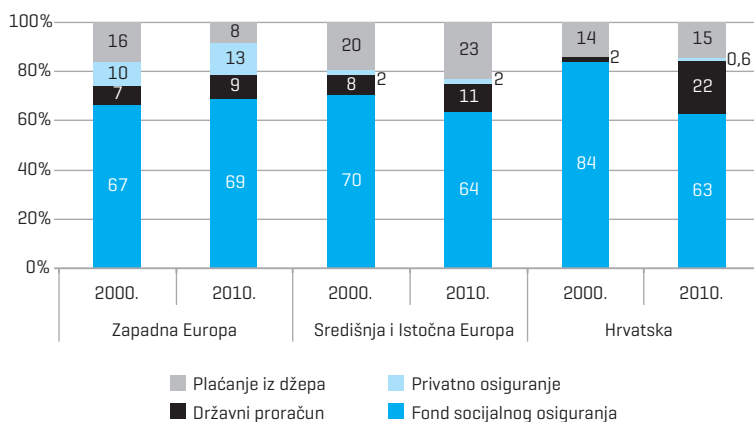
Izvori: WHO, *World Health Statistics 2013* i izračun autora.

Unutar skupine zemalja s dominantnim sustavom državnog zdravstvenog osiguranja, može se uočiti i velika razlika između Hrvatske i drugih visokorazvijenih zemalja u promjeni udjela financiranja zdravstva iz fonda socijalnog osiguranja s jedne te državnog proračuna s druge strane. Slika 1.2 prikazuje te promjene u europskim zemljama sa sustavima financiranja zdravstva sličnima hrvatskome – Francuskoj, Nizozemskoj, Njemačkoj i većini zemalja Središnje i Istočne Europe. U Zapadnoj Europi uočljivi su trendovi blagog povećanja udjela financiranja kako iz državnog proračuna tako i iz fonda socijalnog osiguranja. U Središnjoj i Istočnoj Europi značajno je smanjen udio financiranja iz fonda socijalnog osiguranja [sa 70 na 64 posto] a povećan udio iz proračuna [s 8 na 11 posto]. Hrvatska se uklapa u ovaj trend ali je promjena bila znatno izraženija: udio socijalnog osiguranja u financiranju zdravstva smanjen je za gotovo jednu četvrtinu [s 84 na 63 posto], a udio proračuna povećan je deset puta [s 2 na 22 posto].

Do ove strukturne promjene došlo je sredinom proteklog desetljeća. Do 2004. godine iz fonda socijalnog osiguranja financiralo se 80 posto a iz proračuna manje od 2 posto ukupne zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj (crna i siva linija na slici 1.3). Od 2005.

značajan dio financiranja zdravstva počinje se prebacivati sa socijalnog osiguranja na državni proračun. Taj proces dovršen je u 2008. godini, od kada su se sve do 2010. udjeli socijalnog osiguranja i proračuna u financiranju ukupne zdravstvene potrošnje stabilizirali na 63 odnosno 22 posto. U 2011. godini je udio socijalnog osiguranja porastao (na 67 posto), a udio proračuna se smanjio (na 18 posto ukupne zdravstvene potrošnje). No ta je promjena vjerojatno bila jednokratna: promjenom vlade u 2012. godini došlo je do daljnjeg snižavanja stope izdataka za obavezno zdravstveno osiguranje, s 15 na 13 posto, s ciljem rasterećenja izdataka poduzetnika. Time se udio obveznog zdravstvenog osiguranja u zdravstvenoj potrošnji automatski smanjio, a troškovi zdravstvene potrošnje prebacili na državni proračun.

Slika 1.2. **Financiranje zdravstva u zemljama u kojima dominira državni fond socijalnog osiguranja¹**



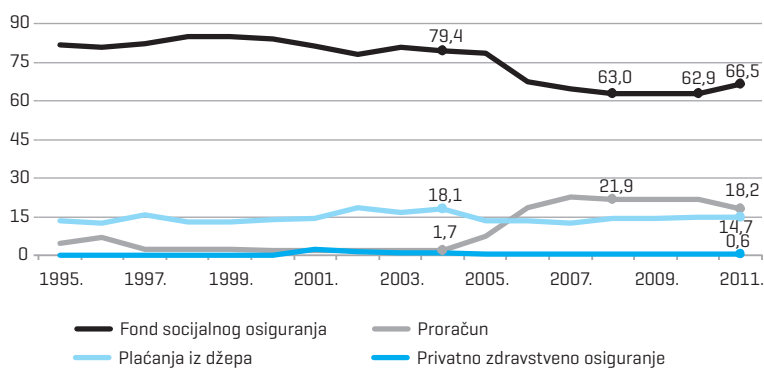
¹Prosjeci izračunati za europske zemlje u kojima u financiranju zdravstvene potrošnje dominira državni fond za socijalno osiguranje; u postotku ukupne zdravstvene potrošnje. Zapadna Europa: prosjek za Belgiju, Francusku, Nizozemsku i Njemačku. Središnja i Istočna Europa: prosjek za Estoniju, Češku, Hrvatsku, Litvu, Mađarsku, Poljsku, Rumunjsku i Slovačku.

Izvori: WHO, *World Health Statistics 2013* i izračun autora.

Ovako velike promjene u strukturi financiranja zdravstva provele su u proteklom desetljeću još jedino Slovačka (gdje je udio socijalnog osiguranja smanjen s 88 na 58 posto, a udio plaćanja "iz džepa građana" povećan s 11 na 36 posto); Bugarska (gdje je smanjeno financiranje iz proračuna i povećano financiranje iz socijalnog osiguranja); i Nizozemska, gdje je negativno iskustvo s privatnim financiranjem zdravstva dovelo do povećanog financiranja iz proračuna i socijalnog osiguranja te znatno manje uloge privatnog osiguranja i plaćanja "iz džepa građana".

Zanimljivo je da se u hrvatskim statističkim izvorima spomenuta promjena u strukturi financiranja zdravstva teško može raspoznati. Podaci o socijalnoj zaštiti usklađeni s metodologijom Eurostata prvi put su prikupljeni u 2009. za razdoblje od 2003. do 2007. [DZS, 2009]. Ti podaci međutim prikazuju primitke programa socijalne zaštite na agregatnoj razini, tako da nije moguće utvrditi koji se iznosi primitaka odnose na zdravstvo, a koji na druge programe socijalne zaštite [invaliditet, starost, nezaposlenost, itd.]. Na agregatnoj razini, socijalni doprinosi i doprinosi države povećavaju se podjednako dinamikom (po otprilike milijardu kuna) od 2003. do 2006. godine, a 2005. i 2006. pojavljuju se i dodatni transferi iz drugih programa (od 0,7 odnosno 1,1 milijardi kuna). Tek u 2006. godini dolazi do značajnijeg povećanja doprinosa države (od 3 milijarde kuna), ali istovremeno rastu i socijalni doprinosi (za 1,5 milijardu kuna).

Slika 1.3. **Struktura financiranja zdravstva u Hrvatskoj¹**



¹ U postotku ukupne zdravstvene potrošnje.

Izvori: WHO, *World Health Statistics 2013* i izračun autora.

U 2013. objavljeni su detaljniji podaci o financiranju i izdacima za socijalnu zaštitu, ali samo za razdoblje od 2008. do 2010. godine [DZS, 2013]. Međutim, ukupni primici socijalne zaštite nisu više usporedivi s ranijim podacima – kod svih agregatnih stavki dolazi do velikog diskontinuiteta između podataka za 2007. [DZS, 2009] i podataka za 2008. [DZS, 2013].

Značajnije promjene u strukturi financiranja zdravstva mogu se uočiti u domaćoj statistici tek od 2009. godine i u skladu su s promjenama koje analiziraju Švaljek i Broz u ovoj publikaciji. Primici od socijalnih doprinosa za osnovno zdravstveno osiguranje blago padaju, a doprinosi opće države i ostali primici snažno rastu, osobito u 2009. godini (za 0,5 odnosno 0,7 milijardi kuna). U 2009. godini dolazi i do velikog povećanja primitaka

dopunskog zdravstvenog osiguranja: za 0,6 milijardi kuna rastu transferi središnje države, a za 0,7 milijardi kuna plaćanja kućanstava.

Drugim riječima, prema hrvatskoj statistici financiranje zdravstva iz fonda socijalnog osiguranja smanjeno je znatno manje nego prema podacima WHO-a koji su prikazani na slici 1.3. Financiranje iz proračuna povećano je također znatno manje prema hrvatskoj statistici nego prema WHO-u, a istovremeno dolazi i do velikog povećanja plaćanja kućanstava (za dopunsku zdravstveno osiguranje), dok su kod WHO plaćanja iz džepa više-manje nepromijenjena još od 2005. godine (svjetloplava linija na slici 1.3).⁴

U zaključku, usprkos boljim podacima postoje brojne nepoznanice o izvorima i strukturi financiranja zdravstva u Hrvatskoj. U publikacijama Državnog zavoda za statistiku i Svjetske zdravstvene organizacije istovremeno se iskazuju djelomično proturječni podaci, iako su njihovi krajnji izvori isti, tj. HZZO i Ministarstvo financija. Zbog implikacija ovih podataka za fiskalnu politiku, te bi razlike trebalo temeljito istražiti.

1.4. Zašto je reforma financiranja zdravstva neizbježna?

Ovo poglavlje ukratko analizira tri glavna razloga za nužnost financijskih reformi u zdravstvu: zaoštavanje krize javnih financija od 2009. godine, ubrzano starenje stanovništva i naizgled nezaustavljiv rast troškova u zdravstvu. Sva tri razloga imaju značaj strukturnih trendova pa stoga nameću i potrebu strukturnih reformi u financiranju zdravstva.

1.4.1. Kriza državnih financija

Nakon izbijanja svjetske financijske krize u 2008. godini fiskalna politika u razvijenim gospodarstvima postala je vrlo ekspanzivna, dijelom iz cikličkih razloga (zbog djelovanja automatskih fiskalnih stabilizatora), dijelom radi sprječavanja propasti financijskog sustava. U SAD-u i visokorazvijenim gospodarstvima deficit proračuna opće države u 2009. godini u prosjeku je utrostručen u odnosu na razdoblje prije krize (tablica 1.3, prvi i drugi stupac). Budući da su brojne države bile visokozadužene i prije izbijanja krize, ubrzo se pojavio rizik da bi neke od njih, osobito u eurozoni, mogle bankrotirati. Kako

⁴ Kod udjela proračuna i plaćanja "iz džepa građana" jedno djelomično objašnjenje za diskrepanciju između podataka DZS-a i WHO-a moglo bi biti da za otprilike polovicu od 2,7 milijuna osiguranika dopunskog osiguranja postoji obveza proračuna da im pokrije osiguranje. Za tu polovicu osiguranika država je u 2009. i 2010. godini uplatila 555 milijuna kuna u fond dopunskog zdravstvenog osiguranja, dok je druga polovica osiguranika uplatila dvostruko više (1,1 milijardu kuna). Još jedna neobjašnjena činjenica je da spomenutih 555 milijuna kuna nije iskazano u državnom proračunu kao transfer fondu dopunskog socijalnog osiguranja.

bi to sigurno izazvalo novu krizu s teškim posljedicama, nametnula se potreba hitne fiskalne konsolidacije i – u najugroženijim zemljama poput Grčke – restrukturiranja dijela javnog duga. A budući da na zdravstvo otpada velik dio javne potrošnje i da su troškovi u zdravstvu godinama rasli vrlo brzo, reforma financiranja zdravstva pokazala se kao jedan od logičnih prioriteta fiskalne konsolidacije.

Tablica 1.3. **Fiskalni pokazatelji za razvijena gospodarstva, 2004.–2013.**¹

U postotku BDP-a

	Deficit proračuna opće države					Ukupan dug opće države				
	Prosjek 2004.–2007.	2009.	2012.	2013.	2014.	Prosjek 2004.–2007.	2009.	2012.	2013.	2014.
SAD	-4,1	-12,8	-9,3	-6,5	-5,8	64	86	102	104	106
Eurozona	-1,9	-6,4	-3,7	-2,9	-2,5	69	80	91	95	96
Njemačka	-2,1	-3,1	0,1	0,1	0,2	67	75	81	79	76
Francuska	-2,9	-7,5	-4,8	-4,2	-3,7	65	79	90	94	97
Italija	-3,2	-5,5	-3,0	-3,0	-2,8	105	116	127	133	133
Španjolska	1,4	-11,1	-10,6	-6,7	-6,1	41	54	86	93	98
Grčka	-6,2	-15,7	-9,0	-2,4	-2,2	103	130	157	177	181
Irska	1,5	-13,7	-8,2	-7,4	-5,0	27	64	117	122	121
Portugal	-4,6	-10,2	-6,4	-5,7	-4,6	67	84	124	125	127
Japan	-3,5	-8,8	-9,5	-10,0	-8,5	166	189	219	227	232
Velika Britanija	-3,2	-11,2	-6,2	-6,9	-5,9	45	71	102	107	110
Australija	2,0	-5,0	-3,5	-2,4	-2,5	16	19	32	34	36
Kanada	1,5	-4,5	-3,4	-3,0	-2,2	74	87	96	97	97

¹ Procjene i projekcije OECD-a za 2013.–2014.

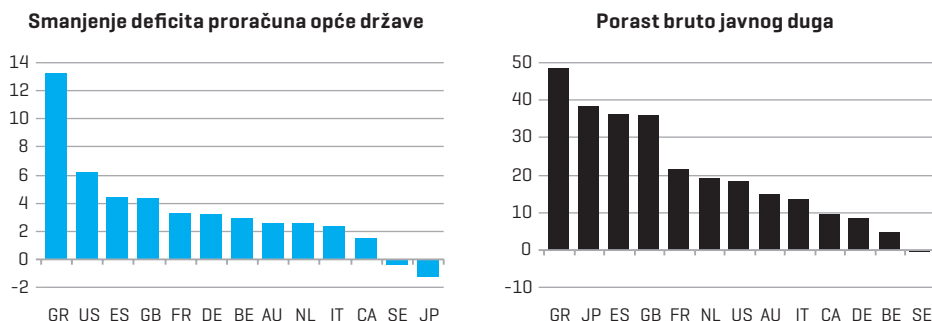
Izvori: OECD, *Economic Outlook*, prosinac 2013, Eurostat i Datastream.

Od 2009. godine visokorazvijene države značajno su smanjile proračunske deficite: u SAD-u za 7 posto BDP-a, eurozoni u prosjeku za 4 posto (pri čemu u Grčkoj za 12 posto) i Velikoj Britaniji za preko 5 posto (slika 1.4, lijevi panel). Jedna iznimka je Japan, gdje su proračunski deficiti nastavili rasti kao dio anti-deflacijske politike nove vlade, dosegnuvši 10 posto BDP-a u 2013. godini. Međutim, javni dug i dalje se posvuda povećava: između 2009. i 2013., ukupan dug opće države povećan je u prosjeku za 20 posto BDP-a, a u Grčkoj, Japanu, Španjolskoj i Velikoj Britaniji za preko 30 posto (slika 1.4, desni panel). Prosječni javni dug u visokorazvijenim državama tako je prešao granicu od 100 posto BDP-a u 2013. godini.

Stanje javnih financija u visokorazvijenom državama dodatno će se pogoršati u idućih desetak godina zbog odlaska u mirovinu velikog broja tzv. baby-boomers-a, tj. stanovništva rođenog između 1945. i 1965. godine. Oni će opterećivati državne proračune ne samo zbog izdataka za mirovine nego i zbog povećane zdravstvene potrošnje. Uzmu

li se u obzir sadašnja razina javnoga duga i izdaci povezani sa starenjem stanovništva, održivost financiranja javne potrošnje u mnogim državama postaje upitna. Naime, obično se smatra da visokorazvijene države u dugom roku mogu financirati javni dug u iznosu do 60 posto BDP-a [nove tržišne privrede u iznosu od 40 posto BDP-a] bez izazivanja poremećaja na financijskim tržištima. Uz pretpostavku da si visokorazvijene države taj cilj zacrtaju za 2040. godinu i nastoje ga ostvariti postepeno, SAD i Japan morali bi smanjiti primarni ciklički prilagođeni deficit (tj. deficit koji ne uključuje kamate na javni dug i cikličke oscilacije u prihodima i rashodima) za 14 posto BDP-a, Velika Britanija za 12 posto, a Francuska i Španjolska za 5 posto. Za najveći dio te proračunske prilagodbe u SAD-u i Velikoj Britaniji bili bi odgovorni povećani troškovi mirovina i zdravstvene zaštite. Mnoge nove tržišne privrede također će morati značajno smanjiti deficite da u dugom roku mogu financirati javni dug: Južna Koreja za skoro 12 posto BDP-a, a Brazil i Kina za po 5 posto, u sva tri slučaja zbog povećanih troškova mirovina i zdravstvene potrošnje. Drugim riječima, gotovo sve zemlje suočit će se u idućih nekoliko desetljeća s problemom kontrole troškova u zdravstvu.

Slika 1.4. **Promjena fiskalne pozicije, 2009.–2013.¹, u % BDP-a**



AU = Australija; BE = Belgija; CA = Kanada; DE = Njemačka; ES = Španjolska; FR = Francuska; GB = Velika Britanija; GR = Grčka; IT = Italija; JP = Japan; NL = Nizozemska; SE = Švedska; US = Sjedinjene Američke Države.

¹ Procjene za 2013. u usporedbi s vrijednostima ostvarenima u 2009.

Izvor: OECD, *Economic Outlook*, prosinac 2013.

1.4.2. Starenje stanovništva

Već u 1990-ima bilo je očigledno da se većina visokorazvijenih privreda suočava s nepovoljnim demografskim kretanjima. Udio stanovnika starijih od 65 godina u ukupnom stanovništvu neprekidno raste: u europskim zemljama povećan je s 10 posto u 1960. godini na 15 posto u 2000. i 16 posto u 2010. No do značajnog povećanja udjela starijeg stanovništva doći će tek u idućih nekoliko desetljeća: prema predviđanjima Europske

komisije [European Commission, 2012], do 2040. godine u Europi se očekuje porast udjela stanovništva starijeg od 65 godina na 26 posto ukupnog stanovništva, a u Hrvatskoj prema predviđanjima Državnog statističkog zavoda sa 17 posto u 2011. na 26 posto u 2041.

Visok udio starijeg stanovništva značajan je za zdravstvenu potrošnju zato što je raspodjela troškova zdravstvene zaštite prema starosti asimetrična. U SAD-u, za koji su raspoloživi najpotpuniji podaci, otprilike 36 posto troškova zdravstvene zaštite otpada na osobe starije od 65 godina, iako njihov udio u ukupnom stanovništvu iznosi samo 12 posto [Hsiao, 2000]. Za Hrvatsku ne postoje usporedivi podaci, no kao približnu vrijednost možemo uzeti potrošnju HZZO-a na zdravstvenu zaštitu umirovljenika i njihovih obitelji. Na tu je potrošnju od 2008. godine otpadalo čak 45 posto ukupnih troškova zdravstvene zaštite [HZZO, 2009], iako je udio osoba starijih od 65 godina činio samo 16 posto ukupnog stanovništva.⁵ Budući da će se udio starijeg stanovništva do 2040. povećati na 26 posto, lako je zaključiti da će porast troškova zdravstvene potrošnje biti teško zaustaviti.

1.4.3. Rast troškova u zdravstvu

Zašto je ukupna zdravstvena potrošnja u visoko razvijenim zemljama u samo deset godina porasla za jednu trećinu u odnosu na BDP, odnosno za 90 posto po stanovniku u stalnim cijenama? Ovo pitanje zaokuplja brojne ekonomiste, osobito u SAD-u gdje se, kao što je spomenuto, ostvaruje daleko najveća razina zdravstvene potrošnje od gotovo 18 posto BDP-a u 2010. godini.

Do sredine devedesetih godina bilo je više-manje prihvaćeno da je glavni razlog rasta troškova korištenje naprednih ali skupih tehnoloških inovacija u otkrivanju i liječenju kroničnih bolesti, a dodatnim razlogom smatralo se bujanje administracije u zdravstvu, djelomično prouzročeno specifičnostima sistema zdravstvenog osiguranja i pravosuđa u Americi [vidi Newhouse, 1992; Shapiro, 2012].

Novije analize pokazale su međutim da porast zdravstvene potrošnje najvećim dijelom odražava prirodan tok ekonomskog razvoja: što je neka sredina bogatija, to ljudi u njoj troše više na održavanje zdravlja, što je jedan od najvrednijih i najproduktivnijih oblika osobne potrošnje [Hall i Jones, 2004; Nordhaus, 2003]. Dunn, Liebman i Shapiro (2012) pokazali su npr. da je u razdoblju od 2003. do 2007. najveći doprinos porastu zdravstvene potrošnje dolazio od porasta broja liječenih osiguranika (10,3 postotnih bodova od ukupno

⁵ Nakon 2008. godine HZZO u svojim izvještajima više ne objavljuje podatke o zdravstvenoj potrošnji umirovljenika i njihovih obitelji.

17,2 posto u realnom iznosu]. Realni troškovi po tretmanu doprinijeli su u tom razdoblju jednu četvrtinu [4 postotna boda] porastu zdravstvene potrošnje, a demografski faktori manje od jedne petine [3,3 postotna boda], dok je broj tretmana po osiguraniku smanjen.

Drugim riječima, do snažnog rasta zdravstvene potrošnje u SAD-u nije došlo zbog korištenja skupljih i dodatnih procedura ili duljih bolničkih boravaka, nego zato što je veći broj osiguranika medicinski tretiran. Zaključak da američko stanovništvo polaže sve veću važnost održavanju zdravlja dodatno podupire analiza potrošnje po glavnim kategorijama bolesti [ortopedske, kardiološke, gastroenterološke, ginekološke] odnosno u prevenciji. Daleko najveći porast ostvarili su troškovi u preventivnoj medicini – preko 55 posto između 2003. i 2007. godine – pri čemu na porast broja liječenih otpada više od polovice rasta potrošnje. Radi usporedbe, broj tretmana po pacijentu u kardiologiji u istom je razdoblju smanjen preko 7 posto [Dunn, Liebman i Shapiro, 2012].

Ove analize indikativne su i za očekivana kretanja u zdravstvenoj potrošnji manje razvijenih zemalja poput Hrvatske jer pokazuju da je rast te potrošnje teško zaustaviti što zbog prirodnog rasta stanovništva, što zbog njegova ubrzanog starenja. Uz to, s ekonomskim razvojem sve više ljudi koristi zdravstvene usluge, osobito usluge preventivne medicine. A budući da preventivni tretmani smanjuju troškove budućeg liječenja, rezanje troškova u zdravstvu nauštrb preventivne medicine nije financijski opravdano u dugom roku.

1.5. Kako se financiranje zdravstva može poboljšati?

Ako je rast troškova u zdravstvu u dugom roku teško zaustaviti, kako se financiranje zdravstva u vrijeme krize javnih financija može barem poboljšati? Ovo pitanje već godinama zaokuplja velik broj stručnjaka u zdravstvu i javnim financijama. Zbog specifičnosti sustava financiranja zdravstva u raznim zemljama, općenitih preporuka nema. Međutim, postoje brojna iskustva zdravstvenih reformi koje su pojedine zemlje provodile u protekla dva desetljeća. U ovom dijelu rada daje se kratak pregled nekih od tih iskustava koja su potencijalno relevantna za Hrvatsku.

1.5.1. Sjedinjene Američke Države

U SAD-u je donedavno bila široko prihvaćena teza da je rast zdravstvenih troškova nezaustavljiv, što zbog starenja stanovništva, što zbog neprekidnog tehnološkog napretka u medicini. Međutim, od 2010. godine troškovi zdravstvene zaštite u SAD-u rastu po najnižim stopama u povijesti: u prosjeku svega 1,1 posto godišnje u realnom izrazu po stanovniku, u usporedbi s dugoročnim prosjekom [još od 1960.] od 4,6 posto

godišnje [Council of Economic Advisers, 2014]. Do tako značajnog usporavanja nije došlo samo zbog financijske krize i recesije, nego postoje i dublji strukturni razlozi.

U najnovijem Ekonomskom izvještaju američkog predsjednika navode se četiri glavna razloga za zaustavljanje rasta zdravstvenih troškova [Council of Economic Advisers, 2014]: [i] dugoročni trend povećane participacije pacijenata u troškovima liječenja; [ii] značajno usporavanje rasta troškova lijekova na recept; [iii] reforme u sustavu plaćanja državnog zdravstvenog osiguranja za umirovljenike [Medicare] privatnim osiguravajućim kompanijama, provedene u sklopu zdravstvene reforme predsjednika Obame (tzv. *Affordable Care Act*); i [iv] preciznije statističko mjerenje porasta kvalitite zdravstvenih usluga. Treći razlog je specifičan za SAD, ali ostala tri relevantna su za druge zemlje pa ih je korisno ukratko objasniti.

Prema procjenama Kaiser Family Foundation [2013], tipičan iznos troškova koje svaki američki osiguranik sâm pokriva u okviru polica zdravstvenog osiguranja porastao je s 584 dolara u 2006. na 1.135 dolara u 2013. godini, što predstavlja 70-postotno povećanje korigirano za inflaciju. Ekonomsko opravdanje za participaciju pacijenata u troškovima liječenja jest da zdravlje nije besplatan resurs i ne može se održavati bez izlaganja troškovima – pojedinac i društvo nemaju koristi od nepotrošenih lijekova ili nepotrebnih odlazaka liječniku. Još krajem 1970-ih američka korporacija RAND istražila je na velikom uzorku obitelji utjecaj na potražnju zdravstvenih polica s različitim postocima participacije (od 0 posto, 25 posto, 50 posto pa sve do 95 posto, do maksimalnog iznosa od 6.000 dolara godišnje). Kao što se moglo očekivati, što su obitelji trebale platiti manju participaciju, to su češće posjećivale liječnika [Phelps, 1993]. Jedna od mjera za izbjegavanje takvog rasipanja jest uvođenje nepokrivenog iznosa osiguranja i participacije, uz odgovarajuća rješenja za osobe s niskim primanjima.

Značajne uštede u SAD-u ostvarene su i u potrošnji lijekova. U razdoblju od 2007. do 2010., potrošnja lijekova na recept rasla je po prosječnoj godišnjoj stopi od svega 0,7 posto, u usporedbi sa 6,3 posto od 2000. do 2007. i s dugoročnim prosjekom (od 1960.) od 4,6 posto [Council of Economic Advisers, 2014]. To se usporavanje velikim dijelom pripisuje povećanom propisivanju znatno jeftinijih generičkih lijekova, djelomično zbog isticanja patenata na brojne važne lijekove i manjeg broja novo patentiranih lijekova.

Napokon, i statističko mjerenje količine i osobito kvalitete zdravstvenih usluga može značajno utjecati na sliku stanja o zdravstvenoj potrošnji. Npr. rutinska operacija prijeloma kosti danas je znatno skuplja nego prije 20 godina, ali i poboljšava zdravstveno stanje pacijenta znatno više nego prije 20 godina. Stoga mehanička usporedba troškova zdravstvenih usluga danas i prije 20 godina, bez korekcije za kvalitetu pruženih usluga,

može bitno preuveličati porast troškova u zdravstvu. Statističke službe zbog toga neprekidno unapređuju metode procjene promjene kvalitete medicinskih usluga.

Primjerice, generički lijekovi uključuju se u američki indeks potrošačkih cijena od 1995. godine, i to šest mjeseci nakon što nekom zaštićenom lijeku istekne patent. Lebow and Rudd (2003) procjenjuju da ta i druge korekcije smanjuju komponentu inflacije koja se odnosi na lijekove na recept u prosjeku za 1,2 postotna boda godišnje. Tome treba dodati korekcije za kvalitetu medicinskih usluga, koje prema istim autorima smanjuju odgovarajuću komponentu inflacije za 2,5 postotna boda godišnje. Uzme li se u obzir ukupan udio zdravstvenih usluga u potrošačkoj košarici (7,5 posto u 1998.), takvo bolje praćenje kvalitete lijekova i medicinskih usluga smanjuje dugogodišnju prosječnu stopu inflacije od 3 posto za ukupno 0,17 postotnih bodova.

1.5.2. Druga razvijena gospodarstva

U nedavno objavljenoj studiji Tyson et al. (2012) analizirali su iskustava u ograničavanju rasta zdravstvene potrošnje u dvadesetak visokorazvijenih gospodarstava od 1970-ih godina do početka financijske krize u 2008. Reforme financiranja zdravstva raspodijelili su u tri skupine: [i] ograničenja na makroekonomskoj razini, koja se obično provode u sklopu fiskalne konsolidacije; [ii] mikroekonomske reforme usmjerene na povećanje efikasnosti u zdravstvu; i [iii] reforme na strani potražnje za zdravstvenim uslugama.

Kontrole na makroekonomskoj razini obuhvaćaju proračunske limite i kontrole količina i cijena resursa i usluga u zdravstvu. Konkretno mjere uključuju tvrda proračunska ograničenja odnosno sankcije za prekoračenja dodijeljenih sredstava, strožu središnju kontrolu zapošljavanja i nabave u zdravstvenim ustanovama, te strožu kontrolu plaća u zdravstvu i tarifa za postupke u liječenju. Iskustva brojnih zemalja koje su provodile takve reforme pokazala su da mjere štednje isprva obično uspijevaju zaustaviti rast troškova, ali s vremenom taj učinak oslabi. Primjerice, zdravstvene ustanove počnu prebacivati potrošnju na područja koja nisu obuhvaćena kontrolama, stvaraju se dugačke liste čekanja i slično. Razlog tome jest da makroekonomske kontrole ne mogu trajno djelovati na mikroekonomske poticaje koji utječu na ponašanje zdravstvenih ustanova i pacijenata.

Stoga su se zdravstvene vlasti u mnogim zemljama okrenule *mikroekonomskim reformama* funkcioniranja zdravstvenog sustava. Primjeri uključuju reorganizaciju dijelova zdravstvenog sustava radi racionalnijeg korištenja resursa; uvođenje transparentnijih sustava naplaćivanja usluga, poput plaćanja prema dijagnostičkim

grupama; te omogućavanje većeg izbora kako pacijentima kod biranja liječnika, tako i zdravstvenim ustanovama kod ugovaranja usluga od dobavljača [Gupta et al., 2012].

Jednom od najefikasnijih mjera u ograničavanju rasta troškova pokazalo se prenošenje ključnih ovlasti na regionalne i lokalne vlasti, npr. tako da se bolnicama dopusti da zadrže dio financijskih viškova i reinvestiraju ih u poboljšanje usluga koje pružaju, ali uz zadržavanje nadzora središnjih vlasti. Kanada i Švedska su primjerice decentralizirale ovlasti u odlučivanju u zdravstvu, ali i povećale odgovornost lokalnih vlasti za dodijeljena sredstva. Nasuprot tome, decentralizacija u Španjolskoj nije bila popraćena odgovarajućim mjerama nadzora potrošnje lokalnih zdravstvenih ustanova pa su izostale i uštede od reorganizacije.

Drugi primjer reorganizacije jest ispravljanje neravnoteža između primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Tu se može navesti i primjer Hrvatske, gdje je primarna zaštita sredinom 2000-ih godina rješavala samo 50 posto medicinskih slučajeva, dok su u većini europskih zemalja ustanove primarne zaštite rješavale otprilike 75 posto slučajeva. Takva neravnoteža rezultirala je nepotrebnim dupliciranjem dijagnostičkih i laboratorijskih postupaka i značajnim porastom troškova jer su zdravstvene usluge pomaknute prema višim i skupljim oblicima zaštite. Istodobno je broj preventivnih zdravstvenih usluga padao, a potrošnja lijekova naglo rasla [Mihaljek, 2007].

Kod reformi u sustavu naplaćivanja zdravstvenih usluga efikasnim se pokazao tzv. sustav dijagnostičkih grupa [*diagnosis-related groups* – DRG], u kojem se pacijenti svrstavaju prema dijagnozi i sredstvima potrebnima za njihovo bolničko liječenje. Taj sustav omogućuje smanjenje troškova u usporedbi sa sustavom naplate prema pruženim uslugama, ali može dovesti do povećanja troškova ako liječnici počnu pacijente svrstavati u složenije i stoga skuplje dijagnostičke grupe. Uz povremene korekcije takvi se problemi mogu smanjiti pa je ovaj sustav naplaćivanja u posljednjih dvadesetak godina postao standard u zdravstvu većine razvijenih gospodarstava.

Značajne uštede ostvarene su i uz veće sudjelovanje privatnog sektora u opskrbljivanju zdravstvenih ustanova [npr. u Velikoj Britaniji i Švedskoj] odnosno u pružanju zdravstvenih usluga pacijentima te uz veću konkurenciju među osiguravajućim kompanijama. Javno financiranje zdravstva ne mora nužno značiti da zdravstvene usluge najvećim dijelom pružaju javne ustanove. Većim djelovanjem privatnog sektora jačaju osnovni tržišni mehanizmi u zdravstvu i smanjuje se dominantan utjecaj pojedinih državnih ili privatnih institucija u opskrbi zdravstva odnosno na strani ponude zdravstvenih usluga i osiguranja. U većini europskih zemalja u zdravstvu stoga djeluju i javne i privatne ustanove.

Kod *reformi na strani potražnje* zdravstvenih usluga, najčešće su korištene mjere povećanog sudjelovanja pacijenata u troškovima liječenja kroz dodatno osiguranje, veće participacije za lijekove ili smanjenje poreznih olakšica za troškove liječenja, koje često najviše pogoduju imućnijim obiteljima. Osnovna načela efikasnoga i pravednog sustava participacije jasno su utvrđena u ekonomici zdravstva i obuhvaćaju nisku stopu ili potpuno oslobođenje od participacije za rijetke i ozbiljne bolesti čije je liječenje skupo, za pacijente s kroničnim bolestima i invalide te za preventivnu zaštitu (sistematski pregledi i sl.); zatim nižu stopu participacije za osobe s nižim primanjima i starije osobe; te visoku stopu participacije za lagane, česte i svakodnevne bolesti poput prehlada; te maksimalni iznos zdravstvenih troškova u postotku godišnjeg dohotka, koje pojedinac treba platiti [Osterkamp, 2003]. Tyson et al. [2013] pozivaju se na empirijska istraživanja koja pokazuju da mjere povećane participacije obično uspijevaju smanjiti rast troškova u zdravstvu u prvoj godini njihovog uvođenja, ali ne i trajnije.

Postoje i negativna iskustva iz pokušaja smanjivanja troškova u zdravstvu. Kontrole cijena često su neuspješne jer dobavljači npr. modificiraju ili prestanu isporučivati jeftinije proizvode i usluge. Negativna su i iskustva s prenošenjem odgovornosti za odluke o zdravstvenoj potrošnji na osiguravatelje i, što je zanimljivo, stavljanje pacijentima na raspolaganje detaljnijih informacija o cijenama i kvaliteti zdravstvenih usluga. No iako takve reforme ne doprinose smanjivanju troškova, one su poželjne jer povećavaju kvalitetu usluga u zdravstvu.

1.6. Zaključak

Kretanja u razvijenim gospodarstvima u posljednjih desetak godina jasno ukazuju na snažan rast zdravstvene potrošnje i povećane izdatke za zdravstvo u odnosu na druge proračunske stavke. U kombinaciji s trendom ubrzanog starenja stanovništva ta su kretanja narušavala dugoročnu održivost javnih financija već i prije izbijanja svjetske financijske krize i teških poremećaja u državnim proračunima koje je kriza prouzrokovala.

U Hrvatskoj zdravstvena potrošnja nije rasla brže od cjelokupne ekonomije, ali je dodatno opteretila državni proračun zbog promjena u strukturi financiranja zdravstva. Budući da je državni proračun već i bez tog opterećenja bio glavni izvor makroekonomske i financijske nestabilnosti, Hrvatska je kao i druge razvijene ekonomije prisiljena konsolidirati javnu potrošnju i unutar nje racionalizirati financiranje i smanjiti troškove u zdravstvu.

Kako se rast zdravstvene potrošnje može usporiti bez smanjenja kvalitete i obuhvata zdravstvenih usluga vrlo je složeno pitanje. Sektor zdravstva čini desetak tržišta – za

različite oblike zdravstvene zaštite i liječenja; različite oblike osiguranja; lijekove; medicinsku opremu; tržište rada za zdravstveno osoblje itd. Na većini tih tržišta dolazi do tzv. tržišnih neuspjeha poput nepovoljnog izbora, asimetričnih informacija, rastućih prinosa i moralnog hazarda [Mihaljek, 2007]. Neuspjeh tržišta ne znači njegov slom ili nestanak: ekonomisti taj pojam obično primjenjuju kada tržišni mehanizam ne može zajamčiti *maksimalnu* efikasnost, pa netržišne institucije poput državne regulacije mogu poboljšati tržišnu alokaciju. No ako državne ustanove nisu sposobne djelotvorno raspodijeliti resurse i usluge koje pružaju građanima, stanje u zdravstvu može se dodatno pogoršati. Najočitiiji primjer sustavnog neuspjeha državne birokracije da upravlja zdravstvenim ustanovama u interesu građana jest raširenost korupcije u zdravstvu.

Dodatnu komplikaciju na strani ponude u zdravstvu stvara djelovanje moćnih interesnih skupina – farmaceutskih tvrtki, proizvođača medicinske opreme, bolnica, utjecajnih liječnika – koje svojim političkim djelovanjem neprekidno pronalaze razloge da se zdravstveni troškovi što više prebace na državu. Najvažnije pitanje kojim se bave zdravstvene reforme u razvijenim gospodarstvima stoga je: kako osigurati efikasnije korištenje javnih sredstava financiranja?

Usprkos tim komplikacijama, iskustva razvijenih ekonomija pokazala su da postoji značajan broj mjera na makroekonomskoj razini, zatim mikroekonomskih reformi u zdravstvu, te mjera na strani potražnje za zdravstvenim uslugama koje mogu poboljšati financiranje zdravstva. U zemljama poput Hrvatske postoji i velik broj drugih reformi koje je relativno lako ostvariti, a koje mogu biti vrlo djelotvorne u povećanju efikasnosti u zdravstvu. Jedan primjer je razrada konzistentnog administrativnog i regulativnog okvira za tržišno djelovanje privatnog sektora i privatnih osiguravajućih društava u zdravstvu. U Hrvatskoj je, osim zubarskih i, djelomično, usluga primarne zaštite, uloga privatnog sektora u zdravstvu i dalje vrlo ograničena. Jedan od razloga takvog stanja pomalo je trivijalan: činjenica da HZZO nije administrativno osposobljen obavljati naplatu računa koje bi istodobno podnosili pacijenti i privatne zdravstvene ustanove za liječenje obavljeno u privatnoj praksi.

No sve te reforme rast troškova u zdravstvu mogu samo usporiti, u najboljem slučaju na nekoliko godina dok gospodarstvo i javne financije donekle ozdrave da mogu lakše financirati tekuću potrošnju. U dugom roku, zdravstvena potrošnja nastavit će rasti. Zajedno s ubrzanim starenjem stanovništva, financiranje zdravstva u određenom će trenutku gotovo neizbježno postati prioritetno političko pitanje. U nedostatku novih epohalnih tehnoloških inovacija koje bi ubrzale rast produktivnosti, suvremene države blagostanja prije ili kasnije morat će građanima priznati da više ne mogu ispunjavati politička obećanja i očekivanja stanovništva u pogledu opsega zdravstvene zaštite,

mirovina i drugih javnih izdataka. Drugim riječima, u dugom roku više-manje je neizbježno znatno povećanje privatnog financiranja zdravstvene potrošnje. O društvenim i političkim implikacijama takve duboke promjene u financiranju zdravstva stručnjaci i javnost tek trebaju početi razmišljati.

Literatura

Council of Economic Advisers, 2014, *Economic Report of the President, 2014*, Washington, DC: US Government Printing Office, www.whitehouse.gov.

Državni zavod za statistiku (DZS), 2013, *Socijalna zaštita u Republici Hrvatskoj u razdoblju 2008. – 2010. [metoda ESSPROS]*, Zagreb: Državni zavod za statistiku, www.dzs.hr.

Državni zavod za statistiku, 2009, "Izdaci i primici u socijalnoj zaštiti od 2003. do 2007. [satelitski račun]," *Priopćenje*, 46, [12.1.6], www.dzs.hr.

Dunn, A., E. Liebman i A. Shapiro, 2012, "Decomposing Medical-Care Expenditure Growth", Federal Reserve Bank of San Francisco Working Paper, br. 26, San Francisco, CA: Federal Reserve Bank of San Francisco, www.frbsf.org.

European Commission, 2012, *The 2012 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the 27 EU Member States (2010–2060)*, Bruxelles: ECFIN, europa.eu.

Gupta, S., B. Clements i D. Coady, 2012, "The Challenge of Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies" u S. Gupta, B. Clements i D. Coady, ured., *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*, Washington, DC: IMF, www.imf.org.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), 2009, *Izvešće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2008. godinu*, Zagreb: HZZO, www.hzzo-net.hr.

Hsiao, W., 2000, "What Should Macroeconomists Know About Health Care Policy? A Primer", IMF Working Paper, br. 00/136, Washington, DC: International Monetary Fund, www.imf.org.

Kaiser Family Foundation, 2013, *Employer Health Benefits Survey*, <http://kff.org/private-insurance/report/2013-employer-health-benefits/>.

Lebow, D. i K. Rudd, 2003, "Measurement Error in the Consumer Price Index: Where Do We Stand?", *Journal of Economic Literature*, 41, [1], str. 159-201.

Mihaljek, D., 2008, "Health Care Financing Reforms in Central and Eastern Europe: Common Problems and Possible Approaches" u *Fiscal Sustainability: Analytical Developments and Emerging Policy Issues*, Rim: Banca d'Italia, www.bdi.it.

Mihaljek, D., 2007, "Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?" u K. Ott, ured., *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji: izazovi sudjelovanja*, Zagreb: Institut za javne financije i Zaklada Friedrich Ebert, www.ijf.hr.

Newhouse, J., 1992, "Medical Care Costs: How Much Welfare Loss?", *Journal of Economic Perspectives*, 6[3], str. 3-31.

Nordhaus, W., 2003, "The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards" u K. Murphy i R. Topel, ured., *Measuring the Gains from Medical Research: An Economic Approach*, Chicago, IL: University of Chicago Press.

OECD, 2013, *Health at a Glance 2013: OECD indicators*, Pariz: OECD, www.oecd.org.

Osterkamp, R., 2003, "Public Health Insurance: Pareto-Efficient Allocative Improvements Through Differentiated Co-Payment Rates", *European Journal of Health Economics*, 4[2], str. 79-84.

Phelps, C., 1993, "Free for All? Lessons from the RAND Health Insurance Experiment", JP Newhouse and the RAND Health Insurance Experiment Group, Cambridge, MA: Harvard University Press.

Shapiro, A., 2012, "What's Driving Medical-Care Spending Growth?", Federal Reserve Bank of San Francisco Economic Letter, br. 7, San Francisco, CA: Federal Reserve Bank of San Francisco, www.frbsf.org.

Sloan, F. i C. Hsieh , 2012, *Health Economics*, Cambridge, MA: MIT Press.

Švaljek, S. i T. Broz, 2014, "Financiranje zdravstva u Hrvatskoj: od reforme do reforme" u M. Vehovec, ured., *O zdravstvu iz Ekonomske perspektive*, Zagreb: Ekonomski institut, Zagreb.

Tyson, J., K. Kashwase, M. Soto i B. Clements, 2012, "Containing Public Health Spending: Lessons from Experiences of Advanced Economies" u S. Gupta, B. Clements i D. Coady, ured., *The Economics of Public Health Care Reform in Advanced and Emerging Economies*, Washington, DC: IMF, www.imf.org.

WHO [World Health Organization] 2013, *World Health Statistics 2013*, Ženeva: WHO, www.who.org.

2. Financiranje zdravstva u Hrvatskoj: od reforme do reforme

Tanja Broz i Sandra Švaljek

2.1. Uvod

Mnoge zemlje svijeta nastoje javne zdravstvene usluge učiniti dostupnima što većem dijelu stanovnika, a po mogućnosti i ukupnom stanovništvu. To iziskuje velik i rasprostranjen sustav zdravstva koji troši mnogo javnog novca, a zbog problema u upravljanju takvim sustavom javljaju se neučinkovitosti. Stoga se često provode reforme kako bi zdravstveni sustav postao učinkovitiji [Bazzoli et al., 2004]. Hrvatska u tome nije iznimka. U zadnjih 20-ak godina kojima se bavi ovaj rad, u Hrvatskoj su se provodile zdravstvene reforme kako bi se smanjili troškovi zdravstva i povećala njegova učinkovitost te poboljšali zdravstveni ishodi. Unatoč reformskim naporima zdravstveni sustav i dalje troši velik dio ukupnih javnih izdataka. Javni izdaci za zdravstvo, koji prema podacima Svjetske banke uključuju izdatke za zdravstvo središnje i lokalne države, zaduženja i donacije te obvezno zdravstveno osiguranje, u stalnom su porastu. Godine 2011. iznosili su 17,7 posto ukupnih državnih izdataka, odnosno 6,6 posto BDP-a. Zdravstveni sustav u najvećoj se mjeri financira iz javnih izvora (gotovo 85 posto izdataka za zdravstvo u 2011. godini), dok privatno zdravstveno osiguranje [koje je još uvijek od marginalne važnosti] i plaćanja "iz džepa građana" sudjeluju u financiranju zdravstvenog sustava s preostalih 15-ak posto [Svjetska banka, 2013].

Iako se Hrvatska oslanja na više izvora financiranja zdravstvenih usluga, financiranje zdravstvenog sustava ipak ima značajke Bismarckovog sustava, budući da se većina javnih izdataka za zdravstvo financira putem obveznog zdravstvenog osiguranja¹. Preostali iznos javnih zdravstvenih izdataka pokriva se uglavnom ostalim proračunskim prihodima. Doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje zaposlenih uplaćuju poslodavci pri čemu osnovicu čine bruto plaće zaposlenika; doprinose za umirovljenike plaća korisnik mirovine ili državni proračun, ovisno o visini mirovine, dok se prihodi zdravstvenog sustava iz ostalih prihoda državnog proračuna odnose uglavnom na prihode od trošarina, doprinosa za nezaposlene i prihoda od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti [HZZO, 2009].

¹ Financiranje zdravstvenog osiguranja može se podijeliti na dva osnovna sustava: Bismarckov sustav, koji se zasniva na obveznom zdravstvenom osiguranju i koji se temelji na načelima solidarnosti i uzajamnosti i Beveridgeov sustav, u kojem financiranje zdravstva dolazi od poreza kojeg plaćaju svi građani. Međutim, većina zemalja u Europi sada koristi kombinaciju oba sustava.

Zdravstveni sustav u Hrvatskoj doživljava kontinuirane promjene od ranih devedesetih godina prošlog stoljeća. Značajne reforme provedene su u 1990., 1993., 2002., 2006. i 2008. godini. Najnovija reforma započela je 2012. godine donošenjem Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020. i još uvijek traje.

Cilj je ovoga rada istražiti kako je reforma zdravstva iz 2008. godine utjecala na financiranje zdravstva u Hrvatskoj te na najvažnije kategorije zdravstvene potrošnje². Naime, zdravstveni sustav troši velik dio sredstava iz državnog proračuna, a detalji financiranja tog sustava i dalje ostaju nedovoljno razjašnjeni. Zbog toga je svrha ovoga rada ocijeniti rezultate zdravstvene reforme iz 2008. kako bismo dobili utemeljenu empirijsku podlogu za ocjenu daljnjih reformskih koraka.

Rad je podijeljen u pet dijelova. U drugom se dijelu daje prikaz zdravstvenog sustava prije zdravstvene reforme iz 2008. godine, dok treće poglavlje pruža detaljnu analizu glavnih elemenata zdravstvene reforme iz 2008. godine. U četvrtom se dijelu osvrćemo na planove za novu zdravstvenu reformu, a zadnji dio donosi zaključke analize.

2.2. Reforme zdravstvenog sustava od 1990. do 2006. godine

Zdravstveni je sustav u Hrvatskoj prije osamostaljenja bio decentraliziran i neučinkovit. Jedinice lokalne samouprave imale su visok stupanj autonomije u području zdravstvenog djelovanja, odluke su se donosile na političkoj razini, dok je nadzor nad zdravstvenim uslugama i utrošenim sredstvima bio zanemariv [Vončina et al., 2006]. Uz to, postojao je velik višak nemedicinskog osoblja, a sustav su opterećivale regionalne neravnoteže u financiranju i standardima zdravstvene zaštite [Ministarstvo zdravlja, 2012]. Sve je to dovelo do toga da je zdravstveni sustav patio od velike neučinkovitosti. Tako su Vončina et al. [2006: 13] okarakterizirali tadašnji sustav kao "...jedinствену mješavinu fondova zdravstvenog osiguranja, zanemarenih mreža primarne zdravstvene zaštite, kvaziautonomnih zdravstvenih organizacija i 'samoupravljačkih' vlasti".

Promjene u zdravstvenom sustavu započele su na samom početku procesa prijelaza s planskog u tržišno gospodarstvo. Međutim, nije se dogodila samo jedna reforma, već je uslijedio niz reformskih pokušaja da se neučinkovit i skup sustav transformira u moderan, kvalitetan i dostupan zdravstveni sustav. Reforma je krenula 1990. godine s centralizacijom sustava prikupljanja sredstava i pojačanom državnim kontrolom nad upravljanjem i financiranjem. U to je vrijeme najveći problem bilo financiranje sustava, budući da se hrvatska ekonomija nalazila u ozbiljnim gospodarskim poteškoćama

² Ovaj je rad nastavak istraživanja na temu financiranja zdravstva u Hrvatskoj te se nastavlja na Švaljek [2014].

[Ministarstvo zdravlja, 2012]. I reforme koje su uslijedile bile su najvećim dijelom usmjerene na pokušaje rješavanja financijskih problema te reorganizacije samog zdravstvenog sustava.

Reformi zdravstva iz 1993. godine bio je cilj zaustaviti financijsku krizu zdravstvenog sustava nastalu tijekom 1992. godine [Svjetska banka, 1997]. Kriza je bila posljedica neusklađenosti rashoda s padajućim prihodima uzrokovanim teškom gospodarskom i političkom situacijom. Reformom iz 1993. godine doneseni su Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju [Narodne novine, br. 75/1993.] kojim je osnovan Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje³ (HZZO) te je HZZO postao središnja ustanova za financiranje zdravstva. Osim toga, smanjen je obujam “besplatnih” zdravstvenih usluga pokrivenih obveznim zdravstvenim osiguranjem, uvedeni su pružatelji zdravstvenih usluga koji nisu pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem te su postavljeni temelji za privatno zdravstveno osiguranje [Vončina, Džakula i Mastilica, 2007]⁴. Iako je zdravstveni sustav u prvim godinama nakon reforme financijski stabiliziran, to nije bio rezultat kontrole nad rashodima te su ukupni izdaci za zdravstvo nastavili snažno rasti. Od 1993. do 1996. godine izdaci za zdravstvo povećali su se s 6,4 na 8,6 posto BDP-a. Hrvatska je na zdravstvo trošila više od drugih zemalja sličnog stupnja razvoja, a da se ta potrošnja nije odražavala na zdravstveno stanje stanovništva [Svjetska banka, 1997]. Zbog gomilanja financijskih gubitaka provedeno je nekoliko sanacija zdravstvenog sustava koje su predstavljale puko pokrivanje gubitaka sredstvima državnog proračuna (tablica 2.1), te je sredinom 2000. godine objavljena provedba nove zdravstvene reforme. Polazište te reforme bio je nov Zakon o obveznom osiguranju [Narodne novine, br. 94/2001.] koji je stupio na snagu početkom 2002. godine.

Tablica 2.1. **Provedene sanacije u zdravstvu od 1994. do 2007. godine**

Godina	Sanacija zdravstva, u milijunima kuna
1994.	277
1998.	593
1999.	2.377,6
2000.	1.783,7
2001.	858,4
2002.	820
2003.	410
2004.	533
2006.	808,7
2007.	1.290

Izvor: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi (2008).

³ To je zapravo bio dotadašnji Republički fond zdravstvenog osiguranja i zdravstva Hrvatske.

⁴ Privatno zdravstveno osiguranje ukinuto je u 2002. godini uvođenjem novog Zakona o obveznom osiguranju [Narodne novine, br.94/2001.] te je HZZO postao jedini i obvezni pružatelj usluge osnovnog osiguranja.

Novi Zakon o obveznom osiguranju uveo je određen broj mjera kako bi se ograničio obuhvat "besplatnih" zdravstvenih usluga i povećali prihodi HZZO-a. Povećana je participacija za niz zdravstvenih usluga, uvedeno je dopunsko osiguranje čija je svrha bila pokrivanje razlike između pune cijene zdravstvene usluge i cijene koja se podmiruje putem HZZO-a i smanjena je najniža visina naknade za bolovanje s 80 na 70 posto osnovice za naknadu [Zrinščak, 2007]. Budući da je cilj reforme bio uključivanje dodatnih izvora financiranja, ugroženo je načelo dostupnosti zdravstvenih usluga, dok problemi relativno visoke zdravstvene potrošnje i neučinkovitosti nisu odgovarajuće riješeni [Vončina, Džakula i Mastilica, 2007]. Stoga reforma ponovno nije uspjela uskladiti prihode i rashode HZZO-a te je HZZO nastavio generirati gubitke koji su se retroaktivno pokrivali iz državnog proračuna⁵. Takvo retroaktivno pokrivanje nije poticalo HZZO na učinkovitost, budući da se pretpostavljalo da će se svi gubici zdravstvenog sustava podmiriti iz proračuna [Ministarstvo zdravlja, 2012].

Iako je i reforma iz 2002. godine bila ambiciozno zamišljena, nije tako realizirana [Zrinščak, 2007]. Problem su, između ostalog, bili i prekidi u provedbi reformi. U 2003. godini održani su novi parlamentarni izbori nakon kojih se sve do kraja 2005. godine više nisu provodili značajniji reformski zahvati, nego je pažnja većinom bila usmjerena na kontrolu određenih grupa izdataka i na širenje baze prihoda za zdravstveni sustav. Sve to, uz rastuće izdatke za sanaciju, dovelo je do najave još jedne reforme zdravstvenog sustava.

Novom Nacionalnom strategijom razvitka zdravstva [Narodne novine, br. 72/2006.], koja je donesena u 2006. godini, ponovno se pokušalo osmisliti cjelovitu viziju razvoja zdravstvenog sustava te riješiti nagomilane financijske poteškoće [Ministarstvo zdravlja, 2012]. Iako je prema zdravstvenim ishodima hrvatski zdravstveni sustav u to vrijeme bio učinkovit s obzirom na visinu dohotka i izdataka za zdravstvo po stanovniku [Jafarov i Gunnarson, 2008; Slijepčević, 2009], mnogi elementi zdravstvenog sustava i dalje su upućivali na postojanje neučinkovitosti [Jafarov i Gunnarson, 2008; Mihaljek, 2006; Svjetska banka, 2008]. Javni izvori i dalje nisu bili dovoljno visoki da pokriju troškove financiranja zdravstvenog sustava te je zdravstveni sustav u cjelini generirao veće rashode od prihoda. Osim toga, HZZO i javne zdravstvene ustanove ponovno su imali visoke neplaćene dospjele obveze. Na porast potrošnje zdravstvenih usluga i javnih izdataka za zdravstvo utjecali su i dalje niska participacija i širok obuhvat oslobođenja od plaćanja zbog čega su usluge javnog zdravstvenog sustava s gledišta građana bile gotovo besplatne. Fokus financijskog dijela reforme bio je stoga na obuzdavanju rasta javnih troškova, u prvom redu lijekova. Zbog toga su uvedene dvije liste lijekova. Osnovna

⁵ U sklopu reforme HZZO je prestao imati status izvanproračunskog fonda te je postao dio središnjeg državnog proračuna.

lista lijekova bez plaćanja participacije na kojoj se nalaze većinom generički lijekovi i dopunska lista lijekova s doplatom osiguranika. Međutim, ni reforma iz 2006. godine nije uspjela financijski stabilizirati zdravstveni sustav te je trošak sanacije zdravstva u 2007. godini iznosio 1,3 milijarde kuna.

Neučinkovitosti su postojale i na strani ponude. Velik broj zdravstvenih ustanova, decentralizirana nabava lijekova i medicinske opreme, sustav financiranja koji nije poticao primarnu zdravstvenu zaštitu da igra ulogu "čuvara sustava", kao i neprimjeren sustav financiranja bolničke zaštite, koji je poticao dugotrajan boravak pacijenata u bolnicama, uzrokovali su porast neučinkovitosti ponude zdravstvenih usluga. Iako je zdravstveni sustav zapravo stalno doživljavao promjene i reforme, i to ponajprije zbog njegovih rastućih troškova, još jedna reforma zdravstvenog sustava bila je neophodna. Reforma je započela krajem 2008. godine, upravo u vrijeme izbijanja gospodarske krize.

2.3. Analiza reforme zdravstva iz 2008. godine

2.3.1. Glavni elementi reforme iz 2008. godine

U 2008. godini tadašnje je Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi⁶ najavilo novu zdravstvenu reformu i počelo je javno predstavljati. Početak reforme podudarao se s izbijanjem gospodarske krize pa je reforma predstavljena i shvaćena kao dio vladinog antirecesijskog paketa mjera. Međutim, u mnogim je pogledima zdravstvena reforma samo dolila ulje na vatru. Ekspanzivna diskrecijska fiskalna politika nije bila odgovarajući odgovor na ciklički pad gospodarstva, budući da su relativno nepovoljna inicijalna fiskalna pozicija i negativan saldo tekućeg računa bilance plaćanja tražili prvenstveno stabilizacijske mjere. Reforma zdravstvenog sustava, koja se pokazala ekspanzivnom, učinila je fiskalnu konsolidaciju gotovo nemogućom.

Iako reforma nije bila popraćena razrađenim strateškim dokumentom, njezini ciljevi i osnovni elementi mogli su se razaznati iz prezentacije objavljene na internetskoj stranici Ministarstva zdravstva i socijalne skrbi⁷. Iz nje se moglo zaključiti da je reforma koja je započela u 2008. godini bila prilično ambiciozna i sveobuhvatna te da je namjeravala pronaći rješenje za mnoge nedostatke zdravstvenog sustava. Reforma je obuhvatila širok niz mjera usmjerenih prema financijskoj stabilizaciji zdravstvenog sustava, jer je s jedne strane uvela nove i jačala postojeće izvore financiranja, dok je s druge strane

⁶ Nova Vlada, koja je došla na vlast na kraju 2011. godine promijenila je nazive i nadležnost mnogih ministarstava. Ministarstvo nadležno za zdravstvo od tada se zove Ministarstvo zdravlja.

⁷ Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, http://www.mzss.hr/layout/set/print/media/files/prijedlog_reforme_zdravstva.

namjeravala uvesti stroži nadzor nad glavnim generatorima troškova. Napori usmjereni prema obuzdavanju troškova uključivali su uvođenje međunarodnih javnih natječaja za posebno skupe lijekove, smanjenje referentnih cijena lijekova na recept, centraliziranu nabavu medicinske opreme, poboljšanu kontrolu naknada za bolovanje i uvođenje plaćanja bolnicama prema dijagnostičko-terapijskim skupinama.

Nadalje, reforma je predviđela brojna organizacijska rješenja koja su trebala unaprijediti učinkovitost sustava i poboljšati kvalitetu pružanja zdravstvenih usluga, kao što su informatizacija primarne zdravstvene zaštite, reforma hitne medicinske pomoći, uvođenje nacionalnih lista čekanja i preinaka plaćanja primarne zdravstvene zaštite, koja je trebala poticati kvalitetu i rast obuhvata zdravstvenih usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Mjere koje su bile usmjerene prema osiguravanju izdašnih i stabilnih izvora financiranja bile su najvidljiviji dio reforme. Za razliku od prethodnih reformi, koje nisu bile tako hrabre u prebacivanju većeg udjela financiranja zdravstvenih usluga na građane, reforma iz 2008. godine povećala je obvezna plaćanja "iz džepa građana" za zdravstvene usluge. Udio stanovnika izuzetih od plaćanja participacije značajno je smanjen i participacije su donekle povećane. Za većinu zdravstvenih usluga osiguranici su trebali platiti 20 posto pune cijene, ali ne manje od propisanog minimuma, dok je prije reforme participacija iznosila između 15 (primjenjivala se za uobičajene vrste zdravstvenih usluga) i 50 posto pune cijene. Budući da je dopunsko zdravstveno osiguranje bilo jedini način da se izbjegne plaćanje participacije, broj osoba koje su ugovorile dopunsko zdravstveno osiguranje značajno je povećan, što je dovelo do naglog rasta prihoda od dopunskog zdravstvenog osiguranja. U isto su vrijeme utvrđene različite visine premija na dopunsko osiguranje, koje su prethodno iznosile 50 kuna mjesečno za sve osigurane osobe. Najniža premija u iznosu od 50 kuna odnosila se na umirovljenike s mjesečnim mirovinama ispod 5.108 kuna, a najviša u iznosu od 130 kuna odnosila se na osiguranike s neto plaćom ili dohotkom većim od 5.108 kuna⁸.

Još jedna mjera za povećanje prihoda bila je širenje obuhvata osoba koje plaćaju obvezno zdravstveno osiguranje. Osim za zaposlene osobe, doprinos za obvezno osiguranje u visini tri posto postao je obavezan za umirovljenike kojima mirovina prelazi prosječnu mjesečnu neto plaću. Umirovljenici kojima se mirovina nalazi ispod prosječne neto plaće postali su također obvezni plaćati doprinos za obvezno osiguranje u visini od jedan posto, ali se taj doprinos pokrивao iz državnog proračuna.

⁸ HZZO, dopunsko zdravstveno osiguranje, www.hzzo.hr.

Povrh šireg obuhvata stanovništva koje mora plaćati obvezno zdravstveno osiguranje i povećanja plaćanja "iz džepa", reforma je također predvidjela dodatne izvore financiranja od novouvedenog nameta na prihode od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti te od općeg oporezivanja. Od početka 2009. godine, određen iznos novca prikupljenog porezima namijenjen je financiranju zdravstva, kako bi se podmirilo obvezno i dopunsko zdravstveno osiguranje određenih grupa građana (umirovljenici s mirovinama manjim od prosječne plaće, nezaposleni, poljoprivrednici, studenti, branitelji, invalidi itd.). Također je propisano da se 32 posto prihoda od trošarina na duhanske prerađevine namijeni financiranju zdravstvenog sustava [Narodne novine, br. 150/2008.].

Međutim, dok je pokušavala pribaviti što je moguće više prihoda za zdravstveni sektor, Vlada nije ulagala dovoljno napora u prikupljanje dospjelih doprinosa za obvezno osiguranje. Kasnije se ispostavilo da oko 45 tisuća poslodavaca nije plaćalo obvezne doprinose. Tako su izbjegavali obvezu plaćanja obveznog zdravstvenog osiguranja za više od 200 tisuća zaposlenika ili za gotovo svakog sedmog aktivnog osiguranika⁹.

Reforma je iscrpila sve moguće načine prikupljanja dodatnih izvora financiranja zdravstvenog sustava - dodatno je financiranje došlo od povećanja plaćanja "iz džepa" i od općih poreza, kao i od drugih izvora poput novih nameta i širenja baze osiguranika koji plaćaju doprinos. Teško je razumjeti zašto je Vlada odlučila osigurati toliko dodatnih sredstava za zdravstveni sustav, osobito imajući na umu da je reforma koincidirala s izbijanjem gospodarske krize. Iako se može pomisliti da je bilo u javnom interesu priskrbiti dovoljno novca za zdravstveni sustav i stoga ga zaštititi od štetnih učinaka krize, čini se da je povećanje sredstava bilo gotovo pretjerano te je pridonijelo rastu proračunske neravnoteže tijekom krize.

2.3.2. Utjecaj reforme na prihode i rashode HZZO-a

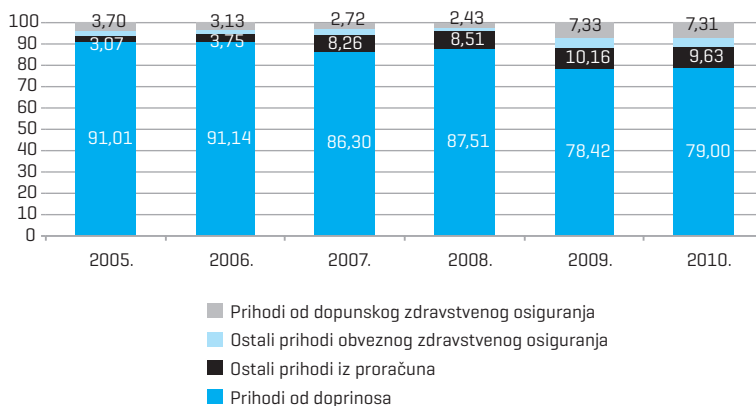
Zahvaljujući novim izvorima, prihodi HZZO-a su u 2009. godini snažno porasli. Ukupni prihodi HZZO-a u 2008. godini iznosili su 20,6 milijardi kuna, dok su u 2009. godini bili veći za 9,4 posto. Međutim, ovakav snažan porast prihoda dogodio se u situaciji pada BDP-a¹⁰ i pada zaposlenosti, odnosno pada broja aktivnih osiguranika. Zbog reforme povećao se udio prihoda od dopunskog osiguranja i ostalih prihoda obveznog osiguranja u strukturi prihoda HZZO-a, dok se udio prihoda od doprinosa smanjio (slika 2.1). Udio prihoda od doprinosa u 2007. godini iznosio je 86,3 posto ukupnih prihoda HZZO-a, dok je u 2009. godini smanjen na 78,4 posto. To se može objasniti padom broja aktivnih osiguranika uz

9 Večernji list [2012].

10 U realnim vrijednostima pad BDP-a je iznosio 6 posto, dok su prihodi HZZO-a porasli za 6,8 posto.

istodoban porast drugih prihoda. Udio prihoda od dopunskog osiguranja povećao se s 2,7 na 7,3 posto, ostalih prihoda iz proračuna s 8,3 na 10,2 posto, a ostalih prihoda obveznog osiguranja s 2,7 na 4,1 posto.

Slika 2.1. Osnovne vrste prihoda HZZO-a, u %

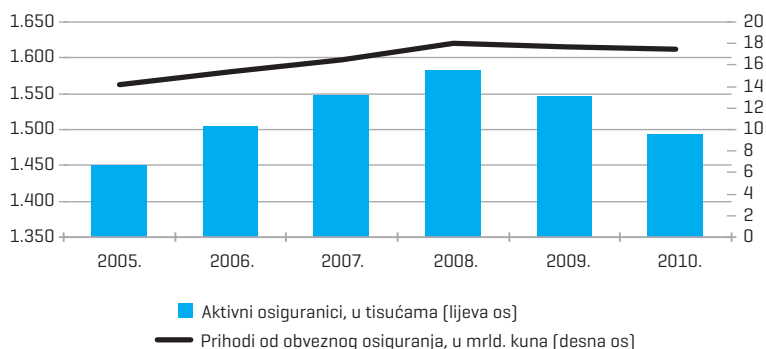


Napomena: U 2011. godini HZZO mijenja metodologiju prikazivanja prihoda i rashoda. Do tada se, kod onih koji su osigurani u dopunskom zdravstvenom osiguranju nije naplaćivala participacija nego se za iznos participacije teretilo dopunsko zdravstveno osiguranje. Bez obzira na to, puni iznos premije bilježio se kao prihod dopunskog zdravstvenog osiguranja (neumanjen za tu participaciju), ali se "participacija" takvih osiguranika također bilježila kao prihod obveznog zdravstvenog osiguranja. Također, rashod se bilježio dva puta - kod ustanova zdravstvene zaštite i kod dopunskog zdravstvenog osiguranja. Radi se o iznosu od oko 430 milijuna kuna godišnje za koji bi trebalo umanjiti prihode i rashode do 2011. godine. Zbog toga nije moguće točno rekonstruirati usporedivu seriju podataka za čitavo razdoblje te se analiza odnosi na razdoblje do 2010. godine.

Izvor: HZZO.

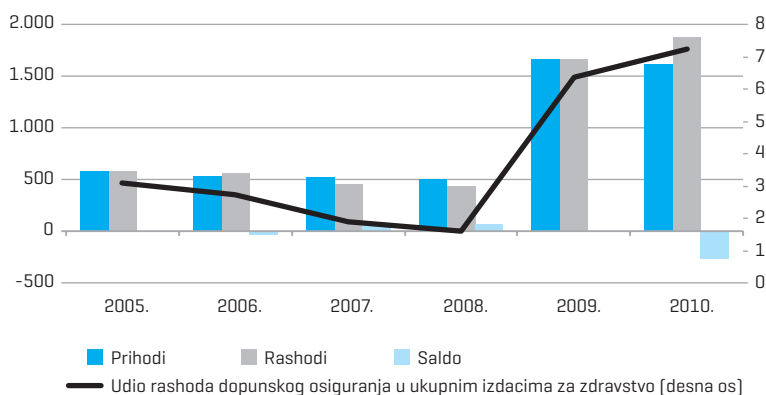
Iako je reforma zdravstva predviđela nove izvore prihoda, zbog recesije je pao broj aktivnih osiguranika koji determinira obvezne doprinose kao najvažniji izvor prihoda za zdravstveni sustav. Tako je u 2008. godini, kada je donesena zdravstvena reforma, udio aktivnih osiguranika u ukupnom broju osiguranika iznosio 36,3 posto, dok je dvije godine kasnije taj udio pao na 34,3 posto i još uvijek ima trend pada (slika 2.2). Pad broja aktivnih osiguranika doveo je do pada prihoda od doprinosa u 2009. godini za 2 posto u odnosu na prethodnu godinu te za 1,2 posto u 2010. Smanjen broj aktivnih osiguranika znači da zdravstveni sustav teže može sam podmiriti svoje troškove, odnosno da teret dodatnog financiranja prelazi na državni proračun.

Slika 2.2. **Prihodi od obveznog osiguranja [u mrd. kuna] i aktivni osiguranici [u tisućama]**



Izvor: HZZO.

Slika 2.3. **Prihodi, rashodi i saldo dopunskog zdravstvenog osiguranja, u milijunima kuna**



Izvori: HZZO i WHO.

Porast prihoda HZZO-a nakon reforme najvećim se dijelom može pripisati porastu prihoda od dopunskog osiguranja [slike 2.1 i 2.3]¹¹. Povećanje udjela plaćanja "iz džepa" kao i smanjenje broja kategorija stanovnika izuzetih od obveze plaćanja zdravstvenih usluga, doveli su do snažnog rasta broja osoba osiguranih dopunskim zdravstvenim osiguranjem. Osim toga, značajnom povećanju prihoda dopunskog zdravstvenog osiguranja pridonijele su i izmjene i dopune Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju [Narodne novine,

¹¹ Budući da nam je cilj analizirati financijsku održivost javnog zdravstvenog sustava, koristimo podatke za dopunsko zdravstveno osiguranje samo od HZZO-a.

br. 150/2008.), po kojem za osobe oslobođene sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite policu dopunskog zdravstvenog osiguranja plaća državni proračun, te povećanje cijene police dopunskog zdravstvenog osiguranja za osiguranike s plaćom ili mirovinom većom od 5.108 kuna. U 2008. godini u dopunskom zdravstvenom osiguranju bilo je 710 tisuća osiguranika, dok je u 2009. godini njihov broj povećan na 2,7 milijuna, a prihod se po toj osnovi povećao s 501 milijuna kuna na 1,7 milijardi kuna, odnosno za 230 posto [slika 2.3]. U isto su vrijeme rashodi dopunskog zdravstvenog osiguranja povećani za 286,6 posto. Sudeći po ovim podacima čini se da je ulazak velikog dijela stanovništva u sustav dopunskog osiguranja uvećao problem nepovoljnog odabira i moralnog hazarda¹². To se vidi iz podataka za 2010. godinu, gdje je saldo dopunskog osiguranja negativan, odnosno manjak iznosi 260,8 milijuna kuna. Naime, pretpostavka je da će osobe slabijeg ili rizičnijeg zdravstvenog stanja biti sklonije uplatiti dopunsko zdravstveno osiguranje, budući da očekuju da će više koristiti zdravstvene usluge. Osim toga, cijena dopunskog zdravstvenog osiguranja ne ovisi o zdravstvenom stanju, već o visini dohotka, što znači da je nekim osobama slabijeg ili rizičnijeg zdravstvenog stanja cijena police niža nego što bi trebala biti, odnosno da liječenje tih osiguranika subvencioniraju osiguranici boljeg ili manje rizičnog zdravlja¹³. Zbog toga dolazi do većih rashoda od prihoda po toj osnovi te se dopunsko zdravstveno osiguranje našlo u gubicima¹⁴. Smanjenje moralnog hazarda i nepovoljnog odabira može se postići upravo sudjelovanjem u troškovima liječenja [plaćanjem "iz džepa" ili povećanjem cijene dopunskog osiguranja].

I nakon 2009. godine ukupni prihodi HZZO-a ostali su na značajno višoj razini nego prije reforme. Upravo je reforma, odnosno namicanje dodatnih prihoda za zdravstveni sustav, omogućila pozitivan financijski rezultat HZZO-a. Analiza pokazuje da bi bez dodatnih prihoda omogućenih reformom te zbog recesije i pada broja aktivnih osiguranika prihodi HZZO-a bili značajno niži [slika 2.4]. Naime, kada bi se od ukupnih prihoda HZZO-a nakon reforme oduzelo povećanje prihoda od dopunskog zdravstvenog osiguranja i prihoda prikupljenih na osnovi posebnih propisa, onda bi ukupni prihodi HZZO-a u 2009. godini bili manji za 4,1, a u 2010. godini za 3,8 milijardi kuna (Švaljek, 2014)¹⁵. To znači da bi dodatni

12 Na problem nepovoljnog odabira i moralnog hazarda u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju već su ranije upozorili Vukina i Nestić (2008).

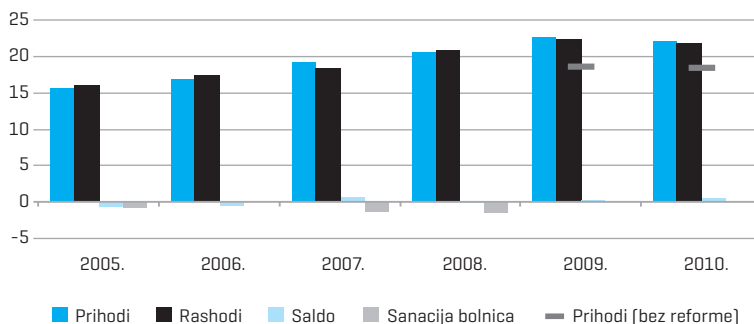
13 Od 1. listopada 2013. godine cijena police dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a iznosi 70 kuna bez obzira na visinu dohotka. Do tada je cijena police dopunskog zdravstvenog osiguranja iznosila 80 ili 130 kuna mjesečno za zaposlene te 50 ili 70 kuna za umirovljenike (ovisno o prihodima).

14 Budući da je dopunsko zdravstveno osiguranje dio HZZO-a, njegov se financijski rezultat iskazuje u sklopu ukupnog financijskog rezultata HZZO-a.

15 Ukupni bi prihodi uključivali prihode od doprinosa, prihode od financijske i nefinancijske imovine, vlastite prihode, kapitalne donacije te prilagođene vrijednosti prihoda od dopunskog osiguranja i prihoda po posebnim propisima. Međutim, valja napomenuti da bi i rashodi bez reforme vjerojatno bili nešto niži, osobito rashodi od dopunskog zdravstvenog osiguranja.

teret financiranja zdravstva u recesiji pao na državni proračun, koji je u to vrijeme već bio pod velikim pritiskom povećanja deficita.

Slika 2.4. **Prihodi, rashodi i saldo HZZO-a, u milijardama kuna**



Napomena: U prihode su u predreformskim godinama ubrajani i prihodi za sanaciju. Stoga kao mjeru neravnoteže treba uzimati zbroj "saldo" i sanacije zdravstvenih ustanova.

Izvori: HZZO i izračun autora.

Zdravstvena reforma omogućila je da zdravstveni sustav dobije dodatne prihode, no istodobno je sustav potrošio sav prikupljeni novac te su izdaci za zdravstvo snažno porasli i to u vremenu kada je gospodarski sustav u cjelini doživljavao recesiju. Ukupni rashodi središnje države za zdravstvo i socijalnu skrb porasli su u 2009. godini za 6,1 posto, dok su ukupni proračunski rashodi porasli za 1,5 posto. Unatoč tome što je porast rashoda za zdravstvo i socijalnu skrb u 2009. godini bio tek nastavak trenda, zbog većeg porasta rashoda za zdravstvo i socijalnu skrb od rasta ukupnih proračunskih rashoda udio rashoda za zdravstvo i socijalnu skrb u državnom proračunu povećao se s 20,9 na 21,8 posto [tablica 2.2].

Tablica 2.2. **Ukupni rashodi središnje države za zdravstvo i socijalnu skrb**

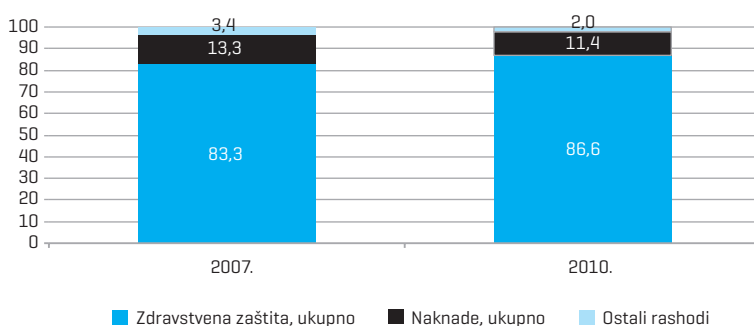
	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
U mlrd. kuna	17,8	19,4	22,6	24,8	26,3	26,0	25,5
U % od ukupnih rashoda središnje države	19,3	19,6	20,8	20,9	21,8	21,2	21,3
U % od BDP-a	6,7	6,7	7,1	7,2	8,0	8,0	7,7

Napomena: Podaci o rashodima središnje države za zdravstvo uključuju i rashode za socijalnu skrb. Budući da od 2012. godine Ministarstvo zdravstva više ne uključuje socijalnu skrb, analiza uključuje samo podatke do 2011. godine.

Izvori: Ministarstvo financija i DZS.

Zdravstvena zaštita obuhvaća najveći dio ukupnih rashoda HZZO-a te je reformom zdravstva povećana relativna važnost te kategorije rashoda. Prije reforme u 2007. godini rashodi za zdravstvenu zaštitu iznosili su 83,3 posto ukupnih rashoda HZZO-a, dok su se u 2010. godini povećali na 86,6 posto (slika 2.5). Trend povećanja nastavio se i u idućim godinama te je u 2012. godini udio zdravstvene zaštite u ukupnim rashodima iznosio 4 posto više nego prije reforme¹⁶. Povećanje relativne važnosti zdravstvene zaštite proizlazi iz smanjenja obje preostale kategorije rashoda. Udio izdataka za naknade koje uključuju naknade zbog bolesti i invalidnosti, rodiljne naknade, naknade plaća hrvatskim braniteljima, ostale naknade te specijalizacije i pripravnike, smanjen je s 13,3 posto u 2007. godini na 11,4 posto u 2010. i još dodatno na 10,9 posto u 2012. godini, dok je udio ostalih rashoda prepolovljen¹⁷.

Slika 2.5. **Struktura ukupnih rashoda HZZO-a, u %**



Izvor: HZZO.

Osim što je zdravstvena reforma pridonijela povećanju prihoda, napredak je napravljen i u kontroli određenih troškova, pogotovo naknada za bolovanje i izdataka za lijekove. Ukupan broj dana provedenih na bolovanju kontinuirano se povećavao prije reforme te je u 2007. godini ostvareno ukupno 19,2 milijuna dana bolovanja, odnosno u prosjeku su 61.322 osobe (4 posto aktivnih osiguranika) dnevno bile na bolovanju. Zbog strožih kontrola u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite ukupan broj dana provedenih na bolovanju se u 2010. godini smanjio u odnosu na 2007. godinu za 23,1 posto, dok je vjerojatno zbog dvije akcije izvanrednih kontrola bolovanja u 2012. godini ukupan broj

16 U 2011. godini Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu [HZZOZZR] pripojen je HZZO-u te su stoga udjeli kategorija rashoda HZZO-a u 2012. godini djelomično drugačiji nego što bi bili bez pripajanja HZZOZZR-a. Ako se iz ukupnih rashoda isključi utjecaj pripajanja HZZOZZR-a, onda u 2012. godini udio zdravstvene zaštite iznosi 88 posto ukupnih rashoda, udio rashoda za naknade se smanjuje na 10,2 posto, dok udio ostalih rashoda ostaje nepromijenjen.

17 Ostali rashodi HZZO-a uključuju rashode za zaposlenike HZZO-a, materijalne rashode, financijske rashode, rashode za nabavu nefinancijske imovine i izdatke za financijsku imovinu i otplatu zajmova.

dana bolovanja dodatno smanjen za 3 posto u odnosu na 2010. godinu, odnosno za 25,4 posto u odnosu na 2007. godinu [tablica 2.3]. Ukupan broj dana bolovanja u 2011. i 2012. godini vjerojatno uključuje bolovanje radi ozljeda na radu i profesionalna oboljenja zbog pripajanja HZZOZZR-a HZZO-u. Međutim, i unatoč tome je broj dana bolovanja smanjen. Ipak, iako se smanjenje broja dana i osoba na bolovanju može činiti kao posljedica provedbe reforme, nemoguće je razlučiti je li ono doista posljedica reforme ili tek posljedica krize. Naime, zbog krize se smanjio broj zaposlenih pa je samim time bilo manje onih koji su mogli koristiti bolovanje. Osim toga, zaposleni su, strahujući od gubitka posla, počeli izbjegavati odlazak na bolovanje i namjerno skraćivati njegovo trajanje.

Uz smanjenje ukupnog broja dana bolovanja smanjeni su i prosječan udio aktivnih osiguranika na bolovanju te naknade za bolovanje¹⁸. Budući da su strože kontrole bile usmjerene posebno na dugotrajna bolovanja, smanjeno je i prosječno trajanje bolovanja. Zbog smanjenja naknada za bolovanje, ali i zbog porasta ukupnih rashoda HZZO-a, udio novčane naknade za bolovanje u ukupnim rashodima HZZO-a pao je s 6,9 posto u 2007. godini na 5,1 posto u 2010. godini te na 4,6 posto u 2012. godini¹⁹.

Tablica 2.3. **Bolovanja**

	Ukupno dana na bolovanju, mil.	Prosječan broj osoba dnevno na bolovanju	Prosječno trajanje bolovanja	Prosječan udio aktivnih osiguranika na bolovanju, u %	Naknade za bolovanje, u mil. kuna	Rodiljne naknade, u mil. kuna
2005.	16,9	53.922	18,5	3,7	1.012	664
2006.	17,4	55.842	19,8	3,7	1.146	670
2007.	19,2	61.322	19,2	4	1.271	684
2008.	18,1	57.796	17,4	3,7	1.257	893
2009.	16,7	53.385	16,1	3,5	1.217	972
2010.	14,8	47.173	15,9	3,2	1.104	949
2011.	15,0	47.927	14,6	3,2	1.055	896
2012.	14,3	45.735	15,1	3,1	1.045	908

Izvor: HZZO.

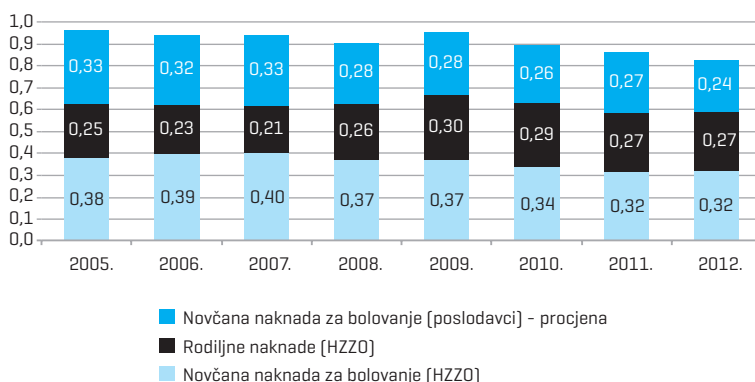
Ukupni troškovi naknada za bolovanje i roditeljskih naknada padaju i u odnosu na BDP [slika 2.6]. Ukupni troškovi naknada za bolovanje u 2007. godini iznosili su 0,94 posto BDP-a, dok su u 2010. godini smanjeni na 0,89 posto, a u 2012. godini na 0,83 posto BDP-a. Naknade za bolovanje na teret HZZO-a najznačajniji su dio ukupnih naknada. Udio naknada za bolovanje na teret HZZO-a u BDP-u rastao je do 2007. kada je iznosio 0,4

¹⁸ Naknade za bolovanje uključuju i naknade za komplikacije u trudnoći za koje je u 2012. godini utrošeno 32,5 posto ukupnog iznosa naknada za bolovanje.

¹⁹ Novčana naknada za bolovanje ne uključuje naknade bolovanja i isplate osiguranicima za ozljede na radu i profesionalna oboljenja.

posto BDP-a, dok nakon reforme i uvođenja strožih kontrola bolovanja taj udio pada i to unatoč padu BDP-a. Pada i udio naknada za bolovanje u BDP-u koje isplaćuju poslodavci, dok tek nakon 2009. godine pada i udio roditeljskih naknada u BDP-u. Roditeljske naknade u vrijeme reforme bilježe snažan rast zbog toga što je u 2008. godini ukinut limit za visinu roditeljske naknade. Od tada se u prvih šest mjeseci korištenja roditeljskog dopusta korisnici roditeljskog dopusta isplaćuje naknada u visini 100 posto prosječne plaće isplaćene u šest mjeseci koji su prethodili odlasku na roditeljski dopust. Nakon tog inicijalnog povećanja zbog promjena propisa, od 2010. godine stopa promjene iznosa roditeljskih naknada prati stopu promjene broja novorođene djece.

Slika 2.6. **Ukupni troškovi naknada za bolovanje i roditeljskih naknada, u % BDP-a**



Izvori: HZZO, DZS i izračun autorica.

Lijekovi su jedna od kategorija izdataka za zdravstvenu zaštitu u kojima HZZO pokušava aktivno utjecati na izdatke. Još 2001. godine uveden je Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko (Narodne novine, br. 84/2001.) pomoću kojeg je uveden model uspoređivanja cijena lijekova s drugim zemljama. Unatoč tome, udio izdataka HZZO-a za lijekove u ukupnim rashodima za zdravstvenu zaštitu rastao je sve do 2006. godine kada je iznosio 23,3 posto (tablica 2.4) te su izdaci za lijekove bili jedan od glavnih uzroka povećanja ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu. Zbog toga se novim Zakonom o obveznom osiguranju u 2006. godini i donošenjem novih pravilnika²⁰ pokušalo obuzdati rast izdataka za lijekove. Uvedeno je interno referiranje kroz referentne cijene. Nakon što nositelji odobrenja prema Pravilniku o mjerilima za određivanje cijena lijekova odrede cijene lijekova, HZZO provodi

²⁰ Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko (Narodne novine, br. 91/2006.), Odluka o utvrđivanju osnovne liste lijekova HZZO-a (Narodne novine, br. 120/2006.) i Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova HZZO-a (Narodne novine, br. 120/2006.).

javno nadmetanje za utvrđivanje cijena, ako se za generičke lijekove i lijekove unutar referentnih skupina odrede različite cijene. Referentne cijene tada se određuju na temelju najniže cijene lijeka koji je u razdoblju od 12 mjeseci prije odluke o provođenju nadmetanja ostvario najmanje 5 posto volumnog prometa unutar referentne skupine. Ako nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet ne prihvati referentnu cijenu skupine, lijek se uvrštava na dopunsku listu HZZO-a, a osiguranik snosi razliku u cijeni. Nadalje, uvedene su osnovna lista lijekova bez doplate i dopunska lista lijekova s doplatom osiguranika²¹. Međutim, iako se udio izdataka za lijekove u ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu, zbog bržeg rasta ostalih izdataka za zdravstvenu zaštitu od lijekova, nakon 2006. godine počeo smanjivati, tek se nakon 2009. godine javni izdaci za lijekove smanjuju i u apsolutnom iznosu, zbog smanjenja cijena i bolje kontrole propisivanja (HZZO, 2011) te zbog razrađenijih kriterija za uvrštavanje lijekova na liste lijekova HZZO-a. Uvedeni su javni međunarodni natječaji i podjela rizika, kako bi se osiguralo da proizvođači lijekova imaju financijski interes zadržati propisane volumene prodaje unutar zadanog proračuna (Svjetska banka, 2012). To znači da, ako se potrošnja lijeka čija je primjena predložena za ograničen broj osiguranika poveća iznad dogovorene razine, proizvođač snosi tako nastale troškove ili se cijena određuje kaskadno ovisno o broju osiguranika koji primaju lijek. Zbog svega toga javni izdaci za lijekove su od 2007. do 2010. godine povećani za samo 1,5 posto, dok su ukupni rashodi za zdravstvenu zaštitu povećani za 22,7 posto.

Tablica 2.4. **Izdaci i recepti za lijekove**

Godina	Javni izdaci za lijekove, mil. HRK	Lijekovi u % od ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu
2005.	3.133	22,7
2006.	3.388	23,3
2007.	3.487	22,7
2008.	3.810	21,7
2009.	4.103	21,4
2010.	3.536	18,8
2011.	3.558	19,3
2012.	3.870	19,6

Izvor: HZZO.

Međutim, na tržište kontinuirano dolaze izvorni lijekovi značajno skuplji od generičkih²², stanovništvo stari te se povećaju kronična oboljenja što sve trajno stvara pritisak na porast izdataka za lijekove. Budući da su cijene lijekova u Hrvatskoj niže od prosječnih

²¹ Najnoviji pravilnici o mjerilima za određivanje cijena i stavljanje lijekova na osnovnu i dopunsku listu lijekova doneseni su u 2013. godini (vidjeti više u poglavlju Potrošnja lijekova i specifičnosti funkcioniranja tržišta lijekova).

²² Mora se međutim napomenuti da je HZZO uveo vezanu ponudu lijekova, prema kojoj nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet može predložiti uvođenje novog lijeka na liste lijekova HZZO-a uz uvjet smanjenja cijene već postojećeg lijeka na osnovnoj listi HZZO-a. Na taj se način pokušava povećati broj dostupnih lijekova na listama HZZO-a uz što je moguće manji utjecaj na izdatke za lijekove.

cijena lijekova u EU-u²³, nije za očekivati da će HZZO u takvim uvjetima moći značajnije smanjivati izdatke za lijekove, već će daljnja smanjenja troškova morati potražiti u drugim izvorima troška zdravstvene zaštite.

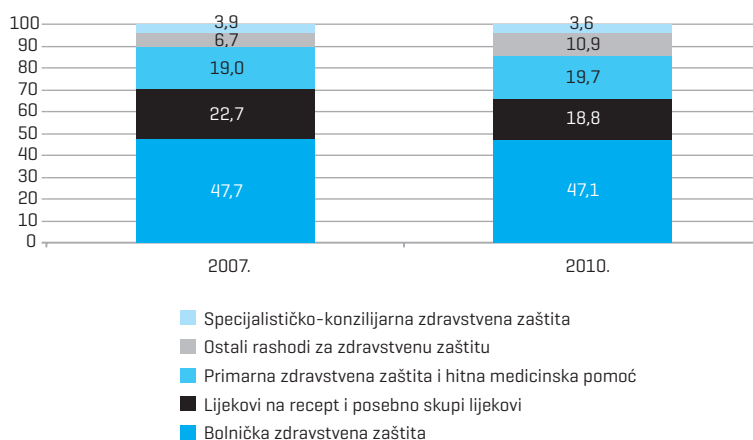
Lijekovi su ujedno i jedna od kategorija zdravstvene zaštite koja najčešće generira gubitke HZZO-a i dovodi do prekoračenja rokova plaćanja. Naime, plaće za zaposlenike u zdravstvenom sektoru, koje su velik dio troškova javnog zdravstvenog sustava, isplaćuju se na vrijeme te stoga HZZO i Ministarstvo financija, nedostatak financijskih sredstava za zdravstveni sustav prevaljuju na proizvođače lijekova te ih opterećuju učestalim prekoračenjem dogovorenih rokova plaćanja. Nakon dvije godine relativno urednog poslovanja HZZO-a, u 2011. godini rokovi plaćanja ponovno su značajno premašeni te je ukupni dospjeli dug HZZO-a iznosio 327,1 milijuna kuna. Dospjeli dugovi nastavili su rasti i u 2012. godini te je Ministarstvo financija u 2013. godini bilo prisiljeno ponovno sanirati dugove HZZO-a. U travnju 2013. godine donesena je odluka o sanaciji zdravstvenog sustava, budući da je ukupni dospjeli dug premašio 2,5 milijardi kuna, od čega se najveći dio dospjelih obveza odnosi na lijekove [Vlada RH, 2013a]. Nakon sanacije, rokovi plaćanja za lijekove ponovno su svedeni na ugovoreni rok od 180 dana. Međutim, zdravstvene ustanove ponovno su počele gomilati dospjele obveze.

Zbog kontrole izdataka za lijekove, promijenila se i struktura rashoda za zdravstvenu zaštitu (slika 2.7). Rashodi za glavne skupine zdravstvene zaštite, poput primarne zdravstvene zaštite, bolničke zdravstvene zaštite te specijalističko-konzilijarne zaštite, ostali su na sličnim razinama prije i poslije zdravstvene reforme. Ono što je zapravo snažno poraslo u apsolutnim i relativnim iznosima su ostali rashodi²⁴, koji svojom pojedinačnom veličinom nisu tako veliki kao gore spomenute najvažnije skupine rashoda. U 2007. godini ostali su rashodi iznosili 1 milijardu kuna (6,7 posto ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu), dok su se u 2010. godini povećali na 2 milijarde kuna (10,9 posto ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu), a u 2012. godini na 4,2 milijarde kuna (21,5 posto ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu). Stoga bi posebnu pažnju trebalo usmjeriti na kontrolu ostalih rashoda.

23 Prosječne su cijene lijekova u Hrvatskoj u 2005. godini bile na razini 73 posto cijena lijekova u EU-25 [Konijn, 2007]. Prema Melck et al. [2013] cijene lijekova u Hrvatskoj su i dalje niže od Europskog prosjeka.

24 Ostali rashodi u 2010. godini uključuju, između ostalog, ortopedske uređaje i pomagala, troškove inozemne zdravstvene zaštite, transfuzijsku medicinu, transplantacije u bolnicama, cjepiva, zdravstvenu njegu u kući i medicinsku oplodnju. Najveći porast u apsolutnim iznosima zabilježili su ortopedski uređaji i pomagala i zdravstvena zaštita u inozemstvu, dok transfuzijska medicina, medicinska oplodnja i zdravstvena njega u kući nisu bile zasebne kategorije zdravstvene zaštite u 2007. godini, već su bile dio bolničke ili primarne zdravstvene zaštite.

Slika 2.7. **Struktura rashoda za zdravstvenu zaštitu, u %**



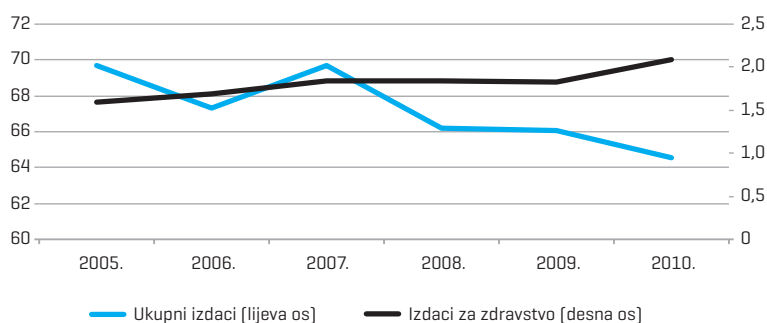
Izvor: HZZO.

2.3.3. Utjecaj reforme na potrošnju kućanstava

S novim izvorima financiranja, veći je teret financiranja zdravstva prebačen na kućanstva, što se vidi iz ankete o potrošnji kućanstava. Izdaci za zdravstvo kućanstava podrazumijevaju privatne izdatke za zdravstvo koji uključuju participacije, dopunsko i dodatno zdravstveno osiguranje. Zbog dugogodišnje recesije ukupni realni izdaci kućanstava padaju, dok su realni izdaci za zdravstvo, zbog svoje neelastičnosti, ostali stabilni, čak s blagom tendencijom rasta (slika 2.8). Zbog toga raste udio izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima kućanstava.

Od 2005. do 2008. godine, udio realnih izdataka za zdravstvo u ukupnim realnim izdacima kućanstava iznosio je u prosjeku 2,5 posto, dok su nakon reforme, zbog porasta realnih izdataka kućanstava za zdravstvo od 13,8 posto između 2008. i 2010., izdaci za zdravstvo kućanstava porasli na 3,2 posto ukupnih izdataka kućanstva. U isto su vrijeme ukupni realni izdaci kućanstava pali za 2,5 posto.

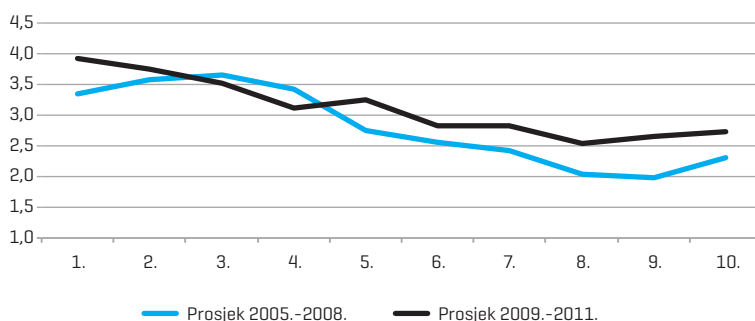
Slika 2.8. Ukupni izdaci kućanstava i izdaci za zdravstvo u tisućama kuna, u cijenama iz 2005.



Izvor: DZS.

Udio izdataka za zdravstvo relativno je veći u siromašnijim kućanstvima te je na ta kućanstva pao najveći teret porasta izdataka. Dok je najsiromašnijih 10 posto kućanstava za zdravstvo prije reforme izdvajalo u prosjeku 3,4 posto ukupnih rashoda, najbogatijih 10 posto izdvajalo je 2,3 posto. Nakon reforme se udio izdataka za zdravstvo povećao u svim decilnim skupinama, osim u trećoj i četvrtoj (slika 2.9), te je najsiromašnijih 10 posto kućanstava u razdoblju od 2009. do 2010. u prosjeku izdvajalo gotovo 4 posto ukupnih izdataka za zdravstvo, a najbogatijih 10 posto 2,8 posto. Osim što su se povećali privatni izdaci za zdravstvo, teret porasta pao je više na leđa najsiromašnijih kućanstava. Najsiromašnijim 10 posto kućanstava udio izdataka za zdravstvo porastao je za 0,63 posto, dok je najbogatijim 10 posto taj udio porastao za 0,49 posto. Iako su teret reforme relativno više podnijela najsiromašnja kućanstva, u prosjeku je došlo do ujednačavanja udjela izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima kućanstava, odnosno financiranje jednako dostupnih zdravstvenih usluga postalo je ravnomjernije raspoređeno. U razdoblju od 2005. do 2008. godine Ginijev koeficijent, koji mjeri (ne)jednakost (na primjer, distribucije dohotka ili financiranja zdravstvenih usluga), iznosio je 0,284, dok se u razdoblju od 2009. do 2010. godine smanjio na 0,266, što upućuje na povećanje jednakosti u financiranju zdravstvenih usluga. Međutim, moguće je da je do ujednačavanja udjela izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima kućanstava došlo zbog toga što manje imućni građani odustaju od zdravstvenih usluga zbog porasta njihove cijene.

Slika 2.9. Izdaci kućanstava za zdravstvo po decilnim skupinama, u % ukupnih izdataka



Izvor: DZS.

2.3.4. Utjecaj reforme na kvalitetu zdravstvenih usluga i suzbijanje korupcije

Smanjenje troškova zdravstvenog sustava nije jedini cilj njegove reforme. Dapače, kada bi smanjenje troškova dovelo do pada kvalitete usluge i povećanja korupcije, onda takva reforma zdravstvenog sustava ne bi počivala na dobrim osnovama. Stoga se postavlja pitanje kako građani ocjenjuju promjene u zdravstvenom sustavu i jesu li one pridonijele njihovom zadovoljstvu sustavom. Prema istraživanju EBRD-a [2011], građani su svjesni činjenice da je zdravstveni sustav izdašno financiran. Za razliku od drugih tranzicijskih zemalja, građani Hrvatske misle da bi se u slučaju dodatnih ulaganja u javnom sektoru prioritet trebalo dati obrazovanju, a ne zdravstvenoj zaštiti. Sedamdeset posto ispitanika zadovoljno je kvalitetom i učinkovitošću u pružanju javnih usluga u zdravstvu te je 2010. godine razina zadovoljstva bila veća nego 2006., ali je taj rast nizak u usporedbi s ostalim tranzicijskim državama. Istraživanje Banke, Hendala i Allianz [2011] *Nacionalni indeks sreće* pokazuje da su građani daleko zadovoljniji dostupnošću zdravstvenih usluga nego uslugama države općenito (srpanj 2011., 63,6 naspram 46,3 bodova)²⁵.

S druge strane, reforma zdravstva nije bila uspješna u suzbijanju korupcije u zdravstvenom sustavu. Istraživanje iskustava građana s administrativnom korupcijom pokazuje da je najviše građana s korupcijskim iskustvom mito dalo liječnicima (56 posto građana s nedavnim korupcijskim iskustvom) i medicinskim sestrama (36 posto) (UNODC i Ekonomski institut, Zagreb, 2011). Ovaj je nalaz potvrdio i izvještaj *Life in Transition* (ERBD, 2011). Štoviše, prema ovom izvještaju, broj ispitanika koji vjeruju da se u javnom zdravstvenom sustavu događaju neregularna plaćanja u 2010. je porastao u odnosu na 2006. godinu.

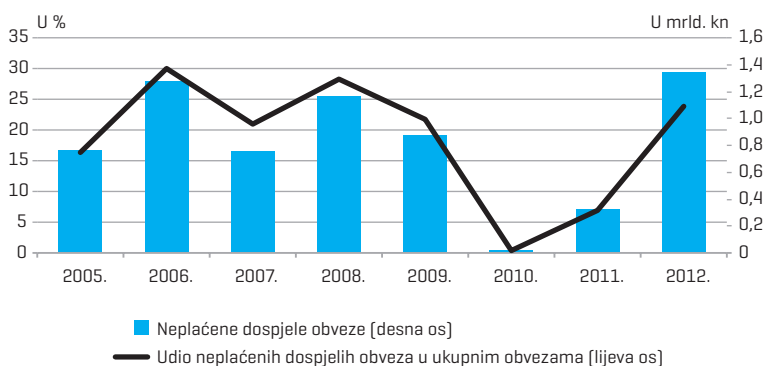
²⁵ Dostupno na www.bankamagazine.hr.

2.4. Planovi za novu reformu

Zbog snažnog rasta rashoda zdravstveni je sustav nekoliko godina nakon reforme ponovno zapao u gubitke te ga je bilo potrebno sanirati. Prema podacima HZZO-a neplaćene dospjele obveze su u 2011. godini iznosile 327,1 milijun kuna, a u 2012. 1,4 milijardi kuna s daljnjom tendencijom rasta (slika 2.10). Međutim, što se tiče visine neplaćenih dospelih obveza različiti izvori navode različite podatke. Prema Ministarstvu financija i Vladi RH, neplaćene dospjele obveze u zdravstvu u 2011. godini iznose 2 milijarde (Ministarstvo financija, 2012.), a u 2012. 2,5 milijardi kuna (Vlada RH, 2013a). Različiti podaci o neplaćenim dospelim obvezama otežavaju analizu stanja zdravstvenog sustava. Osim toga, ugovoreni rokovi plaćanja u zdravstvu iznimno su dugački, što iznos neplaćenih dospelih obveza čini nižim nego što bi bio uz uobičajene zakonske rokove plaćanja od 30, odnosno 60 dana.

U 2013. godini zdravstveni je sustav saniran s ukupno 3,3 milijarde kuna, dok će preostali planirani dio od 600 milijuna kuna biti plaćen iz državnog proračuna u 2014. godini²⁶. Budući da se zdravstveni gubici većinom pokrivaju uz pomoć zaduženja Ministarstva financija, to znači da zdravstveni sustav predstavlja neplanirani deficit državnog proračuna. Osim toga, budući da zdravstveni sustav ponovno iz godine u godinu akumulira dodatne gubitke te se povećavaju neplaćene dospjele obveze, jasno je da on u ovakvom obliku ne može funkcionirati bez dodatne državne pomoći.

Slika 2.10. **Neplaćene dospjele obveze HZZO-a**



Izvor: HZZO.

²⁶ Hina [2013].

Stoga reformu zdravstva treba nastaviti. Ne bi trebalo poništavati dosad ostvarene pozitivne učinke, već bi trebalo uvoditi daljnje mjere koje će zdravstveni sustav učiniti stabilnim i održivim. Međutim, budući da je 2008. godine već značajno povećana baza iz koje se crpe prihodi za zdravstveni sustav, to znači da se reforma treba usmjeriti na rashodnu stranu, odnosno na stranu ponude zdravstvenih usluga. Prvi znakovi daljnje reforme nalaze se u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020. i najavljenom restrukturiranju hrvatskih bolnica kojim će se pokušati racionalizirati bolnički sustav te povećati njegova učinkovitost. Osim reorganizacije bolnica, reformske mjere Vlade RH i Ministarstva zdravlja uključuju smanjenje izdataka za lijekove na recept, uvođenje osnovne (besplatne) i dopunske liste pomagala (s doplatom), dodatnu kontrolu bolovanja te provedbu objedinjene javne nabave [Vlada RH, 2013b].

Osim racionalizacije i povećanja učinkovitosti, nužno je pripremiti konzistentan skup mjera zdravstvene i drugih javnih politika usmjerenih ublažavanju nepovoljnih dugoročnih učinaka starenja stanovništva. Posebnu pozornost treba posvetiti dostupnosti zdravstvenih usluga najranjivijim društvenim skupinama. I na kraju, nužan preduvjet za reformu zasnovanu na čvrstim dokazima su pouzdani i javno dostupni relevantni podaci o sustavu zdravstva.

2.5. Zaključak

Analize financijskog stanja zdravstvenog sustava nekoliko godina nakon reformi uglavnom imaju isti zaključak: hrvatski je zdravstveni sustav, unatoč reformama, u financijskim poteškoćama. Problem financiranja zdravstvenog sustava i kontrola njegovih troškova glavni su pokretači zdravstvenih reformi koje do sada nisu uspijevale, osim privremeno, zaustaviti rast troškova te učinkovito pratiti tijek kolanja novca unutar sustava. Većina reformskih mjera u 2002. i 2006. godini bila je usmjerena prema povećanju prihoda, dok su samo neke imale utjecaj na smanjenje rashoda. Slično je pokazala i analiza zdravstvene reforme iz 2008. godine. Prije reforme su nekoliko godina sanirane bolnice, HZZO je generirao veće rashode od prihoda i zdravstveni je sustav u cjelini bio u deficitu. Reforma zdravstvenog sustava, odnosno povećanje prihoda, uspjela je privremeno stabilizirati financijsko poslovanje HZZO-a.

Reforma zdravstva iz 2008. godine polučila je povoljne i nepovoljne rezultate. Kod povoljnih se rezultata ističe financijska stabilizacija zdravstvenog sustava. U prvim godinama nakon reforme prihodi HZZO-a pokrivaju rashode te je u 2009. osjetno smanjen iznos neplaćenih dospjelih obveza, dok su dospjela dugovanja podmirena u 2010. godini.

Međutim, nastavak rasta troškova i akumulacija dospjelih dugovanja u idućim godinama, pogotovo za lijekove, pokazuju da reforma iz 2008. godine ponovno nije uspjela u dugoročnoj financijskoj stabilizaciji sustava. Osim početne financijske stabilizacije, kao pozitivan rezultat ističe se to što su diversificirani izvori prihoda, što je prvi korak prema rasterećenju plaća; zaustavljen je rast određenih kategorija rashoda za zdravstvenu zaštitu (izdaci za lijekove); smanjeno je prosječno trajanje bolovanja i broj osoba na bolovanju, zbog čega je zaustavljen rast naknada za bolovanje; napravljena su određena organizacijska unapređenja (nabava, informatizacija, plaćanje prema dijagnostičko-terapijskim skupinama); te je povećano zadovoljstvo građana zdravstvenim uslugama.

S druge strane, novi prihodi prelili su se u značajan rast izdataka za zdravstvo u jeku gospodarske krize, zdravstvene ustanove i dalje generiraju neplaćene dospelje obveze te je zbog prebacivanja dijela tereta financiranja na građane povećan udio izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima kućanstava. Reforma i dalje nije riješila problem korupcije u zdravstvu i efikasnost u poslovanju zdravstvenih ustanova.

Ostaju i neka neodgovorena pitanja. Dopunsko zdravstveno osiguranje pridonijelo je porastu prihoda, ali je saldo dopunskog zdravstvenog osiguranja negativan. Je li visina premije dopunskog zdravstvenog osiguranja dovela do nepovoljnog odabira? Budući da je cijena police dopunskog zdravstvenog osiguranja smanjena u 2013. godini, prihodi HZZO-a po toj će se osnovi smanjiti, a problem nepovoljnog odabira mogao bi se povećati, što bi moglo utjecati na veći porast rashoda dopunskog zdravstvenog osiguranja. Osim toga, nakon reforme došlo je do ujednačavanja udjela izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima kućanstava za različite dohodovne skupine. Je li doista teret financiranja jednako dostupnih zdravstvenih usluga ravnomjernije raspoređen, ili manje imućni građani odustaju od zadovoljavanja potrebe za zdravstvenim uslugama zbog porasta njihove cijene? Uz to valja napomenuti da su, unatoč određenim unapređenjima, financijski podaci o zdravstvenom sustavu i dalje oskudni i nedovoljno dostupni.

Unatoč tome što je zdravstvena reforma iz 2008. godine polučila određene pozitivne rezultate, sustav zdravstva mora se nastaviti reformirati, ali daljnji bi se reformski koraci prije svega trebali odnositi na ponudu zdravstvenih usluga.

Literatura

Banka, Henda i Allianz, 2011, *Nacionalni indeks sreće*, www.bankamagazine.hr.

Bazzoli, G. J., L. Dynan, L. R. Burns i C. Yap, 2004, "Two Decades of Organizational Change in Health Care: What Have We Learned?", *Medical Care Research and Review*, 61(3), str. 247-331.

EBRD, 2011, *Life in Transition*, London: EBRD.

Hina, 2013, *Zdravstvo u 2013. – najduži štrajk liječnika i najveća sanacija sustava*, www.hina.hr.

HZZO, 2009, *Izvešće o financijskom poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u razdoblju I. – XII. 2008. godine*, http://www.hzzo-net.hr/download/publikacije/financijsko_izvjesce_20080101_20081231.pdf.

HZZO, 2011, *Izvešće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2010. godinu*, http://cdn.hzzo.hr/wp-content/uploads/2013/10/Izvjesce_hz_1_12_2010_god.pdf.

HZZO, 2011, *Dopunsko zdravstveno osiguranje*, www.hzzo.hr.

Jafarov, E. i V. Gunnarson, 2008, "Učinkovitost državne socijalne potrošnje Hrvatskoj", *Financijska teorija i praksa*, 32 (3), str. 291-322.

Konijn, P., 2007, "Pharmaceutical Products - Comparative Price Levels in 33 European Countries in 2005", *Statistics in Focus*, 45/2007, str. 1-3.

Melck, B., M. Izmirlieva, F. Reinaud i G. Ando, 2013, "Croatia's EU Accession in the Context of International Reference Pricing: What Will Be the Wider Impact for Pricing and Reimbursement?", *IHS Healthcare and Pharma*, <http://www.ihs.com/pdfs/Croatias-EU-Accession-oct-2013.pdf>.

Mihaljek, D., 2006, "Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?" u K. Ott, ured., *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji: Izazovi sudjelovanja*, str. 265-308, Zagreb: Institut za javne financije i Zaklada Friedrich Ebert.

Ministarstvo financija, 2012, *Prijedlog Zakona o sanaciji javnih ustanova, s konačnim prijedlogom Zakona*, Zagreb: Ministarstvo financija, <http://www.vlada.hr/hr/content/download/233017/3419417/file/61.%20-%204.pdf>.

Ministarstvo zdravlja, 2012, *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020.*, Zagreb: Ministarstvo zdravlja, <http://www.zdravlje.hr/content/download/10367/75950/file/Nacionalna%20strategija%20zdravstva%20-%20za%20web.pdf>.

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, 2008, *Prijedlog reforme zdravstvenog sustava*, prezentacija, <http://www.mzss.hr/content/download/3625/30692/file/prijedlog-reforme-zdravstva.pdf>.

Odluka o utvrđivanju dopunske liste lijekova HZZO-a, *Narodne novine*, br. 120/2006.

Odluka o utvrđivanju osnovne liste lijekova HZZO-a, *Narodne novine*, br. 120/2006.

Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko, *Narodne novine*, br. 84/2001.

Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko, *Narodne novine*, br. 91/2006.

Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, *Narodne novine*, br. 150/2008.

Zakon o obveznom osiguranju, *Narodne novine*, br. 150/2008.

Zakon o obveznom osiguranju, *Narodne novine*, br. 94/2001.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Narodne novine*, br. 75/1993.

Zakon o zdravstvenom osiguranju, *Narodne novine*, br. 75/1993.

Slijepčević, S., 2009, "Mjerenje efikasnosti javne potrošnje u Hrvatskoj", doktorski rad, Zagreb: Ekonomski fakultet, Sveučilište u Zagrebu.

Svjetska banka, 1997, "Financiranje javnog sektora, reforma zdravstva i mirovinska reforma u Hrvatskoj", *Revija za socijalnu politiku*, 4(3), str. 265-285.

Svjetska banka, 2008, *Restructuring Public Finance to Sustain Growth and Improve Public Services, Croatia*, Izvještaj br. 37321-HR, Washington, DC: Svjetska banka.

Svjetska banka, 2012, *A Strategy for Smart, Sustainable and Inclusive Growth, Croatia Policy Notes*, Izvještaj br. 66673-HR, Washington, DC: Svjetska banka.

Svjetska banka, 2013, baza podataka, <http://data.worldbank.org/country/croatia>.

Švaljek, S., 2014, "The Recent Health Reform in Croatia: True Reforms or Just a Fundraising Exercise?", *Health Policy*, 115[1], str. 36–43.

UNODC i Ekonomski institut, Zagreb, 2011, *Anketno ispitivanje kućanstava o korupciji i drugim oblicima kriminala u Hrvatskoj*, Zagreb: UNDOC i Ekonomski institut, Zagreb.

Večernji list, 2012, "83.431 zaposleni u Hrvatskoj radi, a ne prima plaću", članak objavljen 30. svibnja 2012.

Vlada RH, 2013a, *Odluka o sanaciji gubitaka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje iz državnog proračuna*, Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, <http://www.vlada.hr/hr/content/download/261206/3847851/file/96.%20-%2022.pdf>.

Vlada RH, 2013b, *Smjernice ekonomske i fiskalne politike za razdoblje 2014. – 2016.*, Zagreb: Vlada Republike Hrvatske, [http://vlada.hr/hr/content/download/273366/4034205/file/Smjernice%20ekonomske%20i%20fiskalne%20politike%202014%20-2016%20%20VRH%20\[117.-%201.a\].pdf](http://vlada.hr/hr/content/download/273366/4034205/file/Smjernice%20ekonomske%20i%20fiskalne%20politike%202014%20-2016%20%20VRH%20[117.-%201.a].pdf).

Vončina, L., N. Jemai, S. Merkur, C. Golna, A. Maeda, S. Chao i A. Džakula, 2006, *Croatia: Health System Review*, Health Systems in Transition, 8[7], Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

Vončina, L., A. Džakula i M. Mastilica, 2007, "Health Care Funding Reforms in Croatia: A Case of Mistaken Priorities", *Health Policy*, 80[1], str. 144–157.

Vukina, T. i D. Nestić, 2008, "Asymmetric Information in Health Insurance: Some Preliminary Evidence from the Croatian State-Administered Supplemental Plan", *Privredna kretanja i ekonomska politika*, 18 [115], str. 25–47.

Zrinščak, S., 2007, "Zdravstvena politika Hrvatske: u vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova", *Revija za socijalnu politiku*, 14[2], str. 193–220.

II

ŠTO MORAMO ZNATI O ZDRAVSTVENOM OSIGURANJU I PRIVATNIM IZDACIMA ZA ZDRAVSTVO?

3. Privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj

Danijel Nestić i Ivica Rubil

3.1. Uvod

Ukupni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj posljednjih se godina kreću na razini od oko 8 posto BDP-a [WHO, 2010], što je na razini prosjeka za srednjoeuropske zemlje. Najveći dio tih izdataka su javni izdaci, dok su privatni izdaci vrlo niski, naročito ako se uspoređuju s iznosima koji se izdvajaju u drugim zemljama. Istraživanja pokazuju da struktura financiranja može imati implikacije za zdravstvene ishode, premda ne mora biti odlučujući faktor. Jafarov i Gunnarsson [2008] su utvrdili, na temelju analize omeđivanja podataka iz uzorka od 37 zemalja, da bi u hrvatskom zdravstvenom sustavu bilo moguće iste, ili čak bolje rezultate postići uz niže troškove. Tumače da bi se učinkovitost mogla povećati smanjivanjem potražnje za zdravstvenim uslugama i promjenom strukture izvora financiranja, pokazujući da je veća privatna potrošnja povezana s povećanom relativnom efikasnošću. Iz toga izvlače zaključak da bi povećanje privatnih izdataka, odnosno participacije, moglo pomoći racionalizaciji, baš kao i jačanje privatnih zdravstvenih osiguranja.

Iako je u domaćoj literaturi bilo radova koji su analizirali strukturu izdataka za zdravstvo, oni su se ili zadržali na osnovnoj podjeli izdataka na javno i privatno financiranje [na primjer Barić i Smolić, 2008] ili su detaljnije razmatrali samo financiranje od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje [na primjer Barić i Smolić, 2011], ili su razmatrali posljedice starenja stanovništva na izdatke za zdravstvo [na primjer Obadić i Smolić, 2008]. Dio studija razmatrao je raspodjelu tereta financiranja između javnih i privatnih izvora u okviru reformi zdravstvenog sustava koje su poduzete ili bi se trebale poduzeti u Hrvatskoj [na primjer, Švaljek, 2014; Vončina et al., 2007; Mihaljek, 2006]. Međutim, o iznosima i karakteristikama privatnih izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj malo se zna, naročito o distribuciji tih izdataka među različitim socio-ekonomskim skupinama stanovništva.

Ovim se radom, stoga, želi pružiti više informacija o stanju privatnih izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj, usporediti ih sa stanjem u drugim europskim zemljama, te se posebno osvrnuti na dio izdataka koji se troši izravno za kupovinu lijekova, medicinske opreme,

plaćanja usluga, participacije i slično, a koji se kolokvijalno još nazivaju i plaćanjima "iz džepa". Osnovne informacije o izravnim plaćanjima za zdravstvo preuzete su iz Ankete o potrošnji kućanstva za 2010. godinu. Anketni podaci dobar su izvor za razmatranje strukture izravnih izdataka kućanstva u pogledu svrhe, karakteristika osoba i kućanstava koje ih poduzimaju, te distribucijskih svojstava.

Rad je podijeljen u pet dijelova. Nakon uvoda, u drugom se dijelu visina i struktura izdatka za zdravstvo u Hrvatskoj uspoređuju s drugim europskim zemljama te se razmatra ovisnost opaženih razlika u strukturi o razini razvijenosti i demografskoj strukturi. U trećem se dijelu na temelju anketnih podataka detaljnije razmatraju izravni privatni izdaci za zdravstvo te njihova povezanost s ključnim karakteristikama kućanstva. U četvrtom se dijelu razmatraju odrednice sklonosti građana kupovini dopunskog zdravstvenog osiguranja. Posljednji, peti, dio donosi zaključna razmatranja.

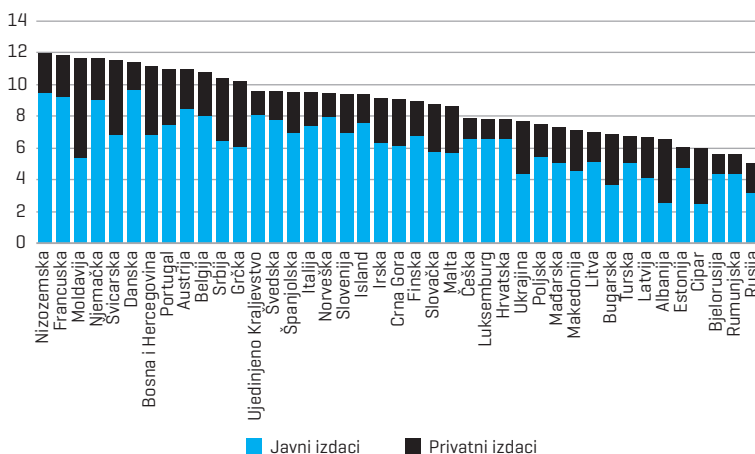
3.2. Međunarodne usporedbe strukture financiranja zdravstva

Prema udjelu ukupnih izdataka za zdravstvo u BDP-u, Hrvatska ponešto zaostaje za razvijenim zemljama EU-a. No, ukupni su zdravstveni izdaci u Hrvatskoj ipak veći nego u većini novih članica EU-a i drugih istočnoeuropskih zemalja (slika 3.1). Tako se prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije u Hrvatskoj 2010. godine za zdravstvo izdvajalo 7,8 posto BDP-a [WHO, 2010].¹ Od novih članica EU-a, više su izdvajale samo Slovenija, Slovačka i Češka. Međutim, prema strukturi izdvajanja Hrvatska se ističe niskim privatnim izdacima za zdravstvo. Oni su procijenjeni na 1,2 posto BDP-a, po čemu je Hrvatska na samom europskom začelju.

Slična je situacija s udjelom privatnih izdataka u ukupnim izdacima, koji su 2010. godine iznosili tek nešto više od 15 posto, što je udio po kojem je Hrvatska usporediva s Danskom, Luksemburgom, Norveškom i Ujedinjenim Kraljevstvom (slika 3.2). Međutim, prema razini razvijenosti, geografskim ili drugim karakteristikama, čini se da Hrvatska ne bi trebala pripadati ovoj skupini zemalja. Usporedbom neponderiranih prosjeka za četiri različite skupine zemalja – cijela Europa, zemlje EU-a, nove članice EU-a, europske zemlje izvan EU-a – proizlazi da su najveći udio privatnih izdataka u ukupnima (34,4 posto) imale zemlje izvan EU-a. Nove članice EU-a imale su udio od 31,8 posto, dok su "stare" članice EU-a sa svojim nižim udjelima pridonijele da je prosjek cijele EU niži, 27,4 posto, ali još uvijek znatno viši nego u Hrvatskoj.

¹ U trenutku pisanja rada posljednji dostupni podaci odnosili su se na 2010. godinu. U međuvremenu su se pojavili i podaci za 2011. godinu. Promjene u relativnoj veličini i strukturi izdataka u odnosu na 2010. godinu su neznatne, kako za Hrvatsku tako i za druge zemlje, tako da je analiza na bazi podataka za 2010. godinu i dalje aktualna.

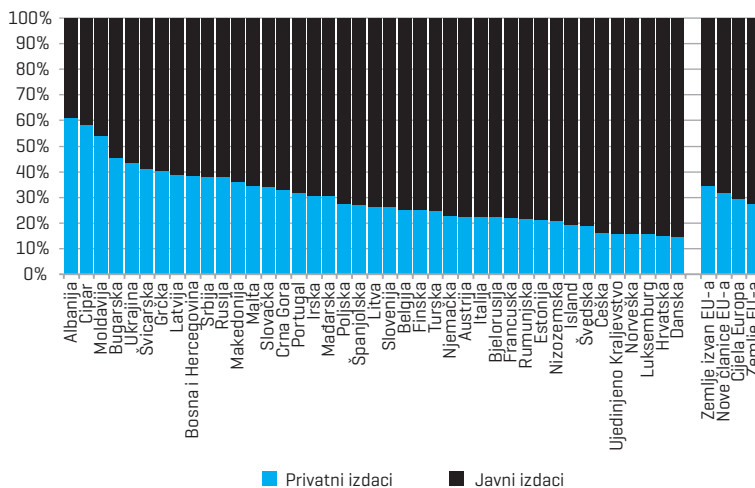
Slika 3.1. Izdaci za zdravstvo u europskim zemljama 2010. godine, u % BDP-a



Napomena: "Nove članice EU-a" su deset zemalja koje su pristupile Europskoj uniji 2004. godine, s dodatkom Bugarske i Rumunjske.

Izvor: WHO [2010].

Slika 3.2. Struktura ukupnih izdataka za zdravstvo u europskim zemljama 2010. godine

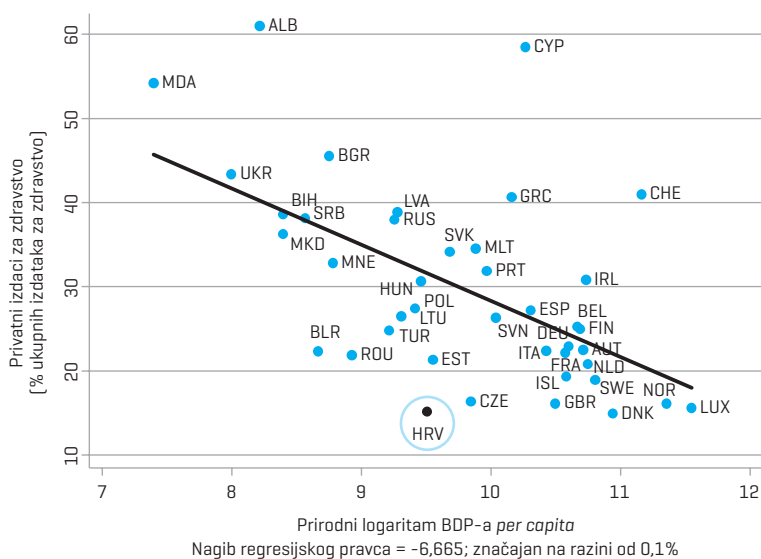


Napomena: "Nove članice EU-a" su deset zemalja koje su pristupile Europskoj Uniji 2004. godine, s dodatkom Bugarske i Rumunjske.

Izvor: WHO [2010].

Pregled po zemljama pokazuje da bi struktura ukupnih izdataka za zdravstvo mogla biti povezana s razinom razvijenosti. Na to puno izravnije upućuje slika 3.3 na kojoj je udio privatnih izdataka u ukupnim izdacima za zdravstvo [okomita os] stavljen u odnos s razinom razvijenosti mjerenom logaritmom bruto domaćega proizvoda *per capita* [vodoravna os]. Negativan nagib regresijskog pravca, odnosno negativan i statistički značajan koeficijent smjera, izračunat na osnovi ocjene jednostavne regresije na uzorku europskih zemalja, upućuje na pad udjela privatnih u ukupnim izdacima za zdravstvo kako raste razina razvijenosti. Procijenjeni koeficijent smjera -6,7 znači da, u prosjeku, povećanje BDP-a *per capita* od 10 posto smanjuje udio privatnih u ukupnim izdacima za 0,67 postotnih bodova. Veza je statistički značajna, ali kvantitativno nije snažna. Što se tiče položaja Hrvatske, valja zamijetiti da je ona netipična zemlja, odnosno da znatno odstupa od utvrđenog obrasca veze i nalazi se daleko ispod regresijske linije s izrazito niskim udjelom privatnih izdataka u ukupnim izdacima za zdravstvo.

Slika 3.3. **Odnos privatnih izdataka za zdravstvo i bruto domaćega proizvoda *per capita*, 2010. godina**



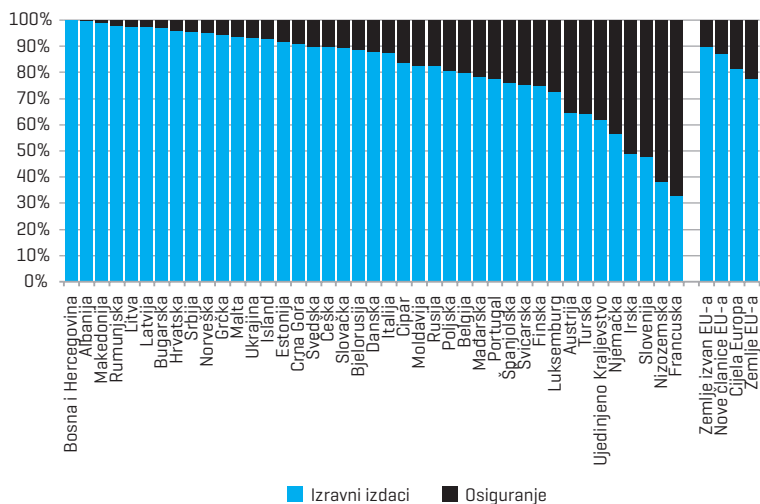
Napomena: BDP *per capita* izražen je u američkim dolarima po tekućim cijenama za 2010. godinu.

Izvor: Izračun autora na temelju podataka Svjetske zdravstvene organizacije za udio privatnih izdataka (WHO, 2010) i Svjetske banke za BDP *per capita* (World Bank, 2010).

Privatne izdatke za zdravstvo čine dva osnovna oblika - izravni izdaci za zdravstvo [“iz džepa”; engl. *out-of-pocket*] i izdaci za privatno zdravstveno osiguranje. Postoje i drugi

oblici, poput izravnih izdvajanja poduzeća ili neprofitnih organizacija, ali oni su obično manje značajni. Na slici 3.4 prikazana je podjela privatnih izdataka na spomenute dvije glavne komponente za europske zemlje u 2010. godini. Hrvatska se nalazi u skupini zemalja s vrlo niskim udjelom izdataka za privatno zdravstveno osiguranje u ukupnim privatnim izdacima za zdravstvo. Dodamo li tome činjenicu da Hrvatska ima općenito nizak udio ukupnih privatnih izdvajanja za zdravstvo, proizlazi da su izdaci za privatno zdravstveno osiguranje u odnosu na veličinu ekonomije gotovo zanemarivi (manji od 0,05% BDP-a).

Slika 3.4. **Struktura privatnih izdataka za zdravstvo u europskim zemljama 2010. godine**



Napomena: "Novo članice EU-a" su deset zemalja koje su pristupile Europskoj uniji 2004. godine, s dodatkom Bugarske i Rumunjske.

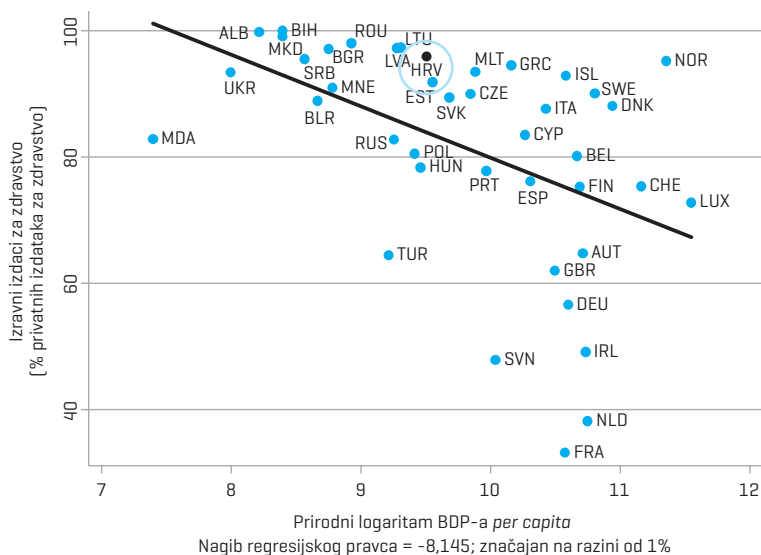
Izvor: Svjetska zdravstvena organizacija [WHO, 2010].

Hrvatska očito zaostaje u razvoju tržišta privatnih tipova zdravstvenoga osiguranja. Dok je u slučaju udjela privatnih u ukupnim izdacima [slika 3.2] Hrvatska bila u društvu visokorazvijenih zapadnoeuropskih i skandinavskih zemalja, ovdje se [slika 3.4], s udjelom izdataka privatnih osiguranja u ukupnim privatnim izdacima od samo 4,1 posto, nalazi u skupini s najmanje razvijenim europskim zemljama poput Bosne i Hercegovine, Albanije, Makedonije, Rumunjske, Litve, Latvije, Bugarske i Srbije. Većina visokorazvijenih zemalja imala je raširenu ulogu privatnih osiguranja, a posljedično i manji udio izravnih izdataka u ukupnim privatnim izdacima. Četiri zemlje [Irska, Slovenija, Nizozemska i Francuska] imaju udio izdataka privatnih osiguranja veći od udjela izravnih izdataka. Pogledamo li prosjeke za četiri široke skupine zemalja, primjećujemo da je obrazac isti kao u slučaju

udjela privatnih u ukupnim izdacima: najveći udio izravnih u ukupnim privatnim izdacima imale su zemlje izvan EU-a, druge su po redu bile nove članice EU-a, zatim Europa u cjelini, i na kraju zemlje članice EU-a. Hrvatska je prema ovom pokazatelju bila najslabija zemljama izvan EU-a.

Stupanj gospodarske razvijenosti mogao bi utjecati na strukturu privatnih izdataka, prije svega zbog povezanosti s razvijenošću sustava privatnih zdravstvenih osiguranja, i u tom smislu na manju potrebu izravnih plaćanja "iz džepa" građana. Takva je veza razmotrena i prikazana na slici 3.5. Povezanost BDP-a po stanovniku i udjela izravnih privatnih izdataka u ukupnim privatnim izdacima za zdravstvo negativna je i statistički značajna. Procijenjeni koeficijent smjera regresijskog pravca od -8,1 upućuje na negativnu linearnu vezu koja implicira da, u prosjeku, zemlje s 10 posto većim BDP-om *per capita* imaju 0,81 postotnih bodova manji udio izravnih izdataka u ukupnim privatnim izdacima. Opažena je veza relativno slaba, ali dovoljno ilustrativna. Hrvatska s obzirom na svoju razinu BDP-a *per capita* ima udio izravnih izdataka u ukupnim privatnim izdacima znatno viši od očekivanja.

Slika 3.5. **Odnos izravnih izdataka za zdravstvo i bruto domaćega proizvoda *per capita*, 2010. godina**

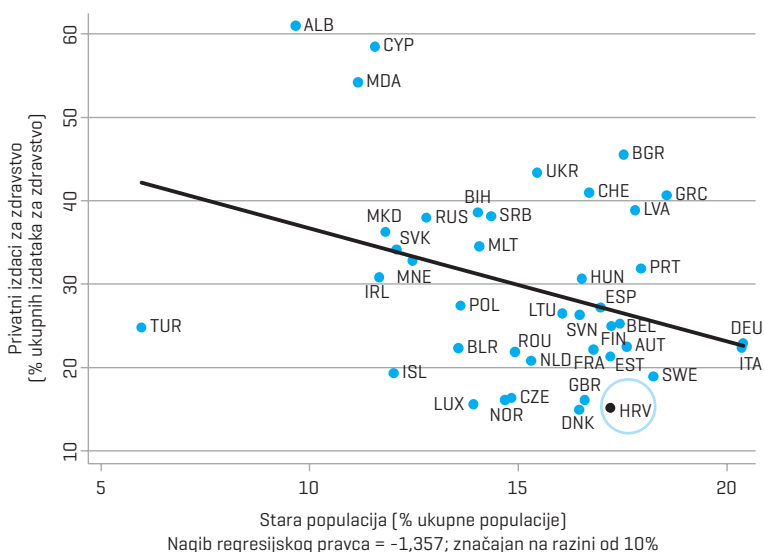


Napomena: BDP *per capita* izražen je u američkim dolarima po tekućim cijenama za 2010. godinu.

Izvor: Izračun autora na temelju podataka Svjetske zdravstvene organizacije (privatni izdaci) i Svjetske banke (BDP *per capita*).

Dobna struktura stanovništva jedna je od potencijalno važnijih odrednica prosječnoga zdravstvenog stanja nacije, a time i potražnje za zdravstvenom zaštitom, što javnom što privatnom. Slika 3.6 prikazuje odnos između udjela privatnih u ukupnim zdravstvenim izdacima i udjela populacije stare 65 ili više godina u ukupnoj populaciji. Veza je negativna i statistički značajna [na razini od 10 posto]. Procijenjeni koeficijent od $-1,36$ implicira da, u prosjeku, zemlje s 10 postotnih bodova većim udjelom populacije treće životne dobi imaju 13,6 postotnih bodova manji udio privatnih u ukupnim izdacima. Jedno od mogućih objašnjenja za takvu vezu polazi od pretpostavke da starija populacija preferira javno financiranje zdravstva, a kroz proces demokratskih izbora njihove preferencije se u većoj mjeri izglasavaju u zemljama u kojima starije osobe čine veći dio stanovništva. Što se Hrvatske tiče, ona u usporedbi sa zemljama sličnoga udjela starije u ukupnoj populaciji ima najmanji udio privatnih u ukupnim zdravstvenim izdacima. U sličnoj su analizi Obadić i Smolić [2008] pronašli da je porast udjela starijeg stanovništva u ukupnom stanovništvu u europskim zemljama tijekom 2004. godine utjecao na porast državnih izdataka za socijalnu i zdravstvenu skrb.

Slika 3.6. **Odnos privatnih izdataka za zdravstvo i udjela stare populacije u ukupnoj populaciji, 2010. godina**

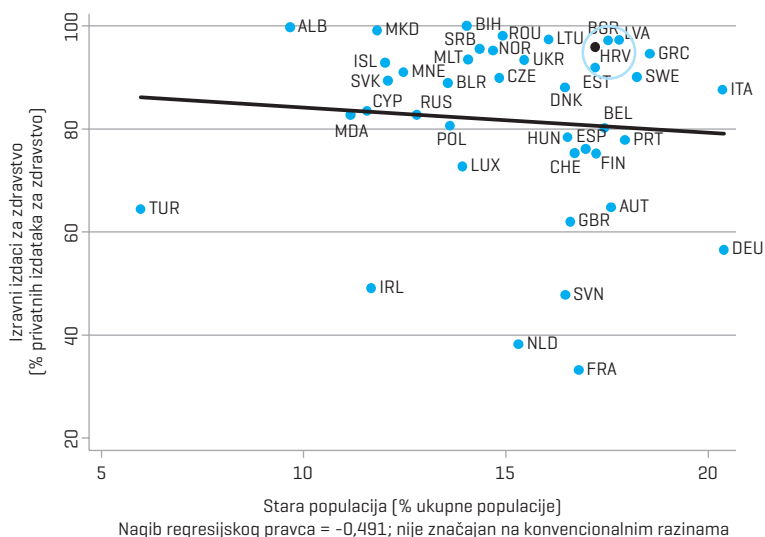


Napomene: Stara populacija definirana je kao stanovništvo u dobi 65 i više godina.

Izvor: Izračun autora na temelju podataka Svjetske zdravstvene organizacije [WHO, 2010].

Za razliku od strukture ukupnih izdataka za zdravstvo, struktura privatnih izdataka nije značajno povezana s udjelom staračke u ukupnoj populaciji. Linearna veza koja govori o manjem udjelu izravnih izdataka [odnosno većem udjelu izdataka za privatno osiguranje] kod zemalja sa starijim stanovništvom prikazana je na slici 3.7, no ona nije statistički značajna.

Slika 3.7. **Odnos izravnih izdataka za zdravstvo i udjela stare populacije u ukupnoj populaciji**



Napomena: Stara populacija definirana je kao stanovništvo u dobi 65 i više godina.

Izvor: Izračun autora na temelju podataka Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2010).

Ukupno gledano, usporedba s europskim zemljama pokazuje da Hrvatska ima manje privatne izdatke za zdravstvo nego što bi to očekivali s obzirom na razinu razvijenosti i udio starijeg stanovništva. Isto tako, Hrvatska ima veću proporciju izdvajanja izravno "iz džepa" u odnosu na druge oblike privatnih izdataka. Proizlazi da je struktura izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj primarno rezultat izabrane zdravstvene politike koji je dovela do znatnih odstupanja u odnosu na druge zemlje, a ne rezultat strukturnih faktora.

3.3. Analiza izravnih izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj

U nastavku se fokus istraživanja usmjerava na izravne privatne izdatke kućanstava i ovisnost tih izdataka o karakteristikama kućanstva. Podaci su prikupljeni iz Ankete o potrošnji kućanstava (APK) za 2010. godinu kada je uspješno intervjuirano 3.461 kućanstvo i prikupljeni su podaci o 9.614 osoba. Podaci o izdacima prikupljaju se samo na razini kućanstva. Za potrebe ove analize, ukupni izdaci kućanstva podijeljeni su veličinom kućanstva (mjerenom brojem članova kućanstva) kako bi se dobila vrijednost izdataka po članu kućanstva [*per capita*]. Dobiveni izdatak po članu kućanstva tada je pripisan svakom članu kućanstva u jednakom iznosu. Premda je jasno da su neki članovi kućanstva trošili više, a drugi manje, točnu raspodjelu unutar kućanstva nije bilo moguće identificirati na temelju informacija dostupnih iz Ankete. Za usporedbu opterećenja kućanstva izdacima za zdravstvo, razmatrali smo omjer zdravstvenih i ukupnih izdataka, pri čemu ukupni izdaci čine zbroj svih tekućih izdataka kućanstva, registriranih u Anketi. Kao pokazatelj životnog standarda kućanstva koristi se ukupan dohodak kućanstva. Dohodak je definiran u skladu sa statističkim standardima, a čine ga zarade, dohoci od samostalne djelatnosti, dohoci od imovine, primici po osnovi socijalnih osiguranja, različiti oblici socijalnih pomoći te drugi državni i privatni transferi.

Posebna je pozornost posvećena izdacima za zdravstvo. U Anketi se prati 11 kategorija izdataka koji se mogu grupirati u tri osnovne skupine - izdatke za medicinske proizvode, izdatke za usluge bolničkog liječenja i izdatke za usluge izvanbolničkog liječenja. Izdaci za kupovinu police dopunskog zdravstvenog osiguranja nisu uključeni u zdravstvene izdatke razmatrane u ovom poglavlju jer se oni prema statističkim konvencijama (COICOP međunarodna klasifikacija izdataka kućanstava) smatraju izdacima za osiguranja, a ne izdacima za zdravstvo.

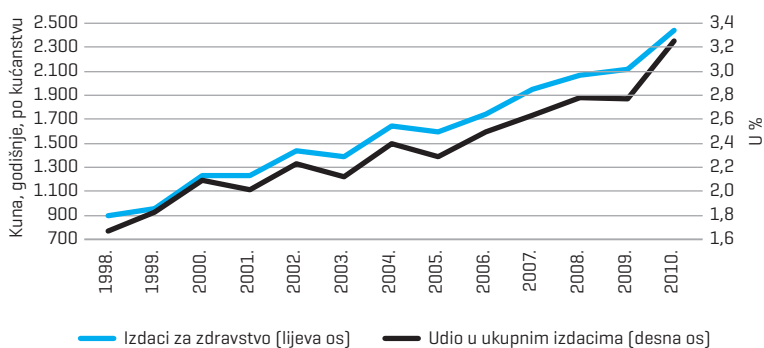
Izravni izdaci za zdravstvo uspoređuju se po različitim demografskim i socio-ekonomskim skupinama stanovništva na temelju apsolutnih i relativnih iznosa, pri čemu relativnim iznosima smatramo udjele izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima kućanstva. Osim toga, kako bismo došli do zaključka o važnosti pojedinih obilježja osoba i kućanstava u ukupnom skupu njihovih obilježja pod pretpostavkom *ceteris paribus* ["uz sve ostalo nepromijenjeno"], prikazani su i rezultati ocjene višestruke linearne regresije koja uključuje ključne determinante izravnih privatnih izdataka za zdravstvo.

Službeno objavljeni podaci o potrošnji kućanstava (DZS, 1998–2010) pokazuju da ukupni izravni privatni izdaci za zdravstvo kontinuirano rastu i u apsolutnim i u relativnim terminima. Dok su 1998. oni iznosili prosječno 900 kuna godišnje po kućanstvu ili 1,7 posto ukupnih izdataka, u 2010. su iznosili oko 2.440 kuna po kućanstvu ili 3,2 posto

ukupnih izdataka [slika 3.8]. To znači da je rast izravnih privatnih izdataka za zdravstvo u razdoblju 1998.-2010. iznosio 8,7 posto godišnje. Švaljek (2014) navodi da je rast izdataka proračuna središnje države za zdravstvo uključujući socijalnu skrb povećan sa 17,8 milijardi kuna u 2005. godini na 26,0 milijardi 2010. godine, što predstavlja prosječni godišnji rast od 7,9 posto. Čak i ako se isključi utjecaj inflacije i promatra realni rast izdataka, on je također bio znatan - prosječno 5,6 posto godišnje.

Na osnovi iznesenih podataka može se procijeniti i obujam izravnih privatnih izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj. Prema popisu stanovništva iz 2011., u Hrvatskoj je bilo oko 1,53 milijuna privatnih kućanstava. Ako je svako kućanstvo trošilo prosječno 2.440 kuna kao u 2010. godini, to znači da se oko 3,75 milijardi kuna trošilo za zdravstvo. S obzirom na moguću statističku pogrešku u anketama zbog korištenja uzorka, moglo bi se s procijeniti da tržište izravnih privatnih izdataka vrijedi između 3,5 i 4 milijarde kuna, što je između 1,1 i 1,2 posto BDP-a. Takva je procjena konzistentna s prethodno iznesenim procjenama Svjetske zdravstvene organizacije (WHO, 2010).

Slika 3.8. **Izravni privatni izdaci za zdravstvo, 1998.-2010.**



Izvor: Državni zavod za statistiku [Rezultati Ankete o potrošnji, različiti brojevi].

Na temelju individualnih podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010. godinu, koji su nam bili na raspolaganju, proizlazi da su izravni izdaci za zdravstvo iznosili 836 kuna po članu kućanstva, što je 3,3 ukupnih izdataka za potrošnju po članu (*per capita*). Može se primijetiti kako se navedeni udio izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima [3,3 posto] malo razlikuje u odnosu na ranije prezentirane službene podatke DZS-a [3,2 posto]. Razlika između naših izračuna na temelju individualnih podataka iz APK i službenih podataka, može proizlaziti iz nekih tehničkih detalja i/ili elemenata imputacije nekih izdataka koje koristi DZS, a koje nije bilo moguće potpuno rekonstruirati iz podataka koji

su nam bili na raspolaganju. Međutim, smatramo da su razlike dovoljno male da se mogu zanemariti. U strukturi su izravnih izdataka oko 3/4 činili izdaci za medicinske proizvode, dok su izdaci za usluge izvanbolničkoga liječenja činili oko 20 posto izravnih zdravstvenih izdataka (tablica 3.1). Najmanji, gotovo zanemariv, dio izravnih izdataka činili su izdaci za usluge bolničkoga liječenja. Očito se bolničko liječenje, kao najsloženiji oblik medicinskih usluga, ipak u najvećoj mjeri financira iz javnih izvora, uz relativno nisku participaciju građana.

Uz prosječne izdatke, informativna je i distribucija izdataka po kućanstvima. Tako u razmatranju udjela izravnih izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima, tablica 3.2 pokazuje da skoro 20 posto stanovništva uopće nije imalo izravnih izdataka u šest mjeseci koji su prethodili anketiranju (toliko je "razdoblje prisjećanja" za izdatke za zdravstvo, osim za farmaceutske proizvode). Izdvajanja za zdravstvo manja od 3 posto ukupnih izdataka imalo je oko 2/3 stanovništva. Samo je relativno mali dio populacije, manji od 6 posto, za zdravstvo izravno iz "džepa" izdvajao više od 10 posto svojih ukupnih izdataka.

Tablica 3.1. **Izravni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, 2010.**

	Prosjek [kuna <i>per capita</i> , godišnje]	Udio [% ukupnih izdataka]
Izravni izdaci za zdravstvo	836	3,3
- za medicinske proizvode	628	2,4
- za usluge izvanbolničkog liječenja	187	0,8
- za usluge bolničkog liječenja	20	0,1
Ukupni izdaci kućanstva	26.074	100,0

Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Tablica 3.2. **Distribucija udjela izravnih izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima**

Udio izdatka za zdravstvo u ukupnim izdacima kućanstava	Udio stanovništva [u %]
0%	19,4
0-1%	14,2
1-3%	33,5
3-5%	14,6
5-10%	12,6
+10%	5,7

Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Jedno od važnih razmatranja kod privatnih zdravstvenih izdataka odnosi se na razlike između siromašnih i bogatih kućanstava. U potrazi za odgovorom na to pitanje ukupno je stanovništvo podijeljeno prema visini dohotka po članu kućanstva na kvintile,

odnosno na pet skupina s po 20 posto stanovništva u svakoj, pri čemu se u najnižem, prvom kvintilu nalazi 20 posto osoba koje žive u kućanstvima s najnižim dohotkom po članu [najsiriromašnija kućanstva], dok se u najvišem, petom, kvintilu nalazi 20 posto osoba koje žive u kućanstvima s najvećim dohotkom po članu [najbogatija kućanstva]. Podaci prikazani u tablici 3.3 pokazuju da su bogatija kućanstva imala apsolutno veće izravne izdatke za zdravstvo, pri čemu su njihovi prosječni izdaci po osobi [1.550 kuna] bili trostruko veći od izdataka petine najsiromašnijih građana [516 kuna]. Što se tiče udjela u ukupnim izdacima, on monotono raste od prvoga prema petome kvintilu. Međutim, kod udjela razlike nisu tako izrazite kao kod apsolutnih iznosa pa je tako udio u ukupnim izdacima za najimućnije [3,8 posto] bio samo jedan postotni bod veći nego za najsiromašnije [2,9 posto]. Treba napomenuti da bi razlika između udjela za 3. i 4. kvintil, kao i za 4. i 5., možda i nestala kada bi se u obzir uzele statističke pogreške zbog uzorkovanja.

Tablica 3.3. **Izravni izdaci za zdravstvo po kvintilima dohotka *per capita***

Kvintil	Prosječni izdaci za zdravstvo [kuna <i>per capita</i> godišnje]	Udio izdatka za zdravstvo [% ukupnih izdataka]
1. (najsiriromašnijih 20%)	516	2,9
2.	605	2,9
3.	734	3,1
4.	984	3,4
5. (najbogatijih 20%)	1.550	3,8

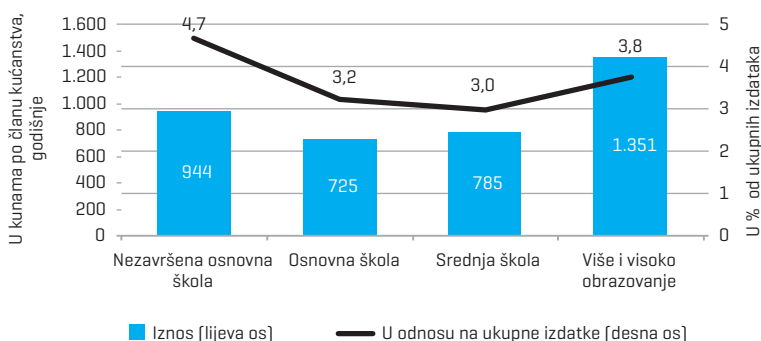
Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Osim dohotka, važna odrednica privatne zdravstvene potrošnje moglo bi biti obrazovanje. Spomenuli smo da na temelju podatka iz APK-a izdatke za zdravstvo nije moguće precizno vezati uz određenu osobu, već raspolažemo visinom izdataka po članu kućanstva i profilom osoba u kućanstvu. Kako se može pretpostaviti da je odluka o zdravstvenim izdacima dobrim dijelom određena odlukama nositelja kućanstva, ima smisla visinu izdatka promatrati prema obrazovanju nositelja kućanstva. I doista, pokazuju se osjetne razlike u apsolutnim i relativnim izdacima prema ovom kriteriju [slika 3.9].

U apsolutnom iznosu, najveće izravne izdatke za zdravstvo imala su kućanstva u kojima je nositelj osoba s višim ili visokim obrazovanjem [u prosjeku 1.479 kuna po članu]. To ne iznenađuje, budući da je razina obrazovanja u prosjeku najznačajnija odrednica visine dohotka, a veći dohodak omogućuje i veće izravne izdatke za zdravstvo. No više obrazovanje može biti povezano sa zdravijim životnim stilom, kao i s boljim prepoznavanjem važnosti zdravstvene njege, na što dijelom upućuje i iznadprosječni udio izdatka za zdravlje u ukupnih izdacima [3,8 posto]. Izdaci kućanstava u kojima nositelj ima

nezavršenu osnovnu školu na drugom su mjestu po apsolutnim iznosima [911 kuna po članu] što je najvjerojatnije posljedica činjenice da većinu takvih kućanstava čine starije osobe. Njihovi veći izdaci u odnosu na one s osnovnom i srednjom školom više su odraz dobne strukture nego povezanosti razine obrazovanja s dohotkom ili preferencijama. Budući da starije osobe slabijeg obrazovanja često imaju vrlo niske dohotke, izravni izdaci za zdravstvo čine veći udio u njihovim ukupnim izdacima [4,7 posto] nego kod ostalih obrazovnih skupina.²

Slika 3.9. **Izravni izdaci za zdravstvo prema obrazovanju nositelja kućanstva**



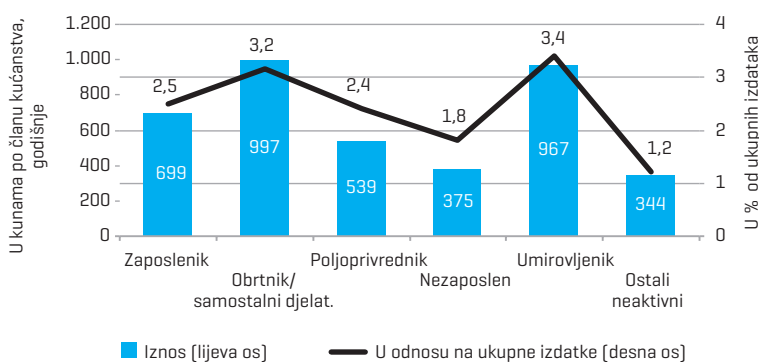
Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Status na tržištu rada također može biti važna determinanta zdravstvenih izdataka. Kao i u slučaju obrazovanja, promatra se prosječna potrošnja kućanstava prema statusu nositelja kućanstva [slika 3.10]. Najveće izravne izdatke za zdravstvo imala su kućanstva u kojima je nositelj obrtnik/samostalni djelatnik [prosječno 997 kuna po članu] ili umirovljenik [967 kuna], dok su najmanje imali neaktivni [344 kune] i nezaposleni [375 kunu]. Relativno visoki izdaci u kućanstvima s nositeljem uključenim u samostalnu djelatnost proizlaze iz činjenice da su oni imućniji od ostalih skupina, na što upućuje i visina njihove ukupne potrošnje/izdataka, koja je prema podacima iz APK-a 20-ak posto veća od prosjeka za Hrvatsku. No, isto tako, obrtnici su i nešto starija populacija od prosjeka. Relativno visoki izdaci umirovljeničkih kućanstava mogu se povezati prije svega s većom potrebom za medicinskim proizvodima i uslugama kod osoba starije dobi. S druge strane, sasvim je izvjesno da su niži izdaci kućanstava predvođenih neaktivnim i nezaposlenim osobama u vezi s njihovim relativno niskim životnim standardom. Izuzetno niska privatna zdravstvena potrošnja u apsolutnom i relativnom smislu upućuje

² Kako bi se bolje razmotrili simultani utjecaji obrazovanja, dohotka, dobi, mjesta stanovanja i drugih faktora, nešto kasnije u radu prikazuju se rezultati ocjene regresijske jednadžbe za izravne izdatke za zdravstvo koji istovremeno uključuju sve ove faktore.

na mogućnost da se u takvim kućanstvima štedi upravo na izdacima za zdravstvo, što znači da je javni zdravstveni sustav u slučaju bolesti u takvim kućanstvima skoro isključivi nositelj zdravstvene zaštite. Gotovo isti obrazac slijede i udjeli izravnih izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima, pri čemu su najveći udio kućanstva s umirovljenim nositeljem [3,4 posto], a najmanji kućanstva s neaktivnom osobom [1,2 posto]. Ovdje još valja reći da je osim prema statusu nositelja kućanstva izdatke moguće promatrati i prema statusu same osobe, odnosno promatrati prosječne izdatke po članu za sve osobe određenog statusa. I u takvom razmatranju dobiveni su slični rezultati pa najveće izdatke za zdravstvo imaju umirovljenička i obrtnička kućanstva, a najmanje ona s nezaposlenim i neaktivnim članovima, zbog čega ti rezultati nisu posebno prikazani.

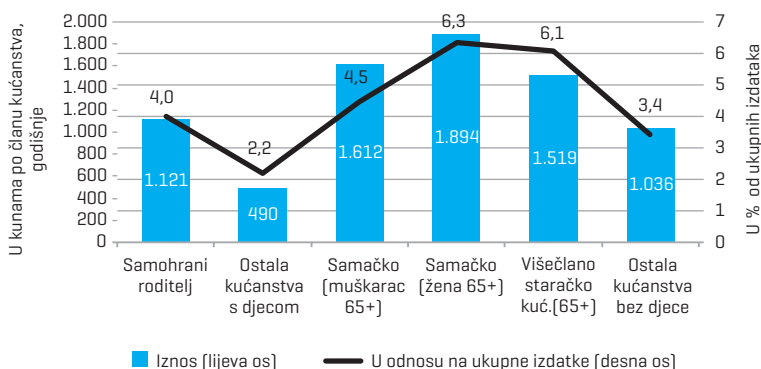
Slika 3.10. **Izravni izdaci za zdravstvo prema statusu aktivnosti nositelja kućanstva**



Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Izdaci za zdravstvo mogu se promatrati i prema tipu kućanstva. Slika 3.11 pokazuje da su apsolutni iznosi izravnih izdataka za zdravstvo najveći u kućanstvima s članovima starije životne dobi [65 ili više godina]. Naime, najveće izdatke imaju starije žene koje žive same [1.894 kune], a zatim stariji muškarci samci [1.612 kuna] te osobe iz višečlanih staračkih kućanstava [1.518 kuna po članu]. Osobe iz ta tri tipa kućanstva imaju i najveće udjele izravnih izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima. Ovdje je očito presudna dob kao ključna odrednica zdravstvenoga stanja i, posljedično, povećane potrebe koje se pretvaraju u potražnju za medicinskim proizvodima te uslugama bolničkoga i izvanbolničkoga liječenja.

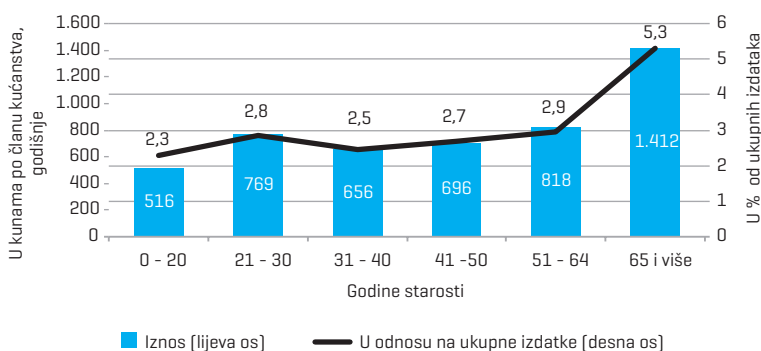
Slika 3.11. Izravni izdaci za zdravstvo prema tipu kućanstva u kojem osoba živi



Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Dob je jedna od ključnih odrednica visine izravnih izdataka za zdravstvo, što se može pokazati i izravno, podjelom stanovništva na određene dobne skupine i razmatranjem njihove prosječne zdravstvene potrošnje. Rezultati na slici 3.12 pokazuju da za dobne skupine ispod 65 godina postoji tek iznimno blag uzlazan trend izdatka u apsolutnom i relativnom smislu kako se pomičemo prema višim dobnim skupinama. Međutim, izravni su izdaci za zdravstvo za skupinu osoba starijih od 65 godina znatno veći nego za ostale skupine, što na najizravniji način upućuje na relevantnost dobi kao odrednice izravnih privatnih izdataka za zdravstvo.

Slika 3.12. Izravni izdaci za zdravstvo prema dobi



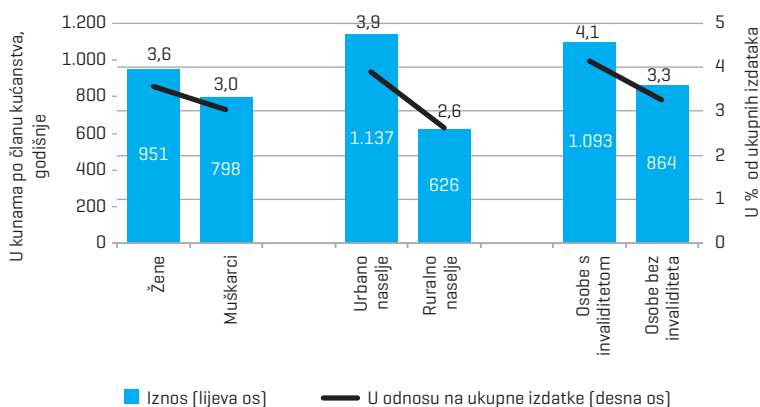
Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Podjela populacije po drugoj važnoj demografskoj karakteristici, spolu, otkriva da su izravni izdaci za zdravstvo kod žena nešto viši nego kod muškaraca. Slika 3.13 pokazuje da su žene u prosjeku imale izravne izdatke u iznosu od 951 kunu, dok su izdaci muškaraca bili 798 kuna. Udio izravnih izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima također je nešto veći kod žena (3,6 posto) nego kod muškaraca (3,0 posto).

Znatne razlike u izravnim privatnim izdacima za zdravstvo postoje i s obzirom na tip naselja. Kućanstva u urbanim naseljima izdvajaju u prosjeku gotovo 80 posto više od kućanstava iz ruralnih područja (1.137 kuna po članu prema 626 kuna po članu), s time da se ta razlika može objasniti dohotkom, koji je viši u gradovima, posebice većim, ali i drugim faktorima poput preferencija ili dostupnosti privatnih usluga.

Kućanstva u kojima žive osobe s invaliditetom imala su, očekivano, veće izravne izdatke za zdravstvo nego kućanstva u kojima nema osoba s invaliditetom. Kako pokazuje slika 3.13, osobe s invaliditetom žive u kućanstvima koja su imala više od 200 kuna veće izravne izdatke nego ostala kućanstava (1.093 kune po članu u odnosu na 864 kune), a udio u ukupnim izdacima bio im je za oko 0,8 postotnih bodova veći.

Slika 3.13. **Izravni izdaci za zdravstvo prema spolu, području stanovanja i invaliditetu**

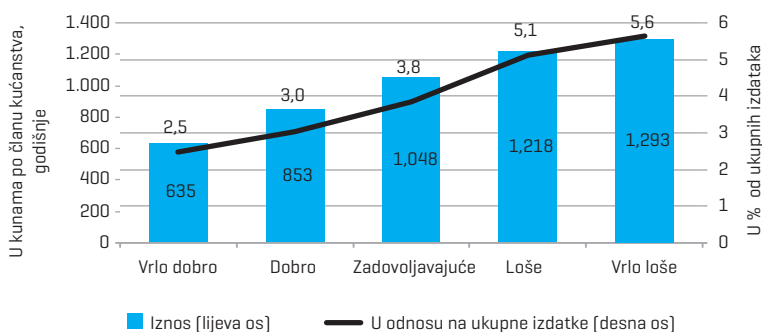


Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Vrlo važna dimenzija zdravstvene potrošnje povezana je sa zdravstvenim stanjem osoba koje se odlučuju na izravna privatna plaćanja za lijekove i usluge. Iako u Anketi o potrošnji kućanstava ne postoje pokazatelji objektivnog zdravstvenog statusa ispitanika, raspoloživi su podaci o subjektivnoj ocjeni tog stanja. Postoji ukupno pet modaliteta obilježja subjektivnog zdravstvenog stanja, od vrlo lošeg do vrlo dobrog. Slika

3.14 prikazuje apsolutne i relativne iznose potrošnje prema takvoj subjektivnoj ocjeni zdravstvenog stanja. Apsolutni iznos izravnih izdataka za zdravstvo raste od 635 kuna za pojedince koji su svoje zdravlje ocijenili vrlo dobrim do dvostruko veće 1.293 kune za one koji su smatrali da im je zdravstveno stanje vrlo loše. Postupan rast izdataka u ovisnosti je o sve lošijem subjektivnom osjećaju zdravlja, što se opaža i kod udjela izravnih izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima: od 2,5 posto kod osoba vrlo dobrog zdravlja do 5,6 posto kod osoba koje svoje zdravlje opisuju kao vrlo loše. Iako se samo po sebi ovakvo kretanje izdatka za zdravstvo čini prirodnim, ne treba zaboraviti da su u pitanju izravni privatni izdaci. Ako ništa drugo, njihovo povećanje u ovisnosti o zdravstvenom stanju moglo bi upućivati na to da se tu dobrim dijelom radi o zadovoljavanju nužnih potreba za zdravljem, koje se ne pokrivaju u potpunosti javnim zdravstvenim sustavom, a ne samo o nadogradnji standardnih usluga ili potrošnji na zdravstvene usluge koje nisu nužno snažno povezane s bolešću. Drugim riječima, ne radi se samo o "životnom stilu", na što bi možda mogla upućivati činjenica da imućnija kućanstva s obrazovanijim članovima troše više nego ostala kućanstva.

Slika 3.14. Izravni izdaci za zdravstvo prema subjektivnoj ocjeni zdravstvenoga stanja



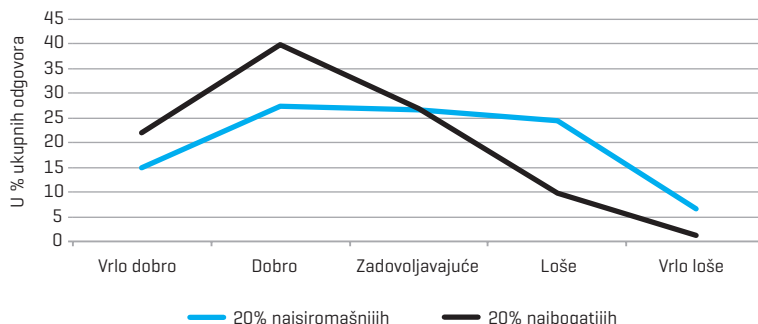
Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Ključno je pitanje znače li rezultati sa slike 3.14 da su za zadovoljavajuću zdravstvenu njegu potrebna velika privatna izdvajanja koja si u nekim slučajevima siromašniji slojevi ne mogu priuštiti. Nažalost, na ovo pitanje ne možemo odgovoriti na temelju podatka kojima raspolažemo. No, možemo promotriti neke razlike u "trokutu" dohodak kućanstva / subjektivna procjena zdravstvenog stanja / izravni privatni izdaci za zdravstvo.

Imućniji građani u prosjeku se osjećaju zdravijima od siromašnih građana. Slika 3.15 pokazuje da se u skupini koju čini 20 posto najbogatijih preko 60 posto osjeća dobro ili vrlo dobro, dok kod 20 posto najsiromašnijih građana takav osjećaj ima njih 40-ak posto.

No, zato se kod 20 posto najsiromašnijih građana preko 30 posto njih u zdravstvenom smislu osjeća loše ili vrlo loše, dok je taj udio kod 20 posto najbogatijih tek nešto veći od 10 posto.

Slika 3.15. **Subjektivna procjena zdravstvenog stanja prema dohotku kućanstava**



Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

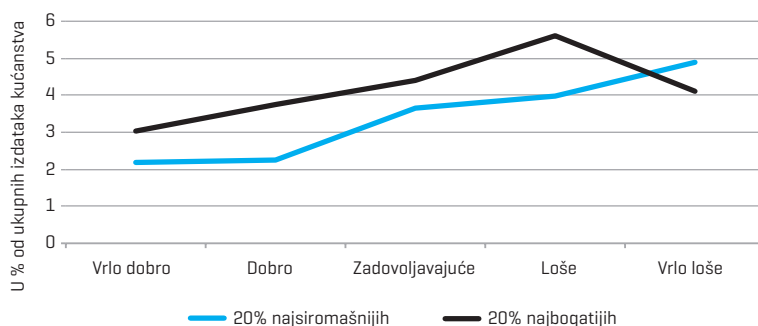
Subjektivan osjećaj zdravlja nije se u jednakoj mjeri odrazio na izravne privatne izdatke za zdravlje kod najbogatijih i najsiromašnijih. Iako su kućanstva svih dohodovnih skupina u pravilu povećavala izdatke za zdravstvo što je subjektivan osjećaj zdravlja bio lošiji (tablica 3.4), oni najbogatiji su ipak izdvajali oko 3 puta više od najsiromašnijih. I u relativnim iznosima izdaci za zdravstvo rastu kako ocjena zdravstvenog stanja postaje lošija (slika 3.16). Izuzetak je nešto manja apsolutna i relativna potrošnja najbogatijih u slučaju vrlo lošeg zdravstvenog stanja. Ovakav će nalaz zahtijevati dodatna ispitivanja.

Tablica 3.4. **Izravni izdaci za zdravstvo prema subjektivnoj ocjeni zdravstvenoga stanja i kvintilima dohotka per capita**

	Vrlo dobro	Dobro	Zadovoljava	Loše	Vrlo loše
1. kvintil (20% najsiromašnijih)	379	445	730	639	768
2.	411	589	680	930	1.159
3.	532	637	872	1.115	1.026
4.	674	773	1.099	1.854	2.781
5. kvintil (20% najbogatijih)	1.235	1.549	1.787	2.201	1.527

Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Slika 3.16. **Udjeli izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima prema subjektivnoj ocjeni zdravstvenoga stanja i kvintilima dohotka *per capita***



Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Do sada su izravni izdaci za zdravstvo uspoređivani između skupina kućanstava, odnosno osoba, raspodijeljenih po nekom kriteriju, pri čemu su se razmatrale razlike na temelju samo jednog izabranog kriterija. Međutim, u analizi toga tipa nije moguće isključiti da povezanost između izdataka za zdravstvo i promatranoga faktora proizlazi zapravo iz izvorne veze tih izdataka s nekim drugim faktorom koji je istodobno povezan s faktorom čiji utjecaj nas zanima. Na primjer, status na tržištu rada povezan je s dobi i dohotkom, a obrazovanje je snažno povezano s dohotkom. Zbog toga se u nastavku rada analiza povezanost izdataka za zdravstvo s njihovim različitim odrednicama, istovremeno za sve njih. To je moguće pomoću ocjene višestruke linearne regresije.

Jednadžba koju procjenjujemo je:

$$\ln(\text{izravni izdaci za zdravstvo})_i = \text{konstanta} + \mathbf{X}_i \boldsymbol{\beta} + u_i,$$

gdje \ln označava prirodni logaritam, \mathbf{X} predstavlja skup objašnjavajućih varijabli (različitih faktora, odrednica), u je rezidual, a indeks $i = 1, 2, \dots, N$ označava opažanja, odnosno pojedince. Skup objašnjavajućih varijabli sadrži većinu obilježja koja su do sada pojedinačno razmatrana. Tako su uključeni dohodak, status aktivnosti, obrazovanje, dob, spol, subjektivna ocjena zdravstvenoga stanja, invaliditet, tip naselja u kojem osoba živi te ima li osoba dopunsko zdravstveno osiguranje.

Rezultati procjene parametara linearne regresije prikazani su u tablici 3.5. Pokazuje se da dohodak ima statistički značajan pozitivan učinak na izravne privatne izdatke za zdravstvo. Budući da su i zavisna varijabla i dohodak u specifikaciju uključeni kao prirodni

logaritmi, procijenjeni se koeficijent može interpretirati kao mjera dohodovne elastičnosti izravnih izdataka za zdravstvo. Procijenjeni koeficijent uz logaritam dohotka iznosi 0,40 pa se može zaključiti da je privatna potražnja za izravnim plaćanjem medicinskih proizvoda te usluga bolničkoga i izvanbolničkoga liječenja slabo elastična: porastom dohotka po članu kućanstva od 1 posto u prosjeku dolazi do povećanja izravnih izdataka za zdravstvo za 0,4 posto.

Tablica 3.5. **Rezultati linearne regresije za izravne izdatke za zdravstvo**

Zavisna varijabla: ln [izravni izdaci za zdravstvo <i>per capita</i>]	Koeficijent	Standardna pogreška
Dohodak		
log dohodak kuć. <i>per capita</i>	0,401**	0,031
Aktivnost (ref.: zaposlen/a)		
samozaposlen/a	-0,002	0,079
poljoprivrednik/ica	-0,116*	0,049
nezaposlen/a	-0,194*	0,076
umirovljen/a	-0,029	0,148
neaktivan/na	0,024	0,143
Obrazovanje (ref.: srednja škola)		
manje od srednje škole	-0,135**	0,033
više od srednje škole	0,161**	0,043
Dob (ref.: od 41 do 50)		
20 ili manje	0,072	0,121
od 21 do 30	0,017	0,116
od 31 do 40	-0,133**	0,047
od 51 do 64	0,073	0,115
65 ili više	0,474***	0,119
Spol (ref.: muško)		
žensko	0,079**	0,026
Subj. ocjena zdravlja (ref.: dobro)		
vrlo dobro	-0,029	0,038
zadovoljavajuće	0,112**	0,037
loše	0,329**	0,044
vrlo loše	0,480**	0,074
Invaliditet (ref.: osoba bez invaliditeta)		
osoba s invaliditetom	-0,022	0,052
Tip naselja (ref.: ruralno)		
urbano	0,275**	0,027
Dopunsko osiguranje (ref.: nema dop. osig.)		
ima dop. osig.	0,108**	0,028
Konstanta	1,878***	0,344
Broj opažanja		6.652
R ²		0,172
F-veličina [20,6631]		57,37

Napomene: Standardne pogreške su tipa Huber-White [konzistentne s heteroskedastičnošću]; ** (*) označava statističku značajnost na razini od 1 (5) posto; procjene su dobivene metodom ponderiranih najmanjih kvadrata; uzorak je ograničen na osobe starije od 14 godina.

Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

U usporedbi sa zaposlenima kao referentnom skupinom, poljoprivrednici i nezaposleni imaju nešto niže izravne izdatke. Pokazuje se, međutim, da umirovljenici i samozaposleni nemaju statistički značajno različite izravne izdatke od zaposlenih. Razlog za to vrlo vjerojatno leži u činjenici da su u regresiju kao objašnjavajuće varijable uključeni dohodak koji je povezan sa samozaposlenošću i dob koja je pak povezana s umirovljeničkim statusom.

Dob se pokazuje kao statistički značajna odrednica izravnih privatnih izdataka za zdravstvo. U odnosu na referentnu skupinu [41 do 50 godina] osobe u nešto mlađoj dobi, 31 do 40 godina, imale su značajno manje izdatke, dok su stariji, posebice oni od 65 ili više godina, imali veće izravne izdatke. Osobe dobi do 30 godina nisu imale bitno različite izdatke u odnosu na osobe dobi između 40 i 50 godina.

I obrazovanje je značajan faktor koji objašnjava izravne privatne izdatke za zdravstvo. Za osobe nižeg obrazovanja [manje od srednjoškolskog obrazovanja] može se očekivati prosječno manja, a za osobe višeg i visokog obrazovanja prosječno veća potrošnja nego za osobe sa srednjoškolskim obrazovanjem. U oba slučaja, procijenjeni koeficijenti su statistički značajni unatoč njihovoj korelaciji s dohotkom, što upućuje na zaključak da obrazovanje djeluje na izravne izdatke ne samo kroz dohodak, nego i samostalno.

Koeficijent uz indikator ženskoga spola također je značajan i, očekivano, pozitivan. Taj rezultat pokazuje da žene, u odnosu na muškarce, imaju veće privatne izdatke za zdravstvo čak i kada se fiksiraju ostali faktori po kojima bi se mogli razlikovati, a koji također potencijalno utječu na privatne izdatke za zdravstvo.

Subjektivna ocjena vlastitoga zdravstvenog stanja i u regresijskoj se ocjeni pokazuje vrlo važnom odrednicom izravnih izdataka. Procijenjeni koeficijenti ukazuju na jasnu tendenciju onih koji se osjećaju manje zdravima da troše na zdravlje signifikantno više nego oni koji se u tom smislu bolje osjećaju. Pritom, naravno, najveća razlika u odnosu na referentnu skupinu [oni "dobroga" zdravlja] postoji kod onih koji su svoje zdravstveno stanje ocijenili "vrlo lošim". Ne postoji, međutim, značajna razlika između referentne skupine i osoba koje su vlastito zdravlje ocijenili "vrlo dobrim".

Osobe s invaliditetom nemaju značajno veće izravne izdatke nego osobe bez invaliditeta, što je različit zaključak od onoga do kojeg smo došli kada je prisustvo osobe s invaliditetom u kućanstvu bio jedini kriterij podjele. To je vjerojatno posljedica povezanosti invaliditeta s nekom od ostalih varijabli, primjerice sa subjektivnom ocjenom osobe da joj je zdravstveno stanje "loše" [koeficijent korelacije je 0,20].

Osobe koje žive u urbanim naseljima imaju znatno veće izravne izdatke za zdravstvo od osoba iz ruralnih područja. Moguće objašnjenje, osim razlika u preferencijama, može biti veća dostupnost medicinskih proizvoda te usluga bolničkoga i izvanbolničkoga liječenja u gradovima.

Rezultati također pokazuju da osobe s dopunskim zdravstvenim osiguranjem imaju više izravne izdatke nego osobe koje imaju samo obvezno osiguranje. S jedne strane, to se može učiniti iznenađujućim, jer dio izravnih izdataka onih bez dopunskog osiguranja proizlazi iz izdataka za proizvode i usluge koje ne pokriva obvezno osiguranje. Na temelju toga moglo bi se očekivati da osobe s dopunskim osiguranjem imaju manje izravne izdatke. S druge strane, postoji mnoštvo zdravstvenih proizvoda i usluga koje nisu pokrivena ni osnovnim ni dopunskim osiguranjem. Stoga je moguće da osobe s dopunskim osiguranjem, što zbog veće incidencije oboljenja, što zbog veće brige za zdravlje – zbog kojih su se vjerojatno i odlučile za dopunsko osiguranje – imaju općenito veću potrošnju zdravstvenih proizvoda i usluga pa time i veće izravne izdatke. No, opažena veća potrošnja osoba s dopunskim osiguranjem mogla bi biti posljedica i dvaju fenomena koji su poznati iz literature o osiguranjima – negativne selekcije i moralnog hazarda. U prvom slučaju moguće je da su osobe koje imaju dopunsko osiguranje zapravo osobe slabijeg zdravstvenog stanja. U slučaju da se radi o osobama koje su dobrovoljno kupile policu dopunskog osiguranja jasna je motivacija osoba slabijeg zdravlja da izaberu opciju osiguranja koja im smanjuje izravne troškove. Ta je motivacija pojačana politikom cijena policu dopunskog osiguranja koja je bila na snazi 2010. godine kada je cijena zapravo bila manja za osobe potencijalno lošijeg zdravlja. Tako su umirovljenici plaćali sniženu cijenu police, a cijena je bila niža i za osobe s nižim primanjima, odnosno viša za osobe s višim primanjima. U tom bi se slučaju moglo govoriti o "negativnoj selekciji", odnosno o grupiranju osoba s rizičnijim zdravstvenim statusom u osigurane skupine. U slučaju moralnog hazarda, radi se o pojavi da imatelji osiguranja naprosto u većoj mjeri iskorištavaju pogodnosti osiguranja u slučajevima kada je cijena police bitno manja od troška kojeg bi imali bez osiguranja pa se može dogoditi da poduzimaju zdravstvene preglede i tretmane u znatno većoj mjeri nego u slučaju da sami plaćaju uslugu ili više nego što je to opravdano temeljem standardnih medicinskih postupaka. Postojanje oba ova fenomena u slučaju dopunskog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj potvrdili su Nestić i Vukina [2008], te Liu, Nestić i Vukina [2012]. Oba rada ukazuju na to da je učinak negativne selekcije bio slabijeg intenziteta od učinka moralnog hazarda.

3.4. Analiza odrednica sklonosti prema kupnji dopunskoga zdravstvenog osiguranja

U nastavku analiziramo odrednice odluke o kupnji dopunskog zdravstvenog osiguranja. Iako kupovina dopunskog zdravstvenog osiguranja nije dio izravnih izdataka za zdravstvenu potrošnju, ona je ipak dio privatnih izdataka i odluku o kupovini donose sami građani. Hoće li neka osoba postati osiguranik dopunskoga zdravstvenog osiguranja ovisi o mnoštvu različitih faktora koje je nemoguće sve uzeti u obzir, no u ovoj kratkoj analizi razmotrit će se nekoliko potencijalno relevantnih faktora i vidjeti kakav je njihov kvalitativni i kvantitativni utjecaj na sklonost dopunskome osiguranju.

Na razini pojedinca, odluka o kupnji dopunskoga osiguranja po prirodi je diskretan izbor sa samo dvije opcije: osoba kupuje ili ne kupuje dopunsko osiguranje. U hrvatskom sustavu dopunskog osiguranja ne postoji mogućnost kupovine određene "količine" ili različitih paketa osiguranja. Zbog toga odluku svakoga pojedinca o dopunskom osiguranju treba smatrati binarnom [ima/nema] i modelirati je na odgovarajući način. U svrhu modeliranja odluke o kupnji dopunskog osiguranja koristimo dva standardna empirijska modela binarnoga izbora, u literaturi poznata pod nazivima probit i logit, koji nam omogućuju da kvantificiramo utjecaj različitih odabranih faktora na odluku o kupnji dopunskoga osiguranja, na temelju čega zatim možemo evaluirati relativni značaj svakog od tih faktora, uz nepromijenjene ostale faktore [tj. *ceteris paribus*].

Označimo s Y binarnu varijablu koja poprima vrijednost 1 ako osoba ima dopunsko osiguranje i 0 ako ga nema. Pretpostavimo da sklonost osobe da ima dopunsko osiguranje ovisi o vrijednosti neopažene, latentne varijable Y^* . Ako je vrijednost te varijable pozitivna, osoba kupuje dopunsko osiguranje; u suprotnom, ne kupuje. Nadalje, pretpostavimo da je Y^* linearna funkcija skupa osobnih karakteristika i karakteristika kućanstva, $\mathbf{X} = (X_1, X_2, \dots)$, i odgovarajućih parametara $\boldsymbol{\beta} = (\beta_1, \beta_2, \dots)$:

$$Y^* = \mathbf{X}\boldsymbol{\beta} + \varepsilon,$$

gdje je ε varijabla koja je distribuirana simetrično, s funkcijom kumulativne distribucije distribucije $F(\cdot)$. Kupnju dopunskoga osiguranja možemo sažeto izraziti na sljedeći način:

$$Y = \begin{cases} 1 & \text{(kupuje se dopunsko osiguranje) ako } Y^* > 0, \\ 0 & \text{(ne kupuje se dopunsko osiguranje) ako } Y^* \leq 0. \end{cases}$$

Iz do sada rečenoga proizlazi da je vjerojatnost da osoba sa skupom karakteristika \mathbf{X} ima dopunsko osiguranje jednaka vjerojatnosti da je vrijednost latentne varijable Y^* veća od nule:

$$\Pr(Y = 1 | \mathbf{X}) = \Pr(Y^* > 0) = \Pr(\varepsilon > \mathbf{X}'\boldsymbol{\beta}) = F(\mathbf{X}'\boldsymbol{\beta}),$$

gdje druga jednakost proizlazi iz simetričnosti distribucije. Ovisno o pretpostavljenoj kumulativnoj funkciji distribucije varijable ε , imamo dva modela:

- ako je kumulativna funkcija distribucije od ε standardna normalna distribucija, $\Phi(\cdot)$, imamo probit model, $\Pr(Y = 1 | \mathbf{X}) = \Phi(\mathbf{X}'\boldsymbol{\beta})$;
- ako je kumulativna funkcija distribucije od ε logistička, $\Lambda(\cdot)$, imamo logit model, $\Pr(Y = 1 | \mathbf{X}) = \Lambda(\mathbf{X}'\boldsymbol{\beta})$.

Odluka o kupnji dopuskog zdravstvenog osiguranja načelno ovisi o nekolicini faktora kao što su objektivno zdravstveno stanje pojedinca, svjesnost pojedinca o vlastitom zdravstvenom stanju (subjektivna ocjena zdravstvenoga stanja), stil života i percepcija rizika koje sa sobom donosi određeni stil života, svjesnost o objektivnim zdravstvenim rizicima povezanim s osnovnim demografskim karakteristikama (dob, spol), okruženje u kojem osoba živi i radi, realne materijalne mogućnosti da si priušti dopunsko osiguranje i obuhvat zdravstvenih proizvoda i usluga uključenih u obavezno osiguranje. U skladu s nabrojenim faktorima odabran je skup karakteristika \mathbf{X} . S obzirom na informacije dostupne u podacima iz Ankete o potrošnji kućanstava, nisu se mogle uzeti u obzir sve navedene potencijalne odrednice odluke o kupnji dopuskoga zdravstvenog osiguranja. Karakteristike o kojima imamo informacije u Anketi o potrošnji kućanstava za 2010. su: dob, spol, subjektivna ocjena zdravstvenoga stanja, obrazovanje i dohodak kućanstva.

Uzorak pojedinaca koji koristimo za procjenu probit i logit modela ograničili smo tako što smo iz cjelokupnog uzorka anketiranih osoba izostavili one za koje odluka o kupnji dopuskoga osiguranja nije relevantan izbor. Prvo, isključili smo sve maloljetne osobe jer one po Zakonu o dopunskom zdravstvenom osiguranju, osim u iznimnim slučajevima, ne mogu biti osiguranici dopuskoga osiguranja. Osim toga, čak i da mogu biti osiguranici, odluka o tome hoće li imati dopunsko osiguranje ne ovisi o njihovoj odluci, nego o odluci njihovih roditelja ili skrbnika. Drugo, naš uzorak ne uključuje punoljetne osobe za koje se premija dopuskoga osiguranja financira sredstvima iz državnoga proračuna. Postoji više kategorija osoba s tim pravom, ali na temelju informacija kojima raspolažemo u anketi možemo identificirati samo dio njih: osobe s invaliditetom (identificirane kao primatelji invalidske mirovine ili neke druge invalidske naknade), osobe koje su u procesu redovnoga školovanja te osobe iz kućanstava u kojima ukupni dohodak po članu ne prelazi dohodovni

cenzus (u 2010. godini: 1.516,32 kune za sva kućanstva i 1.939,39 kuna za umirovljenike samce).

Rezultati probit i logit regresija prikazani su tablici 3.6. Uz procjene koeficijenata za svaku od varijabli, dani su i granični učinci pojedinih varijabli na vjerojatnost kupnje dopunskoga zdravstvenog osiguranja, koji su puno informativniji od samih koeficijenata. Granični učinak određene varijable interpretira se na sljedeći način. Uzmimo kao primjer granični učinak varijable "manje od 30", koja je jednaka 1 ako je dob osobe manja ili jednaka 30 godina dok je u suprotnom vrijednost varijable 0. Procjena graničnog učinka te varijable prva je u stupcu [2] za probit model [-0,223] i u stupcu [4] za logit model [-0,227]. Pri interpretaciji ovih vrijednosti treba imati na umu da smo za referentnu dobnu skupinu odabrali osobe od 41 do 50 godina starosti. Također, budući da granični učinak neke varijable ovisi o vrijednostima ostalih varijabli, valja reći da su sve varijable osim "30 ili manje" fiksirane na njihovoj prosječnoj vrijednosti u uzorku. Imajući te dvije činjenice na umu, probit procjenu -0,223 interpretiramo na sljedeći način: u odnosu na osobe između 41 i 50 godina starosti, vjerojatnost da osoba s 30 ili manje godina i prosječnim ostalim karakteristikama ima dopunsko osiguranje manja je za 0,223. Na isti način interpretiramo procjenu -0,227 u logit modelu. Kako vidimo, razlika između graničnoga učinka u probit modelu i onoga u logitu je mala. To vrijedi i za ostale varijable pa ćemo zbog toga u nastavku radi jednostavnosti komentirati samo procjene iz probit modela.

Svi granični učinci u stupcu [2] statistički su različiti od nule na razini značajnosti od 1 posto. Kod indikatora dobi, svi učinci imaju očekivani predznak: negativan za dobne skupine mlađe od referentne, pozitivan za dobne skupine starije od referentne. Pritom su, očekivano, po apsolutnoj vrijednosti najveći učinci za najmlađu i najstariju dobnu skupinu. Kao što smo već rekli kad smo ilustrirali interpretaciju graničnih učinaka, u odnosu na osobe iz referentne dobne skupine, za osobu iz skupine "30 ili manje" vjerojatnost da ima dopunsko osiguranje manja je za 0,223, dok je za osobu iz skupine "65 ili više" ta vjerojatnost veća za gotovo isti iznos, 0,22.

Granični učinak indikatora ženskoga spola od 0,048 pokazuje da u odnosu na muškarce usporedivih ostalih karakteristika žene imaju nešto veću vjerojatnost kupnje dopunskoga osiguranja. Veća sklonost žena dopunskom osiguranju može biti posljedica veće incidencije različitih oboljenja kod žena, razlikama u percepciji oboljenja ili pak aktivnije brige za zdravlje, što uključuje i učestalije traženje liječničke pomoći i korištenje drugih medicinskih proizvoda i usluga.

Tablica 3.6. **Rezultati probit i logit regresije posjedovanja police dopunskog osiguranja**

Zavisna varijabla: Pr(osoba ima dop. osig. X) = Pr(Y=1 X)	Probit		Logit	
	Koeficijent	Granični učinak	Koeficijent	Granični učinak
	[1]	[2]	[3]	[4]
Dob (ref.: od 41 do 50)				
30 ili manje	-0,566**	-0,223**	-0,926**	-0,227**
	[0,048]	[0,018]	[0,078]	[0,018]
od 31 do 40	-0,196**	-0,078**	-0,314**	-0,078**
	[0,053]	[0,021]	[0,086]	[0,021]
od 51 do 64	0,254**	0,100**	0,408**	0,100**
	[0,045]	[0,018]	[0,074]	[0,018]
65 ili više	0,591**	0,227**	0,960**	0,228**
	[0,050]	[0,018]	[0,083]	[0,018]
Spol (ref.: muškarac)				
Žena	0,121**	0,048**	0,202**	0,050**
	[0,029]	[0,011]	[0,047]	[0,012]
Subj. ocjena zdravlja (ref.: dobro)				
Vrlo dobro	-0,237**	-0,094**	-0,393**	-0,098**
	[0,040]	[0,016]	[0,065]	[0,016]
Zadovoljavajuće	0,250**	0,099**	0,408**	0,100**
	[0,041]	[0,016]	[0,068]	[0,016]
Loše	0,201**	0,079**	0,331**	0,081**
	[0,050]	[0,020]	[0,083]	[0,020]
Vrlo loše	0,238**	0,093**	0,399**	0,097**
	[0,084]	[0,032]	[0,139]	[0,033]
Obrazovanje (ref.: srednja škola)				
Manje od srednje škole	-0,291**	-0,116**	-0,478**	-0,119**
	[0,037]	[0,015]	[0,062]	[0,015]
Više i visoko obrazovanje	0,124**	0,049**	0,195*	0,048*
	[0,048]	[0,019]	[0,079]	[0,019]
Dohodak				
Dohodak po članu kuć./ 10.000	0,050**	0,020**	0,088**	0,022**
	[0,008]	[0,003]	[0,014]	[0,004]
Broj opažanja	8821		8821	
Log vjerodostojnost	-5336,8733		-5336,8848	
Pseudo R ²	0,1256		0,1255	
LR Chi ² [12]	1532,50		1532,48	

Napomene: Standardne pogreške su u zagradama ispod procjena; standardne pogreške graničnih učinaka izračunate su delta metodom; ** [*] označava statističku značajnost na razini od 1 [5] posto; procjene su dobivene metodom najveće vjerodostojnosti; uzorak je ograničen na punoljetne osobe koje nemaju pravo na pokrivanje izdataka za dopunsko zdravstveno osiguranje iz državnoga proračuna; granični učinak svake varijable izračunat je pri prosječnim vrijednostima ostalih varijabli.

Izvor: Izračun autora na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava za 2010.

Što se tiče subjektivne ocjene zdravstvenoga stanja, rezultati su ovdje, kao i kod dobi, očekivani. U usporedbi s referentnom skupinom – onima koji svoje zdravlje ocjenjuju “dobrim” – osoba koja smatra da joj je zdravstveno stanje “vrlo dobro” ima manju

vjerojatnost kupnje dopunskoga osiguranja [-0,094]. S druge strane, za one koji smatraju da im je zdravstveno stanje "zadovoljavajuće", "loše" ili "vrlo loše", vjerojatnost dopunskoga osiguranja veća je nego kod referentne skupine.

Rezultati analize također pokazuju da obrazovaniji pojedinci imaju veću sklonost kupnji dopunskog osiguranja nego manje obrazovani. Pritom je razlika u sklonosti u odnosu na referentnu obrazovnu skupinu – srednja škola – više nego dvostruko veća za one s nižom, nego za one s višom razinom obrazovanja.

Naime, dok je za manje obrazovane vjerojatnost dopunskoga osiguranja manja za 0,116, kod obrazovanih je ta vjerojatnost veća za 0,049. Ovakav rezultat vjerojatno proizlazi iz lošije obaviještenosti slabije obrazovanih ljudi o rizicima oboljenja povezanim s njihovom dobi, spolom, okolinom i životnim stilom te posljedične relativne pasivnosti u brizi za vlastito zdravlje, posebice na duži rok.

Naposlijetku, vjerojatnost kupnje dopunskoga osiguranja raste s dohotkom: 10.000 kuna veći godišnji dohodak kućanstva po članu u prosjeku povećava vjerojatnost da član tog kućanstva ima dopunsko osiguranje za 0,02. Valja primijetiti da je granični učinak dohotka relativno malen. Radi usporedbe, u prosjeku, spolnu razliku u sklonosti dopunskom osiguranju nije moguće kompenzirati ni 20.000 kuna većim dohotkom po članu kućanstva. Međutim, mala važnost dohotka u odnosu na ostale faktore ne treba čuditi uzme li se u obzir da premije dopunskoga osiguranja nisu posebno visoke. U takvim okolnostima, dohodak kao odrednica odluke o kupnji dopunskoga osiguranja nije presudno ili "obvezujuće" ograničenje.

Zaključno, analiza utjecaja različitih osobnih karakteristika pojedinaca upućuje na zaključak da je odluka o kupnji dopunskoga zdravstvenog osiguranja pod dominantnim utjecajem dobi osobe. Rezultati nedvojbeno pokazuju da, u skladu s očekivanjima, starije osobe imaju znatno veću vjerojatnost pribavljanja dopunskog zdravstvenog osiguranja. Također očekivano, bolje obrazovane osobe i one koje svoje zdravlje ocjenjuju relativno lošim imaju veću sklonost dopunskome osiguranju. Sklonost žena dopunskome osiguranju nešto je veća od sklonosti muškaraca. Na koncu, i dohodak se pokazao važnom odrednicom dopunskog osiguranja: osobe iz kućanstava s većim dohotkom po članu imaju veću sklonost kupnji dopunskog zdravstvenog osiguranja.

3.5. Zaključna razmatranja

Iako prema udjelu ukupnih izdataka za zdravstvo u BDP-u Hrvatska zaostaje za razvijenim zemljama EU-a, po potrošnji ona je ipak ispred prosjeka novih članica. U pogledu strukture izdataka, usporedba s europskim zemljama pokazuje da Hrvatska ima manje privatne izdatke, odnosno veće javne izdatke za zdravstvo nego što bi se očekivalo s obzirom na njezinu razinu razvijenosti ili dobnu strukturu stanovništva. Isto tako, Hrvatska ima znatno veći udio izdvajanja izravno "iz džepa" građana u odnosu na druge oblike privatnih izdataka za zdravstvo. Podaci Ankete o potrošnji kućanstava pokazuju da su izravna izdvajanja za zdravstvo rasla su po stopi od 8,7 posto godišnje u razdoblju 1998.-2010. Budući da su u novije vrijeme snažno rasli i javni izdaci za zdravstvo, to ukazuje na značajan rast ukupne potražnje za zdravstvenim uslugama.

Rast potražnje očito je povezan s rastom dohotka kućanstava u 2000-im godinama. Povezanost s dohotkom može se uočiti i prilikom razmatranja odrednica samih izravnih privatnih izdvajanja za zdravstvo, pri čemu kućanstva s većim dohotkom imaju statistički značajno veće izdatke. Veći privatni izdaci opaženi su kod starijih osoba, žena, osoba višeg obrazovanja, te osoba koje osjećaju da imaju lošije zdravstveno stanje.

Razmatrani anketni podaci upućuju na to da osobe s dopunskim zdravstvenim osiguranjem imaju više izravne izdatke nego osobe koje imaju samo obvezno osiguranje. Iako je to naizgled kontradiktorno jer dopunsko osiguranje značajno smanjuje cijene svih lijekova i usluga koje pokriva obvezno osiguranje, to se može objasniti mogućim lošijim zdravstvenim stanjem osoba koje imaju dopunsko osiguranje i njihovima potrebama koje prelaze okvire usluga koje pokriva javno zdravstveno osiguranje. Takav nalaz otvara i pitanje potrebe uspostavljanja drugačije ravnoteže između javnog i privatnog financiranja zdravstva. Čini se da u uvjetima značajnih proračunskih ograničenja, a sve veće potražnje za zdravstvenim uslugama, postoji prostor za povećanje privatne komponente financiranja, ponajprije jačanjem privatnih zdravstvenih osiguranja, a dijelom i jačanjem ponude usluga koje se financiraju izravno "iz džepa" građana.

Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. upućuje na zaključak da bi buduće reforme zdravstva u Hrvatskoj jednim svojim dijelom mogle ići u smjeru povećanja privatnih izdataka radi rasterećenja javnog sustava financiranja zdravstva. Tako se kaže da "snošenje dijela troškova od strane građana može znatno smanjiti teret državnog proračuna i može spriječiti prekomjerno traženje zdravstvenih usluga", ali i da "troškovi ne bi smjeli biti previsoki tako da spriječe traženje nužne zdravstvene zaštite" (Vlada RH, 2012: 152). Za očekivati je da se neće cijeli teret tog povećanja prelići na plaćanja "iz džepa", već da će se razvijati i drugi oblici privatnih izdvajanja, ponajprije privatno

zdravstveno osiguranje. To je u navedenom strateškom dokumentu stidljivo najavljeno u dijelu opisa prioriteta, gdje je jedan od osam prioriteta očuvanje financijske stabilnosti zdravstva, a jedna od mjera "jačanje tržišta dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja koje je potrebno poticati razvojem zakonsko regulatornog okvira" [Vlada RH, 2012: 399]. Uz ovakvu formulaciju bez dodatnih pojašnjenja ostaje dojam da snažnije restrukturiranje izvora financiranja zdravstva zapravo nije predviđeno, odnosno da se na njega još uvijek gleda isključivo kroz prizmu problema u državnom proračunu.

Međutim, ne bi se smjelo zaboraviti da postoji potreba i spremnost za povećanje privatnih izdvajanja ne samo radi popunjavanja "rupe" u javnom financiranju već radi zadovoljavanja stalno rastuće potražnje stanovništva za kvalitetnom zdravstvenom skrbi u situaciji kada tu potražnju javno financirano zdravstvo neće moći u dovoljnoj mjeri osigurati. U tom smislu, čini se razumnim otvarati dodatni prostor za privatna osiguranja, kako bi se zaustavio rast izravnih plaćanja "iz džepa" koja su ionako već sada relativno visoka u europskim okvirima i koja imaju potencijalno nepovoljne distribucijske učinke.

Literatura

Barić, V. i Š. Smolić, 2008, "Mogućnosti kontrole zdravstvene potrošnje – primjer Hrvatske", *Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu*, 6[1], str. 303-314.

Barić, V. i Š. Smolić, 2011, "Stabilnost zdravstvenog sustava u recesiji" u A. Obadić, J. Šimurina i J. Tica, ured., *Kriza: preobrazba ili propast*, str. 47-58, Zagreb: Ekonomski fakultet, Zagreb.

Državni zavod za statistiku [DZS], 1998-2010, "Osnovne karakteristike potrošnje i primanja kućanstava", Priopćenje DZS-a, različiti brojevi, Zagreb: Državni zavod za statistiku.

Jafarov, E. i V. Gunnarsson, 2008, "Government Spending on Health Care and Education in Croatia: Efficiency and Reform Options", IMF Working Paper, br. 08/136, Washington, DC: International Monetary Fund.

Liu, X., D. Nestić i T. Vukina, 2012, "Estimating Adverse Selection and Moral Hazard Effects with Hospital Invoices Data in a Government-Controlled Healthcare System", *Health Economics*, 21[8], str. 883-901.

Mihaljek, D., 2006, "Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?" u K. Ott, ured., *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji: Izazovi sudjelovanja*, četvrti svezak, Zagreb: Institut za javne financije i Zaklada Friedrich Ebert.

Nestić, D. i T. Vukina, 2008, "Asymmetric Information in Health Insurance: Some Preliminary Evidence from the Croatian State-Administered Supplemental Plan", *Privredna kretanja i ekonomska politika*, 18[115], str. 24-47.

Obadić, A. i Š. Smolić, 2008, "Ekonomске i socijalne posljedice procesa starenja stanovništva", *Ekonomska istraživanja*, 21[2], str. 86-98.

Švaljek, S., 2014, "The Recent Health Reform in Croatia: True Reforms or Just a Fundraising Exercise?", *Health Policy*, 115[1], str. 36-43.

Vlada RH, 2012, *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020.*, Zagreb: Vlada RH, Ministarstvo zdravlja.

Vončina, L., A. Džakula i M. Mastilica, 2007, "Health Care Funding Reforms in Croatia: A Case of Mistaken Priorities", *Health Policy*, 80[1], str. 144-157.

WHO, 2010, Global Health Expenditure Database, <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorer.aspx?ws=0&d=1>.

World Bank, 2010, *World Development Indicators 2010*, <http://data.worldbank.org/sites/default/files/wdi-final.pdf>.

4. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje

Mario Puljiz

4.1. Uvod

Osiguranje je vrlo važna gospodarska djelatnost u svim razvijenim zemljama svijeta, koja se bavi zaštitom imovine i osoba od nastupanja različitih vrsta rizika. Bolest spada u skupinu osigurljivih¹ osobnih rizika koji mogu prouzročiti velike izdatke pojedinca i obitelji zbog pokrivanja troškova liječenja te smanjenja prihoda uslijed dugotrajnog bolovanja. Za razliku od socijalnog osiguranja koje se financira iz doprinosa i poreza, na principima uzajamnosti i solidarnosti, uz jednak opseg prava za sve osiguranike bez obzira na iznos novca koji izdvajaju, premijsko osiguranje funkcionira tako da osiguranik unaprijed uplaćuje premiju osiguranja, koja je određena prema veličini rizika, a osiguravajuće društvo akumulira novac za isplatu budućih osiguranih slučajeva. Tako se postiže atomiziranje i izravnane rizika njegovim raspršivanjem u vremenu i prostoru. Pokrivenje rizika ostvaruje se na temelju individualno zaključenog ugovora odnosno police osiguranja, kojom društvo za osiguranje preuzima obvezu naknade štete ili isplate osigurane svote. Osiguravajuća se društva uz obavljanje poslova preuzimanja rizika pojavljuju i na financijskom tržištu kao značajni institucionalni investitori. Osiguravajuća djelatnost i poslovi osiguranja zakonski su strogo propisani i nadzirani od strane krovnog regulatora na razini Europske unije² te domaćeg regulatora u svakoj državi zasebno pa tako i u Hrvatskoj³. Glavni ciljevi propisa koji reguliraju poslove osiguranja jesu financijska stabilnost te uspostava pravednih i stabilnih tržišta. U Europskoj uniji u tijeku su pripreme za uvođenje i primjenu Direktive Solventnost II u poslovanje osiguravajućih društava⁴, koje se očekuje od 1. siječnja 2016. godine. Ona će društvu za osiguranje omogućiti odgovarajuće upravljanje svim rizicima kojima je izloženo, a regulatoru osigurati dostatne i dostupne informacije koje su mu potrebne radi obavljanja nadzora temeljenog na rizicima. Glavni ciljevi domaćeg nadzornog tijela [HANFA-e] jesu promicanje i očuvanje stabilnosti financijskog sustava i nadzor

1 Jakovčević i Čurak [2007].

2 EIOPA, European Insurance and Occupational Pensions Authority europski je regulator osiguranja osnovan od Europskog parlamenta i Vijeća 25. studenog 2009.

3 HANFA, Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga hrvatski je regulator osiguranja, osnovali su je Hrvatski sabor i Vlada RH.

4 Direktiva 2009/138/EZ o osnivanju i obavljanju djelatnosti osiguranja i reosiguranja ili Solventnost II novi je regulatorni okvir ukupnog poslovanja osiguravajućih društava u EU-u, kojim se revidiraju dosadašnji kapitalni zahtjevi, a koji donosi nova, čvršća pravila solventnosti, upravljanja rizicima i nadzora temeljenog na rizicima te nov način izvještavanja i objave, a sve kako bi se zaštitili osiguranici odnosno korisnici osiguranja i spriječili poremećaji na tržištu osiguranja [Europska komisija, 2009].

zakonitosti poslovanja subjekata nadzora. Uz izdavanje dozvole za osnivanje i obavljanje poslova osiguranja te donošenja propisa za provedbu zakona ona redovito provodi nadzor rada osiguratelja, posebice izvršavanje zakonskih obveza kao što su: upravljanje svim rizicima kojima je društvo izloženo, održavanje propisane visine likvidnosti i solventnosti te adekvatnosti kapitala, kontrolu ispravnosti obračuna i dovoljnosti pričuva osiguranja, ulaganje sredstava, kontrolu prodaje osiguranja i zaštitu osiguranika te ostale kontrole predviđene zakonima i pravilnicima koji reguliraju djelatnost osiguranja⁵.

U svijetu postoje različiti modeli javnih, privatnih i mješovitih zdravstvenih osiguranja koji uglavnom ovise o različitim izvorima financiranja koji su determinirani društvenim, ekonomskom i socijalnim nasljeđem i snagom gospodarstva. Sva relevantna istraživanja pokazuju da postojeći sustavi solidarnog financiranja zdravstvene zaštite nisu dugoročno održivi zbog brojnih razloga, od kojih su posebno važna dva: globalni trend starenja stanovništva i povećanje troškova zdravstvene zaštite uzrokovane brzim napretkom tehnologije i primjenom skupih istraživanja, što ima za posljedicu povećanje jaza između potreba i mogućnosti financiranja zdravstvenih usluga. Uz to u Hrvatskoj je primjetan i visok udjel javne potrošnje u zdravstvenim uslugama, 84,5 posto u odnosu na nama slične sustave⁶, trend pogoršanja omjera aktivnih osiguranika u odnosu na ovisne osiguranike, odnosno one koji samostalno ne plaćaju obvezno zdravstveno osiguranje, koji sada otprilike iznosi jedan naprema dva⁷, povećanje broja nezaposlenih osoba i nepodmirena dugovanja iz prijašnjih razdoblja.

U zadnjih deset godina u Hrvatskoj je provedeno nekoliko reformi zdravstvenog sustava koje su često bile popraćene i zakonskim promjenama. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, uvažavajući nužnost dugoročnog rješavanja pitanja zdravstvenog sustava, izradilo je 2012. godine Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012.-2020. Ova strategija uvažava ključne strateške dokumente EU-a i Svjetske zdravstvene organizacije, koji se odnose na zdravstvenu politiku Europske unije⁸. Neke od glavnih slabosti domaćeg zdravstvenog sustava, a koje su definirane ovim dokumentom, jesu financijski problemi i slaba zastupljenost dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.

5 <http://www.hanfa.hr/HR/nav/95/trziste-osiguranja---zakoni-misljenja-i-pravilnici.html>.

6 Izvor za Europu: Eurostat [online data code: hlth_sha_hf], za odabrane europske zemlje u 2009. godini. Izvor podatka za Hrvatsku: Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2010. godinu.

7 Barić i Smolić [2011].

8 Navedeni su sljedeći dokumenti: Europe 2020, strategija EU-a za pametan, održiv i uključiv rast, usvojena u ožujku 2010.; Health 2020, nova zdravstvena politika Europske regije WHO-a, usvojena u rujnu 2012.; Zajednički strateški okvir [engl. Common Strategic Framework] 2014.-2020., koji čini osnovu za programiranje fondova EU-a usvojen u lipnju 2012. godine.

Zdravstvena reforma u Hrvatskoj, kao i u ostalim državama Europske unije, vrlo je važno gospodarsko, socijalno i političko pitanje unutar kojeg se rješava i problematika dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja. Građani uglavnom smatraju kako se razvojem dopunskog zdravstvenog osiguranja smanjuje solidarnost u najosjetljivijem segmentu ljudskog života kao što je zdravlje. Uz to, kritičari ovog modela zdravstvenog osiguranja često iznose i prigovor da komercijalni osiguratelji selekcijom rizika osiguravaju mlađe i zdravije osobe, a da one starije i bolesnije prepuštaju javnom zdravstvu. Činjenica je također da u ovom trenutku dodatno zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj nije spremno pružati neke složene zdravstvene usluge kao što su npr. komplicirane i skupe operacije i liječenja, istraživanja, školovanje specijalista, itd. Ranije navedene poteškoće s manjkom sredstava za dostatno financiranje javnog zdravstva i stalna sučeljavanja oko modaliteta uređenja i provođenja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nameću potrebu detaljnijeg proučavanja ove vrste osiguranja kao poželjne komplementarnosti obveznom zdravstvenom osiguranju.

Iako u Hrvatskoj postoji velik broj stručnih i znanstvenih radova na temu osiguranja vrlo je malen broj onih koji se bave tematikom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Stoga se u ovom radu daje detaljan pregled postojećeg stanja na tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj po osiguravajućim društvima, modelima ostvarivanja prava iz osiguranja i načinima pokrića. Identificiraju se i analiziraju problemi s kojima se susreću provoditelji i korisnici ovog osiguranja. Komparativno se ispituju tržišta dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja u Hrvatskoj i odabranim zemljama Europske unije te utjecaj gospodarskih kretanja na njihov rast. Definiraju se ključni čimbenici daljnjeg razvoja ove vrste osiguranja u Hrvatskoj te se predlažu promjene postojećeg sustava ondje gdje on nije na razini očekivanja ili se ne podudara s kretanjima na razvijenim tržištima Europske unije. Istraživanje se temelji na analizi naturalnih i financijskih podataka cjelokupne osigurateljne industrije koja je dostupna osigurateljnim institucijama.

Rad je podijeljen u šest dijelova. Nakon uvodnog dijela u drugom se dijelu objašnjavaju pojam i vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja koje se pojavljuju u Europskoj uniji i Hrvatskoj. Nadalje se prikazuje pregled pokrića i modela ostvarivanja prava po sklopljenim policama osiguranja i osiguravajućim društvima u Hrvatskoj. U trećem dijelu opisuje se i analizira institucionalni okvir zakonske regulative zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj te njegova primjena i provođenje. Četvrti dio rada prikazuje i analizira osiguravajuća društva i HZZO kao provoditelje ovog osiguranja, kretanje zaračunate premije te udjele i značaj pojedine vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja na hrvatskom tržištu osiguranja. U petom dijelu daje se pregled i usporedba kretanja zaračunate premije te ključnih pokazatelja razvijenosti tržišta u Hrvatskoj i odabranim zemljama Europske unije. U šestom dijelu iznosi se zaključak.

4.2. Pojam i vrste dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja

Dobrovoljna zdravstvena osiguranja su vrsta zdravstvenih osiguranja koja se sklapaju osobnim dobrovoljnim odabirom. Razvila su se u svim državama članicama Europske unije, prvenstveno u Srednjoj i Zapadnoj Europi, s različitim opsegom usluga koje nude potencijalnim osiguranicima. Ova osiguranja financiraju se premijama koje plaćaju osiguranici iz privatnih izvora, a pokrivaju neke zdravstvene usluge koje nisu sadržane u obveznom zdravstvenom osiguranju, ili su sadržane, ali ih osiguranik ostvaruje na drugačiji način. Dobrovoljna zdravstvena osiguranja razlikuju se od socijalnih odnosno javnih zdravstvenih osiguranja po više osnova. Javna odnosno socijalna zdravstvena osiguranja obvezna su za sve stanovnike države ili za pojedine skupine prema pojedinim državnim zakonodavstvima, a financiraju se doprinosima poslodavaca i zaposlenika. Visina doprinosa kod javnih osiguranja određuje se ovisno o visini plaće odnosno dohotka osiguranika. Ona ne ovisi o zdravstvenom stanju ili dobi osiguranika odnosno pojedinačnom riziku, nego vrijedi načelo jednakosti i solidarnosti među osiguranim osobama i određivanje doprinosa po načelu *pay-as-you-go*. Prema načelu solidarnosti svatko doprinosi razmjerno visini svoje plaće, što znači da bogati izdvajaju veći iznos, a oni s manjim plaćama manji iznos, ali svi imaju jednaka prava na zdravstvene usluge. Doprinosi moraju biti izračunati tako da pokriju troškove za razdoblje za koje su uplaćivani, a nosioci tog osiguranja nisu obvezni oblikovati pričuve⁹.

4.2.1. Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Europskoj uniji

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u raznim pojavnim oblicima, nadopunjuje javno zdravstveno osiguranje u svim zemljama Europske unije, pružajući osiguraniku mogućnost ostvarenja standarda višeg od onog koji je zagarantiran osnovnim osiguranjem te kvalitetniju i bržu realizaciju nekih zdravstvenih usluga. Iskustva razvijenih zemalja pokazuju nam da zahtjevi osiguranika za boljim standardom i uslugom nameću potrebu njihovog većeg učešća u troškovima financiranja zdravstvene zaštite, što u konačnici doprinosi racionalnijem korištenju sredstava i smanjenju troškova javnog zdravstva. Sustavi su različito postavljeni i organizirani od jedne do druge države članice Europske unije, a dobrovoljna zdravstvena osiguranja mogu se klasificirati na puno načina te postoji i velik broj definicija koje su u svakodnevnoj upotrebi. Zbog toga autori kod klasifikacije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja uglavnom nastoje naglasiti razliku između dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojim se zamjenjuje javno zdravstveno osiguranje i onoga kojim se na različite načine nadopunjava osnovno zdravstveno osiguranje. Kad se

⁹ Toth [2012].

govori o Europskoj uniji može se reći da postoje sljedeći oblici dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja¹⁰:

1. **Zamjensko** zdravstveno osiguranje [engl. *substitutive health insurance*] koje zamjenjuje obvezno zdravstveno osiguranje, a namijenjeno je za: a) osobe koje nemaju pravo na cjelovitu ili djelomičnu javnu zdravstvenu zaštitu (npr. samozaposlene osobe u Belgiji i Austriji ili osobe određenih zanimanja u Španjolskoj i Francuskoj); b) osobe koje su oslobođene od plaćanja doprinosa za obvezno zdravstveno osiguranje jer imaju mogućnost odustati od njega ukoliko to žele (npr. u Njemačkoj zaposlenici koji zarađuju više od zakonom određenog godišnjeg prihodovnog cenzusa, a u Austriji nekoliko samostalnih zanimanja, npr. veterinari i javni bilježnici). Osiguranicima se nude širi izbor usluga i pokriva u skladu s njihovim potrebama, a cijena i troškovi ovakve zaštite veći su od onih u javnom zdravstvu.
2. **Dopunsko** zdravstveno osiguranje [engl. *complementary health insurance*] omogućava korištenje zdravstvenih usluga koje su isključene ili nisu potpuno pokrivena javnim zdravstvenim sustavom. Njime se osigurava pokriva cijelog iznosa naknade za određenu medicinsku uslugu (npr. bolnički trošak, posjet liječniku opće prakse, specijalistu, stomatologu, ginekologu i sl.), odnosno za dio iznosa naknade različitih vrsta participacija [engl. *co-payments*], kao što su npr.: lijekovi i stomatološke usluge [Belgija, Danska, Švedska], za ambulantnu zdravstvenu zaštitu [Francuska], za bolničku skrb [Irska, Luksemburg], za operacije, stomatologa i sl. [Slovenija]. Pokriva se bitno razlikuje od države do države, a često se preklapa ili čak kombinira s dodatnim zdravstvenim osiguranjem.
3. **Dodatno** zdravstveno osiguranje [engl. *supplementary health insurance*] omogućuje pokriva onih zdravstvenih usluga koje nisu pokrivena ili im je jako ograničen pristup u javnom zdravstvenom sustavu. Obično osigurava pokriva za bolji smještaj u bolnici, brži pristup uslugama kao što su odlazak na pregled, operaciju, liječničku kontrolu bez čekanja i sl. Ovo osiguranje bitno je za osiguranike u državama gdje se pojavljuju liste čekanja jer omogućuje brže korištenje zdravstvenih usluga. Tako dodatno zdravstveno osiguranje eliminira ili skraćuje liste čekanja koje se javljaju zbog manjka novca u javnom zdravstvu. Značajno je npr. u Grčkoj, Portugalu, Španjolskoj, Italiji i Velikoj Britaniji, a u nekima od njih pojavljuje se i kao dvostruko osiguranje. Sve više dobiva na značaju i u skandinavskim zemljama.
4. **Dvostruko** zdravstveno osiguranje [engl. *duplicate health insurance*] omogućuje brži pristup raznovrsnim zdravstvenim uslugama koje su inače pokrivena javnim

¹⁰ CEA[2011].

zdravstvenim osiguranjem. Osiguranik plaća dva puta zato što želi imati privatno osiguranje paralelno s obveznim državnim osiguranjem, zbog šireg opsega usluga, mogućnosti biranja i ponude većeg broja zdravstvenih ustanova. U pokriću se nalaze zdravstvene usluge kao što su npr.: bolji smještaj u bolnici, izbor privatnih liječnika, liječnički tretman u privatnoj bolnici, jednokrevetna soba i sl. [Velika Britanija, Španjolska, Portugal].

Za razliku od ostalih država Europske unije Nizozemska ima specifično organiziran zdravstveni sustav jer je reformom 2006. godine uvedeno *obvezno zdravstveno osiguranje*¹¹ [engl. *mandatory health insurance*] koje se sastoji od: 1. osnovnog nacionalnog zdravstvenog osiguranja [engl. *national health insurance*] i 2. socijalnog zdravstvenog osiguranja [engl. *social health insurance*] koji su obvezni za cijelu populaciju te 3. dodatnog zdravstvenog osiguranja koje se zaključuje na dobrovoljnoj osnovi. Prema propisima koji reguliraju ovo osiguranje svim je rezidentima omogućen pristup obveznom osiguranju za prve dvije razine, neovisno o visini prihoda kućanstva i pojedinačnom zdravstvenom statusu. Premije u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja računaju se jednako za sve osiguranike, a provoditelj osiguranja više nije država nego su to privatna osiguravajuća društva. Osnovni paket osiguranja propisan je zakonom i garantira minimum zdravstvene zaštite, a osiguratelji su obvezni primiti u osiguranje sve osiguranike bez ocjene rizika po spolu, dobi ili zdravlju. Ovaj sustav integrira nekoliko načela kao što su solidarnost rizika te solidarnost prihoda, jednakost u pristupu uslugama i jednakost u cjenovnoj dostupnosti. Osiguranici prema vlastitom izboru biraju privatno osiguravajuće društvo kojem plaćaju osnovnu premiju [engl. *flat-rate premium*] i premiju prema prihodu. Dodatno zdravstveno osiguranje pokriva zdravstvene usluge koje nisu pokrivenе bazičnim paketom kao što su npr. stomatološke usluge i fizikalna terapija.

Zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj dijeli se na obvezno i dobrovoljno zdravstveno osiguranje. Dok je obvezno zdravstveno osiguranje uređeno kao javno socijalno osiguranje, koje se financira doprinosima¹², dobrovoljno zdravstveno osiguranje provodi se kao premijsko osiguranje i financira se iz privatnih sredstava osiguranika putem premije osiguranja koju osiguratelj formira prema veličini rizika koji se osigurava. Obvezno zdravstveno osiguranje provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), a dobrovoljno zdravstveno osiguranje provode društva za osiguranje i HZZO.

¹¹ Ćurković (2009).

¹² Od svibnja 2012. godine po stopi od 13 posto na bruto plaću zaposlenika, što je polučilo manjak od oko 2 milijarde kuna u proračunu za zdravstvo pa se 2014. doprinos vratilo na 15 posto.

4.2.2. Vrste dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje u RH dijeli se na dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje.¹³ Nadovezuje se na obvezno zdravstveno osiguranje jer dodatno i dopunsko zdravstveno osiguranje mogu ugovoriti samo osobe koje imaju status osiguranika u obveznom zdravstvenom osiguranju zaključenjem police osiguranja u trajanju od najmanje godinu dana. Gubitkom statusa osigurane osobe u obveznom osiguranju gubi se i status osiguranika u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

4.2.3. Dopunsko zdravstveno osiguranje

Dopunsko zdravstveno osiguranje omogućuje osiguraniku plaćanje razlike u vrijednosti zdravstvenih usluga koje se ne podmiruju u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja [participacije]. Pokriće ovih troškova moguće je ostvariti ugovaranjem police osiguranja kod HZZO-a ili osiguravajućeg društva. Polica pokriva troškove zdravstvene zaštite u kojima je osiguranik obveznog zdravstvenog osiguranja obvezan sudjelovati u visini od 20 posto od pune cijene zdravstvene zaštite. Taj iznos ne može biti manji od određenog postotka proračunske osnovice¹⁴ i to za: dijagnostiku, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističku dijagnostiku koja nije na razini primarne zdravstvene zaštite, ortopedska i druga pomagala, fizikalnu medicinu i rehabilitaciju, liječenje u inozemstvu, troškove bolnice, troškove stomatologije odraslih osoba starijih od 18 godina, za zdravstvenu zaštitu pruženu kod izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite i za izdavanje lijeka po receptu¹⁵ te lijekove s dopunske liste HZZO-a¹⁶. Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, koji je obvezna snositi osigurana osoba, može po jednom ispostavljenom računu iznositi 60,13 posto proračunske osnovice¹⁷.

Kod određivanja premije za policu dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO je uvažavao socijalni aspekt osiguranika pa je imovinski cenzus bio ključan za određivanje premije.

13 Prema Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju [Narodne novine, br. 86/2006., 150/2008., 71/2010.]. Prva zakonska osnova za provođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja dana je Zakonom o zdravstvenom osiguranju iz 1993. godine [Narodne novine, br. 75/1993.]. Zaključivanje privatnog osnovnog zdravstvenog osiguranja bilo je uvjetovano imovinskim cenzusom u visini od 30.000 eura ostvarenog godišnjeg dohotka, a sklapanjem police kod osiguravajućeg društva osiguranik je gubio pravo korištenja javnog obveznog zdravstvenog osiguranja. Prema Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz 2006. godine [Narodne novine, br. 85/2006.] pojam privatno zdravstveno osiguranje zamjenjuje termin dobrovoljno zdravstveno osiguranje, a privatno zdravstveno osiguranje drugačije se definira.

14 Proračunska osnovica iznosi 3.326 kuna, a utvrđuje se svake godine državnim proračunom.

15 Za doktora primarne zdravstvene zaštite 10 kuna i za izdavanje lijeka po receptu 10 kuna, a maksimalno sudjelovanje po jednom računu ograničeno je na 2.000 kuna.

16 Čl. 16. st. 3.4. i 5. i čl. 17. st. 5. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju.

17 <http://www.hzzo.hr/obvezno-osiguranje/opseg-prava-na-zdravstvenu-zastitu>.

Tako su osobe s nižim prihodima plaćale manju premiju¹⁸ dok nije uvedena jedinstvena cijena police za sve osiguranike¹⁹. HZZO ne nudi pokriće za dopunsku listu lijekova, a opseg i visina pokrića jednak je za sve osiguranike. Osiguravajućim društvima presudan je ekonomski čimbenik uz aktuarski izračun premije pa se i premije razlikuju od jednog do drugog osiguravajućeg društva ovisno o visini i širini pokrića. Cijena police dopunskog zdravstvenog osiguranja kod osiguravajućeg društva ovisi o ugovorenom opsegu pokrića [uz osnovno pokriće propisano zakonom moguće je ugovoriti i šire pokriće odnosno uključiti dopunsku listu lijekova, tzv. B listu]. Zatim, cijena police može ovisiti još i o pristupnoj dobi, osiguranoj svoti, franšizi i slično²⁰. Međutim činjenica da HZZO, kao regulator i provoditelj ovog osiguranja, može utjecati na iznose sudjelovanja u zdravstvenoj zaštiti i mijenjati lijekove na dopunskoj listi²¹ predstavlja monopolni utjecaj. To komercijalne osiguratelje stavlja u nepovoljniji položaj zbog rizika od nekontroliranog povećanja participacije, a samim time i obveze prema osiguranicima što direktno utječe na njihovo poslovanje. Zadnjih nekoliko godina neke europske države (npr. Francuska) reforme u zdravstvenom sustavu provele su tako što su povećale participacije što je rezultiralo povećanjem premija u dopunskom osiguranju.

Dopunskim zdravstvenim osiguranjem uz HZZO bavi se još i pet društava za osiguranje: Croatia zdravstveno osiguranje, Allianz, Uniqa, Basler i HOK. Pregled konkurencije uz opis pokrića prema vrstama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i modelima ostvarivanja prava osiguranika po ugovorenoj polici prikazuje tablica 4.1.

4.2.4. Modeli ostvarivanja prava iz dopunskog zdravstvenog osiguranja

Zdravstvena iskaznica osiguravajućeg društva koje je informacijski povezano s ljekarnama i zdravstvenim ustanovama u kojima se provodi obvezno zdravstveno osiguranje predstavlja sredstvo bezgotovinskog plaćanja. U suprotnom osiguravajuća društva svojim osiguranicima iz osnovnog zdravstvenog osiguranja naknadno refundiraju nastale troškove participacije u zdravstvenoj zaštiti.

18 Mjesečna primanja u iznosu manjem ili većem od 5.108 kn određivala su manju ili veću mjesečnu premiju i to: za umirovljenike 50 ili 80 kn, a za zaposlene 80 ili 130 kn. Od 1.7.2013. premija u visini od 70 kuna mjesečno jedinstvena je za sve osiguranike.

19 Odluka o vrsti i cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja koju donosi Upravno vijeće HZZO-a.

20 Mjesečna premija kreće se od 67 do 90 kn za osnovno pokriće, a sa proširenim pokrićem za B listu od 90 do 150 kn.

21 Na dopunskoj listi u travnju 2014. nalazi se 624 lijeka dok se npr. dvije godine ranije nalazio 391 lijek.

4.2.5. Dodatno zdravstveno osiguranje

Dodatno zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj provode isključivo društva za osiguranje²². U smislu pokrivača ono znači viši standard i veći opseg prava na zdravstvenu zaštitu u odnosu na nivo i prava zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja²³ te predstavlja njegovu nadogradnju. Pri formiranju premije osiguranja osiguratelji vode računa o opsegu pokrivenosti zdravstvenih usluga policom osiguranja i rizičnosti osiguranika uzimajući u obzir njegovu dob, spol, tablice bolesti, tablice smrtnosti, bonus, malus, trajanje ugovora o osiguranju te njegovo trenutno zdravstveno stanje. Osnovna polica dodatnog zdravstvenog osiguranja najčešće pokriva: preventivni godišnji sistematski pregled u kombinaciji s određenim brojem specijalističkih pregleda, dijagnostičkih postupaka i laboratorijskih pretraga. Šire police pokrivaju još i bolnički viši standard, fizikalnu terapiju, male kirurške zahvate, dentalnu medicinu, putno zdravstveno osiguranje i ostale medicinske usluge. Osiguravajuća društva svojim osiguranicima pružaju zdravstvene usluge putem vlastitih zdravstvenih ustanova, putem ugovornih zdravstvenih ustanova ili kombinacijom ova dva modela. Cijena police osiguranja ovisi o ugovorenom opsegu pokrivača, zdravstvenom stanju i pristupnoj dobi osiguranika. Zatim o obliku osiguranja (individualno, grupno, kolektivno), trajanju osiguranja (godišnje ili višegodišnje osiguranje) te načinu plaćanja premije (plaćanje premije odjednom ili obročno). Budući da standard i prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja trenutno nisu jasno definirani²⁴ osiguratelji nude uglavnom pokrivača iz osnovnog zdravstvenog osiguranja te nastoje biti brži, kvalitetniji i dostupniji. Definiranjem osnovne košarice zdravstvenih usluga u obveznom zdravstvenom osiguranju otvorio bi se prostor za razvoj i ponudu novih proizvoda dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kao nadopune javnim zdravstvenim uslugama.

4.2.6. Modeli ostvarivanja prava iz dodatnog zdravstvenog osiguranja

Osiguravajuća društva koriste jedan od slijedećih modela putem kojih osiguranici mogu koristiti zdravstvene usluge koje su ugovorili po policama osiguranja:

- a. Model vlastitih zdravstvenih ustanova u kojem osiguravatelj ima potpunu kontrolu nad radom i upravljanjem te nad troškovima i kvalitetom. Ovaj model traži velika

²² HZZO je objavio Pravila o uspostavljanju i provođenju dodatnog zdravstvenog osiguranja [Narodne novine, br. 1/2011.] i planirao početi s provođenjem istog, temeljem Zakona o izmjenama i dopunama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju [Narodne novine, br. 71/2010.], ali je u međuvremenu odustao.

²³ Prema čl. 6. Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

²⁴ Čl. 21. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju kojim se reguliraju vrsta i količina zdravstvenih usluga po osiguranoj osobi na godišnjoj razini, a kojim nije jasno određen sadržaj i opseg prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, tj. košarica usluga.

ulaganja, iziskuje veće operativne troškove, a geografski je ograničen brojem i smještajem zdravstvenih ustanova.

- b. Model suradnih zdravstvenih ustanova u kojem se radi o čistom ugovornom odnosu osiguravatelja i pružatelja medicinskih usluga, pa su za osiguravatelja troškovi manji, ima na raspolaganju puno veću geografsku pokrivenost tržišta, a time i mogućnosti pružanja medicinskih usluga svojim osiguranicima. Međutim osiguravatelj ne utječe na troškove poslovanja suradne ustanove, niti može neposredno nadzirati kvalitetu medicinskih usluga, nego je posredno provjerava kroz zadovoljstvo ili nezadovoljstvo osiguranika.
- c. Mješoviti model vlastitih zdravstvenih ustanova u kombinaciji sa suradnim zdravstvenim ustanovama kojim osiguravatelji nastoje iskoristiti prednosti, a izbjeći nedostatke svakog pojedinačnog modela.

Kao pomoć pri realizaciji zdravstvenih pregleda svojim osiguranicima osiguravajuća društva najčešće koriste vlastitu stručnu službu u kojoj rade liječnici ili medicinski djelatnici. Osiguravajuće društvo plaća uslugu ugovornoj zdravstvenoj ustanovi temeljem dogovora i poslane uputnice. Troškovi se refundiraju osiguraniku ukoliko u mjestu realizacije pregleda ne postoji ugovorna zdravstvena ustanova ili je za pojedine usluge tako ugovoreno po polici. Samo jedno društvo oslanja se isključivo na vlastite poliklinike [Sunce osiguranje]. Dva društva imaju mješoviti model s vlastitim poliklinikama i velikom mrežom suradnih zdravstvenih ustanova, privatnih poliklinika, ordinacija i bolnica [Croatia zdravstveno osiguranje i Basler osiguranje]. Ostala društva posluju samo s ugovornim zdravstvenim ustanovama. Pregled različitih načina pokriva u dopunskom i dodatnom zdravstvenom osiguranju te modele realizacije ugovorenih prava po polici prikazuje tablica 4.1.

Tablica 4.1. Pregled pokrivača i modela ostvarivanja prava iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Osiguratelj	Pokriće po vrstama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja		Modeli realizacije zdravstvenih pregleda
	Dopunsko	Dodatno	
Allianz	Samo uz policu životnog. Refundacija troškova.	Ne ugovara se.	Ne postoji.
Basler	Ugovara se kao samostalni program ili u kombinaciji s dodatnim. Sustav refundacije troškova osiguraniku.	Četiri osnovna paketa koji se mogu nadograđivati, a ovisno o odabranom paketu ostvaruje se pravo na: sistematski pregled, specijalističke i kontrolne preglede; preglede specijalista obiteljske medicine, dijagnostičke obrade, laboratorijske obrade te cijepljenje protiv gripe.	Vlastite [1] i ugovorne [527] zdravstvene ustanove. Asistenca - liječnička služba za ostvarenje prava po polici.
Croatia zdravstveno osiguranje*	Ugovara se kao samostalni program ili u kombinaciji s dodatnim. Mogućnost ugovaranja Dopunske (B) liste lijekova. Naknada troškova: zdravstvena iskaznica osiguratelja služi kao sredstvo bezgotovinskog plaćanja u 6.500 ordinacija, ljekarni i zdravstvenih ustanova u RH.	Šest osnovnih proizvoda. Četiri su namijenjena radno aktivnoj populaciji i razlikuju se po opsegu pokrivača, na način da je svaki sljedeći program širi od prethodnog. Sadrže sistematski pregled i određeni broj specijalističkih pregleda, dijagnostičkih obrada, laboratorijske dijagnostike, male operativne zahvate, bolji smještaj u bolnici, fizikalnu terapiju i sl. Uz odabrani osnovni program moguće je kombinirati sljedeće proizvode: dopunsko osiguranje, stomatološke usluge, drugo liječničko mišljenje, antistres programe, liječenje u inozemstvu, kardiološke pakete. Dva proizvoda su namijenjena mlađoj populaciji do 18 godina te starijim osobama iznad 65 godina.	Vlastite [4] i ugovorne zdravstvene ustanove [548]. Asistenca - služba koja omogućuje izravan kontakt (besplatni telefon) s ovlaštenim liječnikom svaki dan od 8-22 sata. Organizacija i praćenje realizacije medicinske usluge te davanje medicinskih savjeta osiguranicima.
HOK	U kombinaciji s dodatnim. Mogućnost ugovaranja B liste lijekova za akutna stanja. Refundacija troškova.	Tri paketa pokrivača: ograničeni broj medicinski indiciranih usluga plus dopunsko, sistematski plus dopunsko i neograničeno pokriva medicinski indiciranih usluga plus dopunsko.	Ugovorne zdravstvene ustanove. Besplatni telefon.
Grawe	Ne ugovara se.	Tri vrste programa: Preventivna zdravstvena zaštita; Zdravstveno osiguranje naknade za vrijeme boravka u bolnici; Zdravstveno osiguranje naknade za slučaj operacije.	Ugovorne zdravstvene ustanove (329). Online prijava za korištenje i Grawe vitalfon.
Merkur	Ne ugovara se.	Cjelokupna zdravstvena skrb u jednom programu i to: 1. Liječnički i specijalistički tretman: kombinacija preventive, specijalističkih pregleda i ambulantnih operacijskih zahvata, 2. Lijekovi koji nisu na listi HZZO-a, 3. Alternativna medicina, 4. Neliječnički tretman i fit program, 5. Ortopedska pomagala, naočale i leće. Osiguratelj pokriva 80% troška za liječničke i neliječničke tretmane i lijekove.	Ugovorne zdravstvene ustanove. E-Mail.

Sunce	Ne ugovara se.	Šest vrsta polica i to: četiri vrste u klasičnom programu uz mogućnost kreiranja individualnog sistematskog pregleda te sudjelovanja osiguranika u troškovima proširenog pokrivača do 40%. Dvije vrste u ekskluzivnom programu osiguranja uz široki spektar medicinskih usluga uz maksimalno individualiziran pristup liječnika i cjelogodišnje praćenje zdravstvenog stanja te osobnog savjetnika (liječnika) za zdravlje.	Usluge isključivo u vlastitim poliklinikama [7]. Besplatni telefon.
Uniqa	Ugovara se u kombinaciji s dodatnim. Tri vrste pokrivača: do 1.000,00 kuna, do 2.000,00 kuna i neograničeno. Mogućnost ugovaranja Dopunske (B) liste lijekova. Refundacija troškova.	Sedam osnovnih paketa te dodatno u kombinaciji s dopunskim. Uz godišnje limite pokrivača, osiguranik sudjeluje u 50% troškova za specijalističke preglede i dijagnostičke postupke te 30% troškova za fizikalnu terapiju, male operacijske zahvate, ortopedska pomagala i stomatološke usluge.	Ugovorne zdravstvene ustanove [250]. MedUniqa – dežurna medicinska služba za savjetovanje i pomoć osiguranika pri dogovaranju zdravstvene usluge.

Napomena: *Jedino specijalizirano društvo za dobrovoljno zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj.

4.2.7. Privatno zdravstveno osiguranje

Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju privatno zdravstveno osiguranje definirano je kao osiguranje kojim se osigurava zdravstvena zaštita fizičkim osobama koje borave u Republici Hrvatskoj, a koje se nisu obvezne osigurati sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o zdravstvenoj zaštiti stranaca u Republici Hrvatskoj. Provedba privatnog zdravstvenog osiguranja kao zamjene za obvezno zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj nije osiguravajućim društvima zakonski omogućena te se ne provodi²⁵.

4.3. Regulatorna zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj

Četiri su temeljna zakona koji reguliraju djelatnost dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja u Hrvatskoj: Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju²⁶, Zakon o zdravstvenoj zaštiti²⁷, Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju²⁸ i Zakon o osiguranju²⁹.

²⁵ Čl. 2. st. 1. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju određuje HZZO kao provoditelja obveznog zdravstvenog osiguranja, a čl. 3. st. 1. Zakona o osiguranju isključuje obvezno socijalno osiguranje iz poslova osiguranja.

²⁶ Narodne novine, br. 137/2013., 80/2013., 144/2012., 123/2012., 57/2012., 22/2012., 49/2011., 139/2010., 71/2010., 153/2009., 94/2009., 150/2008.

²⁷ Narodne novine, br. 150/2008., 155/2009., 71/2010., 139/2010., 84/2011., 154/2011., 12/2012., 70/2012., 144/2012., 82/2013.

²⁸ Narodne novine, br. 71/2010., 150/2008., 85/2006.

²⁹ Narodne novine, br. 151/2005., 89/2008., 82/2009.

Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju uređuje opseg prava na zdravstvenu zaštitu, uvjete i način njihova ostvarivanja i financiranja, prava i obveze nositelja osiguranja uključujući prava i obveze ugovornih subjekata nositelja provedbe zdravstvene zaštite iz obveznoga zdravstvenog osiguranja. Obvezno zdravstveno osiguranje obveza je svih osoba s prebivalištem u Republici Hrvatskoj i stranaca sa stalnim boravištem u Republici Hrvatskoj. Obvezno zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj provodi HZZO. Zakon o zdravstvenoj zaštiti uređuje načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i obveze osoba u korištenju zdravstvene zaštite te nositelje društvene skrbi za zdravlje stanovništva, definira sadržaj i organizacijske oblike obavljanja zdravstvene djelatnosti te utvrđuje nadzor nad obavljanjem zdravstvene djelatnosti.

Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju uređuju se vrste, uvjeti i način provođenja te davanja suglasnosti za obavljanje poslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Zatim se definiraju osiguranici kojima se sredstva za dopunsko osiguranje osiguravaju na teret proračuna te kapaciteti zdravstvenih ustanova za provođenje dodatnog zdravstvenog osiguranja. Uz ovaj spomenuti Zakon u primjeni su i određeni podzakonski akti³⁰.

Zakonom o osiguranju uređuju se uvjeti za osnivanje i poslovanje društava za osiguranje, zatim se određuje pravilno poslovanje društava za osiguranje po pitanju tehničkih pričuva, solventnosti, upravljanja rizicima i adekvatnosti kapitala, obavljanja unutarnje revizije i revizije društava za osiguranje te ovlasti nadzornog tijela. Definirane su ovlasti i obveze ovlaštenog aktuara, kao npr. oblikuju li se cjenici premija i tehničke pričuve prema propisima i tako da omogućavaju trajno ispunjavanje svih obveza osiguratelja iz ugovora o osiguranju. Zatim odredbe koje se neposredno tiču materije ugovora o osiguranju, a riječ je o odredbama koje propisuju pravo ugovaratelja osiguranja na odustajanje od sklopljenog ugovora o osiguranju i obvezu osiguratelja na informiranje ugovaratelja osiguranja, kao i način rješavanja sporova osiguranika, obavljanje poslova zastupanja i posredovanja u osiguranju te zaštitu potrošača. Propisani su i oblici udruživanja osiguratelja, udruga osiguranja [engl. *pool*] i Hrvatski ured za osiguranje.

Zdravstveno osiguranje, prema hrvatskom Zakonu o osiguranju, svrstava se u skupinu neživotnih osiguranja³¹, a može ga provoditi društvo za osiguranje koje je dobilo dozvolu za obavljanje te vrste osiguranja od nadzornog tijela Hrvatske agencije za nadzor

³⁰Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dodatnog zdravstvenog osiguranja Narodne novine, br. 85/2006.; Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja Narodne novine, br. 2/2009., 123/2009.; Pravilnik o postupku i načinu davanja suglasnosti za obavljanje poslova dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja Narodne novine, br. 38/2008.

³¹Poslovi osiguranja iz čl. 3. st. 2. Zakona o osiguranju.

financijskih usluga. Temeljem zakonskih odredbi³² HANFA je donijela pravilnik³³ kojim je propisala raspored vrsta rizika, koje mogu pokrivati osiguravajuća društva, po skupinama i vrstama osiguranja. Prema navedenim zakonskim odredbama i pravilima unutar skupine neživotnih osiguranja određeno je osamnaest vrsta osiguranja. Osiguravajuće društvo ne smije započeti obavljati poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja bez prethodno pribavljene suglasnosti ministra zdravlja³⁴.

4.3.1. Provođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja

Provođenje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja za osiguravajuća društva regulirano je prvenstveno Zakonom o osiguranju koji je usklađen s direktivama EU-a o neživotnim osiguranjima i Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Istovremeno HZZO dopunsko osiguranje provodi prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Dakle, za razliku od osiguravajućeg društva, HZZO nema obvezu dobivanja suglasnosti za obavljanje poslova od strane regulatora osiguranja [HANFA-e] i za ispunjavanje svih ostalih zakonskih normi predviđenih Zakonom o osiguranju. Pošto Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju regulira provođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja drugačije nego Zakon o osiguranju, pravno je vrlo dvojbjen ovakav način regulacije tržišta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Osiguravajuća društva već dugo ukazuju na ovakve neujednačene i nejasne zakonske propise u provođenju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, neravnopravnost osiguratelja u odnosu na državni zdravstveni osiguravajući zavod te na nedostatnost materijalno pravnih odredbi koje se odnose na dobrovoljna zdravstvena osiguranja što bitno utječe na stabilnost njihovog poslovanja³⁵ i posljedično koči daljnji razvoj ove vrste osiguranja.

Mada slovenska regulativa i problematika dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja nije istovjetna hrvatskoj, na primjeru Slovenije³⁶ može se vidjeti stav Europske komisije u slučajevima ograničavanja slobode pružanja usluga i kretanja kapitala među državama članicama te pogrešne i nepotpune primjene direktive za neživotna osiguranja. Naime, Europski sud pravde udovoljio je tužbi Europske komisije protiv Slovenije zbog neusklađenosti propisa o dopunskom zdravstvenom osiguranju s pravnim poretkom

³² Temeljem odredbi čl. 3. st. 5. Zakona o osiguranju.

³³ Pravilnik o rasporedu vrsta rizika po skupinama i vrstama osiguranja i reosiguranja [Narodne novine, br. 100/2009.].

³⁴ Pravilnik o postupku i načinu davanja suglasnosti za obavljanje poslova dobrovoljnoga zdravstvenog osiguranja [Narodne novine, br. 112/2006., 38/2008.].

³⁵ Ćurković [2009].

³⁶ Ivanjko [2013].

EU-a. Unatoč tome što je Slovenija pokušala dokazati da je dopunsko zdravstveno osiguranje njen javni interes, kao dio sustava socijalne sigurnosti, sud je ocijenio da Slovenija nije ispunila obveze iz direktive za neživotna osiguranja i da je prekršila pravila o slobodnom protoku kapitala i slobodi obavljanja usluga.

Hrvatska se također obvezala da će provoditi neživotna osiguranja u skladu s navedenim direktivama. Direktive Vijeća koje se odnose na neživotna osiguranja³⁷ definiraju da se provođenje neživotnih osiguranja odvija preko osiguravajućih društava. Od ovog pravila izuzeti su javni zdravstveni sustavi i osiguranja koja su sastavni dio zakonskog sustava socijalne sigurnosti³⁸ te zdravstvena osiguranja koja dijelom ili potpuno zamjenjuju zdravstvena osiguranja iz zakonskog sustava socijalne sigurnosti.³⁹

Pravni sustav EU-a dopunsko zdravstveno osiguranje ne smatra dijelom javnog zdravstvenog sustava te bi se on u potpunosti trebao odvijati po načelima i pravilima slobodnog tržišnog natjecanja. Poboljšanja i promjene u regulativi hrvatskog zdravstvenog sustava trebali bi ići u smjeru omogućavanja pune konkurencije i ravnopravnog tržišnog natjecanja među svim provoditeljima ovog osiguranja.

4.4. Tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj

Na relativno malom hrvatskom tržištu osiguranja djeluje veliki broj od 26 osiguravajućih društava, koja su u 2013. godini zaračunali bruto premiju u iznosu od 9,1 milijardi kuna. Kretanje zaračunate bruto premije na tržištu osiguranja u RH u razdoblju od 2010. do 2013. prikazano je u tablici 4.2.

Tablica 4.2. **Kretanje zaračunate bruto premije na tržištu osiguranja u RH u razdoblju od 2010. do 2013. godine, po odabranim skupinama i vrstama osiguranja u tisućama kuna**

VRSTA OSIGURANJA	2010.	2011.	Indeks	2012.	Indeks	2013.	Indeks
Sveukupna bruto zaračunata premija [Neživot + Život]	9,244.459	9,144.180	98,9	9,037.642	98,8	9,075.647	100,4
Bruto zaračunata premija Neživota	6,786.761	6,712.963	98,9	6,576.454	98,0	6,537.236	99,4
Bruto zaračunata premija dobrovoljnih zdr. osig.	226.919	224.457	98,9	214.399	95,5	221.811	103,5

Izvor: HUU, podaci za web I-XII 2010.-2013. (www.huo.hr), izračun i obrada autora.

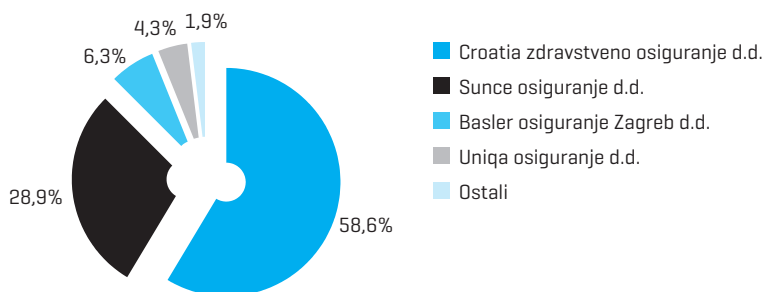
37 Europska komisija [1973; 1988; 1992].

38 Čl. 2. točka 1.d) Prve direktive o neživotnim osiguranjima 73/239/EEZ.

39 Čl. 54. Treće direktive o neživotnim osiguranjima 92/49/EEZ.

U skupini neživotnih osiguranja, kojima se bavi 19 društava, zaračunata bruto premija iznosi 6,5 milijardi kuna ili 0,6 posto manje nego prošle godine. Od tog iznosa na dobrovoljna zdravstvena osiguranja odnosi se 221,8 milijuna kuna, što čini porast od 3,5 posto u odnosu na 2012.⁴⁰ kada su iznosila 214,3 milijuna kuna. Osam osiguravajućih društava bavi se ovom vrstom osiguranja. Prema navedenim podacima iz 2013. može se zaključiti da ovaj segment osiguranja u ukupno zaračunatoj premiji sudjeluje s 2,4 posto. U premiji neživotnih osiguranja sudjeluju s 3,4 posto što nam, uspoređujući to s prosjekom Europske unije od 25,4 posto [2012. tablica 4.7], govori da hrvatsko tržište još uvijek nije dovoljno razvijeno.

Slika 4.1. Tržišni udjeli u dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju na kraju 2013. godine



Izvor: HUO, podaci za web-mjesečni-12-2013.xls [www.huo.hr], izračun i obrada autora.

Croatia zdravstveno osiguranje za poslove dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja sa zaračunatom premijom od 129,9 milijuna kuna u 2013. godini drži 58,6 posto tržišta.⁴¹ Sunce osiguranje sa 63,9 milijuna kuna zauzima 28,9 posto tržišta, dok na sva ostala društva otpada samo 28 milijuna kuna ili 10,5 posto tržišta (slika 4.1). Novi sudionici na tržištu koji su počeli s prodajom zdravstvenog osiguranja u 2013. su HOK i Triglav, a za sada su zabilježili samo simboličnu premiju. Nakon početnih visokih godišnjih stopa rasta zaračunata premija dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja na domaćem tržištu u 2008. godini dosegla je do sada maksimalnu vrijednost od 281,2 milijuna kuna, što iznosi 38,9 milijuna eura, kako prikazuje slika 4.4. U odnosu na 2003. godinu kao početak promatranog perioda, to je bio porast od 2,8 puta. Ukupno tržište osiguranja, a napose tržište dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, koja u sebi ne sadrže nikakav oblik zakonske obveznosti, pokazalo je visok stupanj osjetljivosti na kretanja u makroekonomskom

⁴⁰ HUO, Kretanja na tržištu osiguranja, podaci za web-prosinac 2013.

⁴¹ HUO, kretanja na tržištu osiguranja, podaci za web-prosinac 2013.

okruženju. Od ulaska Hrvatske u ciklus gospodarske recesije pa sve do 2013. godine trend kretanja bio je negativan.

Tablica 4.3. **Kretanje bruto zaračunate premije prema vrsti osiguranja u milijunima kuna**

Vrsta osiguranja	2009.	2010.	Indeks	2011.	Indeks	2012.	Indeks	2013.	Indeks
Dopunsko	17,5	23,8	136,1	26,3	110,5	29,1	110,7	68,5	235,6
Dodatno	217,7	203,1	93,3	198,2	97,6	185,3	93,5	153,3	82,7
Dobrovoljno zdravstveno osiguranje	235,1	226,9	96,5	224,5	98,9	214,4	95,5	221,8	103,5

Izvor: HUU, podaci za web 2009.-2013. (www.huo.hr), izračun i obrada autora.

Tržište dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja bilježilo je tako konstantan pad premije u razdoblju od 2009. do 2012. godine. Promatrajući kretanje premije po vrstama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, od 2009. do 2013. godine, može se zaključiti da je premija dopunskog osiguranja imala stalan rast, dok je istovremeno premija dodatnog osiguranja konstantno padala. Ukupno tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja se, unatoč svim pozitivnim pomacima u dopunskom osiguranju, na kraju promatranog perioda ipak smanjilo za 13,3 milijuna kuna (sa 235,1 na 221,8 milijuna kuna) bruto zaračunate premije [tablica 4.3].

4.4.1. Tržište dopunskog zdravstvenog osiguranja

Budući da HZZO ne provodi dopunsko zdravstveno osiguranje sukladno Zakonu o osiguranju, nego prema Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, njegova premija ne bilježi se u službenim statistikama i izvješćima o tržištu osiguranja koja se odnose na osiguravajuća društva. Stoga se ovdje daju pregled i usporedba ukupnog tržišta dopunskog zdravstvenog osiguranja kojeg provodi HZZO prema njegovim izvješćima o poslovanju (za osiguranike koji sami plaćaju premiju) i osiguravajućih društava prema podacima koje objavljuje Hrvatski ured za osiguranje [tablica 4.4].

HZZO je najveći provoditelj dopunskog zdravstvenog osiguranja koji prema iskazanom iznosu prihoda od premije osiguranika koji sami plaćaju premiju, u 2013. godini pokriva 94,8 posto tržišta ove vrste osiguranja u Hrvatskoj. Osiguravajuća društva koja rade na tržišnim principima poslovanja povećala su svoj udjel na 5,2 posto u 2013.

Tablica 4.4. **Usporedba zaračunate premije dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a i osiguravajućih društava u razdoblju 2011.-2013. godine**

Pružatelj usluga dopunskog osiguranja	2011. godina		2012. godina		2013. godina	
	Premija u mil. HRK	Udio	Premija u mil. HRK	Udio	Premija u mil. HRK	Udio
HZZO	1.187,9	97,8%	1.355,9	97,9%	1.261,5	94,8%
Osiguravajuća društva	26,3	2,2%	29,1	2,1%	68,5	5,2%
UKUPNO	1.214,2	100,0%	1.385,0	100,0%	1.330,0	100,0%

Napomena: Podaci za HZZO odnose se na osiguranike koji sami plaćaju premiju osiguranja.

Izvori: HUU, podaci za web 2011., 2012. i 2013.; Izvješća o poslovanju HZZO-a za 2011., 2012. i 2013. godinu.

Tržište dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provodi HZZO

Ujednačavanje cijene police dopunskog zdravstvenog osiguranja koje je proveo HZZO dovelo je do povećanja broja osiguranika koji sami plaćaju policu. Povećao se i ukupan broj osiguranika u 2013. pribrojimo li mu one kojima se premija plaća na teret državnog proračuna [tablica 4.5].

Tablica 4.5. **Prihodi i broj osiguranika dopunskog zdravstvenog osiguranja HZZO-a, 2011.-2013.**

Godina	Prihodi po posebnim propisima u kunama	Ukupan broj osiguranika u dopunskom osiguranju	Broj osiguranika na teret državnog proračuna	Broj osiguranika koji sami plaćaju policu	Prihodi od premije dopunskog osiguranja u kunama
1	2	3	4	5	6
2011.	1.679.442.167	2.481.767	943.638	1.538.129	1.187.868.183
2012.	1.859.461.305	2.500.177	944.301	1.555.876	1.355.915.163
2013.	2.182.712.004	2.553.846	954.411	1.599.435	1.261.491.811

Napomena: Prihodi od premije dopunskog osiguranja odnose se na osiguranike koji sami plaćaju premiju osiguranja.

Izvori: Izvješća o poslovanju HZZO-a za 2011., 2012. i 2013. godinu.

Prihodi po posebnim propisima ostvareni su u iznosu od 2,18 milijardi kuna, a sadrže ukupne prihode od premije i sredstva sudjelovanja osiguranika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Broj osiguranika koji su sklopili policu dopunskog zdravstvenog osiguranja s HZZO-om na kraju 2013. iznosio je 2,55 milijuna. Od toga 1,59 milijuna građana sami plaćaju policu osiguranja, dok ih 954.411 kao posebna kategorija osiguranika to pravo ostvaruje na teret državnog proračuna.⁴² Postupak utvrđivanja tog prava provodi HZZO.⁴³

⁴² <http://www.hzzo.hr/dopunsko-zdravstveno-osiguranje/dopunsko-zdravstveno-osiguranje-na-teret-proracuna-rh>.

⁴³ Čl. 14.a do 14.g Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju.

Dio stanovništva od oko 900.000⁴⁴ osoba pravo na zdravstvenu zaštitu ostvaruje samo na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja HZZO-a (djeca do 18 godina starosti, osobe nesposobne za rad i osobe koje nemaju sredstava za uzdržavanje)⁴⁵ pa nemaju potrebe sklapati policu osiguranja. Zakonskim promjenama koje su provedene prije nekoliko godina⁴⁶ sužen je broj kategorija osiguranika koji ostvaruju pravo na policu dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret proračuna RH pa je njihov broj zadnjih nekoliko godina u padu. Samo 2 posto stanovništva ima policu dopunskog osiguranja sklopljenu kod jednog od društava za osiguranje. Ostatak od oko 800.000 građana nema ugovorenu policu dopunskog zdravstvenog osiguranja te predstavlja potencijalno novo tržište vrijedno od 672 milijuna kuna⁴⁷.

Najave skorog izlaska HZZO-a iz državne riznice i pretvaranja u osiguravajuće društvo, vode nas prema uređenijem tržištu, slobodnom tržišnom natjecanju i provođenju poslova dopunskog osiguranja pod jednakim uvjetima za sva društva.

Tržište dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provode osiguravajuća društva

Tržište dopunskog zdravstvenog osiguranja koje provode osiguravajuća društva (bez učešća HZZO-a) najvećim udjelom od 91 posto drži Croatia zdravstveno osiguranje, dok preostala društva drže 9 posto tržišta⁴⁸ (slika 4.2).

Kod dopunskoga zdravstvenog osiguranja koje provode osiguravajuća društva došlo je do povećanja zaračunate bruto premije u 2013. godini za 135,6 posto, s 29,1 na 68,5 milijuna kuna, a udio ove vrste zdravstvenoga osiguranja porastao je u odnosu na isto razdoblje prethodne godine s 12,2 posto na 27,5 posto. Broj osiguranja u istom razdoblju povećao se s 19.213 na 47.229, kao rezultat otvaranja tržišta, u kojem prednjači Croatia zdravstveno osiguranje s rastom premije od 37 milijuna kuna. Nakon ulaska Hrvatske u Europsku uniju do sada je svoj dolazak na hrvatsko tržište najavilo 80 osiguravajućih društava koja su dobila i odobrenje HANFA-e, jer među zemljama članicama Europske unije važi načelo slobode pružanja usluga osiguranja. U Sloveniji su od njena ulaska u EU registrirana čak

44 DZS, Popis stanovništva u Hrvatskoj 2011.

45 <http://www.hzzo.hr/dopunsko-zdravstveno-osiguranje/novosti>.

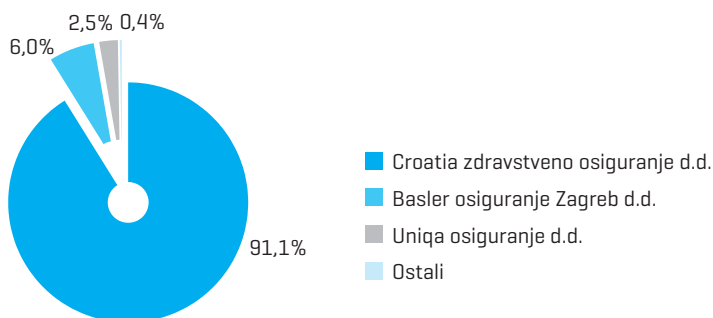
46 Izmjenama Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju iz lipnja 2010. godine određeno je da pravo na plaćanje premije iz državnog proračuna imaju: osobe sa 100-postotnim invaliditetom, siromašni (s prihodom manjim od 1.516 kn po članu ili 1.939 kn samci), redoviti učenici i studenti stariji od 18 godina, darivatelji ljudskog tijela u svrhu liječenja i dobrovoljni darivatelji krvi.

47 Izračun uz prosječnu godišnju premiju od 840 kuna po polici osiguranja.

48 HUU, kretanja na tržištu osiguranja, podaci za web-prosinac 2013., obrada autora.

582 osiguravajuća društva⁴⁹. Neka od njih specijalizirana su za zdravstvena osiguranja pa se očekuje povećanje konkurencije u ovom segmentu osiguranja, ali i značajno povećanje ukupnog tržišta povećanjem broja osiguranih osoba koje do sada nisu obuhvaćene ovim osiguranjem.

Slika 4.2. **Tržišni udjeli u dopunskom zdravstvenom osiguranju bez učešća HZZO-a na kraju 2013. godine**



Izvor: HUO, podaci za web-mjesečni-12-2013.xls (www.huo.hr), izračun i obrada autora.

4.4.2. Dodatno zdravstveno osiguranje

Dodatno zdravstveno osiguranje u 2013. godini zabilježilo je zaračunatu bruto premiju u iznosu od 153,2 milijuna kuna, što je u odnosu na isto prošlogodišnje razdoblje smanjenje za 7,3 posto. To je nastavak negativnog trenda još od 2008. godine kada je premija iznosila 228,4 milijuna kuna te je do 2013. pala za 75,2 milijuna kuna, a samo u zadnje tri godine za 46 milijuna kuna. Na to su presudno utjecale gospodarska kriza i ukidanje porezne olakšice. Tako se umanjio ionako mali udjel hrvatskog privatnog zdravstvenog osiguranja u ukupnim izdacima za zdravstvenu skrb od 0,6 posto (prosjeak 3,9 posto za Europsku uniju).

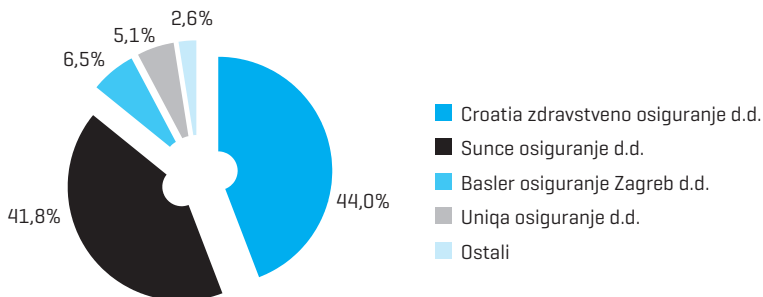
Provoditelji osiguranja u Hrvatskoj moraju osmisliti nove modele razvoja ove vrste osiguranja koja svojom kvalitetnom ponudom može nadopuniti usluge koje pruža javno zdravstvo te utjecati na smanjenje određenih troškova u zdravstvu. Tome u prilog govore i provedena istraživanja tržišta⁵⁰ koja pokazuju da je 38 posto građana spremno izdvajati od 100 do 200 kuna, a njih 20 posto preko 200 kuna mjesečno za dodatno zdravstveno osiguranje. Koristi od razvoja bile bi višestruke jer bi se angažiranjem

⁴⁹ Lider, Poslovni magazin, ožujak, 2014.

⁵⁰ GfK Hrvatska [2010].

slobodnih novčanih sredstava građana dijelom rasteretilo javno zdravstvo, dugoročno bi se potaknuo razvoj osigurateljne industrije, financijskog tržišta i zdravstvenog sektora. To bi konačno osiguralo veće prihode državnom proračunu jer bi se jedan dio sredstava za zdravstvenu zaštitu, koji građani izdvajaju direktno iz džepa (cca 3,5 milijardi kuna godišnje)⁵¹, a koji je sada izvan porezne kontrole, usmjerilo prema policama dodatnog zdravstvenog osiguranja. Skratile bi se liste čekanja i fizički rasteretilo kapacitete u obveznom zdravstvenom osiguranju. Provođenje zdravstvene skrbi ovim putem odvija se organizirano i pod nadzorom čime se podiže ukupna kvaliteta ove djelatnosti primarno u korist osiguranika i zajednice. Primjerice u 2013. godini na teret dodatnog zdravstvenog osiguranja preko osiguravajućih društava osiguranicima je pruženo zdravstvenih usluga u vrijednosti 126 milijuna kuna (zadnje tri godine u iznosu od 430 milijuna kuna),⁵² u zdravstvenim ustanovama s kojima osiguratelji imaju ugovorenu suradnju. Daljnjom ekspanzijom dodatnog zdravstvenog osiguranja taj bi se iznos mogao znatno povećati jer primjerice u Europskoj uniji vrijednost ukupnih isplata osiguravajućih društava za zdravstvene usluge pružene njihovim osiguranicima iznosi 85,5 milijardi eura. Tako dodatna zdravstvena osiguranja omogućuju sufinanciranje javnog zdravstvenog sustava kojemu kronično nedostaju financijska sredstva. U razvijenim zemljama Europske unije, a i šire, to je odavno prepoznato pa i novije članice idu tim putem.

Slika 4.3. Tržišni udjeli u dodatnom zdravstvenom osiguranju na kraju 2013. godine



Izvor: HUO, podaci za web-mjesečni-12-2013.xls, [www.huo.hr], izračun i obrada autora.

Uz daljnji opći trend smanjivanja troškova i izdataka gospodarskih subjekata, visoku nezaposlenost, pad raspoloživog dohotka te smanjenu potrošnju uslijed nastavka gospodarske krize i recesije, kod nas je teško za sada očekivati značajniji porast premije ovog osiguranja. Budući da javno zdravstvo već duže pruža veću vrijednost usluga nego se putem doprinosa prikupi novca može se očekivati promjena opsega prava iz osnovnog

⁵¹ Neposredna potrošnja kućanstava - Statistički ljetopis RH 2011., DZS.

⁵² HUO, kretanja na tržištu osiguranja, podaci za web-prosinac 2013.

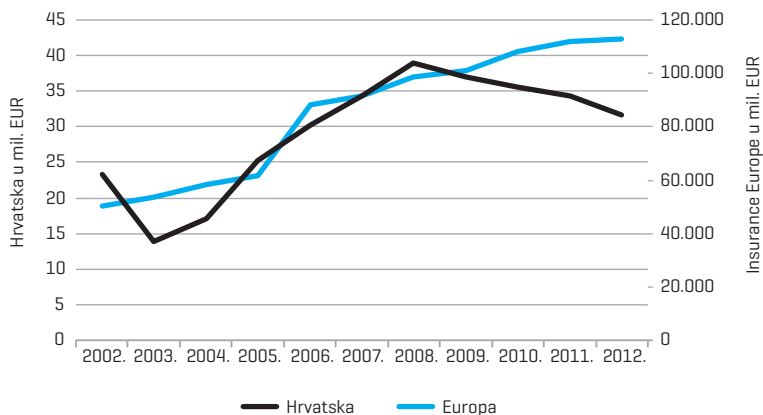
zdravstvenog osiguranja. Tako bi se osiguravajućim društvima otvorile mogućnosti za kreiranje novih programa dodatnog zdravstvenog osiguranja, što bi garantiralo stabilnost razvoja ove vrste osiguranja u budućnosti.

4.5. Usporedba tržišta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Europi i Hrvatskoj

4.5.1. Kretanje zaračunate premije u Hrvatskoj u odnosu na Europu

Promotri li se kretanja na hrvatskom tržištu dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja mogu se uočiti dva glavna razdoblja. U prvom razdoblju, prije gospodarske krize, bruto zaračunate premije komercijalnih zdravstvenih osiguranja prate uzlazni trend europskog tržišta. Od 2003. do 2008. bruto zaračunata premija komercijalnih zdravstvenih osiguranja bilježi velike godišnje stope rasta te na kraju 2008. godine dostiže vrijednost od 38,9 milijuna eura. Međutim, od početka gospodarske krize trend kretanja je iz godine u godinu negativan, što upućuje na nestabilnost ovog tržišta, jer osim nepovoljnog gospodarskog stanja, na razini regulative nisu učinjeni nikakvi pomaci. Štoviše, uvedene su destimulativne mjere poput ukidanja povoljnog poreznog tretmana za nositelje polica dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.⁵³

Slika 4.4. **Kretanje bruto zaračunate premije zdravstvenih osiguranja u Europskoj uniji i Hrvatskoj, 2002.- 2012. godine, u milijunima eura**



Napomena: Podaci za 32 zemlje članice Insurance Europe (bivša CEA) koja predstavlja oko 95 posto europske bruto zaračunate premije (www.insuranceeurope.eu).

Izvori: Insurance Europe, Statistics No. 48: European Insurance in Figures dataset (2012 data), Statistical publication, February 2014, HANFA, HUO, podaci za web 2002.-2012.

⁵³ Porezna olakšica ukinuta je u srpnju 2010. godine.

Prikazani podaci za Europu odnose se na 32 zemlje članice Insurance Europe⁵⁴ u koje spadaju zemlje članice Europske unije (osim Litve)⁵⁵ te Island, Lihtenštajn, Norveška, Švicarska i Turska. Promatrajući ukupnu zaračunatu premiju kod navedenih europskih zemalja odmah se uočava nagli skok premije zdravstvenih osiguranja u 2006. godini što je prvenstveno posljedica zdravstvene reforme u Nizozemskoj koja je privatnim osiguravajućim društvima omogućila da se bave obveznim zdravstvenim osiguranjem. Za razliku od Hrvatske, Europa bilježi velike stope rasta zaračunate premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i u kriznim godinama, posebice u 2010. i 2011. godini (slika 4.4). Prema podacima Insurance Europe stopa rasta je u 2010. iznosila gotovo 6 posto, u 2011. zabilježen je porast od 3 posto, ali u 2012. tek 0,1 posto, prvenstveno zbog pada najvećeg nizozemskog tržišta za 1,3 posto u toj godini. U Njemačkoj je tijekom 2012. godine zabilježen rast od 2,8 posto, u Francuskoj 4,9 posto, Švicarskoj 2,4 posto, Španjolskoj 5,2 posto te u Velikoj Britaniji 6,3 posto. Zanimljivo je da je ovo osiguranje jedina vrsta osiguranja koja je u Španjolskoj tijekom zadnje tri godine stalno bilježila rast. Ukupno europsko tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iznosi rekordnih 113 milijardi eura te među neživotnim osiguranjima iskazuje najviše godišnje stope rasta. S udjelom od 25,4 posto zaračunate bruto premije u neživotnim osiguranjima zdravstveno osiguranje ostaje drugi po veličini segment u ovoj skupini osiguranja, odmah iza osiguranja motornih vozila. Ovo je jedina vrsta neživotnih osiguranja koja je tijekom posljednjeg desetljeća zabilježila stalan rast. Pozitivan trend potaknut je rastom potražnje koji je uvjetovan istovremenim starenjem populacije te povećanjem troškova zdravstvene skrbi.

4.5.2. Udjeli pojedinih zemalja Europske unije u zaračunatoj premiji

Sektor predvode Nizozemska s 36,1 posto i Njemačka s 30,9 posto tržišnog udjela, a na njemu su prisutne velike razlike u veličini i udjelu pojedinih nacionalnih tržišta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u zemljama Europske unije kao što prikazuje tablica 4.6. Analizirajući udjele zemalja u ukupnoj zaračunatoj premiji ovih osiguranja može se zaključiti da devet razvijenijih europskih zemalja čini skoro 97 posto. Također je zanimljiv podatak da polako raste i udjel ostalih zemalja, najvećim dijelom zahvaljujući ulasku deset zemalja u Europsku uniju 2004. godine. Udjeli zemalja u prikazanom periodu su stabilni, samo s manjim oscilacijama, što podupire tezu da je tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Europi prilično stabilno.

⁵⁴ Insurance Europe krovno je europsko udruženje osiguratelja i reosiguratelja, okuplja 5.000 osiguratelja i reosiguratelja iz 32 zemlje članice. Do 29. veljače 2012. godine djelovalo je pod nazivom Comité Européen des Assurances (CEA), a od 1. ožujka 2012. godine mijenja naziv u Insurance Europe.

⁵⁵ <http://www.insuranceeurope.eu/about-us/members>.

Tablica 4.6. **Udjeli zemalja u bruto zaračunatoj premiji zdravstvenih osiguranja, opadajući rang, 2006.-2011. godine**

Rang	Zemlja	Godina					
		2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
1	Nizozemska	35,7%	34,9%	35,4%	36,1%	36,4%	36,1%
2	Njemačka	32,3%	32,1%	30,8%	31,1%	30,8%	30,9%
3	Francuska	8,6%	9,1%	8,6%	9,0%	8,9%	8,5%
4	Švicarska	4,6%	4,2%	5,6%	5,6%	5,9%	6,6%
5	Španjolska	5,5%	5,7%	5,7%	6,0%	5,9%	5,8%
6	Velika Britanija	6,6%	6,8%	5,1%	4,5%	4,3%	4,2%
7	Italija	2,1%	2,2%	2,2%	2,2%	2,0%	1,9%
8	Austrija	1,6%	1,6%	1,6%	1,6%	1,5%	1,5%
9	Belgija	1,1%	1,1%	1,1%	1,2%	1,2%	1,1%
UKUPNO		98,1%	97,8%	96,0%	97,3%	97,0%	96,9%
10 Ostale zemlje		1,9%	2,2%	4,0%	2,7%	3,0%	3,0%
		100%	100%	100%	100%	100%	100%

Izvor: Izračunato prema Insurance Europe, Non-life_2011.xls [www.insuranceeurope.eu].

Usprkos ekonomskoj krizi koja je započela 2008. i eskalirala 2009. godine zaračunata premija na tržištima zemalja Europske unije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja bilježi rast te time dokazuje svoju vitalnost i otpornost na gospodarsku krizu. To pokazuje da je ovaj vid zdravstvenog osiguranja u većini razvijenih zemalja Europske unije prihvaćen kao nužna i poželjna komplementarnost sustavu javnog zdravstva.

4.5.3. Struktura, penetracija i gustoća

Usporedba razvijenosti dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj u odnosu na navedene države Europske unije analizira se putem tri ključna pokazatelja razvijenosti osiguranja: 1. struktura tržišta osiguranja, 2. penetracija osiguranja ili udio zaračunate premije osiguranja u BDP-u i 3. gustoća osiguranja odnosno iznos premije osiguranja po stanovniku kako prikazuje tablica 4.7.

Promatrajući ključne parametre razvijenosti tržišta zdravstvenog osiguranja u 2010. godini vidljivo je da Hrvatska zaostaje za Europskom unijom. Hrvatska još uvijek ima vrlo visok udjel premije neživotnih osiguranja od 73 posto (u čemu prevladava obvezno auto osiguranje) za razliku od europskih zemalja gdje prevladavaju životna osiguranja, a neživotna čine tek 41 posto ukupnog tržišta osiguranja. Prosječni udio zdravstvenih osiguranja u neživotnim osiguranjima u Europi iznosi 25,4 posto, a u Hrvatskoj 3,6 posto. Razlika u razvijenosti tržišta zdravstvenih osiguranja ogleda se i u penetraciji osiguranja

koja je u Hrvatskoj deset puta manja. Na razini 32 zemlje članice, Europe Insurance udio bruto zaračunate premije u BDP-u iznosi 0,8 posto dok je u Hrvatskoj na visini od tek 0,08 posto. Dok su u 2012. godini europski građani na zdravstveno osiguranje u prosjeku trošili 190 eura [174 eura 2009.] u isto vrijeme stanovnici Hrvatske izdvajali su trideset puta manje, samo 5,9 eura. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje bilježi velike razlike među zemljama zahvaljujući heterogenosti režima zdravstvenog osiguranja u Europi. Tako gustoća varira od 2 eura u Grčkoj i Poljskoj do 2.386 eura u Nizozemskoj koja značajno odskaka od prosjeka i u stopi penetracije koja iznosi visokih 6,7 posto, dok u Švicarskoj iznosi 1,6 posto. Njemačka i Slovenija također su zabilježile iznadprosječnu penetraciju osiguranja.

Tablica 4.7. **Ključni pokazatelji razvijenosti tržišta zdravstvenih osiguranja, prosjek zemalja Europske unije i Hrvatske u 2012. godini**

Tržište	Struktura tržišta osiguranja		Udio zdravstvenog osiguranja u neživotnom osiguranju	Penetracija zdravstvenog osiguranja [premija/BDP]	Gustoća zdrav. osiguranja [premija po stan. u EUR]
	Životna osiguranja	Neživotna osiguranja			
Europa	59%	41%	25,40%	0,80%	190
Hrvatska	27%	73%	3,60%	0,08%	5,9

Napomena: Podaci za Europu zbirni su podaci za 32 zemlje članice Europe Insurance.

Izvori: Insurance Europe Final Key Facts 2012, August 2013, HUU, podaci za web 2012.

Tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj, prema navedenim pokazateljima, još je daleko od stupnja razvijenosti u Europskoj uniji. Međutim ovaj vid zdravstvene skrbi ima svoju jasnu perspektivu te mogućnost daljnjeg razvoja, pogotovo uzme li se u obzir trenutni stupanj saturacije, odnosno neiskorištenosti tržišnog potencijala. Jači zamah može se očekivati tek sa značajnijim pomakom rasta gospodarstva.

4.5.4. Utjecaj gospodarskog rasta na rast zaračunate premije dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja

U razvijenim zemljama Europe i starijim članicama Europske unije godišnje stope rasta bruto zaračunate premije dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja uglavnom su stabilne ili s manjim oscilacijama, čak i u vrijeme nepovoljnih gospodarskih kretanja. Tablica 4.8 pokazuje da je rast premije u pravilu bio veći od stopa rasta gospodarstva, što znači da su rasle penetracija i gustoća dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Ugovaranje ovog tipa osiguranja pokazalo je otpornost i u vrijeme recesije. Čak su i zemlje sa velikim

gospodarskim teškoćama (Španjolska, Grčka, Portugal) u vrijeme gospodarske krize zabilježile rast premija dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja.

Tablica 4.8. **Rast gospodarstva i rast zaračunate bruto premije zdravstvenih osiguranja u zemljama Europske unije**

Zemlja	2006.		2007.		2008.		2009.		2010.	
	BDP	BPZ	BDP	BPZ	BDP	BPZ	BDP	BPZ	BDP	BPZ
Njemačka	3,7	4,2	3,3	3,4	1,1	3	-5,1	3,7	3,7	5,7
Francuska	2,5	6,6	2,3	9,8	-0,1	2,3	-3,1	6,5	1,7	6,4
Italija	2,2	6,5	1,7	12,1	-1,2	5,3	-5,5	1,6	1,8	-1,2
Španjolska	4,1	9,8	3,5	9,4	0,9	7,4	-3,7	6,8	-0,1	4,9
Velika Britanija	2,6	8,6	3,6	6,8	-1	-19,9	-4	-8,7	1,8	2,9
Grčka	5,5	6,6	3	9,8	-0,2	2,3	-3,3	6,5	-3,5	6,4
Portugal	1,4	9,7	2,4	7,8	0	9,6	-2,9	3,5	1,4	6,5
Čipar	4,1	10,8	5,1	43,1	3,6	17,7	-1,9	14,6	1,1	5
Češka	7	20,3	5,7	41,1	3,1	43,4	-4,7	5,9	2,7	56,4
Estonija	10,1	-2,8	7,5	17,7	-3,7	27,5	-14,3	32,7	2,3	-20,3
Mađarska	3,9	-41	0,1	8,6	0,9	28,7	-6,8	-47,8	1,3	68,7
Latvija	11,2	28,5	9,6	35,5	-3,3	26,2	-17,7	-18,7	-0,3	-41,5
Malta	3,1	8,1	4,4	9,3	4,1	-74,2	-2,6	21,5	2,5	0
Poljska	6,2	11,9	6,8	22	5,1	60,2	1,6	-24,3	3,9	35
Rumunjska	7,9	144,7	6,3	-4,4	7,3	-9,5	-6,6	-25,6	-1,6	-11
Slovenija	5,8	17,6	6,9	9,2	3,6	6	-8	6,4	1,4	-1,2
Hrvatska	4,9	21,1	5,1	12,3	2,1	13,3	-6,9	-5,1	-1,4	-3,8

Napomena: BDP = godišnja stopa rasta BDP-a, BPZ = godišnja stopa rasta premije zdravstvenih osiguranja.

Izvor podataka za izračun: Insurance Europe, European Insurance in Figures, Statistical Publication 2010, Non-life - xls.

Za razliku od razvijenih zemalja Europske unije, bivše tranzicijske zemlje, odnosno nove članice, imale su vrlo neujednačene stope rasta bruto zaračunate premije dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, što ukazuje na volatilnost i nedovoljnu razvijenost odnosno zrelost tržišta. Kod ovih zemalja nije izražena precizna i stabilna veza između stope rasta gospodarstva i stope rasta premije, no ipak je kretanje premije uglavnom pozitivno koreliralo s općim kretanjem i stanjem u gospodarstvu navedenih zemalja. Budući da potražnja za osiguranjem ovisi o mnogobrojnim ekonomskim faktorima, kulturološkom pristupu, običajima i sl., očito je da građani tranzicijskih zemalja još uvijek imaju nedovoljno razvijene navike i potrebu za dobrovoljnim zdravstvenim osiguranjem.

Za Hrvatsku je razvidno kako je gospodarski rast u razdoblju od 2006. do 2008. pozitivno utjecao na kretanje mladog tržišta dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja. Dosadašnje iskustvo do izbijanja krize pokazuje stalan rast interesa hrvatskih građana za dodatne i dopunske proizvode zdravstvenog osiguranja te njihovu spremnost da za takve

programe izdvoje određena sredstva. U navedenom razdoblju godišnja stopa rasta bruto zaračunate premije zdravstvenih osiguranja višestruko nadmašuje stope rasta gospodarstva. Međutim ovo treba promatrati u kontekstu relativno niske baze jer se udio ove vrste osiguranja u sveukupnoj premiji svih vrsta osiguranja cijelo vrijeme kretao oko 2,8 posto. U godinama gospodarske krize tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja reagiralo je promjenom trenda kretanja, a ukidanje porezne olakšice još više je smanjilo atraktivnost kupovine polica osiguranja.

4.5.5. Porezna olakšica

Uvođenje porezne olakšice zasigurno bi povećalo interes za ovu vrstu osiguranja. Znatan broj zemalja članica EU-a primjenjuje određene porezne olakšice na premiju dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Među njima su Austrija, Njemačka, Mađarska, Bugarska, Irska. U Njemačkoj postoji sustav poreznih olakšica povezanih s premijama dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koji pri određivanju stope za obračun olakšice uzima u obzir različite faktore, poput visine primanja, broja djece, bračnog statusa. Građani mogu ostvariti povlastice u visini od 30 do 40 posto uplaćene premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i za toliko se umanjuje ukupno obračunati porez. U Austriji se sve premije za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, neovisno o tipu police zdravstvenog osiguranja, mogu odbiti kao posebni izdaci prilikom osobnog plaćanja poreza pa tako smanjuju oporezivi prihod. Premije dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja zbrajaju se s ostalim posebnim izdacima, do ukupnog iznosa koji je ograničen na 2.920 eura.⁵⁶

Iako su razlozi za ukidanje poreznih povlastica u Hrvatskoj jasni, bilo bi svrsishodno ponovno razmotriti mogućnost uvođenja i model poticanja ove vrste osiguranja, kako bi se postiglo rješenje koje je dugoročno u interesu osiguranika, osiguravajućih društava i državnog proračuna.

4.6. Zaključak

Provedena komparativna analiza hrvatskog i tržišta odabranih zemalja Europske unije pokazuje da je hrvatsko tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja još uvijek nerazvijeno te da značajno zaostaje u usporedbi s državama Europske unije, mjereno pokazateljima razvijenosti kao što su struktura, gustoća i penetracija osiguranja. Razvijenost pojedinog gospodarstva, odnosno s time povezana razina životnog standarda, uvjetuje i *per capita* izdvajanje sredstava za dobrovoljno zdravstveno osiguranje, koje je u Hrvatskoj također

⁵⁶ Braumüller [2011].

daleko ispod prosjeka zemalja Europske unije. U godinama prije krize ovo tržište raslo je čak i brže od gospodarstva, međutim teška gospodarska i financijska kriza, ne samo da su zaustavile njegov dosadašnji razvoj, nego prijete njegovim potpunim gašenjem ili samo simboličnim egzistiranjem. Pokazatelji neživotnih osiguranja i dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja u zemljama Europske unije ukazuju na to da, unatoč svemu navedenom, dobrovoljno zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj može imati veliku perspektivu za daljnji rast i razvoj ukoliko se ispune određeni zakonski i tržišni preduvjeti. Sustavi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja u različitim su fazama razvoja po pojedinim zemljama Europske unije, ali svima im je zajedničko da se ubrzano razvijaju i da su prihvaćeni kao poželjna nadopuna javnom zdravstvenom osiguranju. Tome su doprinijele i opsežne reforme zdravstvenog sustava provedene u više zemalja Europske unije kako bi se povećala njegova financijska snaga te radi pokrivanja povećanih izdataka za zdravstvo.

Hrvatska se također već neko vrijeme teško nosi s nedostatnim sredstvima za financiranje javnog zdravstva. Modernizacija i unaprjeđenje zdravstvenog sustava, osim kontrole troškova i potrošnje, trebale bi uključiti i nove izvore financiranja kako bi se smanjio jaz između povećane potrošnje i ograničenih prihoda. Uloga i smisao dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i jest u tome da preuzme dio potražnje za zdravstvenim uslugama radi smanjenja opterećenja i pritiska na javno zdravstvo. Mnoge europske države posežu za takvim rješenjem kako bi smanjile navedene probleme oko financiranja rastućih troškova i ograničenog zdravstvenog budžeta. Transformacija hrvatskog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja treba ići prvenstveno u smjeru izjednačavanja tržišnih uvjeta poslovanja za sve proveditelje dopunskog zdravstvenog osiguranja i definiranja opsega prava iz osnovnog zdravstvenog osiguranja [košarice zdravstvenih usluga].

Zakonsku regulativu nužno je postaviti jasno i dugoročno radi stvaranja stabilnog okruženja i uređenog tržišta jer za sustav nije dobro često mijenjati legislativu i modele funkcioniranja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja. Tako bi se povećala i konkurencija koja vodi do poboljšanja kvalitete i brzine usluge te skraćivanja ili potpune eliminacije liste čekanja, a time i do većeg zadovoljstva osiguranika. Bilo bi poželjno uvesti i poticajne mjere u vidu porezne olakšice za dobrovoljno zdravstveno osiguranje kako bi se dodatno potaknulo i motiviralo građane na ugovaranje police osiguranja. Sve navedeno dugoročno bi utjecalo na razvoj osigurateljne djelatnosti i zdravstvenog sektora te omogućilo ulaganja i otvaranje novih radnih mjesta, a uređeno i stabilno tržište osiguralo bi veće prihode proračunu. U svim zemljama Europske unije osiguravajuća društva sudjeluju kao partnerske institucije u procesu razvoja dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja jer značajno participiraju u pružanju ovih usluga i dio su zdravstvenih sustava u tim zemljama. Osiguravajuća društva i u Hrvatskoj mogu, kroz razvoj ove vrste osiguranja, dati svoj doprinos u dijelu rješavanja problema financiranja zdravstvenog sustava.

Budući da komercijalizacija može ugroziti uvažavanje socijalnih principa zdravstvene zaštite građana, a kako se ne bi stvorile nove nepravde te narušili principi uzajamnosti i solidarnosti, država i nadalje mora koristiti različite mehanizme zaštite određenih socijalno ugroženih skupina stanovništva.

Literatura

Barić, V., i Š. Smolić, 2011, "Stabilnost zdravstvenog sustava u recesiji" u A. Obadić, J. Šimurina, J. Tica, ured. *Kriza: Preobrazba ili propast?*, Zagreb: Biblioteka Ekonomija i razvoj, str. 47-58, https://bib.irb.hr/datoteka/525081.Bari_Smoli_CROSBI.pdf.

Braumüller, U., 2011, *Health Insurance in Austria*, Beč: Austrijska udruga osiguravatelja, http://www.vvo.at/index.php?option=com_content&task=view&id=271&Itemid=268&lang=en.

CEA, 2011, *Private Medical Insurance in the European Union*, Bruxelles: CEA, <http://www.insuranceeurope.eu/uploads/Modules/Publications/private-medical-insurance.pdf>.

Ćurković, M., 2009, *Ugovor o osiguranju osoba život-nezgodna-zdravstveno*, Zagreb: Inženjerski biro.

DZS, 2011, *Statistički ljetopis Republike Hrvatske*, Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske, http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/ljetopis/2011/SLJH2011.pdf.

EIOPA, European Insurance and Occupational Pensions Authority, *About EIOPA*, <https://eiopa.europa.eu/>

Europska komisija, 1973, *Direktiva Vijeća, 73/239/EEZ*, Bruxelles: Europska komisija, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31973L0239:EN:HTML>.

Europska komisija, 1988, *Direktiva vijeća 88/357/EEZ*, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31988L0357:EN:HTML>.

Europska komisija, 1992, *Direktiva vijeća 92/49/EEZ*, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31992L0049:EN:HTML>.

Europska komisija, 2009, *Direktiva vijeća 2009/138/EZ*, <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2009:335:0001:0155:en:PDF>.

EUROSTAT, 2011, *Health statistics*, online data code: hlth_sha_hf;
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/health_care.

GfK Hrvatska, 2010, *Interes građana za dopunskim i dodatnim zdravstvenim osiguranjem*, Croatia zdravstveno osiguranje d.d.

HANFA, 2002-2007, *Statistika osiguranja za 2002., 2003., 2004., 2005, 2006., 2007.*, Zagreb: Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga,
<http://www.hanfa.hr/HR/nav/106/statistika.html>.

HANFA, Hrvatska agencija za nadzor financijskih usluga, *Zakon o osiguranju*, *Narodne novine*, br. 151/2005., <http://www.hanfa.hr/HR/nav/95/trziste-osiguranja---zakoni-misljenja-i-pravilnici.html>.

HUO, 2008-2013, *Kretanja na tržištu osiguranja u RH, Podaci za web za 2008., 2009., 2010., 2011., 2012., 2013.*, <http://www.huo.hr/hrv/statisticka-izvjesca/18/publikacije-arhiva>.

HZZO, 2010-2013, *Izješće o poslovanju za 2010., 2011., 2012. i 2013. godinu*, <http://www.hzzo.hr/o-zavodu/izvjesca>.

Insurance Europe, 2012- 2014, *Statistics No. 47, Final Key Facts 2012, Non-life_2011.xls, Non-life_2010.xls*, <http://www.insuranceeurope.eu/publications/statistics>.

Ivanjko, Š., 2013, "Dobrovoljna zdravstvena osiguranja u Sloveniji", prezentacija na Danima hrvatskog osiguranja u Rovinju, 10.-12. studenog 2013.,
https://www.hgk.hr/wp-content/blogs.dir/1/files_mf/08_ivanjko.pdf.

Jakovčević, D. i M. Ćurak, 2007, *Osiguranje i rizici*, Zagreb: RRIF plus.

Lider, 2014, ožujak.

Pravilnik o rasporedu vrsta rizika po skupinama i vrstama osiguranja i reosiguranja, *Narodne novine*, br. 100/2009.

Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dodatnog zdravstvenog osiguranja, *Narodne novine*, br. 112/2006. i 131/2006.

Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja, *Narodne novine*, br. 2/2009. i 123/2009.

Pravilnik o postopku i načinu davanja suglasnosti za obavljanje poslova dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, *Narodne novine*, br. 112/2006. i 38/2008.

Statistički standardi osiguranja, *Narodne novine*, br. 151/2005.

Toth, M., 2012, "Oblike in možnosti sožitja javnega in zasebnih zdravstvenih zavarovanj", prezentacija na Dnevi slovenskega zavarovalništva, Portorož, Slovenija, lipanj 2012.

Zakon o dobrovoljnem zdravstvenom osiguranju, *Narodne novine*, br. 85/2006., 150/2008. i 71/2010.

Zakon o Hrvatskoj agenciji za nadzor financijskih usluga, *Narodne novine*, br. 140/2005., <http://www.hanfa.hr/HR/nav/99/naslovnica---regulativa---zakon-o-hanfi.html>.

Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, *Narodne novine*, br. 150/2008., 94/2009., 153/2009., 49/2010., 71/2010., 139/2010. i 22/2012.

Zakon o osiguranju, *Narodne novine*, br. 151/2005., 87/2008. i 82/2009.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Narodne novine*, br. 150/2008., 155/2009., 71/2010., 139/2010., 22/2011., 84/2011., 154/2011. i 22/2012.

III

**KOJI SU KLJUČNI SEGMENTI ZDRAVSTVENE POTROŠNJE
I KAKVE SU NJIHOVE SPECIFIČNOSTI?**

5. Primarna zdravstvena zaštita između učinkovitosti i dostupnosti

Ivana Rašić Bakarić

5.1. Uvod

Primarna zdravstvena zaštita prvi je dio zdravstvenog sustava u Hrvatskoj u kojem je provedena privatizacija. Do 1997. godine nositelji organizacije i provedbe primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj bili su domovi zdravlja [Katić et al., 2009]. Do tada se primjenjivao tzv. Štamparov model¹ naslijeđen u sukcesiji početkom 1990-ih godina. Prema tom modelu, dom zdravlja bio je objedinjavajuća ustanova primarne zdravstvene zaštite definiranog područja odnosno populacije [European Observatory on Health Care Systems, 2006]. Međutim, provedenom reformom domovi zdravlja su od nekadašnjeg središnjeg institucionalnog oblika zdravstvene zaštite pretvoreni u sjedište tehničko-građevinske operative s preostalim službama poput administracije, održavanja zgrade, računovodstvo i sl. [Kraljik i Santo, 2011]. Započeta privatizacija (tzv. zakupizacija²) primarne zdravstvene zaštite dovela je do slabljenja uloge doma zdravlja kao temeljnog nositelja primarne zdravstvene zaštite te partikularizacije primarne zdravstvene zaštite koja je pretvorena u niz malih nepovezanih jedinica [Ostojić, 2009]. Odstupanje od koncepcije Štamparovog modela doma zdravlja tako je za posljedicu imalo narušavanje dostupnosti zaštite, nedostatno prepoznavanje lokalnih potreba stanovništva te konačno slabljenje pozicije primarne zdravstvene zaštite. Reformom iz 2008. godine tek su deklarativno redefinirani status i položaj doma zdravlja, kako bi se pružanje zdravstvene skrbi [koja je uglavnom orijentirana na kurativu] usmjerilo i na očuvanje i unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti [MZSS, 2012].

Primarna zdravstvena zaštita vrlo je značajan dio cjelokupnog zdravstvenog sustava. Organizirana, koordinirana i učinkovita provedba primarne zdravstvene zaštite

1 Zahvaljujući profesoru Andriji Štamparu Hrvatska je prva u svijetu još 1952. godine osnovala dom zdravlja kao prvu institucionalnu formu primarne zdravstvene zaštite. Velik broj zemalja proveo je ideje profesora Štampara u svom sustavu zdravstvene zaštite. Također, Hrvatska je 1961. godine prva u svijetu uvela specijalizaciju iz obiteljske medicine.

2 Liječnici primarne zdravstvene zaštite koji su do tada radili kao zaposlenici doma zdravlja, raskinuli su ugovor o radu s domom zdravlja, te s domom zdravlja sklopili ugovor o zakupu radnog prostora. Istovremeno s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje sklapaju ugovor koji pokriva troškove liječenja osiguranih osoba te privatnicima isplaćuje određeni iznos za svakog pacijenta kojeg imaju na svojoj listi pacijenata (tzv. "glavarina"). Umjesto plaće oni od tada primaju glavarinu čija visina ovisi o broju i dobnoj strukturi pacijenata, a određuje ju HZZO [Sviben et al., 2005]. Zakup je ukinut novim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti [Narodne novine, br. 150/2008.].

pozitivno se odražava na funkcioniranje svih preostalih razina zdravstvenog sustava [Starfield, Macinko i Shi, 2005]. Kroz primarnu zdravstvenu zaštitu ostvaruje se prvi kontakt pojedinca s nacionalnim zdravstvenim sustavom, iz nje se, prema medicinskim indikacijama, upućuje bolesnike u specijalističko-konzilijarnu i stacionarnu zdravstvenu zaštitu. Liječnici u primarnoj zaštiti značajno utječu na troškove u zdravstvu jer čuvaju ulazak pacijenata u zdravstveni sustav, upućujući ih na specijalističke preglede i bolničko liječenje te propisujući lijekove. Stoga se dobrom organizacijom i provedbom primarne zdravstvene zaštite mogu postići značajne racionalizacije potrošnje u zdravstvu. Primarna zdravstvena zaštita trebala bi rješavati 80 posto zdravstvenih slučajeva pristiglih pacijenata, a tek 20 posto usmjeravati na liječenje prema višim razinama sustava [MZSS, 2006]. U Hrvatskoj, međutim, subjekti iz primarne zdravstvene zaštite rješavaju tek 50 posto zdravstvenih problema pacijenata, dok se u većini zemalja EU-a putem primarne zdravstvene zaštite riješi od 70 do 80 posto zdravstvenih problema [Mihaljek, 2007]. Podaci Ministarstva zdravlja iz 2006. godine ukazuju na stalni porast korištenja polikliničko-specijalističke zaštite i to kao posljedicu smanjenja profesionalne kompetentnosti timova primarne zdravstvene zaštite [MZSS, 2006]. Primjerice u pojedinim razdobljima broj upućivanja osiguranih osoba na obavljanje postupaka iz specijalističko-konzilijarne zaštite od liječnika primarne zdravstvene zaštite uvećao se za 30 posto [MZSS, 2006]. Općenito se smatra da je kod ove razine zdravstvene zaštite najpovoljniji odnos troška i koristi od ulaganja u zdravstvo [Kovač, 2013].

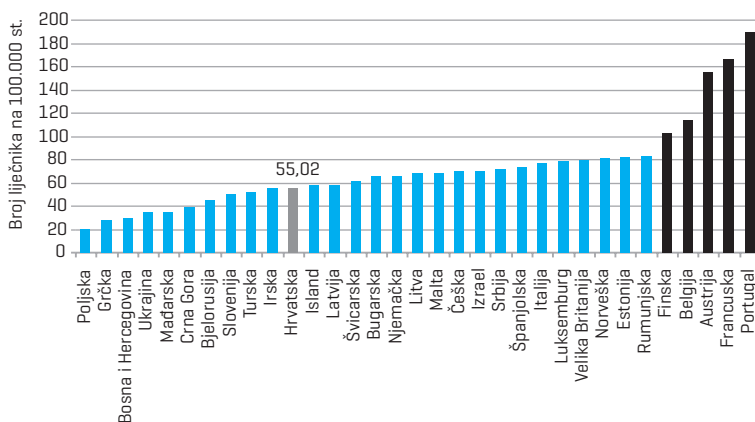
U ovom se radu analizira potrošnja, odnosno ekonomski aspekti primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. U prvom se dijelu rada daje kratak pregled odabranih fizičkih pokazatelja primarne zdravstvene zaštite Hrvatske u međunarodnom kontekstu. Zatim se analizira kretanje ukupnih izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu u posljednjih deset godina, te se ispituje odnos zdravstvene potrošnje i dostupnosti liječnika opće medicine i izvode preliminarni zaključci o opravdanosti smanjivanja/povećavanja izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu. Analiziraju se modeli financiranja i organizacijski aspekti djelatnosti primarne zdravstvene zaštite u općoj/obiteljskoj medicini kao jezgri primarne zdravstvene zaštite. Navedena djelatnost je privatizirana te funkcionira na principu javnog modela (domovi zdravlja) i koncesijskog modela (bilo koncesionari u prostorijama domova zdravlja, bilo privatnici u vlastitom prostoru). Dodatno se ocjenjuje funkcionalna odnosno alokativna učinkovitost primarne zdravstvene zaštite. U poglavlju prije zaključka navode se osnovna obilježja novog modela financiranja primarne zdravstvene zaštite koji je uveden 2013. godine. Na kraju rada slijedi zaključak.

5.2. Međunarodni pregled primarne zdravstvene zaštite

Iz međunarodnog pregleda ocjene primarne zdravstvene zaštite kroz perspektivu korisnika usluga, Hrvatska je putem *European Health Consumer* indeksa (EHCI) u 2012. godini ocijenjena vrlo dobro (European Consumer Powerhouse, 2012).³ Pojedini indikatori koji se tiču primarne zdravstvene zaštite u pogledu prava pacijenata, dostupnosti obiteljskog liječnika, uvida u vlastiti medicinski karton, e-receptata i slično ocjenjeni su vrlo visoko, tako da je to između ostalog utjecalo na to da je ukupan indeks skočio s 23. na 17. mjesto. E-zdravstvo ima još prostora za poboljšanje (mogućnosti *online* naručivanja i e-kartona pacijenata) što će utjecati na porast ocjene. Sveukupno, prema metodologiji indikatora EHCI dostupnost i obrada usluga u primarnoj zdravstvenoj zaštiti za Hrvatsku u 2013. godini ocijenjena je visoko (ECP, 2013).

S druge strane, statistički podaci ukazuju na još uvijek nedostatnu pokrivenost liječnika primarne medicine u Hrvatskoj, ali i na relativno zadovoljavajući broj posjeta pacijenata liječnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Slika 5.1 pokazuje da se Hrvatska s 55,0 liječnika na 100.000 stanovnika nalazi ispod prosjeka EU-a od 87,4 liječnika na 100.000 stanovnika.

Slika 5.1. **Broj liječnika opće/obiteljske medicine na 100.000 stanovnika, Hrvatska i odabrane zemlje, 2009.**



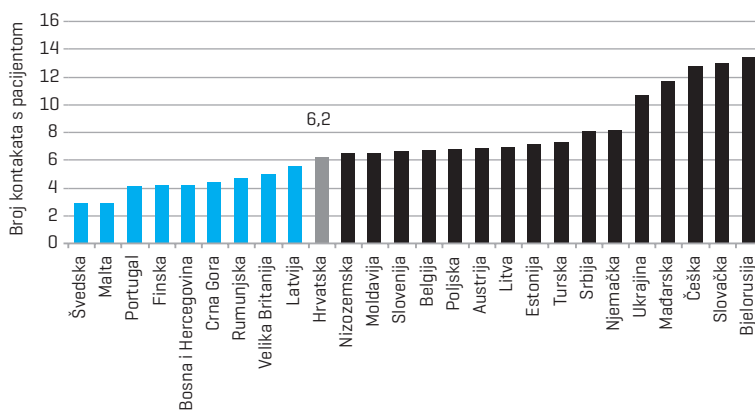
Izvor: WHO.

³ <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2012-press-croatia.pdf>.

Analizira li se prosječni godišnji broj kontakata pacijenta s liječnikom opće/obiteljske medicine, Hrvatska ne odstupa značajno od prosjeka zemalja članica Europske unije [EU-27].

Naime u Hrvatskoj svaki pacijent u prosjeku 6,2 puta godišnje posjeti svog odabranog liječnika opće obiteljske medicine, dok na razini Europske unije taj prosjek iznosi 6,3 [slika 5.2]. Izrazito visok broj posjeta zabilježen je u Bjelorusiji, Slovačkoj, Češkoj i Mađarskoj. Ispodprosječni je broj posjeta pacijenata zabilježen u Švedskoj, Malti, Portugalu, Finskoj i Rumunjskoj.

Slika 5.2. **Prosječan godišnji broj posjeta jednog pacijenta liječniku opće/obiteljske medicine, Hrvatska i odabrane zemlje, 2009.**



Izvor: WHO.

5.3. Izdaci za primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj

Izdaci za primarnu zdravstvenu zaštitu činili su 0,94 posto BDP-a Republike Hrvatske u 2010. godini, od čega su 0,88 posto činili izdaci obaveznog zdravstvenog osiguranja, a 0,06 posto izdaci dopunskog zdravstvenog osiguranja [tablica 5.1]. Gledano dinamički, udio se obaveznog zdravstvenog osiguranja u BDP-u lagano smanjuje tijekom razdoblja od 2002. do 2010. godine, dok se udio dopunskog zdravstvenog osiguranja istodobno povećava. Međutim, treba imati na umu da je povećanju udjela u posljednje tri godine pridonijelo i smanjenje odnosno stagnacija BDP-a. Sličan trend kretanja bilježi i udio izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu iz obaveznog osiguranja u ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu obaveznog osiguranja te udio izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu [dopunsko osiguranje] u ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu dopunskog

osiguranja [vidi tablicu 5.1]. Izdaci za primarnu zdravstvenu zaštitu u okviru obveznog osiguranja 2010. godine činili su 17,3 posto ukupnih izdataka za zdravstvenu zaštitu, dok su izdaci za primarnu zdravstvenu zaštitu u sklopu dopunskog osiguranja u ukupnim izdacima dopunskog osiguranja sudjelovali s 10,3 posto. U usporedbi s 2002. godinom udio izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu (obvezno osiguranje) u ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu u sklopu obaveznog osiguranja smanjen je za 5,4 postotna boda. S druge strane, udio izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu dopunskog osiguranja u ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu u sklopu dopunskog osiguranja bilježi porast od 6,2 postotna boda.

Tablica 5.1. **Izdaci za primarnu zdravstvenu zaštitu (obavezno i dopunsko zdravstveno osiguranje), kao % BDP-a i kao % ukupnih izdataka za zdravstvenu zaštitu (obavezno i dopunsko zdravstveno osiguranje), 2002.-2010.**

	Izdaci za PZZ kao % BDP-a			Izdaci za PZZ kao % ukupnih izdataka za zdravstvenu zaštitu		Izdaci za PZZ kao % ukupnih izdataka za zdravstvenu zaštitu
	Obavezno ZO	Dopunsko ZO	Ukupno	Obavezno ZO	Dopunsko ZO	
2002.	1,10%	0,00%	1,10%	22,7%	4,1%	22,4%
2003.	1,05%	0,01%	1,06%	20,4%	5,2%	19,9%
2004.	1,00%	0,01%	1,01%	19,1%	5,2%	18,5%
2005.	1,00%	0,01%	1,01%	20,0%	5,1%	19,5%
2006.	0,95%	0,01%	0,96%	19,7%	5,0%	19,2%
2007.	0,91%	0,01%	0,92%	19,3%	11,5%	19,1%
2008.	0,86%	0,01%	0,87%	17,0%	11,3%	16,9%
2009.	0,84%	0,05%	0,89%	15,7%	11,2%	15,3%
2010.	0,88%	0,06%	0,94%	17,3%	10,3%	16,7%

Izvor: Izračun autorice prema podacima HZZO-a i DZS-a.

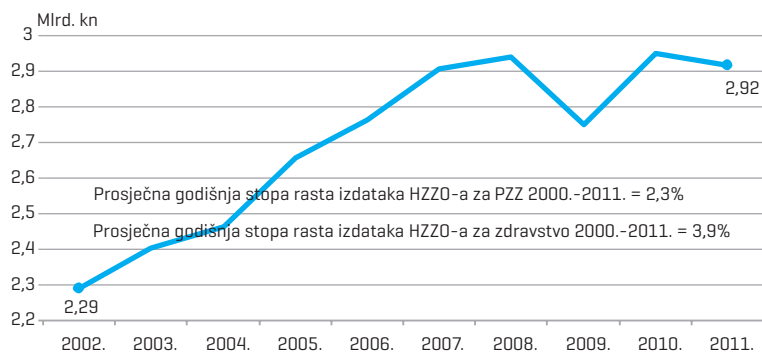
Ukupni izdaci za primarnu zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja kreću se na razini od 2,95 milijardi kuna⁴ u 2010. godini (nešto malo manje, 2,92 milijarde kuna je potrošeno u 2011. godini), a tolika su i rezervirana sredstva za 2012. godinu. Kretanje ukupnih izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj tijekom razdoblja od 2000. do 2011. godine prikazano je na slikama 5.3 i 5.4 i to odvojeno za izdatke u sklopu obaveznog zdravstvenog osiguranja i izdatke u sklopu dopunskog zdravstvenog osiguranja. Promotri li se kretanje izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu u okviru obaveznog zdravstvenog osiguranja tijekom razdoblja od 2000. do 2011. godine⁵, vidljiv je njihov porast po prosječnoj stopi od 2,3 posto godišnje. Istovremeno izdaci za ukupnu

⁴ Izdaci obuhvaćaju izdatke za opću/obiteljsku medicinu, djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, stomatološku (polivalentnu zdravstvenu zaštitu), zatim patronažnu zdravstvenu zaštitu, laboratorijsku dijagnostiku, higijensko - epidemiološku zdravstvenu zaštitu, preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, javno zdravstvo te zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti. U izdatke ne ulaze izdaci za djelatnost zdravstvene njege u kući, za djelatnost hitne medicine i sanitetskog prijevoza, ljekarničku djelatnost te djelatnost medicine rada.

⁵ Promatrano razdoblje za izdatke u okviru dopunskog zdravstvenog osiguranja je uže, od 2002. do 2011. godine.

zdravstvenu zaštitu rastu brže, u prosjeku za 3,9 posto godišnje. Zbog opisanog kretanja smanjio se udjel izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu u ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu, i to s 19,9 posto u 2000. godini na 16,7 posto u 2011. godini. Za razliku od izdataka obaveznog zdravstvenog osiguranja, izdaci za primarnu zdravstvenu zaštitu u okviru dopunskog osiguranja bilježe brži porast od ukupnih izdataka dopunskog osiguranja. Tako su izdaci primarne zdravstvene zaštite u sklopu dopunskog osiguranja od 2002. do 2011. godine rasli u prosjeku za 48 posto godišnje, dok su izdaci za ukupnu zdravstvenu zaštitu dopunskog zdravstvenog osiguranja rasli po godišnjoj stopi od 33 posto (slika 5.4). Nagli porast ove kategorije izdataka u 2009. godini posljedica je izmjena Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju i Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, provedenih 2008. godine [Narodne novine, br. 150/2008.]. Izmjenama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju, osigurane osobe postale su obvezne sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20 posto pune cijene zdravstvene zaštite. Kako su osiguranici dopunskog osiguranja oslobođeni plaćanja tih troškova, mnogi su odabrali plaćanja police dopunskog osiguranja umjesto izravnog sudjelovanja u troškovima liječenja [tzv. participacija]. Dodatno, za osobe oslobođene sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite, polica dopunskog zdravstvenog osiguranja plaća se iz središnjeg proračuna [Barić i Smolić, 2011].

Slika 5.3. **Kretanje izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj – obavezno zdravstveno osiguranje (nominalno), od 2000. do 2011. godine**

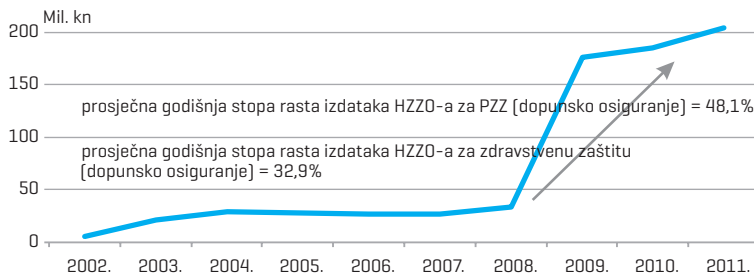


Izvor: HZZO.

Udio se izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu u ukupnim izdacima HZZO-a za zdravstvenu zaštitu u okviru dopunskog zdravstvenog osiguranja stoga povećao s 4 posto u 2002. godini na 10 posto u 2010. godini (tablica 5.1). Za primarnu zdravstvenu

zaštitu u okviru dopunskog zdravstvenog osiguranja izdvojeno je 185 milijuna kuna u 2010. godini, te 205 milijuna kuna u 2011. godini.

Slika 5.4. **Kretanje izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj – dopunsko zdravstveno osiguranje (nominalno), od 2000. do 2011. godine**



Izvor: HZZO.

5.4. Osnovne djelatnosti primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj i njihovo financiranje do 2012. godine

Primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj u najužem smislu obuhvaća djelatnosti: opće/obiteljske medicine i zdravstvene zaštite predškolske djece i dojenčadi (Ministarstvo zdravlja, 2012). Pored navedenih djelatnosti, primarna zdravstvena zaštita obuhvaća i stomatološku (polivalentnu) zdravstvenu zaštitu, zdravstvenu zaštitu žena, djelatnost hitne medicine, njegu u kući i patronažnu zdravstvenu zaštitu, usluge javnog zdravstva (higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite, preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata), medicinu rada te laboratorijsku dijagnostiku i ljekarništvo. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti provodi se izvanbolnička zdravstvena zaštita u osnovnom opsegu - unapređenje i očuvanje zdravlja, sprečavanje i suzbijanje bolesti te liječenje i rehabilitacija oboljelih i onesposobljenih.

Državnim proračunom za 2012. godinu osiguralo se 2,9 milijardi sredstava za primarnu zdravstvenu zaštitu (opću/obiteljsku medicinu, djelatnost zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, stomatološku (polivalentnu zdravstvenu zaštitu) te ostale djelatnosti (patronažna zdravstvena zaštita, laboratorijska dijagnostika, higijensko-epidemiološka zdravstvena zaštita, preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, javno zdravstvo te zdravstvena

zaštita mentalnog zdravlja, prevencija i izvanbolničko liječenje ovisnosti]⁶. Najveći se dio tih sredstava, oko dvije trećine usmjerilo u opću/obiteljsku medicinu (tablica 5.2). Općoj/obiteljskoj medicini u 2012. godini raspodjeljuje se 1,15 milijardi kuna odnosno relativno 39 posto. Zatim slijedi stomatološka zdravstvena zaštita za koju je rezervirano 950 milijuna kuna sredstava (33 posto ukupnih sredstava za financiranje pet osnovnih djelatnosti primarne zdravstvene zaštite). Sudjelovanje ostalih djelatnosti zdravstvene zaštite u ukupnim izdacima primarne zdravstvene zaštite prikazano je u tablici 5.2. S obzirom na to da se samo u djelatnost obiteljske medicine usmjerava čak 40 posto ukupnih sredstava namijenjenih primarnoj zdravstvenoj zaštiti, rad će se fokusirati na analizu ove djelatnosti. Svjetska zdravstvena organizacija je u svom dokumentu "Health21: Zdravlje za sve u 21. stoljeću" naglasila potrebu da jezgra primarne zdravstvene zaštite bude tim obiteljskog liječnika (WHO, 1999.)

Tablica 5.2. **Državni proračun – financiranje primarne zdravstvene zaštite (Aktivnost A690001), 2012.**

Djelatnosti primarne razine zdravstvene zaštite	Kuna	Struktura
Opća/obiteljska medicina	1.146,375.564	39,5%
Zdravstvena zaštita predškolske djece	133,410.359	4,6%
Zdravstvena zaštita žena	138,970.601	4,8%
Stomatološka zdravstvena zaštita (polivalentna)	950,346.730	32,8%
Ostale djelatnosti*	530,896.746	18,3%
Ukupno	2.900,000.000	100,00%

Napomena: * Ostale djelatnosti uključuju patronažnu zdravstvenu zaštitu, laboratorijsku dijagnostiku, higijensko-epidemiološku zdravstvenu zaštitu, preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, javno zdravstvo te zdravstvenu zaštitu mentalnog zdravlja, prevencije i izvanbolničkog liječenja ovisnosti.

Izvor: HZZO.

Sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti (Narodne novine, br. 150/2008., 71/2010., 139/2010.) zdravstvenu djelatnost na primarnoj razini mogu obavljati i zdravstvene ustanove i privatni zdravstveni radnici. Zdravstvene ustanove na primarnoj razini su domovi zdravlja, ustanove za zdravstvenu njegu, ustanove za zdravstvenu skrb i ustanove za palijativnu skrb. Četiri temeljne djelatnosti primarne zdravstvene zaštite (opća/obiteljska medicina, zdravstvena zaštita predškolske djece i dojenčadi, polivalentna stomatološka zdravstvena zaštita i zdravstvena zaštita žena) zapravo funkcioniraju na temelju dva modela:

1. javni model u domovima zdravlja,
2. privatni koncesijski model.

6 Ovim sredstvima nisu obuhvaćene sljedeće djelatnosti: Zdravstvena njega u kući, Hitna medicina i sanitetski prijevoz, Lijekovi na recept i Medicina rada. Za te je djelatnosti rezervirano 4,03 milijarde kuna. Najveći se dio tih sredstava, čak 3,13 milijardi ili 77 posto usmjerava na izdatke za lijekove na recept.

Prvi model je klasičan ili standardan model javno financirane primarne zdravstvene zaštite i nasljednik je tzv. Štamparovog modela primarne zdravstvene zaštite naslijeđenog u sukcesiji početkom 1990-ih godina. Javno financiranje primarne zdravstvene zaštite fiskalno nije bilo održivo kao isključivi model primarne zdravstvene zaštite te je već u prvoj polovini 1990-ih provedena privatizacija [Narodne novine, br. 75/2003.].

Drugi, privatni model primarne zdravstvene zaštite funkcionira u dvije varijante: [2.a] privatni model pod koncesijom u javnom prostoru domova zdravlja⁷ i [2.b] privatni model pod koncesijom u privatnim prostorijama. Privatni zdravstveni radnici tzv. koncesionari rade na temelju koncesije⁸ sa županijom odnosno Gradom Zagrebom i ugovora s HZZO-om iz kojeg primaju fiksne mjesečne glavarine⁹. Ovaj je način financiranja uveden u sklopu reforme provedene od 1993. do 2000. kada se prešlo s paušalnog sustava financiranja primarne zdravstvene zaštite na sustav financiranja po osiguranoj osobi registriranoj na listi liječnika [tzv. glavarina] [Katić et al., 2010]. Glavarine se u privatnom koncesijskom modelu isplaćuju prema broju pacijenata i njihovim demografskim obilježjima [Narodne novine, br. 38/2012.]. Privatni model primarne zdravstvene zaštite pod koncesijom u javnom prostoru domova zdravlja ima upravljačkih ograničenja zbog čega se može reći da je ovo kvazi-privatizacijski model. Naime, koncesionari u domovima zdravlja ne mogu slobodno upravljati troškovima, što se od privatnika očekuje, jer dio troškova zajedničkih prostora, vode, struje, grijanja i sl. ovisi o funkcionalnom stanju zgrada i ponašanju drugih unutar iste zgrade. Također, on je usprkos privatizaciji prakse još uvijek u državnoj službi jer ne radi po principu profita i ima jednostrano obvezujući ugovor s HZZO-om kao neprofitnom proračunskom ustanovom [Sviben et al., 2005]. Privatnom modelu i u jednoj i u drugoj varijanti također nedostaje mogućnost udruživanja pomoću kojeg bi se moglo utjecati na troškove kao i mogućnost da kod privatnog ulaganja i poduzetništva obitelj ima određena prijenosna prava u kontinuitetu poslova primarne zdravstvene zaštite. Primarna zdravstvena zaštita funkcionira na konceptu izabranog doktora, što znači da svaki osiguranik ima pravo na slobodan odabir liječnika opće/obiteljske medicine, liječnika pedijatra, liječnika ginekologa i stomatologa. Trenutno se većina primarne zdravstvene zaštite pruža putem privatne prakse koju čini tim liječnika i sestre, a financira se putem glavarine. Prema podacima za 2010. godinu oko 85 posto privatne prakse u primarnoj

7 Pravilnik o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta [Narodne novine, br. 6/1996.]. Ministarstvo zdravstva je 1996. godine pokrenulo proces kojim se dijelovi zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite [domovi zdravlja, ljekarne] i lječilišta u vlasništvu županija daju u zakup. Dosadašnjim zaposlenicima, liječnicima domova zdravlja dana je mogućnost da unajme prostor u kojem su do tada obavljali djelatnost te da s HZZO-om sklope ugovor o provođenju primarne zdravstvene zaštite.

8 Zdravstvene djelatnosti koje se obavljaju na osnovi koncesije su: obiteljska [opća] medicina, stomatološka zdravstvena zaštita, zdravstvena zaštita dojenčadi i predškolske djece, zdravstvena zaštita žena, laboratorijska dijagnostika, medicina rada i zdravstvena njega u kući [Zakon o zdravstvenoj zaštiti, čl. 40. st. 2.].

9 Standard broja pacijenata koji je propisao HZZO je 1.700 pacijenata po timu [Narodne novine, br. 43/2010.].

zdravstvenoj zaštiti djeluje u prostorima domova zdravlja [HZZO, 2011]. U tablici 5.3 prikazani su izvori prihoda s obzirom na vrstu subjekta u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (obuhvaćene su tri djelatnosti: opća/obiteljska medicina, zdravstvena zaštita predškolske djece te zdravstvena zaštita žena).

Tablica 5.3. **Izvori prihoda subjekata u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (opća/obiteljska medicina, zdravstvena zaštita predškolske djece, zdravstvena zaštita žena, stomatološka (polivalentna) zdravstvena zaštita)**

	Zdravstvene ustanove			Koncesionari	
	Dom zdravlja	UHMP	Njega u kući	Zakup	Privatnici
Izvori prihoda	Glavarina – primatelj ustanova (plaće, režije, materijal i lijekovi) Liječnik – prima fiksnu plaću kao zaposlenik doma zdravlja Ostala sredstva			Glavarina (obuhvaća plaće zaposlenicima, mirovinsko i socijalno osiguranje zaposlenika, komunalne troškove, nabavku i odvoz ampuliranog i sanitetskog materijala, knjigovođu, zamjene, bolovanja, usavršavanje, koncesiju, informatičku opremu, regrese, božićnicu)	
	Dijagnostičko terapijski postupak [DTP]			DTP – do 10 posto glavarine ugovorene aktivnosti s domom zdravlja – 10 posto glavarine – opća/obiteljska medicina, ostale djelatnosti 5 posto glavarine	
	Godišnja naknada za administrativne postupke			Godišnja naknada za administrativne postupke**	
	Godišnja naknada za CEZIH			Godišnja naknada za CEZIH****	
	Županijski/gradski proračun (investicijska ulaganja – oprema; dugovanja)			Opremu financiraju samostalno iz glavarine	
	Dežurstva subotom			Dežurstva subotom [580, 00 kuna bruto po timu]	
	Vlastiti izvori (poslovi na tržištu, najam poslovnog prostora i drugo) i kreditna sredstva (zaduživanje kod poslovnih banaka)			Nema vlastitih prihoda***	

Napomene: *Dijagnostičko terapijski postupak [DTP] – do 10 posto iznosa glavarine, **naknadu ne primaju timovi zdravstvene zaštite predškolske djece jer oni ne naplaćuju participaciju. ***iznimka je stomatološka (polivalentna) zdravstvena zaštita, ****CEZIH-Centralni zdravstveni informacijski sustav Republike Hrvatske.

Izvor: Izradila autorica prema Odluci o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja [Narodne novine, br. 43/2010., 71/2010., 88/2010., 124/2010., 1/2011., 6/2011., 16/2011., 31/2011. i 50/2011.], prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti [Narodne novine, br. 150/2008., 155/2009., 71/2010., 139/2010., 22/2011., 84/2011., 154/2011., 12/2012. i 70/2012.] i Zakonu o koncesijama [Narodne novine, br. 125/2008., 134/2012.], HZZO.

U ekonomskom smislu najveću razliku između dva privatizirana modela čini mogućnost upravljanja režijskim troškovima i privatno vlasništvo prostora i opreme. Ostali troškovi su fiksni ili ovise o pojedinačnom ulaganju u opremu i materijal. S obzirom na način financiranja, u najnepovoljnijem se položaju nalazi djelatnost opće/obiteljske medicine kod koje privatni izvori prihoda ovise o dodatnim uslugama koje se posebno naplaćuju te predstavljaju ograničen i povremen izvor primanja. Tako na primjer liječnici opće medicine ne mogu, u ovom financijskom modelu u kojem nema čvršće definiranih standarda i gdje pacijenti mogu vrlo lako promijeniti liječnika, imati poticaj da funkcioniraju kao “čuvari na

ulazu” u bolnički sustav [European Observatory on Health Care Systems, 2006]. Upravo naprotiv, troškovi i pacijenti ih potiču da izdaju uputnice liječniku specijalisti iako bi se neka liječenja mogla izvesti u primarnoj praksi. Stomatolozi u tom segmentu imaju bolju organizaciju odnosno preciznije definirane usluge koje se naplaćuju. Košarica minimalnih usluga osiguranika u općoj/obiteljskoj medicini nije definirana, a ovisi o političkoj odluci o tome što se javnim financiranjem nužno pokriva u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. S obzirom na to da su domovi zdravlja u vlasništvu županija odnosno Grada Zagreba, opremu domova zdravlja financiraju te jedinice. Liječnici privatnici, koji su u zakupu, svoju su opremu prisiljeni financirati iz glavarina¹⁰. Liječnicima koncesionarima nije dozvoljen rad izvan radnog vremena rezerviranog za osiguranike HZZO-a. Zajedničko obilježje i hrvatskog zdravstvenog sustava i većine zdravstvenih sustava u svijetu je preopterećenost timova opće/obiteljske medicine administrativnim poslovima, nauštrb medicinskih poslova [Vrdoljak, Bergman-Marković i Cikač, 2012].

Tablica 5.4. **Struktura prihoda zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite prema izvorima, 2010. godina**

Izvori	Struktura prihoda [%]
Obavezno zdravstveno osiguranje	73,0
Dopunsko zdravstveno osiguranje	2,4
HZZOZZR*	0,7
Proračun [središnji, lokalni]	10,9
Ostali korisnici	7,8
Sudjelovanje osigurane osobe	0,3
Ostali prihodi	4,4
Izvanredni prihodi	0,4
Ukupno	100,0

Napomena: *HZZOZZR - Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje zaštite zdravlja na radu prestao je s radom 29. studenog 2010. godine, a njegove ovlasti preuzeo je HZZO.

Izvor: HZZO.

U tablici 5.4 prikazana je struktura prihoda zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite prema izvorima za 2010. godinu. Najveći dio prihoda čine sredstva prikupljena putem obaveznog zdravstvenog osiguranja, a zatim slijede sredstva iz proračuna središnje države ili lokalnih proračuna.

Većina domova zdravlja koji su prije zdravstvene reforme bili ekskluzivni pružatelji primarne zdravstvene zaštite s plaćenim zaposlenicima, sada predstavljaju administrativna tijela koja pružaju hitnu medicinsku zaštitu, usluge laboratorija i radiološke dijagnostike.

¹⁰ Novim modelom ugovaranja obiteljske/opće medicine liječnici koncesionari također su prisiljeni opremu financirati vlastitim sredstvima. Također i dalje ostaje nedefinirana košarica minimalnih usluga osiguranika u obiteljskoj/općoj medicini.

Međutim, treba napomenuti da je HZZO u lipnju 2012. godine predstavio novi model ugovaranja primarne zdravstvene zaštite za razdoblje od 2013. do 2015. godine, kojim se predviđa i redefiniranje domova zdravlja [Varga i Duliba, 2012]. Domovi zdravlja bi tako trebali postati temeljni nositelji zdravstvene zaštite na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti i preuzeli bi tri osnovne uloge. Prvo, dom zdravlja bi osiguravao, organizirao i skrbio o sustavu unapređenja zdravlja i prevencije bolesti na svom području. Drugo, preuzeo bi ulogu koordinacije i ugovaranja provođenja dijela mjera koje provode nositelji zdravstvene djelatnosti, uključujući i grupne prakse i privatne radnike koncesionare. I treća bi uloga domova zdravlja bila povezivanje i rad patronažne službe, zdravstvene njege i palijativne skrbi s timovima opće/obiteljske medicine. Provedene studije ukazuju na to kako su upravo grupne prakse najefikasniji način provođenja zdravstvene zaštite u okviru opće/obiteljske medicine [Katić, Jureša i Orešković, 2004].

5.5. Struktura ugovorenih timova opće/obiteljske medicine i njihovo financiranje

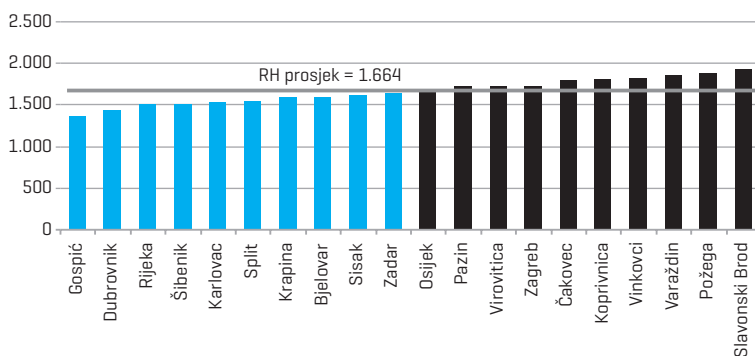
U 2012. godini ugovoreno je 2.339 timova opće obiteljske medicine¹¹. Najveći dio timova, čak 73,5 posto [1.719 timova] čine timovi koncesionari¹², dok 26,5 posto [265 timova] čine timovi zaposlenici domova zdravlja. Na listama liječnika opće/obiteljske medicine u 2012. godini bilo je registrirano oko 3,883.932 stanovnika što čini 90,5 posto ukupnog stanovništva Republike Hrvatske. Standard broja pacijenata koji je propisao HZZO je 1.700 pacijenata po timu [Narodne novine, br. 43/2010.]. Prosječni broj pacijenata koji dolazi na jedan tim iznosi 1.663 pacijenata [2012. godina], pri čemu timovi koncesionari u prosjeku skrbe o većem broju pacijenata nego timovi zaposlenika domova zdravlja. Koncesionar u prosjeku ima 1.780 pacijenata¹³, dok tim doma zdravlja u prosjeku skrbi o 1.340 pacijenata. Na slici 5.5 prikazana je raspodjela prosječnog broja pacijenata po timu po područnim uredima. Iznadprosječni broj pacijenata zabilježen je u deset područnih ureda. Izrazito visok broj pacijenata ima područni ured Slavonski Brod [1.927], Požega [1.880], Varaždin [1.850], Vinkovci [1.822] i Koprivnica [1.816]. Izrazito ispodprosječni broj pacijenata zabilježen je u Gospiću [1.366] i Dubrovniku [1.436].

¹¹ Podaci za 2012. godinu odnose se na prvih 6 mjeseci.

¹² Zadnji raspoloživi podaci o strukturi timova koncesionara se odnose na 2010. godinu: 63 posto timova činili su koncesionari u domu zdravlja, a 11 posto timova koncesionari privatnici u vlastitom prostoru.

¹³ Ovako visok broj pacijenata po timu liječnika opće/obiteljske medicine onemogućuje kvalitetan rad [Mazzi, 2010].

Slika 5.5. **Prosječni broj pacijenata po timu po područnim uredima, 2012. godina**



Napomena: Područni ured Zagreb obuhvaća Grad Zagreb i Zagrebačku županiju.

Izvor: HZZO.

Pokrivenost odnosno gustoća timova opće/obiteljske medicine po područnim uredima prikazana je u tablici 5.5. Na razini Hrvatske u prosjeku na 10.000 stanovnika dolazi 5,5 liječnika opće/obiteljske medicine. Promotri li se pokrivenost liječnika na razini područnih ureda, može se uočiti ispodprosječna pokrivenost¹⁴ u čak 10 područnih ureda. Pri tome od prosjeka najviše odstupaju područni ured Čakovec pa Požega i Slavonski Brod, Koprivnica, Varaždin i Vinkovci. Ostalih pet područnih ureda neznatno odstupa od državnog prosjeka [1 do 3 posto]. Iznadprosječnu pokrivenost liječnicima ima područni ured Dubrovnik, Gospić, Rijeka, Karlovac, Šibenik i Split. Iz navedenog se može zaključiti da po područnim uredima [odnosno županijama] postoje određena negativna odstupanja u pokrivenosti liječnicima opće/obiteljske medicine u Republici Hrvatskoj¹⁵. Također treba imati na umu činjenicu da je u europskim okvirima pokrivenost stanovništva timovima opće/obiteljske medicine u Hrvatskoj još uvijek nezadovoljavajuća. Dok prosjek zemalja EU-27 iznosi 8,7 liječnika opće/obiteljske medicine na 10.000 stanovnika, u Hrvatskoj na 10.000 stanovnika dolazi tek 5,5 liječnika opće/obiteljske medicine [slika 5.1].

¹⁴ Iznadprosječna pokrivenost je pokrivenost viša od državnog prosjeka [5,5 liječnika na 10.000 stanovnika]. Međutim, gledano u europskim okvirima pokrivenost stanovništva timovima opće/obiteljske medicine u Hrvatskoj je još uvijek nedostamna [vidi prvi dio rada].

¹⁵ Prema dokumentu Prijedlog Strategije razvoja za opću/obiteljsku medicinu u manje razvijenim područjima Republike Hrvatske nedostaje 171 tim za popunu mreže [HDOD, 2005.]

Tablica 5.5. **Broj liječnika opće/obiteljske medicine na 10.000 stanovnika po područnim uredima i Republika Hrvatska, 2012. godina**

	Broj liječnika opće/obiteljske medicine na 10.000 stanovnika	Broj liječnika opće/obiteljske medicine na 10.000 stanovnika [RH=1]
Bjelovar	5,60	1,03
Čakovec	4,81	0,88
Dubrovnik	6,35	1,17
Gospić	6,27	1,15
Karlovac	5,90	1,08
Koprivnica	4,93	0,90
Krapina	5,70	1,04
Osijek	5,51	1,01
Pazin	5,42	0,99
Požega	4,87	0,89
Rijeka	6,11	1,12
Sisak	5,26	0,97
Slavonski Brod	4,86	0,89
Split	5,78	1,06
Šibenik	5,85	1,07
Varaždin	4,94	0,91
Vinkovci	5,05	0,93
Virovitica	5,32	0,98
Zadar	5,40	0,99
Zagreb	5,29	0,97
RH	5,45	1,00

Izvor: Izračun autorice prema podacima HZZO-a i DZS-a.

U sljedećem dijelu rada pokušalo se utvrditi postoje li razlike u financiranju timova opće obiteljske medicine s obzirom na njihov status (bilo da su zaposlenici doma zdravlja ili koncesionari). U 2012. godini timu opće obiteljske/medicine se u prosjeku dodjeljuje 281,4 kuna po pacijentu (tablica 5.6). Pritom timovi opće obiteljske/medicine - zaposlenici domova zdravlja u prosjeku po pacijentu dobivaju više sredstava nego timovi koncesionari. Tako se timu u sastavu doma zdravlja u prosjeku dodijeli 322,5 kuna po pacijentu, dok se timu privatniku - koncesionaru u prosjeku dodijeli 270,2 kune po pacijentu. Dodijeljena ukupna sredstva obuhvaćaju glavarinu i ostala sredstva. Kako visinu glavarine određuje HZZO za svaki tim posebno i to uzimajući u obzir broj i starosnu strukturu pacijenata (Narodne novine, br. 156/2013.)¹⁶, nema dovoljno javno dostupnih podataka koji bi objasnili spomenutu razliku. Evidentno je da timovi domova zdravlja u prosjeku imaju manji broj pacijenata (1.340), pa stoga nije jasno kako po pacijentu dobivaju više sredstava u odnosu na timove koncesionare (prosječna veličina 1.780

¹⁶ HZZO svake godine donosi interni akt kojim se propisuje godišnji iznos po osiguranoj osobi za djelatnosti opće/obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne).

pacijenata]. Naime HZZO sklapa ugovor sa zdravstvenim ustanovama i s privatnicima (koncesionarima). I zdravstvene ustanove i privatnici financiraju se putem glavarina, a zaposlenik doma zdravlja radi za plaću (njegova ustanova odnosno dom zdravlja dobiva glavarinu iz koje zaposlenicima isplaćuje plaću). Kako bi se utvrdili uzroci identificiranih razlika, neophodni su podaci o starosnoj strukturi pacijenata prema statusu tima, kao i detaljniji podaci o strukturi dodijeljenih ostalih sredstava kao i podaci o tome da li su se primjenjivali i neki drugi kriteriji prilikom dodjele sredstava domovima zdravlja.

Tablica 5.6. **Osigurana sredstva po pacijentu za timove opće/obiteljske medicine, prema statusu tima, 2012. godina**

Status tima	Ukupan broj pacijenata	Ukupna sredstva	Ukupna sredstva po timu	Ukupna sredstva po pacijentu
Koncesionari	3,059.410	826,659.301	480.895	270,2
DZ	830.682	267,924.217	432.136	322,5
Ukupno	3,890.092	1.094,583.518	467.971	281,4

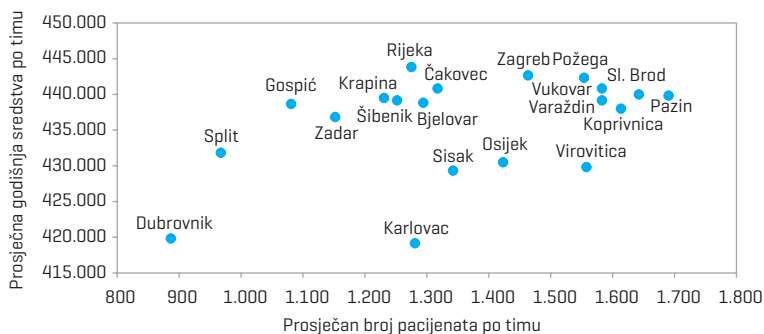
Napomena: Sredstva uključuju glavarinu, naknadu za CEZIH (5.112 kuna god. po timu); naknadu za administriranje (OM 15.000 kuna god.) i maksimalan iznos od 10 posto za DTP te naknadu za COM (5 posto) i preventivne aktivnosti (5 posto).

Izvor: Izračun autorice na temelju podataka HZZO-a.

S obzirom na to da se visina glavarina kao osnovnih prihoda timova opće/obiteljske medicine utvrđuje prema broju i starosnoj strukturi pacijenata, ispituje se povezanost visine sredstava koje dobiva prosječni tim opće/obiteljske medicine i broja pacijenata, i to odvojeno za timove koji su u sastavu doma zdravlja i odvojeno za timove koncesionare. Rezultat analize pokazuje da kod timova koji su u sastavu doma zdravlja visina sredstava nije korelirana s brojem pacijenata, dok je kod timova koncesionara utvrđena statistički značajna povezanost između broja pacijenata i visine dodijeljenih sredstava po timu (slika 5.6). Izračunati koeficijent korelacije za timove zaposlenike domova zdravlja iznosi 0,42 i nije signifikantan pri teorijskoj razini signifikantnosti od 5 posto ($p = 0,065$).

S druge strane, kod timova koncesionara koeficijent korelacije između prosječnih godišnjih sredstva po timu i prosječnog broja pacijenata po timu iznosi 0,84 i statistički je signifikantan ($p=0,000$) uz teorijsku razinu signifikantnosti od 1 posto (slika 5.7). S obzirom na to da se glavarine u privatnom koncesijskom modelu isplaćuju prema broju pacijenata i njihovim demografskim obilježjima, koeficijent korelacije ne može poprimiti vrijednost 1.

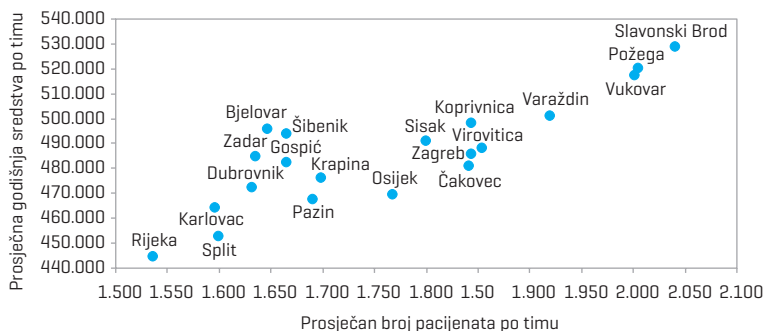
Slika 5.6. **Domovi zdravlja - odnos između prosječnih sredstava po pacijentu i prosječnog broja pacijenata tima opće/obiteljske medicine po područnim uredima, 2012. godina**



Napomena: Prosječna sredstva po timu izračunata su za 2012. godinu, a prosječna veličina tima je podatak iz 2010. godine. Starosna struktura pacijenata nije uzeta u obzir.

Izvor: Autorica prema podacima HZZO-a.

Slika 5.7. **Koncesionari - odnos između prosječnih sredstava po pacijentu i prosječnog broja pacijenata tima opće/obiteljske medicine po područnim uredima, 2012.**



Napomena: Prosječna sredstva po timu izračunata su za 2012. godinu, a prosječna veličina tima je podatak iz 2010. godine. Starosna struktura pacijenata nije uzeta u obzir.

Izvor: Autorica prema podacima HZZO-a.

Osnovni problemi s kojima se suočava djelatnost opće/obiteljske medicine jesu premalen broj preventivnih pregleda, porast broja upućivanja na specijalističke preglede te relativno visok dnevni broj posjeta pacijenata. Tako je u preventivnoj zaštiti osoba zabilježeno samo 0,005 preventivnih pregleda po pacijentu godišnje [HZZO, 2010.], broj kućnih posjeta po osiguraniku iznosio je 252.098, što znači da je svaki petnaesti pacijent opće/obiteljske medicine u jednoj godini primio kućnu posjetu [HZZO, 2010.] U 2010. godini

broj upućivanja na specijalističke preglede iz ordinacije opće/obiteljske medicini iznosio je 3,766.288. Upućivanjem na specijalistički pregled u 2010. godini rezultirao je svaki sedmi posjet ordinaciji opće/obiteljske medicine [omjer broj posjeta ordinacijama opće/obiteljske medicine¹⁷ i broj upućivanja na specijalistički pregled]. Liječnici opće/obiteljske medicine suočavaju se s velikim dnevnim brojem posjeta pacijenata. Prema podacima za 2011. godinu liječnika opće/obiteljske medicine u Hrvatskoj u prosjeku dnevno posjeti 53,1 pacijent, što znači da liječnik u prosjeku svakom pacijentu može posvetiti manje od 8 minuta svog radnog vremena, pod pretpostavkom da se ne bavi drugim poslovima izuzev pregleda pacijenta.

5.6. Novi model financiranja primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj

Opisani model bio je u primjeni do 2013. godine odnosno u trenutku pisanja rada. Od 2013. godine primjenjuje se novi model ugovaranja primarne zdravstvene zaštite [HZZO, 2013], kojim su uvedene promjene u načinu financiranja za četiri osnovne djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, a s osnovnim ciljem podizanja kvalitete i učinkovitosti zdravstvene zaštite i za pacijente i za zdravstvene djelatnike. U općoj/obiteljskoj medicini dotadašnji prihod ordinacije (glavarina, DTP, administrativna pristojba i naknada za CEZIH), zamjenjuje plaćanje kroz hladni pogon, glavarine i DTP postupke. Pri tome hladni pogon predstavlja fiksni dio, koji za sve ordinacije iznosi 17.442,94 kune. Glavarina se određuje prema broju i starosnim skupinama osiguranika i predstavlja osnovicu za izračunavanje ostalih prihoda. Dijagnostičko terapijski postupci dijele se na preventivne i kurativne, a razlikuju se četiri razine postupaka: DTP postupci nulte i prve razine (najosnovniji postupci liječnika za koje nije potrebna dodatna oprema i edukacije) te DTP postupci druge i treće razine za koje su potrebni ulaganje u dodatnu opremu, edukacija kao i posjedovanje dodatnog uvjerenja o stručnoj osposobljenosti. DTP postupci se naplaćuju prema izvršenju. Pored temeljnih izvora prihoda, novi model pruža mogućnost dodatnog prihodovanja kroz praćenje indikatora učinkovitosti i indikatora kvalitete (stimulativni dio prihoda liječnika opće/obiteljske medicine [HZZO, 2013]). Također, novi model uvodi stimulativni dio prihoda liječnika obiteljske medicine koji se plaća kroz pružanje dodatnih usluga putem preventivnih pregleda, grupne prakse i ordinacije s pet zvjezdica. Ordinacija koja provodi preventivne preglede tako dobiva dodatne prihode u iznosu od 5 posto glavarine. Isto vrijedi i za ordinacije koje su dio tima grupne prakse, pri čemu ordinacije koje se nalaze u grupnoj praksi ne mogu biti međusobno udaljene više od 5 km cestom odnosno 10 km u ruralnim područjima. Ukoliko ordinacija liječnika obiteljske medicine pruža jednu od pet dodatanih usluga, za svaku od njih prihoduje 1 posto od ukupnog

17 U 2010. godini evidentirano je 28,342.930 posjeta ordinacijama opće/obiteljske medicine [HZZO, 2010].

iznosa glavarine. Usluge su: savjetovanje određenih skupina bolesnika, sudjelovanje u e-Zdravstvu, mogućnost naručivanja pacijenata u određenom dijelu radnog vremena, vađenje krvi u ordinacijama i osigurano vrijeme za telefonsku konzultaciju s liječnikom [najmanje 1 sat dnevno]. Kao što je već spomenuto u radu, novim modelom i dalje nije definirana košarica minimalnih usluga osiguranika kao što nije riješen problem financiranja opreme koncesionara liječnika opće obiteljske medicine. Za razliku od domova zdravlja koji opremu financiraju iz decentraliziranih sredstava i čije eventualne gubitke saniraju jedinice regionalne samouprave, koncesionari opremu nabavljaju iz vlastitih sredstava te sami saniraju eventualne gubitke.

5.7. Zaključak

Udio izdataka za primarnu zdravstvenu zaštitu u ukupnim izdacima za zdravstvenu zaštitu kontinuirano se smanjuje u posljednjih jedanaest godina. Istovremeno podaci o pokrivenosti stanovništva liječnicima primarne zdravstvene zaštite ukazuju na potrebu povećanja broja timova zdravstvene djelatnosti koja čini stup primarne zdravstvene zaštite. Naime pokrivenost liječnicima primarne zdravstvene zaštite (mjerena brojem liječnika opće/obiteljske medicine na 100.000 stanovnika) u Hrvatskoj je značajno ispod prosjeka zemalja članica EU-a. Istovremeno, uočavaju se i značajne regionalne razlike u pokrivenosti liječnicima primarne zdravstvene zaštite, tako da je na području polovice područnih ureda pokrivenost liječnicima opće/obiteljske medicine ispod nacionalnog prosjeka. Dodatni problem u financiranju primarne zdravstvene zaštite povezan je s decentralizacijom uprave započeto 2001. godine kojom je većina zdravstvenih ustanova stavljena pod nadzor jedinica područne (regionalne) samouprave, a kojima nedostaju adekvatna financijska sredstva te upravljačke i nadzorne sposobnosti za osiguranje efikasnog poslovanja ustanova. Naime županije i gradovi trebaju osigurati sredstva za investicijsko ulaganje i investicijsko i tekuće održavanje zdravstvenih ustanova – prostora, medicinske i nemedicinske opreme i prijevoznih sredstava te informatizaciju zdravstvene djelatnosti, sukladno planu i programu mjera zdravstvene zaštite i mreži javne zdravstvene službe kao i za pokriće gubitaka zdravstvenih ustanova čiji su osnivač. Primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj još uvijek nije u zadovoljavajućoj mjeri preuzela ulogu čuvara sustava. Dok se u većini zemalja Europske unije putem primarne zdravstvene zaštite riješi oko 70 do 80 posto zdravstvenih slučajeva, primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj rješava tek 50 posto zdravstvenih slučajeva pacijenata. Ovakvo je stanje značajnim dijelom posljedica postojećeg modela financiranja u kojem nema čvrsto definiranih standarda i gdje pacijenti mogu vrlo lako promijeniti liječnika. Liječnici opće/obiteljske medicine nisu stimulirani da funkcioniraju kao "čuvari na ulazu" u bolnički sustav, već upravo suprotno, i troškovi i pacijenti potiču liječnike opće/obiteljske medicine da izdaju uputnice liječniku specijalisti. Prebacivanje usluga iz primarne u

više oblike zdravstvene zaštite jednim dijelom je stimulirano i postojećim sustavom financiranja putem glavarina jer liječnik opće/obiteljske medicine nema dovoljno mogućnosti da adekvatno opremi svoju ordinaciju, te je često prisiljen uputiti pacijente na višu razinu zdravstvene zaštite. Košarica usluga timova opće/obiteljske medicine nije definirana i zbog toga su financijske kalkulacije različite. Kvazi-privatizacijski model koncesionara [timova koji se nalaze u zakupu domova zdravlja] obilježava sigurnost u prihodima, ali nesigurnost u mogućnost samostalnog upravljanja troškovima. Osim toga, domovi zdravlja koji su prije zdravstvene reforme bili ekskluzivni pružatelji primarne zdravstvene zaštite s plaćenim zaposlenicima, sada predstavljaju administrativna tijela koja ovisno o dostupnosti opreme pružaju hitnu medicinsku zaštitu, usluge laboratorija i radiološke dijagnostike. Osnovni problem u postizanju racionalnog sustava zdravstva je dezintegriranost zdravstvenog sustava odnosno nedostatna vertikalna povezanost među raznim stupnjevima zdravstvene zaštite (primarna, sekundarna, tercijarna) kao i nedostatna horizontalna povezanost različitih specijalnosti (Ostojić, 2009). Dobrom organizacijom i provedbom primarne zdravstvene zaštite mogle bi se postići značajne racionalizacije potrošnje u zdravstvu. Najveći tehnološki napredak u ordinacijama primarne zdravstvene zaštite napravljen je kroz mogućnost internetskog pristupa liječniku, e-nalazima i izdavanju e-receptata. Također, najveći tehnološki napredak može se očekivati kroz razvoj iste tehnologije, a to je e-karton pacijenata te statistički *online* pregled usluga.

Od 2013. godine u primjeni je novi, kombinirani model ugovaranja i financiranja timova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Financiranje liječničkih timova zasnovano je na pet elemenata: hladni pogon, glavarina, plaćanje prema modelu "cijena puta usluga", te ključni pokazatelji uspješnosti i pokazatelji kvalitete (HZZO, 2013). Glavarine su stratificirane po dobi i spolu, a i redefinirane su dobne skupine. Međutim, niti ovim modelom nije definirana košarica minimalnih usluga osiguranika niti je riješen problem financiranja opreme koncesionara liječnika opće obiteljske medicine .

Istovremeno dolazi i do promjena u politici financiranja zdravstva u Europskoj uniji. Dok je tijekom 1990-ih godina u zemljama Europske unije prevladavala politika smanjivanja potrošnje u zdravstvu (Boerma i Fleming, 1998), u posljednje vrijeme dolazi do zaokreta u politici financiranja zdravstva. Iako je kontrola troškova vrlo važna, nositelji politike izbjegavaju smanjivanje izdataka za zdravstvo, koje bi za posljedicu imalo smanjenje jednakosti, efikasnosti i kvalitete (Masseria et al., 2009). Stoga se izdaci za primarnu zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj ne bi trebali smanjivati, već napore treba usmjeriti prema poboljšanju njene učinkovitosti i stvaranju financijski održivog i stabilnog sustava.

Literatura

Barić, V. i Š. Smolić, 2011, "Stabilnost zdravstvenog sustava u recesiji" u A. Obadić, J. Šimurina, J. Tica, ured., *Kriza: Preobrazba ili Propast?*, Zagreb: Biblioteka Ekonomija i razvoj, str. 47-58.

Boerma, W. G. W. i D. M. Fleming, 1998, *The Role of General Practice in Primary Health Care*, Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.

DZS, 2011, *Statistički ljetopis Republike Hrvatske 2011.*, Zagreb: Državni zavod za statistiku.

European Consumer Powerhouse, 2013, Euro Health Consumer Index 2013, Health Consumer Powerhouse Ltd., 2013.

European Observatory on Health Care Systems Health Systems and Policies Series, 2006, *Primary Care in the Driver's Seat?*, Berkshire: Open University Press.

European Observatory on Health Care Systems, 2006, *Health Systems in Transition: Croatia*, S. Merkur, N. Jemai i E. Mossialos, ured., Berkshire: Open University Press.

HZJZ, 2012, *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2010. godinu*, Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.

HZZO, 2001, *Izvešće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2000. godinu*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

HZZO, 2002, *Izvešće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2001. godinu*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

HZZO, 2003, *Izvešće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2002. godinu*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

HZZO, 2004, *Izvešće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2003. godinu*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

HZZO, 2005, *Izvešće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2004. godinu*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

HZZO, 2006, *Izvešće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2005. godinu*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

HZZO, 2007, *Izvešće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2006. godinu*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

HZZO, 2008, *Izvešće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2007. godinu*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

HZZO, 2009, *Izvešće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2008. godinu*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

HZZO, 2010, *Izvešće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2009. godinu*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

HZZO, 2011, *Izvešće o financijskom poslovanju HZZO-a za 2010. godinu*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

HZZO, 2012, Odluka o izmjenama Odluke o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, *Narodne novine*, br. 38/2012.

HZZO, 2012, *Popis doktora ugovorenih u djelatnosti dentalne zdravstvene zaštite (polivalentne)*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, http://www.hzzo-net.hr/03_01_11.php.

HZZO, 2012, *Popis doktora ugovorenih u djelatnosti opće/obiteljske medicine*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, http://www.hzzo-net.hr/03_01_11.php.

HZZO, 2012, *Popis doktora ugovorenih u djelatnosti zdravstvene zaštite predškolske djece*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, http://www.hzzo-net.hr/03_01_11.php.

HZZO, 2012, *Popis doktora ugovorenih u djelatnosti zdravstvene zaštite žena*, Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, http://www.hzzo-net.hr/03_01_11.php.

Katić, M., V. Jureša i S. Orešković, 2004, "Family Medicine in Croatia: Past, Present, and Forthcoming Challenges", *Croatian Medical Journal*, 45(5), str. 43-549.

Katić M., D. Jurković, V. Jureša, S. Predavec, M. Hrastinski, D. Petric, B. Mazzi, H. Tiljak, R. Gmajnić, I. Diminić-Lisica, R. Šimunović, A. Jovanović, H. Vuković, G. Prljević i R. Stevanović, 2010, *Reforma zdravstva u Hrvatskoj: uvođenje kombiniranog sustava plaćanja u obiteljsku medicinu*, Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, http://www.hdod.net/novosti/Komb_sustav_pl_u_OM.pdf.

Katić, M., M. Rumboldt, E. Materljan i R. Gmajnić, 2009, "Analiza stanja u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj i nužnost promjena", *Medix*, 15(80/81), str. 51.-56.

Kovač, N., 2013, "Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj", *Ekonomski vjesnik*, XXVI [2], str. 551-563.

Kraljik, N. i T. Santo, 2011, "Sustav primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj – kako ga unaprijediti [jedno promišljanje nastalo 20.04.2007.]", Zbornik radova VIII. Kongresa obiteljske medicine, Rizici zdravlja i mala kirurgija, Osijek, svibanj 2011., <http://www.hcjz.hr/old/clanak.php?id=14549>.

Masseria, C., R. Irwin, S. Thomson, M. Gemmill i E. Mossiales, 2009, *Primary Care in Europe*, European Commission, Directorate-General.

Mazzi, B., 2010, *Utjecaj organizacije zdravstva na kvalitetu rada obiteljskog doktora*, Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, http://www.hdod.net/rad_drustva/Utjecaj_org_zdrav_na_kvalitetu_rada.pdf.

Mihaljek, D., 2007, "Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: Kako vidjeti šumu od drveća?" u K. Ott, ured., *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji*, 4. svezak, str. 265-308, Zagreb: Institut za javne finacije i Zaklada Friedrich Ebert.

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012, *Nacrt nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020.*, Zagreb: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske.

Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, 2006, *Nacrt prijedloga nacionalne strategije razvitka zdravstva: 2006.-2011.*, Zagreb: Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi.

Ostojić, R., 2009, *Zdravstveni sistem u Hrvatskoj*, Zagreb: Friedrich Ebert Stiftung, <http://www.fes.ba/publikacije/2009-09-Zdravstveni%20sistem%20Hrvatska-studija.pdf>.

Pravilnik o standardima i normativima prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja, *Narodne novine*, br. 43/2010.

Pravilnik o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i liječilišta, *Narodne novine*, br. 6/1996.

Starfield, B., J. Macinko i L. Shi, 2005, "Contribution of Primary Care to Health Systems and Health", *Milbank Q*, 83[3], str. 457-502.

Sviben, D., D. Droždjek, M. Katić, B. Mazzi, D. Petric, M. Ptičar, B. Skupnjak i R. Stevanović, 2005, "Prijedlog strategije razvoja za opću/obiteljsku medicinu u Hrvatskoj – Program Vlade RH za razvoj zdravstva u mandantnom razdoblju od 2003.-2007. godine" u B. Mazzi, ured., *Zbornik V. Kongresa Hrvatskog društva obiteljskih doktora*, Zagreb: Hrvatsko društvo obiteljskih doktora, str. 191-268.

Varga, S. i D. Pezelj Duliba, 2012, "Osnovni elementi novog modela ugovaranja primarne zdravstvene zaštite za razdoblje 2013.-2015.", prezentacija na Okruglom stolu "Primarna zdravstvena zaštita i javno-privatno partnerstvo u zdravstvu" održanom 04. lipnja 2012., <http://www.bankamagazine.hr/LinkClick.aspx?fileticket=3U4M4XF16r4%3d&tabid=457>.

Vehovec, M. i I. Rašić Bakarić, 2012, "Ekonomski aspekti primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj", prezentacija na Okruglom stolu "Primarna zdravstvena zaštita i javno-privatno partnerstvo u zdravstvu" održanom 04. lipnja 2012.

Vrdoljak, D., B. Bergman-Marković i S. Cikač, 2012, "Administrativni i medicinski opseg rada tima obiteljske medicine", *Medica Jadertina*, 42 [1-2], str. 5-12.

WHO, 1978, *Primary HealthCare: Report of an International Conference*, Ženeva: World Health Organization, <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>.

WHO, 2012, *European Database for All*, Ženeva: World Health Organization, <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-health-for-all-database-hfa-db2>.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Narodne novine*, br. 150/2008., 155/2009., 71/2010., 139/2010., 22/2011., 84/2011., 154/2011., 12/2012., 70/2012.

6. Bolnice pred poslovnim izazovima restrukturiranja

Maja Vehovec, Ivana Rašić Bakarić i Sunčana Slijepčević

6.1. Uvod

Hrvatske bolnice u državnom ili županijskom vlasništvu čine važan i troškovno najzahtjevniji dio javnog zdravstvenog sustava. Kako su bolnice vrlo složeni poslovni sustavi one se kroz ekonomsku perspektivu mogu promatrati iz različitih kutova gledanja. Fokus ekonomske perspektive uvijek je u traženju racionalne i isplative aktivnosti svakog poslovnog subjekta. U ekonomskom smislu bolnice se mogu tretirati kao poslovni subjekti netipičnih poslovnih obilježja. Njihovo je poslovanje hibridnog tipa jer se u njemu ukrštava logika poslovnog s logikom socijalne dostupnosti koja je zakonski uvjetovana. Svi ulazni troškovi imaju tržišnu vrijednost, a cijene bolničkih usluga određene su netržišnom procjenom. Kad bi bolnice i poslovale ekonomski efikasno, izvori financiranja teško bi svim stanovnicima omogućavali zajamčenu široko dostupnu zdravstvenu zaštitu po modelu "sva-prava-za-sve". Dostupnost bolničke zaštite ne ovisi o priuštivosti (dohotku) korisnika zbog čega je financijsko pokrivanje javnih bolničkih usluga odgovornost države. Hibridnost želja i mogućnosti temelji se na mekom budžetskom financiranju, što čitav sustav javnih bolnica čini ekonomski neodrživim. Hrvatska je pola godine nakon priključenja Europskoj uniji, krajem siječnja 2014. godine, ušla u proceduru prekomjernog proračunskog deficita, što će se najvjerojatnije pokazati ključnim povijesnim prijelomom za zdravstvenu reformu općenito i posebno za reformu financijske stabilizacije bolnica.

Popis bolnica nalazi se u Mreži javne zdravstvene službe¹ u Hrvatskoj. Za svrhe ove analize iz popisa su izdvojene bolnice bez lječilišta, a ostale su bolnice grupirane po vrstama u kliničke bolničke centre, kliničke bolnice, klinike, opće bolnice te specijalne bolnice. Prema terminologiji OECD-a² bolnice se definiraju kao licencirane ustanove koje primarno nude medicinske, dijagnostičke i druge tretmane koji uključuju liječničke, njegovateljske i ostale zdravstvene usluge za primljene pacijente (engl. *in-patient*) te specijaliziranu uslugu smještaja koja je takvim pacijentima potrebna. Bolnice također mogu nuditi ambulantne zdravstvene usluge vanjskim pacijentima (engl. *out-patient*) kao sekundarnu

1 Ministarstvo zdravlja [2012] donosi Mrežu javne zdravstvene službe, objavljenu u Narodnim novinama br. 101/2012. U izmjenama i dopunama iz 2013. [Narodne novine, br. 31/2013.] dodana je jedna bolnica pod nazivom Ustanova za palijativnu zdravstvenu skrb hospicij "Marija Krucifiksa Kozulić" koja nije obuhvaćena u ovoj analizi.

2 OECD [2013].

aktivnost. Bolnice pružaju usluge pacijentima koje najčešće uključuju specijalizirane resurse i opremu koja je značajan i integralan dio zdravstvenih usluga. U pojedinim se zemljama za registraciju bolnice traži ispunjenje dodatnih minimalnih uvjeta, kao što su na primjer broj kreveta, osiguravanje 24-satne bolničke usluge i drugo. Treba istaknuti da se definicije bolnica i njihovih standarda razlikuju od zemlje do zemlje. Neke zemlje statistički obuhvaćaju samo javne bolnice, neke taj popis proširuju i na privatne bolnice, a neke uvrštavaju i vojne bolnice [OECD, 2011]. Tumačenje Eurostata oslanja se na isti izvor te se navode različiti obuhvati bolnica u različitim zemljama. Statistika Eurostata za Hrvatsku ne obuhvaća privatne bolnice i zatvorsku bolnicu.

Iz pregleda izvora ekonomske literature u Hrvatskoj, povezanih s istraživanjima o poslovanju bolnica može se zaključiti da se radi o oskudnim izvorima. O izazovima razvoja zdravstvene skrbi u Hrvatskoj pisali su Ostojić, Bilas i Franc [2012] nabrojajući, između ostalog, najvažnije probleme bolničkog sustava, kao što su ekstenzivan broj bolnica, slaba iskorištenost njihovog kapaciteta, problem klasifikacije bolnica, odsustvo pravilne evaluacije rada u bolnicama, niska likvidnost, limitirani bolnički budžeti, neravnomjerna opskrba opremom, neadekvatni prostori i bolničke zgrade, nerazvijena bolnička palijativna skrb, nerealistične cijene usluga itd. Većina spomenutih obilježja funkcioniranja bolničkog sustava razložena je i u ovom poglavlju, iako bi detaljnija analitička rasprava o bolnicama zahtijevala posebnu studiju. Bolnice su toliko složeni i kompleksni subjekti da je teško u jednom poglavlju analizirati sve njihove dimenzije. Zbog toga je u ovom poglavlju fokus na financijskom poslovanju uz djelomičan opis drugih karakteristika bolnica. Posebno je izostavljena analiza ishoda za koju je poželjan interdisciplinarni pristup analizi.

U financijskom smislu javne bolnice su proračunski korisnici opće države. Računovodstveno se prihodi i rashodi ne obračunavaju po istim načelima zbog čega nastaje raskorak između prihoda obračunatih po novčanom načelu ugovornog odnosa i troškova prema načelu nastanka neovisno o njihovom plaćanju. Financijske analize bolnica stoga ne koriste složene metode i tehnike, a centralni obračun plaća pokazuje velike razlike i neusuglašenosti između bolnica. Nedostatke primjene proračunskog računovodstva u zdravstvenim ustanovama na primjeru jedne bolnice istraživali su Katić i Vidović [2012]. Bogut, Vončina i Yeh [2012] bavili su se učincima uvođenja dijagnostičko-terapijskih skupina u praćenju bolničkih [medicinskih] usluga u Hrvatskoj. Efikasnost poslovanja bolnica mjerila je Rabar [2010] o čemu će više detalja biti u narednom poglavlju ove knjige. Ostali hrvatski radovi s tematikom bolnica bave se ili njihovom povijesnom ulogom ili specifičnim medicinskim pitanjima. Spomenutim radovima možemo dodati i aktualni osvrt Instituta javnih financija o upravljanju bolnicama [Bajo i Primorac, 2013] koji kritički analizira izvješće Državnog ureda za reviziju o rezultatima revizije u trideset hrvatskih bolnica.

S druge strane, u stranoj literaturi zamjetno je veliko bogatstvo stručnih i znanstvenih radova koji se bave pitanjima poslovanja bolnica, njihovog financiranja, upravljanja kvalitetom, mjerilima kvalitete poslovanja i drugim financijskim i organizacijskim te upravljačkim temama vezanim za bolnice. Izdvajamo samo neke kao što su, na primjer, studije Europskog opservatorija o zdravstvenim sustavima i politikama organizacijskih i upravljačkih promjena u bolnicama³ ili istraživanja koja je financirala Svjetska banka [Moreno-Serra i Wagstaff, 2010; Preker i Harding, 2003]. Također treba istaknuti studiju Europske federacije bolnica i zdravstvene skrbi [HOPE, 2009] koja analizira promjene u zajedničkim trendovima aktivnosti bolnica kroz presjek nacionalnih zdravstvenih sustava. OECD redovito izdaje studiju o zdravlju u europskim zemljama [OECD, 2012] s ključnim indikatorima za zdravlje, zdravstvene resurse i njihove izdatke. Bogatstvo znanstvenih istraživanja o poslovnim aspektima bolnica u inozemnim znanstvenim časopisima je vrlo veliko, ali i često usmjereno na primjer jedne bolnice ili grupe bolnica u jednoj zemlji. To nije ništa neuobičajeno jer su i nacionalni zdravstveni sustavi različiti, a veliki i složeni poslovni subjekti kao što su bolnice podložni su nacionalnim institucionalnim okvirima po pitanju velikog broja svojih aktivnosti. Na bolnice se može primijeniti ista ili slična metodologija koja mjeri kvalitete proizvoda [usluge] uz istovremeno smanjivanje troškova ili primjenu koncepta poslovne strategije temeljene na metodologiji LSS [engl. *Lean Six Sigma*] za unapređenje efikasnosti poslovanja i povećanje zadovoljstva korisnika bolničkih usluga. Metodologija je izvorno preuzeta iz industrijske proizvodnje i kasnije korištena u uslužnim organizacijama, pa je tako stigla i do bolnica [De Mast et al., 2012].

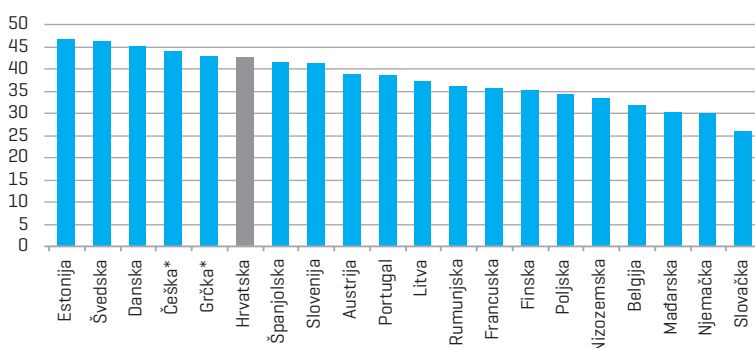
Cilj ovog poglavlja jest ispitati poslovanje bolnica u Hrvatskoj iz različitih kutova gledanja. Tako će se sagledati poslovanje bolnica iz međunarodne perspektive, regionalne perspektive, financijske perspektive i perspektive ravnatelja bolnica. Svrha takvog ispitivanja jest dobiti pregled poslovanja bolnica kao poslovnih organizacija koje pružaju specifične usluge bez namjere da se uđe u specifičnu dubinu problema pojedinih poslovnih karakteristika. Namjera je iz pregleda obilježja poslovanja bolnica, uočiti i jasno naznačiti gdje se i zašto nalaze ključni problemi zbog kojih je poslovanje bolnica opterećeno rastućim troškovima. Nakon uvodnog dijela analiziraju se bolnice kroz međunarodnu perspektivu pomoću dostupnih međunarodnih statističkih pokazatelja. Posebno izdvajamo njihovu regionalnu distribuiranost, gustoću i dostupnost povezanu s prostorom i naseljenošću. Zatim slijedi analiza bolnica na temelju financijskih pokazatelja poslovanja po tipovima bolnica. Prije zaključnih razmatranja kritički se razmatraju mišljenja ravnatelja temeljena na intervjuima te se komentiraju sanacijske aktivnosti započete u 2013. godini.

³ McKee i Healy [2002]; McKee [2004]; Edwards, Wyatt i Mckee [2004]; Bernd et al. [2009]; Saltman, Duran i Dubois [2011]; Glinos i Wismar [2013].

6.2. Bolnice iz međunarodne perspektive

Prema podacima Eurostata za 2011. godinu, izdaci za javne bolnice u Hrvatskoj činili su 42,6 posto ukupnih izdataka za zdravstvo. Ukupni javni izdaci bolnica RH ukazuju na značajan novac kojim se financira ova razina zdravstvene zaštite, a prema vrijednosti ovog pokazatelja Hrvatska se nalazi iznad prosjeka promatranih europskih zemalja od 38 posto ukupnih izdataka za zdravstvo [slika 6.1]. Zanimljivo je primijetiti kako je među promatranim zemljama najviši udio izdataka za bolnice u ukupnim izdacima za zdravstvo zabilježen u Estoniji, u visini od 47 posto, iza koje slijedi Švedska s udjelom od 46 posto te Danska s udjelom od 45 posto. Najniži udio izdataka za bolničku zdravstvenu zaštitu u ukupnim izdacima za zdravstvo zabilježen je u Slovačkoj i to u visini od 26 posto.

Slika 6.1. **Ukupni izdaci bolnica kao % ukupnih izdataka za zdravstvo, odabrane zemlje i Hrvatska, 2011.**

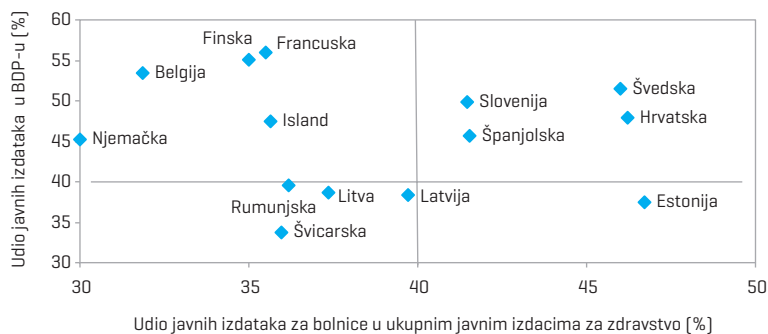


Napomena: *Podatak za Češku i Grčku se odnosi na 2010. godinu.

Izvor: Eurostat.

Hrvatska se nalazi u skupini zemalja s relativno visokim udjelom javnih izdataka za bolnice u ukupnim izdacima za zdravstvo, koji je praćen i visokim udjelom svih javnih izdataka u BDP-u [slika 6.2]. Osim Hrvatske tu su Švedska, Slovenija i Španjolska. S druge strane Belgiju, Finsku, Francusku i Island također obilježava visok udio javnih izdataka u BDP-u, međutim na javne izdatke za bolnice ne otpada velik dio javnih izdataka za zdravstvo. Rumunjsku, Litvu, Latviju i Švicarsku obilježava nizak udio javnih izdataka u BDP-u praćen nižim udjelom javnih izdataka za bolnice u ukupnim javnim izdacima za zdravstvo. Jedino Estonija ima visok udio izdataka za bolnice u ukupnim javnim izdacima za zdravstvo popraćen niskim udjelom javnih izdataka u BDP-u.

Slika 6.2. **Odnos javnih izdataka za zdravstvo u BDP-u i udjela izdataka za bolnice u javnim izdacima za zdravstvo, odabrane zemlje, 2011.**



Napomena: Za Latviju je korišten podatak za 2009. godinu, a za Island za 2010. godinu.

Izvori: Eurostat, DZS, HZZO.

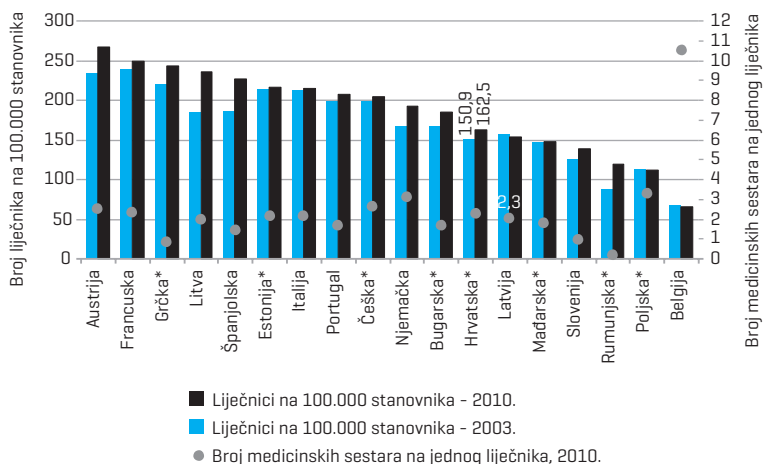
Statistički podaci ukazuju na još uvijek relativno nezadovoljavajući odnos broja liječnika u bolnicama prema broju stanovnika u Hrvatskoj. Hrvatska se sa 163 bolnička liječnika na 100.000 stanovnika u 2010. godini nalazi ispod prosjeka od 186 liječnika na 100.000 stanovnika⁴ (slika 6.3) promatranih osamnaest zemalja EU-a. Zanimljivo je primijetiti da prosjek za osam "starih" članica za koje su dostupni podaci za 2010. godinu iznosi 208 liječnika na 100.000 stanovnika⁵, dok prosjek deset "novih" članica iznosi 168 liječnika na 100.000 stanovnika⁶. Izrazito visoka pokrivenost broja bolničkih liječnika po broju stanovnika zabilježena je u Austriji (267 liječnika na 100.000 stanovnika) i Francuskoj (249 liječnika na 100.000 stanovnika), dok izrazito slabu pokrivenost ima Belgija (66 liječnika na 100.000 stanovnika). Iz slike 6.3 primjetan je pozitivan trend u kretanju ovog pokazatelja u promatranom razdoblju od 2003. do 2010. godine u svim zemljama izuzev Belgije. Hrvatska je u 2010. povećala broj liječnika na 100.000 stanovnika, iako nije dostigla prosječne rezultate promatrane skupine zemalja. Međutim, u Belgiji je broj sestara na jednog liječnika neuobičajeno visok. Hrvatska se s 2,3 medicinske sestre po jednom liječniku nalazi neznatno ispod prosjeka promatrane skupine zemalja, koji iznosi 2,4 medicinske sestre po jednom liječniku.

4 Izračun autora na temelju podataka za sljedeće članice Europske unije: Austrija, Francuska, Grčka, Litva, Španjolska, Estonija, Italija, Portugal, Češka, Njemačka, Bugarska, Hrvatska, Latvija, Mađarska, Slovenija, Rumunjska, Poljska, Belgija.

5 Prosjek je izračunat za sljedeće zemlje: Austrija, Belgija, Francuska, Grčka, Španjolska, Italija, Portugal, Njemačka.

6 Prosjek je izračunat za sljedeće zemlje: Litva, Estonija, Češka, Bugarska, Hrvatska, Latvija, Mađarska, Slovenija, Rumunjska, Poljska.

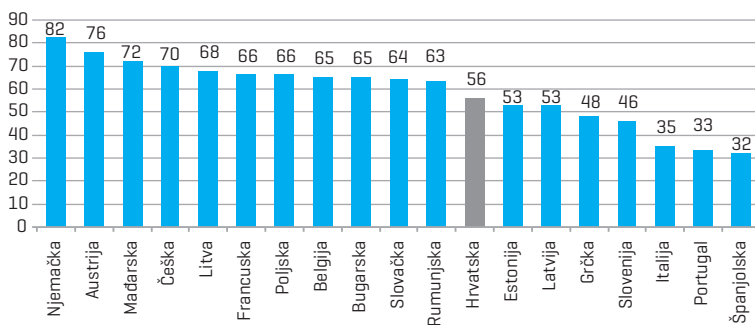
Slika 6.3. Broj zaposlenih liječnika u bolnicama na 100.000 stanovnika, odabrane zemlje, usporedba 2003. i 2010. godine



Napomena: * Za zemlje za koje nije bio dostupan podatak iz 2003. godine korišten je prvi raspoloživi podatak iz godine nakon 2003. [za Češku, Estoniju i Mađarsku se prvi stupac odnosi na 2006. godinu, za Poljsku i Hrvatsku na 2008. godinu]. Za zemlje za koje nije bio raspoloživi podatak za 2010. godinu, korišten je posljednji raspoloživi podatak [za Grčku, Bugarsku i Poljsku je korišten podatak iz 2009. godine].

Izvor: Eurostat.

Slika 6.4. Broj bolničkih postelja na 10.000 stanovnika, zemlje Europske unije, prosjek 2005.-2012. godina

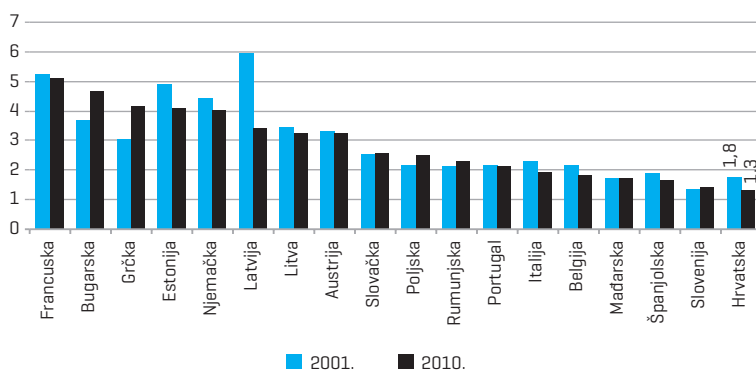


Izvor: WHO.

S prosječno 56 bolničkih postelja na 10.000 stanovnika Hrvatska se nalazi neznatno ispod prosjeka promatranih devetnaest zemalja Europske unije⁷ (59 postelja na 10.000 stanovnika, slika 6.4). Istovremeno Hrvatska se s obzirom na vrijednost ovog pokazatelja nalazi gotovo na razini prosjeka osam "starih" članica⁸ EU-a i ispod prosjeka jedanaest "novih" zemalja Europske unije (61 postelja na 10.000 stanovnika). Najvišu pokrivenost stanovništva bolničkim posteljama bilježe Njemačka (82 postelje na 10.000 stanovnika), Austrija (76 postelja na 10.000 stanovnika) i Mađarska (72 postelje na 10.000 stanovnika), dok je najniža pokrivenost stanovništva zabilježena u Španjolskoj, Portugalu i Italiji.

S druge strane Hrvatska se po broju bolnica na 100.000 stanovnika nalazi na samom dnu ljestvice promatranih zemalja, s tek 1,3 bolnice na 100.000 stanovnika (slika 6.5). Najveći broj bolnica, 5,1 bolnica na 100.000 stanovnika ima Francuska, iza koje slijede Bugarska (4,7 bolnica na 100.000 stanovnika) i Grčka (4,1 bolnica na 100.000 stanovnika). Prosjek promatranih devetnaest članica EU-a iznosi 3,0 bolnica na 100.000 stanovnika.

Slika 6.5. **Bolnice na 100.000 stanovnika, Hrvatska i članice EU-a, 2001. i 2010.**



Izvor: WHO.

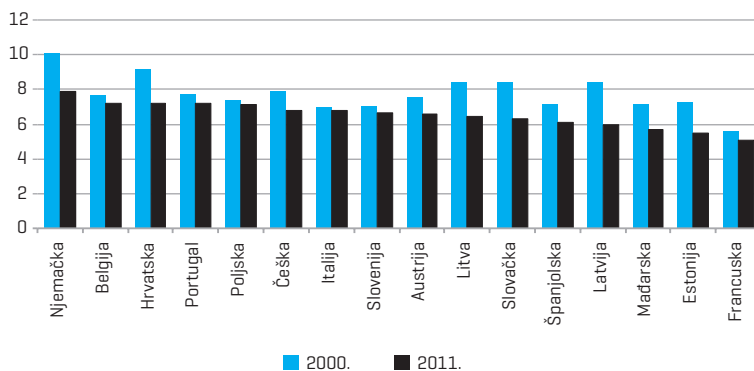
Hrvatska se u usporedbi s drugim zemljama Europske unije nalazi pri samom vrhu po prosječnoj dužini liječenja u danima (slika 6.6). U 2011. godini akutni bolesnici su u prosjeku boravili 7,2 dana na bolničkom liječenju. Duži boravak bilježi samo Njemačka (7,9 dana). Vidljiv je opći trend smanjivanja prosječne dužine bolničkog liječenja u svim

⁷ Za razliku od prethodne usporedbe prema broju liječnika na 100.000 stanovnika ovdje je još dan podatak i za Slovačku.

⁸ "Stare" članice su Austrija, Belgija, Francuska, Grčka, Španjolska, Italija, Portugal, Njemačka. "Nove" zemlje članice su Mađarska, Češka, Litva, Poljska, Bugarska, Slovačka, Rumunjska, Hrvatska, Estonija, Latvija i Slovenija.

promatranim zemljama u zadnjem desetljeću. Hrvatska je prosječnu duljinu bolničkog liječenja skratila za čitava dva dana, kao i Litva i Slovačka, a Latvija je prosječnu duljinu bolničkog liječenja skratila čak i više, za 2,4 dana.

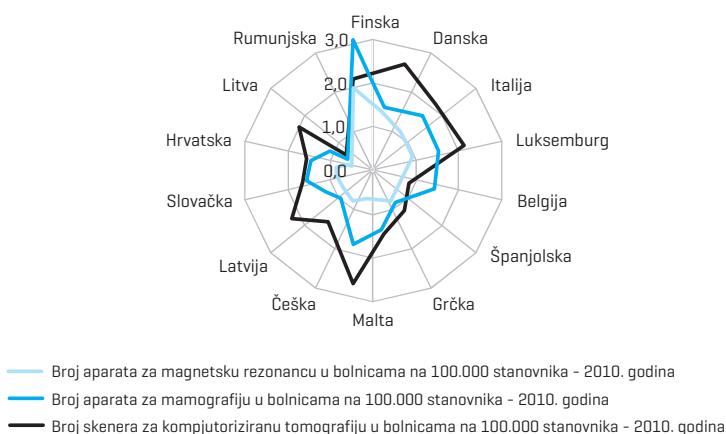
Slika 6.6. **Prosječna dužina bolničkog liječenja u danima po jednom boravku, 2000. i 2011.**



Izvor: WHO.

Istovremeno, ukupna godišnja iskorištenost kreveta u svim hrvatskim bolnicama za liječenje akutnih bolesnika iznosila je 76,7 posto, što je iznad prosjeka sedamnaest članica EU-a za koje su dostupni podaci [WHO, 2013]. Višu iskorištenost imale su samo Irska, Cipar, Austrija i Njemačka.

Slika 6.7. **Tehnološki kapacitet bolnica, Hrvatska i odabrane zemlje EU-a, 2010. godina**



Izvor: Eurostat.

Usporedba tehnološkog kapaciteta hrvatskih bolnica i bolnica odabranih članica EU-a ukazuje na značajno tehnološko zaostajanje u odnosu na broj aparata za magnetsku rezonancu u bolnicama, mjereno na 100.000 stanovnika (slika 6.7). Također, Hrvatska je po broju aparata za mamografiju na 100.000 stanovnika te po broju aparata za kompjutoriziranu tomografiju na 100.000 stanovnika bolja samo od Rumunjske.

Međunarodna usporedba dostupnih pokazatelja o bolnicama pokazuje da Hrvatska ne zaostaje u odnosu na izdatke za bolnice prema ukupnim izdacima za zdravstvo, ali zaostaje u odnosu na broj liječnika u bolnicama, mjereno u odnosu na 100.000 stanovnika i u odnosu na tehnološke kapacitete bolnica. Broj bolnica na 100.000 stanovnika pokazuje lošiju međunarodnu poziciju Hrvatske, ali ovaj podatak treba uzeti s rezervom iz dva razloga. Prvi razlog je različit obuhvat bolnica, jer većina zapadnoeuropskih zemalja u obuhvatu uz javne uključuje i privatne bolnice čiji broj nije zanemariv. Osim toga, neke zemlje u obuhvat uključuju zatvorske bolnice, a neke ne. U podatke za Hrvatsku ne uključuju se privatne bolnice i zatvorska bolnica, što može utjecati na njenu slabiju poziciju. Drugi razlog za opreznost u ocjeni broja bolnica u odnosu na ukupne izdatke za zdravstvo je visina nominalnih izdataka za bolnice, koji direktno uvjetuju financiranje broja bolnica u odnosu na broj stanovnika neke zemlje. U svakom slučaju može se zaključiti da izdaci za bolnice u Hrvatskoj imaju značajan udio u ukupnim izdacima za zdravstvo te ih treba dovesti u što bližu, uvjetovanu, vezu s rezultatima njihova poslovanja.

6.3. Bolnice iz regionalne perspektive

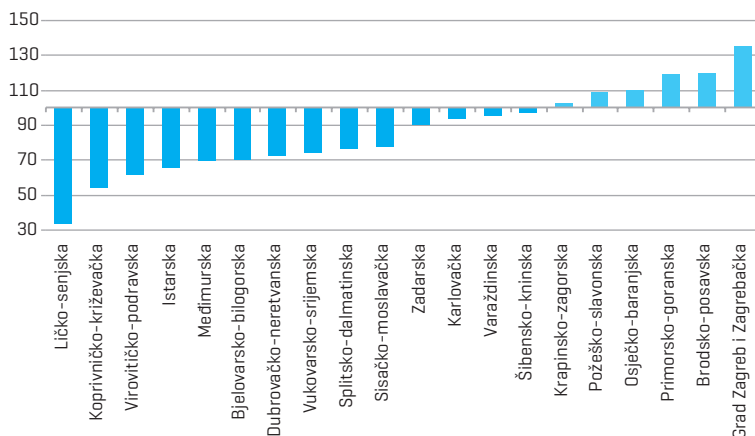
Regionalna distribucija bolnica u Hrvatskoj analizira se pomoću pokazatelja pokrivenosti stanovništva liječnicima, gustoćom bolnica i brojem bolničkih postelja po županijama.

6.3.1. Županijska distribucija broja liječnika na 10.000 stanovnika

Broj liječnika zaposlenih na stacionarnim odjelima hrvatskih bolnica po županijama prikazan je na slici 6.8. Na razini Hrvatske u prosjeku na 10.000 stanovnika dolazi 13,5 liječnika specijalista zaposlenih na stacionarnim odjelima hrvatskih bolnica. Iznadprosječnu pokrivenost liječnicima ima tek šest županija kojima predvode Grad Zagreb i Zagrebačka županija s 18,3 liječnika na 10.000 stanovnika. Zatim slijede Brodsko-posavska [16,2 liječnika na 10.000 stanovnika], Primorsko-goranska [16,1 liječnika na 10.000 stanovnika], Osječko-baranjska [14,9 liječnika na 10.000 stanovnika], Požeško-slavonska [14,7 liječnika na 10.000 stanovnika] i Krapinsko-zagorska županija

[13,8 na 10.000 stanovnika]. Ispodprosječna pokrivenost⁹ liječnicima prisutna je u čak 14 županija. Pri tome od prosjeka najviše odstupaju Ličko-senjska, Koprivničko-križevačka te Virovitičko-podravska županija.

Slika 6.8. Broj liječnika zaposlenih na stacionarnim odjelima hrvatskih bolnica, županije, 2012. godina (RH=100)



Izvor: HZZO.

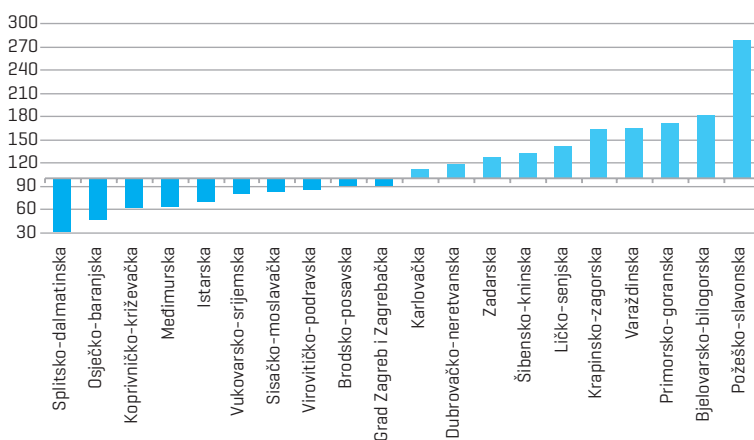
Različita pokrivenost broja liječnika na 10.000 stanovnika po županijama ne može se objasniti razlozima sustavne nacionalne zdravstvene politike koja je u nadležnosti Ministarstva zdravlja.

6.3.2. Županijska distribucija broja bolnica na 100.000 stanovnika

U Hrvatskoj 2012. godine u prosjeku na 100.000 stanovnika dolazi 1,4 bolnice. U gustoći bolnica po županijama vidljiva su značajna odstupanja. Najniža gustoća zabilježena je u Splitsko-dalmatinskoj županiji, koja ima 0,4 bolnice na 100.000 stanovnika. Zatim slijede Osječko-baranjska, Koprivničko-križevačka, Međimurska i Istarska županija koje također imaju manje od jedne bolnice na 100.000 stanovnika. S druge strane, najvišu gustoću imaju Požeško-slavonska županija s 3,8 bolnica na 100.000 stanovnika te Bjelovarsko-bilogorska i Primorsko-goranska županija. Radi se o prosječnim statističkim podacima bolnica koji daju ograničenu informaciju s obzirom na to da se radi o svim bolnicama bez obzira na vrstu bolnica.

⁹ Iznadprosječna pokrivenost je pokrivenost viša od državnog prosjeka [5,5 liječnika na 10.000 stanovnika].

Slika 6.9. **Broj bolnica na 100.000 stanovnika, županije, 2012. godina (RH=100)**



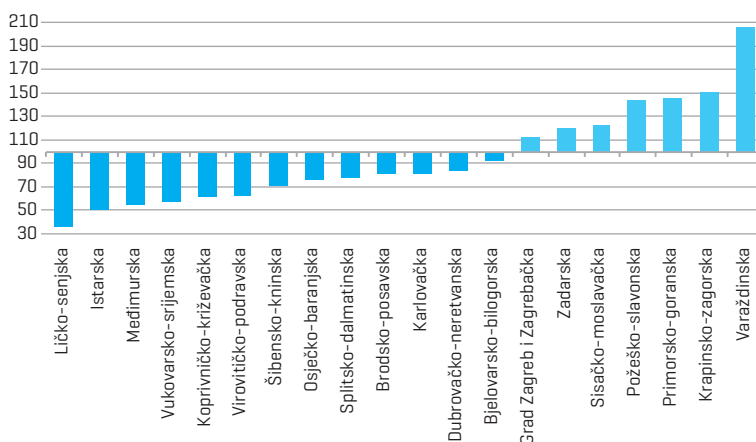
Izvori: HZZO i DZS.

Precizniju sliku dao bi broj bolnica na 100.000 stanovnika obuhvate li se samo opće bolnice i klinički bolnički centri koji, na primjer, u Rijeci, Splitu i Osijeku, također imaju funkciju općih bolnica. Međutim, bez obzira na vrstu bolnica distribucija broja bolnica u relativnom odnosu na broj stanovnika ovisi o prometnoj dostupnosti odnosno konfiguraciji zemljišta, gustoći naseljenosti, udaljenosti naselja i sličnim pokazateljima te stoga broj bolnica na broj stanovnika nije statistički relevantan pokazatelj bez ostalih analitičkih detalja.

6.3.3. Županijska distribucija pokrivenosti broja postelja na 10.000 stanovnika

Iako se Hrvatska s 56 bolničkih postelja na 10.000 stanovnika nalazi iznad prosjeka zemalja članica EU-a, primjetne su značajne međužupanijske razlike. To upućuje na zaključak da dostupnost pruženih bolničkih usluga nije jednaka u svim dijelovima zemlje. Manje od 56 postelja na 10.000 stanovnika ima čak 13 županija. Pri tome Ličko-senjska županija ima samo 20 postelja, Istarska 29 postelja, a Međimurska 31 postelju na 10.000 stanovnika. S druge strane, najpovoljniji omjer broja postelja i stanovništva bilježi Varaždinska županija s čak 116 postelja na 10.000 stanovnika, zatim Krapinsko-zagorska [85 postelja na 10.000 stanovnika], Primorsko-goranska [82 postelje na 10.000 stanovnika] te Požeško-slavonska županija s 81 posteljom na 10.000 stanovnika. Sa 62 bolnička kreveta na 10.000 stanovnika, Grad Zagreb i Zagrebačka županija nalaze se nešto iznad državnog prosjeka.

Slika 6.10. Broj bolničkih postelja na 10.000 stanovnika, županije, 2012. godina (RH=100)



Izvori: HZZO i DZS.

Regionalno neravnomjerna distribucija bolnica u maloj zemlji kao što je Hrvatska ne ugrožava dostupnost bolničke zaštite jednako kao što bi to bilo u velikoj zemlji. Međutim, nedovoljna regionalna pokrivenost stanovništva brojem liječnika ključan je faktor u strateškom planiranju zdravstva. Neravnomjerna pokrivenost bolničkim posteljama obilježena je velikim odstupanjima među županijama. Broj postelja po broju stanovnika statistički je pokazatelj koji je u analizi stalno prisutan, ali sam po sebi nije objašnjavajući pokazatelj kvalitete bolničkih usluga. Nacrt nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020.¹⁰ navodi podatak da u Hrvatskoj manje od 10 stanovnika živi više od 40 km zračne linije do najbliže bolnice. Budući da je migracija ljudi u Hrvatskoj relativno slaba i upućena najviše na velika gradska središta navedeni se podatak može promijeniti samo u dugom roku. Detaljna analiza javnog bolničkog sustava u Hrvatskoj radila se u okviru projekta kolokvijalnog naziva "Masterplan bolnica" koji je trebao pružiti podlogu za daljnje argumentirano restrukturiranje broja bolnica i bolničkih odjela u Hrvatskoj. Rezultati projekta objavljeni su u ožujku 2014. godine. Naručitelj projekta je Ministarstvo zdravlja, a projekt se financirao iz sredstava Svjetske banke. Dode li do restrukturiranja javnog bolničkog sustava bit će potrebno ponovno izračunati zračnu, cestovnu i morsku udaljenost bolničke zaštite prema mjestu stanovanja. Također, pokrivenost brojem liječnika koja je u većini županija ispod hrvatskog prosjeka, treba se rješavati adekvatnom zdravstvenom politikom. Politika relativno malog broja liječnika s visokim plaćama i

¹⁰ Ministarstvo zdravlja [2012: 8].

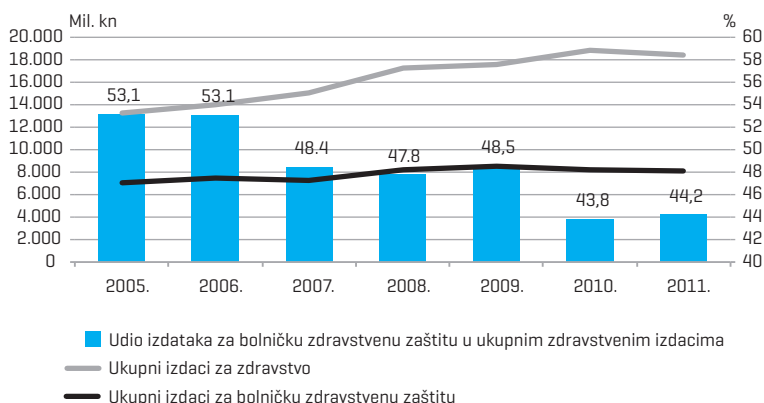
dodacima na plaću što je praćeno visokim troškovima bolnica, ne daje poticaj otvaranju novih radnih mjesta i mogućnostima specijalizacije.

6.4. Bolnice iz financijske perspektive

U ovom se dijelu analiziraju financijski pokazatelji poslovanja hrvatskih bolnica podijeljeni u tri skupine. Prvu skupinu čine klinički bolnički centri, kliničke bolnice i klinike, drugu skupinu opće bolnice, a treću skupinu specijalne bolnice. Analiza financijskog stanja ne uključuje lječilišta.

Udio izdataka za bolnice u odnosu na sve izdatke za zdravstvo karakterizira globalni trend smanjenja. Tako se, na primjer, taj udio u Nizozemskoj smanjio s 55 na 44 posto, a u Italiji s 47 posto na 44 posto u razdoblju 1980.-2004. godine [HOPE, 2009]. Za isto razdoblje još više je taj udio smanjila Nizozemska [54,6 posto na 39,6 posto], Francuska [49,4 posto na 33,8 posto] te naročito Švedska [68,5 posto na 31,3 posto], Danska [61,6 posto na 30,1 posto] te Španjolska [54,1 posto na 25,9 posto]. U Hrvatskoj je udio izdataka za bolničku zdravstvenu zaštitu u ukupnim izdacima zdravstvene zaštite¹¹ iznosio 44,2 posto 2011. godine, što je za 8,9 postotnih bodova manje nego 2005. godine kada je taj udio iznosio 53,2 posto. Opisano kretanje posljedica je bržeg povećanja izdataka za ukupnu zdravstvenu zaštitu [prosječna godišnja stopa rasta od 5,6 posto] od povećanja izdataka za bolničku zdravstvenu zaštitu, koji su u prosjeku godišnje rasli po stopi od 2,5 posto tijekom promatranog razdoblja [slika 6.11].

Slika 6.11. **Udio izdataka bolnica u ukupnim zdravstvenim izdacima, 2005.-2011.**



Izvor: HZZO.

¹¹ Ti se podaci odnose na obvezno zdravstveno osiguranje.

Iako se radi samo o osnovnom zdravstvenom osiguranju, te u izdatke za bolničku zdravstvenu zaštitu nisu uključeni izdaci koji premašuju ugovorene limite, znakovit je trend smanjenja udjela tih izdataka u ukupnim izdacima.

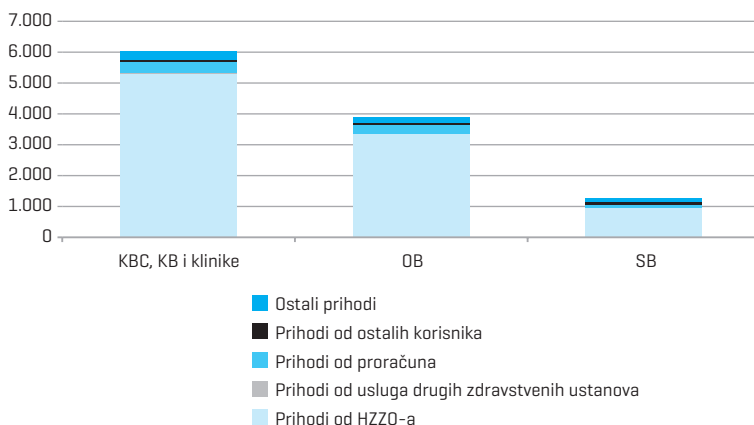
Ukupni prihodi bolnica iznosili su 11,2 milijarde kuna u 2012. godini, što u odnosu na 2011. godinu predstavlja rast od 2,1 posto [tablica 6.1]. Više od polovice ukupnih prihoda (53,9 posto) prihodi su kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica i klinika, oko trećine (34,7 posto) prihodi općih bolnica, a desetinu (11,4 posto) čine prihodi specijalnih bolnica te je takva struktura prihoda nepromijenjena u odnosu na prethodnu 2011. godinu (slika 6.12).

Tablica 6.1. **Ukupni prihodi i izdaci bolnica po skupinama, u milijunima kuna, 2012. godina**

	Ukupni prihodi		Ukupni izdaci		Ukupni višak (manjak)	
	2012.	2011.	2012.	2011.	2012.	2011.
KBC, KB i klinike	6.030,2	5.913,1	6.061,0	6.093,3	-30,8	-180,2
OB	3.889,0	3.782,4	3.938,7	3.994,9	-49,7	-212,6
SB	1.272,8	1.263,9	1.275,2	1.253,3	-2,4	10,6
Sve bolnice	11.192,0	10.959,4	11.274,8	11.341,6	-82,9	-382,2

Izvor: HZZO.

Slika 6.12. **Udjeli prihoda bolnica po skupinama u 2012. godini**



Izvor: HZZO.

U ukupnim prihodima bolnica najveći dio se odnosi na prihode od Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO), koji iznose 85,8 posto ukupnih prihoda. Prihodi bolnica od HZZO-a sastoje se od prihoda iz obveznog zdravstvenog osiguranja ostvarenih u

okviru utvrđenog maksimalnog iznosa sredstava (ugovorenog limita), dodatnih prihoda izvan ugovorenog limita, prihoda od dopunskog zdravstvenog osiguranja te s osnova ozljeda na radu i profesionalne bolesti [Državni ured za reviziju, 2013]. Od ukupno 9,6 milijardi kuna, koliko iznose prihodi svih bolnica ostvareni od HZZO-a, 81,4 posto je evidentirano u okviru prihoda iz proračuna (tablica 6.2) što se odnosi na obvezno zdravstveno osiguranje koje se preko proračuna prenosi u HZZO na daljnju distribuciju. Ta je stavka najviša kod specijalnih bolnica gdje iznosi 86,6 posto ukupno ostvarenih prihoda specijalnih bolnica od HZZO-a. Potrebno je naglasiti da, osim u okviru ugovorenih limita, bolnice dio prihoda ostvaruju i izvan limita. Ukupno su u 2012. godini bolnice ostvarile 7,2 posto svojih ukupnih prihoda na račun usluga ugovorenih izvan limita, pri čemu su ti prihodi najveći kod klinika, kliničkih bolnica i kliničkih bolničkih centara, a vrlo mali kod specijalnih bolnica. Preostalih 14,2 posto ukupnih prihoda bolnice su najvećim dijelom ostvarile od Ministarstva zdravlja za nabavu opreme i dodatnih ulaganja u građevinske objekte te iz županijskih proračuna [Državni ured za reviziju, 2013] iz decentraliziranih sredstava na temelju Odluke o minimalnim financijskim standardima za decentralizirane funkcije za zdravstvene ustanove u 2012. godini.

Tablica 6.2. **Struktura prihoda bolnica od HZZO-a, u postocima, 2012. godina**

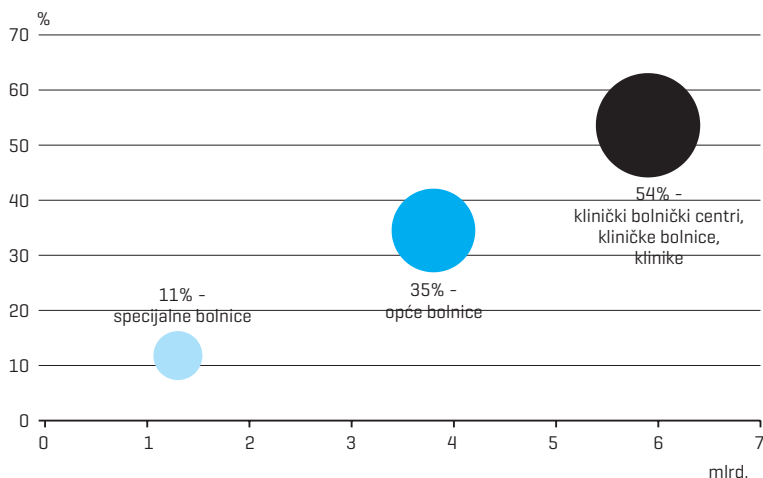
	Proračuni bolnica	Dopunsko zdravstveno osiguranje	Ugovor za primarnu zdravstvenu zaštitu	Prihodi ostvareni za usluge izvan ugovorenog limita	Prihodi ostvareni s osnova ozljeda na radu i profesionalnih bolesti	Prihodi od HZZO-a
KBC, KB i Klinike	80,5	9,2	0,1	10,1	0,1	100,0
OB	81,4	13,0	0,9	4,5	0,3	100,0
SB	86,6	12,3	0,1	0,9	0,1	100,0
Sve bolnice	81,4	10,8	0,4	7,2	0,1	100,0

Izvor: HZZO.

U 2012. godini ukupni izdaci bolnica iznosili su 11,3 milijarde kuna, od čega se najviše odnosi na kliničke bolničke centre, kliničke bolnice i klinike (slika 6.13). Više od polovice ukupnih izdataka bolnica odnosi se na rashode za zaposlene (slika 6.14). Rashodi za zaposlene imaju komparativno manji udio u ukupnim izdacima u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama (53,1 posto ukupnih izdataka), dok u općim i specijalnim bolnicama dosežu i preko 60 posto ukupnih izdataka (62,5 i 64,0 posto). Potrebno je naglasiti da su proračuni bolnica jedva dovoljni za pokrivanje rashoda za zaposlene. Prosječno u 2012. godini čak se 83,0 posto proračuna bolnica (limita) dobivenih od HZZO-a (tablica 6.3) trošilo na zaposlene. Posebno su visoki rashodi za zaposlene u odnosu na proračune u specijalnim bolnicama gdje se za rashode za zaposlene izdvaja čak 97,1 posto. Visoki udjeli troškova za zaposlenike, rast neplaćenih ili odgođenih faktura te

stagnacija prihoda jasno upućuju na bilančne neravnoteže zbog kojih se ostvaruju gubici ili postoji opasnost gubitaka.

Slika 6.13. **Struktura ukupnih izdataka bolnica, 2012. godina**



Izvor: HZZO.

Tablica 6.3. **Udio rashoda za zaposlene u limitima bolnica, u postocima, 2012. godina**

	KBC, KB, KLINIKE	OB	SB	SVE BOLNICE
Udio rashoda za zaposlene u limitima bolnica, u postocima	75,4	90,6	97,1	83,0

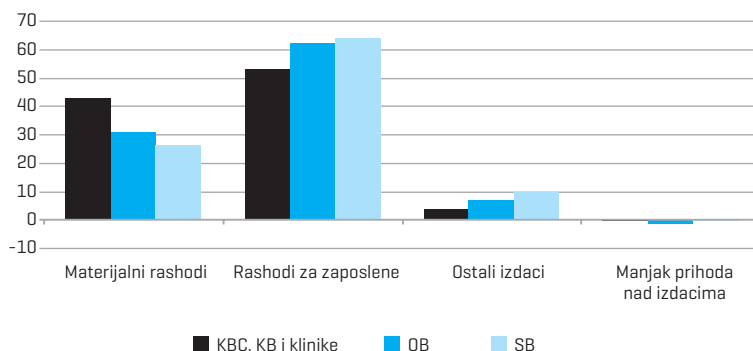
Izvor: HZZO.

Bolnice imaju visoke materijalne rashode koji su u porastu, čemu je znatno pridonijelo povećanje rashoda za lijekove i utrošenu energiju u bolnicama. Prosječni materijalni rashodi iznosili su između 26,4 posto ukupnih izdataka u specijalnim bolnicama i 42,9 posto u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama. Od toga se najveći dio¹² odnosi na utrošeni materijal i to na lijekove i potrošni medicinski materijal pri čemu su se rashodi za lijekove povećali, a rashodi za potrošni medicinski materijal smanjili u odnosu na 2011. godinu. Izdaci za lijekove su posebno visoki u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama te iznose čak 73,2 posto ukupnih izdataka za lijekove. Uz to se u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama troši oko

¹² U 2012. godini je 64,1 posto ukupnih materijalnih rashoda potrošeno na lijekove i potrošni medicinski materijal.

dvije trećine ukupno potrošenih sredstava za medicinski materijal. Iako i opće bolnice troše značajna sredstva za lijekove i potrošni medicinski materijal, ove stavke imaju znatno manji udio u ukupnim izdacima od onih u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama.¹³

Slika 6.14. **Struktura izdataka bolnica po skupinama u 2012. godini**



Izvor: HZZO.

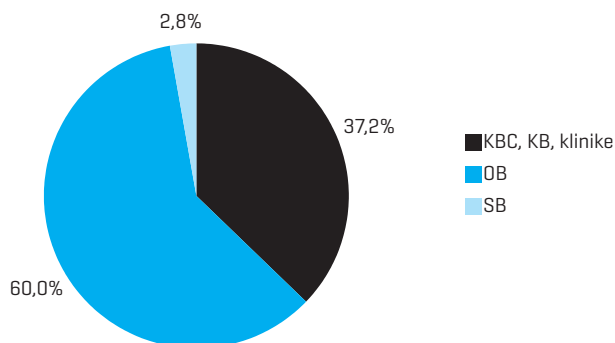
Specijalne se bolnice razlikuju od ostalih bolnica po većem udjelu rashoda za živežne namirnice u ukupnim rashodima, te nešto većem udjelu rashoda za sredstva za čišćenje, što upućuje na veći udio rashoda povezanih s nezdravstvenim djelatnostima u ukupnim rashodima u specijalnim bolnicama od prosječnog udjela u općim bolnicama, klinikama, kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima.

Ukupni se manjak bolnica u 2012. godini smanjio s 336,5 milijuna kuna u 2011. godini na 82,9 milijuna kuna u 2012. godini [tablica 6.1]. Najveći dio gubitaka ostvarile su opće bolnice, a slijede ih klinički bolnički centri, kliničke bolnice i klinike [slika 6.15]. Specijalne bolnice odgovorne su za samo 2,8 posto ukupnih gubitaka bolničkog sustava. No to je ipak puno s obzirom na to da su specijalne bolnice 2011. godine poslovale s viškom prihoda u odnosu na rashode. Razlog tome je veće smanjenje prihoda u specijalnim bolnicama u 2012. godini od ostvarenog smanjenja rashoda. Za razliku od toga, opće bolnice, klinički bolnički centri, kliničke bolnice i klinike smanjile su gubitke u odnosu na prethodnu godinu. U 2012. su klinički bolnički centri, kliničke bolnice i klinike ostvarile manje prihode od HZZO-a u odnosu na 2011. godinu, ali su unatoč tome povećale ukupne prihode zbog većih prihoda iz središnjeg i lokalnih proračuna te prihoda iz dopunskog zdravstvenog

¹³ Rashodi za lijekove iznosili su 8,7 posto, a potrošni medicinski materijal 9,4 posto ukupnih izdataka općih bolnica u 2012. godini.

osiguranja. Opće su bolnice, osim od povećanih prihoda iz središnjeg i lokalnih proračuna te prihoda iz dopunskog zdravstvenog osiguranja ostvarile i veće prihode od usluga izvan ugovorenih limita, ostale i izvanredne prihode te veće primitke od financijske imovine i zaduženja, što je omogućilo smanjivanje njihovih gubitaka.

Slika 6.15. **Struktura ukupnih gubitaka bolnica i rezultat poslovanja po skupinama bolnica, u postocima, 2012. godina**



Izvor: HZZO.

Gruba financijska analiza poslovanja bolnica jasno pokazuje lošu financijsku situaciju bolnica koju medicinskim rječnikom možemo okarakterizirati kao zapušteno financijsko stanje. Tome su pridonijeli mnogi vanjski i unutrašnji razlozi. Povijesno i institucionalno, jedan od glavnih problema leži u položaju i ulozi HZZO-a koji sredstva iz proračuna prebacuje u bolnice bez autonomnog odlučivanja i osiguravateljske politike zdravstvene zaštite koju bi HZZO trebao imati na temelju obveznog zdravstvenog osiguranja. Na slabe temelje institucionalnih ugovora nadovezuje se niz daljnjih upitnih i stihijskih rješenja u financijskom upravljanju bolnicama o čemu više donosimo u narednom poglavlju.

6.5. Poslovanje bolnica iz perspektive ravnatelja

Kada godišnje poslovanje poslovnih subjekata završi u gubicima i kada se to događa više godina zaredom jasno je da u sustavu poslovanja bolnica nešto ozbiljno ne funkcionira. Jesu li to nedostatni izvori financiranja? Ili neefikasna upotreba resursa? Jesu li ravnatelji bolnica fiskalno neodgovorni ili postoje ugrađeni upravljački deficiti? Možda se radi o svemu navedenom? Na ova pitanja odgovorilo bi se relativno lako kad bi se radilo o privatnim bolnicama. U slučaju javnih bolnica odgovor nije jednostavan niti jednoznačan

te je vrlo vjerojatno da su svi spomenuti elementi doprinijeli akumulaciji gubitaka bolnica. Naime, za gubitke javnih bolnica ravnatelji pravno ne snose fiskalnu odgovornost, iako su iskazujući gubitke fiskalno odgovorni, o čemu podnose izvješće. Ova činjenica ukazuje na dublji problem izvora gubitaka, izvan unutrašnjeg poslovanja bolnica, za čiji obujam se u javnim medijima više puta isticalo da postoje prikriveni gubici i da je iskaz ukupnih gubitaka značajno veći u odnosu na službeno iskazane za prethodnu poslovnu godinu. U financijskoj teoriji i praksi poslovnih subjekata poznato je da višegodišnji iskazani gubici vode u insolventnost, a insolventnost izaziva stečaj. Takva financijska procedura i pravno rješenje u ustanovama kao što su javne bolnice ipak nisu uobičajeni niti su društveno prihvatljivi. Zbog toga je najprihvatljivije da se gubici bolnica pokriju sanacijama iz javnih izvora što se opisuje na kraju ovog poglavlja. Sanacije su i dosad bile prakticirane puno puta, a zadnja inicijativa je započela s donošenjem Zakona o sanaciji javnih ustanova [Narodne novine br. 136/2012.] iz 2012. godine. Koliko će ova sanacija bolnica oporaviti i "izliječiti" bolnički financijski sustav vidjet će se tek u godinama koje dolaze. Meka budžetska ograničenja dugi su niz godina bila podloga financijskom spašavanju bolnica što u situaciji zaustavljenog ekonomskog rasta prestaje biti održivim.

Zbog prethodno istaknutih pitanja temeljenih na lošim poslovnim rezultatima poslovanja bolnica, iskazanim u objektivnim statističkim podacima, nametnula se potreba uvida i u drugu subjektivnu stranu, iskazanu mišljenjima ravnatelja bolnica o financijskim, organizacijskim i upravljačkim pitanjima. Intervjui s ravnateljima bolnica provedeni su na temelju vodiča za intervju, tijekom ljeta i jeseni 2012. godine. Ukupno je intervjuirano šest ravnatelja: jedan ravnatelj kliničkog bolničkog centra, tri ravnatelja općih bolnica te dva ravnatelja specijalnih bolnica. Isti razgovor je vođen i s Udrugom poslodavaca u zdravstvu. Pitanja su bila podijeljena u grupe: o troškovima, upravljanju troškovima, prihodima, menadžmentu, organizaciji i poslovnom planiranju te o stavovima prema praćenju kvalitete odnosno akreditaciji i mišljenju o suradnji s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje.

Na temelju vlastitog iskustva, ravnatelji bolnica izrazili su jedinstveni stav o zabrinutosti zbog financijskih rezultata poslovanja bolnica. Financijsko poslovanje se naočigled urušava te neravnoteža između prihoda i troškova postaje neodrživa. Okvirno ocjenjuju da se daleko najveći dio troškova, oko 60 posto, odnosi na bruto plaće s doprinosima uz ostale rashode za zaposlene. Radi se o gruboj ocjeni strukture troškova [koji se statistički zaista kreću oko 60 posto ovisno o grupama bolnica u 2012.]¹⁴, a za koju je značajna činjenica da se pretežan dio troškova odnosi na bruto plaće i ostale rashode za zaposlene, što je zadano zakonskom regulacijom i obavezama iz kolektivnog ugovora u djelatnosti zdravstva, a na što ravnatelji nemaju utjecaja. Prijelaz u sustav centralnog obračuna plaća

14 Podaci HZZO-a.

[COP] otvorio je i niz problema povezanih s različitim načinima tumačenja i obračuna pojedinih dodataka na plaću. U tijeku 2013. godine započeli su kolektivni pregovori sa sindikatima u zdravstvu o novoj zakonskoj regulaciji plaća u javnoj i državnoj službi. Tijekom 2013. godine istaknuto je i pitanje kumulativnog radnog odnosa zdravstvenog osoblja u Hrvatskoj koja se statusom članstva u Europskoj uniji treba prilagoditi njezinoj direktivi regulacije [97/81/EC]¹⁵ što znači da se kumulativni rad ograničava na 120 posto. Zbog toga se intenziviralo pitanje statusa sveučilišne bolnice koja dosad nije zakonski regulirana, a što bi omogućilo lakše reguliranje kumulativnog rada.

Specifičnost rada bolnica je u otvorenoj i neprekidnoj aktivnosti 24 sata bez obzira na to ima li jednog ili stotinu korisnika (pacijenata) pa je upravljanje troškovima složeno. Kapaciteti resursa se ne mogu optimalno programirati i vezati za troškove i izvore njihovog pokrivanja. Ukupni troškovi bolnica povezani su primarno s osnovnom zdravstvenom djelatnošću, koja uključuje i troškove za zdravstvene djelatnike, dok se preostali dio troškova odnosi na različite nezdravstvene usluge i njihove djelatnike (na primjer: prehrana, čišćenje, pranje rublja, sigurnosna zaštita, računovodstvo, IT trošak i ostalo). Radi se o okvirno 30-postotnom udjelu nezdravstvenih djelatnika u bolnicama, angažiranih u dopunskim ili dodatnim djelatnostima neophodnim za osnovne bolničke usluge u odnosu na ukupan broj zaposlenih djelatnika u 2012. godini [HZZO, 2012]. Budući da se radi o prilično značajnom broju djelatnika i troškovima za nezdravstvene usluge, temeljno je poslovno pitanje da li takve usluge obavljati u svakoj bolnici zasebno (engl. *in house services*), da li primijeniti vanjsko ugovaranje (engl. *outsourcing services*) ili ih potpuno izdvojiti izvan nadležnosti bolnica (engl. *spin-off*). Većina ravnatelja s vrlo velikim oprezom prihvaća ideju izdvajanja nezdravstvenih djelatnosti putem vanjskog ugovaranja. Samu ideju izdvajanja načelno se ne prihvaća za dio nezdravstvenih djelatnosti koje nose visok rizik za obavljanje osnovne zdravstvene djelatnosti (zona visokog rizika kao što je na primjer čišćenje operacijskih dvorana). Za razliku od poslovne ideje izdvajanja nezdravstvenih djelatnosti postoji i suprotan prijedlog pružanja usluge tržištu (engl. *in-sourcing*) na temelju postojećih vlastitih kapaciteta (na primjer: usluge sterilizacije za primarnu zdravstvenu zaštitu i staračke domove, usluge pranja za druge korisnike itd.). Upravljačka logika ravnatelje tjera na razmišljanje o iznalaženju izvora mogućih dodatnih prihoda na tržištu pomoću vlastitih slobodnih resursnih kapaciteta. Potrebno je napomenuti da vanjsko ugovaranje može, ali i ne mora dovesti do ušteda pri izdvajanju nezdravstvenih bolničkih usluga. Novitet u tom modelu svakako je trošak za menadžment pregovaranja i ugovaranja. Za odgovore na sva pitanja o tome hoće li ugovaranja raditi svaka bolnica odvojeno ili će im se pristupiti skupno i hoće li biti razlike u modelu vanjskog ugovaranja za županijske bolnice u odnosu na državne bolnice, potrebna nam je drugačija kalkulacija troškova.

¹⁵ Europska komisija [1998], <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31997L0081:EN:HTML>.

Neiskustvo u vanjskom ugovaranju i nedovoljna vještina pregovaranja i ugovaranja te nedovoljna specifikacija ugovora doprinose rizicima vanjskog ugovaranja. Ravnatelji bolnica koji nemaju iskustva s vanjskim ugovaranjem imaju konzervativniji pristup dok oni koji to iskustvo imaju zadržavaju određen oprez budući da je ono ograničeno na manji dio poslovanja. Većina ravnatelja se slaže da vanjsko ugovaranje nezdravstvenih djelatnosti treba uvesti samo za najmanje ili manje rizične nezdravstvene usluge. Nedostatak iskustva pojačava subjektivnu nelagodu oko gubitka kontrole nad kvalitetom usluga, naročito kod one vrste poslova u kojima se pojavljuje potencijalno veći zdravstveni rizik za pacijente. Međutim, za ostvarenje te želje velik problem predstavlja činjenica da je financijsko poslovanje javnih bolnica u Hrvatskoj zaostalo po sasvim osnovnim pitanjima kao što su utvrđivanje, praćenje, iskazivanje i normiranje stvarnih troškova povezanih sa zdravstvenim i nezdravstvenim bolničkim uslugama.

Usporedbom ostalih upravljačkih problema povezanih s troškovima iz intervjua s ravnateljima moglo se zaključiti da kod upravljanja troškovima specijalne bolnice imaju neusporedivo povoljniji položaj u odnosu na opće bolnice. Ta razlika proizlazi iz osnovne zakonske regulacije definirane u Zakonu o obaveznom zdravstvenom osiguranju [Narodne novine, br. 80/2013. i 137/2013.] koji pruža široku zdravstvenu zaštitu pacijentima u općim bolnicama koje ne mogu precizno planirati broj pacijenata, vrstu bolesti i dijagnostičko-terapijske postupke kao što to mogu specijalne bolnice. Specijalne bolnice nemaju hitne službe, nemaju dežurstva, imaju manje materijalnih troškova, a dio prihoda pribavljaju iz privatnih izvora. Zbog svega toga imaju manje gubitke ili su financijski pozitivne. Stoga su specijalne bolnice u boljoj poziciji prema planiranju troškova na temelju vlastitih resursnih kapaciteta i uobičajenih vrsta neakutnih zdravstvenih usluga koje pružaju. Specijalne bolnice stoga troškovima ne bi trebale probijati prihode. Ipak je u 2012. godini, za razliku od ranijih godina, iskazan gubitak koji je jedino bio na značajno nižoj razini u odnosu na opće bolnice bilo da se radi o apsolutnom iznosu ili o relativnom udjelu.¹⁶ Ravnatelji smatraju da se troškovima upravlja racionalno i uravnoteženo bez negativnog učinka na kvalitetu zdravstvene usluge uz dana institucionalna ograničenja. Oni priznaju prekoračenja u troškovima i neplaćanje na vrijeme¹⁷, ali u tome ne vide svoju odgovornost nego odgovornost čitavog javnog zdravstvenog sustava. Zanimljivo je da se plaćanje troškova odvijalo prema raznim modelima, ovisno o tome o kojoj se grupi dobavljača radilo, a prema kriteriju jesu li dobavljači zaračunavali kamatu ili im prijeti izravna opasnost kao što je na primjer isključivanje struje ili vode. U planiranju pokrivanja troškova ravnatelji su se rukovodili i interesima šire društvene zajednice u kojoj djeluju te su "odgovorno" vagali radi li se o manjem dobavljaču koji ne bi tržišno izdržao dugo

16 Podaci HZZO-a.

17 Pregled dospjelih obaveza zdravstvenih ustanova na dan 31. prosinca 2011. dostupan u prijedlogu Zakona o sanaciji javnih ustanova s konačnim prijedlogom Zakona Ministarstva financija. <http://www.vlada.hr>.

neplaćanje ili o većem dobavljaču koji može čekati na dulji period neplaćanja. Zbog svih tih razloga najduže neplaćanje do početka 2012. godine bilo je usmjereno na veledrogerije, a pretjerano povećanje perioda neplaćanja veledrogerijama potaknulo je, između ostalog, donošenje zakona o sanaciji javnih ustanova.

Temeljni razlog problema s (ne)plaćanjem troškova ravnateljima vide u kontinuiranoj neravnoteži između primljenih prihoda i obračunatih rashoda. Model plaćanja javnih bolnica koji se iskazuju kao prihod bolnica prilično je netransparentno povezan s modelom iskazivanja troškova odnosno potraživanja bolnica. Osnovni dio prihoda bolnica čine prihodi koje bolnice dobivaju iz Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, koji predstavljaju tzv. "limite" odnosno godišnje budžetsko financiranje koje je uvedeno 1997. godine [HZZO, 2002]. Prihodi bolnica dominantno ovise o njima, tako da limiti čine glavninu proračuna bolnica, a sve ostale vrste prihoda sudjeluju s manje od 10 posto ukupnih prihoda bolnica u Hrvatskoj. Limiti se temelje na povijesnom obrascu troškova ili na nekim dodatnim uvjetima koji nisu javno poznati. Ne postoje determinirani parametri limita. Limiti su uvijek manji od količine stvarnih faktura tako da bolnice otpisuju milijunske vrijednosti faktura prema iskazu ravnatelja. Limiti koji se dodjeljuju bolnicama trebali bi se temeljiti na objektivnim pokazateljima kao što su broj i vrsta operacija, broj i vrsta ambulantnih pregleda i sl., odnosno na troškovima svake aktivnosti. Izvjesno je da model limita treba doživjeti promjenu, kao što promjenu treba doživjeti i u primjena ključnih pokazatelja uspješnosti poslovanja i uvođenje veće transparentnosti za niz podataka. Bez tih promjena i značajnog podizanja transparentnosti ne može se objasniti velika razlika u prihodima između na primjer KBC-a Zagreb i KBC-a Rijeka ili razlika u prihodima općih bolnica koje su po svojoj veličini i aktivnostima vrlo slične. Čak i kad bi se pretpostavilo da je velik broj faktura nepotreban, takav sustav financiranja nije efikasno postavljen. Zbog toga se postavlja pitanje jesu li bolnice koje "proizvode" gubitke zaista neefikasne ili je sustav financiranja neefikasan kao takav ili se radi o unaprijed zadanim izvorima neefikasnosti i s jedne i s druge strane. Temelj problema leži u zakonskoj zdravstvenoj zaštiti, odnosno širokom pravu na zdravstvenu bolničku skrb po modelu *sva-prava-za-sve*. Ravnatelji smatraju da bi većem povjerenju pridonijela transparentna lista "gubitaša" i to u višegodišnjim razdobljima, jer bi se informiranost svih zainteresiranih strana podigla na višu razinu. Gubitak općih bolnica ugrađen je u široka prava na zdravstvenu zaštitu za sve s jedne strane, te u nepostojanje točnih smjernica i kliničkih protokola pomoću kojih bi se evidentirali troškovi, s druge strane. Iako se na prvi pogled čini da bolnice pružaju slične usluge i da su zbog toga lako usporedive, to zapravo nije slučaj. Ravnatelji smatraju da svaka bolnica ima specifične troškove poslovanja i specifične potrebe za investicijskim održavanjem i nabavkom opreme koju između ostalog diktira i broj i starost zgrada.

Obaveze koje bolnice dostavljaju iz fakturiranih računa trebao bi nadoknaditi HZZO, ali on ne nadoknađuje nastale troškove u potpunosti, već u nešto manjem obujmu radi ugrađene pretpostavke o namjerno pretjeranom zaračunavanju troškova. Zbog toga, ona strana koja financira računa da druga strana unaprijed fiktivno zaračunava više troškova negoli joj je potrebno, a strana na kojoj se stvaraju troškovi računa da će povećani troškovi prisiliti drugu stranu na povećanje budžeta odnosno tzv. limita. Pri tome ne postoji dvostrano pregovaranje već jednostrano ponuđeni ugovor, a u njemu je fiksno ugrađen postotak nepovjerenja u odnosima bolnica i HZZO-a. U ekonomiji se ovakav odnos objašnjava asimetričnom informacijom u kojoj jedna strana ima više podataka od druge strane vezano za transakciju u kojoj obje strane sudjeluju i o kojoj bi trebale biti što bolje informirane. Kako jedna strana ima ograničenu informaciju o stvarnim troškovima druge strane, nastupa primjer negativne selekcije uslijed koje se isplaćuju niži limiti na niže povijesne budžete i viši limiti na više povijesne budžete bez uvida u stvarne troškove. S druge strane, "stvarni" troškovi nastaju ili povećanjem troškova koji nisu bili potrebni kao vrsta pritiska na HZZO i/ili povećanjem potražnje osiguranika za besplatne bolničke zdravstvene usluge bez obzira na njihovo individualno zdravstveno ponašanje, što generira moralni hazard koji uzrokuje velike bolničke izdatke. Zbog toga su nužni transparentno iskazivanje troškova, kontrola troškova, pravilna signalizacija vezana uz licenciranje ili akreditaciju i transparentnost pokazatelja uspješnosti poslovanja. Jasna i otvorena "pravila igre" u pogledu ponašanja pacijenta i obaveznog zdravstvenog osiguranja smanjila bi moralni hazard i povećala efkasnije trošenje javnog novca iz obaveznog zdravstvenog osiguranja.

Bolnice izvještavaju o epizodama liječenja korištenjem dijagnostičko-terapijskog sustava [tzv. DTS modela]¹⁸. DTS kao sustav praćenja troškova povezan je sa sustavom financiranja, ali ne na ispravan način. Uspješna primjena DTS modela može unaprijediti učinkovitost bolničkog sektora, a važna je i za transparentnost izvještavanja i rezultate financijskog poslovanja. Međutim, dosadašnje razumijevanje DTS modela i njegova upotreba u bolničkom sustavu izgleda da nije polučila očekivane rezultate. DTS je model klasifikacije bolničkih pacijenata u grupe međusobno usporedive po kliničkim osobinama i potrošnji ekonomskih resursa, a u Hrvatskoj se primjenjuje od 2007. godine kada je uveden kao pilot projekt, da bi od 2009. godine izvještavanje po DTS modelu postalo obaveza svih akutnih bolnica u cilju praćenja ispunjavanja ugovorenih obaveza prema HZZO-u. Mehanizmi plaćanja bolničkih institucija u dobro razvijenim zdravstvenim sustavima predstavljaju temelje na kojima počiva cjelokupni sustav ako se ispravno primjenjuje. U Hrvatskoj primjena DTS modela nije usklađena s rastom vrijednosti faktura u odnosu na vrijednost DTS-a. To se prije svega odnosi na poznavanje tehnike kodiranja [šifriranja ili označavanja] epizoda liječenja od strane bolničkog osoblja i provjere rezultata kodiranja.

18 DTS je hrvatska inačica tzv. DRG klasifikacije [engl. *diagnosis-related groups*].

Zbog toga su se troškovi putem DTS modela iskazivali namjerno ili nenamjerno netočno ili volontaristički, a HZZO nije provjeravao iskazano, nego je temeljem povijesnih podataka ograničavao godišnje budžete (tzv. limite) ugrađujući u njima unaprijed iskazane manje troškove.

HZZO je 2013. godine jasno obznanio da ovakvu politiku odnosa između HZZO-a i javnih bolnica treba prekinuti i postaviti je na temelju ugovora koji podrazumijeva plaćanje temeljeno na učinku izmjerenom prema pravilno iskazanim DTS-ovima i u odnosu na kvalitetu pruženih zdravstvenih usluga, koja bi se mjerila pomoću ključnih indikatora uspješnosti poslovanja (engl. *key performance indicators* – KPI) i pokazatelja kvalitete (engl. *quality indicators* – QI).¹⁹ Osim toga, priključenje Hrvatske Europskoj uniji nameće potrebu razumijevanja modela klasifikacije i plaćanja bolničkih usluga u državama članicama, ali i definiranje strukture i pravila koja se koriste za praćenje i plaćanje bolničkih usluga na vlastitom teritoriju, u kontekstu razumijevanja i prihvaćanja direktive 2011/24/EU²⁰ o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti.

U odnosu na menadžment, organizaciju i poslovno planiranje, ravnatelji imaju različite stavove prema razdvajanju uloge medicinskog ravnatelja bolnice od ekonomskog direktora bolnice. U sadašnjim uvjetima financiranja bolnica čak misle da je takvo razdvajanje nepotrebno, jer postoji vrlo malo prostora za upravljanje troškovima zbog prevelike količine ograničenja koja su zadana izvana i unaprijed. Ipak, smatraju da bi bolnice trebalo otvoriti prema upravljanju nemedicinskih djelatnika, a ozbiljan upravljački deficit vide u izostanku mogućnosti primjene instrumenata nagrađivanja zaposlenika. Nagrađivanje liječnika unutar bolnica je ključno, jer uz državne koeficijente svi primaju istu plaću za vrlo različit obujam posla koji obavljaju. Mjerenje pri tome ne smije narušiti liječničku etiku. Bolnice su za sada prepoznate po dobrim liječnicima, a manje po uspješnom menadžmentu zbog čega bi bilo korisno iz izbora ravnatelja isključiti politiku, a ravnatelji bi se trebali ocjenjivati prema rezultatima njihova poslovanja. Zagovornici razdvajanja funkcije ekonomskog direktora i medicinskog ravnatelja argumente nalaze u primjerima nekih razvijenih zemalja, npr. Njemačkoj. Vezano za sastave upravnih vijeća ravnatelji smatraju da su njihovi sastavi važni, ali ističu da je za normalno funkcioniranje ključno da članovi upravnih vijeća nisu u sukobu interesa (na primjer: član iz konkurentne bolnice i slično) prema čemu vlasnik (država) do sada nije iskazivao osjetljivost.

Sustav praćenja kvalitete i akreditacije u poslovanju bolnica smatraju pozitivnim i važnim korakom poslovnog planiranja. Ravnatelji nemaju sumnje u važnost postojanja standarda,

19 Pezelj Duliba (2013).

20 Europska komisija (2011).

pa makar i onih nesavršenih te u korisnost postojanja sustava praćenja kvalitete. Procedure koje se uspostavljaju u sustavu praćenja kvalitete, iako administrativno zahtjevne, dobrodošle su i korisne za čitav bolnički sustav. Smatraju da bi financiranje bolnica trebalo povezati s praćenjem ishoda [engl. *outcomes*], a za uspješnost praćenja sustava kvalitete nužnim smatraju ispuniti slijedeće preduvjete: [a] pojačati informatizaciju, [b] propisati standarde, procedure, protokole te za akreditaciju ispuniti dodatni preduvjet o [c] donošenju strateškog plana ustanove.

6.6. Dugovi bolnica i njihova sanacija

Financijska stabilnost, jačanje upravljačke odgovornosti, podizanje kvalitete i efikasnosti u pružanju javnih usluga neki su od ključnih preduvjeta stvaranja zdravog zdravstvenog sustava. Ekonomisti već duže vrijeme upozoravaju na dugove u zdravstvenom sustavu, na prikrivene deficite i nedovoljnu transparentnost podataka o javnom financiranju sektora zdravstva. Zdravstvo s dugom od oko pet milijardi kuna na kraju 2012. godine²¹ procijenjeno je kao jedno od glavnih uzročnika nelikvidnosti u državi. Osim bolničkih dugova tu su i dugovi HZZO-a prema ustanovama i dobavljačima s ciljem svođenja rokova plaćanja na 60 dana. Radi se zapravo o restrukturiranju cjelokupnog zdravstvenog sustava kroz reorganizaciju i racionaliziranje te sanaciju, koje se provodi u domeni rashoda i prihoda za zdravstvene usluge i to na više razina.

Sanacija javnih ustanova neophodan je preduvjet vraćanja financijske likvidnosti, što je posebno važno u javnom bolničkom sustavu koji je godinama gomilao gubitke. Prema priznanju Ministarstva zdravlja [Poslovni dnevnik, 2012] u posljednjih 15 godina provelo se 12 sanacija u zdravstvu. Trinaesta sanacija započela je 2013. godine nakon donošenja Zakona o sanaciji javnih ustanova [Narodne novine, br. 136/2012.]. Nakon što je Zakon o sanaciji javnih ustanova stupio na snagu, županijama je ostavljen rok od mjesec dana da odluče hoće li od Vlade zatražiti sanaciju svojih bolnica ili će dugove podmiriti same. Županije od 1993. godine iz središnjeg proračuna preusmjeravaju prihode u bolnice u svojoj nadležnosti (opće i specijalne bolnice). Kada je 2005. godine nastupila decentralizacija, županije su postale osnivači (vlasnici) tih bolnica, ali se pri tome nije izvršila i fiskalna decentralizacija. U nekim slučajevima to je nemoguće, jer je cjelokupni županijski budžet manji od budžeta županijske bolnice, pa vlasnici (županije) ne mogu garantirati pokriće mogućih rizika. Tako su na primjer ukupni proračunski prihodi Karlovačke županije u 2012. godini iznosili 136,7 milijuna kuna, što je dovoljno za pokriće tek 68,4 posto ukupnih izdataka opće bolnice Karlovac, i to uz pretpostavku da se iz proračuna Karlovačke županije financira isključivo ta bolnica, tj. da nema drugih troškova

²¹ Đukanović [2013].

nužnih za funkcioniranje županije. Od 2008. godine decentralizirana sredstva koriste se za pokrivanje gubitaka u županijskim bolnicama i za amortizacijske troškove, ali ne i za investicije i razvoj.

Zakon o sanaciji javnih ustanova omogućuje sanaciju dugova iz državnog proračuna, s time da sanacijski upravitelji i sanacijsko vijeće svoje ovlasti zadrže osim u prvoj godini u naredne dvije godine. Osnivači koji ne mogu pokriti dugove bolnica i/ili u zakonski utvrđenim rokovima ispunjavati novčane obaveze, prenose svoja vlasnička prava državi za vrijeme provedbe sanacije. Bolnice u sanaciji na tri godine prepuštaju državi upravljačka prava kako bi se sanirao njihov dug, što znači da će sanacija trajati do 2016. godine. U tom trogodišnjem razdoblju, za uspješno provođenje sanacije odgovorni su sanacijski upravitelji. Vlada je imenovala sanacijske upravitelje, a prvi poslovni rezultati očekuju se u 2014. godini. Tijekom postupka sanacije i dvije godine nakon što odluka o završenoj sanaciji stupi na snagu županije se odriču upravljačkih prava. Drugim riječima, za to vrijeme županijska vlasnička prava miruju. Novac za sanaciju bolničkih dugova i rad sanacijskog vijeća osigurava Ministarstvo financija. Vlada je u travnju 2013. donijela odluku da u sanaciju ulazi devet kliničkih bolničkih centara i 25 županijskih bolnica. Niti jedna bolnica u vlasništvu Grada Zagreba nije u sanaciji prema državnom modelu. Grad Zagreb svoje bolnice sanira sam tj. sudjeluje u sufinanciranju troškova kapitalnih ulaganja i materijalnih troškova bolnica u svojem vlasništvu. Grad Zagreb raspolaže velikim iznosom za decentralizirane funkcije pa znatan dio tih sredstava može usmjeriti na zdravstvo, odnosno na bolnice. Bit će zanimljivo usporediti uspješnost sanacije bolnica u vlasništvu Grada Zagreba i sanacije bolnica u državnom vlasništvu, provedene prema modelu Ministarstva zdravlja.

Sanacijski plan smanjivanja gubitaka javnih bolnica u Hrvatskoj ima svoje ekonomsko utemeljenje ukoliko se ispune dva uvjeta. Prvi, da postoje javni izvori financiranja koji te gubitke uopće mogu pokriti i drugi, da se kroz razdoblje sanacije uklone izvori koji su prouzročili gubitke. Ovo posljednje je naročito važno, jer je prvi uvjet koji se tiče javnog financiranja stvar političke odluke. Potrebno je napomenuti da najavljene četiri do pet milijardi za sanaciju bolnica u 2013. godini, u doba ozbiljne fiskalne krize, predstavljaju pravi financijski podvig. Dakle, uklanjanje uzročnika gubitaka je prioritet, jer inače javno ulaganje postaje uzaludno i neučinkovito. Zbog toga je jasno da uspije li sanacijski plan pokrivanja gubitaka bolnica, u smislu da nakon njegove provedbe gubici javnih bolnica postanu posve slučajna iznimka, tada će sanacija imati svoj ekonomski smisao, a trošenje javnog novca imat će pokriće i dokaze da su javna sredstva efikasno upotrijebljena.

Uspješnost sanacije ne ovisi samo o priljevima dodatnih sredstava za pokriće gubitaka već i o tome koliko su reformske akcije uspjele racionalizirati troškove. U tom smislu na strani troškova poduzima se niz reformskih akcija kao što su:

- [a] objedinjavanje nabave u zdravstvu preko skupnih natječaja;
- [b] pregovaranje i izmjena kolektivnih ugovora za zaposlene u zdravstvu;
- [c] smanjivanje broja zaposlenih zbog izdvajanja nezdravstvenih djelatnosti;
- [d] smanjivanje broja zaposlenih na određeno vrijeme;
- [e] smanjivanje broja zaposlenih zbog odlaska u redovitu ili prijevremenu mirovinu;
- [f] smanjivanje broja zaposlenih s većim položajnim koeficijentima zbog spajanja bolnica ili ukidanje ili spajanje bolničkih odjela i odsjeka;
- [g] reorganizacija dežurstva, pripravnosti, prekovremenog rada i smjenskog rada;
- [h] centralni obračun plaća;
- [i] nastavak i uvođenje informatizacije koja na početku traži povećanje troškova, ali u konačnici smanjuje ukupne troškove;
- [j] ostala reorganizacijska unapređenja, spajanja i specijalizacije.

Do sada je najkonkretnije rezultate u racionalizaciji troškova imala javna nabava preko skupnih natječaja. Točne uštede nisu službeno objavljene, a procijenjene uštede iznose 225 milijuna kuna godišnje [Jutarnji list, 2013].

U provođenju planova smanjivanja troškova pomaže financiranje Svjetske banke kroz dva projekta koje provodi Ministarstvo zdravlja. Prvi je već spomenuti "Masterplan bolnica"²², službenog naziva "Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014.-2016." koji se bavi reorganizacijom i racionalizacijom bolničkog sustava. Iako su rezultati bili gotovi 2013. godine oni su u tek u ožujku 2014. godine postali javno dostupni na stranicama Ministarstva zdravlja. Nacrt prijedloga prošao je kroz postupak javne rasprave, ali je došlo do promjene ministra u Ministarstvu zdravlja te je novi ministar u srpnju 2014. godine povukao nacionalni plan na doradu. Ideja racionalizacije i reorganizacije odnosi se na uštede u bolničkom sustavu, postignute povećanjem kapaciteta dnevnih bolnica, smanjivanjem broja akutnih kreveta, smanjivanjem broja odjela i/ili bolnica i prenamjenom u bolnice B tipa za produženo liječenje, palijativu i hospicij.

Drugi projekt se odnosi na izdvajanje nezdravstvenih djelatnosti čišćenja, prehrane i pranja rublja. Cilj tog projekta je usporediti tri modela organizacije nezdravstvenih djelatnosti [zadržavanjem tih djelatnosti u zdravstvenom sustavu, njihovim izdvajanjem u tvrtku "kćer" i *outsourcingom* privatnicima] kako bi se ocijenilo koji bi model ili kombinacija

²² Ministarstva zdravlja [2014].

modela bili najučinkovitiji za bolnice. Službeni podaci o rezultatima tog projekta također bi trebali biti dostupni 2014. godine. Mediji²³ su izvijestili o političkoj odluci da se u projekt *outsourcinga* nezdavstvenih usluga za sada ne ide. Treba ipak naglasiti da je taj projekt napravio korisnu pripremu u analizi mogućnosti *outsourcinga* nezdavstvenih djelatnosti budući da je snimio stanje i pribavio početne informacije na temelju kojih se može napraviti ozbiljnija analiza tih djelatnosti. Treba razumjeti da, na primjer, prije tog projekta bolnice za djelatnost čišćenja u velikom broju slučajeva nisu imale najelementarnije podatke o snimljenom broju kvadratnih metara po zonama nižeg, srednjeg i visokog rizika. Situacija je ista i u ostalim nezdavstvenim djelatnostima.

I jedan i drugi projekt pružaju podlogu za donošenje političkih odluka u području zdravstvene reforme u Hrvatskoj, služe za analizu stanja, a njihove preporuke se usklađuju s planovima Ministarstva zdravlja te prilagođavaju donošenju političkih odluka. Političke odluke u provođenju reformi ne moraju biti istovjetne nezavisnim analitičkim prosudbama, ali će konkretni financijski, odnosno ekonomski, rezultati reforme ukazati na to je li i politička prosudba bila ispravna. Najavljena je također i reorganizacijska reforma izdvajanja HZZO-a iz državne riznice, a zadnji plan izdvajanja najavljen je za 1. siječnja 2015. Izdvajanje HZZO-a iz riznice trebalo bi utjecati na reduciranje političkog utjecaja odnosno na povećanje nezavisne uloge HZZO-a kao fonda što bi omogućilo aktivnije i učinkovitije upravljanje fondom obveznog osiguranja. Međutim, prava reforma će se dogoditi tek kad se HZZO transformira u osiguravateljsku kuću.

U domeni prihoda, sve reformske akcije u zdravstvu ciljale su na dodatna sredstva Ministarstva financija za provođenje sanacije putem novih zaduženja, povećanja broja osiguranika dopunskog osiguranja i povećanja prihoda za zdravstvenu potrošnju iz privatnih izvora, bilo iz participacije bilo iz privatnog zdravstvenog osiguranja. Inovacijske mogućnosti prihodne strane relativno su male, skoro iscrpljene i značajno ograničene u razdoblju bez ekonomskog rasta. Zbog toga se sve daljnje reformske akcije trebaju usredotočiti na troškovnu stranu: ili s ciljem smanjivanja troškova ili s ciljem racionalne i efikasne upotrebe novca na istoj razini troškova u proizvodnji zdravstvenih usluga. Zdravstveni sektor treba dati svoj doprinos smanjivanju javnog duga i deficita državnog proračuna.

23 Jutarnji list [2014].

6.7. Zaključna razmatranja

Unazad više od dva desetljeća meko budžetsko financiranje bolničkog sustava u Hrvatskoj bilo je stalno prisutno bez obzira na prijelaz iz planske u tržišnu privredu početkom devedesetih. Zadržavanje mekog budžetskog financiranja bolnica rezultat je odsustva dubljih reformskih zahvata iako je zdravstvo u cjelini, pa tako i bolnički sustav, trebalo doživjeti ozbiljne strukturne promjene. Treba ipak priznati da su manje reformske promjene bile stalno prisutne. To su, na primjer: decentralizacija, spajanje bolnica u Zagrebu, primjena DTS-a, uvođenje dopunskog osiguranja i slično. Međutim, sve te reformske promjene nisu bile dovoljno snažne da bi zaustavile financijske gubitke bolnica. Ako je bilo društvenog opravdanja za meko budžetsko financiranje bolnica tijekom devedesetih godina zbog rata i poslijeratnog oporavka, već nakon 2000. godine strukturne reforme u zdravstvu trebale su krenuti hrabrije i dublje. No, potrebne dubinske promjene su izostale, a svjetsko i domaće ekonomsko okruženje zahvatila je velika financijska kriza krajem 2008. godine. Hrvatska postaje članica Europske unije 2013. godine i krajem siječnja ulazi u proceduru prekomjernog proračunskog deficita nakon čega svako daljnje meko budžetsko financiranje zdravstva postaje bespredmetno. Najvažniji uzrok proračunskog deficita je u zaustavljenom ekonomskom rastu, a procedura prekomjernog deficita je samo prisila kojom se utječe na regulaciju javnih izdataka. Priključenje Europskoj uniji osim toga nameće potrebu razumijevanja modela klasifikacije i plaćanja bolničkih usluga u državama članicama, ali i definiranje strukture i pravila koja se koriste za praćenje i plaćanje bolničkih usluga na vlastitom teritoriju, u kontekstu razumijevanja i prihvaćanja direktive 2011/24/EU o primjeni prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti. Osim toga, nameće se i obaveza prilagodbe kumulativnog radnog odnosa zdravstvenog osoblja u Hrvatskoj koja statusom članstva u Europskoj uniji treba slijediti direktivu regulacije [97/81/EC] koja kumulativni rad ograničava na 120 posto. Na taj način članstvo Hrvatske u Europskoj uniji nameće neka institucionalna ograničenja i prisiljava Hrvatsku da se prihvati vlastitih odgođenih strukturnih reformi.

Unatoč golemom udjelu zdravstva od 22 milijarde kuna u državnom proračunu (HZZO, 2013) dugovi zdravstva tijekom 2013. godine i dalje rastu zbog čega raste ionako visok deficit državnog proračuna. Među svim zdravstvenim potrošačima bolnice su prirodno najveći korisnici zdravstvenog budžeta. Udio njihovih izdataka u ukupnim zdravstvenim izdacima 2005. godine iznosio je preko 50 postotnih bodova, a u 2011. godini smanjen je na 44 postotna boda. Međutim, u odnosu na druge zemlje taj je udio još uvijek visok. Zbog toga je 2013. godine započela sanacija gubitaka bolnica. Uspjeh sanacije bolnica i vraćanje financijske likvidnosti bolnica predstavlja samo etapu u dužem procesu restrukturiranja i konsolidacije bolničkog sustava. Budući da se radi o trinaestoj po redu sanaciji, ona sama po sebi ne može biti dovoljna, ali je nužna za stvaranje preduvjeta za zdravo bolničko

poslovanje. Ključ reforme je u otklanjanju izvora gubitaka, a njih je toliko da se čini da im nema kraja. Međutim, kao i kod svakog teškog bolesnika, liječenje i rehabilitacija planiraju se postupno i prema redu prioriteta.

Veličina gubitaka u poslovanju hrvatskih bolnica smanjena je na 83 milijuna kuna u 2012. godini u odnosu na 383 milijuna kuna u 2011. Uzroci gubitaka bolnica su različiti, ali se svi mogu grupirati u dvije skupine. Prvu skupinu čine gubici uzrokovani vanjskim, objektivnim razlozima, najčešće institucionalnog tipa, a drugu skupinu čine razlozi subjektivne prirode i posljedica su nemara, neposlovnosti, odsustva kontrole i kvalitetnog upravljanja u unutrašnjem poslovanju bolnica. Raspodjela gubitaka najvećim se dijelom pripisuje poslovanju općih bolnica, zatim kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica i klinika, dok su specijalne bolnice kao grupa poslovale pozitivno u 2011., a ostvarile mali gubitak od 2,4 milijuna kuna u 2012. godini. Razlika među njima proizlazi iz osnovne zakonske regulacije definirane u Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju [Narodne novine, br. 80/2013. i 137/2013.] koji osigurava široku zdravstvenu zaštitu pacijentima u općim bolnicama te stoga one ne mogu precizno planirati broj pacijenata, vrstu bolesti i dijagnostičko-terapijske postupke kao što to mogu specijalne bolnice. Specijalne bolnice nemaju hitne službe, nemaju dežurstva, imaju manje materijalnih troškova, a dio prihoda pribavljaju iz privatnih izvora. Generalnu sliku bolnica obilježavaju troškovi koji nadilaze prihode s time da postoji jako puno razloga koji objašnjavaju zašto bolnice posluju u financijskoj neravnoteži. U radu su ispitivani uzroci, a kako se neravnoteža mjeri odnosom prihoda i troškova nabrojat će se samo oni najvažniji sa svake strane.

Na strani prihoda postoji evidentan problem određivanja limita proračuna koji bolnice dobivaju od HZZO-a. Početkom 2014. godine najavljena je reforma uloge i položaja HZZO-a u odnosu na državnu riznicu i Ministarstvo zdravlja pa ako i kada se te najave obistine HZZO može prestati biti distributer novca iz riznice u bolnice te može početi funkcionirati kao samostalna osiguravateljska agencija. I taj će proces tražiti duže razdoblje, jer podrazumijeva i provođenje unutrašnje reforme HZZO-a, kako bi došlo do autonomnog preuzimanja odgovornosti u financiranju bolnica. Osim toga, financiranje bolnica ovisi o zakonskoj zdravstvenoj zaštiti stanovništva čija su prava sada vrlo široko zadana. Jasnije definiranje prava i uvođenje standarda u obveznu zdravstvenu zaštitu sigurno će pozitivno utjecati na ograničenje rasta javnih izdataka za bolnice. U tom smislu već su u upotrebi dobrovoljno dopunsko osiguranje i participacija korisnika iz privatnih izvora.

Na strani troškova, financijsko poslovanje javnih bolnica u Hrvatskoj zaostalo je po nekim sasvim osnovnim pitanjima kao što su utvrđivanje, praćenje, iskazivanje i normiranje stvarnih troškova povezanih sa zdravstvenim i nezdravstvenim bolničkim uslugama. Nepostojanje točnih smjernica i bolničkih protokola ili odsustvo njihove primjene ne

pomažu u jasnom iskazivanju troškova. Bolnice su izuzetno veliki i kompleksni poslovni sustavi koji pružaju specifične medicinske usluge, no i izvrsne medicinske usluge mogu biti praćene pozitivnim financijskim rezultatima, optimalnim organizacijskim rješenjima i jasnom kontrolom bolničkih troškova i procesa.

Bolnice predstavljaju važan, kompleksan i skup dio zdravstvene zaštite u svakoj zemlji pa tako i u Hrvatskoj. Prema međunarodnoj statistici Hrvatska ima relativno malen broj bolnica, ali to nije podatak koji ima veliku važnost sam po sebi. Međutim, činjenica je da relativno malen broj bolnica proizvodi značajne gubitke, što je financijski neodrživo čak i u situaciji kada zemlja bilježi pozitivan ekonomski rast, a potpuno neprihvatljivo u situaciji kada zemlja bilježi gospodarski pad već šestu godinu zaredom. Hrvatska nema zakonski reguliran tip sveučilišne bolnice što odstupa od uobičajene europske prakse. Tip sveučilišne bolnice treba se uklopiti u koncept pametne specijalizacije i strategije regionalnog razvoja, jer će tako pristup europskim strukturnim fondovima biti olakšan. Zbog cjelokupne ekonomske slike bolničkog sektora u Hrvatskoj evidentna je potreba strukturnih reformi i modernizacije koja će dovesti u vezu ekonomsku efikasnost s dostupnošću i kvalitetom bolničkih usluga.

Literatura

Bajo, A. i M. Primorac, 2013, "Tko upravlja bolnicama", Institut za javne financije, Aktualni osvrti br. 53., Zagreb: Institut za javne financije.

Bernd, R., S. Wright, N. Edwards, B. Dowdeswell i M. McKee, ured., 2009, *Investing in Hospitals of the Future*, Observatory Studies Series, br. 16, Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, European Health Property Network.

Bogut, M., L. Vončina i E. Yeh, 2012, World Bank, Europe and Central Asion Region, Human Development Sector Unit, Policy Research Working Paper, br. 5992, Washington, DC: World Bank.

De Mast, J., R. J. M. M. Does, H. de Koning i J. Lokkerbol, 2012, *Lean Six Sigma for Services and Healthcare*, Alphen aan den Rijn: Beaumont Quality Publications.

Državni ured za reviziju, 2013, *Izvešće o obavljenoj financijskoj reviziji bolničkih zdravstvenih ustanova za 2011.*, Zagreb: Državni ured za reviziju.

DZS, 2013, *Statistički ljetopis Republike Hrvatske 2013.*, Zagreb: Državni zavod za statistiku.

Đukanović, Lj., 2013, izlaganje na specijaliziranoj radionici "Sanacija zdravstvenih ustanova", održanoj 8. travnja 2013. u organizaciji TIM4PIN d.o.o.

Edwards, N., S. Wyatt i M. McKee, 2004, "Configuring the Hospital in the 21st Century", European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief, br. 5, <https://www.euro.who.int/document/E84697.pdf>.

Europska komisija, 1998, Direktiva EC 97/81, Okvirni sporazum o radu na nepuno radno vrijeme, *Official Journal L 014*, Bruxelles: Europska komisija.

Europska komisija, 2011, Direktiva EC 2011/24, Primjena prava pacijenata u prekograničnoj zdravstvenoj zaštiti, *Official Journal L 88*, Bruxelles: Europska komisija.

Glinos, I. A. i M. Wismar, ured., 2013, *Hospitals and Borders: Seven Case Studies on Cross-Border Collaboration and Health System Interactions*, European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies Series, br. 31, Kopenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

HOPE, 2009, *Hospitals in the 27 Member States of the European Union*.

Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2013, *Rad bolnica u Hrvatskoj 2012. godine*, http://hzjz.hr/wp-content/uploads/2013/11/bolnicki_2012.pdf.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 2002, *Ugovoreni sadržaji zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj za 2002. godinu*, http://www.hzzo-net.hr/dload/publikacije/ugovoreni_sadrzaji_2002_godine.pdf.

Jutarnji list, 2013, "Nijedna bolnica neće biti ugašena, ali će se sve morati mijenjati, jer njihov dug raste", članak objavljen 29. prosinca 2013., str. 8-9.

Jutarnji list, 2014, "Ostojić ipak odustao - Ništa od outsourcinga u bolnicama", <http://www.jutarnji.hr/ostojic-ipak-odustao--nista-od-outsourcinga-u-hrvatskim-bolnicama--zdravstvo-je-ipak-specifican-slucaj-/1175404/>.

Katić, B. i J. Vidović, 2012, "Nedostaci primjene proračunskog računovodstva u zdravstvenim ustanovama – primjer Opće bolnice Zadar", *Ekonomska misao i praksa*, 2012[2], str. 777-794.

McKee, M., 2004, "Reducing Beds: What are the Lessons to be Learned?", European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief, br. 6.

McKee, M. i J. Healy, ured., 2002, *Hospitals in a Changing Europe*, Buckingham, PA: Open University Press.

Ministarstvo financija, 2014, *Ostvarenje proračuna JLP(R)S za period 2010.-2012.*, <http://www.mfin.hr>.

Ministarstvo zdravlja, 2012, *Nacrt nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020.*, Zagreb: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske.

Ministarstvo zdravlja, 2014, *Nacrt Nacionalnog plana razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2014.- 2016. godine*, Zagreb: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, http://www.zdravlje.hr/zakonodavstvo/nacionalni_plan_javna_rasprava.

Moreno-Serra, R. i A. Wagstaff, 2010, "System-Wide Impacts of Hospital Payment Reforms: Evidence from Central and Eastern Europe and Central Asia", *Journal of Health Economics*, 29(4), str. 585-602.

Mreža javne zdravstvene službe, *Narodne novine*, br. 101/2012. i 31/2013.

Odluka o minimalnim financijskim standardima za decentralizirane funkcije za zdravstvene ustanove u 2012., *Narodne novine*, br. 52/2012. i 105/2012.

OECD, 2011, *A System of Health Accounts*, Pariz: OECD Publishing.

OECD, 2012, *Health at a Glance: Europe 2012*, Pariz: OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>.

OECD, 2013, *Health Data 2013, Definitions, Sources and Methods*, Pariz: OECD Publishing.

Ostojić, R., V. Bilas i S. Franc, 2012, "Challenges For Health Care Development in Croatia", *Collegium Antropologicum*, 36(3), str. 707-716.

Pezelj Duliba, D., 2013, izlaganje na specijaliziranoj radionici "Sanacija zdravstvenih ustanova", održanoj 8. travnja 2013. u organizaciji TIM4PIN d.o.o.

Poslovni dnevnik, 2012, "Zakon o sanaciji omogućit će Ostojiću preuzimanje županijskih bolnica", <http://www.poslovni.hr/domace-kompanije/zakon-o-sanaciji-omogucit-ce-ostojicu-preuzimanje-zupanijskih-bolnica-220587>.

Preker, A. S. i A. Harding, ured., 2003, *Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals*, Washington, DC: World Bank.

Rabar, D., 2010, "Ocjenjivanje efikasnosti poslovanja hrvatskih bolnica metodom analize omeđivanja podataka", *Ekonomski pregled*, 61[9-10], str. 511-533.

Saltman, R. B., A. Duran i H. F. W. Dubois, ured., 2011, *Governing Public Hospitals: Reform Strategies and Movement towards Institutional Autonomy*, Observatory Studies Series, br. 25, Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies.

World Health Organization, 2013, *World Health Statistics Report*, http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/81965/1/9789241564588_eng.pdf?ua=1.

Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, *Narodne novine*, br. 80/2013. i 137/2013.

Zakon o sanaciji javnih ustanova, *Narodne novine*, br. 136/2012.

7. Ocjena tehničke efikasnosti bolnica

Sunčana Slijepčević

7.1. Uvod

Zdravstvena zaštita stanovništva u Republici Hrvatskoj provodi se na načelima sveobuhvatnosti u provedbi odgovarajućih mjera zdravstvene zaštite, kontinuiranosti u pružanju neprekidne zdravstvene zaštite stanovništvu kroz sve životne dobi, dostupnosti zdravstvene zaštite kroz osiguravanje podjednakih uvjeta zdravstvene zaštite stanovništvu na svim područjima Republike Hrvatske teritorijalnim rasporedom i dostupnošću zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika na području Republike Hrvatske, te cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti.¹ Zdravstvenu djelatnost obavljaju zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici. Cilj ovog rada je ocijeniti tehničku efikasnost bolnica. Važnost ocjene efikasnosti bolnica je izrazito naglašena zbog toga što je zdravstveni sustav, kao i u mnogim drugim državama, pod sve većim pritiskom da osigura bolje rezultate i ishode s manje uložених resursa.

Važnosti analize efikasnosti bolnica doprinose rastući rashodi bolnica. U 2011. godini su ukupni rashodi bolnica iznosili 11,37 milijardi kuna što je za 1,1 posto više nego godinu dana ranije. Ukupni rashodi svih bolnica iznosili su 3,4 posto bruto domaćeg proizvoda. Prema podacima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje oko 45 posto rashoda za zdravstvenu zaštitu otpada na financiranje bolničkog liječenja. Pri tome proces starenja stanovništva ima velik utjecaj na rashode za zdravstvo. Rashodi za zdravstvenu skrb populacije starije od 60 ili 65 godina u razvijenim državama prelaze trećinu ukupne zdravstvene potrošnje, a Hrvatska tu nije izuzetak. Stoga demografske promjene, starenje stanovništva, razvoj novih tehnologija i procesa u zdravstvu, te visoka i rastuća ukupna javna potrošnja utječu na povećanje važnosti provedbe ekonomskih analiza bolničkog sustava.

S obzirom na takva kretanja, racionalizacija poslovanja bolnica s ciljem povećanja učinkovitosti te efikasno korištenje resursa uz poboljšanje razine kvalitete usluge i smanjivanje rashoda za bolnice te njihovih gubitaka postaju sve važnija tema. U radu će

¹ Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti [Narodne novine, br. 150/2008., 71/2010., 139/2010., 22/2011., 84/2011., 154/2011., 12/2012., 35/2012., 70/2012., 144/2012.].

se kvantificirati razina efikasnosti bolnica u 2010. godini kako bi se ustanovilo može li se dio pritisaka koji se odnosi na bolnički sustav smanjiti efikasnijim korištenjem resursa, odnosno racionalnijim korištenjem *inputa*.

Zdravstvena djelatnost se obavlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. U ovom se radu analizira efikasnost bolnica, odnosno zdravstvenih ustanova na sekundarnoj i tercijarnoj razini. Zdravstvene ustanove na sekundarnoj razini uključuju poliklinike, bolnice i lječilišta dok se zdravstvena djelatnost na tercijarnoj razini obavlja u klinikama, kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima [Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012]. Pri tome je potrebno naglasiti da povećavanje zdravlja stanovništva predstavlja krajnji ishod učinkovite zdravstvene zaštite. No postizanje većeg zdravlja stanovništva uz minimalno korištene resurse podrazumijeva i da postoje efikasne bolnice u kojima se s manje resursa postižu veći rezultati u smislu većeg obrtaja pacijenata i osiguravanja pružanja kvalitetne usluge uz minimalan utrošak resursa. Stoga se u ovom radu naglasak stavlja upravo na analizu tehničke efikasnosti bolnica. Analiza tehničke efikasnosti napravljena je primjenom analize omeđivanja podataka. Takva analiza predstavlja prvi korak u sagledavanju poslovanja bolnica, te omogućava da se u drugom koraku pažnja usmjeri na neefikasne bolnice kako bi se utvrdili razlozi neefikasnog korištenja resursa i mogućnosti racionalizacije poslovanja uz podizanje kvalitete zdravstvene zaštite stanovništva i ostvarivanja temeljnih načela zdravstvene zaštite propisanih zakonom. Osim toga, takva analiza predstavlja i važan korak prema sagledavanju rezultata provedbe pojedinih aktivnosti, programa i projekata zdravstvene zaštite i ukupne zdravstvene politike u Hrvatskoj.

Rad se sastoji od pet poglavlja. Nakon prvog uvodnog poglavlja, drugo poglavlje sadrži definicije temeljnih pojmova korištenih u radu. U trećem se poglavlju opisuje korištena metodologija te daje vrlo kratki pregled provedenih istraživanja u tom području. Četvrto poglavlje sadrži sažet prikaz osnovnih karakteristika bolnica te *inputa* koje bolnice koriste za pružanje usluga i *outputa* koje postižu. U tom se poglavlju ocjenjuje i tehnička efikasnost bolnica. Rad završava zaključnim razmatranjima.

7.2. Pojmovna razgraničenja

Ocjena ukupne uspješnosti zdravstvene zaštite može obuhvaćati nekoliko različitih pristupa, pri čemu može i trebala bi obuhvaćati analiziranje i mjerenje postizanja ciljeva učinkovitosti (engl. *effectiveness*), efikasnosti (engl. *efficiency*) i pravičnosti (engl. *equity*) u pružanju zdravstvene zaštite [Aday et al., 2004]. U hrvatskoj se literaturi ponekad

termini efikasnost i učinkovitost koriste kao sinonimi. Stoga se u ovom dijelu rada navode osnovna terminološka razlikovanja korištenih osnovnih pojmova.

Učinkovitost zdravstvene zaštite odražava sve koristi zdravstvene zaštite, a koje se ogledaju u poboljšanju zdravstvenog stanja stanovništva ili pacijenata kojima je pružena zdravstvena usluga [Aday et al., 2004]. Učinkovitost se može mjeriti odnosom između postignutih krajnjih ishoda [engl. *outcomes*] i uloženi resursa [*inputa*] [Slijepčević, 2009]. Učinkovitost se analizira na temelju pokazatelja ishoda koji bi trebali odražavati ukupno poboljšanje zdravstvenog stanja svih pojedinaca kojima je pružena zdravstvena zaštita, a koje se može mjeriti boljim zdravljem, smanjenjem stope smrtnosti, dužim očekivanim trajanjem života i drugim pokazateljima ishoda. Pri tome bi krajnji ishodi trebali, u idealnom slučaju, odražavati promjenu u trenutačnom ili budućem zdravstvenom stanju stanovništva koja se može pripisati prethodno dobivenoj zdravstvenoj zaštiti [Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, 2013]. Osim zdravstvene zaštite, na zdravlje stanovništva utječu i pojedine sastavnice okoliša, pa tako ocjena učinkovitosti može obuhvaćati i procjenu njihovog utjecaja na ukupno zdravstveno stanje stanovništva [Aday et al., 2004].

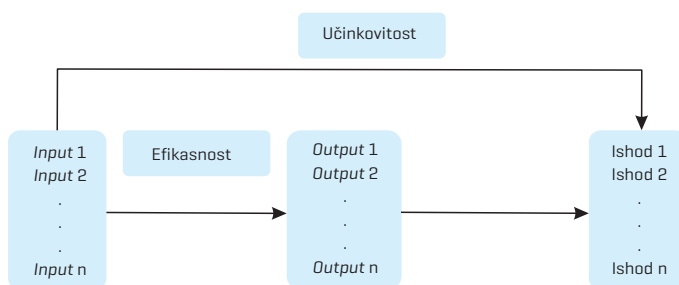
Efikasnost odražava sposobnost postizanja ciljeva u odnosu na resurse uložene za ostvarivanje ciljeva i ishoda. Uobičajeno se mjeri odnosom rezultata [*outputa*] i uloženi resursa [*inputa*]. Pokazatelji rezultata uglavnom se odnose na proizvedena dobra i usluge stvorene putem različitih aktivnosti. Za razliku od pokazatelja rezultata, pokazatelji ishoda bi trebali pružati informaciju o učinkovitosti, dugoročnim rezultatima te društvenim i ekonomskim promjenama koje se postižu ostvarenjem posebnih ciljeva.

Smatra se da je efikasnost postignuta kad nije moguće povećati rezultate uz korištenje uloženi resursa, odnosno resursi se koriste efikasno kada nije moguće ostvariti veće koristi, kvalitetu i/ili bolje rezultate njihovom upotrebom [slika 7.1].

Postoji nekoliko vrsta efikasnosti. Pod pojmom ekonomske ili ukupne efikasnosti podrazumijeva se stupanj do kojeg se postiže i alokativna i tehnička efikasnost. Alokativna efikasnost se postiže kada bolnica koristi optimalnu kombinaciju *inputa*, u smislu troškova i tehnologije, za postizanje željenih *outputa*. Alokativna neefikasnost nastaje ako bolnica koristi pogrešnu kombinaciju *inputa* u smislu troškova. Brümmerhoff [1997] navodi da se alokativnom učinkovitošću, u skladu s teorijom blagostanja, smatra Paretova optimalnost. Ona se postiže kad nitko ne može poboljšati svoj položaj, a da se ne pogorša položaj nekom drugom. Kako je ovo pravilo prilično rigorozno, te u praksi vrlo teško ostvarivo, ono se često zamjenjuje s pravilom kompenzacije Kaldora i Hicksa.²

² Podrobnije o tome vidjeti u Slijepčević [2009].

Slika 7.1. Pojednostavljeni model mjerenja efikasnosti i učinkovitosti



Izvor: Autorica.

Tehnička efikasnost pokazuje koliko optimalno bolnica koristi kombinaciju različitih *inputa* [kapitla, rada, opreme i drugo] da bi ostvarila željene rezultate. Pri tome se u analizi koriste pokazatelji rezultata kao što su broj pacijenata, razdoblje čekanja na pregled i drugi.

Poboljšanje efikasnosti može se postići mjerama na strani *inputa* i na strani *outputa*. Na strani *inputa*, povećanje efikasnosti može se postići smanjenjem *inputa* (broja zaposlenih, imovine i sl.) bez promjene *outputa* ili smanjenjem cijena [troškova] procesa, odnosno troškova radne snage uz zadržavanje iste razine *outputa*. Na strani *outputa*, poboljšanje efikasnosti može se postići povećanjem *outputa* uz zadržavanje iste razine *inputa* ili na način da se *outputi* povećaju više nego što se povećaju *inputi*. Mjerenjem efikasnosti nastoji se utvrditi koliko uspješno bolnica koristi raspoložive resurse za ostvarivanje željenih ciljeva i rezultata.

Analiza pravičnosti u pružanju zdravstvene zaštite bavi se pitanjima nejednakosti u zdravstvu i procjenom razine do koje postoje nejednakosti u pristupu zdravstvenoj zaštiti između određenih grupa stanovništva [Aday et al., 2004].

Analiza učinkovitosti, efikasnosti i pravičnosti zajedno pružaju cjelovit uvid u sustav zdravstvene zaštite i postizanje ukupnih ciljeva i rezultata zdravstvene politike u smislu ostvarenja željene kvalitete, pristupa zdravstvenoj zaštiti i troškova. U ovom se radu analizira samo jedan dio te cjelokupne slike, a koji se odnosi na efikasnost poslovanja bolnica.

7.3. Metodologija

Tehnička efikasnost bolnica može se mjeriti analizom omeđivanja podataka. Analiza omeđivanja podataka je neparametarska metoda koja se zasniva na linearnom programiranju. Temelje za razvoj ove metode postavio je Farrell [1957] uspostavljanjem mjera za tehničku, alokativnu i ukupnu efikasnost. Na temelju njegovih postavki su Charnes, Cooper i Rhodes [1978] uspostavili analizu omeđivanja podataka, metodologiju koja omogućuje procjenjivanje relativne efikasnosti različitih jedinica³ [u ovom slučaju bolnica] u korištenju više različitih *inputa* i *outputa*. To je metodologija koja omogućuje da se izračuna optimalna kombinacija *inputa* i *outputa*, te na taj način uspoređi efikasnost različitih bolnica.

Analizom omeđivanja podataka se ocjenjuje efikasnost u dva koraka. U prvom se koraku određuje granica efikasnosti na način da se ili odrede one jedinice za donošenje odluka koje koriste najmanju kombinaciju *inputa* da proizvedu *outpute* ili one jedinice koje ostvaruju najbolju kombinaciju različitih *outputa* korištenjem dane količine *inputa*. Odabir ovisi radi li se o mjerenju efikasnosti orijentiranom na *inpute* ili mjerenju efikasnosti orijentiranom na *outpute*. U drugom se koraku za svaku promatrane jedinice za donošenje odluka izračunava stupanj efikasnosti na način da se uspoređuje omjer *outputa* i *inputa* u toj jedinici s onim efikasnim jedinicama koje svaka u svom dijelu tvore površinu multidimenzionalnog prostora. Uz pretpostavku da postoji M *inputa* i S *outputa*, granica postaje površina u $M+S$ dimenzionalnom prostoru. Tada se efikasnost promatrane jedinice za donošenje odluka može izračunati kao udaljenost od površine, odnosno tada efikasnost promatrane jedinice odražava maksimalnu vrijednost za koju bi ta jedinica mogla povećati *output* uz konstantne *inpute* ili pak smanjiti *inpute* uz postizanje konstantnog *outputa* [Jacobs, Smith i Street, 2006].

Efikasnost pomoću analize omeđivanja podataka se dalje definira kao omjer ponderirane sume *outputa* i ponderirane sume *inputa*. Tehnička efikasnost svake jedinice za donošenje odluka se tada može izračunati rješavanjem sljedećeg matematičkog problema:

$$\max \left(\frac{\sum_{s=1}^S u_s \times y_{s0}}{\sum_{m=1}^M v_m \times x_{m0}} \right) \text{ za koji vrijedi:}$$

³ U literaturi koja se bavi analizom omeđivanja podataka uobičajeno se koristi termin jedinice za donošenje odluka [engl. *decision-making unit*] za svako tijelo, instituciju, sektor ili drugu jedinicu promatranja, a koja može kontrolirati i tako utjecati na proces pretvorbe *inputa* u *outpute*.

$$\left(\frac{\sum_{s=1}^S u_s \times y_{si}}{\sum_{m=1}^M v_m \times x_{mi}} \right) \leq 1 \quad i=1, \dots, I, \text{ pri čemu je}$$

y_{s0} količina *outputa* s za bolnicu 0 ,

u_s ponder dodijeljen *outputu* s za koji vrijedi $u_s > 0$, $s=1, \dots, S$,

x_{m0} količina *inputa* m za bolnicu 0 ,

v_m ponder dodijeljen *inputu* m za koji vrijedi $v_m > 0$, $m=1, \dots, M$.

Tako postavljen matematički problem traži za svaku bolnicu niz pondera *outputa* u_s i pondera *inputa* v_m koji maksimiziraju njezinu efikasnost. Ponderi su ključni faktor u mjerenju efikasnosti analizom omeđivanja podataka. Oni su odabrani na takav način da nijedna druga kombinacija pondera ne može rezultirati većom efikasnosti za promatranu jedinicu za donošenje odluka.

U radu se polazi od mjerenja efikasnosti orijentiranog smanjenju uloženi resursa. Smisao efikasnosti *inputa* je u tome da se procijeni koliko je moguće smanjiti količinu korištenih resursa bez promjene ostvarenih *outputa*. Taj model je odabran u analizi tehničke efikasnosti bolnica zbog toga što donositelji odluka u bolnicama imaju veću kontrolu nad uloženi resursima i lakše mogu mijenjati način poslovanja bolnica, dok, s druge strane, postignuti rezultati u bolnicama ovise o većem broju čimbenika, a koji su u većoj mjeri izvan kontrole donositelja odluka.

Dobivena granica efikasnosti odražava sve jedinice promatranja s najboljom praksom i stoga se radi samo o aproksimaciji stvarne granice efikasnosti, odnosno one granice efikasnosti koja bi se dobila uključivanjem u model i nekih drugih neanaliziranih čimbenika. Prema tome, ako se bolnica nalazi na procijenjenoj granici efikasnosti to ne znači da se radi o najvećoj mogućoj efikasnosti, već samo o bolnici s najvećom efikasnosti u odnosu na druge promatrane bolnice. Dakle, radi se o relativnoj efikasnosti. Neefikasne bolnice su omeđene granicom efikasnosti u modelu analize omeđivanja podataka, te se stupanj neefikasnosti procjenjuje u odnosu na parice, odnosno bolnice koje su najbližije po kombinaciji *inputa* i *outputa* analiziranoj bolnici.

Istraživanja analize učinkovitosti i efikasnosti zdravstvenog sustava, s primarnim naglaskom na analizu bolnica, postaju sve češća, ali i sve značajnija za procjenu ukupne uspješnosti zdravstvene politike u nekoj državi. Istraživanja ove vrste različitog su obuhvata, od onih u kojima se vrši mjerenje efikasnosti cijelog sustava zdravstvene zaštite i to uglavnom usporedbom sustava više država (na primjer, Gupta, Honjo i Verhoeven,

1997; Gupta i Verhoeven, 2001; Afonso i St. Aubyn, 2005], preko mjerenja efikasnosti bolnica [Grosskopf i Valdmanis, 1993], do mjerenja efikasnosti pojedinih odjela bolnice ili nekih usluga [Parkin i Hollingsworth, 1997] ili pojedinih liječnika i/ili drugih zaposlenika [Chilingerian, 1995]. Također se u ekonomskoj literaturi koristi niz različitih metoda kojima se može mjeriti efikasnost bolnica.⁴

Iako se sve češće u ekonomskoj teoriji, ali i u praksi, govori o nužnosti racionalizacije troškova i racionalnom korištenju resursa u bolnicama, konkretnih analiza ove vrste koje se bave zdravstvenom zaštitom u Hrvatskoj, a pogotovo bolnicama, jako je malo. Jafarov i Gunnarsson [2008] mjere učinkovitost socijalne potrošnje u Hrvatskoj i deset novih članica Europske unije na način da mjere efikasnost zdravstvene skrbi, obrazovanja i sustava socijalne zaštite analizom omeđivanja podataka. Pri tome promatraju rashode za zdravstvo u analiziranim državama u odnosu na sljedeće pokazatelje rezultata i ishoda: indeks gustoće liječnika, ljekarnika i zdravstvenih djelatnika, broj bolničkih kreveta, broj cijepjenja, stopa smrtnosti dojenčadi, djece i roditelja, stopa smrtnosti od svih uzroka, incidencija tuberkuloze, te prosječno očekivano trajanje života u dobrom zdravlju. Rezultati istraživanja Jafarova i Gunnarssona [2008] ukazuju na neefikasnost Hrvatske u javnoj zdravstvenoj potrošnji.

Slijepčević [2009] procjenjuje efikasnost javne potrošnje u Hrvatskoj i 27 država Europske unije analizirajući efikasnost općih ciljeva javnog sektora te šest područja javnog sektora, a to su javna uprava, javni red i sigurnost, obrazovanje, zdravstvo, obrana i socijalna zaštita. Rezultati mjerenja ukazuju na ispodprosječnu efikasnost zdravstvenog sustava Hrvatske u odnosu na analizirane države.

Jedino istraživanje koje se bavi efikasnošću bolnica u Hrvatskoj napravila je Rabar [2010]. Istraživanje obuhvaća mjerenje efikasnosti 63 bolnice u 2008. godini korištenjem broja kreveta i liječnika kao pokazatelja *inputa*, te broja slučajeva bolničkog liječenja i broja dana bolničkog liječenja kao pokazatelja *outputa*. Rezultati mjerenja efikasnosti ukazuju da su bolnice u prosjeku mogle povećati svoju efikasnost za između 12,8⁵ i 18,4⁶ posto u 2008. godini zavisno o pretpostavkama modela.

U ovom se radu mjeri tehnička efikasnost 51 bolnice u 2010. godini. U analizi se koristi sljedećih pet pokazatelja *inputa* i *outputa*:

4 Uobičajena je podjela na parametarske i neparametarske metode za mjerenje efikasnosti. Više vidjeti u Slijepčević [2009].

5 Uz pretpostavku konstantnog prinosa.

6 Uz pretpostavku varijabilnog prinosa i primjene modela usmjerenog na smanjivanje *inputa*.

- *inputi*: broj zdravstvenih djelatnika, broj administrativno-tehničkih djelatnika u bolnicama, broj bolničkih kreveta
- *outputi*: broj pacijenata, broj dana bolničkog liječenja.

Korištenjem ovih podataka, a koji će biti detaljnije prikazani i opisani u sljedećem poglavlju, napravljeno je mjerenje efikasnosti korištenja *inputa*. Konkretnije, procijenjeno je u kojoj mjeri bolnice koriste resurse efikasno te postoji li mogućnost za smanjivanje uložених resursa potrebnih za ostvarivanje optimalne razine broja pacijenata primljenih u bolnicu i dana bolničkog liječenja potrebnog za njihovo izlječenje.

7.4. Rezultati mjerenja tehničke efikasnosti bolnica

7.4.1. Analiza pokazatelja rada zdravstvenih ustanova

Najveći dio ukupnih rashoda za zdravstvo odnosi se na financiranje bolničke zdravstvene zaštite. U 2010. godini ukupni su rashodi za bolničku zdravstvenu zaštitu iznosili 8,24 milijarde kuna odnosno 43,8 posto ukupnih rashoda za zdravstvo.⁷ Pri tome se najveći dio tih troškova odnosi na liječenje osoba starijih od 60 godina. Čak 44 posto ukupnog broja hospitalizacija odnosi se na hospitalizacije osoba starijih od 60 godina, a posljednjih godina je primjetan ubrzani trend udjela slučajeva bolničkog liječenja osoba starijih od 60 godina u ukupnom broju slučajeva bolničkog liječenja [Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012]. S obzirom na zabilježene procese porasta udjela starijeg stanovništva u ukupnom broju stanovništva u Hrvatskoj i na činjenicu da se već u 2010. godini 39,5 posto ukupnih troškova bolničkog liječenja odnosilo na financiranje bolničkog liječenja osoba starijih od 60 godina, može se očekivati da će idućih godina rasti ovaj dio ukupnih troškova bolničkog liječenja, te je stoga još i važnije poraditi na povećanju efikasnosti funkcioniranja bolnica i punoj iskorištenosti svih resursa.

U tablici 7.1 dan je pregled osnovnih pokazatelja rada zdravstvenih ustanova u 2010. godini. Njihov je obuhvat širi od onog korištenog u analizi efikasnosti pa obuhvaća i podatke o poslovanju stacionara, izvanbolničkih rodilišta te lječilišta. Budući da nisu dostupni tako detaljni podaci na razini svih bolnica, prikazani podaci u tablici služe kako bi se dobio detaljniji uvid u razlike u poslovanju pojedinih grupa bolnica te njihove međusobne odnose.

⁷ Nakon dugoročnog trenda porasta rashoda za bolničko liječenje zabilježenog u Hrvatskoj od 2002. godine, u 2011. godini ukupni su se rashodi za bolničku zdravstvenu zaštitu smanjili za 1,0 posto u odnosu na 2010. godinu [Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012].

Tablica 7.1. **Rad stacionarnih zdravstvenih ustanova u 2010. godini**

	Opće bolnice, stacionari i izvanbolnička rodilišta	Klinički bolnički centri, kliničke bolnice i klinike	Specijalne bolnice i lječilišta	Ukupno
Broj kreveta	7.049	9.789	8.179	25.017
Broj kreveta na 1.000 stanovnika	1,60	2,22	1,85	5,66
Broj doktora medicine	2.035	3.050	497	5.582
Broj kreveta/1 doktor medicine	3,46	3,21	16,46	4,48
Broj ispisanih bolesnika	285.630	367.118	82.944	745.692
Broj dana bolničkog liječenja	1.935.595	2.744.313	2.373.384	7.053.292
Prosječna dužina liječenja	6,78	7,48	25,54	9,46
Godišnja zauzetost kreveta	275	280	290	282
Godišnja iskorištenost kreveta, u postocima	75,23	76,81	79,50	77,24
Broj pacijenata po krevetu	40,52	37,50	11,36	29,81
Interval obrtaja*	2,23	2,26	6,58	2,79

Napomena: * Interval obrtaja mjeri se prosječnim brojem dana nekorištenja kreveta između dva pacijenta.

Izvor: HZZO [2012].

Iz podataka je vidljivo da opće bolnice, stacionari i izvanbolnička rodilišta imaju najveći broj pacijenata po bolničkom krevetu. Također, interval obrtaja pacijenata je bolji nego u ostalim zdravstvenim ustanovama. Za kliničke bolničke centre, kliničke bolnice i klinike je karakterističan velik broj kreveta, doktora medicine, pacijenata i kratko razdoblje nekorištenja kreveta između dva pacijenta. Razlike u grupi specijalnih bolnica i lječilišta u odnosu na ostale vrste zdravstvenih ustanova proizlaze iz specifičnosti poslovanja lječilišta za koja je karakterističan relativno velik broj kreveta, mali broj doktora medicine te duže prosječno trajanje liječenja. Osim toga, njihovo se poslovanje djelomično temelji na komercijalnim osnovama te su stoga lječilišta izostavljena iz daljnje analize efikasnosti.

Analiza tehničke efikasnosti bolnica napravljena u radu obuhvaća 51 bolnicu, od čega 19 specijalnih bolnica, 4 klinička bolnička centra, 4 kliničke bolnice, 2 klinike i 22 opće bolnice. U tablici 7.2 prikazani su pokazatelji rada bolnica obuhvaćenih analizom. U 2010. godini je 89,1 posto ukupnog broja zdravstvenih djelatnika bilo zaposleno u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama, klinikama ili općim bolnicama. Osim toga, u tim je zdravstvenim institucijama bilo zaposleno i 80,9 posto ukupnog broja administrativno-tehničkih djelatnika zaposlenih u bolnicama. Slika 7.2 prikazuje odnos između zdravstvenih i administrativno-tehničkih djelatnika u bolnicama. Najveći broj specijalnih bolnica i kliničkih bolničkih centara zapošljava iznadprosječno velik broj administrativno-tehničkih djelatnika u odnosu na prosječni broj zdravstvenih djelatnika

zaposlenih u bolnicama. Pri tome je potrebno naglasiti da je 32,7 posto ukupnog broja zdravstvenih djelatnika zaposleno u kliničkim bolničkim centrima. Također, u kliničkim bolničkim centrima je zaposleno i 29,2 posto ukupnog broja administrativno-tehničkih djelatnika. Najveći broj bolnica zapošljava do 2.000 djelatnika, pri čemu je u bolnicama u prosjeku na 2,5 zdravstvena djelatnika zaposlen jedan administrativno-tehnički djelatnik.

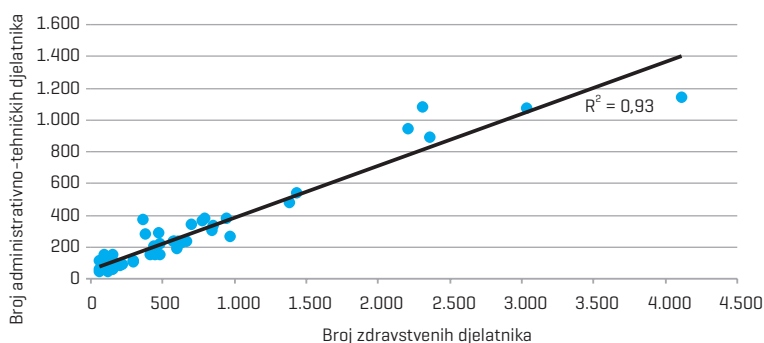
Tablica 7.2. **Pokazatelji rada bolnica, 2010. godina**

	Specijalne bolnice	Klinički bolnički centri, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice	Ukupno bolnice
Broj bolnica	19	32	51
Zdravstveni djelatnici	3.668	29.938	33.606
Administrativno-tehnički djelatnici	2.653	11.245	13.898
Broj bolničkih pacijenata	83.073	608.649	691.722
Dani bolničkog liječenja	1,794.929	4,811.574	6,606.503
Broj kreveta	5.879	15.813	21.692

Izvor za originalne podatke: HZZO.

U ukupnom broju zdravstvenih djelatnika medicinske sestre čine gotovo polovicu.⁸ Broj se medicinskih sestara na 100.000 stanovnika povećava, te je u 2010. godini bilo zaposleno 569 medicinskih sestara na 100.000 stanovnika, što je manje od prosjeka Europske unije⁹. Najveći broj medicinskih sestara i tehničara radi u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama i klinikama te u općim bolnicama. Na jednog stalno zaposlenog liječnika u 2011. godini bile su u prosjeku zaposlene dvije medicinske sestre.

Slika 7.2. **Odnos zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika u bolnicama**



Izvor za originalne podatke: HZZO.

⁸ Podaci se odnose na ukupni zdravstveni sustav.

⁹ Prosjek za Europsku uniju iznosi 792 medicinske sestre na 100.000 stanovnika [HZZO, 2012].

Osim po razlikama u strukturi zaposlenika, klinički bolnički centri, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice razlikuju se od specijalnih bolnica i po prosječnom trajanju bolničkog liječenja mjenog prosječnim danima bolničkog liječenja po pacijentu. Prosjek trajanja liječenja po pacijentu je u bolnicama u 2010. godini iznosio 9,6 dana. Pri tome je on znatno viši u specijalnim bolnicama nego u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama, klinikama i općim bolnicama. U specijalnim bolnicama prosječno trajanje bolničkog liječenja po pacijentu iznosilo je 21,6 dana, dok je prosjek u ostalim promatranim zdravstvenim institucijama iznosio 7,9 dana u 2010. godini.

Iako ne postoje detaljni podaci za analizirane bolnice, bitno je detaljnije opisati neka kretanja u bolnicama. Od 2009. godine bolničkim zdravstvenim ustanovama se usluge liječenja akutnih bolesnika plaćaju prema dijagnostičko-terapijskim skupinama, odnosno za kronične bolesti prema danima bolničkog liječenja. Prosjek trajanja liječenja u danima za akutne bolesti je stabilan posljednjih godina te od 2009. godine iznosi 7,6 dana. Prosjek trajanja liječenja za kronične bolesti, promatrano u danima, smanjuje se od 2009. godine. U 2011. godini iznosio je 26,4 dana [Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012].

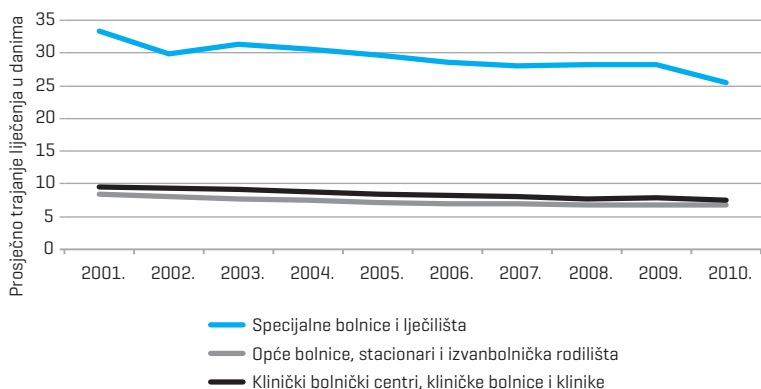
Prosječno trajanje bolničkog liječenja mjereno danima bolničkog liječenja u bolnicama po ispisanom pacijentu još preciznije odražava rezultate rada bolnica (slika 7.3). Prema podacima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, broj dana prosječnog liječenja po boravku smanjuje se od 2001. godine¹⁰. No iako ovaj pokazatelj puno bolje opisuje rezultate rada bolnica jer obuhvaća podatke o ispisanim, a ne primljenim pacijentima, on ovdje služi samo da bi se preciznije opisala slika poslovanja bolnica te se ukazalo na znatne razlike u specifičnostima rada pojedinih bolnica, ali i na njihove povećane rezultate mjerene prosječnim trajanjem bolničkog liječenja po ispisanom pacijentu.

Na razlike u poslovanju bolnica dodatno upućuju i razlike u obrtaju pacijenata. Obrtaj pacijenata po bolnicama može se mjeriti brojem bolničkih pacijenata po krevetu. Najveći broj bolnica ima manje od 750 kreveta i prima godišnje do 25.000 pacijenata. Izuzetak su klinički bolnički centri koji primaju znatno veći broj pacijenata te imaju znatno veće smještajne kapacitete od ostalih bolnica. Prosječni obrtaj pacijenata u bolnicama iznosio je 31,9 u 2010. godini. Prosječno je godišnje primljen 14,1 pacijent po krevetu u specijalnim bolnicama, te 38,5 u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama, klinikama te općim bolnicama. Pri tome je prosječni obrtaj pacijenata u kliničkim bolničkim centrima iznosio 35,9, a u ostalim promatranim zdravstvenim institucijama iz ove skupine 40,0

¹⁰ Ovi podaci obuhvaćaju podatke o svim bolnicama, uključujući i stacionare, izvanbolnička rođilišta te lječilišta. Prema tim podacima u 2010. godini je ukupno prosječno trajanje liječenja po boravku u bolnicama iznosilo 9,5 dana, a u 2001. godini 11,8 dana.

što ukazuje da pacijenti prosječno duže borave u kliničkim bolničkim centrima nego u kliničkim bolnicama, klinikama i općim bolnicama.

Slika 7.3. **Prosječno trajanje bolničkog liječenja po ispisanom pacijentu**



Izvor za originalne podatke: HZZO.

Prema podacima Ministarstva zdravlja Republike Hrvatske (2012) broj se bolničkih ležajeva u bolnicama smanjuje što je u skladu s kretanjima u većini europskih država.¹¹ Tako se broj kreveta smanjio za 10 posto u razdoblju od 2001. do 2009. godine, pri čemu je do najvećeg smanjenja došlo u općim bolnicama (14,9 posto), klinikama i kliničkim bolnicama (9,7 posto) te specijalnim bolnicama (9,1 posto). S druge strane, broj pacijenata ispisanih iz bolnica je bio prilično stabilan (na oko 750.000¹²) u razdoblju od 2006. do 2010. godine što ukazuje na zabilježeno povećanje obrtaja pacijenata u bolnicama.

7.4.2. Ocjena tehničke efikasnosti bolnica

U tablici 7.3 prikazana je osnovna deskriptivna statistika korištenih varijabli u modelu. Statistički podaci ukazuju na jako velike razlike u veličini bolnica mjereno korištenjem pojedinih *inputa* i ostvarivanjem *outputa* u 2010. godini. Promatrano u prosjeku, u bolnicama je bilo zaposleno 33.606 zdravstvenih i 13.898 administrativno-tehničkih

11 Ovi podaci obuhvaćaju podatke o svim bolnicama, uključujući i stacionare, izvanbolnička rodilišta te lječilišta. Prema tim podacima u 2010. godini bilo je ukupno 25.017 bolničkih kreveta, od čega 67,3 posto u općim bolnicama, kliničkim bolničkim centrima i klinikama.

12 Ovi podaci obuhvaćaju podatke o svim bolnicama, uključujući i stacionare, izvanbolnička rodilišta te lječilišta. Prema tim podacima u 2010. godini bila su ukupno 745.692 pacijenta ispisana iz stacionarnih odjela u bolnicama, od čega 87,5 posto u općim bolnicama, kliničkim bolničkim centrima i klinikama.

djelatnika. No odstupanja od prosjeka ukazuju da je u bolnicama bilo zaposleno između 55 i 4.110 zdravstvenih i između 44 i 1.140 administrativno-tehničkih djelatnika u 2010. godini. Bolnice su u 2010. godini imale između 36 i 1.905 bolničkih kreveta. Također, postoje i velike razlike u broju pacijenata primljenih u bolnice i danima bolničkog liječenja. Tako su u 2010. godini bolnice primile između 1.155 i 75.368 pacijenata. Ukupni dani bolničkog liječenja kretali su se između 20.396 i 707.555 dana što ukazuje i na znatne razlike u vremenu potrebnom za izlječenje pojedinih pacijenata u bolnicama, a što ovisi o specifičnim karakteristikama pojedinih bolnica.

Tablica 7.3. **Deskriptivna statistika korištenih varijabli u modelu**

	Broj bolnica	Ukupno	Srednja vrijednost	Minimum	Maksimum	Standardna devijacija
Zdravstveni djelatnici	51	33.606	658,9	55	4.110	816,8
Administrativno-tehnički djelatnici	51	13.898	272,5	44	1.140	278,8
Broj kreveta	51	21.692	425,3	36	1.905	420,9
Broj bolničkih pacijenata	51	691.722	13.563,2	1.155	75.368	16.334,7
Dani bolničkog liječenja	51	6.606.503	129.539,3	20.396	707.555	137.547,2

Izvor: Obrada autorice na temelju podataka Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2010. godinu.

U nastavku su prikazani rezultati mjerenja tehničke efikasnosti bolnica u 2010. godini analizom omeđivanja podataka. Prema rezultatima mjerenja efikasnosti, prosječna je efikasnost u bolnicama iznosila 80,9 posto u 2010. godini. Prosječno, bolnice koriste 19,1 posto *inputa* neracionalno što ukazuje na velike mogućnosti za racionalnije korištenje *inputa*. No, treba naglasiti da su u ovoj analizi korišteni samo dostupni podaci o pokazateljima uloženi resursa i postignutih rezultata, te da je potrebno napraviti daljnju analizu efikasnosti bolnica vodeći računa o specifičnim karakteristikama svake pojedine bolnice te razlozima neefikasnosti. Tako treba razlikovati opravdane od neopravdanih razloga slabije efikasnosti nekih bolnica. Jedan od razloga neefikasnosti je slaba iskorištenost kreveta u nekim bolnicama, a što se mjeri intervalom obrtaja. Prema podacima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje [2010] opće bolnice imaju slabiju iskorištenost kreveta od specijalnih bolnica. S druge strane, opravdan uzrok neefikasnosti, zasigurno, proizlazi iz različite strukture pacijenata po vrstama bolesti te, na primjer, odluke zdravstvene politike o tome koliko će se razvijati palijativna skrb. Stoga ova analiza predstavlja samo prvi korak u analizi tehničke efikasnosti bolnica kojoj je bila namjera utvrditi razinu prostora za racionalizaciju poslovanja bolnica ili pak za podizanje kvalitete i povećanje broja pruženih usluga.

Promatrano relativno, najlošija bolnica je ostvarila efikasnost od 51,4 posto (tablica 7.4). Radi se o specijalnoj bolnici. To znači da efikasne bolnice u prosjeku ostvaruju jednake rezultate mjerene brojem primljenih pacijenata i danima bolničkog liječenja s 48,6 posto manje uloženi resursa mjenjen brojem zdravstvenih djelatnika, administrativno-tehničkih djelatnika te kreveta. U 2010. godini je bilo sedam bolnica koje su na granici efikasnosti, od čega jedna klinička bolnica, tri opće bolnice i tri specijalne bolnice.

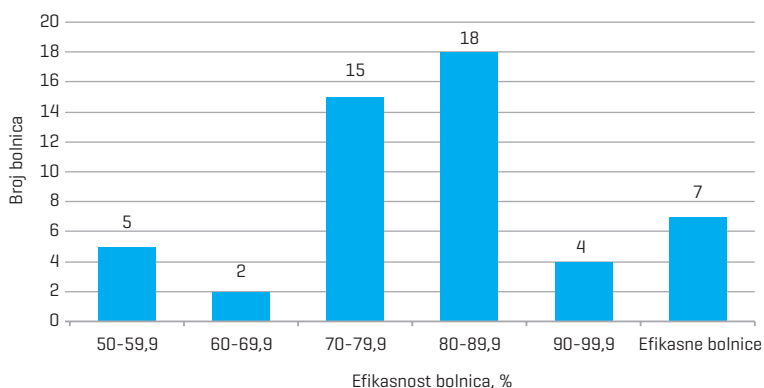
Tablica 7.4. **Rezultati mjerenja tehničke efikasnosti bolnica**

	Efikasnost
Prosječna efikasnost u bolnicama	80,88%
Najmanja efikasnost	51,38%
Najviša efikasnost	100,00%
Broj efikasnih bolnica	7
Prosječna efikasnost KBC, KB i OB	81,30%
Prosječna efikasnost SB	80,16%

Izvor: Autorica.

Distribucija bolnica po razini efikasnosti prikazana na slici 7.4 pokazuje da je 86,3 posto ukupnog broja bolnica neefikasno te koristi resurse manje efikasno od bolnica na granici efikasnosti. Pri tome je najveću pažnju potrebno posvetiti bolnicama koje imaju najmanju efikasnost. Čak 9,8 posto ukupnog broja analiziranih bolnica koristi 40 do 50 posto više *inputa* od efikasnih bolnica. Daljnjih 3,9 posto bolnica može smanjiti korištene resurse za između 30 i 40 posto. Takva situacija pruža mogućnosti za značajne uštede ili poboljšanja poslovanja bolnica.

Slika 7.4. **Distribucija bolnica po razini efikasnosti, 2010. godina**



Izvor: Autorica.

je efikasno, odnosno ostvaruje efikasnost od 100 posto. Trinaest bolnica koje spadaju u skupinu kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika ili općih bolnica, odnosno čak njih 68,4 posto, ostvaruje ispodprosječnu efikasnost. Pri tome je najlošija situacija u pet bolnica, od kojih su tri opće bolnice, jedna klinička bolnica i jedna klinika, a koje bi trebale povećati efikasnost korištenja *inputa* za čak 30 posto da bi bile na granici efikasnosti.

Tablica 7.5. **Tehnička efikasnost po grupama bolnica**

	Klinički bolnički centri, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice	Specijalne bolnice
Broj analiziranih bolnica	32	19
Najmanja efikasnost	55,70%	51,40%
Broj efikasnih bolnica	4	3
Broj efikasnih bolnica, u %	12,50%	15,80%
Prosječna efikasnost	81,30%	80,20%
Broj bolnica s ispodprosječnom efikasnosti	13	9
Broj bolnica s ispodprosječnom efikasnosti, u %	68,40%	47,40%
Broj bolnica koje mogu smanjiti resurse za 30%	5	2
Broj bolnica koje mogu smanjiti resurse za 30%, u %	15,60%	10,50%

Izvor: Autorica.

Prosječna je efikasnost specijalnih bolnica u 2010. godini iznosila 80,2 posto. Efikasne su tri specijalne bolnice. Najmanje efikasna specijalna bolnica ostvaruje efikasnost od samo 51,4 posto što znači da koristi za 48,6 posto više resursa od efikasnih bolnica. Efikasnost manju od prosječne za skupinu specijalnih bolnica ima devet specijalnih bolnica, odnosno njih 47,4 posto. Najlošiju efikasnost imaju dvije specijalne bolnice koje bi trebale smanjiti uložene resurse za 30 posto da bi postale efikasne.

Stabilnost prikazanih rezultata analize omeđivanja podataka provedene na svim bolnicama potvrđuje i zasebno provedena analiza tehničke efikasnosti specijalnih bolnica, odnosno kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica. Tako je prosječna efikasnost specijalnih bolnica iznosila 82,8 posto kad se međusobno uspoređuju samo specijalne bolnice. Tri od 19 specijalnih bolnica na granici su efikasnosti, a osam ih je ostvarilo efikasnost koja je ispod prosjeka specijalnih bolnica. Mjerenje relativne efikasnosti kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica ukazalo je da 15 od 32 bolnice ostvaruje ispodprosječnu efikasnost ostvarenu u ovoj skupini bolnica, a koja je u 2010. godini iznosila 83,3 posto.

Ovakva situacija u bolnicama zahtijeva provođenje dodatnih analiza, te nakon toga i mjera za racionalizaciju poslovanja i poboljšanje rezultata. Sve to trebalo bi provesti s ciljem

unapređenja efikasnosti rada bolnica, racionalizacije korištenja resursa i uspostave efikasne organizacije, a u konačnici i povećanja efikasnosti ukupnog zdravstvenog sustava.

7.5. Zaključak

Učinkovitost i efikasnost predstavljaju važne kriterije za procjenu zdravstvenog sustava i ukupne zdravstvene politike. Analizom učinkovitosti procjenjuje se poboljšava li, i u kojoj mjeri, zdravstvena zaštita zdravstveno stanje pacijenata i općenito stanovništva, a efikasnost se koristi za procjenu napretka i poboljšanja povezanih s korištenjem resursa.

Važnost procjene i praćenja efikasnosti u zdravstvenom sustavu, s posebnim naglaskom na efikasnost i učinkovitost rada bolnica sve je više naglašena u Hrvatskoj. S obzirom na zabilježene dugove bolnica u 2010. godini, visoke rashode bolničkog liječenja te nepovoljna demografska i ukupna makroekonomska kretanja u Hrvatskoj, nužno je racionalizirati poslovanje bolnica i uspostaviti njihovu efikasnu organizaciju.

Analiza osnovnih karakteristika bolnica ukazala je na velike razlike u poslovanju bolnica. Glavnina zdravstvenih djelatnika i administrativno-tehničkih djelatnika zaposlenih u bolnicama zaposleno je u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama, klinikama i općima bolnicama, dok je za specijalne bolnice u prosjeku karakterističan relativno mali udio zaposlenih u ukupnom broju zaposlenika u bolnicama. Za specijalne je bolnice karakteristično znatno duže prosječno trajanje bolničkog liječenja po pacijentu i manji obrtaj pacijenata od prosječnog u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama, klinikama i općim bolnicama. Takvi se pokazatelji poslovanja bolnica odražavaju na njihovu efikasnost.

Ocjena tehničke efikasnosti bolnica je ukazala na slabu efikasnost bolnica u 2010. godini. Prosječna efikasnost bolnica iznosila je 80,9 posto. Također, analiza je ukazala da je čak 86,3 posto analiziranih bolnica u 2010. godini poslovalo neefikasno. Dio uzroka neefikasnosti se nalazi u malom obrtaju pacijenata, dugom razdoblju nekorištenja kreveta između dva pacijenta, nepovoljnom odnosu između zdravstvenih i administrativno-tehničkih djelatnika, te relativno dugom razdoblju liječenja u nekim bolnicama.

Rezultati su također ukazali da ne postoje znatne razlike u prosječnoj efikasnosti u kliničkim bolničkim centrima, kliničkim bolnicama, klinikama i općim bolnicama, od one postignute u specijalnim bolnicama. Promatrano u prosjeku, klinički bolnički centri, kliničke bolnice, klinike i opće bolnice su ostvarile efikasnost od 81,3 posto, a specijalne

bolnice od 80,2 posto u 2010. godini. To znači da bi u prosjeku prva skupina bolnica trebala smanjiti *inputa* za 18,7 posto, a druga skupina za 19,8 posto da bi postigle punu efikasnost. Unatoč toj razlici između promatranih skupina bolnica, više je općih bolnica, klinika i kliničkih bolnica nego specijalnih bolnica u kojima je potrebno značajno smanjenje *inputa*. U čak tri opće bolnice, dvije specijalne bolnice, jednoj klinici i jednoj kliničkoj bolnici potrebno je smanjenje *inputa* za 30 posto da bi postale efikasne. Za konačno donošenje odluka o mogućnostima smanjenja *inputa* ili povećanja rezultata preporuča se napraviti detaljne analize poslovanja i utvrditi uzroke neefikasnosti i mogućnosti stvarne racionalizacije njihovog poslovanja. Osim toga, potrebno je i provesti cjelovitu procjenu zdravstvenog sustava, a koja bi trebala uključivati i analizu učinkovitosti, efikasnosti i pravičnosti u pružanju zdravstvene zaštite vodeći pri tome računa da postizanje krajnjeg cilja povećanja učinkovitosti u pružanju zdravstvene zaštite može uzrokovati smanjenje efikasnosti poslovanja zdravstvenih institucija u određenom razdoblju zbog povećanog utroška resursa. Zato prikazana analiza tehničke efikasnosti bolnica predstavlja nužan, ali tek prvi korak u sagledavanju uspješnosti zdravstvene politike u Hrvatskoj.

Literatura

Aday, L. A., C. E. Begley, D. R. Lairson i R. Balkrishnan, 2004, *Evaluating the Healthcare System: Effectiveness, Efficiency and Equity*, Chicago: Health Administration Press.

Afonso, A. i M. St. Aubyn, 2005, "Non-parametric Approaches to Education and Health Efficiency in OECD Countries", *Journal of Applied Economies*, VIII(2), str. 227-246.

Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, 2013, *Rječnik pojmova*, <http://aaz.hr/rijecnik-pojmova/>.

Brümmerhoff, D., 1997, *Javne financije*, Zagreb: MATE.

Charnes, A., W. W. Cooper i E. Rhodes, 1978, "Measuring the Efficiency of Decision Making Units", *European Journal of Operational Research*, 2(6), str. 429-444.

Chilingerian, J. A., 1995, "Evaluating Physician Efficiency in Hospitals: A Multivariate Analysis of Best Practices", *European Journal of Operational Research*, 80(3), str. 548-574.

Farrell, M., 1957, "The Measurement of Productive Efficiency", *Journal of the Royal Statistical Society, Series A*, 120(3), str. 253-290.

Grosskopf, S. i V. Valdmanis, 1993, "Evaluating Hospital Performance with Case-Mix-Adjusted Outputs", *Medical Care*, 31[6], str. 525-533.

Gupta, S., K. Honjo i M. Verhoeven, 1997, "The Efficiency of Government Expenditure: Experiences from Africa", IMF Working Paper, WP/97/153, International Monetary Fund.

Gupta, S. i M. Verhoeven, 2001, "The Efficiency of Government Expenditure: Experiences from Africa", *Journal of Policy Modeling*, 23[4], str. 433-467.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO], 2010, baza podataka o bolnicama, interni podaci.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO], 2012, *Izvešće o poslovanju HZZO-a za 2011. godinu*, http://www.hzzo-net.hr/dload/publikacije/20120426_lzvjesce_o_poslovanju_HZZOa_za_2011_godinu.pdf.

Jacobs, R., P. C. Smith i A. Street, 2006, *Measuring Efficiency in Health Care: Analytic Techniques and Health Policy*, Cambridge: Cambridge University Press.

Jafarov, E. i V. Gunnarsson, 2008, "Efficiency of Government Social Spending in Croatia", *Financial Theory and Practice*, 32[3], str. 289-320.

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012, *Nacrt nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020.*, Zagreb: Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske.

Parkin, D. i B. Hollingsworth, 1997, "Measuring Production Efficiency of Acute Hospitals in Scotland, 1991-1994: Validity Issues in Data Envelopment Analysis", *Applied Economics*, 29[11], str. 1425-1433, citirano u Jacobs, Smith i Street [2006].

Rabar, D., 2010, "Ocjenjivanje efikasnosti poslovanja hrvatskih bolnica metodom analize omeđivanja podataka", *Ekonomski pregled*, 61[9-10], str. 511-533.

Slijepčević, S., 2009, "Mjerenje efikasnosti javne potrošnje u Hrvatskoj", doktorska disertacija, Zagreb: Ekonomski fakultet, Zagreb.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, *Narodne novine*, br. 150/2008., 71/2010., 139/2010., 22/2011., 84/2011., 154/2011., 12/2012., 35/2012., 70/2012., 144/2012.

8. Potrošnja lijekova i specifičnosti funkcioniranja tržišta lijekova

Tanja Broz

8.1. Uvod

Lijekovi predstavljaju jednu od najčešće upotrebljivanih zdravstvenih tehnologija u prevenciji i liječenju bolesti [WHO, 2004] te su vrlo važni za postizanje povoljnih zdravstvenih ishoda. Međutim, u isto su vrijeme značajan izvor troškova zdravstvenog sustava.

S porastom ekonomskog blagostanja pacijenti zahtijevaju veći pristup modernim lijekovima, dok proizvođači postaju agresivniji u marketingu [Čelik i Seiter, 2008]. Osim toga, očekivanja pacijenata se povećavaju s napretkom medicinske znanosti. Zbog toga izdaci za lijekove često rastu brže od BDP-a, što utječe na financijsku održivost zdravstvenog sustava.

Za razliku od većine ostalih tržišta koja počivaju na temeljima slobodnog tržišta, tržište lijekova nije slobodno, već je jedno od najreguliranih tržišta. Regulacija tržišta lijekova postoji zbog toga što zdravlje ima status općeg dobra, odnosno predstavlja važan javni interes. Stoga bi potpuna liberalizacija ovog tržišta mogla dovesti do smanjene zaštite i sigurnosti pacijenata, na primjer uvođenjem nedovoljno ispitanih i kvalitetnih lijekova. Socijalna regulacija, kao dio regulacije tržišta u koju spada i regulacija tržišta lijekova, propisuje kvalitetu proizvoda te određuje pravila zaštite i sigurnosti pacijenta. Cilj je regulacije lijekova stvoriti pretpostavke za što učinkovitije korištenje lijekova, kontrolu troškova te racionalno propisivanje i izdavanje lijekova [Staničić i Loparić, 2008].

Visoka tržišna regulacija lijekova koji dolaze na liste lijekova i koji se financiraju iz javnih izvora u potpunosti iskrivljuje uobičajen oblik i položaj funkcije potražnje. Potražnja za lijekovima ne ovisi o tržišnoj cijeni, jer zakon potražnje na ovom tržištu ne djeluje kao što ne funkcionira niti cjenovna elastičnost potražnje¹. Naime, potražnja na tržištu lijekova ne ovisi samo o željama i potrebama pacijenata. Pojedinač često ovisi o liječniku koji treba ustanoviti treba li mu lijek, što određuje potražnju za lijekovima. Također, na potražnju za lijekovima utječu promjena demografske strukture stanovništva, odnosno starenje

¹ Dobra se na većini ostalih tržišta nalaze u slobodnoj prodaji te ponuda i potražnja za određenim dobrom određuju njegovu cijenu.

stanovništva, kronične bolesti i dinamika uvođenja novih lijekova, ali i gospodarski rast. Ponuda lijekova koji se financiraju iz javnih izvora odvija se prema zakonima regulacije tržišta izvornih (inovativnih) i generičkih (istovrsnih) lijekova². Prvo tržište je monopolno i na njemu se stvara ponuda inovativnih lijekova³ za koju su potrebna velika ulaganja u istraživanje i razvoj. Zaštita velikih ulaganja ostvaruje se kroz patentna prava koja takvim farmaceutskim tvrtkama omogućavaju određeno vrijeme monopolni položaj i povrat ulaganja. Monopolni profiti rastu kroz umnožak cijene i prodane količine, ali za isti izvorni lijek različite države formiraju različite cijene sukladno svojim administrativnim procedurama (pravilnicima ili procjeni troškovne učinkovitosti novog lijeka). Svaka grupa potrošača/zemalja ima različite krivulje potražnje. Zbog toga monopolisti u inovativnoj farmaceutskoj industriji djeluju kroz model diskriminacije cijena trećeg stupnja koji im omogućava da s različitim cijenama realiziraju veću prodajnu količinu i ostvare veći profit. Stoga je njihov glavni cilj da lijek što prije dođe na listu lijekova koja se financira iz javnih izvora i da se ostvari što veća potrošnja lijeka u zdravstvenom sustavu. Različite cijene u različitim državama omogućavaju onu potrošnju količine lijekova koja u konačnici maksimizira profit farmaceutskim kompanijama. Budući da se sve to događa izvan normalnog ili uobičajenog funkcioniranja tržišta, zbog specifičnosti proizvoda kao što je lijek, jasno je da racionalnost potrošnje i etičko ponašanje svih interesnih strana postaje ključno za konačni rezultat prodane količine i ostvarene potražnje.

Za razliku od monopolista na tržištu izvornih lijekova, ponuda generičkih lijekova⁴ funkcionira u monopolističkoj konkurenciji te stoga generički proizvođači imaju manji prostor za ostvarivanje svojih profita. Konkurencija je veća, ne postoji patentna zaštita, ulazak konkurentnih proizvođača na tržište je moguć i pritisak na snižavanje cijene je veći. Industrija generičkih lijekova stoga ostvaruje niže ukupne profite od industrije izvornih lijekova te teže podnosi produljenje rokova plaćanja koji su u Hrvatskoj neprimjereno dugi.

Tržište lijekova u Hrvatskoj općenito nema dovoljno detaljne i transparentne baze statističkih podataka. Javni izvori imaju ograničen broj podataka, a privatne baze podataka su ograničeno dostupne. Institucionalno je u Hrvatskoj tržište lijekova uređeno Zakonom o lijekovima [Narodne novine, br. 76/2013.], a na temelju Zakona su doneseni

2 Osim toga, ponuda lijekova ovisi i o veličini i stupnju razvoja ekonomije te se, u slučaju manjih i slabije razvijenih zemalja, ponekad farmaceutskim tvrtkama jednostavno ne isplati prolaziti proces registracije lijeka jer je očekivana potražnja za tim lijekom premala. Na ponudu lijekova utječe i patentna zaštita izvornih lijekova, odnosno monopolna pozicija proizvođača izvornih lijekova. Tek po isteku patentne zaštite, svaki ga proizvođač može proizvoditi kao zamjenu za izvorni lijek te se na taj način povećava ponuda i smanjuje cijena lijeka.

3 Izvorni, odnosno inovativni, lijek je lijek koji je prvi odobren za stavljanje u promet u svijetu na temelju potpune dokumentacije o djelotvornosti, sigurnosti primjene i kakvoći prema važećim zahtjevima [Zakon o lijekovima, Narodne novine, br. 71/2007.].

4 Generički lijek je lijek koji ima isti kvalitativni i kvantitativni sastav djelatnih tvari i isti farmaceutski oblik kao i referentni lijek te čija je bioekvivalencija s referentnim lijekom dokazana odgovarajućim ispitivanjima biološke raspoloživosti [Zakon o lijekovima, Narodne novine, br. 71/2007.].

Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvješćivanja o cijenama na veliko [Narodne novine, br. 83/2013.] i Pravilnik o mjerilima za stavljanje lijekova na osnovnu i dopunsku listu lijekova HZZO-a [Narodne novine, br. 83/2013.]. Na temelju Zakona o lijekovima i medicinskim proizvodima [Narodne novine, br. 121/2003.] osnovana je 2003. godine Agencija za lijekove i medicinske proizvode [HALMED] koja je nadležna za regulaciju farmaceutskog tržišta⁵.

U nastavku ovog rada analizira se potrošnja i tržište lijekova u Hrvatskoj. U drugom poglavlju dan je prikaz funkcioniranja tržišta lijekova u Hrvatskoj, dok treće poglavlje razmatra perspektivu razvoja tržišta lijekova u Hrvatskoj u kontekstu ulaska u EU. U četvrtom se poglavlju analizira potrošnja lijekova u međunarodnom kontekstu, a u petom potrošnja i tržište lijekova u Hrvatskoj. Zadnje poglavlje donosi zaključke analize.

8.2. Funkcioniranje tržišta lijekova u Hrvatskoj

Tržište lijekova u Hrvatskoj regulirano je Zakonom o lijekovima [Narodne novine, br. 76/2013.], kojim se, između ostalog, propisuje da se na tržište smije staviti samo onaj lijek koji je od HALMED-a ili Europske komisije dobio odobrenje za stavljanje lijeka u promet te se regulira tko se smije baviti prometom lijekova. Osim toga, na temelju Zakona se donose pravilnici o mjerilima za određivanje cijena lijekova i o mjerilima za stavljanje lijekova na liste lijekova HZZO-a. U 2012. godini je započela izrada novih pravilnika, zbog nemogućnosti dovršenja procesa izračuna cijena započetog u 2011. godini [Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012], a novi su pravilnici objavljeni u srpnju 2013. godine, na dan ulaska Hrvatske u EU.

Politika određivanja cijena u sklopu modela vanjskog referiranja kroz usporedne cijene lijekova počela se u Hrvatskoj provoditi 2001. godine⁶, dok je interno referiranje kroz referentne cijene uspostavljeno 2006. godine⁷. Tada su uvedene osnovna lista lijekova bez doplate i dopunska lista s doplatom osiguranika, a model iz 2006. godine uz određene izmjene zadržan je do danas. Od srpnja 2013. godine na snazi su Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvješćivanja o cijenama na veliko [Narodne novine, br. 83/2013.] i Pravilnik o mjerilima za stavljanje lijekova na osnovnu i dopunsku

⁵ Osim farmaceutsko-inspekcijskih aktivnosti, odobravanja kliničkih ispitivanja, donacija lijekova te prometa psihotropnim tvarima i narkoticima koji su ostali u nadležnosti Ministarstva zdravlja [Tomić, Filipović Sučić i Ilić Martinac, 2010].

⁶ Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvješćivanja o cijenama na veliko [Narodne novine, br. 84/2001.].

⁷ Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvješćivanja o cijenama na veliko [Narodne novine, br. 91/2006.].

listu lijekova HZZO-a [Narodne novine, br. 83/2013.] kojima je namjera, kao i prethodnim pravilnicima, omogućavanje boljeg odlučivanja, odnosno unapređenja kontrole postojećih cijena lijekova te uspješnije reguliranje cijena novih lijekova [Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012].

Politika određivanja cijena lijekova u čijem financiranju sudjeluje HZZO temelji se na međunarodnoj usporedbi cijena lijekova u Italiji, Sloveniji i Češkoj, a ako u tim zemljama nema dostupnih podataka o cijeni pojedinog lijeka, koriste se cijene lijekova u Španjolskoj i Francuskoj^{8, 9}. Cijene se uspoređuju posebno za svaki farmaceutski oblik i to kod uvođenja novih lijekova te kod usklađivanja cijena postojećih lijekova. Usporedba cijena se posebno radi za izvorne lijekove zaštićene patentom, izvorne lijekove koji nisu zaštićeni patentom te za generičke lijekove. Za sve navedene grupe lijekova razina cijene ne smije biti viša od prosječne usporedne cijene, odnosno ako je viša, cijena bi se trebala spustiti na razinu prosječne usporedne cijene. Usporedna cijena je onda najveća ukupna cijena koju nositelj odobrenja smije zaračunati za lijek na dopunskoj listi [cijena koju plaća HZZO plus cijena koju plaća osiguranik], dok se za lijekove na osnovnoj listi te za dio cijene lijeka koji je na dopunskoj listi a koji plaća HZZO primjenjuju dodatna pravila.

Novim se Pravilnikom o mjerilima za određivanje cijena lijekova [Narodne novine, br. 83/2013.] želi i dalje ograničiti cijene lijekova na osnovnoj listi na razinu nižu od referentnih zemalja, osim u slučaju lijeka koji se na hrvatskom tržištu pojavljuje po prvi put, a sadrži potpuno novu djelatnu tvar koja bitno utječe na povećanje mogućnosti ozdravljenja [tablica 8.1]¹⁰. U tom slučaju cijena lijeka može biti do razine prosječne usporedne cijene te je to najviša razina cijene koju može platiti HZZO¹¹. Cijena lijeka koji sadrži potpuno novu djelatnu tvar, a na osnovnoj ili dopunskoj listi lijekova ima uvrštenih usporednih lijekova s istim ili sličnim farmakološko-terapijskim svojstvima ne smije biti viša od 90 posto cijene najjeftinijeg usporednog lijeka koju plaća HZZO, ako nositelj odobrenja želi da se taj lijek nalazi na osnovnoj listi lijekova bez doplate¹². U praksi to znači da ako lijek s potpuno novom djelatnom tvari dođe na hrvatsko tržište nakon što su na tržištu već prisutni

8 Pravilnik, međutim, ne nudi objašnjenje zašto su odabrane baš navedene zemlje za međunarodnu usporedbu cijena.

9 Za formiranje prosječne usporedne cijene potrebno je utvrditi postojanje najmanje dviju usporednih cijena lijeka, a ako to nije moguće, onda se cijena određuje na temelju farmakoekonomske studije, koju predaje pravna osoba na koju glasi odobrenje za stavljanje lijeka u promet.

10 Uz uvjet da se na osnovnoj ili dopunskoj listi lijekova ne nalazi usporedni lijek s istim ili sličnim farmakološko-terapijskim svojstvima.

11 Međutim, to ne znači da HZZO plaća upravo prosječnu usporednu cijenu za izvorne lijekove. Pravila u vezi određivanja cijene koju plaća HZZO nisu službeno propisana, odnosno to je stvar pregovora između HZZO-a i nositelja odobrenja.

12 Nositelji odobrenja za stavljanje lijeka u promet u Hrvatskoj mogu odrediti i niže cijene lijekova. Nositelj odobrenja može odrediti i višu cijenu, ali ne višu od prosječne usporedne cijene, s tim da se tada lijek uvrštava na dopunsku listu, a osiguranik plaća razliku između ukupne cijene i cijene koju plaća HZZO.

usporedni lijekovi, onda će njegova cijena morati biti niža od usporednih alternativa, ako nositelj odobrenja želi da taj lijek bude na osnovnoj listi lijekova.

Generički su lijekovi u pravilu jeftiniji od izvornih lijekova. Cijena prvog generičkog lijeka ne smije biti veća od 70 posto cijene izvornog lijeka koji se nalazi na listi lijekova HZZO-a, dok cijena novog (drugog po redu) generičkog lijeka ne smije prelaziti razinu od 90 posto cijene prvog generičkog lijeka. Cijena trećeg i svakog idućeg novog generičkog lijeka koji dolazi na hrvatsko tržište smije biti na razini 90 posto cijene novog, odnosno drugog po redu, generičkog lijeka. Ipak, unatoč tome što Pravilnik omogućuje da se i četvrtom i svakom idućem generičkom lijeku odredi cijena na razini 90 posto cijene drugog generičkog lijeka, u praksi se događa da nositelji odobrenja predlažu cijene novih generičkih lijekova na razini 90 posto prethodnog generičkog lijeka, što se pozitivno odražava na proračun HZZO-a¹³.

Novi je Pravilnik uveo određivanje cijena posebno za biološke generičke lijekove¹⁴ te im je omogućio relativno povoljnije cjenovne uvjete od ostalih generičkih lijekova. Cijena biološkog generičkog lijeka smije se nalaziti na razini od najviše 85 posto cijene izvornog lijeka koji se nalazi na listi HZZO-a, dok cijena novog (drugog) biološkog generičkog lijeka smije biti na razini od 90 posto cijene prvog biološkog generičkog lijeka.

Nositelji odobrenja za stavljanje lijeka u promet obvezni su na temelju Pravilnika o mjerilima za određivanje cijena lijekova svakih 12 mjeseci ponovno izračunati cijene lijekova.

Nakon što nositelji odobrenja prema Pravilniku odrede cijene lijekova, HZZO je obvezan provesti javno nadmetanje za utvrđivanje cijena, ako se za generičke lijekove [5. razina anatomsko-terapijsko-kemijske (ATK) klasifikacije] i lijekove unutar referentnih skupina odrede različite cijene na veliko. Referentne cijene određuju se na temelju najniže cijene lijeka koji je u razdoblju od 12 mjeseci prije odluke o provođenju nadmetanja ostvario najmanje 5 posto volumnog prometa unutar referentne skupine. Ako nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet ne prihvati referentnu cijenu skupine, lijek se uvrštava na dopunsku listu HZZO-a, a osiguranik snosi razliku u cijeni¹⁵.

13 To znači da je cijena prvog generičkog lijeka na primjer 100 kuna, drugog 90 kuna, trećeg 81 kunu (90 posto cijene drugog generičkog lijeka), četvrtog 72,9 kuna (90 posto cijene trećeg generičkog lijeka).

14 Biološki lijekovi su velike, složene molekule koje proizvode živi organizmi.

15 Ovo se odnosi na pretpostavku da se lijek nalazi na osnovnoj listi lijekova te da se tek nakon referenciranja uvrštava na dopunsku listu, ako nositelj odobrenja ne može prihvatiti referentnu cijenu. Međutim, može se dogoditi da je neki lijek već na dopunskoj listi i da je nova referentna cijena niža od njegove te će tada nositelj odobrenja za taj lijek od HZZO-a dobivati manje nego ranije pa će stoga morati ili smanjiti ukupnu cijenu da osiguraniku ne poveća doplatu ili povećati doplatu osiguranika.

Tablica 8.1. **Izračun cijena lijekova prema Pravilniku o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvješćivanja o cijenama na veliko**

	Udio cijene koji plaća HZZO
Cijena lijeka na veliko koji sadrži potpuno novu djelatnu tvar koja bitno utječe na povećanje mogućnosti liječenja i ozdravljenja, a u prometu Republike Hrvatske se pojavljuje po prvi put	100% prosječne usporedne cijene
Cijena lijeka na veliko koji se propisuje na recept, a sadrži potpuno novu djelatnu tvar, a na osnovnoj, odnosno dopunskoj listi lijekova Zavoda ima uvrštenih usporednih lijekova s istim ili sličnim farmakološko-terapijskim svojstvima	90% cijene najjeftinijeg usporednog lijeka koji se nalazi na listi HZZO-a
Cijena lijeka na veliko koji se ne propisuje na recept već se izdaje u bolnicama, koji sadrži potpuno novu djelatnu tvar, a na osnovnoj, odnosno dopunskoj listi lijekova Zavoda ima uvrštenih usporednih lijekova s istim ili sličnim farmakološko-terapijskim svojstvima	100% prosječne usporedne cijene
Cijena prvog generičkog lijeka	70% cijene izvornog lijeka koji se nalazi na listi HZZO-a
Cijena novog generičkog lijeka	90% cijene prvog generičkog lijeka (odnosno 63 posto cijene izvornog lijeka koji se nalazi na listi HZZO-a)
Cijena svakoga idućeg novog generičkog lijeka	90% cijene novog (drugog) generičkog lijeka (odnosno 56,7 posto cijene izvornog lijeka koji se nalazi na listi HZZO-a)
Cijena biološkog generičkog lijeka	85% cijene izvornog lijeka koji se nalazi na listi HZZO-a
Cijena novog biološkog generičkog lijeka	90% cijene prvog biološkog generičkog lijeka (odnosno 76,5 posto cijene izvornog lijeka koji se nalazi na listi HZZO-a)

Izvor: Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvješćivanja o cijenama na veliko [Narodne novine, br. 83/2013.].

Kako bi se lijek uvrstio na osnovnu ili dopunsku listu lijekova HZZO-a potrebno je, uz određivanje cijene, podnijeti prijedlog za stavljanje lijeka na listu prema Pravilniku o mjerilima za stavljanje lijekova na osnovnu i dopunsku listu lijekova HZZO-a [Narodne novine, br. 83/2013.]¹⁶. Za uvrštenje izvornih lijekova na liste lijekova HZZO-a ili za proširenje indikacije uporabe nositelj odobrenja prilaže studiju utjecaja potrošnje lijeka na proračun HZZO-a (engl. *budget impact analysis*), kojom se procjenjuje financijski učinak lijeka iz perspektive troškova državnog proračuna.

Pravne osobe koje imaju dozvolu za promet lijekovima na veliko, a najčešće su to veletrgoerije, obvezne su lijekove koji se nalaze na osnovnoj i dopunskoj listi lijekova prodavati HZZO-u po utvrđenim cijenama, a lijekove kupuju od domaćih proizvođača ili

¹⁶ Prijedlog može podnijeti nositelj odobrenja za stavljanje lijeka u promet u Hrvatskoj, Povjerenstvo za lijekove HZZO-a, povjerenstva za lijekove bolničkih ustanova, stručna društva Hrvatskog liječničkog zbora i druga stručna tijela i referentni centri ministarstva nadležnog za zdravlje.

uvoze od inozemnih. Cijenu lijeka na veliko (bez PDV-a¹⁷) čini proizvođačka cijena lijeka utvrđena Pravilnikom o mjerilima za određivanje cijena lijekova [Narodne novine, br. 83/2013.]¹⁸ uvećana za carinu (ukoliko se radi o uvezenom lijeku). Maloprodajna ljekarnička usluga u prosjeku iznosi 6,9 kuna po pojedinom lijeku, odnosno receptu¹⁹. Domaći proizvođači lijekove mogu distribuirati putem veletrgoerija ili vlastitom distribucijom, s tim da veleprodajna marža i drugi zavisni troškovi također ne smiju prelaziti 8,5 posto.

8.3. Tržište lijekova nakon ulaska u EU

Perspektivu razvoja tržišta lijekova u Hrvatskoj treba sagledati u kontekstu ulaska u EU. I nakon ulaska u EU regulacija tržišta lijekova ostaje u domaćoj nadležnosti, odnosno pravila za određivanje cijena lijekova nisu harmonizirana u okviru zajedničkog tržišta EU-a²⁰. Pod takvim je uvjetima uloga Europske komisije osigurati da dionici na tržištu lijekova (zemlje članice EU-a, nacionalna regulatorna tijela i farmaceutske tvrtke) poštuju odredbe Ugovora o osnivanju Europske zajednice o slobodnoj konkurenciji i slobodnom kretanju dobara i usluga unutar zajedničkog tržišta.

Hrvatsko je zakonodavstvo bilo već djelomično usklađeno s direktivama EU-a povezanim s lijekovima i prije ulaska u EU. Stari Zakon o lijekovima [Narodne novine, br. 71/2007., 45/2009. i 124/2011.] bio je usklađen s direktivama 2001/20/EZ o usklađivanju zakonodavstva i drugih propisa država članica koji se odnose na primjenu dobre kliničke prakse pri provođenju kliničkih ispitivanja lijekova za ljudsku uporabu, 2001/83/EZ o Zakoniku Zajednice koji se odnosi na lijekove za ljudsku uporabu, 2003/63/EZ koja dopunjuje Direktivu 2001/83 o Zakoniku Zajednice koji se odnosi na lijekove za ljudsku uporabu, 2004/24/EZ o tradicionalnim biljnim lijekovima i 2004/27/EZ kojom se izmjenjuje i dopunjuje Direktiva 2001/83/EZ o Zakoniku Zajednice koji se odnosi na lijekove za ljudsku uporabu. Novi je Zakon o lijekovima [Narodne novine, br. 76/2013.] u hrvatski pravni poredak prenio i preostale direktive povezane s lijekovima²¹.

Do ulaska Hrvatske u EU odobrenje za stavljanje lijekova u promet davao je samo HALMED, dok nakon ulaska odobravanje stavljanja lijekova u promet u Hrvatskoj, uz nacionalni

17 Na lijekove na listama HZZO-a se od početka 2013. plaća PDV po stopi od 5 posto. Na ostale lijekove se primjenjuje porez na dodanu vrijednost po stopi od 25 posto.

18 Ta cijena već uključuje vrijednost veleprodajne marže i drugih zavisnih troškova u visini do 8,5 posto.

19 Osim za narkotike, koji imaju drugačiji režim ljekarničke usluge. Za lijekove koji se ne nalaze na listama lijekova HZZO-a obračunava se diferencirana marža, ovisna o cijeni lijeka.

20 European Commission, http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/overview_en.html.

21 Direktive 89/105/EEZ, 2005/28/EZ, 2002/98/EZ, 2003/94/EZ, 2008/29/EZ, 2009/53/EZ, 2009/120/EZ, 2010/84/EU, 2011/62/EU i 2012/26/EU.

postupak, uključuje i centralizirani postupak odobravanja, kojeg koordinira Europska agencija za lijekove u skladu s odredbama Uredbe 726/2004/EZ, decentralizirani postupak i postupak međusobnog priznavanja lijekova²². To znači da će se na hrvatskom tržištu sada moći pojaviti novi lijekovi koji su u EU-u registrirani centralnim postupkom (Tomić, 2010) te će se na taj način povećati ponuda lijekova u Hrvatskoj. Unatoč očekivanom povećanju broja lijekova na domaćem tržištu, prilika za domaću farmaceutsku industriju je širenje tržišta koje sada obuhvaća cijelu EU-28, odnosno ukupno 507,2 milijuna ljudi, od čega 92,3 milijuna ili 18,2 posto starijih od 65 godina. Međutim, kao i u Hrvatskoj, tržište lijekova u EU-u je vrlo regulirano. Budući da se Pravilnikom o mjerilima za određivanje cijena lijekova (Narodne novine, br. 83/2013.) želi i dalje ograničiti cijene lijekova koji se nalaze na osnovnoj, odnosno dopunskoj listi lijekova HZZO-a na razinu nižu od referentnih zemalja, a koje su sve članice EU-a, to će značiti konkurentniju poziciju domaćih farmaceutskih proizvođača na europskom tržištu.

8.4. Međunarodna usporedba potrošnje lijekova

Iako se zdravstvena zaštita sastoji od mnogih elemenata, najveću pažnju pobuđuju izdaci za lijekove, budući da je njih jednostavnije identificirati i kontrolirati. Podatke o potrošnji lijekova u svijetu, koji uglavnom služe za marketinške aktivnosti farmaceutskih tvrtki, većinom prikuplja farmaceutska industrija, ali su ti podaci često ograničenog zemljopisnog ili sadržajnog obuhvata (WHO, 2011). Dostupnost i kvaliteta podataka je najbolja u visoko razvijenim zemljama, dok u mnogim zemljama s nižom razinom dohotka ne postoje sveobuhvatni podaci o prodaji lijekova, kao ni podaci o izvršenim rashodima za lijekove u nacionalnim proračunima. U Hrvatskoj postoje javno dostupni godišnji podaci o ukupnom prometu lijekova koje objavljuje HALMED i podaci o rashodima za lijekove na recept i posebno skupe lijekove koje objavljuje HZZO.

U zemljama s visokom razinom dohotka, za razliku od zemalja sa srednjom i niskom razinom dohotka, većina se lijekova financira iz javnih izvora. Javni su izdaci za lijekove u tim zemljama u 2006. godini predstavljali 61,3 posto ukupnih izdataka za lijekove, dok su u zemljama sa srednje visokom, srednje niskom i niskom razinom dohotka predstavljali 38,8, 33,5 i 23,1 posto ukupnih izdataka za lijekove (WHO, 2011). To znači da "plaćanje iz vlastitog džepa" u prosjeku predstavlja veći izvor financiranja lijekova što je zemlja siromašnija. Iako Hrvatska ne spada u najrazvijenije zemlje, u prosjeku je od 2007. do 2011. godine udio javnih izdataka za lijekove iznosio gotovo 80 posto.

²² Zakon o lijekovima (Narodne novine, br. 76/2013.) i Pravilnik o davanju odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet (Narodne novine, br. 83/2013.).

Po udjelu potrošnje lijekova u BDP-u Hrvatska ne odstupa od najrazvijenijih zemalja. U 2009. godini je udio potrošnje lijekova u BDP-u u zemljama OECD-a, kao i u Hrvatskoj, iznosio 1,5 posto [tablica 8.2]. Međutim, iako se u Hrvatskoj u odnosu na BDP troši usporediva razina lijekova kao i u najrazvijenijim zemljama, zbog niže razine BDP-a, nominalni iznos potrošnje lijekova po stanovniku je manji, što je i u skladu s analizom WHO-a (2011). Udio izdataka HZZO-a za lijekove u BDP-u je nešto niži, ali za razliku od udjela ukupne potrošnje lijekova u BDP-u koji blago raste, on je relativno stabilan i u prosjeku iznosi 1,1 posto [tablica 8.3].

Tablica 8.2. **Udio ukupnih izdataka za lijekove u BDP-u u odabranim zemljama OECD-a i Hrvatskoj u 2009. godini**

	Udio izdataka za lijekove u BDP-u u 2009.
Norveška	0,7
Švicarska	1,2
Austrija	1,3
Hrvatska	1,5
Češka	1,5
Zemlje OECD-a	1,5
Slovenija	1,6
Njemačka	1,7
Mađarska	2,4

Izvori: OECD Health Data 2011, IMS Market Viewer i DZS.

Tablica 8.3. **Udio izdataka za lijekove u BDP-u i rashodima za zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj od 2005. do 2011.**

	Udio ukupne potrošnje lijekova u BDP-u (u %)	Udio izdataka HZZO-a za lijekove u BDP-u (u %)	Udio izdataka za lijekove HZZO-a u ukupnim rashodima HZZO-a za zdravstvenu zaštitu (u %)
2005.	1,43	1,17	21,2
2006.	1,42	1,16	21,9
2007.	1,49	1,10	23,1
2008.	1,49	1,10	22,1
2009.	1,51	1,13	21,5
2010.	1,53	0,96	18,9
2011.	1,57	1,04	20,5

Izvori: IMS Market Viewer, HZZO, DZS i HALMED [za ukupnu potrošnju lijekova u 2005. i 2006.].

Lijekovi su, uz bolničku i primarnu zdravstvenu zaštitu, najznačajnija kategorija ukupne zdravstvene potrošnje. Udio rashoda za lijekove na recept i posebno skupe lijekove u ukupnim rashodima HZZO-a za zdravstvenu zaštitu u svim godinama, osim u 2010.

godini, prelazi 20 posto²³. Međutim, u prosjeku Hrvatska ima relativno visok udio izdataka za lijekove u ukupnoj zdravstvenoj zaštiti koji u promatranom razdoblju iznosi 21,3 posto, dok u svijetu taj udio u prosjeku iznosi oko 15 posto (WHO, 2011), a u zemljama OECD-a oko 16 posto (OECD, 2012).

Kako bi postojala efikasna politika lijekova i kako bi se osigurao što kvalitetniji pristup potrebnim lijekovima potrebno je razumjeti vezu između potrošnje lijekova i ukupnih izdataka za zdravstvo, kao i između potrošnje lijekova i BDP-a.

Sve do početka devedesetih godina prošlog stoljeća istraživanja uglavnom nisu pokazivala da zdravstvena zaštita ima utjecaja na zdravstvene ishode, odnosno na stope smrtnosti, nego da su glavne varijable koje mogu objasniti stope smrtnosti razina zaštite okoliša (na primjer, postojanje pitke vode), dohodak po stanovniku, obrazovanje i prehrambene navike²⁴. Međutim, od devedesetih godina prošlog stoljeća istraživači su u većem broju počeli potvrđivati utjecaj lijekova na zdravlje populacije (poput Lichtenberg, 1996 i Miller i Frech, 2000), odnosno da povećanje potrošnje lijekova ima pozitivan utjecaj na zdravstvene ishode. Usporedno s istraživanjima o zdravstvenim izdacima, izdaci za zdravstvo i lijekove od šezdesetih godina prošlog stoljeća u većini razvijenih gospodarstava počeli su, zbog porasta dohotka, značajno rasti, što je dovelo do promišljanja o efikasnosti zdravstvenih izdataka (Mehrra, Musai i Amiri, 2010). To je dovelo do nastanka znanstvene discipline farmakoekonomike, koja istražuje kako najbolje upotrijebiti sredstva namijenjena za lijekove, odnosno analizira efikasnost lijeka u odnosu na njegovu cijenu (Lamza-Maronić i Glavaš, 2008).

Osim rasta samih izdataka za lijekove u svijetu, počeo je rasti i njihov udio u ukupnim izdacima za zdravstvo i u BDP-u, budući da im je stopa rasta bila viša od stope rasta ukupnih izdataka za zdravstvo i BDP-a. Iako nedostaju podaci za mnoge zemlje s niskom razinom dohotka, WHO (2011) zaključuje da u prosjeku zemlje s visokom razinom dohotka troše više na lijekove od zemalja s niskom razinom dohotka. Točnije, u 2006. godini je na zemlje s visokom razinom dohotka u kojima živi 16 posto svjetske populacije otpalo 78,5 posto ukupnih svjetskih izdataka za lijekove, dok je na zemlje sa srednje visokom razinom dohotka otpalo 10,2 posto, na zemlje sa srednje niskom razinom dohotka 10,3 posto, a na zemlje s niskom razinom dohotka 1 posto ukupnih svjetskih izdataka za lijekove.

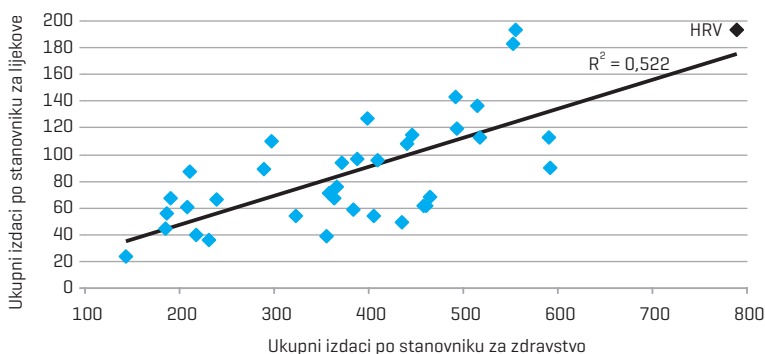
Odnos između potrošnje lijekova i ukupnih izdataka za zdravstvo za zemlje sa srednje visokom razinom dohotka, gdje spada i Hrvatska, prikazan je na slici 8.1. Pozitivno nagnut

²³ Udio rashoda za lijekove u ukupnim rashodima HZZO-a u 2010. godini je manji nego u ostalim godinama zbog promjene metodologije svrstavanja rashoda (vidjeti više u poglavlju 8.5).

²⁴ Vidjeti na primjer Stewart [1971] i Auster, Irving i Sarachek [1969].

regresijski pravac pokazuje da što su veći ukupni izdaci za zdravstvo, to su u prosjeku veći i izdaci za lijekove. Koeficijent determinacije pokazuje da se 52,2 posto varijacije u ukupnim izdacima za lijekove može objasniti varijacijom izdataka za zdravstvo. Hrvatska se u ovoj grupi zemalja ističe i po potrošnji lijekova po stanovniku i po ukupnim izdvajanjima za zdravstvo. Hrvatska se nalazi iznad regresijskog pravca što pokazuje da se za lijekove u Hrvatskoj izdvaja više u odnosu na ukupne izdatke za zdravstvo nego što u prosjeku izdvajaju ostale zemlje u uzorku.

Slika 8.1. **Veza između ukupnih izdataka za zdravstvo i ukupnih izdataka za lijekove u zemljama sa srednje visokom razinom dohotka u 2006. godini, u američkim dolarima**



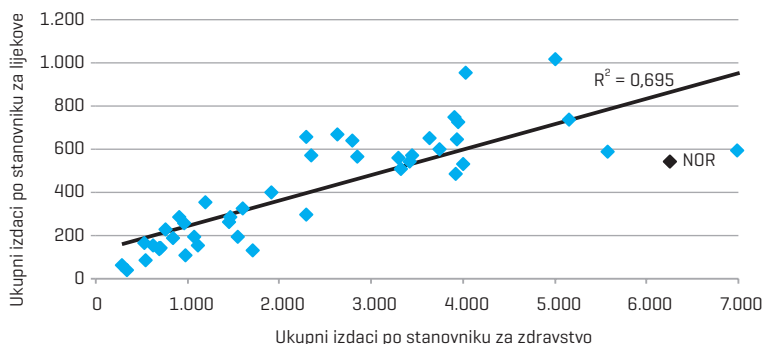
Izvor: WHO [2011].

I kod zemalja s visokom razinom dohotka postoji pozitivna veza između ukupnih izdataka za zdravstvo i izdataka za lijekove (slika 8.2). Slike 8.1 i 8.2 pokazuju da se s razinom razvoja gospodarstva u prosjeku povećavaju i ukupni izdaci za zdravstvo te time i izdaci za lijekove. To, međutim, ne znači da će, samim time što će se u budućnosti s rastom gospodarstva povećavati izdaci za lijekove, potrošnja lijekova nužno postajati manje racionalna.

Većina novijih istraživanja došla je do zaključka da je razina BDP-a jedan od glavnih čimbenika ukupne zdravstvene potrošnje, ali i potrošnje samih lijekova (na primjer, Swift, 2011 i WHO, 2001)²⁵.

²⁵ Barro [1996], s druge strane, pokazuje obrnutu vezu – zdravlje, poput obrazovanja, ima značajan pozitivni utjecaj na dohodak i gospodarski rast.

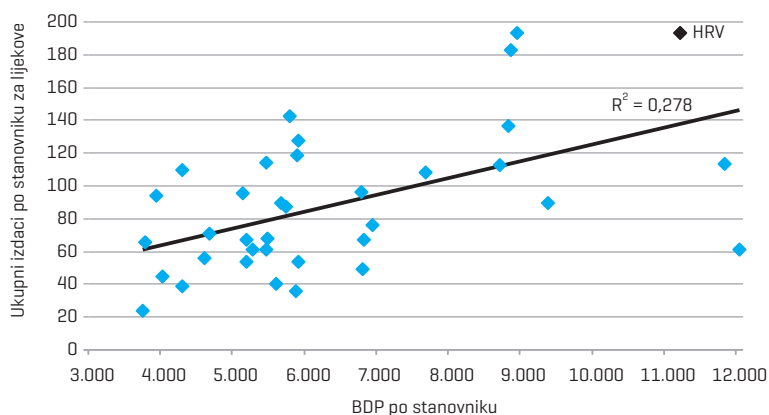
Slika 8.2. **Veza između ukupnih izdataka za zdravstvo i ukupnih izdataka za lijekove u zemljama s visokom razinom dohotka u 2006. godini, u američkim dolarima**



Izvor: WHO [2011].

Slika 8.3 pokazuje odnos izdataka za lijekove i BDP-a za zemlje sa srednje visokom razinom dohotka. Postoji pozitivna veza između izdataka za lijekove po stanovniku i BDP-a po stanovniku, što znači da što zemlja ima veći BDP, to se u prosjeku više sredstava izdvaja za lijekove. Hrvatska se i na ovoj slici nalazi iznad regresijskog pravca, što znači da s obzirom na prosjek zemalja u uzorku, u Hrvatskoj se troši više na lijekove nego što to opravdava visina BDP-a.

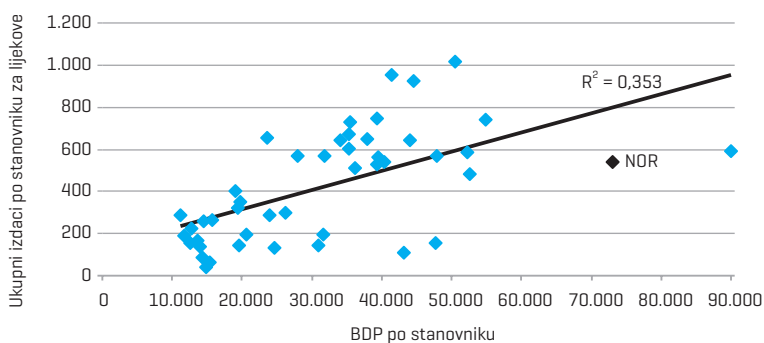
Slika 8.3. **Veza između BDP-a i ukupnih izdataka za lijekove u zemljama sa srednje visokom razinom dohotka u 2006. godini, u američkim dolarima**



Izvor: WHO [2011].

Između zemalja s visokom razinom dohotka također postoji pozitivna veza između izdataka za lijekove i BDP-a [slika 8.4]. Iako postoji veza između te dvije varijable, postoje i iznimke koje se protive tom trendu. Neke su zemlje postigle relativno nisku razinu izdataka za lijekove u odnosu na njihov BDP, po svojoj prilici kao rezultat određenih nacionalnih politika oblikovanih kako bi se kontrolirali izdaci za lijekove. U skupini najrazvijenijih gospodarstava, između ostalih, ističe se Norveška, koja je uspjela zadržati izdatke za lijekove na relativno niskoj razini u odnosu na njezin BDP i u odnosu na ukupne izdatke za zdravstvo, djelomično zbog primjene strogih cjenovnih politika i politika nadoknada troškova. Norveška je uvela strogi pristup temeljen prema potrebama i od tada je nastavila aktivno upravljati farmaceutskim sektorom, kontrolirati cijene i aktivno promovirati racionalno propisivanje lijekova [WHO, 2011].

Slika 8.4. **Veza između BDP-a i ukupnih izdataka za lijekove u zemljama s visokom razinom dohotka u 2006. godini, u američkim dolarima**



Izvor: WHO (2011).

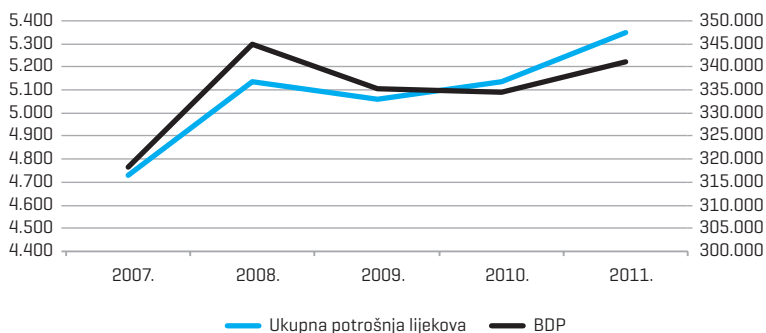
8.5. Potrošnja i tržište lijekova u Hrvatskoj

Potrošnja je lijekova, između ostalog, povezana sa starošću stanovništva i bruto domaćim proizvodom. Osim toga, povećava se dostupan broj novih lijekova, što također utječe na potrošnju. Hrvatska je 2011. godine imala 4,3 milijuna stanovnika, od čega je petina starija od 65 godina, a četvrtina od 60 godina. Nominalni BDP je od 2007. do 2011. porastao za 7,2 posto²⁶, dok je od 2009. do 2011. uvršteno 85 izvornih lijekova na liste lijekova HZZO-a. Stoga je razumljivo što se povećala ukupna financijska potrošnja

²⁶ Budući da je potrošnja lijekova izražena u nominalnim jedinicama, za usporedbu s BDP-om su također uzete nominalne jedinice.

lijekova od 2007. do 2011. godine [za 11,5 posto²⁷], iako se povećala više nego nominalni BDP [slika 8.5].

Slika 8.5. **Ukupna potrošnja lijekova i BDP u Hrvatskoj u razdoblju od 2007. do 2011. godine, u milijunima kuna**



Izvori: IMS Market Viewer i DZS.

Međutim, slika 8.5 pokazuje da potrošnja lijekova, osim u 2009. godini, kada je BDP najviše pao, ima trend rasta, dok nominalni BDP stagnira. Stoga se može pretpostaviti da će zbog kontrole rasta rashoda za lijekove koji su financirani preko HZZO-a, a koji čine najveći udio u ukupnoj potrošnji lijekova, u uvjetima ekspanzije domaćeg gospodarstva stopa rasta BDP-a biti viša od stope rasta potrošnje lijekova. To je u suprotnosti sa svjetskim trendovima²⁸, ali je racionalno, ukoliko to ne dovede do pogoršanja zdravstvenih ishoda.

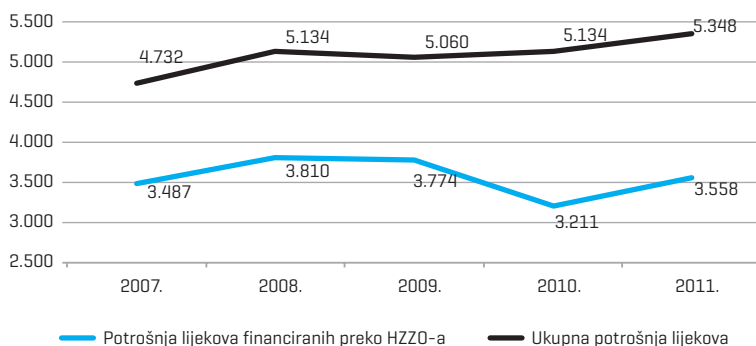
Vremenski niz rashoda za lijekove koji su financirani preko HZZO-a, a koji uključuje rashode za lijekove na recept i rashode za posebno skupe lijekove, sadrži strukturni lom u 2010. godini. Naime, od 2010. godine se rashodi za ljekarničke usluge izdavanja lijeka na recept uključuju u primarnu zdravstvenu zaštitu, zbog čega su, između ostalog, rashodi za lijekove u 2010. i 2011. godini manji od rashoda u 2009. godini (slika 8.6). Uspoređivati se, dakle, mogu samo podaci do ili nakon strukturnog loma. Porast rashoda za lijekove

²⁷ Navedeno je povećanje izračunato prema podacima IMS Market Viewera, koji podatke o potrošnji lijekova prikuplja od veleprodajnika koji ima pokrivenost veću od 95 posto. Podaci HALMED-a pokazuju značajno veće povećanje u navedenom razdoblju. Međutim, u 2007. godini HALMED je prikupio podatke od samo 43,1 posto ljekarni. Preostalih 56,9 posto procijenjeno je metodom ekstrapolacije te se na taj način došlo do procijenjene ukupne potrošnje lijekova u Hrvatskoj, koja je prema HALMED-u u 2007. godini bila manja od ukupne potrošnje lijekova prema IMS Market Vieweru za gotovo 19 posto. Pretpostavka je da je zbog relativno malog prikupljenog uzorka došlo do odstupanja podataka HALMED-a od IMS Market Viewera. Za razliku od toga, u 2011. godini HALMED je uspio prikupiti podatke od 83,1 posto ljekarni, zbog čega je i razlika između podataka HALMED-a i IMS Market Viewera značajno manja. Zbog toga su u radu za usporedbu potrošnje lijekova po godinama korišteni podaci IMS Market Viewera, dok se podaci HALMED-a za 2011. godinu koriste u analizi broja definiranih dnevnih doza.

²⁸ Naime, zbog uvođenja novih lijekova, starenja stanovništva te zbog povećane incidencije kroničnih oboljenja, u mnogim zemljama u svijetu je prisutan trend većeg rasta potrošnje lijekova od porasta BDP-a [WHO, 2011].

koje financira HZZO od 2007. do 2009. iznosi 18 posto, odnosno značajno više od porasta nominalnog BDP-a u istom razdoblju. U 2011. godini su rashodi za lijekove porasli za 10,8 posto u odnosu na godinu dana ranije²⁹, dok je ukupna potrošnja lijekova porasla za 4,2 posto, što znači da se povećao udio rashoda za lijekove koje financira HZZO u ukupnim izdacima za lijekove, i to sa 62,5 posto u 2010. godini na 66,5 posto u 2011. godini. U zemljama sa srednje visokom razinom dohotka, među koje spada i Hrvatska, taj udio u prosjeku iznosi 38,8 posto, dok visoko razvijene zemlje imaju udio javnih izdataka za lijekove u visini od 61,3 posto [WHO, 2011].

Slika 8.6. **Ukupna potrošnja lijekova i potrošnja lijekova financiranih preko HZZO-a**



Napomena: Lijekovi financirani preko HZZO-a obuhvaćaju lijekove na recept i posebno skupe lijekove.

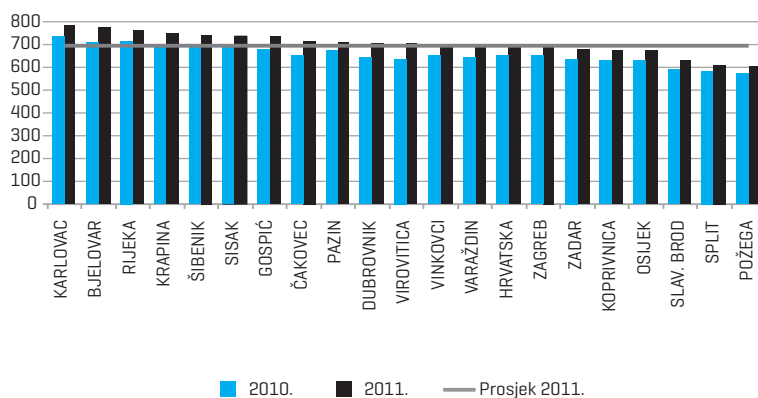
Izvori: IMS Market Viewer i HZZO.

Rashodi za lijekove na recept po područnim uredima pokazuju relativno ravnomjernu potrošnju u Hrvatskoj (slika 8.7). Prosječna je potrošnja po stanovniku u 2011. iznosila 694,4 kuna, a varijacija potrošnje, mjerena standardnom devijacijom i koeficijentom varijacije, nije velika te iznosi 50 kuna, odnosno 7,2 posto.

Na relativno malu disperziju ukazuje i činjenica da se unutar raspona od 1 standardne devijacije nalazi 13 od 20 područnih ureda u kojima živi gotovo 70 posto osiguranika. U svim je područnim uredima zabilježen porast rashoda za lijekove u 2011. godini, a najveći je porast ostvaren u područnim uredima Virovitica (10,3 posto) i Dubrovnik (10,1 posto), dok je najmanji porast rashoda od 4,8 posto bio u područnom uredu Split.

²⁹ Rashodi za lijekove na recept su porasli za 195,6 milijuna kuna, odnosno 6,9 posto, dok su rashodi za posebno skupe lijekove porasli za 151,5 milijuna kuna, odnosno 40,1 posto. Budući da posebno skupi lijekovi obuhvaćaju 14,9 posto ukupnih rashoda za lijekove koji su financirani preko HZZO-a, ovako veliki porast njihovih rashoda znači da su ostvarili doprinos u ukupnom porastu rashoda za lijekove u 2011. godini od 43,7 posto.

Slika 8.7. Rashodi za lijekove na recept po područnim uredima



Izvor: HZZO.

Broj definiranih dnevnih doza na 1.000 stanovnika u 2011. godini iznosio je 896,2 doze, odnosno, gotovo svaki stanovnik Hrvatske je u prosjeku dnevno trošio jednu dozu lijeka³⁰. Najviše se koriste pripravci koji djeluju na živčani [25,6 posto ukupnog volumena prodanih lijekova] i kardiovaskularni sustav [23,4 posto] (slika 8.8). Drugim riječima, u prosjeku svaki drugi stanovnik Hrvatske dnevno troši jednu dozu lijeka za kardiovaskularni ili živčani sustav. Struktura volumena prodanih lijekova se od 2007. godine nije znatno promijenila, osim u slučaju pripravaka koji djeluju na kardiovaskularni sustav, kojima je udio porastao s 19,4 posto u 2007. godini na 23,4 posto u prvih deset mjeseci 2012. godine, dok se udio pripravaka za liječenje sustavnih infekcija i pripravaka koji djeluju na krv i krvotvorne organe smanjio za po 2 posto.

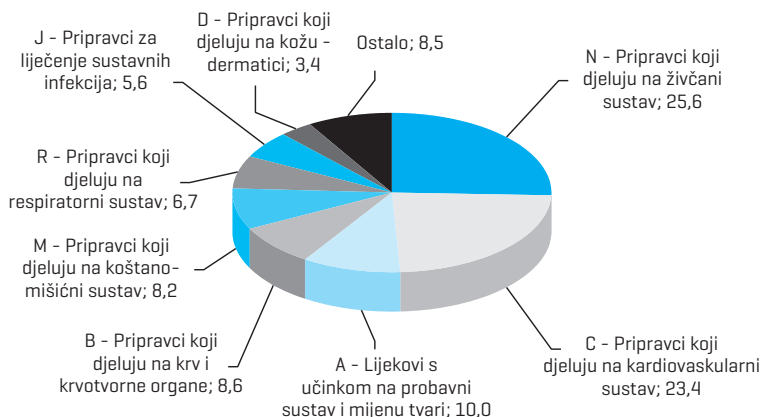
Struktura potrošnje lijekova u monetarnim jedinicama pokazuje da je najskuplja skupina pripravaka za liječenje zloćudnih bolesti i imunomodulatora. U volumenu ta skupina obuhvaća tek 0,7 posto ukupno prodanih lijekova, dok u kunama taj udio iznosi 15,1 posto (slika 8.9), zato što ova skupina velikim dijelom obuhvaća izvorne lijekove koji spadaju u kategoriju posebno skupih lijekova. Osim toga, u ovu se skupinu lijekova uključuju sve skuplji lijekovi³¹, što se očituje u tome što se od 2007. do 2012. godine povećao volumen potrošnje pripravaka za liječenje zloćudnih bolesti i imunomodulatora za 12 posto, dok se u monetarnim jedinicama potrošnja povećala za 33,7 posto. S druge strane, unatoč

30 Međutim, istraživanja pokazuju relativno slabu ustrajnost pacijenata prema propisanoj terapiji. Leppée i Bošković [2010] su istražili pridržavaju li se pacijenti uputa liječnika o uzimanju propisane terapije i rezultati su pokazali da čak 58,3 posto pacijenata nije ustrajno u korištenju lijekova. Osim što to može djelovati nepovoljno za zdravlje, neiskorišteni lijekovi nepotrebno opterećuju i proračun HZZO-a.

31 Što ne bi trebao biti problem, ako se koriste učinkovito i ako dovode do poboljšanja zdravstvenih ishoda.

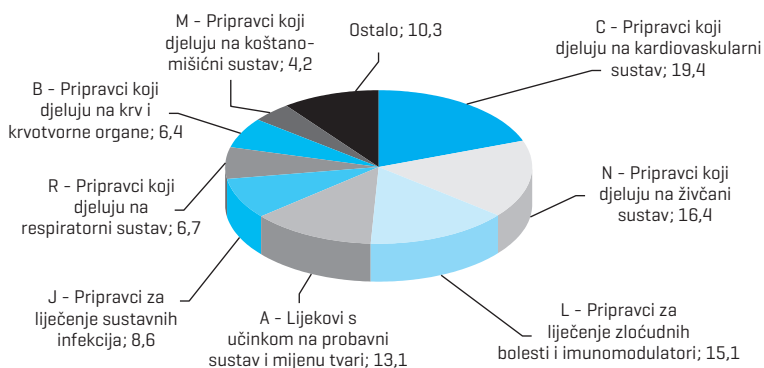
povećanju udjela volumena pripravaka koji djeluju na kardiovaskularni sustav, cijene u toj skupini padaju. Tako je u ukupnim prihodima od prodaje lijekova na hrvatskom tržištu udio pripravaka koji djeluju na kardiovaskularni sustav u 2007. godini iznosio 22,2 posto, a u prvih deset mjeseci 2012. godine 19,4 posto.

Slika 8.8. **Struktura potrošnje lijekova u volumenu po glavnim skupinama ATK klasifikacije u prvih deset mjeseci 2012. godine, u %**



Izvor: IMS Market Viewer.

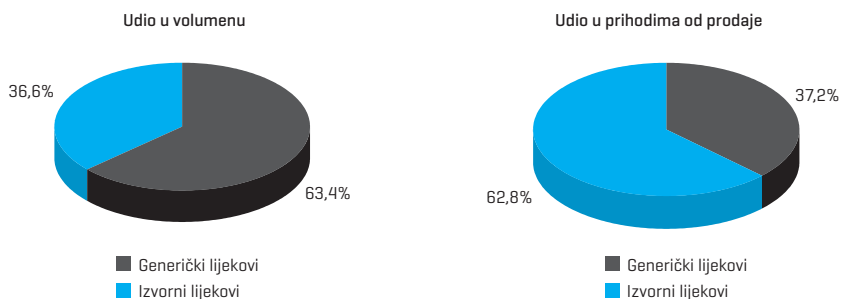
Slika 8.9. **Struktura potrošnje lijekova u kunama po glavnim skupinama ATK klasifikacije u prvih deset mjeseci 2012. godine, u %**



Izvor: IMS Market Viewer.

U nastavku poglavlja analizira se konkurencija na tržištu lijekova te kretanje tržišnih udjela farmaceutskih tvrtki³². U analizi tržišta lijekova potrebno je razdvojiti tržišne udjele po volumenu prodanih lijekova od tržišnih udjela prema prihodu od prodaje lijekova. Naime, neki su proizvođači lijekova usmjereni prema razvoju izvornih lijekova, koji su do isteka patentne zaštite relativno skupi, zbog čega relativno manji broj lijekova ostvaruje veće prihode od prodaje. Drugi se pak proizvođači bave proizvodnjom generičkih lijekova čiji razvoj zahtijeva značajno manje troškove te omogućuje niže cijene. Tako se u Hrvatskoj 63,4 posto volumena prodaje odnosi na generičke lijekove, dok u prihodima od prodaje prevladavaju izvorni lijekovi sa 62,8 posto (slika 8.10). Udio izvornih lijekova u ukupnom volumenu prodanih lijekova se povećava (s 34,9 posto u 2007. godini na 36,6 posto u prvih deset mjeseci 2012.), zbog čega raste i njihov udio u ukupnim prihodima od prodaje lijekova (sa 60,2 posto u 2007. godini na 62,8 posto u prvih deset mjeseci 2012.).

Slika 8.10. **Udio izvornih i generičkih lijekova na tržištu lijekova u Hrvatskoj u prvih deset mjeseci 2012. godine**



Izvor: IMS Market Viewer.

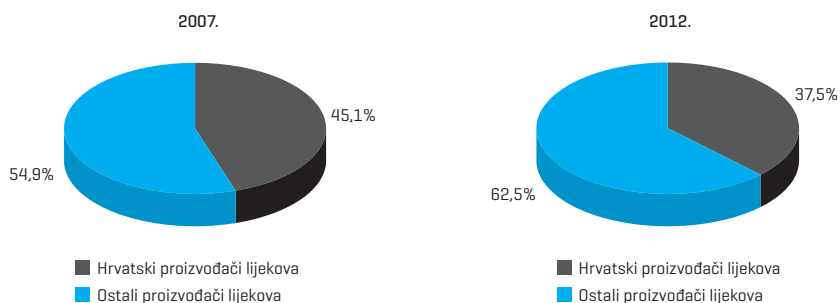
Bez obzira gleda li se broj prodanih lijekova ili prihodi od njihove prodaje, pokazuje se da na hrvatskom tržištu lijekova postoji snažna konkurencija, što se očituje u relativno niskom i padajućem Herfindahl-Hirschmannovom indeksu (HHI)³³. U 2007. godini je HH indeks za volumen prodanih lijekova iznosio 1.289, što pokazuje umjereno koncentrirano tržište, dok je u 2012. godini pao na 873, odnosno na razinu slabo koncentriranog tržišta. U financijskom se dijelu pokazuje još slabija koncentracija proizvođača lijekova, budući da je HH indeks pao sa 630 u 2007. godini na 463 u 2012.

³² Analiza se temelji na podacima IMS Market Viewera.

³³ Herfindahl-Hirschmannov indeks je indeks kojim se mjeri tržišna koncentracija, a računa se kao zbroj kvadrata tržišnih udjela svih sudionika na određenom tržištu. Vrijednost HH indeksa se kreće od skoro nula (savršena konkurencija) do 10.000 (monopol). Kada HH indeks iznosi manje od 1.000, to znači da je na određenom tržištu koncentracija niska, odnosno tržište je konkurentno i nema dominantnih sudionika. Vrijednost HH indeksa između 1.000 i 1.800 pokazuje umjerenu koncentraciju, dok iznad 1.800 pokazuje visoku koncentraciju tržišta.

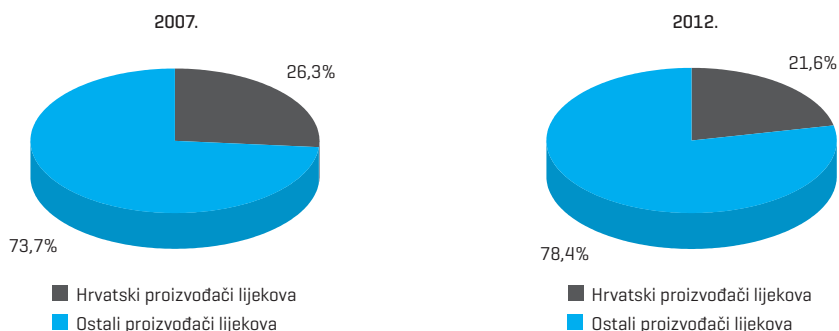
Među 50 najznačajnijih farmaceutskih tvrtki koje prodaju lijekove na hrvatskom tržištu nalazi se sedam domaćih proizvođača. Međutim, domaći proizvođači postepeno gube tržišni udio. Udio domaćih proizvođača u ukupnom broju prodanih lijekova pao je s 45,1 posto u 2007. godini na 37,4 posto u 2011. godini, dok se u prvih 10 mjeseci 2012. njihov udio stabilizirao te je iznosio 37,5 posto (slika 8.11). Unatoč tome što domaći farmaceutski proizvođači i dalje drže više od trećine volumena prodanih lijekova, financijski im je udio značajno manji, zato što su domaći proizvođači najvećim dijelom usmjereni prema proizvodnji generičkih lijekova, kojima je cijena značajno niža od izvornih lijekova. Financijski udio domaćih proizvođača pao je s 26,3 posto u 2007. godini na 21,6 posto u prvih deset mjeseci 2012. (slika 8.12), a najveći je pad udjela doživjela Pliva. Plivin je udio u volumenu prodaje lijekova u 2007. godini iznosio 29,4 posto, a udio u prihodima od prodaje lijekova 16,3 posto, dok su se u prvih deset mjeseci 2012. godine ti udjeli smanjili na 18,3, odnosno 11,3 posto. Unatoč snažnom padu Plivinog tržišnog udjela, ipak se može primijetiti da je blaži pad udjela ostvaren u prihodima od prodaje zbog čega Pliva u tom dijelu i dalje drži vodeću poziciju na domaćem tržištu. Gubitak tržišnog udjela na domaćem tržištu Pliva nadomješta izvozom, zbog čega su joj ukupni prihodi u 2011. godini bili viši nego u 2007., unatoč blagom padu prihoda nakon 2008. godine. Osim Plive, pad tržišnog udjela u broju prodanih lijekova od domaćih proizvođača zabilježila je jedino još Oktal Pharma, dok je u financijskom dijelu pad udjela ostvario Belupo, kojem je udio prihoda od prodaje lijekova pao s 9,7 na 8,7 posto, unatoč rastu tržišnog udjela volumena prodanih lijekova.

Slika 8.11. **Udio domaćih proizvođača u ukupnom broju prodanih lijekova u 2007. godini i prvih deset mjeseci 2012.**



Izvor: IMS Market Viewer.

Slika 8.12. **Udio domaćih proizvođača u ukupnim prihodima od prodaje lijekova u 2007. godini i prvih deset mjeseci 2012.**



Izvor: IMS Market Viewer.

8.6. Zaključak

Tržište je lijekova, zato što zdravlje ima status javnog dobra, kako većinom u svijetu, tako i u Hrvatskoj, visoko regulirano. Stoga na tržištu lijekova ne djeluju uobičajeni zakoni ponude i potražnje, odnosno ponuda i potražnja za lijekovima ne ovise prvenstveno o tržišnim cijenama. Na potražnju za lijekovima, između ostalog, utječu promjena demografske strukture stanovništva, kronične bolesti, dinamika uvođenja novih lijekova, ali i gospodarski rast, dok se ponuda lijekova odvija prema zakonima regulacije tržišta izvornih i generičkih lijekova.

Nominalni hrvatski BDP je od 2007. do 2011. porastao za 7,2 posto, četvrtina stanovništva je starija od 60 godina te se povećava dostupan broj novih lijekova. Stoga je razumljivo što ukupna potrošnja lijekova u Hrvatskoj ima trend rasta te se od 2007. do 2011. povećala za 11,5 posto.

U 2011. godini su rashodi za lijekove koji su financirani preko HZZO-a porasli za 10,8 posto u odnosu na godinu dana ranije, dok je ukupna potrošnja lijekova porasla za 4,2 posto. To znači da se povećao udio rashoda za lijekove koje financira HZZO u ukupnim izdacima za lijekove, i to sa 62,5 posto u 2010. godini na 66,5 posto u 2011. godini, što je relativno visok udio. Udio javnih izdataka za lijekove u ukupnim izdacima u zemljama sa srednje visokom razinom dohotka, u koje spada i Hrvatska, iznosi 38,8 posto, a u visoko razvijenim zemljama 61,3 posto. Udio izdataka za lijekove na recept i posebno skupe lijekove u ukupnim rashodima HZZO-a za zdravstvenu zaštitu u prosjeku iznosi 21,3

posto, što je također relativno visok udio. U svijetu taj udio u prosjeku iznosi oko 15 posto, a u zemljama OECD-a oko 16 posto.

Na hrvatskom tržištu lijekova postoji snažna konkurencija, što se očituje u relativno niskom i padajućem Herfindahl-Hirschmannovom indeksu. Među 50 najznačajnijih farmaceutskih tvrtki koje prodaju lijekove na hrvatskom tržištu nalazi se sedam domaćih proizvođača. Međutim, domaći proizvođači postepeno gube tržišni udio i u segmentu broja prodanih lijekova i prihoda od prodaje lijekova.

Iako se većina literature bavi analizom utjecaja visine BDP-a po stanovniku i drugih varijabli na visinu izdataka za lijekove, veza između BDP-a i izdataka za lijekove, kako pokazuje Barro [1996], može biti i obrnuta. Naime, lijekovi mogu ubrzati proces ozdravljenja što znači da zaposleno stanovništvo gubi manje radnih dana, odnosno da ekonomija može biti produktivnija te može proizvesti više dobara i usluga. Tako efikasno ulaganje u lijekove, i općenito zdravstvo, podiže produktivnost radne snage i može biti jedan od izvora rasta gospodarstva. Stoga se, unatoč relativno visokom izdvajanju za lijekove u odnosu na ukupna izdvajanja za zdravstvo i BDP, izdaci za lijekove u Hrvatskoj ne bi trebali smanjivati, nego racionalizirati korištenjem, za sada još uvijek nedovoljno primijenjenih u Hrvatskoj, suvremenih metoda farmakoekonomske analize.

Literatura

Auster, R., L. Irving i D. Sarachek, 1969, "The Production of Health: An Exploratory Study", *Journal of Human Resources*, 4[4], str. 411-436.

Barro, R. J., 1996, "Determinants of Economic Growth: A Cross-Country Empirical Study", NBER Working Paper, br. 5698, Cambridge, MA: NBER.

Çelik, Y. i A. Seiter, 2008, *Turkey: Pharmaceutical Sector Analysis*, World Bank.

European Commission, "Pharmaceuticals and Health Services", http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/overview_en.html.

Lamza-Maronić, M. i J. Glavaš, 2008, "Pharmaceutical Market in the Republic of Croatia", *Medicinski glasnik*, 5[1], str. 44-48.

Leppée, M. i J. Bošković, 2010, "Problem neustrajnosti pacijenata prema terapiji", rad prezentiran na 2. hrvatskom kongresu preventivne medicine i unapređenja zdravlja, Zagreb, 13.-16. listopada.

Lichtenberg, F., 1996, "The Effect of Pharmaceutical Utilisation and Innovation on Hospitalization and Mortality", NBER Working Paper, br. 5418, Cambridge, MA: NBER.

Mehrara, M., M. Musai i H. Amiri, 2010, "The Relationship between Health Expenditures and GDP in OECD Countries Using PSTR", *European Journal of Economics, Finance and Administrative Sciences*, 24, str. 50-58.

Miller, R. D. i H. E. Frech III., 2000, "Is There a Link between Pharmaceutical Consumption and Improved Health in OECD Countries", *Pharmacoeconomics*, 18[1], str. 33-45.

Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, 2012, *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020.*

OECD, 2012, *OECD Health Data 2012.*

Pravilnik o davanju odobrenja za stavljanje gotovog lijeka u promet, *Narodne novine*, br. 83/2013.

Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvješćivanja o cijenama na veliko, *Narodne novine*, br. 83/2013.

Pravilnik o mjerilima za određivanje cijena lijekova na veliko i o načinu izvještavanja o cijenama na veliko, *Narodne novine*, br. 84/2001. i 91/2006.

Pravilnik o mjerilima za stavljanje lijekova na osnovnu i dopunsku listu lijekova HZZO-a, *Narodne novine*, br. 83/2013.

Staničić, Ž. i V. Loparić, 2008, "Liberalizacija tržišta lijekova: socijalne i zdravstvene implikacije", *Sociologija i prostor*, 46[2], str. 187-202.

Stewart, C. T., 1971, "Allocations of Resources to Health", *Journal of Human Resources*, 6[1], str. 103-122.

Swift, R., 2011, "The Relationship between Health and GDP in OECD Countries in the Very Long Run", *Health Economics*, 20[3], str. 306-322.

Tomić, S., 2010, "Agencija za lijekove i medicinske proizvode je spremna za ulazak u EU", intervju objavljen u glasilu CARPC-a, *iNova*, br. 2.

Tomić, S., A. Filipović Sučić i A. Ilić Martinac, 2010, "Reguliranje lijekova u Hrvatskoj – doprinos javnom zdravstvu", *Kemija u industriji*, 59[7-8], str. 343-349.

World Health Organization [WHO], 2001, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Commission on Macroeconomics and Health.

World Health Organization [WHO], 2004, *The World Medicines Situation*, WHO/EDM/PAR/2004.5.

World Health Organization [WHO], 2011, *The World Medicines Situation 2011*, 3rd Edition, WHO/EMD/MIE/2011.2.6.

Zakon o lijekovima, *Narodne novine*, br. 71/2007., 45/2009., 124/2011. i 76/2013.

Zakon o lijekovima i medicinskim proizvodima, *Narodne novine*, br. 121/2003.

IV

KOLIKO SU KORISNICI UKLJUČENI U OCJENU ZDRAVSTVENIH USLUGA?

9. Korupcija u zdravstvu u Hrvatskoj: mit ili stvarnost?

Jelena Budak i Edo Rajh

9.1. Uvod

Korupcija u zdravstvu negativna je pojava prisutna u gotovo svim zemljama svijeta. Najpoznatija međunarodna nevladina organizacija koja se bavi suzbijanjem korupcije, Transparency International, 2006. je godine svoje globalno izvješće posvetila upravo temi korupcije u zdravstvu [Transparency International, 2006]. U svakodnevnom životu pod korupcijom u zdravstvu najčešće se podrazumijevaju korupcijske prakse u odnosu pacijenta i liječnika, i to davanje mita u novcu za pružanje medicinskih usluga. Suvremena literatura koja se bavi korupcijom u zdravstvu osim "plavih koverti" prepoznaje znatno složenije oblike korupcijskih transakcija. Multinacionalne farmaceutske kompanije koje podmićivanjem ili na bilo koji drugi neetičan način osiguravaju testiranje odnosno uporabu svojih lijekova, korupcija u ugovaranju radova, održavanja ili nabave medicinske opreme, lijekova i potrošnog materijala u ustanovama javnog zdravstva, nepotizam prilikom zapošljavanja ili napredovanja u karijeri u sektoru javnog zdravstva – sve su to potencijalna područja korupcije u zdravstvu. Otkriveni slučajevi korupcije¹ dodatno upozoravaju na visoku osjetljivost zdravstvenog sektora na korupciju i na nužnost sustavnog pristupa suzbijanju korupcije u zdravstvu.

Stoga ovo poglavlje knjige započinje sustavnim pregledom korupcije u zdravstvu u širem smislu te svjetske znanstvene literature o rizicima i pojavnim oblicima korupcije u zdravstvu. U tom kontekstu, detaljnije se prikazuju korupcijski rizici u javnoj nabavi. Nadalje se objašnjavaju neslužbena plaćanja u zdravstvu i vrste plaćanja koja se smatraju korupcijom. Neslužbena su plaćanja duboko ukorijenjena u zdravstvu zemalja u razvoju i tranzicijskim zemljama i čine relativno značajan dio tzv. plaćanja iz džepa [engl. *out-of-pocket money*] u rashodima kućanstava za zdravstvo, što neki analitičari objašnjavaju povijesnim nasljeđem socijalističkog uređenja. Premda ova vrsta rashoda nije predmet našeg istraživanja, korupcijska plaćanja pacijenata za zdravstvene usluge svakako čine dio neslužbenih plaćanja i valja ih radi potpunijeg razumijevanja staviti u taj širi okvir.

1 Foreign Corrupt Practices Act (FCPA) je zakon u SAD-u koji američkim kompanijama zabranjuje podmićivanje stranih službenika radi dobivanja poslova u inozemstvu. Prema tom zakonu nadležno tijelo U.S. Securities and Exchange Commission je od 2011. do kolovoza 2012. godine procesuiralo četiri kompanije za korupciju u zdravstvu [Pfizer, Orthofix International, Biomet, Johnson&Johnson]. Vidjeti više na: <http://www.sec.gov/spotlight/fcpa/fcpa-cases.shtml>.

Raspoložive ankete i istraživanja provedena u drugim zemljama o visini i modalitetima neslužbenih plaćanja u zdravstvu korisne su informacije za uvod u analizu podataka za Hrvatsku, posebice stoga što je literatura o neformalnim plaćanjima i korupciji u zdravstvu rijetka [Gorjanski, 2010; Mastilica i Božikov, 1999; Goel, Budak i Rajh, 2012; 2013; Budak, 2006].

Odgovor na pitanje je li korupcija u hrvatskom zdravstvu mit ili stvarnost pružaju podaci prikupljeni anketom hrvatskih građana o percepcijama raširenosti korupcije i stvarnim korupcijskim iskustvima u kontaktima s liječnicima i medicinskim sestrama u javnim zdravstvenim ustanovama². Istraživanje se bavi samo jednim segmentom korupcije u hrvatskom zdravstvu i ograničeno je na neslužbena davanja pacijenata i njihova darivanja zdravstvenih djelatnika. Premda nisu u potpunosti usporedivi, podaci iz anketnog istraživanja među hrvatskim građanima omogućuju pozicioniranje Hrvatske u odnosu na druge zemlje EU-a. Najveća vrijednost empirijskog istraživanja nije u dokazivanju postojanja korupcije u hrvatskom zdravstvu, već vrlo detaljnoj obradi anketnih podataka. Pristup za kojeg smo se kao autori odlučili u izradi dubinske analize korupcijskog ponašanja u odnosu pacijent-zdravstveni djelatnik, podložen je metodološkim kritikama. Većina rezultata dobivena je na doista velikom nacionalno reprezentativnom uzorku od 3.000 ispitanika, ali daljnja je obrada križanjem podataka napravljena na relativno malim poduzorcima ispitanika. Međutim, upravo su takve dubinske analize potrebne za identifikaciju potencijalnih žarišta i specifičnosti korupcijskih obrazaca ponašanja u odnosu pacijent-zdravstveni djelatnik, kako bi nalazi istraživanja u konačnici poslužili dokidanju neetične prakse.

9.2. Zašto je zdravstvo podložno korupciji?

Korupcija je globalna pojava svojstvena svim društvima kroz povijest do današnjih dana. Pojavu korupcije nije moguće iskorijeniti, ali svjesne njezinih štetnih socio-ekonomskih posljedica, države ulažu sve veće napore u suzbijanje korupcije. Koruptivna ponašanja opažaju se i u javnom i u privatnom sektoru, no međunarodno praćenje korupcije odnosi se na javni sektor. Budući da prema standardnoj definiciji Svjetske banke korupcija predstavlja zlouporabu javnih ovlasti radi ostvarivanja privatne koristi [World Bank, 1997], na jednoj se strani korupcijskih transakcija uvijek nalazi javni sektor (više u Budak, 2006). Svi su gospodarski sektori izloženi riziku od korupcije, međutim, zdravstvo je posebno osjetljivo, iz više razloga. Prvo, radi se o sektoru koji je financijski iznimno značajan u svim ekonomijama svijeta. Drugo, radi se o vrlo složenim sustavima koji

² Podaci su prikupljeni u okviru projekta Anketno ispitivanje kućanstava o korupciji i drugim oblicima kriminala u Hrvatskoj 2010. godine ugovorenog između UNODC-a i Ekonomskog instituta, Zagreb, prema kojem autori mogu koristiti izvorne podatke za znanstveni rad. Objavljeni nalazi i stavovi, međutim, osobna su odgovornost autora.

uključuju brojne dionike i njihove interakcije u raznovrsnim aktivnostima, od kojih svaka nosi specifične korupcijske rizike [Savedoff i Hussmann, 2006; Vian, 2008; Kassirer, 2006]. Ekonomska teorija prepoznaje i nesavršenosti tržišta kao dodatne čimbenike korupcijskog rizika u zdravstvu, a to su neizvjesnost i asimetričnost informacija. Budući da bolest dolazi nenajavljeno, potražnja za zdravstvenim uslugama je neizvjesna. Ova se tržišna nesavršenost dijelom regulira zdravstvenim osiguranjem. Međutim, na tržištu zdravstvenog osiguranja, kao i na tržištu zdravstvenih usluga, postoji problem asimetričnih informacija. Korisnici zdravstvenih usluga, odnosno osiguranici, nemaju iste informacije kao pružatelji zdravstvenih usluga i osiguravajuća društva. Sustav zdravstva je visoko institucionaliziran jer u njemu djeluju i primjerice brojna nacionalna regulatorna tijela, vladine institucije i slični institucionalni igrači. Pacijent pojedinac je u složenom sustavu zdravstva uvijek slabije informiran u odnosu na liječnike, osiguravatelje, regulatorna tijela, i nije u mogućnosti kvalitetno preuzeti kontrolu nad postupcima u zdravstvu u kojima sudjeluje (tzv. *principal-agent problem*). Čimbenik povećanog rizika korupcije u odnosu pacijent-liječnik je i neelastičnost potražnje za zdravstvenim uslugama [Kassirer, 2006].

Savedoff i Hussmann (2006) shematski prikazuju interakcije ključnih sudionika u sustavu zdravstva i moguće korupcijske prakse, napominjući kako ih je zbog neizvjesnosti, složenosti sustava i asimetričnosti informacija iznimno teško otkriti, sankcionirati i suzbiti. U sustavu zdravstva isprepleteni su u interakciji pacijent, pružatelj zdravstvenih usluga (privatni ili javni), osiguranje (javno ili privatno), dobavljači lijekova, medicinske i druge robe i usluga, te regulatorna tijela. Pregled korupcijskih rizika u zdravstvu u širem smislu i štetnih posljedica korupcijskih praksi prepoznatih u svijetu pomaže u prepoznavanju potencijalno korupcijskog ponašanja i u hrvatskom zdravstvu [tablica 9.1].

Regulatorna tijela poput ministarstva, agencija, lokalnih vlasti, inspekcija i drugih institucija nadležnih za kontrolu i mjere politike u zdravstvu mogu se naći pod korupcijskim pritiskom svih zainteresiranih strana u sustavu zdravstva. Korupcijski rizici prisutni su obostrano: dodijeljene diskrecijske ovlasti u odlučivanju omogućuju djelatnicima regulatornih tijela da zahtijevaju plaćanje korupcijske rente od ostalih sudionika u sustavu zdravstva. Literatura uobičajeno navodi primjer korupcijskih pritisaka dobavljača medicinske opreme ili farmaceutskih kompanija kako bi regulatori odobrili nabavu neke opreme ili uporabu lijeka stavljanjem na listu dopuštenih ili subvencioniranih lijekova. Najčešći modaliteti korupcije pri tome su lobiranje, nepotizam koji dovodi do sukoba interesa, pa čak i izravno podmićivanje. Liječnici ili zdravstvene ustanove koji od nacionalnog regulatora traže dozvolu za obavljanje djelatnosti pružanja zdravstvenih usluga i čiji rad kontroliraju nadležne inspekcije, također mogu korupcijskim metodama pokušati ishoditi povoljnija rješenja.

Tablica 9.1. Korupcijski rizici u sustavu zdravstva

Područje/djelatnost	Koruptivno ponašanje i problemi	Socio-ekonomske posljedice
Izgradnja, preuređenje i održavanje zdravstvenih objekata	<p>Podmićivanje, provizija za sklapanje ugovora i političko lobiranje za dobivanje ugovora</p> <p>Loše obavljen posao za koji izvođač neće odgovarati</p>	<p>Skupo i nekvadratno izgrađeni objekti</p> <p>Lokacije i funkcionalnost objekata ne zadovoljavaju potrebe jednakog pristupa zdravstvenoj infrastrukturi</p>
Nabava opreme i materijala, uključivo lijekova	<p>Podmićivanje, provizija i političko lobiranje kod izrade specifikacija za javni natječaj i izbor najpovoljnijeg ponuđača</p> <p>Tajni sporazumi i namještanje natječaja</p> <p>U odabiru najpovoljnijeg dobavljača ne potiče se primjena kriterija "vrijednost za novac"</p> <p>Neetička promocija lijekova</p> <p>Dobavljači nisu odgovorni za (ne)isporuku robe</p>	<p>Skupi, neadekvatni lijekovi i oprema koji se i dupliciraju</p> <p>Oprema nije raspoređena sukladno stvarnim potrebama</p> <p>Oprema i lijekovi koji ne zadovoljavaju standarde</p> <p>Neracionalna nabava čini ukupno raspoloživa sredstva nedostatnima čime se povećava nejednakost zdravstvene skrbi</p>
Distribucija i uporaba lijekova i materijala pri pružanju medicinske usluge	<p>Krada za osobnu uporabu ili otuđivanje za preprodaju u privatnom sektoru lijekova i potrošnog materijala sa skladišta ili u distribucijskim kanalima</p> <p>Prodaja lijekova i materijala koji bi trebali biti besplatni</p>	<p>Ograničena/smanjena uporaba lijekova</p> <p>Pacijenti ne dobivaju primjerenu terapiju ili se ona prekida prije vremena</p> <p>Pacijenti moraju pribaviti lijek neformalnim plaćanjima</p>
Regulativa vezana za kvalitetu proizvoda (lijekova, materijala, opreme), zdravstvenih usluga, objekata i osoblja	<p>Podmićivanje, provizija i političko lobiranje kako bi se ubrzao postupak odobrenja uporabe lijeka, kontrola kvalitete lijeka ili certifikacija proizvodnog procesa</p> <p>Podmićivanje, provizija i političko lobiranje kojim se utječe na ishod inspekcije ili prikrivanje rezultata kontrole</p> <p>Pristrana primjena sanitarnih propisa za restorane, proizvodnju hrane i kozmetičkih proizvoda</p> <p>Pristrano izdavanje dozvola, akreditacija, uvjerenja i sl.</p>	<p>Dozvoljeni lijekovi na tržištu su lažni ili smanjenog terapijskog djelovanja</p> <p>Nekvalitetni dobavljači i dalje sudjeluju na javnim natječajima za javna proračunska sredstva</p> <p>Povećana stopa trovanja hranom i širenje zaraza</p> <p>Nastavak rada ustanova i objekata slabe kvalitete</p> <p>Nastavak rada nekompetentnih ili lažnih djelatnika u zdravstvu</p>
Obrazovanje zdravstvenih djelatnika	<p>Podmićivanje za upisi i polaganje ispita u medicinskim školama, fakultetima i za druge vrste obrazovanja u zdravstvu</p> <p>Podmićivanje, nepotizam i političko lobiranje u odabiru kandidata za usavršavanje</p>	<p>Nekompetentni stručnjaci u zdravstvu</p> <p>Gubitak povjerenja u zdravstvenu struku</p> <p>Nepravedan sustav</p> <p>Ograničene slobode</p>
Medicinska istraživanja	<p>Ekspertimetalna testiranja financirana od strane farmaceutskih kompanija koja se ustvari koriste za marketing lijekova</p> <p>Slaba informiranost, nerazumijevanje procesa i standarda kod davanja pristanka za a istraživanje u zemljama u razvoju</p>	<p>Narušavanje osobnih prava</p> <p>Iskrivljeni nalazi i istraživanja</p>
Pružanje usluga medicinskog osoblja i drugih djelatnika u zdravstvu	<p>Korištenje javnih objekata i opreme za primanje privatnih pacijenata</p> <p>Nepotrebno upućivanje pacijenata u privatne ordinacije</p> <p>Stalni izostanci i radnog mjesta u javnom zdravstvu</p> <p>Traženje neslužbenih plaćanja od pacijenata za zdravstvene usluge</p> <p>Otuđivanje dijela prihoda iz participacije korisnika zdravstvenih usluga i druge proračunske malverzacije</p>	<p>Gubitak vrijednosti od javnih ulaganja u zdravstvenu infrastrukturu koji se ne može nadoknaditi</p> <p>Zdravstveni djelatnici nisu raspoloživi pacijentima, što smanjuje obujam pruženih zdravstvenih usluga; potrebe pacijenata nisu zadovoljene, a jedinične cijene isporučenih zdravstvenih usluga rastu</p> <p>Pacijenti koji ne mogu sami platiti zdravstvenu uslugu ostaju bez potpune zdravstvene skrbi</p> <p>Osiromašenost građana koji od svojih prihoda i prodaje imovine plaćaju zdravstvene usluge</p> <p>Smanjena kvaliteta zdravstvene skrbi zbog smanjenih prihoda u javnom zdravstvu</p> <p>Gubitak povjerenja građana u vlast</p>

Izvor: Preuzeto iz Vian [2008].

Korupcija u odnosu na regulatorna tijela je horizontalna pojava koja nije tipična samo za zdravstvo. Primjerice, ugovaranje građevinskih radova, održavanja, informatizacije i nabave drugih nemedicinskih roba i usluga u zdravstvu susreće se s istim korupcijskim rizicima kao i u drugim sektorima. Budući da se veliki dio investicija u zdravstvu obavlja putem javnih nabava, te da se u Hrvatskoj najavljuje objedinjavanje nabave u javnom zdravstvu u cilju racionalizacije potrošnje, povećane učinkovitosti, ali i smanjenja korupcije, korisno je sagledati korupcijske rizike u javnoj nabavi.

9.3. Osjetljivost javne nabave na korupciju

Javna je nabava vrlo specifično tržište koje obilježava veliki obujam transakcija, složenost uloga svih sudionika i rizik formiranja cijene u uvjetima ograničene konkurencije. U javnom zdravstvu, u odnosu javnih naručitelja i dobavljača prisutan je rizik suboptimalne alokacije resursa. Dužnosnici i službenici koji odlučuju o predmetu i vrijednosti javne nabave, ugovaraju nabavu s odabranim dobavljačima, nadziru provedbu ugovora – ukratko, upravljaju postupcima nabave – nemaju intrinzičnu ekonomsku racionalnost u trošenju proračunskih sredstava. Oni su agenti ovlašteni da raspolažu proračunskim (ne)osobnim sredstvima za javne (ne)osobne potrebe i u izoliranom modelu njihova (ne)racionalnost i (ne)učinkovitost u korištenju proračunskih sredstava neće *per se* imati implikacije na njihovu osobnu situaciju. Raspolaganje javnim sredstvima u javne svrhe primamljiva je prilika za agente da prihode korupcijsku rentu.

Poduzeća u takvim uvjetima imaju snažan motiv da budu usko povezana s političkim strukturama na vlasti ili pojedinim dijelovima javne uprave u zdravstvu kako bi plaćanjem korupcijske rente osigurali dobivanje javnih ugovora. Pri tome se korupcijskom rentom ne smatra samo mito, već donacije političkim strankama, nepotizam, trgovina utjecajem, pružanje usluga i drugi oblici korupcije [vidjeti više u Budak, 2008]. Područje javne nabave iznimno je osjetljivo na korupciju. Korupcija poskupljuje javnu nabavu u zdravstvu i vodi ka suboptimalnoj alokaciji resursa u sektoru javnog zdravstva.

Korupcijska renta najčešće funkcionira kao dodatni porez koji se, bilo u postotku ugovorene vrijednosti ili rjeđe kao fiksni iznos, plaća djelatniku javne uprave. Za ponuditelja korupcijski iznos predstavlja trošak koji će uračunati u ponuđenu cijenu predmeta javne nabave. U taj trošak uračunati su i rizici od neobavljenog posla, otkrivanja i sankcioniranja. Ponuditelj minimizira rizik neobavljenog posla često dogovarajući isplatu provizije po zaključenju ugovora. S porastom rizika da bude otkriven, rastu i transakcijski troškovi korupcije kao ilegalne aktivnosti. Korupcijski aranžman postaje složeniji, i potrebno je naći rafinirane modalitete njegove provedbe. Ponuditelj često mora uložiti znatne resurse

kako bi u posao uključio posrednike, otvorio novo poduzeće ili bankovni račun, obavio niz financijskih transakcija u zemlji i inozemstvu, o čemu valja voditi dvojnju evidenciju, izraditi dodatnu dokumentaciju i drugo. Visoki ukupni troškovi korupcije koji obuhvaćaju direktne troškove korupcijske rente i indirektno troškove korupcijske transakcije u pozitivnoj su vezi s vrijednosti javnog ugovora. U konačnici se vrijednost ugovora uvećana za iznos korupcije plaća iz javnih sredstava.

Djelatnik javne uprave koji odlučuje o dodjeli ugovora javne nabave u zdravstvu ponaša se ekonomski racionalno procjenjujući koristi i troškove upuštanja u korupcijske aktivnosti. On stavlja u odnos značaj korupcijske rente kao ekstra prihoda i potencijalni trošak: rizik da do isplate ne dođe, da bude otkriven i kažnjen. Procijenjene koristi i troškovi od korupcije za njega ovise o visini regularne plaće, sustavu kontrole njegovih ovlasti i visini formalnih i neformalnih sankcija.

Zaključno, u uvjetima rasprostranjenosti korupcije, visina korupcijske rente postaje jedan od kriterija za donošenje odluka o alokaciji javnih sredstava u zdravstvu. Prioriteti ulaganja i potrošnje u javnom zdravstvu formiraju se prema visini korupcijske rente, a ne sukladno kriterijima razvoja standarda zdravstvene skrbi. Zatvaranje tržišta javnih nabava dobavljačima koji nisu spremni platiti korupcijski porez, dovodi do formiranja monopola i sindroma "dvorskih dobavljača". U konačnici, zdravstvo postaje skupo i neučinkovito, a zdravstvene usluge manje dostupne. Suzbijanje korupcije u javnoj nabavi u zdravstvu moguće je provođenjem transparentnih javnih natječaja, sustavima interne kontrole, sprječavanjem sukoba interesa i pažljivim osmišljavanjem službe centralizirane javne nabave.

9.4. Neformalna plaćanja u zdravstvu

Neformalna [neslužbena] plaćanja obuhvaćaju sva plaćanja pojedincima ili institucionalnim dobavljačima dobara i/ili usluga, koja se ostvaruju van službenih kanala plaćanja te ostaju neevidentirana u službeno registriranim transakcijama. Plaćanje se može izvršiti u gotovini ili naturalno, i to češće pojedincu, a rjeđe instituciji. U sektoru zdravstva, neformalna plaćanja najčešće daju pacijenti, često i za one usluge koje bi trebalo pokrивati osiguranje [Lewis, 2007]. Primjeri neformalnih plaćanja pacijenata u zdravstvu su brojni, a razlikuju se po modalitetima, namjeni, visini i drugim atributivnim obilježjima [tablica 9.2].

Tablica 9.2. **Obilježja neformalnih plaćanja u zdravstvu**

Obilježje	Vrsta
Inicijativa	Pacijent samoinicijativno Na izravni zahtjev pružatelja usluge Na zahtjev treće osobe
Oblik plaćanja	Novac (u različitim iznosima) Usluge (putovanja, večere, sponzorstvo) Stvari (hrana, vrijedni predmeti)
Namjena plaćanja	Medicinske usluge Lijekovi i potrošni medicinski materijal Smještaj i prateće zdravstvene usluge Nezdravstvene usluge (administrativne potvrde)
Svrha plaćanja	Izraz zahvalnosti Dobivanje usluge Dobivanje lijeka Viša kvaliteta (zdravstvenog) tretmana Brži pristup zdravstvenoj usluzi
Vrijeme plaćanja	Prije dobivanja usluge Istodobno s dobivanjem usluge Nakon dobivene zdravstvene usluge
Primatelj plaćanja	Zdravstvena ustanova Medicinsko osoblje Administrativno osoblje
Izvršitelj plaćanja	Pacijent osobno Obitelj pacijenta Treća osoba
Percepcije neformalnog plaćanja	Uobičajeno ponašanje Korupcija Tradicija
Stavovi prema neformalnom plaćanju	Negativni Pozitivni

Izvor: Preuzeto iz Stepurko et al. (2010).

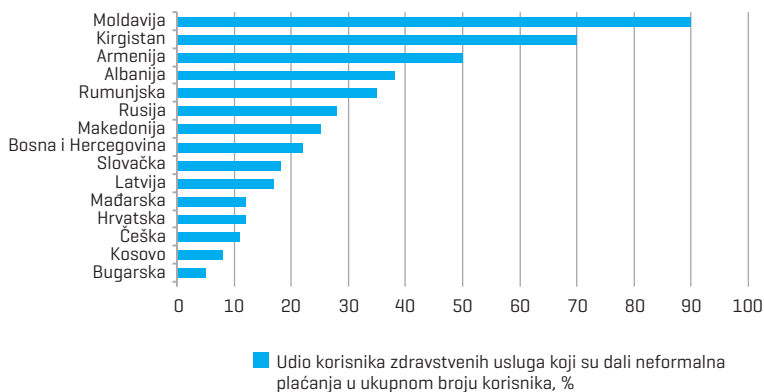
Brojne studije u svjetskoj literaturi bave se neformalnim plaćanjima, podrazumijevajući pod time “plave kovertе” liječnicima i medicinskom osoblju, priloge bolnicama, privatnu kupovinu lijekova, pomagala ili medicinskih potrepština koje su dostupne na recept ili pokrivenе osiguranjem. Premda nisu sva neformalna plaćanja u svim zemljama ujedno i nelegalna, radi se o nedefiniranoj sivoj zoni poslovanja u zdravstvu i osjetljivim informacijama. Raširenost neformalnih plaćanja u tranzicijskim zemljama pripisuje se povijesnim nasljeđem socijalizma i planske ekonomije. Planirana sredstva su često bila nedostatna za pružanje zadanih zdravstvenih usluga po zadanim cijenama, što je dovelo do dugih lista čekanja na zdravstvene usluge. Umjesto tržišnog podizanja cijene usluge, jaz se rješavao neformalnim plaćanjima. Također, kultura davanja poklona iz zahvalnosti snažno je prisutna u većini tih zemalja. Tijekom tranzicije javni se rashodi za zdravstvo smanjuju usporedo s liberalizacijom tržišta privatnih zdravstvenih usluga i osiguranja što dodatno pojačava pritisak na rješavanje problema dostupnosti zdravstvenih usluga. U

tranzicijskim zemljama još uvijek je većina zdravstvenih ustanova javna i monopolistička. Stvarna cijena usluge premašuje proračunski limit, što se ogleda ili u smanjenju broja pacijenata ili u smanjenju razine usluge. U oba slučaja pacijenti neformalnim plaćanjima zatvaraju postojeći proračunski jaz jer snose dio nepriznatih troškova poslovanja: kupuju lijekove, donose hranu u bolnicu, podmićuju slabo plaćene liječnike i slično. Monopolistički položaj javnog zdravstva pojačava opisani nesrazmjer jer ustanove i zdravstveno osoblje često i sami namjerno stvaraju liste čekanja ili nestašice kako bi izravno uprihodili ekstra rentu. Neformalna plaćanja u zdravstvu stoga negativno utječu na učinkovitost, jednakost i provedbu mjera politike [Ensor, 2004].

Empirijske studije provedene koncem 1990-ih i ranih 2000-tih u zemljama bliskima Hrvatskoj ukazuju da su neformalna plaćanja pacijenata značajno prisutna u sustavima zdravstvene zaštite tranzicijskih zemalja i zemalja regije. Ovisno o izvoru podataka koji se razlikuju po obuhvatu ankete [godina, veličina uzorka, struktura ispitanika i slično], različite studije navode i različitu raširenost neformalnih plaćanja. Indikativni, premda ne i u potpunosti usporedivi empirijski podaci koje su sistematizirali Balabanova i McKee [2002] pokazuju da se udio neformalnih plaćanja u izdacima za zdravstvene usluge kretao oko 10 posto u Hrvatskoj [1996.] i Češkoj [1994.], 16 posto u Albaniji [1999.], 17 posto u Mađarskoj [1999.], 25 posto u Rumunjskoj [1993.], 30 posto u Kazahstanu [1998.] i Kirgistanu [1999.] te čak 46 posto u Poljskoj [1994.]. Raširenost neformalnih plaćanja može se iskazati kao njihov udio u ukupnim izdacima za zdravstvene usluge ili kao udio korisnika koji su izvršili neformalna plaćanja u ukupnom broju korisnika zdravstvenih usluga. Udio korisnika zdravstvenih usluga koji su izvršili neformalna plaćanja u zdravstvu varira od vrlo visokih 90 posto korisnika u Moldaviji do oko 5 posto u Bugarskoj, a Hrvatska je s 12 posto bila u rangu Mađarske i Češke [slika 9.1]. Za istočnoeuropske zemlje karakteristično je da se formalna plaćanja odnose na primarnu zdravstvenu zaštitu i izvanbolničko liječenje, a neformalna na kirurške zahvate i bolničko liječenje [Lewis, 2007].

Niz studija provedenih u različitim zemljama prikazuje strukturu neformalnih plaćanja, modalitete i uzroke takvog ponašanja. Istraživanje iz 1997. godine navodi da su u Bugarskoj raširena neformalna plaćanja, posebice u poklonima. Pokloni su češće uručeni nakon dobivene usluge i javnost je tolerantna prema samoinicijativnom darivanju od strane zadovoljnog pacijenta. Nasuprot tome, plaćanja u novcu najčešća su za operacije, porode i po život opasne zahvate, te se plaćaju unaprijed. Stav javnosti prema toj vrsti neformalnih plaćanja je izrazito negativan, posebice zato što su tijekom tranzicije u Bugarskoj plaćanja u novcu postala sve učestalija, eksplicitno tražena korupcijska renta koju od mlađih, boljestojećih i obrazovanijih pacijenata ubiru slabo plaćeni zdravstveni djelatnici u lošim materijalnim uvjetima rada javnih bolnica [Balabanova i McKee, 2002].

Slika 9.1. **Rasprostranjenost neformalnih plaćanja među korisnicima zdravstvenih usluga u tranzicijskim zemljama regije**



Napomena: Stanje po zemljama u godinama od 1998. do 2002.

Izvor: Lewis [2007].

Neformalna su plaćanja u današnjoj Bugarskoj više posljedica socio-ekonomske situacije nego kulturnog nasljeđa i tradicije. Za razliku od Bugarske, u Albaniji je raširenije darivanje iz zahvalnosti – ankete pokazuju da pacijenti sami drže kako su liječnici potplaćeni za brigu o zdravlju koje nema cijenu [Vian et al., 2006]. Neformalna plaćanja u Mađarskoj postojala su i u doba socijalizma, i nastavila su se tijekom tranzicije. Uvriježeno je mišljenje da su mađarski liječnici tijekom tog čitavog razdoblja imali plemenitu ulogu uzimanja neformalnih davanja od bogatijih kako bi pružali zdravstvene usluge siromašnima (tzv. robinhudovski sindrom). Szende i Culyer [2006] u svom su istraživanju neformalnih davanja pacijenata pokazali da pacijenti nižih primanja plaćaju proporcionalno više te tako opovrgnuli utemeljenost teze o pravednosti redistribucije neformalnim plaćanjima u javnom zdravstvu Mađarske. Istraživanje u Hrvatskoj potvrđuje tu tezu. Udio “plaćanja iz džepa” u zdravstvu [koje uključuje i neformalna plaćanja] u prihodima građana s nižim dohotkom šest puta je bio veći od udjela u primanjima građana s visokim dohotkom u istraživanju provedenom u Zagrebu i Splitu 1994. godine [Mastilica i Božikov, 1999]. Neformalna plaćanja u Gruziji toliko su raširena da ozbiljno narušavaju efikasnost pružanja zdravstvenih usluga. One postaju nedostupne dijelu populacije koji nije u mogućnosti poslužiti se neformalnim plaćanjima, a u zdravstvenom se sustavu pogoršava nestašica ionako oskudnih resursa [Belli, Gotsadze i Shahriaric, 2004]. Iskustvo Turske [Özgen et al., 2010] govori da su usprkos nizu zdravstvenih reformi, neformalna plaćanja i dalje učestala, te da ih određuju čimbenici na strani ponude zdravstvenih usluga (vrsta osiguranja, vlasništvo zdravstvene ustanove, izdaci kućanstva za zdravstvene usluge,

vrsta usluge te razina povjerenja korisnika u zdravstveni sektor]. Na strani potražnje za neformalnim plaćanjima, monopolistički položaj je čimbenik koji omogućuje djelatnicima javnog zdravstva ubiranje korupcijske rente prema vlastitim preferencijama. U Hrvatskoj je to uzimanje mita u novcu u odnosu na robu ili usluge, ali ne nužno i unaprijed; naime, monopolist je relativno siguran da će renta biti naplaćena [Goel, Budak i Rajh, 2013].

Uzroci neformalnih plaćanja pacijenata u tranzicijskim zemljama su složeni i međusobno isprepleteni: neelastičnost potražnje za zdravstvenim uslugama, socio-ekonomski uvjeti u pojedinoj zemlji, njezino povijesno nasljeđe i tradicija, neefikasnost zdravstvenog sektora, potplaćenost zdravstvenih djelatnika i uvjeti rada u javnom zdravstvu, monopolistički položaj javnog zdravstva, neetičnost dionika u zdravstvenom sustavu, netransparentnost sustava zdravstvenih usluga. Odgovor mjera politike na suzbijanje te štetne pojave je izostao [Thompson i Witter, 2000], i sve je prisutniji stav da umjesto općih preporuka treba osmisлити mjere prilagođene problematici neformalnih plaćanja u svakoj pojedinoj zemlji.

Da su neformalna plaćanja pacijenata duboko ukorijenjena u javnom zdravstvu te da su obrasci ponašanja slični, potvrđuju i istraživanja u drugim zemljama. U Grčkoj, primjerice, 36 posto bolničkih pacijenata poslužilo se neslužbenim plaćanjima liječnika kako bi osiguralo pristup javnim zdravstvenim uslugama, na koje inače ima pravo i koje su pokrivena osiguranjem. Najveći dio ispitanika kao razlog je naveo strah od uskraćivanja zdravstvene usluge ili bojazan da će dobiti uslugu slabije kvalitete, a petina ispitanika je platila liječnike na njihov izričit zahtjev [Liaropoulou et al., 2008]. Opisani element ucjene i iznude neformalnih plaćanja od pacijenata otvara pitanje jesu li neslužbena plaćanja korupcija. O tom se problemu dosta raspravlja u tranzicijskim zemljama uključujući Hrvatsku. Budući da u stručnoj i široj javnosti još nije postignuto suglasje, korisno je iznijeti stavove iz literature. U socijalističkom uređenju, napojnice su bile dozvoljeni način nagrađivanja i nisu se smatrale korupcijom. Otuda potječe shvaćanje da pokloni iz zahvalnosti nisu korupcija. U tom smislu plaćanje prije usluge podrazumijeva da je dobivanje usluge uvjetovano [koruptivnim] plaćanjem, za razliku od davanja nakon dobivene usluge [neformalna "nagrada"]. U etičkom kodeksu Mađarske liječničke komore iz 1998. godine stoji da "izraz zahvalnosti za izlječenje, spašavanje života i rođenje novog živog bića, ne smatra se prisilom, već izrazom dobre volje, a plaćanje unutar određenih granica je legalno i legitimno" [Gaal i McKee, 2005]. Kodeks medicinske etike i deontologije koji je donijela Hrvatska liječnička komora navodi drugačije: "Osim redovite nagrade za liječnički rad, u obliku plaće ili honorara i zadovoljstva da je pomogao pacijentu, drugo stjecanje materijalne ili bilo koje druge koristi iz njegova liječničkog rada protivno je ovom Kodeksu"³. Kodeks je u Hrvatskoj donesen 2006. godine, a stupio

³ Kodeks medicinske etike i deontologije, čl. 2., st. 3.

je na snagu dvije godine kasnije, u veljači 2008. godine. Stječe se dojam da liječnička struka u pojedinim zemljama⁴ opravdava neformalna plaćanja na temelju tzv. koncepta zahvalnosti. Hipoteza da su neformalna plaćanja dobrovoljne donacije podrazumijeva njihovu neutralnost, štoviše, benignost. Međutim, davanja iz zahvalnosti, bilo u novcu ili poklonima, imaju dokazano snažan redistributivni učinak. Plaćanja idu pretežito na teret bolesnih pacijenata i jače opterećuju populaciju slabije platežne moći, te ne potiču odgovornost djelatnika u zdravstvenom sustavu i efikasnost. Ovo potonje – efikasnost i odgovornost – te višu kvalitetu usluge narušava druga vrsta neformalnih davanja, a to je trošak usluge. Naknada za dobivenu zdravstvenu uslugu ekstra je cijena kojom se regulira neravnoteža ponude i potražnje na tržištu zdravstvenih usluga. Ova vrsta neformalnih plaćanja smatra se štetnom jer uz iste negativne učinke koje imaju donacije, dodatno narušava jednakost pristupa zdravstvenim uslugama i potiče na pružanje nepotrebnih usluga u neformalnoj zoni nauštrb legitimnih potreba ostalih pacijenata. Neslužbena plaćanja, bilo da se radi o poklonima ili plaćanju troška usluge, valja smatrati korupcijom. O percepcijama, stvarnim iskustvima i stavovima vezanim za korupciju u zdravstvu riječ je u narednom poglavlju.

9.5. Percepcije raširenosti korupcije u zdravstvu

Stvarnu razinu korupcije u nekom društvu nije moguće precizno izmjeriti jer je korupcija prikrivena pojava i najveći dio korupcijskih djela nikada se ne otkrije. Neke procjene govore da se svega oko jedan posto korupcije u svijetu otkrije, tako da kaznene statistike nisu dobar pokazatelj stvarne prisutnosti korupcije. Stoga se kao indikativna mjera raširenosti korupcije koriste pokazatelji percepcije korupcije koji odražavaju subjektivno mišljenje ispitanika o tome koliko je korupcija prisutna [više u Budak, 2006]. Jedan od najpoznatijih pokazatelja percepcije je indeks percepcije korupcije (engl. *Corruption Perceptions Index* – CPI) Transparency Internationala koji na skali od 0 [posve korumpirano društvo] do 10 [društvo bez korupcije] ocjenjuje percipiranu razinu korupcije u zemlji. Ocjena razine korupcije u Hrvatskoj u proteklom desetljeću kreće se oko 4, što nas svrstava u skupinu zemalja s povećanim korupcijskim rizikom. Premda indeks bilježi lagani porast u promatranom razdoblju, sugerirajući napredak Hrvatske u suzbijanju korupcije, Hrvatska zaostaje u odnosu na prosjek zemalja EU-27 i posebno u odnosu na razvijene demokratske zemlje [više u Kregar, 2010]. Posljednje promatrane 2011. godine, Hrvatska je zauzela 66. mjesto na svjetskoj listi zemalja rangiranih prema najmanjoj prisutnosti korupcije. Međutim, pomak s polovine liste prema gornjoj trećini najmanje korumpiranih zemalja više je posljedica uključivanja novih, slabije razvijenih i više korumpiranih zemalja na listu nego značajnog napretka u suzbijanju korupcije [tablica 9.3].

4 Prema Gaal i McKee [2005] to su Poljska, Bugarska, bivši Sovjetski Savez i Mađarska.

Tablica 9.3. **Indeks percepcije korupcije za Hrvatsku i položaj na svjetskoj listi 2001.-2011.**

	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.	2006.	2007.	2008.	2009.	2010.	2011.
Vrijednost CPI	3,9	3,8	3,7	3,5	3,4	3,4	4,1	4,4	4,1	4,1	4,0
Rang Hrvatske na svjetskoj listi	47.	51.	59.	67.	70.	69.	64.	62.	66.	62.	66.
Broj zemalja na svjetskoj rang-listi	91	102	133	146	159	163	180	180	180	178	182
Udio bolje rangiranih zemalja na globalnoj listi	52%	50%	44%	46%	44%	42%	36%	34%	37%	35%	36%

Napomena: CPI je pokazatelj percipirane prisutnosti korupcije na ljestvici od 0 do 10, pri čemu više vrijednosti indeksa označavaju manju prisutnost korupcije. Na vrhu rang-liste nalaze se zemlje s najvišim CPI indeksom u promatranoj godini.

Izvor: Transparency International, <http://www.transparency.org>.

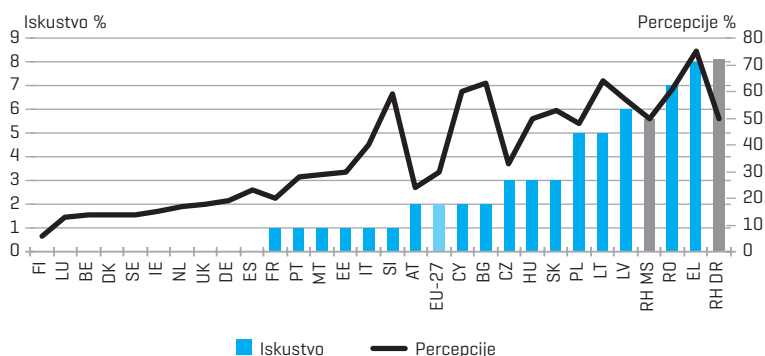
U globalnim istraživanjima percepcije korupcije po sektorima koje provodi Transparency International zdravstvo nije istaknuto među devet najkorumpiranijih sektora. Međutim, prema mišljenju javnosti korupcija u zdravstvu postoji.

Prema istraživanju Special Eurobarometer 374: Corruption provedenom u rujnu 2011. u svih 27 zemalja članica EU-a [izvješće objavljeno u veljači 2012.], prosječno 30 posto građana (od 1.000 ispitanika u svakoj državi EU-27) smatra da je korupcija u sektoru javnog zdravstva raširena (slika 9.2). Najviša percepcija korupcije u javnom zdravstvu zabilježena je u Grčkoj (75 posto ispitanika), i iznadprosječno u novim zemljama članicama EU-a (NMS-12). Najniže percepcije korupcije zabilježene su u starim zemljama članicama, posebice u skandinavskim zemljama. Zemlja s najnižom percepcijom korupcije u zdravstvu je Finska, gdje tek 6 posto ispitanika smatra da postoji korupcija u zdravstvu.

Očekivano, percepcije nadmašuju stvarna iskustva ispitanika s korupcijom u javnom zdravstvu, ali postoji visok stupanj korelacije (koeficijent korelacije=0,8) između percepcije i korupcijskih iskustava po zemljama. Korelacija je još jača ukoliko se promatra rang zemalja EU-27 s najnižom percepcijom korupcije koji blisko odgovara rangu zemalja s najmanje korupcijskih iskustava u sektoru javnog zdravstva (Spearmanov koeficijent korelacije ranga=0,89). U zemljama gdje je percepcija niža, i iskustva s korupcijom u zdravstvu su rjeđa (stare zemlje EU-a, skandinavske zemlje⁵). Najveća je disproporcija između vrlo visokih percepcija korupcije (59 posto ispitanika) i rijetkih stvarnih iskustava (tek 1 posto ispitanika) zabilježena u Sloveniji.

⁵ Istraživanje provedeno 2002. godine samo u baltičkim zemljama [Cockcroft et al., 2008] pokazalo je da oko polovina ispitanika smatra korupciju u javnom zdravstvu raširenom, a da stvarna iskustva neformalnih plaćanja ima relativno mali udio ispitanika (Estonija 1 posto, Latvija 3 posto, Litva 8 posto).

Slika 9.2. **Percepcija korupcije i stvarna iskustva korupcije u javnom zdravstvu, EU-27, 2011.**

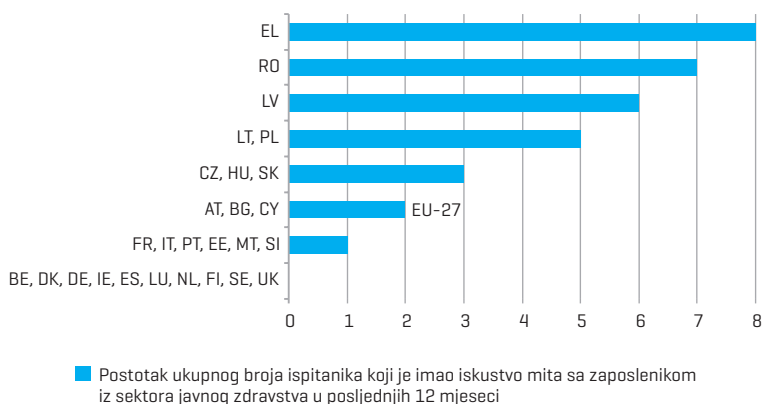


Izvor: Special Eurobarometer 374: Corruption, veljača 2012. i Anketno istraživanje EIZ-a i UNODC-a, 2010. za RHMS=medicinske sestre u Hrvatskoj i RHDR=liječnici u Hrvatskoj.

Što se tiče stvarnih iskustava, ispitanici su od svih 13 predloženih tipova zaposlenika u javnom i privatnom sektoru najviše iskustva traženja ili očekivanja mita doživjeli od strane zaposlenih u javnom zdravstvu. Prosječno je 2 posto svih korupcijskih iskustva EU građana bilo vezano uz kontakte s javnim zdravstvom. Međutim, i tu postoje velike razlike među zemljama. Korupcija u javnom zdravstvu je izraženija u NMS-12, a najprisutnija u Grčkoj [8 posto ispitanika s korupcijskim iskustvom u javnom zdravstvu]. Zemlje u kojima nije zabilježeno iskustvo korupcije u javnom zdravstvu su redom iz skupine starih zemalja članica [slika 9.3].

U istom je razdoblju [2010./2011. godine] Transparency International proveo istraživanje na 1.000 hrvatskih građana koje je pokazalo da je 4 posto ukupnih kontakata s liječnicima u posljednjih 12 mjeseci imalo obilježja korupcije, što je ispod svjetskog prosjeka od 12 posto [Transparency International Global Corruption Survey 2010/2011]. Druge ankete govore o relativno visokoj prisutnosti korupcije u zdravstvu u Hrvatskoj. Kao i kod svih subjektivnih indikatora mišljenja, percepcija korupcije ukazuje da postoji potencijalni rizik. Međutim, navedene ankete nisu međusobno usporedive i bilo bi posve pogrešno zaključiti iz podataka sličnih (ali neusporedivih) istraživanja da se percepcija smanjila ili povećala. Hrvatska nije uključena u Eurobarometer istraživanja pa podaci prikupljeni istraživanjima Ekonomskog instituta, Zagreb i UNODC-a ili Transparency Internationala s njima nisu usporedivi, premda su iznimno korisni za ilustraciju problematike percepcija administrativne korupcije u hrvatskom zdravstvu [slika 9.2].

Slika 9.3. **Stvarno iskustvo korupcije u zdravstvu, EU-27, 2011.**

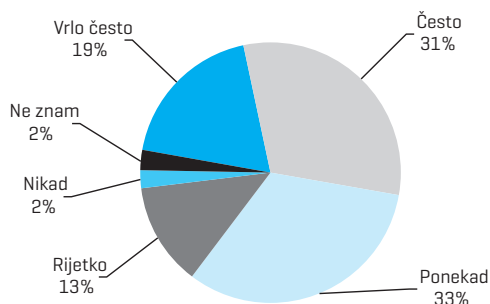


Izvor: Special Eurobarometer 374: Corruption, veljača 2012.

Prije desetak godina, 2003. godine, 71 posto hrvatskih građana smatralo je korupciju u javnom zdravstvu [vrlo] raširenom, a dvije godine kasnije to je mišljenje dijelilo 80 posto građana u anketi Transparency Internationala. Istraživanje Ekonomskog instituta, Zagreb i UNODC-a iz 2010. pokazalo je da polovica ispitanika smatra korupciju u javnom zdravstvu općenito čestom praksom (slika 9.4), a i korupciju u odnosu pacijent-zdravstveni djelatnik smatra uobičajenom pojavom (slika 9.5).

Slika 9.4. **Percepcije prisutnosti korupcije u zdravstvu, n=3.005 ispitanika**

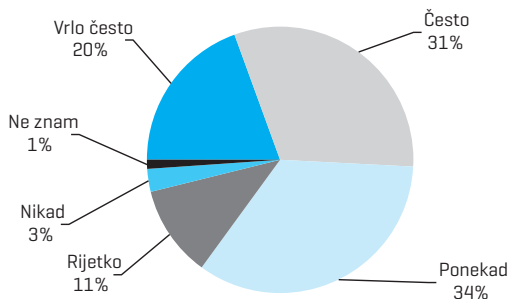
50% građana smatra da se koruptivne prakse i ponašanja u JAVNIM BOLNICAMA događaju ČESTO I VRLO ČESTO



Izvor: Anketno istraživanje EIZ-a i UNODC-a, 2010.

Slika 9.5. **Percepcije prisutnosti korupcije u odnosu pacijent-zdravstveni djelatnik, n=3.005 ispitanika**

51% ispitanika smatra da građani ČESTO i VRLO ČESTO MORAJU DATI MITO LIJEČNICIMA I MEDICINSKIM SESTRAMA za dobivanje zdravstvene usluge



Izvor: Anketno istraživanje EIZ-a i UNODC-a, 2010.

Polazeći od empirijskih iskustava drugih zemalja kako percepcije korupcije uobičajeno nadmašuju stvarna iskustva, u narednom se poglavlju prikazuju rezultati ankete stvarnih korupcijskih iskustava građana u zdravstvu u Hrvatskoj. Administrativna je korupcija građana u kontaktima sa zdravstvenim djelatnicima u javnom zdravstvu uistinu samo jedan, možda i manje važan segment korupcije u hrvatskom zdravstvu. Fokus rada na korupciju u odnosima pacijent-medicinsko osoblje potječe iz (ne)raspoloživosti empirijskih podataka za druge dimenzije koruptivnog ponašanja u zdravstvu, a u prilog mu ide činjenica da je upravo ta vrsta korupcije najbolnija za korisnike sustava.

9.6. Stvarna korupcijska iskustva pacijenata u Hrvatskoj

Anketno istraživanje Ekonomskog instituta, Zagreb i UNODC-a provedeno je 2010. godine na nacionalno reprezentativnom uzorku od 3.000 ispitanika. Anketom je obuhvaćeno čitavo područje Republike Hrvatske i opća populacija odraslih osoba u dobi od 18 do 64 godine.

Ovo je opsežno istraživanje pokazalo da je u razdoblju od godine dana prije provođenja ankete 5,6 posto ispitanika imalo korupcijskih iskustava s liječnicima, dok je 3,7 posto imalo takva iskustva s medicinskim sestrama. Ukoliko se u razmatranje uzmu samo ispitanici koji su u proteklih godinu dana imali kontakte s liječnicima, odnosno medicinskim sestrama, tada je korupcijsko iskustvo s liječnicima imalo 8,3 posto ispitanika, a s medicinskim sestrama 6 posto ispitanika. Pitanje u anketi je glasilo: "U svim kontaktima

koje ste imali s liječnicima i medicinskim sestrama u javnim zdravstvenim ustanovama u posljednjih 12 mjeseci, jeste li morali nekome od njih dati poklon, učiniti protuuslugu ili dati dodatni novac (ne računajući točan iznos službenih naknada), bilo osobno ili preko posrednika?”. Na to je pitanje potvrdno odgovorio relativno malen broj ispitanika, 37 za medicinske sestre, a 119 za liječnike. Premda se radi o ograničenom uzorku, analiza ukazuje na žarišta i modalitete korupcijske prakse u odnosu pacijent-zdravstveni djelatnik u Hrvatskoj.

Prilikom svog posljednjeg korupcijskog kontakta sa zdravstvenim djelatnicima, građani su davali poklone u hrani, novcu, vrijednim predmetima, drugim robama, a nije zabilježen slučaj da su učinili protuuslugu. Razmatrajući strukturu davanja, može se uočiti da su u gotovo 50 posto slučajeva ispitanici medicinskim sestrama donosili prehrambene proizvode (“kava za sestru”), a hrana je najzastupljenija kao vrsta davanja i u slučaju liječnika [tablica 9.4].

Tablica 9.4. **Korupcijska iskustva u zdravstvu prema vrsti davanja, u %**

Vrsta davanja	Medicinske sestre (n=37)	Liječnici (n=119)
Hrana	48,7	41,2
Vrijedni predmeti	5,4	7,6
Određena količina novca	13,5	37,8
Druga roba	24,3	16,0
Protuusluga	0,0	0,8
Ne sjećam se	8,1	4,2

Izvor: Anketno istraživanje EIZ-a i UNODC-a, 2010.

Vrijedni predmeti (nakit, zlato, telefon i sl.) čine 5,4 posto davanja medicinskim sestrama i 7,6 posto davanja liječnicima. Visoka je zastupljenost davanja u novcu liječnicima (37,8 posto davanja liječnicima) i medicinskim sestrama (13,5 posto davanja medicinskim sestrama). I dok su novčani iznosi za medicinske sestre skromni, mito u novcu liječnicima je u skoro polovini slučajeva bilo u iznosima iznad 1.500 kuna, sve do 10.000 kuna i više.

S obzirom na vrstu administrativnog postupka u kojem su ispitanici imali korupcijsko iskustvo u javnom zdravstvu, sasvim prirodno dominiraju različiti medicinski postupci i tretmani (tablica 9.5). Svrha za koju građani daju mito zdravstvenim djelatnicima je u više od 80 posto slučajeva medicinska. Ipak, dio davanja je predan za dobivanje javnih ugovora, potvrde o zdravstvenoj sposobnosti, oslobođenje plaćanja poreza i druge nemedicinske svrhe, što izaziva sumnju u legalnost postupaka.

Tablica 9.5. **Korupcijska iskustva u zdravstvu prema administrativnom postupku, u %**

Administrativni postupak	Medicinske sestre (n=37)	Liječnici (n=119)
Posjet liječniku, liječnički pregled ili medicinski tretman	81,1	85,7
Potvrda o zdravstvenoj sposobnosti	2,7	5,9
Administrativna potvrda ili isprava	2,7	0,8
Porezna prijava ili oslobođenje od plaćanja poreza	2,7	0,0
Naknada iz područja socijalne skrbi	0,0	0,8
Javni ugovor/javna nabava	0,0	0,8
Administrativna licenca ili dozvola	0,0	0,8
Nešto drugo	5,4	3,4
Ne sjećam se	5,4	1,7

Izvor: Anketno istraživanje EIZ-a i UNODC-a, 2010.

Pacijenti sami kažu da mito najviše daju kako bi ubrzali postupak i osigurali bolji tretman, npr. mjesto na listi čekanja (tablica 9.6). Gotovo trećina ispitanika navodi upravo ubrzanje postupka kao razlog davanja mita medicinskim sestrama, dok nešto više od 40 posto ispitanika navodi isti razlog u slučajevima korupcijskog iskustva s liječnicima. Kao česti razlog davanja mita javlja se i dobivanje informacija o procesu liječenja što je u skladu s prethodno identificiranim korupcijskim rizikom asimetričnosti informacija, ali neprihvatljivo sa stanovišta zdravstvene struke.

Tablica 9.6. **Korupcijska iskustva u zdravstvu prema razlogu davanja mita, u %**

Razlog davanja mita	Medicinske sestre (n=37)	Liječnici (n=119)
Ubrzati postupak	32,4	41,2
Omogućiti završetak postupka	5,4	5,0
Smanjiti vlastite troškove vezane uz postupak	0,0	1,7
Izbjeći plaćanje kazne	0,0	0,8
Osigurati bolji tretman	29,7	26,1
Dobiti informacije o procesu	29,7	21,0
Bez određene svrhe	0,0	1,7
Ne sjećam se	2,7	2,5

Izvor: Anketno istraživanje EIZ-a i UNODC-a, 2010.

U kontekstu načina traženja mita, odnosno kako je od ispitanika zatraženo mito, rezultati istraživanja u tablici 9.7 pokazuju da ispitanici najčešće sami daju mito kako bi im se olakšao ili ubrzao postupak, i to liječnicima [65,6 posto], odnosno medicinskim sestrama [56,8 posto], premda oni to prethodno od njih nisu tražili. Međutim, u gotovo 40 posto slučajeva medicinske sestre ispitanicima daju do znanja da se svojevrsno mito od njih očekuje, dok se u istoj situaciji našlo 22 posto ispitanika u kontaktima s liječnicima.

Tablica 9.7. **Korupcijska iskustva u zdravstvu prema načinu traženja mita, u %**

Način traženja mita	Medicinske sestre (n=37)	Liječnici (n=119)
Izričit zahtjev zaposlenika u javnom sektoru	2,7	5,0
Zaposlenik u javnom sektoru dao mi je do znanja da se to očekuje	37,8	21,9
Neka treća osoba zatražila je od mene novac	0,0	4,2
Nitko nije tražio, to sam uradio da bih olakšao/ ubrzao postupak	56,8	65,6
Ne sjećam se	2,7	3,4

Izvor: Anketno istraživanje EIZ-a i UNODC-a, 2010.

Ispitanici u najvećem broju slučajeva mita u sustavu zdravstva daju prije izvršene usluge, i to gotovo podjednako liječnicima i medicinskim sestrama [tablica 9.8]. Nakon što je usluga izvršena, medicinskim sestrama je mita dalo 27 posto ispitanika, a liječnicima 21 posto ispitanika. Nešto manji postotak ispitanika prijavljuje davanje mita u isto vrijeme kada se pružala i koristila usluga djelatnika javnog zdravstva, i to liječnicima [16,8 posto], odnosno medicinskim sestrama [13,5 posto].

Tablica 9.8. **Korupcijska iskustva u zdravstvu prema trenutku uručenja mita, u %**

Trenutak uručenja	Medicinske sestre (n=37)	Liječnici (n=119)
Prije izvršene usluge	51,4	52,1
Nakon izvršene usluge	27,0	21,0
U isto vrijeme kada je izvršena usluga	13,5	16,8
Dijelom prije, a dijelom poslije izvršene usluge	8,1	9,2
Ne sjećam se	0,0	0,8

Izvor: Anketno istraživanje EIZ-a i UNODC-a, 2010.

Zbog prirode usluga koje se pružaju u sustavu javnog zdravstva većina ispitanika je korupcijska iskustva imala povezano s događajima koji su bili osobne, odnosno obiteljske prirode [tablica 9.9].

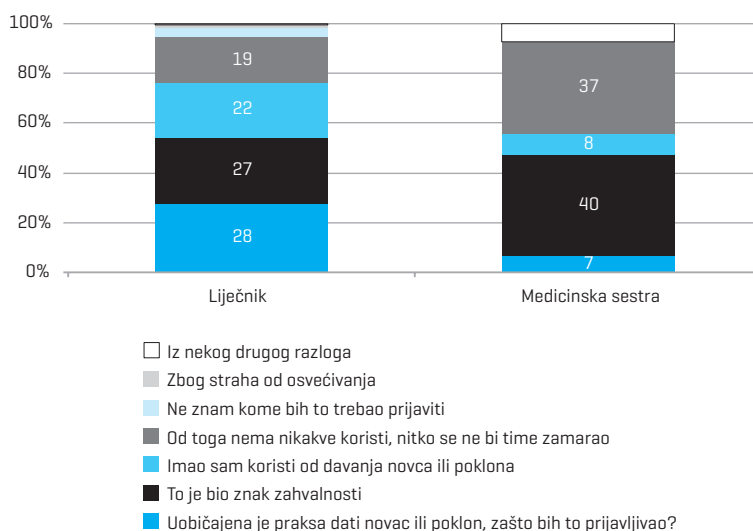
Tablica 9.9. **Korupcijska iskustva u zdravstvu prema svrsi davanja mita, u %**

Svrha	Medicinske sestre (n=37)	Liječnici (n=119)
Osobna/obiteljska	91,9	90,8
Profesionalna/poslovna	2,7	6,7
Oboje	5,4	2,5

Izvor: Anketno istraživanje EIZ-a i UNODC-a, 2010.

Slučajevi korupcije u kontaktu sa zdravstvenim djelatnikom se mahom ne prijavljuju. Ispitanici nisu prijavili nadležnoj osobi ili instituciji 99,6 posto slučajeva podmićivanja liječnika i 96,3 posto slučajeva podmićivanja medicinske sestre. Među razlozima neprijavlivanja korupcije u odnosu pacijent-liječnik prevladava objašnjenje da je to “uobičajena praksa koja se ne prijavljuje” (28 posto razloga neprijavlivanja), a u odnosu pacijent-medicinska sestra da se radi o “znaku zahvalnosti” (40 posto razloga neprijavlivanja). Zabrinutost izaziva visoko prisutno mišljenje ispitanika da “od prijave nema nikakve koristi jer se time ne bi nitko zamario” (slika 9.6). Taj stav odražava nepovjerenje u učinkovitost institucija da rješavaju probleme korupcije u zdravstvu na razini pacijent-zdravstveni djelatnik. Oportunizam pacijenata je također prisutan budući da 22 posto razloga neprijavlivanja korupcijskih davanja liječnicima pacijenti obrazlažu postignutom koristi od davanja. Korupcija u dijelu kontakata pacijent-liječnik u Hrvatskoj ima učinak “podmazivanja kotača” [engl. *grease in the wheels*] tamo gdje pacijent na redovni način ne bi mogao dobiti zdravstvenu uslugu iste kvalitete.

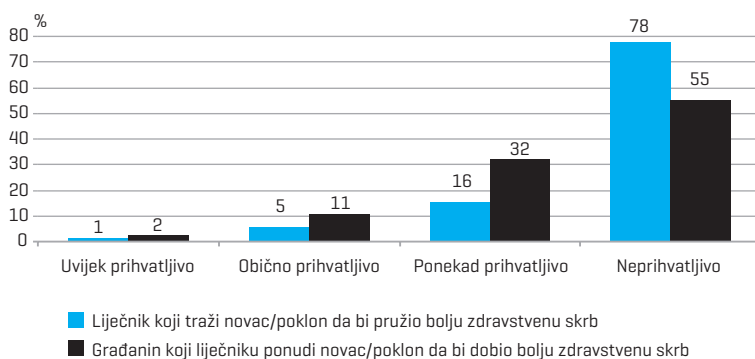
Slika 9.6. Razlozi neprijavlivanja korupcije u zdravstvu



Izvor: Anketno istraživanje EIZ-a i UNODC-a, 2010.

Naposljetku, važno je naglasiti da hrvatska javnost osuđuje korupcijsko ponašanje zdravstvenih djelatnika, a nešto je tolerantnija prema pacijentima koji nude mito liječnicima (slika 9.7).

Slika 9.7. **Stav javnosti prema korupciji u zdravstvu, n=3.000**



Izvor: Anketno istraživanje EIZ-a i UNODC-a, 2010.

Stavovi javnosti o korupciji u zdravstvu upućuju na pozitivne promjene koje se mogu iskoristiti za antikorupcijske reforme i dokidanje potrebe za neformalnim plaćanjima. Kombinacije detaljnih promišljenih mjera na različitim razinama djelovanja i stvaranje antikorupcijske klime u zdravstvu ilustrirani su u zaključku.

9.7. Zaključak

Korupcija u zdravstvu, i posebice u odnosu pacijent-zdravstveni djelatnik, problem je mnogih zemalja u svijetu, naročito tranzicijskih zemalja i zemalja u razvoju. Izravne posljedice raširenosti neformalnih plaćanja su neučinkovitost zdravstvenog sustava, povećanje nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama i niža opća razina kvalitete zdravstvene skrbi. U provedbi reformi zdravstvenog sektora nositelji politike ponekad ne pridaju dovoljnu pažnju problemu korupcije. Postojanje korupcije se negira, dobrovoljni pokloni zahvalnosti opravdavaju se kao dio tradicije, nedostaci zdravstvenog sektora prepuštaju se regulaciji tržišta neformalnih plaćanja, a za administrativne reforme zdravstva krivo se podrazumijeva da će same po sebi ukinuti korupcijski rizik. Međutim, u posljednje vrijeme istraživanja doprinose osvještavanju problema korupcije u zdravstvu i mogu poslužiti kao podloga za donošenje mjera njezinog suzbijanja. Uvođenje zabrane neformalnih plaćanja je nužan, ali ne i dovoljan uvjet za njihovo suzbijanje.

Jedna od najlakše provedivih mjera suzbijanja korupcije u odnosu pacijent-liječnik je potpuno i transparentno informiranje pacijenata u javnom zdravstvu. Poznavanje prava pacijenata smanjuje neformalna plaćanja, i to posebice poznavanje obuhvata usluga

pokrivenih osiguranjem i službenih cijena zdravstvene usluge. U ustanovama javnog zdravstva u Moldaviji gdje su cjenici bili vidljivo istaknuti, a pacijenti za dobivenu uslugu dobivali račun, učestalost neformalnih plaćanja bila je znatno niža [Mokhtari i Ahstari, 2012]. Privatizacija zdravstva kojom se ukida monopol na tržištu zdravstvenih usluga može biti efikasna mjera u dokidanju korupcije. Nadalje, budući da formalne cijene ne odražavaju u potpunosti različite potrebe pacijenata, pretpostavlja se da će bolji liječnici od bogatijih pacijenata naplatiti razliku u cijeni neformalnim putem. Međutim, kada bi pacijenti imali pravo izbora liječnika bolje reputacije uz veću službenu cijenu pružene zdravstvene usluge, oni koji su spremni platiti više dobili bi kvalitetniju uslugu legitimnim putem, a oslobodili bi kapacitete drugih zdravstvenih ustanova. Uspostavljeni optimum dokida potrebu za neformalnim plaćanjima, na dobrobit pacijenata i društva u cjelini [Liu i Sun, 2009].

U istraživanjima stvarnih iskustava korupcije posebno je važno izvući što više saznanja o pojavnim oblicima korupcije kako bi mjere njihovog sprječavanja što točnije pogađale u srž problema. Najvažnija je svrha istraživanja osvještavanje problema. Nažalost, u raspravama o rezultatima istraživanja česte su upravo suprotne reakcije kojima se prisutnost korupcije na relaciji pacijent-zdravstveni djelatnik relativizira. Najviše dilema otvara se oko pitanja jesu li "mali" pokloni zahvalnosti korupcija ili ne. Budući da se davanjima ostvaruju pogodnosti, i mali pokloni čine razliku, iako se radi možda tek o kojoj minuti kraće u čekaonici za podizanje uputnice ili recepta. Postoji velika razlika između davanja malih znakova zahvalnosti i neformalnog plaćanja zdravstvene usluge. Međutim, niti kava ili boca pića ne mogu se opravdavati kao dio folkloru, kao što se često čuje u komentarima u javnosti. Ljudski je, s pacijentove strane, zahvaliti medicinskom osoblju nakon dobivene usluge, a sa strane zdravstvenog djelatnika primiti poklon simbolične vrijednosti od pacijenta i potruditi se nakon toga ne činiti razliku u tretmanu pacijenta.

Pacijenti su u Hrvatskoj osim kave, bombonijera i pića, međutim, davali i poklone veće vrijednosti. Uvijek je pristojno odbiti vrijedan poklon. Mnogi će ispravno zamijetiti da se radi o malom broju konkretnih slučajeva plaćanja mita liječnicima. Međutim, korupcija kao pojava i jest iznimka, stoga se istraživanja korupcije i bave iznimnim slučajevima. Cilj je upozoriti na devijantno ponašanje manjine i ukloniti uzroke takvog ponašanja te spriječiti prilike za korupciju. E-liste čekanja, standardizirane liste zdravstvenih usluga pokrivenih osiguranjem, transparentni postupci javne nabave, interne kontrole i promicanje nulte tolerancije na korupciju štite veliku većinu vrijednih i požrtvovnih zdravstvenih djelatnika od korupcijskih pritisaka. Sazrelo je vrijeme za odgovor struke na korupciju u zdravstvu budući da i sami pacijenti visoko cijene njezin rad.

Literatura

- Balabanova, D. i M. McKee, 2002, "Understanding Informal Payments for Health Care: The Example of Bulgaria", *Health Policy*, 62[3], str. 243-273.
- Belli, P., G. Gotsadze i H. Shahriaric, 2004, "Out-of-Pocket and Informal Payments in Health Sector: Evidence from Georgia", *Health Policy*, 70[1], str. 109-123.
- Budak, J., 2006, "Korupcija u Hrvatskoj: percepcije rastu, problemi ostaju", *Privredna kretanja i ekonomska politika*, 16[106], str. 66-98.
- Budak, J., 2008, "Ekonomске posljedice korupcije" u J. Hercigonja i M. Kuzmić, ured., *Korupcija - pojavní oblici i mjere za suzbijanje*, str. 151-171, Zagreb: Inženjerski biro.
- Cockcroft, A., N. Andersson, S. Paredes-Solís, D. Caldwell, S. Mitchell, D. Milne, S. Merhi, M. Roche, E. Koncėviciute i R. J. Ledoga, 2008, "An Inter-country Comparison of Unofficial Payments: Results of a Health Sector Social Audit in the Baltic States", *BMC Health Services Research*, 8[15], str. 1-12.
- Ensor, T., 2004, "Informal Payments for Health Care in Transition Economies", *Social Science & Medicine*, 58[2], str. 237-246.
- Eurobarometer, 2012, "Special Eurobarometer 374: Corruption", veljača, Bruxelles: Europska komisija, http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_374_en.pdf.
- Gaal, P. i M. McKee, 2005, "Fee-for-Service or Donation? Hungarian Perspectives on Informal Payment for Health Care", *Social Science & Medicine*, 60[7], str. 1445-1457.
- Goel, R. K., J. Budak i E. Rajh, 2012, "Factors Driving Bribe Payments: Evidence from Croatia", *Transition Studies Review*, 19[1], str. 13-22.
- Goel, R. K., J. Budak i E. Rajh, 2013, "Bureaucratic Monopoly and the Nature and Timing of Bribes: Evidence from Croatian Data", *Comparative Economic Studies*, 55[1], str. 43-58.
- Gorjanski, D., 2010, *Korupcija u hrvatskom društvu*, Osijek: Zaklada Slagalica.
- Kassirer, J. P., 2006, "The Corrupting Influence of Money in Medicine" u *Transparency International Global Corruption Report 2006: Corruption and Health*, str. 85-91, London: Pluto Press.

Kregar, J., 2010, "Korupcija: neznanje nije opravdanje" u J. Kregar, D. Sekulić i Ž. Šporer, *Korupcija i povjerenje*, str. 1-51, Zagreb: Centar za demokraciju Miko Tripalo i Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu.

Lewis, M., 2007, "Informal Payments and the Financing of Health Care in Developing and Transition Countries", *Health Affairs*, 26(4), str. 984-997.

Liaropoulou, L., O. Siskou, D. Kaitelidou, M. Theodorou i T. Katostaras, 2008, "Informal Payments in Public Hospitals in Greece", *Health Policy*, 87(1), str. 72-81.

Liu, T. i M. Sun, 2009, "Informal Payments in Developing Countries' Public Health Sectors", <http://ssrn.com/abstract=1406649>.

Mastilica M. i J. Božikov, 1999, "Out-of-Pocket Payments for Health Care in Croatia: Implications for Equity", *Croatian Medical Journal*, 40(2), str. 152-159.

Mokhtari, M. i M. Ahstari, 2012, "Reducing Informal Payments in the Health Care System: Evidence from a Large Patient Satisfaction Survey", *Journal of Asian Economics* 23(2), str. 189-200.

Özgen, H., B. Şahin, P. Belli, M. Tatar i P. Berman, 2010, "Predictors of Informal Health Payments: The Example from Turkey", *Journal of Medical Systems*, 34(3), str. 387-96.

Savedoff, W. D. i K. Hussmann, 2006, "Why Are Health Systems Prone to Corruption?" u *Transparency International Global Corruption Report 2006: Corruption and Health*, str. 4-16, London: Pluto Press.

Stepurko, T., M. Pavlova, I. Gryga i W. Groot, 2010, "Empirical Studies on Informal Patient Payments for Health Care Services: A Systematic and Critical Review of Research Methods and Instruments", *BMC Health Services Research* 2010, 10: 273, <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/273>.

Szende, A. i A. J. Culyer, 2006, "The Inequity of Informal Payments for Health Care: The Case of Hungary", *Health Policy*, 75(3), str. 262-271.

Thompson, R. i S. Witter, 2000, "Informal Payments in Transitional Economies: Implications for Health Sector Reform", *International Journal of Health Planning and Management*, 15(3), str. 169-187.

Transparency International, <http://www.transparency.org>.

Transparency International, 2006, Global Corruption Report 2006: Corruption and Health, London: Pluto Press, http://www.transparency.org/whatwedo/pub/global_corruption_report_2006_corruption_and_health.

Transparency International Global Corruption Survey 2010/2011, http://archive.transparency.org/policy_research/surveys_indices/gcb/2010_11/in_detail.

Vian, T., 2008, "Review of Corruption in the Health Sector: Theory, Methods and Interventions", *Health Policy and Planning*, 23[2], str. 83-94.

Vian, T., K. Gryboski, Z. Sinoimeri i R. Hall, 2006, "Informal Payments in Government Health Facilities in Albania: Results of a Qualitative Study", *Social Science & Medicine*, 62[4], str. 877-887.

World Bank, 1997, "Helping Countries Combat Corruption: The Role of the World Bank", September, Washington, DC: The World Bank.

10. Ocjena pacijenata o kvaliteti rada zdravstvenog osoblja

Jelena Budak

10.1. Uvod

Povjerenje korisnika zdravstvenih usluga i njihova ocjena funkcioniranja sustava temelji se prvenstveno na osobnim iskustvima pacijenata u kontaktima s medicinskim osobljem. Literatura u posljednja dva desetljeća opetovano navodi da uspjeh medicinske njege ovisi o povjerenju pacijenata u liječnike i njihove kompetencije, o povjerenju da će liječnik preuzeti odgovornost i kontrolu nad medicinskom skrbi i da će mu dobrobit pacijenata biti prioritet u radu i donošenju odluka [Kao et al., 1998; Mechanic i Schlesinger, 1996]. Današnja istraživanja potvrđuju da je povjerenje pacijenta u liječnike ključ učinkovite zdravstvene skrbi [White, Cohrs i Göritz, 2011]. Povjerenje se pokazalo važnom determinantom različitih ishoda zdravstvene skrbi, a razina povjerenja postaje značajna varijabla u modelima ispitivanja uspješnosti prevencije, opsega ugovorenih shema zdravstvenog osiguranja, razine zadovoljstva zdravstvenim uslugama, uspješnosti mjera zdravstvene politike, i niza učinaka širih od samog odnosa pacijent-liječnik [Thom, Hall i Pawlson, 2004]. U međuvremenu u svijetu, a posebno u SAD-u, raste broj empirijskih istraživanja koja se bave različitim aspektima povjerenja u liječnike i njihove odluke. Pearson i Raeke [2000] smatraju da se napretkom zdravstvene zaštite i uslijed rastuće složenosti zdravstvenog sustava razvila nova paradigma povjerenja pacijenata u liječnike i sustav zdravstva općenito. Za suvremeno ispitivanje socijalne i interpersonalne dimenzije povjerenja pacijenata u liječnike predlažu standardizirane upitnike, i to posebno za liječnike primarne zdravstvene zaštite, a posebno za ispitivanje povjerenja u sustav općenito.

Ocjena zdravstvenog sustava od strane njegovih korisnika počiva na ispitivanju percepcija javnosti o radu zdravstvenih djelatnika, funkcioniranju sustava skrbi, učinkovitosti mjera zdravstvene politike i nizu drugih komponenti. Širok je spektar takvih istraživanja koja se provode u svijetu, o čemu govori kratak pregled u narednom poglavlju. Analiza izvornih podataka o percepcijama javnosti o kvaliteti rada liječnika u Hrvatskoj ukazuje da su slična istraživanja u nas iznimno rijetka i da ne postoji sustavno praćenje povratne veze korisnika i mjera unaprjeđenja zdravstvene skrbi, o čemu je više riječi u zaključku.

10.2. O istraživanjima povjerenja pacijenata

U razvijenim zemljama u svijetu sustavno se provode istraživanja javnog mnijenja o zdravstvenom sustavu, a svjetska je literatura bogata analizama utemeljenim na empirijskim podacima o povjerenju pacijenata u rad liječnika ili sustav zdravstva općenito. U SAD-u se svake dvije godine provodi ispitivanje javnog mnijenja General Social Survey (GSS, <http://www3.norc.org/GSS+Website/>). Anketa se provodi osobnim intervjuima na uzorku od oko 50 tisuća američkih građana i njome se ispituju stavovi javnosti o mnogim pitanjima društvenog života u SAD-u. Upitnik među ostalim sadrži i pitanja o povjerenju građana u njihove liječnike. Ispitanici izražavaju stupanj povjerenja u liječnikovu prosudbu potrebne medicinske skrbi, u stručnost liječnika u otklanjanju problema pacijenta, uvjerenost da će liječnik priznati pogrešku u liječenju te da će liječnik medicinsku skrb za pacijenta pretpostaviti svim drugim interesima. Svi podaci ankete stavova građana iz GSS-a su javno dostupni i akademski članci često koriste taj izvor podataka za daljnje analize.¹

U Engleskoj i Walesu provedeno je ispitivanje javnog mnijenja koje je pokazalo visoku razinu povjerenja u rad medicinskog osoblja, a najmanje povjerenja ispitanici su imali u način upravljanja zdravstvenim organizacijama (Calnan i Sanford, 2004). Upitnik koji se koristio tom prilikom dobro ilustrira koja područja i pitanja valja obuhvatiti takvim anketama. Prikupljeni podaci podloga su za kvalitetnu akademsku i stručnu raspravu i, što je posebno važno, za donošenje mjera politike. U području naslovljenom "zdravstvena politika i skrb za pacijente" (tablica 10.1) postavljena su pitanja vezana za reforme zdravstvenog sustava u Velikoj Britaniji, tako da su podaci prikupljeni ovom anketom i putokaz nositeljima zdravstvene politike.

Prema tom istraživanju, pacijenti su najbolje ocijenili područje kvalitete zdravstvene usluge, a najmanje povjerenja iskazuju u mjere zdravstvene politike. Više od 60 posto ispitanika ne slaže se s tvrdnjama da racionalizacija sustava neće umanjiti prava pacijenata i razinu kvalitete ili dostupnosti zdravstvene usluge (Calnan i Sanford, 2004). Istraživanja povjerenja u liječnike mogu ukazati i na neučinkovitost kontrolnih mehanizama i rada službi unutar zdravstvenog sustava i prije no što su pokrenute istrage temeljem žalbi pacijenata ili napisa medija o liječničkim pogreškama (Allsop, 2006).

¹ Primjerice, koristeći podatke iz GSS-a Guffey i Yang (2012) su analizirali razlike u stupnju povjerenja u liječnike između Afroamerikanaca i bijelaca u SAD-u.

Tablica 10.1. **Vodič za ispitivanje povjerenja pacijenata u rad liječnika i sustav zdravstvene skrbi**

Područje istraživanja	Tvrdnje iz upitnika
Odnos prema pacijentu	Pacijenta se uzima za ozbiljno Pacijent dobiva dovoljno pozornosti Liječnici dobro vode svoje pacijente Pacijenta se pažljivo sasluša Liječnici posvete dovoljno vremena svojim pacijentima Pacijenti poštuju liječnike
Zdravstvena politika i skrb za pacijente	Medicinska pomoć i skrb pacijenata neće biti ugrožena skraćivanjem lista čekanja Pacijenti neće biti žrtve povećanja troškova zdravstvene zaštite Vrijeme čekanja na zdravstvenu uslugu nije nikada predugačko Rezanje troškova ne ide na uštrb pacijenata Pacijenti će biti u mogućnosti sami platiti za zdravstvenu zaštitu ukoliko će na to biti primorani
Profesionalnost i stručnost	Nove terapije se primjenjuju u sustavu zdravstva Obrazovanje i usavršavanje liječnika u zemlji je jedno od najboljih u svijetu Liječnici su svemogućći Liječnici znaju sve o svim vrstama bolesti
Kvaliteta zdravstvene usluge	Pacijenti će uvijek dobiti najbolji medicinski tretman Liječnici uvijek postavljaju ispravnu dijagnozu Pacijente se obavještava na vrijeme Pacijenti uvijek dobivaju ispravnu dozu lijekova Pacijenti uvijek dobivaju ispravan lijek Povjerljive medicinske informacije o pacijentu pažljivo se čuvaju u zdravstvenom sustavu Liječnici uvijek provode dovoljan broj pretraga Liječnici pravovremeno propisuju lijekove
Komunikacija i informiranje	Pacijentima se daju jasne i razumljive informacije Pacijenti dobivaju dovoljno informacija o uzrocima njihovih problema Liječnici sve prodiskutiraju s pacijentima Pacijenti dobivaju dovoljno informacija o različitim terapijama koje su na raspolaganju Pacijenti dobivaju dovoljno informacija o učincima terapije
Kvaliteta suradnje	Pružatelji zdravstvenih usluga dobro međusobno surađuju Pacijenti ne dobivaju oprečne informacije Visoka razina specijalizacije ne predstavlja problem u zdravstvenom sustavu

Napomena: Ispitanik ocjenjuje na skali koliko se slaže ili ne slaže s iznesenom tvrdnjom.

Izvor: Calnan i Sanford (2004), upitnik dostupan na <http://www.qshc.com/supplemental>.

Hall et al. [2001] u svom radu daju opširan pregled koncepta i ispitivanja povjerenja u liječnike i zdravstvene ustanove, ukazujući da valja razlikovati povjerenje u liječnika osobno ili pojedinu instituciju od općeg povjerenja u medicinske djelatnike ili povjerenja u sustav. Povjerenje korisnika zdravstvenih usluga u liječnika, organizaciju ili sustav ima nekoliko dimenzija. Najčešće se ispituje povjerenje u stručnost i kompetentnost: da neće doći do pogreške u dijagnozi i liječenju, da će preporučena i propisana terapija biti optimalni odabir za pacijenta i da će ona polučiti najučinkovitije rezultate liječenja. Uz povjerenje da će medicinski djelatnici bez zadržke govoriti istinu, davati potpune

informacije o bolesti i raspoloživim terapijama i priznati pogrešku, ne manje značajno je i povjerenje u čuvanje povjerljivih osobnih informacija iz medicinske dokumentacije. Naposljetku, važno je povjerenje da će medicinsko osoblje i službe činiti sve isključivo u najboljem interesu pacijenta [Hall et al., 2001].

Individualne studije faktora povjerenja pacijenata u liječnike pokazuju da će veće inicijalno povjerenje u svog liječnika po različitim dimenzijama povjerenja imati pacijenti kojima je liječnik posvetio svoje vrijeme, izgradio bliskiji odnos, pokazao interes za tegobe, bio osjećajan i ljudski se "normalno" ophodio s pacijentom [Skirbekk et al., 2011]. Na ova se istraživanja nadovezuju i specifične studije determinanti povjerenja ili nacionalnih posebnosti. Istraživanje provedeno u SAD-u koje kao determinante povjerenja u liječnike uzima različite rase i etničke manjine pokazalo je da Afroamerikanci imaju nižu razinu povjerenja u liječnike od hispanске manjine i bijelaca, ali veću razinu povjerenja u sustav zdravstvenog osiguranja, dok razlike u povjerenju u zdravstvene ustanove nisu zabilježene [Boulware et al., 2003]. Kao et al. [1998] su temeljem ankete američkih pacijenata ispitali postoji li veza između načina na koji su plaćeni liječnici i razine povjerenja pacijenata u liječnike. Naime, u SAD-u se razlikuju liječnici koji primaju fiksnu plaću za svoj rad, liječnici koji su plaćeni putem sustava "glavarine" i liječnici koji su plaćeni po broju i vrsti stvarno pružene usluge. Istraživanje je ustvrdilo da oni liječnici koji primaju naknadu za rad prema obračunu svake konkretne pružene usluge uživaju veće povjerenje svojih pacijenata.

Opisana istraživanja odabrana su kao ilustracija raznih konteksta u bogatoj svjetskoj literaturi u kojima se istražuje koncept povjerenja pacijenta u liječnika i druge sastavnice zdravstvenog sustava, a naredno poglavlje prikazuje slična istraživanja za Hrvatsku.

10.3. Istraživanja za Hrvatsku

U Hrvatskoj se ne provodi sustavno praćenje zadovoljstva korisnika zdravstvenim uslugama koje bi omogućilo komparativne analize. Bez obzira na manjak usporedivih i vjerodostojnih informacija, za stvaranje potpune slike zdravstva u Hrvatskoj potreban je i pogled s druge, korisničke strane sustava. U ovom se poglavlju obrađuju samo neki aspekti ocjene kvalitete javnog zdravstva, i to oni za koje postoje empirijski rezultati ispitivanja javnog mnijenja u Hrvatskoj. Zanimljivo je da su istraživanja u Hrvatskoj više fokusirana na potencijalno rizična ponašanja liječnika poput subjektivnog propisivanja lijekova pod utjecajem farmaceutskih kompanija, dok je ispitivanje zadovoljstva pacijenata radom liječnika zanemareno.

Poštujući kriterij prikazivanja samo onih podataka koji proizlaze iz velikih anketnih istraživanja i koji se stoga mogu koristiti za prikaz na nacionalnoj razini, valja spomenuti da kao korisni izvori podataka za analize na mikrorazini postoje u Hrvatskoj različiti izvori vrijednih informacija. Primjerice, to su evaluacijske ankete zadovoljstva pacijenata po pojedinim ustanovama, evidencija o radu područnih povjerenstava za zaprimanje pritužbi pacijenata, kontrolama HZZO-a i slično. Korisna su i izvješća o radu udruga kojima se pacijenti obraćaju za zaštitu prava pacijenata. Iz dosadašnje aktivnosti Hrvatske udruge za promicanje prava pacijenata opažaju se najčešći razlozi zbog kojih se žale korisnici zdravstvenih usluga u javnom zdravstvu (okvir 10.1).

Okvir 10.1. Razlozi zbog kojih se pacijenti žale na usluge javnog zdravstva u Hrvatskoj

- neprimjereno ponašanje medicinskog osoblja
- liječnik naplaćuje usluge koje su pokrivene osiguranjem, i to bez izdanog računa
- nekvalitetna usluga liječnika primarne zaštite (liječnik ne dolazi u kućne posjete, nepravilna njega kroničnih rana, liječnik ne surađuje u postbolničkoj njezi bolesne osobe i sl.)
- neizdavanje putnih naloga, odbijanje izdavanja uputnica, neizdavanje valjanog nalaza
- nepravilno informiranje [uskraćivanje razumljivih informacija o bolesti, davanje informacija onima koji na to nemaju pravo] i kršenje prava na privatnost pacijenata
- uključivanje u klinička ispitivanja na nezakonit način [od nepravovaljano dobivenih potpisa do krivotvorenja istih]
- diskriminacija kroničnih i psihijatrijskih bolesnika
- netransparentne liste čekanja
- nedostupnost deficitarnih zdravstvenih usluga logopeda, ortodonta, fizikalne terapije, kliničkih psihologa i dr.
- nemogućnost odabira liječnika.

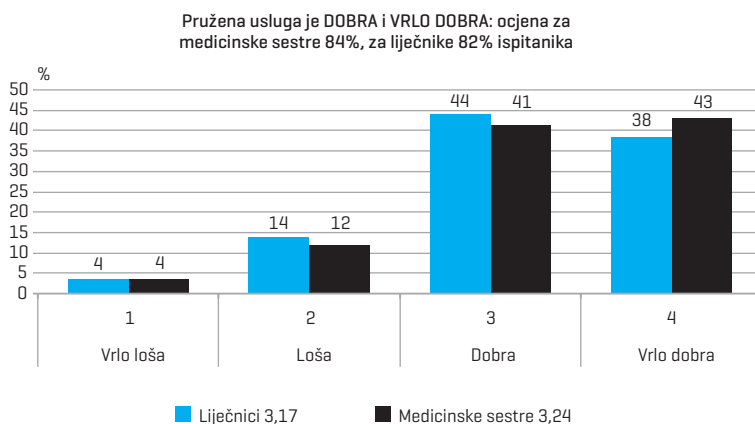
Izvor: Kompilacija autorice prema informacijama Hrvatske udruge za promicanje prava pacijenata, <http://www.pravapacijenata.hr>.

Broj i učestalost pritužbi u odnosu na ukupan obujam korištenih zdravstvenih usluga ostaje nepoznanica. Međunarodna literatura upućuje na trend "povećanja sklonosti žalbi"; pacijenti sve češće ulažu pritužbe na rad liječnika što se tumači boljom informiranošću i višim očekivanjima pacijenata s jedne strane, i manjom osobnom ovisnosti o jednom liječniku nego prije s druge strane [Felstiner, Abel i Sarat, 1981]. Žalbe pacijenata otkrivaju ozbiljne povrede pravila medicinske struke i liječničkih propisa koje su trebale biti unutarnjim kontrolama ranije uočene i otklonjene [Allsop, 2006], ali ne upućuju nužno i na nisko povjerenje pacijenata u liječnike.

Bez obzira na sve glasnije kritike sustava javnog zdravstva u Hrvatskoj, čini se da su pacijenti u velikoj mjeri zadovoljni radom medicinskog osoblja. U prilog ovoj tezi govori istraživanje Ekonomskog instituta, Zagreb i UNODC-a iz 2010. godine provedeno na 3.000 ispitanika koje je pokazalo da oko 40 posto građana smatra da je kvaliteta usluge koju pružaju liječnici i medicinske sestre u Hrvatskoj "vrlo dobra", a dodatnih 40 posto

smatra da je usluga “dobra” (slika 10.1). Osim što je 80 posto hrvatskih građana ocijenilo kvalitetu medicinske usluge u javnom zdravstvu dobrom i vrlo dobrom, u istom su istraživanju zdravstveni djelatnici najbolje ocijenjeni javni djelatnici među svim javnim službama u Hrvatskoj.

Slika 10.1. **Stav javnosti prema kvaliteti usluge koju pružaju liječnici i medicinske sestre**



Napomena: N=3.005.

Izvor: Anketno istraživanje EIZ-a i UNODC-a, 2010.

U nastavku se obrađuju rezultati nedavnog ispitivanja javnog mnijenja u segmentu percepcije javnosti o kvaliteti rada liječnika i povjerenju pacijenata u liječničke odluke, prvenstveno kod propisivanja lijekova. Istraživanje je za udругu Transparency International Hrvatska provedeno u ožujku 2013. godine telefonskom anketom na uzorku od 1.300 punoljetnih građana u Hrvatskoj. Nacionalno reprezentativni uzorak je stratificiran po županijama i veličini naselja uz kontrolu demografskih obilježja ispitanika što omogućuje interpretaciju rezultata ankete putem socio-demografskih obilježja građana². Upitnik je osim niza socio-demografskih pitanja sadržavao tri skupine relevantnih pitanja. Ispitanici su prvo iznijeli svoj dojam koruptivnog okruženja u odnosu liječnik-pacijent. Drugi skup pitanja obuhvatio je subjektivnu ocjenu pacijenata o korektnosti informiranja i propisivanja lijeka. Naposljetku posebno su ispitani stavovi građana o poštenju u odnosima liječnika i farmaceutskih tvrtki.

² Autorica zahvaljuje udruzi Transparency International Hrvatska koja je ustupila originalne podatke anketnog istraživanja CRO Demoskop Q3/2013. agencije Promocija plus za potrebe izrade znanstvenog rada. Autorica preuzima potpunu odgovornost za obradu i interpretaciju podataka.

Prilikom odlaska liječniku u javnom zdravstvu, tri četvrtine pacijenata u Hrvatskoj ne osjeća se dužnim niti da ima neku posebnu, dodatnu obvezu prema medicinskom osoblju (tablica 10.2). Demografska obilježja ispitanika koji sami vjeruju ili kod kojih su liječnici i medicinske sestre stvorili dojam da se za dobivenu uslugu javnog zdravstva trebaju dodatno odužiti, darovima, protuuslugom ili znakovima pažnje bilo koje vrste, nagovješćuju pozitivne promjene. Naime, takvu obvezu više osjećaju ispitanici koji žive u vrlo malim mjestima s manje od 1.000 stanovnika, vjerojatno stoga što su upućeni na mjesnog liječnika, pri čemu je izbor liječnika ograničen, a poznanstva su u maloj sredini bliska. Ovaj segment ispitanika čine podjednako muškarci i žene, a prevladavajuća je populacija starijih osoba nižeg i srednjeg stupnja obrazovanja. Stvaranje osjećaja obveze prema pružateljima usluga vjerojatno će nestati jačanjem svijesti o tome da javno zdravstvo nije besplatna "milost" javnih djelatnika, već javna usluga čiju cijenu plaćaju porezni obveznici, poboljšanjem uvjeta rada u javnom zdravstvu, daljnjom profesionalizacijom medicinskog osoblja i edukacijom za unaprjeđenje odnosa s pacijentima te edukacijom pacijenata o zaštiti njihovih prava.

Tablica 10.2. **Dojam stvorene dodatne obveze pacijenta prema liječniku ili medicinskoj sestri**

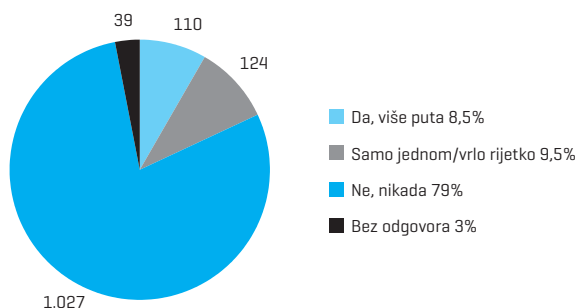
Osjećam se obveznim/dužnim prema medicinskom osoblju	Udio pacijenata, %
Da, svaki put kad idem k liječniku	6,8
Da, ali ne svaki put	14,8
Ne, to je moj osobni izbor	12,8
Nemam takav osjećaj obveze	62,0
Ne želim odgovoriti	3,5

Napomena: Pitanje "Osjećate li se obveznim, odnosno dužnim prema medicinskom osoblju prilikom korištenja usluga sustava javnog zdravstva?", N=1.300.

Hrvatski građani korisnici zdravstvenih usluga imaju povjerenja u liječnike koje posjećuju. Gotovo 90 posto pacijenata smatra da liječnik propisuje ispravnu farmakološku terapiju, pri čemu 79 posto ispitanika tvrdi da im liječnik nije nikada propisao lijek koji nije bio potreban, a manje od 10 posto misli da to njihov liječnik čini samo u iznimnim situacijama (slika 10.2).

Građani se pouzdaju u lijekove koje im propisuju njihovi liječnici u smislu nužnosti uzimanja neke terapije. Međutim, pacijenti sve više žele biti informirani o različitim alternativama, a time i prednostima i nedostacima raspoloživih lijekova. Više od tri četvrtine ispitanika smatra da liječnik prilikom propisivanja lijeka treba izložiti sve moguće alternative. Relativno nisku opću razinu povjerenja u liječnike pokazuje postotak pacijenata koji odluku o lijeku u potpunosti i bez daljnjih pitanja ili potreba za informacijama prepuštaju liječniku – svega 12 posto (tablica 10.3).

Slika 10.2. **Ocjena opravdanosti propisivanja lijeka: liječnik mi je propisao nepotreban lijek**



Napomena: Pitanje "Jeste li se ikad našli u situaciji da Vam je liječnik propisao lijek za koji ste smatrali da Vam je nepotreban?", N=1.300.

Tablica 10.3. **Ocjena informiranosti o odabiru terapije lijekovima**

Liječnik me treba informirati o svim raspoloživim lijekovima	Udio pacijenata, %
Da, treba navesti sve moguće alternative	77,6
Da, ali samo za dva lijeka	3,8
Ne, jer imam povjerenje u svog liječnika	12,1
Ne, jer ne bih niti razumio/jela o čemu govori	3,0
Ne znam/nemam stajalište o tome	3,5

Napomena: Pitanje "Smatrate li da bi Vas liječnik trebao informirati o svim raspoloživim proizvodima kada Vam propisuje lijek?", N=1.300.

Stavovi hrvatskih pacijenata su u skladu sa stavovima ispitanika u drugim zemljama u kojima pacijenti također traže više informacija o raspoloživim terapijama. Primjerice, 62 posto ispitanika u Engleskoj i Walesu misli da pacijenti ne dobivaju dovoljno informacija o različitim terapijama koje su na raspolaganju, a 54 posto smatra da pacijenti ne dobivaju dovoljno informacija o učincima terapije [Calnan i Sanford, 2004].

Građani uglavnom imaju povjerenja u proces odabira najboljeg lijeka. Naime, 40 posto ispitanika misli da će im liječnik uvijek propisati najučinkovitiji lijek. Ipak, trećina ispitanika smatra da liječnici nisu nepristrani u propisivanju lijekova jer njihov odabir lijeka uvelike ovisi o suradnji s farmaceutskim kompanijama. Manji dio ispitanika vjeruje da je odluka o preporuci lijeka uvjetovana racionalizacijom troškova u zdravstvu te da će liječnik propisati najjeftiniji lijek [tablica 10.4].

Tablica 10.4. **Ocjena determinanti liječničkog odabira terapije lijekovima**

Najveći utjecaj na liječnički odabir lijeka ima	Udio pacijenata, %
Učinkovitost lijeka u liječenju ili saniranju određene zdravstvene tegobe/bolesti	40,2
Suradnja liječnika s pojedinim farmaceutskim kompanijama	33,8
Trošak koji će taj lijek prouzročiti zdravstvenom sustavu	12,1
Ne znam/ne želim odgovoriti	13,8

Napomena: Pitanje "Prema Vašem mišljenju, što najviše utječe na liječničku preporuku kad je na raspolaganju više lijekova za tretiranje određenog zdravstvenog problema?", N=1.300.

Tri četvrtine građana koji smatraju da suradnja liječnika s pojedinim farmaceutskim kompanijama uvelike određuje koji lijek će propisati, ujedno su protivnici primanja poklona od farmaceutskih tvrtki. Prevladavajući je stav javnosti da objektivnost liječnika u propisivanju lijeka narušava primanje poklona od farmaceutskih tvrtki i više od polovine ispitanika bi zabranilo tu praksu [tablica 10.5].

Tablica 10.5. **Pokloni farmaceutskih tvrtki i objektivnost liječnika u propisivanju lijeka**

Pokloni farmaceutskih tvrtki utječu na objektivnost liječnika	Udio pacijenata, %
Da, i osobno bih to zabranio/la	57,2
Da, ali ne vidim u tome neki pretjerani problem	16,8
Ne, jer se liječnici u svom radu rukovode profesionalnom etikom	12,1
Ne znam/ne želim odgovoriti	13,9

Napomena: Pitanje "Smatrate li da pokloni [odjeća, umjetnine, uredska i medicinska oprema] farmaceutskih kompanija liječnicima utječu na njihovu objektivnost pri propisivanju pojedinih lijekova?", N=1.300.

Stabilan je udio, oko 12 posto, građana koji imaju povjerenja u etično prosuđivanje liječnika bez obzira na poklone, kao i onih koji imaju povjerenja u liječnika kod odabira terapije bez potrebe za dodatnim informacijama. Određena razina tolerancije prema korupcijskim rizicima se primjećuje kod 17 posto ispitanika koji drže da se liječnici koji primaju poklone priklanjaju propisivanju lijekova određene farmaceutske tvrtke, ali u tome ne vide problem. Usporedba križanjem mišljenja istih ispitanika pokazuje da najveći udio, čak 45 posto onih koji u poklonima farmaceutskih tvrtki ne vide problem, čine građani koji misle da je učinkovitost lijeka glavni kriterij liječničkog odabira farmakoterapije. Radi se vjerojatno o dijelu ispitanika koji se u potpunosti pouzdaju u svog liječnika i ne preispituju njegovu odluku. Ovi pacijenti zapravo u cijelom uzorku imaju najviše povjerenja u svog liječnika.

10.4. Zaključna razmatranja

Pitanje povjerenja pacijenata u davatelje medicinskih usluga ključ je uspješne medicinske skrbi. Međutim, povjerenje u sustav, odnosno u širem smislu povjerenje korisnika zdravstvenih usluga i korisnika usluga zdravstvenih službi općenito ima utjecaja na ocjenu kvalitete zdravstva u nekoj zemlji. U Hrvatskoj nedostaju ispitivanja javnog mnijenja kojim građani korisnici zdravstvenih usluga i pacijenti iznose svoje stavove o kvaliteti sustava javnog zdravstva. Iz šturih izvora empirijskih podataka čini se da hrvatski građani imaju povjerenja u stručnost liječnika koji znaju odabrati najpovoljniju terapiju, ali se mogu naći pod pritiskom nametnute im racionalizacije troškova i lobiranja farmaceutskih tvrtki. Razina zadovoljstva radom medicinskih djelatnika vrlo je visoka u odnosu na druge djelatnike javnih službi, no valjalo bi istražiti sastavnice te ocjene, i posebno evaluirati stručnost, ljubaznost, diskreciju, posvećenost vremenu koje se provodi s pacijentom, etično ponašanje, informiranost, organiziranost u radu i drugo. Ovakve se analize preporučuje raditi na mikrorazini u ustanovama javnog zdravstva, a prikupljene informacije prodiskutirati s djelatnicima, te im osigurati stručnu pomoć u unaprjeđenju lošije evaluiranih komponenti (stručno usavršavanje, tehnike komunikacije, reorganizacija rada službi, dostupnost informacija i drugo po potrebi).

Anegdotalna evidencija općeg nezadovoljstva sustavom zdravstva nije predmet istraživanja javnog mišljenja u Hrvatskoj, a posebno nedostaje dubinska snimka komponenti zadovoljstva građana. Naime, nije dovoljno ispitati "dobiva li pacijent potrebnu medicinsku uslugu" jer u tom će slučaju ostati nepoznanicom odražava li iskazano mišljenje i stav o dostupnosti usluga u ustanovama javnog zdravstva ili o pokrivenosti obveznim zdravstvenim osiguranjem. Jedino je preciznim utvrđivanjem žarišta problema moguće definirati ciljne mjere njihovog otklanjanja i odgovorne nositelje tih aktivnosti [primjerice, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Ministarstvo zdravlja ili pojedina ustanova].

Ilustracija istraživanja provedenih u drugim zemljama u kombinaciji s nekim pokazateljima u Hrvatskoj ukazuje na aktualnost i korisnost empirijskih podloga za unaprjeđenje učinkovitosti sustava zdravstva. S obzirom na opći nedostatak istraživanja ocjene zadovoljstva korisnika sustavom javnog zdravstva u Hrvatskoj, čini se najjednostavnijim i najkorisnijim započeti s anketama percepcija javnosti o kvaliteti rada liječnika. Pri tome se trebaju koristiti raspoloživi izvori istraživanja drugih zemalja, ali i uključiti specifičnosti hrvatskog sustava poput korupcijskih rizika u odnosima farmaceutskih tvrtki i liječnika.

Literatura

Allsop, J., 2006, "Regaining Trust in Medicine: Professional and State Strategies", *Current Sociology*, 54[4], str. 621-636.

Boulware, E. L., L. A. Cooper, L. E. Ratner, T. A. LaVeist i N. R. Powe, 2003, "Race and Trust in the Health Care System", *Public Health Reports*, 118[4], str. 358-365.

Calnan, M. i E. Sanford, 2004, "Public Trust in Health Care: The System or the Doctor", *Quality & Safety in Health Care*, 13[2], str. 92-97.

Felstiner, W. L. F., R. L. Abel i A. Sarat, 1981, "The Emergence and Transformation of Disputes: Naming, Blaming and Claiming", *Law and Society Review*, 15[3/4], str. 631-654.

Guffey, T. i P. Q. Yang, 2012, "Trust in Doctors: Are African Americans Less Likely to Trust Their Doctors Than White Americans?", *SAGE Open*, 2[4], <http://dx.doi.org/10.1177/2158244012466092>

Hall, M. A., E. Dugan, B. Zheng i A. K. Mishra, 2001, "Trust in Physicians and Medical Institutions: What Is It, Can It Be Measured, and Does It Matter?", *The Milbank Quarterly*, 79[4], str. 613-639.

Kao, A. C., D. C. Green, A. M. Zaslavsky, J. P. Koplan i P. D. Cleary, 1998, "The Relationship between Method of Physician Payment and Patient Trust", *Journal of American Medical Association*, 280[19], str. 1708-1714.

Mechanic, D. i M. Schlesinger, 1996, "The Impact of Managed Care on Patients' Trust in Medical Care and Their Physicians", *Journal of American Medical Association*, 275[21], str. 1693-1697.

Pearson, S. D. i L. H. Raeke, 2000, "Patients' Trust in Physicians: Many Theories, Few Measures, and Little Data", *Journal of General Internal Medicine*, 15[7], str. 509-513.

Skirbekk, H., A. Middelthon, P. Hjortdahl i A. Finset, 2011, "Mandates of Trust in the Doctor-Patient Relationship", *Qualitative Health Research*, 21[9], str. 1182-1190.

Thom, D. H., M. A. Hall i G. L. Pawlson, 2004, "Measuring Patients' Trust in Physicians When Assessing Quality of Care", *Health Affairs*, 23[4], str. 124-132.

White, M. P., C. J. Cohrs i A. S. Göritz, 2011, "Dynamics of Trust in Medical Decision Making: An Experimental Investigation into Underlying Processes", *Medical Decision Making*, 31[5], str. 710-720.

11. Međunarodna usporedba kvalitete zdravstvene zaštite iz perspektive njenih korisnika

Maja Vehovec

11.1. Uvod

Međunarodna usporedba pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite iz percepcije korisnika (pacijenata ili potrošača) zdravstvenih usluga razvila se tek u zadnjih desetak godina. Postojeću prazninu ispunio je Europski indeks zdravstvene zaštite potrošača (engl. *Euro Health Consumer Index* – EHCI¹) koji se financira na temelju neuvjetovanih istraživačkih zaklada interesnih strana ili pomoću suradnje s Europskom komisijom, a objavljuje ga švedska organizacija Consumer Powerhouse od 2005. godine. Glavni cilj indeksa je doprinijeti osnaživanju zaštite i prava pacijenata odnosno potrošača zdravstvenih usluga. Rezultati istraživanja su javni i besplatno dostupni. Nacionalni pokazatelji zdravlja prate se po istoj metodologiji i uspoređuju horizontalno među zemljama i vertikalno u odnosu na godišnje pomake ukupnog indeksa ili pojedinačnih pokazatelja. EHCI je s vremenom postao nezaobilazno mjerilo pomoću kojeg se mjeri napredak u kvaliteti zdravstvene zaštite potrošača te predstavlja vrlo informativnu i utjecajnu procjenu kvalitete zdravstvene zaštite.

EHCI indeks je nastao kao rezultat projekta “Integrirani pristup uspostavljanju zdravstvenih pokazatelja u europskoj zajednici” čija inicijativa je započela još 1998. godine, a koji je financirala Europska komisija (EC, DG SANCO, Glavna uprava za zdravlje i potrošače). Cilj je bio utemeljiti grupu zdravstvenih pokazatelja za korisnike zdravstvenih usluga u zemljama EU-a. Projekt je provodio nizozemski institut Dutch National Institute of Public Health. Svrha projekta bila je uspostaviti dosljedne grupe pokazatelja zdravstvene zaštite koje će omogućiti praćenje zdravstvenih nacionalnih programa na bazi jasnih kriterija, a koje će podržati sve članice Europske unije. Druga faza projekta počela je 2004. godine i prvi EHCI indeks iz 2005. godine obuhvatio je dvanaest zemalja (Belgiju, Estoniju, Francusku, Italiju, Mađarsku, Nizozemsku, Njemačku, Poljsku, Španjolsku, Švedsku, Veliku Britaniju i za usporedbu Švicarsku), a uključivao je 20 pokazatelja. Odabir zemalja u prvom valu temeljio se na reprezentativnom uzorku zemalja s velikim i malim brojem stanovnika, te starim i novim članicama EU-a. Uzorak

¹ EHCI (2007, 2008, 2009, 2012, 2013).

nije ovisio o stanju ili karakteristikama financiranja pojedinih nacionalnih zdravstvenih sustava. Nakon objavljivanja prvog EHCI indeksa zdravstvene zaštite potrošača uslijedile su tzv. *policy* preporuke za unapređenje alata praćenja pokazatelja i osnaživanje prava pacijenata. Indeks mjeri uspješnost podmirivanja specifičnih potreba po pitanju dijagnoza, grupa bolesti i sastavnica zdravstvene zaštite, a dobiveni rezultati pomažu vladama i njihovim zdravstvenim sustavima da unaprijede zdravstvenu zaštitu i pojačaju, odnosno poboljšaju položaj njihovih korisnika.

Već 2006. godine EHCI je povećao broj zemalja na 25 zemalja Europske unije i Švicarsku koristeći istu metodologiju iz prethodne godine, ali se broj pokazatelja popeo na 28 raspoređenih u pet kategorija. U narednim godinama se broj kategorija povećao na šest, a rastao je i broj pokazatelja. U posljednjem EHCI izvješću iz 2013. godine broj zemalja se popeo na 34 te je uključivao sve zemlje članice EU-a, Norvešku, Švicarsku te zemlje kandidate Makedoniju, Albaniju, Island i Srbiju. Osim toga, izvješće u posljednjoj raspoloživoj godini 2013. eksperimentalno je uključilo odvojene rezultate za Englesku i Škotsku.

Osim Europskog indeksa zdravstvene zaštite potrošača ista institucija povremeno donosi i druge indekse koji su usmjereni ciljano na pojedine specifične bolesti kao što su na primjer HIV, dijabetes, karcinom dojke, karcinom gušterače itd. Posljednji u nizu je indeks usporedbe liječenja karcinoma gušterače u Europi koji pokazuje da mnoge države ne posvećuju dovoljno pozornosti ovoj bolesti. Unatoč tomu što uzrokuje gotovo isto toliko smrti koliko i karcinom dojke, karcinom gušterače je bio zanemaren u pogledu praćenja pokazatelja uspješnosti pružatelja zdravstvene zaštite. Osim usporednih rezultata za pojedine bolesti prati se i konzumacija nekih štetnih proizvoda kao što su, na primjer, cigarete ili se ocjenjuje specifično područje zdravstvene zaštite kao što je, na primjer, zaštita očnog zdravlja čiji su pokazatelji po prvi put objavljeni 2013. godine. Danas EHCI indeks predstavlja najbolji putokaz u prepoznavanju tko je i koliko unaprijedio svoj nacionalni indeks zdravstvene zaštite u usporedbi s drugima. Potrošači zdravstvenih usluga mogu vrlo lako i jednostavno pratiti metodologiju indeksa te uspoređivati dostignuća po pojedinim zemljama. Hrvatska se u EHCI indeks uključila 2008. godine.

Cilj ovog poglavlja je objasniti metodologiju EHCI indeksa, od načina prikupljanja podataka do ocjena i usporedbe mjerenja. Svrha je ocijeniti njegovu korisnost s posebnim naglaskom na položaj Hrvatske u odnosu na druge europske zemlje po pitanju standarda zdravstvene zaštite iz perspektive potrošača. Nakon uvodnog dijela objašnjava se struktura i metodologija prikupljanja podataka, a zatim se donose najsvježiji rezultati mjerenja. U trećem dijelu se diskutira uspješnost po pojedinim grupama pokazatelja za Hrvatsku i na kraju se donosi zaključak.

11.2. Struktura i metodologija EHCI indeksa

Struktura EHCI indeksa mijenjana je dodavanjem nekih pokazatelja ili ukidanjem drugih, ali je u osnovi ostala vrlo slična onoj iz 2005. godine. Zahvaljujući zainteresiranosti zemalja i mogućnostima sve boljeg praćenja zdravstvenih pokazatelja, ta je osnovna struktura obogaćena novim vrijednim informacijama zbog čega se metodologija EHCI indeksa iz godine u godinu razvijala dodavanjem novih pokazatelja, unapređenjem postojećih pokazatelja ili napuštanjem manje vrijednih pokazatelja po pojedinim kategorijama. Tako je, na primjer, EHCI indeks 2009. godine obuhvaćao 38 pokazatelja, a 2012. godine obuhvaćao je 46 pokazatelja. Što je više pokazatelja to je teže zemljama dostići više bodova, jer nijedna zemlja nije jednostavno najbolja u svemu. Posljednji EHCI indeks iz 2013. godine sadrži 48 pokazatelja kojima se mjeri kvaliteta zdravstvene zaštite potrošača u šest kategorija. Prva kategorija analizira prava i informiranost pacijenata, druga dostupnost zdravstvenih usluga odnosno vrijeme čekanja, treća uspoređuje ishode liječenja, četvrta prati raspon pruženih usluga, peta ocjenjuje prevenciju, a zadnja je posvećena lijekovima. Svakoj kategoriji je dodijeljen maksimalni broj bodova koji se može postići zbrajanjem ocjena pripadnih pokazatelja kvalitete. Ukupni maksimalni broj bodova koje je moguće sakupiti je 1.000 bodova. Težina pripadnih bodova po pojedinim kategorijama se tijekom vremena mijenjala, ali je uvijek ostala najveća u kategorijama ishoda liječenja i dostupnosti, odnosno vremena čekanja na zdravstvenu uslugu, što je logično iz perspektive važnosti tih kategorija za korisnike zdravstvenih usluga. Bodovi označavaju uspješnost pojedinih kategorija zdravstvenih pokazatelja, ukazujući koliko je zdravstveni sustav učinkovit u postizanju pozitivnih ishoda za korisnike usluga. Izvori prikupljanja podataka su kombinirani i temelje se na javno dostupnim međunarodnim i nacionalnim statistikama, javnim propisima i nezavisnim istraživanjima po pojedinim zemljama. Ocjena uspješnosti svakog pokazatelja mjeri se na ljestvici od 1 (loš rezultat, a prikazuje se crvenim palcem prema dolje), 2 (srednji rezultat, a prikazuje se narančastim palcem u vodoravnom položaju) i 3 (dobar rezultat, prikazuje se zelenim palcem prema gore). Osim ocjena uvedena je i oznaka "nije primjenjivo" koja se vrednuje kao ocjena 2 ako zemlja nije kriva što određeni uvjet ne može ispuniti, jer bi inače bila zakinuta u ukupnom broju bodova (na primjer, u slučaju financiranja prekogranične skrbi za zemlje nečlanice EU-a). Također je uvedena ocjena nula za pokazatelj koji je zakonom zabranjen (na primjer, zakonska zabrana pobačaja). Za praćenje EHCI indeksa i njegovo tumačenje važni su godišnji pomaci u pojedinim kategorijama i njihovim pokazateljima, jer sam ukupan indeks, odnosno ukupan broj prikupljenih bodova, daje tek relativnu sliku uspješnosti zdravstvene zaštite u pojedinoj zemlji.

Kategorija poštivanja prava i informiranosti pacijenata

Ova se kategorija sastoji od dvanaest pokazatelja s maksimalnim iznosom od 150 bodova. Njome se ocjenjuje koliko se postojeći Zakon o zdravstvenoj zaštiti temelji na pravima pacijenata, uključenost udruga pacijenata u donošenje odluka, mogućnost osiguranja liječničke odgovornosti, pravo na drugo mišljenje, pristup vlastitoj medicinskoj dokumentaciji, postojanje registra licenciranih liječnika, pristup interaktivnoj web usluzi ili 24-satnom telefonu za zdravstvene informacije, financiranje zdravstvene zaštite u inozemstvu za članice EU-a, vođenje kataloga davatelja usluga rangiranih po kvaliteti, primjena elektroničkih registara pacijenata odnosno EPR rješenja (engl. *electronic patient record*), *online* usluge pacijentima te izdavanje e-recepata.

Kategorija dostupnosti odnosno vremena čekanja na liječenje

Vrijeme čekanja na liječenje je izuzetno važna kategorija za pacijente pa ona nosi maksimalnih 225 bodova. Mjeri se pomoću šest pokazatelja. Ocjenjuje se mogućnost pristupa obiteljskom liječniku isti dan, mogućnost direktnog pristupa specijalistu, ostvarivanje veće neakutne operacije unutar 90 dana, omogućavanje terapije za dijagnosticiran karcinom unutar 21 dana, pristup CT-u (kompjutoriziranoj tomografiji) unutar sedam dana te vrijeme čekanja od dolaska do početka liječenja pacijenta.

Kategorija mjerenja ishoda liječenja

Mjerenje ishoda liječenja kao najvažnija kategorija donosi najveći broj od 250 bodova. Ocjenjuje se sedam pokazatelja: ocjena fatalnosti srčanog infarkta, smrtnost dojenčadi, postotak smrtnosti od karcinoma prema broju novih slučajeva, ishodi smrti koje su se mogle izbjeći mjereno u godinama izgubljenog života, MRSA infekcije, stopa abortusa i depresija.

Kategorija raspona usluga

Ova kategorija koja opisuje opseg i doseg dostupnih usluga zdravstvenog sustava donosi maksimalno 150 bodova i mjeri se pomoću osam pokazatelja. Obuhvaćeni pokazatelji su pravičnost mjerena udjelom javnih izdataka u zdravstvenoj zaštiti, operacije mrena na oku na 100.000 osoba starijih od 65 godina, broj transplantacija bubrega na milijun stanovnika, pristup javnoj stomatološkoj zaštiti, neformalna plaćanja liječnicima, dugoročna skrb za starije, postotak dijalize izvan klinika i carski rezovi.

Kategorija prevencije

Ova kategorija donosi maksimalno 125 bodova, a obuhvaća osam pokazatelja. To su dječje cijepljenje protiv pet vrsta bolesti, visoki krvni tlak, prevencija pušenja, konzumacija alkohola, fizičke aktivnosti, nedijagnosticiran dijabetes, cijepljenje protiv HPV-a i unos šećera.

Kategorija lijekova (farmaceutike)

Maksimalni broj bodova u ovoj kategoriji iznosi 100 bodova koji se ostvaruju ocjenjivanjem sedam pokazatelja: postotak lijekova koje plaća javno zdravstvo, prilagođenost farmakopeje laicima, brzina implementacije novih lijekova za karcinom, pristup novim lijekovima mjereno vremenom potrebnim za plaćanje, dostupnost lijekova za artritis, dostupnost lijekova za shizofreniju te potrošnja antibiotika *per capita*.

11.3. Rezultati EHCI indeksa za 2013. godinu: kakav je položaj Hrvatske?

Već niz godina najveći broj bodova u kvaliteti zdravstvene zaštite ostvaruje Nizozemska (tablica 11.1). Zbog toga se smatra da Nizozemska iz perspektive korisnika usluga ima izuzetno kvalitetan sustav zdravstvene zaštite u usporedbi sa svim drugim europskim zemljama. Prvi položaj na rang-listi EHCI indeksa ne ukazuje nužno na najbolji zdravstveni sustav, jer ljestvica nije izrađena za takvu vrstu mjerenja, ali se logično povezuje s ocjenom najuspješnijeg zdravstvenog sustava kako ga doživljavaju korisnici usluga.

Tablica 11.1. **Položaj Nizozemske na rang-listi EHCI indeksa, 2008.-2013.**

Godina	Zemlja	Mjesto na rang-listi	Broj pokazatelja	Broj osvojenih bodova	Maksimalan broj bodova
2008.	Nizozemska	1	34	839	1.000
2009.	Nizozemska	1	38	863	1.000
2012.	Nizozemska	1	42	872	1.000
2013.	Nizozemska	1	48	870	1.000

Izvor: Health Consumer Powerhouse (<http://www.healthpowerhouse.com>).

Nizozemska ne samo da se konzistentno nalazi na prvom mjestu od 2008. godine, već je visoko rangirana među prve tri zemlje od samog početka mjerenja EHCI indeksa 2005. godine. Nizozemska je apsolutni pobjednik u dvije od šest kategorija i to u informiranosti i poštivanju prava pacijenata te u kategoriji raspona usluga, dok u ostalim kategorijama ima visoko zadovoljavajuće rezultate. Zbog dugogodišnjeg zadržavanja na

najboljoj poziciji EHCI ljestvice vrlo često se istražuju razlozi zašto je nizozemski model zdravstvene zaštite najbolji za korisnike odnosno pacijente. Odgovor je kompleksan, ali i bez detaljne analize karakteristika zdravstvenog sustava Nizozemske može se izdvojiti jedna značajka koja pridonosi da se kontrola troškova ne ostvaruje nauštrb zadovoljstva korisnika, a to je postojanje nezavisnog privatnog zdravstvenog osiguranja. Treba nadalje spomenuti da se u samom vrhu EHCI ljestvice također kontinuirano nalazi Danska od 2008. godine, Island od 2009. godine te Švicarska koja je bila na četvrtom mjestu 2007. godine, a 2013. godine vratila se na drugo mjesto. Austrija koja se 2007. godine plasirala na prvo mjesto, a 2008. na drugo mjesto, u međuvremenu je izgubila te visoke pozicije i spustila se u bodovnu skupinu koja zaostaje po 100 bodova za prvoplasiranom zemljom.

Bodovni raspon promatranih zemalja varira između 400 i 900 bodova te se zemlje mogu grupirati i rangirati prema broju osvojenih bodova na sljedeće skupine:

- [a] najniža skupina zemalja: < 500 bodova;
- [b] srednje niža skupina zemalja: 501-600 bodova;
- [c] srednja skupina zemalja: 601-700 bodova;
- [d] srednje viša skupina zemalja: 701-800 bodova;
- [e] najviša skupina zemalja: 801-900 bodova.

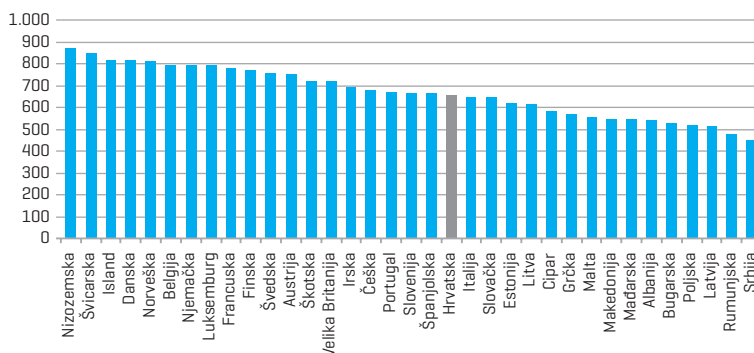
Prema mjerilu postignutih ukupnih bodova EHCI indeksa u najnižoj skupini nalaze se Rumunjska i Srbija. U srednje nižu skupinu zemalja spadaju Latvija, Poljska, Bugarska, Albanija, Mađarska, Makedonija, Malta i Grčka. U srednjoj skupini zemalja nalaze se Litva, Estonija, Slovačka, Italija, Hrvatska, Španjolska, Portugal, Slovenija, Češka i Irska. Srednje višoj skupini zemalja pripadaju Engleska (i odvojeno Škotska), Austrija, Finska, Francuska, Luksemburg, Njemačka i Belgija. U najvišu skupinu zemalja spadaju Norveška, Danska, Island, Švicarska i Nizozemska.

Sadašnji položaj Hrvatske među zemljama u kojima se mjerio EHCI indeks može se vidjeti na slici 11.1. Sa 656 osvojenih bodova Hrvatska se nalazi na 20. mjestu od ukupno 34 zemlje i nalazi se u rangu srednje skupine zemalja prema mjerilu EHCI indeksa.

EHCI se za Hrvatsku mijenjao tijekom vremena kako je prikazano u tablici 11.2. Nakon ulaska na listu 2008. godine Hrvatska radi na unapređenju pokazatelja čiji bodovi određuju plasman na EHCI ljestvici. Ukupni broj bodova se nakon početnih 464 boda popeo iznad 600 i ostao na razini između 600 i 700 bodova, pri čemu se konačan zbroj mijenja ovisno o promjenama broja pokazatelja. Upravo zbog toga broj bodova pada sa 694 boda u 2012. godini na 656 u 2013. godini, ali je Hrvatska ostala u istoj skupini srednje ocijenjenih zemalja prema kvaliteti zdravstvenih usluga iz percepcije korisnika. Treba istaknuti da

se takve promjene događaju i drugim zemljama te je od konačnog mjesta na rang-listi daleko važnije analizirati pojedine kategorije i njihove pokazatelje u smislu napreduju li, stagniraju ili padaju. Radi se o ocjeni dinamike promjena koja preciznije ukazuje na smjer promjena od ukupno prikupljenih bodova koji samo određuju položaj zemlje na EHCI ljestvici. Zbog toga će se pozornost u narednom poglavlju posvetiti analizi uspješnosti u pojedinim kategorijama kvalitete zdravstvenih usluga iz kojih se generira završni indeks.

Slika 11.1. **Položaj Hrvatske među svim zemljama obuhvaćenima EHCI indeksom**



Izvor: Health Consumer Powerhouse (<http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf>).

Tablica 11.2. **Položaj Hrvatske na rang-listi EHCI indeksa, 2008.-2013.**

Godina	Zemlja	Mjesto na rang-listi	Broj zemalja	Broj pokazatelja	Broj osvojenih bodova	Maksimalan broj bodova
2008.	Hrvatska	29	31	34	464	1.000
2009.	Hrvatska	23	33	38	627	1.000
2012.	Hrvatska	15	34	42	694	1.000
2013.	Hrvatska	21	35	48	656	1.000

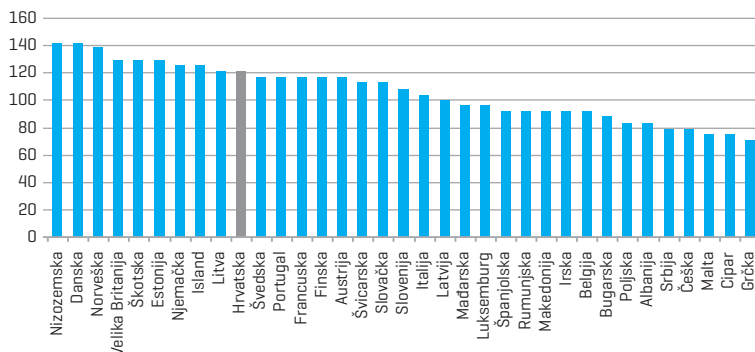
Izvor: Health Consumer Powerhouse (<http://www.healthpowerhouse.com>).

11.4. Diskusija rezultata prema EHCI kategorijama i pokazateljima za Hrvatsku

Diskusija rezultata po kategorijama i pokazateljima temelji se na zadnjim podacima EHCI izvješća za 2013. godinu. Svaka kategorija ovisno o svojoj važnosti nosi specifičnu težinu bodova, odnosno različiti broj ostvarenih maksimalnih bodova, što utječe na konačni rezultat kao i rezultat svakog pokazatelja koji može biti ocijenjen kao: loš [1], srednji [2] ili dobar [3].

U prvoj kategoriji poštivanja prava i informiranosti pacijenata, koja nosi maksimalnih 150 bodova i ima 12 pokazatelja, Hrvatska je postigla rezultat od 121 boda što je 80 posto postignuća (slika 11.2). Tri pokazatelja sprečavaju bolji rezultat, a to su lošiji rezultati za pokazatelje osiguranja liječničke odgovornosti, financiranja zdravstvene zaštite u inozemstvu za članice EU-a i vođenja kataloga davatelja usluga rangiranih po kvaliteti. Pokazatelj za pristup 24-satnom telefonu za zdravstvene informacije srednje je ocijenjen.

Slika 11.2. **Položaj zemalja prema ocjeni kategorije poštivanja prava i informiranosti pacijenata**

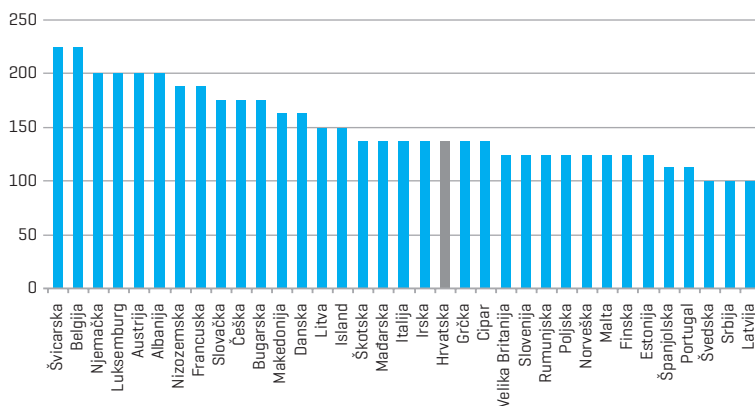


Izvori: EHCI (2013) i izračun autorice.

U drugoj kategoriji dostupnosti odnosno vremena čekanja na liječenje, koja nosi 225 bodova i ima šest pokazatelja, Hrvatska je osvojila 138 bodova što je 61 posto postignuća (slika 11.3). Dobro su ocijenjena samo dva od šest pokazatelja i to za mogućnost pristupa obiteljskom liječniku isti dan te vrijeme čekanja od dolaska do početka liječenja pacijenta. Loše su ocijenjeni pokazatelji direktnog pristupa specijalistu, ostvarivanja većih neakutnih operacija unutar 90 dana i pristupa CT-u (kompjutoriziranoj tomografiji) unutar sedam dana. Pokazatelj omogućavanja terapije za karcinom unutar 21 dana srednje je ocijenjen.

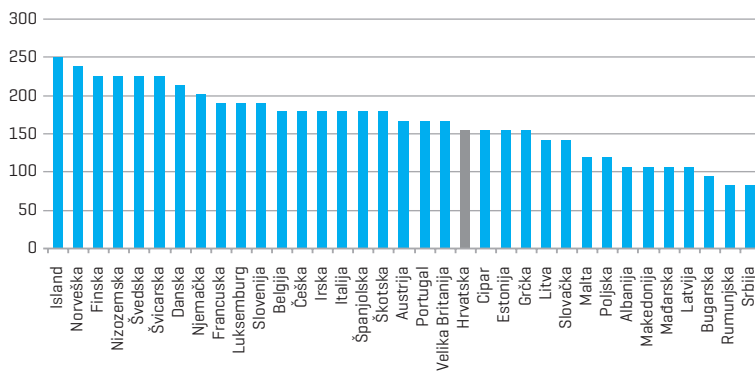
U trećoj kategoriji mjerenja ishoda liječenja, koja je bodovno najjača i nosi 250 bodova sa sedam pokazatelja, Hrvatska je osvojila 155 bodova što iznosi 62 posto postignuća (slika 11.4). U ovoj važnoj kategoriji Hrvatska je dobila samo jednu dobru ocjenu i to za pokazatelj stope prekida trudnoće. Loše ocjene je dobila za pokazatelje postotka smrtnosti od karcinoma prema broju novih slučajeva i MRSA infekcije. Srednje su ocijenjeni pokazatelji fatalnosti srčanog infarkta, smrtnosti dojenčadi, ishoda smrti koje su se mogle izbjeći mjereno u godinama izgubljenog života i stope depresije. U ovoj kategoriji Hrvatska ima veliki prostor za poboljšanje svojih rezultata.

Slika 11.3. Položaj zemalja prema ocjeni kategorije dostupnosti (vrijeme čekanja na liječenje)



Izvori: EHCI (2013) i izračun autorice.

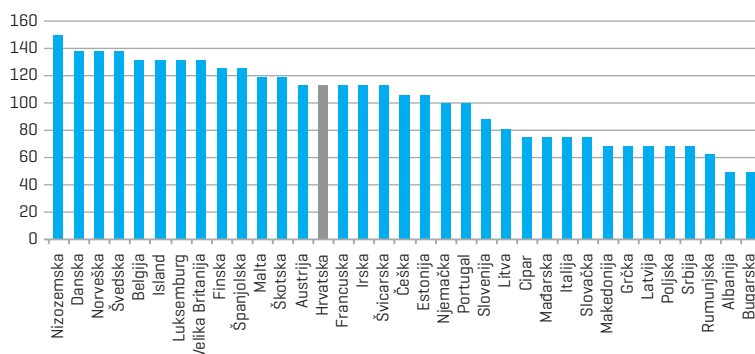
Slika 11.4. Položaj zemalja prema ocjeni ishoda liječenja



Izvori: EHCI (2013) i izračun autorice.

U četvrtoj kategoriji raspona usluga, koja nosi 150 bodova i ima osam pokazatelja, Hrvatska je osvojila 113 bodova što iznosi 75 posto postignuća (slika 11.5). Samo jedan pokazatelj je loše ocijenjen i to dugoročna skrb za starije. Srednje su ocijenjeni pokazatelji operacija mrena na oku na 100.000 osoba starijih od 65 godina, pristupa javnoj stomatološkoj zaštiti, postotka dijalize izvan klinika i neformalnih plaćanja. Dobro su ocijenjene transplantacije bubrega, carski rezovi i pravičnost mjerena udjelom javnih izdataka u zdravstvenoj zaštiti.

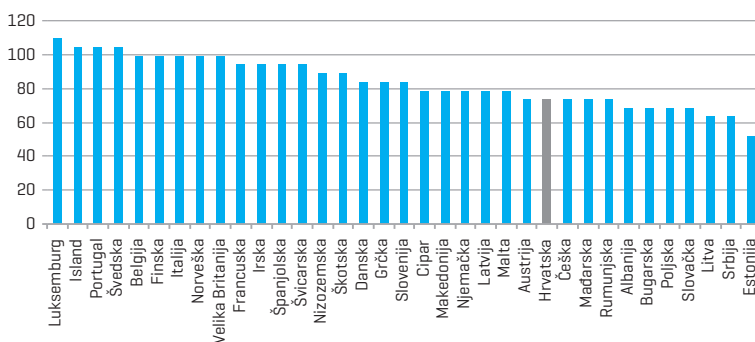
Slika 11.5. **Položaj zemalja prema ocjeni raspona usluga**



Izvori: EHCI (2013) i izračun autorice.

U petoj kategoriji prevencije, koja nosi 125 bodova i obuhvaća osam pokazatelja, Hrvatska je osvojila 73 boda ili 58 posto postignuća što je jedan od slabijih rezultata, ali on ne utječe znatno na ukupni plasman budući da ova kategorija ima manju specifičnu težinu (slika 11.6). U prevenciji Hrvatska je slabo ocijenjena u mjerenju krvnog tlaka, fizičkim aktivnostima i cijepljenju protiv HPV-a. Srednje je ocijenjena u kombiniranom cijepljenju djece protiv pet vrsta bolesti i konzumiranju alkohola. Dobre ocjene je dobila za pokazatelje nedijagnosticiranog dijabetesa i unosa šećera. Pokazatelj prevencije pušenja nije ocijenjen zbog nemogućnosti primjene. U kategoriji prevencije Hrvatska značajnije zaostaje za drugim zemljama što dugoročno može ostaviti ozbiljnije posljedice. Ova kategorija nosi relativnu manju težinu bodova za izračun indeksa, ali nedovoljno ili slabo ispunjavanje pripadnih pokazatelja ostavlja dugoročno loše posljedice.

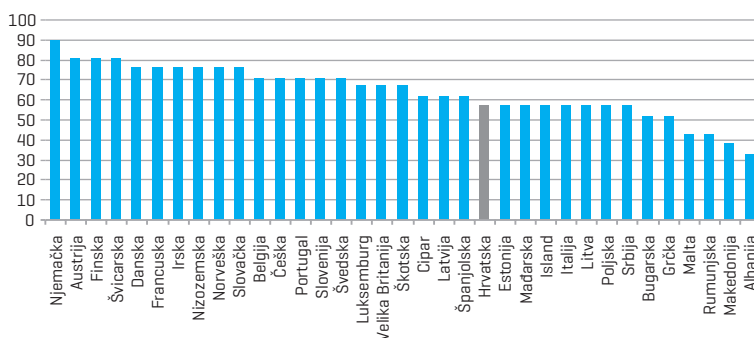
Slika 11.6. **Položaj zemalja prema ocjeni prevencije**



Izvori: EHCI (2013) i izračun autorice.

U šestoj kategoriji lijekova (farmaceutike), koja nosi 100 bodova sa sedam pokazatelja, Hrvatska je osvojila 57 bodova što je 57 posto postignuća (slika 11.7). Ova kategorija ima najmanju specifičnu težinu tako da je slabije postignuće relativno manje utjecalo na ukupan plasman. Dobar rezultat je postignut u prilagođenosti farmakopeje laicima i u dostupnosti lijekova za shizofreniju. Slabi rezultati su ostvareni za lijekove koje plaća javno zdravstvo, brzinu implementacije novih lijekova za karcinom i dostupnost lijekova za artritis, a srednje je ocijenjena potrošnja antibiotika *per capita*. Jedan od pokazatelja je ostao neocijenjen zbog nemogućnosti primjene, a odnosi se na pristup novim lijekovima mjereno vremenom potrebnim za plaćanje.

Slika 11.7. **Položaj zemalja prema ocjeni lijekova**



Izvori: EHCI [2013] i izračun autorice.

Ukupno je lošije ocijenjeno 15 pokazatelja što čini udio od 31 posto ili trećinu od ukupno 48 pokazatelja. Ako se slabim rezultatima dodaju i srednji rezultati, ukupno se radi o 28 pokazatelja ili više od polovine svih pokazatelja (58 posto) kod kojih treba uložiti dodatni napor i ostvariti poboljšanja. Njihov udio u ukupnom rezultatu ovisi o težinskom udjelu bodova. Ako se bodovi 15 loše ocijenjenih pokazatelja hipotetički preračunaju na način da im se dodijeli najviša ocjena, tada bi broj izgubljenih bodova bio 225. U tom scenariju Hrvatska bi ušla u najvišu skupinu zemalja s preko 800 bodova, uz uvjet da svi drugi pokazatelji ostanu isti. U ovom hipotetičkom scenariju, koji možemo označiti slovom A, najveći udio bodovne težine slabo ocijenjenih pokazatelja pripada kategorijama dostupnosti i ishoda liječenja. U drugom hipotetičkom scenariju, označenom slovom B, u kojem bi se loše ocjene podignule na srednju ocjenu, broj izgubljenih bodova bio bi 109, a Hrvatska bi poboljšala svoj položaj za jednu klasu i ušla bi u srednje višu skupinu zemalja, uz uvjet da svi ostali pokazatelji ostanu nepromijenjeni. U trećem scenariju, označenom slovom C, kada bi se srednje ocjene podignule na najvišu razinu tada bi broj izgubljenih

bodova bio 98, uz uvjet da svi ostali pokazatelji ostanu isti. Iz tablice 11.3 je vidljiv sumarni pregled i pregled po pojedinačnim pokazateljima prema tri gore opisana scenarija. U sva tri scenarija razina EHCl bodova se mijenja za najmanje jednu klasu. Osim ova tri scenarija moguć je i bilo koji drugi scenarij u velikom broju kombinacija loše i srednje ocijenjenih pokazatelja koje je moguće podignuti na višu razinu kvalitete. U svakoj kategoriji broj pokazatelja i njihov težinski udio ukazuje na količinu izgubljenih bodova.

Tablica 11.3. **Hipotetički proračun bodova za pokazatelje kvalitete zdravstvenih usluga koje treba poboljšati**

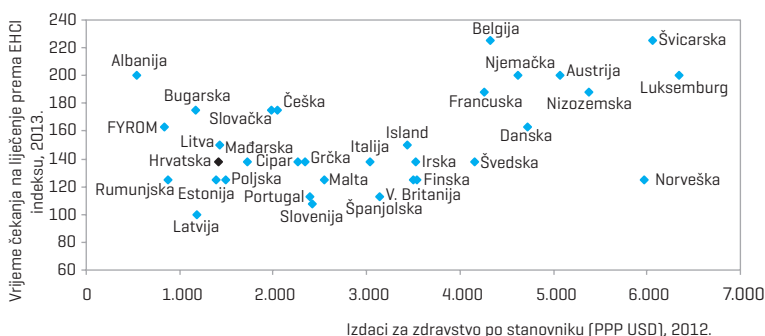
Kategorija	Broj sadašnjih bodova	Broj pokazatelja s lošim ocjenama	Broj pokazatelja sa srednjim ocjenama	Broj izgubljenih bodova (scenarij A)	Broj izgubljenih bodova (scenarij B)	Broj izgubljenih bodova (scenarij C)
Kategorija 1:						
12 pokazatelja	121	3	1	24,80	12,2	3,95
Kategorija 2:						
6 pokazatelja	138	3	1	75,00	37,00	12,00
Kategorija 3:						
7 pokazatelja	155	2	4	47,33	23,51	47,35
Kategorija 4:						
8 pokazatelja	113	1	4	12,00	5,75	24,50
Kategorija 5:						
8 pokazatelja	73	4	2	42,00	20,78	10,36
Kategorija 6:						
7 pokazatelja	57	3	1	24,00	9,66	0,15
Ukupno	656	15	13	225,13	108,90	98,31

Izvor: Izračun autorice.

Nositelji zdravstvene politike mogu vrlo lako iz ovog pregleda iščitati scenarije prema kojima je moguće i poželjno unapređivati pokazatelje koji su slabo ili srednje ocijenjeni. Nositelji zdravstvene politike u Hrvatskoj teško mogu utjecati na promjenu broja i vrstu novih pokazatelja, ali mogu i imaju obavezu utjecati na poboljšanje i unapređenje postojećih pokazatelja. U Hrvatskoj sudionici koji prikupljaju podatke za izradu EHCl ljestvice su Ministarstvo zdravlja, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Agencija za lijekove i medicinske proizvode, Hrvatski časopis za javno zdravstvo te Hrvatska liječnička komora. EHCl može koristiti i druge izvore, a neki pokazatelji su podložni subjektivnoj ocjeni, jer nisu dostupni objektivni statistički mjerljivi podaci. Na temelju ocijenjenih pokazatelja kvalitete zdravstvene zaštite iz perspektive korisnika i njihove međunarodne usporedbe moguće je planirati daljnje poboljšanje i unapređenje pokazatelja prema mogućnostima zdravstvene politike u pojedinoj zemlji.

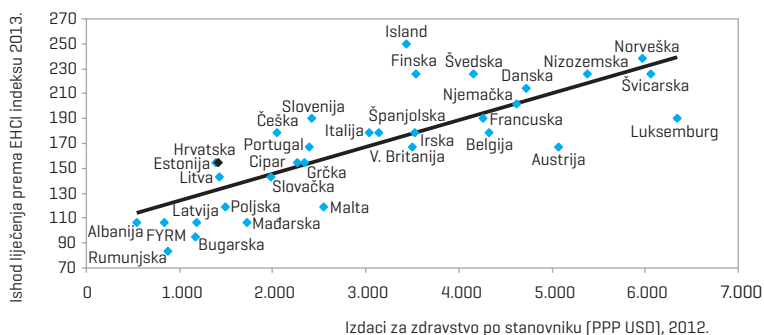
Treba naglasiti da je često prisutna teza o tome kako je financiranje zdravstva suočeno s velikim ograničenjima zbog kojih nije moguće poboljšati uvjete i postići veće ocjene kvalitete zdravstvene zaštite. Ta teza ne pojavljuje se samo u kontekstu financiranja zdravstva, već i u obrazovanju, znanosti, odnosno svugdje gdje javno financiranje nije u razmjeru s kvalitetom rezultata ili zadovoljstvom korisnika. Ako se ta teza o nedostatnom financiranju zdravstva testira na dva pokazatelja od primarne važnosti za pacijente kako je prikazano na slikama 11.8 i 11.9, postaje vidljivo da izdaci za zdravstvo nisu u korelaciji s vremenom čekanja na liječenje, dok su ishodi liječenja u korelaciji s izdacima za zdravstvo.

Slika 11.8. Odnos izdataka za zdravstvo i vremena čekanja na liječenje



Izvor: EHCI [2012].

Slika 11.9. Odnos izdataka za zdravstvo i ishoda liječenja



Izvor: EHCI [2012].

Stoga nema potrebe generalizirati o financijskim uvjetima u zdravstvu kao općem uvjetu za poboljšanje kvalitete pokazatelja, jer razina kvalitete ne mora nužno ovisiti o izdašnosti financiranja. Poželjna kvaliteta pokazatelja zdravstvenog sustava iz perspektive korisnika zdravstvene zaštite može biti posljedica i drugih uvjeta u širokom rasponu od vrijednosnih do organizacijsko-upravljačkih karakteristika poslovanja u zdravstvu.

11.5. Zaključak

Od 2005. godine kada je započelo mjerenje kvalitete zdravstvene zaštite EHCI indeksom, u prosjeku je razina uspješnosti nacionalnih sustava zdravstvene zaštite značajno porasla. U 2007. godini najbolje ocijenjeno zdravstvo iz perspektive korisnika je prikupilo 806 bodova (od maksimalnih 1.000), a 2013. godine najbolje zdravstvo je prikupilo 870 bodova. Na dnu ljestvice u 2007. godini najniže rangirana zemlja je prikupila 435 bodova, a 2013. godine ista zemlja je postigla 516 bodova premda je i dalje nisko rangirana. Iako sam broj osvojenih bodova nije ključan, važno je da indeks postoji i da njegovi pokazatelji ukazuju koliko se unaprijedila i razvila kvaliteta zdravstvene zaštite u pojedinoj zemlji. Opći napredak koji je postignut zbog postojanja EHCI ljestvice je evidentan iako se radilo o dijelu vremenskog perioda obilježenom globalnom financijskom krizom. Usporedba mjerila (engl. *benchmarking*) po zemljama stvara konkurentno okruženje među zemljama Europske unije, a usporedba s ostalim zemljama izvan tog prostora samo pridonosi konkurentnosti. Indeks je sastavljen od kombinacije javnih statistika, anketa provedenih među pacijentima te neovisnog istraživanja tvrtke koja provodi istraživanje.

EHCI rezultati iz 2013. godine na kojima se temeljila ova analiza pokazuju da je Hrvatska zauzela 19. mjesto od ukupno 34 zemlje ostvarivši 656 bodova od maksimalnih 1.000. Ostvareni rezultat predstavlja blagi pad u usporedbi sa 17. mjestom u 2012. godini, ali to nije promijenilo klasifikaciju Hrvatske po skupinama s obzirom na količinu prikupljenih bodova te je Hrvatska ostala u srednjoj skupini zemalja prema ocjeni korisnika o kvaliteti zdravstvene zaštite. Mali broj izgubljenih bodova uzrokovan je promjenom broja i vrsta pokazatelja u EHCI izvješću iz 2013. godine. Hrvatska je do 2012. bilježila kontinuirani napredak, a blagi pad 2013. godine ne bi trebao biti značajan ukoliko se zastoj u kvaliteti zdravstvene zaštite ne produbi, što je moguće očekivati zbog mnogobrojnih intervencija i reformi koje su zahvatile zdravstveni sektor tijekom 2013. i 2014. godine. U usporedbi svih zemalja već standardno najbolje rezultate ostvaruje Nizozemska, a slijede je Švicarska, Island, Danska i Norveška.

EHCI indeks kao mjerilo kvalitete zdravstvenog sustava signalizira pozitivne učinke koji se pojavljuju u zemljama okruženja te sva ostala mjerila koja su posebno ciljana

za određene bolesti dodatno doprinose razvijanju svijesti da je moguće unaprijediti kvalitetu zdravstvene zaštite. Takva mjerila su naročito korisna za korisnike, odnosno pacijente, jer se konkurentnost na tržištu zdravstvenih usluga povećava. Zahvaljujući konkurentnosti širi se tržište korisnika, a nacionalne granice unutar Europske unije sve manje predstavljaju ograničenje korisnicima zdravstvene zaštite. U tom smislu bilo bi također poželjno ocijeniti kvalitetu usluga bolnica što bi na individualnoj razini doprinijelo boljoj kvaliteti usluga za korisnike kao i transparentnosti u poslovanju samih bolnica.

S obzirom na međunarodnu konkurentnost usluga zdravstvene zaštite sa stajališta korisnika usluga, odnosno pacijenata, valjalo bi razmisliti kako na održiv način financirati sustav zdravstvene zaštite da korisnici imaju mogućnost mobilnosti, a tržište zadrži konkurentnost. Postoje uspješni sustavi zdravstvene skrbi koji se financiraju iz poreza mahom u malim, bogatim zemljama kao što su Danska, Island i Norveška. U većini zemalja koje postižu najveći učinak u zdravstvenoj skrbi sustav je zasnovan na zdravstvenom osiguranju, kao što je to slučaj u Nizozemskoj, Švicarskoj, Belgiji, Njemačkoj i Francuskoj. Kvalitetne zdravstvene usluge mogu biti koristan izvozni proizvod, kao što su to turističke usluge, te ih pomoću zdravstvenih osiguranja mogu kupovati domaći i inozemni korisnici. Uspješnost u EHCI mjerenjima kvalitete usluga zdravstvene zaštite trebala bi određivati potražnju za zdravstvenim uslugama kao što rangiranje sveučilišta određuje studentsku potražnju ili rangiranje turističkih destinacija turističku potražnju.

Literatura

EHCI, Health Consumer Powerhouse, 2007, Euro Health Consumer Index Report, <http://www.healthpowerhouse.com>.

EHCI, Health Consumer Powerhouse, 2008, Euro Health Consumer Index Report, <http://www.healthpowerhouse.com>.

EHCI, Health Consumer Powerhouse, 2009, Euro Health Consumer Index Report, <http://www.healthpowerhouse.com>.

EHCI, Health Consumer Powerhouse, 2012, Euro Health Consumer Index Report, <http://www.healthpowerhouse.com>.

EHCI, Health Consumer Powerhouse, 2013, Euro Health Consumer Index Report, <http://www.healthpowerhouse.com>.

V

**JESU LI EKONOMSKE EVALUACIJE U ZDRAVSTVU
ALTERNATIVA ILI NUŽNOST?**

12. Izazovi i ograničenja u ekonomskoj evaluaciji zdravstvenih tehnologija

Ana Bobinac

12.1. Uvod

Troškovi zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, ali i u drugim razvijenim zemljama rastu godišnje prema stopi višoj od stope rasta bruto društvenog proizvoda (Glied, 2003; Hagist i Kotlikoff, 2005; OECD iLibrary, 2014). Razlog takvom rastu troškova zdravstvenog sustava u velikoj mjeri leži u uvođenju novih, sve skupljih zdravstvenih tehnologija koje se financiraju iz zdravstvenog proračuna (Chandra i Skinner, 2011). Pod pojmom novih zdravstvenih tehnologija mislimo na sve vrste intervencija u zdravstvu: lijekove, medicinske instrumente i opremu, javnozdravstvene programe, kliničke postupke i slično.

Međutim, iako je rast troškova aspekt upravljanja zdravstvom o kojem se često govori, uvođenjem novih tehnologija prvenstveno se ostvaruju mjerljive i nemjerljive koristi za društvo u cjelini. Te se koristi ostvaruju direktno, primjerice smanjenjem stope smrtnosti u svim dobnim skupinama, sve duljim životnim vijekom (općenito, ali i unutar pojedinih skupina bolesti, primjerice karcinoma), boljom kvalitetom života pacijenata i njihovih obitelji (primjerice, kod oboljelih od mentalnih bolesti), povećanjem produktivnosti rada zdravstvenih djelatnika i tako dalje. Koristi koje se ostvaruju su i indirektno, primjerice za gospodarstvo, jer samo zdrava populacija može osigurati kontinuirano zapošljavanje i ekonomski rast. Stoga, zdravstveni sustav bi bilo neispravno promatrati kroz troškove koje generira, već je potrebno sagledati i vrijednost koja se ostvaruje ulaganjem u zdravstvo, i kao funkciju troškova i kao funkciju koristi.

Međutim, zbog proračunskih ograničenja, zdravstveni sustav najčešće nije u mogućnosti financirati sve zdravstvene tehnologije dostupne na tržištu. Budući da se nove tehnologije stalno razvijaju, postavlja se pitanje kako odlučiti koju novu zdravstvenu tehnologiju financirati iz proračuna i uvrstiti u osnovni paket zdravstvenih usluga (tj. "staviti na osnovnu listu HZZO-a"). Drugim riječima, pod pretpostavkom da je zdravstveni proračun fiksna, treba li, primjerice, uložiti sredstva u financiranje novog lijeka za liječenje šećerne bolesti, lijeka za liječenje osteoporoze ili kupnju novog CT uređaja? Odgovor na to složeno pitanje mogu dati procjene zdravstvenih tehnologija u širem smislu, ili u užem smislu, ekonomske evaluacije zdravstvenih tehnologija.

Procjenu zdravstvenih tehnologija (engl. *health technology assessment* – HTA) možemo definirati kao multidisciplinarnu usporedbu nove ili postojeće zdravstvene tehnologije s tehnologijom koja se trenutno koristi u praksi (ili se smatra najboljom mogućom tehnologijom, engl. *golden standard*) na osnovi njezine kliničke učinkovitosti i sigurnosti, ali i ekonomskih pokazatelja te etičkih, pravnih, socijalnih i organizacijskih načela (Banta i Luce, 1993; ISPOR, 2014). Procjena zdravstvenih tehnologija trebala bi biti multidisciplinarna, nepristrana i transparentna te bi trebala objediniti načela medicine temeljene na dokazima (engl. *evidence-based medicine* – EBM) i načela ekonomske evaluacije te pružiti uvid u organizacijske, etičke, pravne i socijalne aspekte primjene nove tehnologije (Berger et al., 2003; ISPOR, 2014). Takva procjena zdravstvene tehnologije ima za cilj pružanje preporuke ili savjeta nadležnom tijelu koje donosi odluke o opravdanosti ulaganja u novu tehnologiju ili zamjeni postojeće zdravstvene tehnologije. Glavni korisnici procjena zdravstvenih tehnologija i ekonomskih evaluacija, kao sastavni dio procjene zdravstvenih tehnologija, su donositelji odluka u zdravstvu, a procjene se vrše u svrhu donošenja odluka o stavljanju novih lijekova na državne osnovne liste lijekova, kao i medicinskih proizvoda, postupaka i drugih tehnologija, odnosno o njihovom potpunom ili djelomičnom financiranju, ili prestanku financiranja postojećih tehnologija. Donositelji odluka u zdravstvu su najčešće ministarstva zdravstva, nacionalni zdravstveni osiguravatelji (kao što je na primjer u Hrvatskoj HZZO) te privatni zdravstveni osiguravatelji i uprave kliničkih i bolničkih centara. Procjena zdravstvenih tehnologija u svom je završnom obliku sadržana u pisanom dosjeu (engl. *HTA dossier*) koji sadržava opis zdravstvenog problema i postupak liječenja na koji se nova ili postojeća zdravstvena tehnologija odnosi, opis nove ili alternativne zdravstvene tehnologije koja se koristi u istu svrhu, podatke o kliničkoj učinkovitosti i sigurnosti tehnologije te etička, organizacijska, socijalna i pravna načela vezana uz financiranje i primjenu nove tehnologije. Također, ono što je najvažnije za ovo poglavlje, procjena zdravstvene tehnologije sadržava i njezinu ekonomsku evaluaciju.

Svrha ovog poglavlja jest dati upravo pregled ekonomskih evaluacija zdravstvenih tehnologija, od metodologije do njihovog razvoja i primjene, kako u svijetu tako i u Hrvatskoj. Cilj je opisati vrste ekonomskih evaluacija i na jednostavnim primjerima istaći njihove razlike te posebnosti. Također, cilj je dati pregled osnovnih ograničenja i budućih izazova vezanih uz primjenu i provedbu ekonomskih evaluacija u zdravstvu, kako metodološke tako i praktične prirode. U drugom poglavlju, nakon uvoda, objašnjava se razvoj, važnost i primjena ekonomskih evaluacija u zdravstvu. Treće poglavlje posvećeno je definiciji i osnovnim pojmovima vezanim uz ekonomske evaluacije zdravstvenih tehnologija, a četvrto poglavlje bavi se vrstama ekonomskih evaluacija i njihovom interpretacijom. U četvrtom poglavlju posebna je pažnja posvećena pragu isplativosti ulaganja u zdravstvene tehnologije. U petom poglavlju dat je prikaz upotrebe ekonomskih

evaluacija u Hrvatskoj. Osim teorijskog prikaza, u svim su poglavljima navedeni i primjeri upotrebe ekonomskih evaluacija ili njihovih segmenata u praksi.

12.2. Razvoj i primjena ekonomskih evaluacija

Ukupni resursi s kojima društvo raspolaže ograničeni su, što uvjetuje i ograničenost resursa namijenjenih zdravstvu. Postavlja se pitanje kako raspoloživa sredstva namijenjena zdravstvu najbolje raspodijeliti tako da se ostvare ciljevi koje pred sebe postavlja svaki zdravstveni sustav. Jedan od najvažnijih ciljeva koje zdravstveni sustavi u razvijenim zemljama pred sebe postavljaju jest ostvarenje maksimalne količine zdravlja proizvedene jedinicom uloženog novca, pazeći pritom na jednakost u ostvarivanju prava na zdravstvenu zaštitu u društvu [Bobinac, 2012]. Ekonomske evaluacije su važne u ostvarenju ovog cilja jer omogućavaju identifikaciju alternativnih načina ulaganja sredstava te usporedbu troškova i koristi svake od alternativnih zdravstvenih intervencija kako bi se utvrdila optimalna kombinacija intervencija i tako optimizirala količina zdravlja ostvarena u društvu. Ekonomska evaluacija je sistematična analiza koja, između ostalog, pozitivno utječe na transparentnost u procesu odlučivanja unutar zdravstvenog sustava.

Ekonomske evaluacije su postale sastavni dio procesa odlučivanja o financiranju zdravstva u mnogim razvijenim zemljama svijeta [Drummond, 2012]. Među istaknutijim primjerima su Velika Britanija, Nizozemska i Australija. Te zemlje uvjetuju odluke o financiranju tehnologija iz zdravstvenog proračuna (odnosno uvrštenje tehnologije na osnovnu listu) upravo pozitivnim ishodom ekonomske evaluacije. Pri prijavi proizvoda za osnovnu listu lijekova, primjerice, proizvođač zdravstvene tehnologije (npr. farmaceutska tvrtka) mora, uz ostale dokaze, dostaviti i ekonomsku evaluaciju svojeg proizvoda na razmatranje instituciji koja odlučuje (ili daje prijedlog) o alokaciji zdravstvenog proračuna. Rezultat ekonomske evaluacije može tako biti presudan za uvrštavanje tehnologije u osnovni paket zdravstvenih usluga koji se financira iz proračuna, ovisno o tome pokaže li se neka tehnologija troškovno učinkovitom ili neučinkovitom.

Razvoj i primjena ekonomskih evaluacija u procesu odlučivanja o financiranju zdravstvenih tehnologija utjecali su i na razvoj samog procesa odlučivanja i načina na koji se upravlja zdravstvenim sustavima uopće. Drummond [2012], analizirajući procese odlučivanja o sastavu osnovnih lista lijekova u različitim zemljama, izdvaja tri glavne posljedice uvođenja ekonomskih evaluacija. Prvo, cijena novih lijekova postala je varijabla unutar ekonomske evaluacije, pri čemu se cijena lijekova uspoređuje direktno s koristima koje lijek proizvodi, za razliku od dotadašnje prakse gdje se cijena lijeka dogovarala odvojeno od kliničkih pokazatelja. Takva praksa omogućila je i razvoj koncepta cijene koja se temelji na vrijednosti koju lijek stvara (engl. *value for money*), odnosno, do utvrđivanja cijene

lijeka s obzirom na vrijednost, a ne neovisno o njoj. Drugo, došlo je do sve češće podjele rizika između proizvođača i kupaca [engl. *risksharing agreements*], posebno važne kod novih, skupih lijekova kojima se odobrava privremeno mjesto na listi osnovnih lijekova, uz uvjet da daljnje praćenje, evaluiranje i istraživanje dokaže vrijednost koju lijek proizvodi, što predstavlja temelj za daljnje odluke i konačno utvrđivanje cijene [Towse, 2010; Ernst & Young, 2013]. Treće, uvođenje ekonomskih evaluacija u područje procjene lijekova omogućilo je i razvoj ekonomskih procjena drugih zdravstvenih tehnologija – medicinskih aparata i opreme, dijagnostičkih postupaka, javnozdravstvenih intervencija [NICE, 2013]. U konačnici, ekonomske evaluacije su doprinijele i doprinose transparentnosti procesa odlučivanja o sastavu osnovne liste lijekova i drugih medicinskih tehnologija i tako omogućuju intenzivnije uključivanje svih zainteresiranih strana u procese odlučivanja u zdravstvu [Drummond et al., 2008].

Ekonomске evaluacije primjenjuju se u procesima odlučivanja od 1993. godine, kada je u Australiji prvi puta propisan postupak procjene i uvođenja lijekova na osnovnu listu lijekova financiranih iz proračuna [Department of Health, Commonwealth of Australia, 1992] koji je uključivao i ekonomsku procjenu troškovne učinkovitosti svakog lijeka za kojeg farmaceutska tvrtka podnosi zahtjev za uvrštenje na osnovnu listu lijekova. Od tog vremena, gotovo polovica zemalja u Europskoj uniji, uz Kanadu i Novi Zeland, svojim je pravilnicima propisala da farmaceutske tvrtke, kada traže uvrštenje svog proizvoda na osnovnu listu zdravstvenih usluga, moraju (*inter alia*) izraditi ekonomsku evaluaciju troškovne učinkovitosti kojom se tada različita tijela služe u procesu odlučivanja o uvrštavanju dotičnog lijeka na osnovnu listu [Drummond, 2012]. Na globalnoj razini, Svjetska banka koristi sektorsku analizu troškovne učinkovitosti kako bi identificirala prioritete zdravstvene kontrole u zemljama u razvoju i pakete osnovnih zdravstvenih usluga prilagođene pojedinim stupnjevima razvoja različitih država [npr. Jamison et al., 1993; World Bank, 1993].

Zemlje koje su uvele ekonomske evaluacije kao obvezni dio odlučivanja o sastavu osnovnih lista zdravstvenih tehnologija morale su prije svega izraditi detaljne smjernice za procjenu zdravstvenih tehnologija i izradu ekonomskih evaluacija i nametnuti visoke metodološke standarde, a potom osposobiti nadležna tijela za interpretaciju ekonomskih evaluacija i HTA dosjea. Ekonomske evaluacije najčešće izrađuju neovisne HTA agencije unutar sustava upravljanja zdravstvom (primjerice, agencije u sklopu ministarstva) ili vanjski suradnici, primjerice akademske institucije. Međutim, u novije vrijeme u većini zemalja farmaceutske tvrtke same izrađuju ekonomske evaluacije i HTA dosjee (ili to za njih čine različite savjetničke tvrtke), a HTA agencije kritički procjenjuju kvalitetu podnesenih evaluacija [npr. NICE, 2009]. Izabrani primjeri smjernica za izradu ekonomskih evaluacija i neki primjeri ekonomskih evaluacija navedeni su u okviru 12.1.

Okvir 12.1. Popis primjera smjernica za izradu ekonomskih evaluacija u odabranim zemljama i poveznice primjera ekonomskih evaluacija

Australija: Guidelines for Preparing Submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, Version 4.3, 2008, <http://www.pbac.pbs.gov.au/content/information/archived-versions/pbac-guidelines-2002.pdf>

Austrija: Austrian Guidelines on Health Economic Evaluation, Institute for Pharmacoeconomic Research, 2006, http://www.ispor.org/peguidelines/source/Guidelines_Austria.pdf

Belgija: Guidelines for Pharmacoeconomic Evaluations in Belgium, KCE Reports 78B, http://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20081027327.pdf

Engleska i Wales: Guide to the Methods of Technology Appraisal, 2013, London: National Institute for Clinical Excellence, <https://www.nice.org.uk/article/pmg9/resources/non-guidance-guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf>

Finska: Decree of the Ministry of Social Affairs and Health on Applications and Price Notifications Made to the Pharmaceuticals Pricing Board, Ministry of Social Affairs and Health, 2009, http://www.ispor.org/PEguidelines/source/GuidelinesinFinland_EnglishVersion.pdf

Francuska: French Guidelines for the Economic Evaluation of Health Care Technologies, Haute Autorité de santé, 2011, http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-11/guide_methodo_vf.pdf

Kanada: Guidelines for the Economic Evaluation of Health Technologies, Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health, 3rd Edition, 2006, http://www.inahta.org/wp-content/themes/inahta/img/AboutHTA_Guidelines_for_the_Economic_Evaluation_of_Health_Technologies.pdf

Nizozemska: Guidelines for Pharmacoeconomic Research, Updated Version, College voor Zorgverzekeringen, 2006, <http://www.zorginstituutnederland.nl/binaries/content/documents/zini-ww/documenten/publicaties/publications-in-english/2006/0604-guidelines-for-pharmacoeconomic-research/0604-guidelines-for-pharmacoeconomic-research/Guidelines+for+pharmacoeconomic+research.pdf>

Norveška: Norwegian Guidelines for Pharmacoeconomic Analysis in Connection with Applications for Reimbursement, Norwegian Medicines Agency, 2005, http://www.ispor.org/peguidelines/source/Norwegian_guidelines.pdf

Novi Zeland: Prescription for Pharmacoeconomic Analysis: Methods for Cost-Utility Analysis, Pharmaceutical Management Agency, 2012, <http://www.pharmac.health.nz/assets/pfpa-final.pdf>

Njemačka: German Recommendations on Health Economic Evaluation: Third and Updated Version of the Hanover Consensus, 2008, <http://www.ispor.org/peguidelines/source/HannoveranerPEGuidelinesinEnglish.pdf>

Svjetska zdravstvena organizacija: WHO Guide to Cost-Effectiveness Analysis, 2003, http://www.who.int/choice/publications/p_2003_generalised_cea.pdf

Škotska: Guidance to Manufacturers for Completion of New Product Assessment Form, Health Technology Board for Scotland, 2007, https://www.scottishmedicines.org.uk/Submission_Process/Submission_Guidance_and_Templates_for_Industry/Templates-Guidance-for-Submission/Templates-Guidance-for-Submission

Švedska: The Swedish General Guidelines for Economic Evaluations from the Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, 2003, <http://www.ispor.org/peguidelines/countrydet.asp?c=21&t=1>

Primjeri ekonomskih evaluacija i HTA dosjea:

- Lijekovi protiv Alzheimerove bolesti u Ujedinjenom Kraljevstvu:
<http://www.nice.org.uk/guidance/ta217/resources/alzheimers-disease-donepezil-galantamine-rivastigmine-and-memantine-review-lundbeck-uk2>
- HTA dosjei izrađeni u suradnji s Agencijom za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, Odjelom za procjenu zdravstvenih tehnologija, pod vodstvom dr. Mirjane Huić, dr. med., <http://aaz.hr/hr/procjena-zdravstvenih-tehnologija/baza>

Na razini Europske unije također je osnovana i EUnetHTA, Europska mreža institucija za procjenu zdravstvenih tehnologija (<http://www.eunetha.eu>). EUnetHTA ima za cilj pomoći u povećanju učinkovitosti resursa namijenjenih HTA agencijama u zemljama EU-a, stvaranje održivog HTA sustava te disperziju znanja i informacija vezanih uz HTA na području Europe. Aktivnosti objedinjene pod nazivom EUnetHTA Joint Action 2 (2012–2015) predstavljaju zajedničke projekte Europske mreže i Europske komisije koje financira EU, a temelje se na prepoznavanju i unapređenju HTA sustava kao prioriteta u sustavu upravljanja zdravstvom na europskoj razini. Suradnja između zemalja Europske unije i njihovih HTA agencija važan je preduvjet za stvaranje održivog HTA sustava i sustava međudržavne suradnje u ovom području. Suradnja između HTA agencija u EU-u je važna za stvaranje jedinstvenog HTA okvira koji omogućuje smanjivanje razlika u HTA metodologiji koja se primjenjuje u različitim zemljama, povećava relevantnost pojedinog HTA dosjea za sve zemlje članice te općenito doprinosi podizanju svijesti o važnosti procjena zdravstvenih tehnologija u upravljanju zdravstvom. Hrvatska Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi je 2010. godine postala partner s punim pravom glasa u projektu Europske mreže institucija za procjenu zdravstvenih tehnologija EUnetHTA Joint Action 1 (2010–2012) te je aktivno uključena u EUnetHTA Joint Action 2.

Konačno, i ne manje važno, potrebno je naglasiti da je metodologija ekonomskih evaluacija predmet kontinuirane znanstvene rasprave i unapređenja (npr. Birch i Gafni, 2007; Hill, Mitchell i Henry, 2000; Brouwer et al., 2008; Claxton et al., 2010; Bobinac et al., 2011; 2010a; 2010b; 2014).

12.3. Definiranje ekonomskih evaluacija u zdravstvu

Pod pretpostavkom da je klinička učinkovitost utvrđena kliničkim ispitivanjem i drugim metodama, ekonomskom evaluacijom se određuje ekonomska učinkovitost pojedine zdravstvene tehnologije u odnosu na neku drugu. Cilj ekonomske evaluacije neke zdravstvene tehnologije jest odrediti, ili identificirati, koja tehnologija, između dvije ili

više alternativa, može proizvesti najviše jedinica zdravlja po jedinici uloženog novca [Drummond et al., 2005]. Dakle, cilj provođenja ekonomske evaluacije jest identificirati tehnologiju koja je relativno učinkovitiji “proizvođač” zdravlja i tako doprinijeti povećanju proizvodne učinkovitosti zdravstvenog sustava. Naglasak je ovdje stavljen na nove zdravstvene tehnologije iako se metodologija ekonomskih evaluacija, kako je ranije rečeno, može primijeniti i na postojeće tehnologije [one koje se već financiraju iz proračuna]. Tada rezultat ekonomske evaluacije može dati i odgovor na pitanje koju je od postojećih zdravstvenih tehnologija potrebno dezinvestirati.

Ekonomske evaluacije možemo definirati kao alat koji pomaže donositeljima odluka u zdravstvu, doprinoseći tako sistematičnosti i transparentnosti u donošenju odluka o trošenju proračunskog novca i povećanju učinkovitosti u zdravstvu, čime direktno doprinose održivosti cjelokupnog zdravstvenog sustava. Formalno, ekonomska evaluacija zdravstvene tehnologije je komparativna analiza inkrementalnih troškova i koristi koji se ostvaruju investiranjem u alternativne [dvije ili više] zdravstvene tehnologije [Drummond et al., 2005]. Kao što je ranije rečeno, termin “zdravstvena tehnologija” podrazumijeva svaku intervenciju u zdravstvu: lijekove, medicinsku opremu, postupke liječenja, javnozdravstvene intervencije i slično. Osnovni zadatak ekonomske evaluacije je identificirati, izmjeriti, vrednovati i usporediti troškove i koristi koji proizlaze iz investicija u dvije ili više alternativnih tehnologija [Drummond et al., 2005].

Rezultat ekonomske evaluacije prikazuje se pomoću omjera inkrementalnih troškova i koristi, odnosno, ICER-a (engl. *incremental cost-effectiveness ratio* – ICER). Jednostavno rečeno, u nekom vremenu $t=1$ [tj. uz stopu diskontiranja nula], ekonomskom evaluacijom izračunava se odnos inkrementalnih [odnosno dodatnih] troškova i koristi koji se ostvaruju nekom tehnologijom Y u odnosu na alternativnu tehnologiju X, tako da:

$$(T_y - T_x) / (K_y - K_x) < v \quad [1]$$

ili

$$\Delta T / \Delta K < v, \quad [2]$$

gdje T_y i T_x predstavljaju troškove tehnologija Y i X [npr. cijenu koštanja Y i X i druge troškove]; K_y i K_x su jedinice u kojima mjerimo zdravstveni ishod tehnologija Y i X [mjereno u jedinicama zdravlja], a v predstavlja prag isplativosti i izražava se u monetarnim jedinicama. Jednadžbe [1] i [2] sugeriraju da inkrementalni trošak [ΔT] ostvarivanja jedne dodatne [odnosno inkrementalne] jedinice zdravstvene koristi [ΔK] mora biti niži

od praga isplativosti [v] kako bi se tehnologija mogla smatrati troškovno učinkovitom. O pragu isplativosti bit će riječi na kraju ovog poglavlja.

Komparativna priroda ekonomskih evaluacija podrazumijeva izračunavanje inkrementalnih ili graničnih troškova (tj. $T_y - T_x$ ili ΔT) i inkrementalnih ili graničnih koristi (tj. $K_y - K_x$ ili ΔK), stoga pitanje na koje odgovara ekonomska evaluacija nije koliki je prosječni ili ukupni trošak ili korist ostvarena određenom intervencijom (tj. ekonomske evaluacije ne bave se zbrajanjem i oduzimanjem prosječnih troškova i koristi), već kolika je razlika u troškovima i koristima nove tehnologije u *odnosu* na alternativnu tehnologiju.

Ekonomске evaluacije mogu doprinijeti povećanju učinkovitosti proračunske potrošnje ako su zadovoljena dva osnovna uvjeta. Prvo, donositelj proračuna mora imati za cilj maksimizaciju količine proizvedenog zdravlja po jedinici uloženog novca (a ne neki drugi cilj, primjerice suzbijanje epidemije ili suzbijanje nejednakosti)¹. Time su cilj ekonomske evaluacije i cilj donositelja proračuna usuglašeni. Kada bi cilj proračunske potrošnje bio, primjerice, smanjenje zdravstvenih nejednakosti u društvu (bilo nejednakosti u smislu pristupa zdravstvenim uslugama ili nejednakosti u smislu zdravstvenih ishoda), tada ekonomske evaluacije kakve se danas najčešće koriste i kakvima se bavi ovo poglavlje ne bi bile od jednake koristi. Ekonomске evaluacije mogu odgovoriti na zahtjeve proizvodne učinkovitosti (učinkovitosti u proizvodnji zdravlja unutar određene skupine pacijenata) i alokativne učinkovitosti (učinkovitosti u proizvodnji zdravlja između različitih skupina pacijenata i različitih vrsta intervencija, dakle na razini cjelokupnog zdravstvenog sustava). Drugo, ekonomske evaluacije su važne u kontekstu ograničenog, odnosno limitiranog proračuna, gdje su odluke o tome što financirati, a što ne, nužnost. Koncept ekonomske evaluacije je bez pravog značaja u kontekstu neograničenog proračuna, gdje pravog oportunitetnog troška zapravo nema (Claxton et al., 2010). Oportunitetni trošak postoji uvijek kada se unutar ograničenog proračuna mora izabrati koje će se tehnologije financirati, a koje ne. Naime, oportunitetni trošak predstavlja propuštenu korist nastalu zbog odluke o investiranju u jednu umjesto u drugu zdravstvenu tehnologiju. Za donositelje odluka u zdravstvu je stoga važno znati ne samo koliko košta pojedina intervencija i kolike koristi se njome ostvaruju, već koje i kolike smo koristi izgubili financiranjem jedne umjesto druge zdravstvene tehnologije (npr. Dolan et al., 2005). Na kraju krajeva, sve ostvarene i neostvarene koristi imaju direktnu posljedicu za pacijente i kvalitetu njihovog zdravlja.

¹ Wagstaff [1991] i Dolan et al. [2005].

12.3.1. Troškovi i koristi zdravstvenih tehnologija

Vrste i broj troškova i koristi koji se mjere, uspoređuju i vrednuju unutar ekonomskih evaluacija ovise prvenstveno o perspektivi odnosno djelokrugu evaluacije. Obično govorimo o dvije osnovne perspektive: društvena perspektiva i perspektiva zdravstvenog sustava [Gold et al., 1996; Dolan et al., 2003; Claxton et al., 2010]. Ekonomske evaluacije koje se provode iz aspekta društva u cjelini uzimaju u obzir sve direktne i indirektno troškove i koristi koji su važni s društvenog aspekta. Ekonomske evaluacije koje se provode s aspekta zdravstvenog sustava uzimaju u obzir samo direktne troškove i koristi koji su u domeni zdravstvenog proračuna, ali ne i šire. Primjerice, trošak dijalize iz perspektive zdravstvenog sustava odnosi se na trošak lijekova, opreme i radne snage koji subvencionira zdravstveni proračun, ali ne uključuje indirektno troškove putovanja pacijenata do bolnica, vrijeme provedeno na dijalizi, gubitak produktivnosti rada uslijed bolesti, gubitke vezane uz troškove bolovanja. Takvi indirektni troškovi bili bi uključeni u ekonomsku evaluaciju provedenu iz društvene perspektive. Kada postoje značajni indirektni troškovi, rezultat ekonomske evaluacije iste tehnologije provedene iz dvije različite perspektive može biti potpuno oprečan [npr. Nichol, 2003]. Međutim, odabir perspektive prvenstveno je normativno pitanje [Brouwer et al., 2008; Claxton et al., 2010] i praksa među zemljama se razlikuje. Tako Velika Britanija provodi analize iz perspektive zdravstvenog sustava [NICE, 2013], dok primjerice Nizozemska zahtijeva primjenu društvene perspektive u ekonomskim evaluacijama [CVZ, 2006].

Budući troškovi i koristi se diskontiraju [Brouwer et al., 2005; Gravelle et al., 2007; Bobinac, Brouwer i Van Exel, 2011], čime se njihova buduća vrijednost svodi na sadašnju vrijednost, kako bi se omogućila valjana usporedba. Preventivne intervencije, kao primjerice cijepljenje ili *screening* programi, primjer su važnosti diskontiranja jer se kod takvih intervencija troškovi ostvaruju odmah, a koristi, primjerice, 20 godina kasnije. Troškovi zdravstvenih tehnologija se diskontiraju najčešće po jedinstvenoj stopi (u Velikoj Britaniji ta stopa iznosi 3,5 posto², u Nizozemskoj 4 posto, u Francuskoj 4 posto). Koristi ostvarene zdravstvenim tehnologijama mogu se diskontirati po istoj ili nižoj stopi od stope diskontiranja koja se primjenjuje za troškove. U Velikoj Britaniji se tako buduće zdravstvene koristi diskontiraju po stopi od 3,5 posto godišnje, u Francuskoj 4 posto [primjenjuje se jedinstvena stopa za troškove i koristi], dok se u Nizozemskoj primjenjuje stopa diskontiranja za zdravstvene koristi u visini od 1,5 posto. Odluka o visini stope diskontiranja iznimno je važna i ima značajne posljedice za rezultate ekonomskih evaluacija zdravstvenih tehnologija, odnosno za alokaciju unutar zdravstvenog, ali i ostalih nezdravstvenih proračuna [npr. Brouwer et al., 2005] i zato je predmet iscrpnih

² NICE [2013].

znanstvenih rasprava [npr. Harvey, 1994; Olsen, 1993; Cairns, 1994; Van Hout, 1998; Gravelle i Smith, 2001; Claxton et al., 2006; Gravelle et al., 2007].

a) Troškovi

Troškovi koji se uzimaju u obzir u ekonomskim evaluacijama zdravstvenih tehnologija mjere se uvijek u novčanim jedinicama [Brouwer i Koopmanschap, 2000a; 2000b; Brouwer, Koopmanschap i Rutten, 1997; Sculpher, 2005; Frick, 2009]. Za razliku od mjerenja i vrednovanja koristi ostvarene zdravstvenim intervencijama, različite vrste ekonomskih evaluacija koriste uglavnom iste standardizirane metode za identificiranje i zbrajanje troškova [Meltzer, 1997; WHO, 2003; Frick, 2009; Fishman i Hornbrook, 2009]. Troškove u osnovi dijelimo na direktne i indirektne troškove [Robinson, 1993]. Direktni troškovi su, primjerice, plaće zdravstvenih djelatnika, cijena koštanja zdravstvene tehnologije, prijevoz pacijenta ambulantnim kolima, odnosno svi oni troškovi koji padaju na teret zdravstvenog sustava, uključujući i kapitalne troškove i troškove amortizacije. Evaluacija provedena iz perspektive zdravstvenog sustava uzima u obzir samo direktne troškove.

Indirektni troškovi su šira kategorija. Obuhvaćaju, primjerice, osobne troškove putovanja pacijenata do mjesta liječenja, troškove naknade za nezaposlene i naknade za bolovanja, troškove zdravstvene edukacije u školama, odnosno sve one troškove koje zdravstveni sustav tradicionalno ne financira. U indirektno troškove mogu biti uključeni ne samo troškovi pacijenata već i troškovi koje zbog bolesti pacijenata ostvaruju njihove obitelji, ali i svi drugi troškovi važni s aspekta društva. Evaluacija provedena iz društvene perspektive uzima u obzir i direktne i indirektno troškove.

b) Koristi

Koristi proizvedene zdravstvenim tehnologijama se, za razliku od troškova, izražavaju, mjere i vrednuju na različite načine, a ovisno o tipu ekonomske evaluacije koja se provodi. Najvažnije metode za mjerenje ishoda zdravstvenih tehnologija (engl. *outcomes*) su naturalne jedinice, jedinice korisnosti, tj. *quality-adjusted life year* (QALY), te novčana protuvrijednost [Drummond et al., 2005; Weinstein, Torrance i McGuire, 2009].

Naturalne jedinice su direktno vezane za određeni tip zdravstvenog problema. Naturalne jedinice podrazumijevaju, primjerice, postotno smanjenje visine krvnog tlaka, postotno smanjenje incidencije loma kuka, broj srčanih udara, visinu šećera u krvi pacijenata i slično. Tako mjeren ishod ili rezultat primjene neke zdravstvene tehnologije (primjerice, lijekova za smanjenje krvnog tlaka ili lijekova protiv dijabetesa) relativno je lako izračunati

i dostupan je najčešće iz evidencije kliničkih ispitivanja i liječničkih evidencija. Naturalne jedinice se mjere i zbrajaju, ali im se ne pripisuje vrijednost (odnosno, ne vrednuju se).

Za razliku od naturalnih jedinica, jedinice korisnosti su složeniji i sofisticiraniji način mjerenja, ali i vrednovanja ishoda zdravstvene tehnologije. *Quality-adjusted life year* (QALY) je indeks kojim se mjeri i vrednuje korisnost zdravstvenog ishoda bilo koje zdravstvene intervencije. QALY indeks integrira korisnost duljine trajanja života i kvalitete života u jednu jedinstvenu mjeru. QALY indeksom može se opisati vrijednost ishoda svake zdravstvene tehnologije koja utječe na kvalitetu života i/ili duljinu trajanja života pacijenata – znači, svake intervencije u zdravstvu (Drummond et al., 2009). Vrijednost QALY indeksa kreće se između 0 i 1, gdje 0 predstavlja nepostojanje zdravstvenog ishoda, odnosno smrt, a 1 predstavlja savršeno zdravlje ili maksimalnu korisnost (Drummond et al., 2005). Općenito, QALY se izračunava tako da se korisnost ili vrijednost nekog zdravstvenog stanja pomnoži s duljinom trajanja tog zdravstvenog stanja (Weinstein, Torrance i McGuire, 2009). Primjerice, osoba koja živi godinu dana u punom (savršenom) zdravlju ima QALY indeks 1 ($1 \text{ godina} \times 1 \text{ korisnost zdravlja} = 1 \text{ QALY}$). Svako smanjenje kvalitete života donosi smanjenje vrijednosti QALY indeksa od 1 prema 0. Primjerice, pola godine provedene u punom zdravlju daje vrijednost od 0,5 QALY jedinica ($0,5 \text{ godina} \times 1 \text{ korisnost zdravlja} = 0,5 \text{ QALY}$). S druge strane, 1 godina provedena u zdravstvenom stanju s indeksom korisnosti 0,5 daje također vrijednost od 0,5 QALY jedinica ($1 \text{ godina} \times 0,5 \text{ korisnost zdravlja} = 0,5 \text{ QALY}$). U smislu interpretacije QALY indeksa, indeks vrijednosti 0,5 korisnosti zdravlja označava narušeno zdravstveno stanje u vrijednosti 50 posto savršenog zdravlja. Tako, primjerice, ako pacijenti s multiplom sklerozom imaju korisnost zdravlja 0,4, to znači da multipla skleroza narušava 60 posto zdravlja pacijenata, u odnosu na savršeno zdravlje [koje ima vrijednost 1]. Šest mjeseci s multiplom sklerozom ima vrijednost 0,2 QALY jedinice ($0,5 \text{ godina} \times 0,4 \text{ korisnost zdravlja} = 0,2 \text{ QALY}$).

Indeks korisnosti ili vrijednosti zdravlja potreban za izračun QALY indeksa temelji se na preferencijama pacijenata ili opće populacije (Menzel et al., 2002) koje se ispituju jednom od sljedeće četiri metode: TTO (engl. *time trade-off*), SG (engl. *standard gamble*), VAS (engl. *visual analogue scale*) i DCE (engl. *discrete choice experiment*). Primjena ovih metoda detaljno je opisana u literaturi (npr. Drummond et al., 2005; EuroQoL, 2014).

Ishod zdravstvene tehnologije može se izraziti, odnosno vrednovati, i novčano. Različite metode (primjerice, *contingent valuation* ili *discrete choice experiment*³) koriste se kako bi se odredila novčana vrijednost jedne jedinice zdravstvenog ishoda, a u svrhu izrade analize troškova i koristi, odnosno tzv. *cost-benefit* analize. U teoriji, ishod svake zdravstvene intervencije može se izraziti novčanom protuvrijednošću. Prednost

3 Npr. Lancsar et al. [2011] i Bobinac et al. [2012a; 2013; 2014].

izražavanja vrijednosti ishoda neke zdravstvene intervencije u novcu, a ne u QALY jedinicama, jest sveobuhvatnost vrednovanja. Drugim riječima, QALY indeksom vrednuje se samo zdravstveni aspekt neke intervencije [poboljšanje zdravlja], dok se novčanom protuvrijednošću može izraziti i vrijednost poboljšanja zdravlja i vrijednost drugih, nezdravstvenih aspekata poboljšanja kvalitete života (npr. veća produktivnost rada, samostalnost u obavljanju svakodnevnih obveza, povećano zadovoljstvo, mogućnost ostvarenja boljih socijalnih kontakata i slično)⁴.

12.4. Vrste ekonomskih evaluacija

Postoje tri osnovne vrste ekonomskih evaluacija koje se najčešće provode u zdravstvu [Drummond et al., 2005]: [1] analiza troškovne učinkovitosti [engl. *cost-effectiveness analysis* – CEA], [2] analiza troškovne korisnosti [engl. *cost-utility analysis* – CUA], [3] analiza troškova i koristi [engl. *cost-benefit analysis* – CBA].

Vrsta ekonomske evaluacije koja se izvodi ovisit će o tipu ekonomske učinkovitosti koji je od interesa, a to je propisano smjernicama (npr. NICE, 2013). Dok CEA analiza može dati odgovor na pitanje proizvodne učinkovitosti unutar zdravstvenog sustava, CUA analiza može dati odgovor na puno šire pitanje alokativne učinkovitosti unutar zdravstvenog sustava. Međutim, CBA analiza može dati odgovor na pitanje alokativne učinkovitosti zdravstvenog budžeta, a pod određenim uvjetima može pomoći i povećanju alokativne učinkovitosti cjelokupnog državnog proračuna, intersektoralno [Bobinac et al., 2011].

[1] Analiza troškovne učinkovitosti (CEA)

U CEA analizi ishod zdravstvene tehnologije mjeri se pokazateljima kliničke učinkovitosti zdravstvene tehnologije, a izražava se u naturalnim jedinicama. Jednostavnost i dostupnost podataka čine ovu vrstu ekonomske evaluacije iznimno popularnom. Iako jednostavnija i izravnija od ostalih metoda, CEA analiza je u isto vrijeme i ograničena te od značajnije koristi samo u određenim situacijama.

Primjerice, zamislimo da želimo provesti ekonomsku evaluaciju novog lijeka protiv osteoporoze. Zamislimo da novi lijek protiv osteoporoze [Y] evaluiramo u odnosu na postojeći lijek protiv osteoporoze [X] koji se trenutno nalazi u osnovnom paketu zdravstvenih usluga (primjerice, nalazi se na "listi" HZZO-a, u slučaju Hrvatske). Svrha CEA analize jest ustanoviti bi li novi lijek protiv osteoporoze, Y, trebao zamijeniti postojeći lijek, X, u osnovnom paketu zdravstvenih usluga, pod pretpostavkom da je donositelju

⁴ Brouwer et al. [2008] i Bobinac et al. [2010b].

odluke [HZZO-u] cilj maksimizirati količinu proizvedenih jedinica zdravlja u populaciji. Kao što je ranije objašnjeno, CEA analiza izračunava odnos inkrementalnih (odnosno dodatnih) troškova i koristi koji se ostvaruju tehnologijom Y u odnosu na postojeću tehnologiju X. U vremenu $t=1$ [tj. uz stopu diskontiranja nula], CEA analiza izračunava:

$$\Delta T / \Delta K < v, \quad [2]$$

gdje je ΔT razlika u troškovima lijekova Y i X, a ΔK je razlika u koristima ostvarenima primjenom lijekova Y i X. ΔK se izražava u naturalnim jedinicama, a ΔT se uvijek izražava u novčanim jedinicama. Pretpostavimo da je ishod djelovanja lijekova Y i X mjereno brojem preveniranih slučajeva loma kuka. Nadalje, pretpostavimo da lijek X košta 2 milijuna kuna za sve oboljele od osteoporoze u Republici Hrvatskoj i da prevenira 1.000 slučajeva loma kuka godišnje. Novi lijek Y košta 1,5 milijuna kuna i prevenira 1.500 slučajeva loma kuka godišnje. Rezultat CEA analize bio bi tada -1.000 kuna po dodatnom preveniranom slučaju loma kuka. Odnosno,

$$(1,5 \text{ mil.} - 2 \text{ mil.}) / (1500 - 1000) = -1000. \quad [3]$$

Predznak minus označava uštedu u ovom kontekstu. Drugim riječima, novi lijek Y predstavlja dominantnu opciju: učinkovitiji je od lijeka X, a uz to i jeftiniji, pa uvođenje lijeka Y umjesto lijeka X osigurava povećanje proizvodne učinkovitosti u zdravstvu. Drugim riječima, uvođenjem lijeka Y zdravstveni sustav ostvaruje veću zdravstvenu korist po jedinici uloženog novca. Iz ovakve analize bilo bi jasno da je u najboljem interesu za proračun i za pacijente financirati lijek Y umjesto lijeka X.

CEA rezultat od -1.000 kuna također govori o *stupnju* proizvodne učinkovitosti koju ostvarujemo financiranjem lijeka Y umjesto lijeka X. Ako bi lijek Y koštao, primjerice, 1,75 milijuna kuna, CEA rezultat tada bi bio -500 kuna po dodatnom preveniranom slučaju loma. Iako je to dvostruko niži stupanj proizvodne učinkovitosti, lijek Y i dalje predstavlja uštedu, odnosno predstavlja povećanje proizvodne učinkovitosti u odnosu na lijek X. Lijek Y bi također predstavljao napredak u proizvodnoj učinkovitosti [tj. bio bi dominantna opcija] kada bi koštao jednako kao i lijek X, a bio učinkovitiji [prevenirao više slučajeva loma kuka] ili kada bi bio jednako učinkovit, ali jeftiniji [slika 12.1].

Međutim, većina novih tehnologija je uglavnom skuplja od postojećih, dakle ne predstavlja dominantnu opciju. Uzmimo na primjer da nova tehnologija Y košta 2,4 milijuna kuna i prevenira istih 1.500 slučajeva loma. Rezultat CEA analize je tada 1.000 kuna po dodatnom preveniranom slučaju loma kuka [ICER = 1.000 kuna po jedinici zdravstvenog ishoda]. Međutim, ako se u našem primjeru lijek X zamijeni lijekom Y, proračunski izdaci

će se povećati za 1.000 kuna po pacijentu, odnosno ukupno za 0,4 milijuna kuna [2,4 milijuna kuna – 2 milijuna kuna koliko je koštala intervencija X]. U slučaju da nije moguće (ili nije poželjno) povećati proračun, iznos od 0,4 milijuna kuna mogao bi se podmiriti i dezinvestiranjem [tj. prestankom financiranja] neke postojeće intervencije. Primjerice, recimo da je intervencija Z odabrana kao kandidat za dezinvestiranje [jer je, primjerice, zastarjela]. Donositelj odluka mora tada utvrditi jesu li koristi koje proizlaze ulaganjem u intervenciju Z manje od 0,4 milijuna kuna, odnosno, isplati li se dezinvestirati intervenciju Z [uz X] kako bi se s istom razinom proračunske potrošnje financirala intervencija Y. CEA analiza može pomoći odgovoriti na ovo pitanje samo ako je intervencija Z također namijenjena liječenju osteoporoze i preveniranju loma kuka, kao i lijekovi X i Y, i ako se ishod liječenja može izraziti brojem preveniranih slučajeva loma kuka. CEA analiza tada djeluje unutar iste skupine pacijenata i iste bolesti gdje može utjecati na povećanje proizvodne učinkovitosti unutar ograničene terapijske skupine. Primjeri CEA analize u praksi navedeni su u okviru 12.2.

Okvir 12.2. CEA analiza u praksi

Godišnje se objave na stotine analiza troškovne učinkovitosti različitih medicinskih tehnologija. Studija troškovne učinkovitosti cijepljenja protiv tipova humanog papiloma virusa 16 i 18 u Nizozemskoj je jedan primjer [Rogoza et al., 2009]. Studija je pokazala da je cijepljenje djevojčica u dobi od 12 godina troškovno učinkovito, odnosno da ICER iznosi 22.700 eura po ostvarenoj godini života [engl. *life-year gained* – LYG], tj. produljenje života za jednu godinu pacijentice koja zahvaljujući cijepljenju neće oboljeti od karcinoma cerviksa društvo košta 22.700 eura. S obzirom na istraživanja koja ukazuju na referentnu vrijednost jedne godine života [Council for Public Health and Health Care, 2006] u Nizozemskoj, cijepljenje protiv tipova humanog papiloma virusa 16 i 18, uz postojeći probir za karcinom cerviksa, u Nizozemskoj se može smatrati troškovno učinkovitom strategijom borbe protiv karcinoma cerviksa, jednog od najprevalentnijih karcinoma među ženama [Rogoza et al., 2009].

Međutim, budući da su zdravstvene tehnologije namijenjene cijelom spektru zdravstvenih problema, različiti lijekovi, intervencije i dijagnostički postupci često nisu usporedivi u smislu ishoda [primjerice, lijek za snižavanje krvnog tlaka nije namijenjen liječenju osteoporoze i stoga su ishodi dvaju lijekova neusporedivi u naturalnim jedinicama]. CEA analiza, koja ishode mjeri u naturalnim jedinicama, ne može poslužiti u kontekstu usporedbe troškovne učinkovitosti između terapijskih skupina [Bobinac, 2012]. U našem primjeru, to ograničenje znači da, kad je proračun zadan i nepromjenjiv i kad se razmatraju raznovrsne tehnologije, CEA analiza ne može poslužiti pri odluci da li financirati novi lijek Y ili ne. Alternativno, u kontekstu promjenjivog proračuna [odnosno zdravstvenog proračuna koji se može povećati za potrebe financiranja dodatnih zdravstvenih tehnologija], CEA analiza bila bi prihvatljiva jer je tada jedino važno znati nadilazi li ICER prag isplativosti [okvir 12.3], koji se u teoriji može odrediti za svaku terapijsku skupinu i zdravstveni problem. U našem se primjeru, međutim, proračun mora povećati za dodatnih 0,4 milijuna kuna kako bi se financirala intervencija Y [odnosno, za iznos od 0,4

milijuna kuna mora se smanjiti proračun nekoj drugoj intervenciji]. CEA analiza tada ne može odgovoriti na pitanje o alokativnoj učinkovitosti, odnosno treba li dezinvestirati i tehnologiju Z i tehnologiju X kako bi se mogla financirati tehnologija Y. Alternativa u tom slučaju jest primjena CUA analize.

[2] Analiza troškovne korisnosti [CUA]

CUA analiza je identična CEA analizi u svim segmentima osim u načinu na koji se vrednuje ishod zdravstvenih tehnologija. U CEA analizi ishod se mjeri u naturalnim jedinicama. U CUA analizi ishod se mjeri pomoću jedinstvenog kompozitnog indeksa korisnosti zdravstvenog ishoda QALY. Tim se indeksom mjeri vrijednost, odnosno korisnost zdravstvenog ishoda, a može poslužiti da bi se opisao ishod svake zdravstvene tehnologije koja utječe na kvalitetu života i/ili duljinu trajanja života pacijenata, od transplantacije do liječenja gljivičnih oboljenja.

Kao i u slučaju CEA analize, CUA analizom izračunava se odnos inkrementalnih (odnosno dodatnih) troškova i koristi koji se ostvaruju jednom tehnologijom [Y] u odnosu na drugu (najčešće postojeću) tehnologiju [X]. Jednostavno rečeno, u nekom vremenu $t=1$ [tj. uz stopu diskontiranja nula], CUA analizom izračunava se ICER, odnosno:

$$\Delta T / \Delta QALY < v, \tag{4}$$

gdje $\Delta QALY$ predstavlja jedinice ishoda zdravstvenih tehnologija X i Y izražene pomoću QALY indeksa. Jednadžba [4] uvjetuje da cijena jednog dodatnog QALY indeksa mora biti niža od praga isplativosti kako bi se tehnologija smatrala društveno isplativom. U kontekstu praga isplativosti od, primjerice, 10.000 kuna za jedan dodatni QALY ostvaren u društvu, 1.000 kuna za jedan QALY ostvaren nekom zdravstvenom tehnologijom smatralo bi se društveno prihvatljivim troškom. Takva usporedba cijene po kojoj se ostvaruje jedna dodatna jedinica zdravlja, izražena pomoću QALY indeksa, s eksplicitno definiranim pragom isplativosti [v] [npr. Gravelle et al., 2007] daje odgovor na pitanje o opravdanosti investicije. Neke zemlje (kao Velika Britanija ili Nizozemska) koriste definirane pragove isplativosti prema kojima se određuje je li rezultat CUA analize (dakle ICER) društveno prihvatljiv [npr. Devlin i Parkin, 2004; Rawlins i Culyer, 2004; Council for Public Health and Health Care, 2006]. Prema definiciji, ako je cijena jedne dodatne jedinice zdravstvene koristi niža od praga isplativosti [tj. $ICER = \Delta T / \Delta K < v$, gdje je v izražen u novčanim jedinicama], tada se intervencija može smatrati troškovno učinkovitom [Bobinac et al., 2011].

CUA analiza omogućava usporedbu ishoda najrazličitijih intervencija, budući da se ishod svake intervencije može prikazati uz pomoć QALY indeksa. To omogućava korištenje

CUA analize u svrhu povećanja alokativne učinkovitosti u preraspodjeli sredstava unutar zdravstvenog proračuna. Primjerice, CUA analizom može se usporediti vrijednost ulaganja u lijek za osteoporozu i vrijednost ulaganja u program transplantacije bubrega. Pod pretpostavkom da su svi QALY indeksi jednaki, odnosno da njihova vrijednost ne ovisi o tome u kojoj se skupini pacijenata korist ostvaruje i slično (npr. Dolan et al., 2005; Bobinac, 2012), smatramo da je intervencija koja generira jedan QALY po cijeni od 1.000 kuna prihvatljivija investicija od intervencije koja jedan QALY generira po cijeni od 200.000 kuna. Ako v iznosi 10.000 kuna onda intervencija koja generira jedan QALY po cijeni od 200.000 kuna ne može biti društveno prihvatljiva (s aspekta praga isplativosti).

U primjeru koji smo koristili ranije, uvođenje lijeka protiv osteoporozu stajalo bi dodatnih 0,4 milijuna kuna. Donositelj odluka, primjerice HZZO, može koristiti CUA analizu kako bi se usporedile koristi lijeka protiv osteoporozu i bilo koje druge intervencije. Na taj se način mogu uzeti u obzir alternativne mogućnosti upotrebe sredstava i koristi koje bi se mogle ostvariti unutar cijelog spektra različitih zdravstvenih tehnologija. U našem primjeru to znači procijeniti oportunitetni trošak u smislu koristi koje bi se mogle ostvariti ulaganjem 0,4 milijuna kuna u alternativne intervencije. Drugim riječima, procjenjuje se neto QALY razlika koja se ostvaruje time što se 0,4 milijuna kuna ne investira u alternativne intervencije unutar istog ili drugog terapijskog područja, već u lijek Y. Ako lijek Y donosi neto QALY korist nakon što se procijeni oportunitetni trošak u smislu zdravlja izgubljenog drugdje, ulaganje u novu intervenciju Y može se smatrati poboljšanjem u alokativnoj učinkovitosti.

Meritorne institucije, poput NICE-a⁵ u Velikoj Britaniji, smatraju CUA analizu zlatnim standardom među ekonomskim evaluacijama u zdravstvu (NICE, 2008). CUA analiza je tako propisana kao obavezna pri podnošenju zahtjeva za uvrštenje novih zdravstvenih tehnologija u osnovni paket zdravstvenih usluga u Velikoj Britaniji i Nizozemskoj (NICE, 2013; CVZ, 2006). Međutim, kao ni druge vrste ekonomskih evaluacija, CUA analiza nije lišena metodoloških problema (npr. Gravelle et al., 2007; McCabe, Claxton i Culyer, 2008; Koopmanschap et al., 2008; Drummond et al., 2009; Dolan i Edlin, 2002; Gyrd-Hansen, 2005). Jedan od značajnijih problema sa stajališta korisnosti u informiranju za proces odlučivanja u zdravstvu jest i činjenica da QALY indeks vrednuje ishod zdravstvene intervencije samo u domeni zdravlja pacijenta (Brouwer i Koopmanschap, 2000a; Basu i Meltzer, 2005; Gold et al., 1996). Istraživanja su, međutim, pokazala da ljudi vrednuju i druge aspekte zdravstvene intervencije, a ne samo količinu zdravlja koju donosi (npr. Dolan et al., 2005). Primjerice, važno je gdje se i kako intervencija provodi (dijaliza u lokalnoj ambulanti ili regionalnom bolničkom centru kilometrima daleko), kome je intervencija namijenjena (djeci ili starijima) i tako dalje (npr. Olsen, 2000; Mortimer,

⁵ National Institute for Clinical Excellence.

2006; Nord, 2005]. Treća vrsta ekonomske evaluacije, analiza troškova i koristi, koristi metodu vrednovanja zdravstvenog ishoda pomoću jedinice koja može obuhvatiti širi spektar vrijednosti intervencije te tako inkorporirati i nezdravstvene koristi medicinskih tehnologija – novčane protuvrijednosti.

Oktvir 12.3. Prag isplativosti

Usporedba ishoda ekonomske evaluacije (tj. ICER-a koji uključuje QALY kao indeks zdravlja) s vrijednošću praga isplativosti pravi je način da se ispravno procijeni rezultat ekonomske evaluacije.⁶ Prag isplativosti v (jednadžba 1) može se definirati kao društveno prihvatljiva cijena jedinice zdravstvenog ishoda [QALY indeksa], a koliko visok prag treba upotrijebiti jest empirijsko, normativno, ali i političko pitanje prema kojem bi se svaka zemlja morala opredijeliti⁷. To je također vrlo složen i kontroverzan proces⁸. U zemljama poput Velike Britanije ili Nizozemske započela su empirijska istraživanja i javne rasprave kako bi se odgovorilo na pitanje koliko vrijedi jedna jedinica zdravstvenog ishoda, odnosno, najčešće, koliko vrijedi jedan QALY⁹. S metodološkog aspekta, istraživanje novčane vrijednosti zdravstvenih ishoda pokazalo se problematičnim (npr. Bobinac et al., 2012a; 2012b), iako se kontinuirano radi na usavršavanju metodologije (npr. Olsen, Donaldson i Pereira, 2004; Olsen et al., 2004; Lancsar et al., 2011). Empirijske procjene vrijednosti zdravstvenog ishoda trebale bi predstavljati značajan doprinos raspravi o vrijednosti zdravlja te tako doprinijeti široj raspravi o prioritetima u raspodjeli sredstava u zdravstvu (Weinstein, 2008; Gyrd-Hansen, 2005) jer je zahtjeva mnogo, a proračunska su sredstva uglavnom vrlo ograničena. Trenutno se u Velikoj Britaniji upotrebljava prag isplativosti u vrijednosti do 30.000 funti za jedan dodatni QALY (McCabe, Claxton i Culyer, 2008), dok se primjerice u Nizozemskoj vrijednost praga isplativosti kreće između 10.000 i 80.000 eura za jedan dodatni QALY, u ovisnosti od težine bolesti kojoj je zdravstvena tehnologija namijenjena (Council for Public Health and Health Care, 2006; Bobinac, 2012).

Vrijednost praga isplativosti, bilo da je prag definiran eksplicitno i poznat javnosti ili je implicitan, ima direktan utjecaj na odluke o financiranju zdravstvenih usluga. Čak i ako donositelji odluka u zdravstvu iz bilo kojeg razloga ne smatraju nužnim jasno definirati prag isplativosti, izgledno je da u svakom zdravstvenom sustavu postoji granica iznad koje sustav ne može financirati zdravstvene tehnologije. Drugim riječima, postoje tehnologije koje su preskupe. Ta granica predstavlja granicu isplativosti. Neupitno je da čak i najbogatije zemlje ne mogu financirati sve zdravstvene tehnologije, odnosno ne mogu financirati zdravstvene tehnologije iznad određene cijene koštanja jer to stvara preveliki oportunitetni trošak drugim pacijentima u smislu nemogućnosti financiranja ostalih intervencija. Primjer vrlo skupih intervencija s velikim oportunitetnim troškovima su lijekovi za vrlo rijetke bolesti koji zbog svoje cijene često postaju predmet javnih rasprava i često nisu dostupni pacijentima na osnovnim listama lijekova. Godine 2012. Švedska je primjerice povukla odluku da lijek za rijetku bolest (Gaucherovu bolest) ne mora proći analizu troškovne učinkovitosti, primarno zbog njegove vrlo visoke cijene, a slična se rasprava vodi i u Nizozemskoj o financiranju lijekova protiv Pompeove bolesti (The Swedish Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, 2012; Sheldon, 2012). Ulaganje u jako skupe lijekove koji mogu koštati i do 700.000 eura po pacijentu godišnje povlači za sobom pitanje je li, iz perspektive cjelokupnog društva i u kontekstu ograničenog budžeta, mudrije uložiti sredstva u druge intervencije. Jasno je da su takva pitanja i politički vrlo osjetljiva. Britanski je parlament stoga u svom izvješću još 2008. godine jasno pozvao na ozbiljnu i argumentiranu raspravu o vrijednosti praga isplativosti i pozvao na stvaranje neovisne komisije koja treba utvrditi vrijednost praga isplativosti koja će se koristiti u odlukama o sastavu osnovne liste lijekova u Britaniji (House of Commons Health Committee, 2008). Da je utvrđivanje praga isplativosti važan element u odlučivanju potvrđuje i Europska komisija koja je 2007. godine financirala paneuropski projekt pod nazivom EUROVAQ kako bi se istražila monetarna vrijednost QALY indeksa u zemljama članicama EU-a i tako pomoglo europskim HTA agencijama pri preporukama o financiranju zdravstvenih tehnologija (European Commission, 2007).

6 Johannesson i Meltzer [1998], Gravelle et al. [2007], Claxton et al. [2010], Bobinac et al. [2011].

7 King et al. [2005], Rawlins i Culyer [2004], Eichler et al. [2004].

8 Rawlins i Culyer [2004], McCabe, Claxton i Culyer [2008], Claxton et al. [2010].

9 Olsen i Donaldson [1998], Hirth et al. [2000], NICE [2008], Mason, Baker i Donaldson [2008], Mason, Jones-Lee i Donaldson [2008], Towse [2009], Pinto-Prades, Loomes i Brey [2009], Bobinac et al. [2014].

[3] Analiza troškova i koristi (CBA)

CBA analiza je metoda ekonomske evaluacije kojom se mogu uzeti u obzir svi troškovi i sve koristi koji proizlaze iz neke zdravstvene tehnologije. Ukupni troškovi i koristi se sažimaju u dvije novčane jedinice, K_y i T_y . Rezultat CBA analize daje odgovor na pitanje nadmašuju li troškovi koristi od intervencije, a budući da su svi zdravstveni i nezdravstveni troškovi uzeti u obzir, omogućuje donositeljima odluka uvid u problematiku iz vrlo široke društvene perspektive. Tako, u nekom vremenu $t=1$ (tj. uz stopu diskontiranja nula), CBA analiza izračunava neto koristi prema formuli:

$$K_y - T_y > 0, \quad (5)$$

gdje K_y predstavlja novčanu vrijednost ukupnih koristi koje proizlaze iz intervencije Y, a T_y predstavlja ukupne troškove koji nastaju uvođenjem intervencije Y. Kao i u CEA i CUA analizama, vrsta troškova koja se obuhvaća CBA analizom ovisit će o perspektivi koja se primjenjuje [društvena perspektiva ili perspektiva zdravstvenog sustava]. U CBA analizi i troškovi i koristi izražavaju se novčanim jedinicama. Na taj način, CBA analiza omogućuje njihovu direktnu usporedbu te procjenu neto društvene koristi svake intervencije. Neto društvena korist mora biti veća od nule da bi se intervencija smatrala društveno prihvatljivom investicijom.

Primjerice, ako bi vrijednost ishoda intervencije Y iznosila 10 milijuna kuna, a ukupni trošak iznosi 5,5 milijuna kuna, onda neto korist intervencije Y iznosi 4,5 milijuna kuna. Novčana vrijednost zdravstvenog ishoda utvrđuje se empirijskim istraživanjima i metodama kao što su *contingent valuation* ili *discrete choice experiment* [Bobinac et al., 2011]. Takvim metodama utvrđujemo preferencije korisnika zdravstvenih usluga (ili šire javnosti) vezane uz vrijednost jedne jedinice zdravstvenog ishoda. Prednost izražavanja zdravstvenog ishoda u novčanoj protuvrijednosti jest mogućnost usporedbe najrazličitijih medicinskih intervencija [kao i u CUA analizi], ali i mogućnost usporedbe vrijednosti zdravstvenih ishoda s vrijednošću ishoda ulaganja u drugim sektorima, primjerice u sektor obrazovanja. Time CBA analiza može doprinijeti povećanju alokativne učinkovitosti na razini cjelokupnog državnog proračuna. Primjerice, CBA analizom je moguće usporediti neto društvenu korist ulaganja u lijek protiv osteoporoze s neto društvenom koristi povećanja broja učitelja u osnovnom školstvu. Međutim, kada postoje značajni troškovi i koristi koji proizlaze iz intervencije, a ne mogu se novčano izraziti, CBA analiza ne bi trebala biti jedina osnova za donošenje odluka [više u okviru 12.4].

Okvir 12.4. CBA analiza u zdravstvu

Kako zdravlje vrednovati u novcu? Kako vrednovati dobro koje se ne razmjenjuje na tržištu i nema svog bliskog supstituta? U konačnici, ljudsko zdravlje i život su vjerojatno najvrednija blaga koja posjedujemo. I u drugim područjima ljudskog djelovanja pojavljuju se slična pitanja, što je potaknulo razvoj metodologije koja propituje vrijednost dobara i usluga koje ne postoje na tržištu.

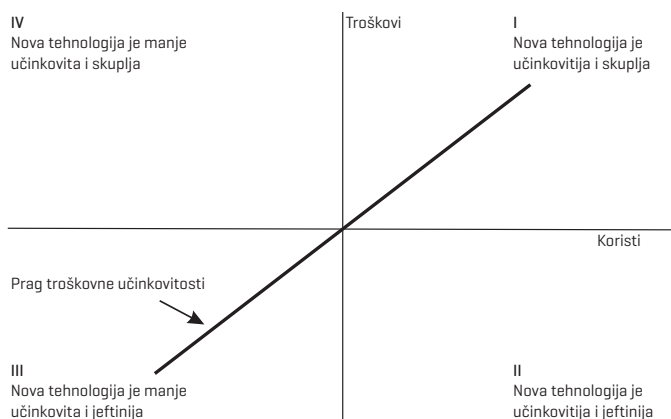
Četrdesetih godina prošlog stoljeća započeo je razvoj analize koju možemo nazvati zavisnom analizom (engl. *contingent analysis*), a koja služi kao alat za procjenu novčane protuvrijednosti na način da na uzorku iz populacije direktno propituje koliko je svaki pojedinac spreman platiti za određeno dobro ili uslugu. Ciriacy-Wantrup [1947] tako je pisao o koristima od prevencije erozije tla kao javnog dobra, odnosno dobra od kojeg cjelokupno društvo može imati koristi, ali se ne može financirati privatno, već su potrebna sredstva javnog financiranja. Postavilo se pitanje kolika je potražnja za povećanjem zaštite tla od erozije među stanovništvom kako bi se na temelju podataka o potražnji [tj. novčanoj vrijednosti prevencije erozije koju pojedinci izraze] mogla donijeti odluka za ili protiv ulaganja u zaštitu od erozije tla. Novčana vrijednost zaštite tla od erozije postaje tako dio CBA analize, odnosno predstavlja vrijednost ukupne koristi proizvedene prevencijom erozije (K_y u jednadžbi 5). Od tog vremena, zavisna ili *contingent* analiza koristila se u vrednovanju smanjenja zagađenja zraka [Ridker i Henning, 1967], zaštite prirodnih staništa [Cicchetti i Smith, 1973], smanjenja rizika od srčanog udara [Acton, 1973]. U kasnim osamdesetima, kada je tanker Exxon Valdez nasukavanjem stvorio ogromnu štetu na prirodnim staništima ispuštajući velike količine nafte u more Aljaske, *contingent* analiza je upotrijebljena da bi se novčano iskazala vrijednost štete koja je počinjena [Arrow et al., 1993]. Tvrtka Exxon je tražila da se *contingent* analiza ne provede i dovela u pitanje njezinu metodološku ispravnost. Kako bi ispitala navode tvrtke, vlada SAD-a je naložila da se ispita legitimnost *contingent* analize i njezina adekvatnost u procjeni novčane vrijednosti dobara i usluga koje je drugačije nemoguće vrednovati. National Oceanic and Atmospheric Administration (NOAA), organizacija pri američkoj administraciji, zaključila je da *contingent* analiza može generirati pouzdanu procjenu novčane vrijednosti netržišnih dobara kako bi ona služila kao polazišna točka u pravnim postupcima kojima se procjenjuje šteta [NOAA, 1993]. Nakon što je NOAA-ina komisija, koju su predvodili nobelovci Arrow i Solow [Arrow et al., 1993], donijela ovakav zaključak, *contingent* analiza počela se primjenjivati u različitim kontekstima. Jedna od novijih primjena ove metode jest upravo u svrhu utvrđivanja monetarne vrijednosti QALY jedinice. Istraživanja su pokazala da se vrijednost QALY jedinice u zemljama zapadne Europe uglavnom kreće između 10.000 i 100.000 eura [Gyrd-Hansen, 2003; Bobinac, 2012].

(4) Interpretacija rezultata CEA i CUA analize

Rezultati CEA i CUA analize izražavaju se pomoću ICER-a, a vrijednost ICER-a s obzirom na troškovnu učinkovitost može se okarakterizirati pomoću četiri moguća scenarija (slika 12.1). Prvo, ako su troškovi nove tehnologije niži od alternativne intervencije, a koristi veće, nova tehnologija se može smatrati dominantnom. To znači da se ulaganje u novu intervenciju izričito preporuča jer se za manju količinu uloženi sredstava ostvaruje relativno veća korist [kvadrant II]. Drugo, kvadrant IV prikazuje obrnutu situaciju u kojoj je nova tehnologija skuplja i manje učinkovita od postojeće. Ulaganje u novu tehnologiju umjesto u postojeću bi dakle bilo nepoželjno i predstavljalo bi gubitak u smislu učinkovitosti. Treći i najčešći slučaj [kvadrant I] opisuje situaciju koju susrećemo kada se nova tehnologija pokaže učinkovitijom od postojeće, ali u isto vrijeme i skupljom. Odluka o financiranju nove tehnologije tada se donosi usporedbom rezultata ekonomske evaluacije s pragom isplativosti (v), ovdje prikazanim linijom koja prolazi pod kutom od 45° . Ako se omjer inkrementalnih troškova i koristi nalazi ispod praga isplativosti, nova skuplja intervencija može se smatrati troškovno učinkovitom. Četvrti scenarij [kvadrant

III] je upravo obrnut slučaj gdje je nova tehnologija i manje učinkovita i jeftinija. U tom slučaju postavlja se pitanje jesu li dodatni troškovi koje generira postojeća tehnologija (u odnosu na novu, alternativnu tehnologiju) opravdani, odnosno, opravdavaju li veći troškovi veće koristi.

Slika 12.1. **Rezultat i interpretacija CEA i CUA analize – četiri scenarija**



Podatke o vrijednostima ishoda i troškovima koji se uspoređuju u ekonomskim evaluacijama najčešće pronalazimo u podacima generiranim unutar kliničkih istraživanja. Međutim, podaci iz kliničkih studija nisu najvažniji pokazatelji za ekonomske evaluacije. Naime, podaci o vrijednostima zdravstvenih ishoda koji se prikupljaju u kliničkim istraživanjima odnose se na kliničku učinkovitost zdravstvene intervencije, dakle učinkovitost koja se ostvaruje u strogo kontroliranim eksperimentalnim uvjetima. Međutim, kada tehnologija “izađe” izvan okvira kontroliranih eksperimentalnih uvjeta i primijeni se u populaciji, klinička učinkovitost (engl. *efficacy*) zdravstvene tehnologije se najčešće smanjuje na razinu stvarne učinkovitosti (engl. *effectiveness*)¹⁰. Podaci o stvarnoj učinkovitosti zdravstvene tehnologije su ključni za kvalitetnu provedbu ekonomske evaluacije. Nažalost, stvarna učinkovitost pojedine intervencije u postizanju određene količine zdravstvenog ishoda u populaciji nije jednostavno mjerljiva i podaci mogu biti teško dostupni, skupi za prikupljanje te se mogu temeljiti na projekcijama umjesto na dugogodišnjim praćenjima stanja pacijenata. S druge strane, podaci o troškovima određene zdravstvene intervencije koji se prikupljaju u eksperimentalnim uvjetima kliničkih ispitivanja također mogu značajno odudarati od stvarnih troškova provođenja intervencija. Odnosno, u kasnijim fazama uvođenja, kada se tehnologija (npr. lijek) koristi u općoj populaciji, troškovi često rastu više od planiranog zbog neučinkovitosti unutar zdravstvenog sustava, tranzicijskih

¹⁰ Ramsey et al. [2005].

troškova prelaska s jedne na drugu vrstu intervencije, ali i ponašanja pacijenata koje ponekad nije u skladu s propisanim mjerama (Singal, Higgins i Waljee, 2014).

Ovakva nesigurnost koju podaci dostupni iz kliničkih ispitivanja u sebi inherentno sadržavaju artikulira se unutar ekonomskih evaluacija kroz analizu osjetljivosti (engl. *sensitivity analysis*). Analiza osjetljivosti omogućuje ispitivanje osjetljivosti rezultata ekonomskih evaluacija na promjene u ključnim parametrima koji se u evaluaciji koriste (Russell, 1999). Primjerice, analiza osjetljivosti informira nas o tome što će se dogoditi s procijenjenom troškovnom učinkovitošću neke zdravstvene tehnologije ako se troškovi njezina uvođenja povećaju, primjerice, za 5 posto, ili se vrijednost ishoda smanji za 15 posto u odnosu na prosječnu vrijednost parametara. Promjene u vrijednosti parametara mogu promijeniti zaključke ekonomske evaluacije. Analiza osjetljivosti najčešće se provodi univarijantnim ili multivarijantnim analizama gdje se varira jedan ili više parametara simultano unutar ekonomske evaluacije. Za donositelje odluka, rezultati analize osjetljivosti važan su čimbenik u ocjeni rezultata ekonomske evaluacije jer ukazuju na vjerojatnost uspjeha ili neuspjeha implementacije nove tehnologije, ovisno o budućim odstupanjima od planiranih troškova i koristi.

12.5. Ekonomske evaluacije zdravstvenih tehnologija u Hrvatskoj

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je institucija koja u Hrvatskoj, među ostalim, donosi odluke vezane uz sastav osnovne (i dopunske) liste lijekova. Pravilnikom za stavljanje novog lijeka ili proširenje indikacije već stavljenog lijeka na osnovnu, odnosno dopunsku listu lijekova Zavoda, HZZO propisuje da je podnositelj zahtjeva (najčešće farmaceutska tvrtka) dužna izraditi studiju utjecaja na proračun Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Prema Pravilniku (dostupan na <http://www.hzzo.hr>), glavni rezultat studije utjecaja na proračun jest procjena raspona financijskog učinka troškova uvrštenja novog lijeka ili uporabe lijeka u novoj indikaciji na osnovnu, odnosno dopunsku listu lijekova Zavoda.

Prema Pravilniku HZZO-a (Ministarstvo zdravlja i socijalne skrbi Republike Hrvatske, 2009), analiza utjecaja na proračun mora sadržavati, *inter alia*, tablični usporedni prikaz cijene terapije lijeka s cijenom terapije iste indikacije lijekovima koji se nalaze na osnovnoj, odnosno dopunskoj listi Zavoda za koju se lijek prijavljuje u odgovarajućem vremenskom razdoblju uzimajući u obzir samo izravan trošak lijeka; klinički postupnik na temelju kojeg je izrađen analitički model ili referencirano objašnjenje načina liječenja ukoliko takav postupnik ne postoji; procjenu broja bolesnika, koja mora biti transparentna, realistična, stručno i znanstveno utemeljena te primjereno referencirana; dvije verzije analitičkog

modela, od kojih jedan uzima u obzir samo izravne troškove uvrštavanja navedenog lijeka, dok drugi sadrži i sve dodatne izravne troškove koji nastaju stavljanjem lijeka na osnovnu, odnosno dopunsku listu lijekova Zavoda; te analizu osjetljivosti, koja se koristi za testiranje robusnosti modela te pouzdanosti zaključaka pod različitim pretpostavkama.

Iz Pravilnika dakle proizlazi da u Hrvatskoj trenutno ne postoji zakonska obveza tvrtki da prilikom prijavljivanja svojih proizvoda (ili bilo koje druge tehnologije) za uvrštenje na osnovnu ili dopunsku listu lijekova, izrade ekonomsku analizu troškovne učinkovitosti, već samo analizu utjecaja na proračun. Analiza utjecaja na proračun (engl. *budget-impact analiza* – BIA) ne može se smatrati ekonomskom evaluacijom u užem smislu jer ne uspoređuje troškove i koristi direktno, već se primarno fokusira na troškove te sagledava njihov utjecaj na proračun u apsolutnom smislu, ali ne dovodi ih u direktni omjer s ostvarenim koristima niti ih uspoređuje s omjerom koristi i troškova ostalih intervencija (u istim ili drugim terapijskim skupinama). Svrha takve analize ne može biti maksimizacija zdravlja po jedinici uloženog, već primarno kontrola troškova, a to znači da BIA analiza ne uzima u obzir učinkovitost proračuna i oportunitetne troškove ulaganja, već održivost proračuna. Međutim, kvalitetna ekonomska analiza bi uz analizu utjecaja na proračun morala sadržavati i neku vrstu procjene troškovne učinkovitosti (ISPOR, 2014; Mauskopf et al., 2007).

Unatoč tome što zakon ne propisuje izradu ekonomskih evaluacija za potrebe odlučivanja o uvrštenju lijekova (ili bilo koje druge vrste zdravstvene tehnologije) na osnovnu listu, a važeći pravilnici ne definiraju jasnu i obveznu ulogu HTA procjena u procesima donošenja odluka u zdravstvenoj politici, razvoj procjena zdravstvenih tehnologija u Hrvatskoj ipak je započeo. Tako je 2009. godine osnovana Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi s Odjelom za razvoj, istraživanje i zdravstvene tehnologije, odnosno, za HTA. Informacije o djelatnostima Odjela za razvoj, istraživanje i zdravstvene tehnologije dostupne su na <http://aaz.hr/hr/procjena-zdravstvenih-tehnologija/baza>.

12.6. Zaključni komentar

Iako ekonomske evaluacije općenito smatramo korisnim alatom za povećanje učinkovitosti u raspodjeli sredstava u zdravstvu (Drummond, 2012), postoje mnogi metodološki i praktični problemi. Evaluacija rezultata dobivenih analizama mora biti rigorozna, kako bi se utvrdili potencijalni nedostaci u podacima koji se koriste, odabiru adekvatnog komparatora, pretpostavkama modela, selektivnom prikazivanju rezultata i tako dalje (Evers et al., 2005). Važno je također izbjeći pogrešno shvaćanje svrhe, cilja i doprinosa ekonomskih evaluacija. Naime, ekonomske evaluacije se mogu pogrešno

tretirati kao oruđe za smanjenje odnosno rezanje troškova u zdravstvu. Međutim, kontrola troškova nije cilj ekonomskih evaluacija – cilj je prije svega spriječiti ili minimizirati neučinkovito raspolaganje zdravstvenim proračunom [Weinstein, Torrance i McGuire, 2009]. Ekonomske evaluacije ne propisuju odluke, njihovi su zaključci savjetodavnog karaktera i ne otklanjaju potrebu za donošenjem teških, pa i politički osjetljivih odluka [Weinstein, 2008; Gyrd-Hansen, 2005].

Povezano s tim, možda najveći izazov koji stoji pred ekonomskim evaluacijama jest upravo provedba njihovih zaključaka u praksi. Usprkos dokazima koji govore u prilog kvalitete pojedine ekonomske evaluacije, prije svega mora postojati politička volja za prihvaćanjem zaključaka koji iz ekonomske evaluacije proizlaze, neovisno o [ponekad suprotstavljenim] zahtjevima pojedinih interesnih skupina. Nadalje, unatoč kvaliteti ekonomske evaluacije koja može ukazivati na iznimnu relativnu troškovnu učinkovitost pojedine zdravstvene tehnologije, nova tehnologija ne pronalazi uvijek put do financiranja. Primjerice, ciljevi pri raspodjeli sredstava u zdravstvu često su kratkoročni, a to znači da one intervencije koje potencijalno donose velike dugoročne uštede, primjerice, prevencija kroničnih oboljenja, ne ostvaruju uvijek financiranje iz zdravstvenog proračuna [Beaglehole et al., 2011]. Osim toga, nova tehnologija koja je jedinično vrlo troškovno učinkovita, teže se može financirati kada postoji preveliki broj potencijalnih korisnika te tehnologije jer tada intervencija može u apsolutnom smislu postati preskupa [Trueman, Drummond i Hutton, 2001]. Također, zdravstveni se proračuni često kreiraju i troše neovisno jedni o drugima, te je realokacija sredstava između tako definiranih proračuna i razina proračuna zahtjevna. Primjerice, lijekovi koji se propisuju unutar primarne zdravstvene zaštite često se financiraju odvojeno od lijekova koji se administriraju iz bolničkog proračuna. To dovodi do situacije u kojoj povećanje proračuna primarnoj zaštiti nije moguće kroz smanjenje bolničkog proračuna, neovisno o tome bi li takva realokacija sredstava značila povećanje ukupne učinkovitosti sustava u proizvodnji zdravlja [za detaljnu raspravu o financiranju zdravstva vidjeti npr. Mossialos et al., 2002]. Problem ove naravi i drugi slični problemi vezani su uz strukturne reforme zdravstvenog sustava [Kutzin, 2001], a ne uz primjenjivost ili korisnost ekonomskih evaluacija kao takvih. I u tom je smislu primjena zaključaka ekonomskih evaluacija usko povezana s političkom voljom i stvaranjem preduvjeta za učinkovito upravljanje zdravstvom.

Zaključno, ekonomske evaluacije i općenito ekonomika zdravstva intenzivno se razvijaju zadnjih godina [Drummond, 2012]. Ekonomske evaluacije tako postaju sve važniji alat u procesu donošenja odluka u zdravstvu. Možemo reći da su ekonomske evaluacije sredstvo za promicanje učinkovitosti u proizvodnji zdravlja koje raspravu o troškovima zdravstva pretvara u raspravu o koristima koje se s određenom razinom troškova mogu ostvariti [Weinstein, Torrance i McGuire, 2009].

Literatura

Acton, J. P., 1973. "Evaluating Public Programs to Save Lives", RAND Report, R-950-RC, <http://www.rand.org/pubs/reports/R0950.html>

Arrow, K., R. Solow, P. Portney, E. Leamer, R. Radner i H. Schuman, 1993, "Report of the National Oceanic and Atmospheric Administration [NOAA] Panel on Contingent Valuation", *Federal Register*, 58[10], str. 4602-4614, http://www.economia.unimib.it/DATA/moduli/7_6067/materiale/noaa%20report.pdf.

Banta, D. i B. Luce, 1993, *Health Care Technology and Its Assessment: An International Perspective*, Oxford: Oxford University Press.

Basu, A. i D. Meltzer, 2005, "Implications of Spillover Effects within the Family for Medical Cost-Effectiveness Analysis", *Journal of Health Economics*, 24[4], str. 751-773.

Beaglehole, R., R. Bonita, R. Horton et al., 2011, "Priority Actions for the Non-communicable Disease Crisis", *The Lancet*, 377[9775], str. 23-29.

Berger, M., K. Binglefors, E. Hedblom, C. Pashos i G. Torrance, 2003, *Health Care Cost, Quality, and Outcomes: ISPOR Book of Terms*, Lawrenceville, NJ: International Society for Pharmacoeconomics & Outcomes Research.

Birch, S. i A. Gafni, 2007, "Economists' Dream or Nightmare? Maximizing Health Gains from Available Resources Using the NICE Guidelines", *Health Economics Policy and Law*, 2[2], str. 193-202.

Bobinac, A., 2012, "Economic Evaluations of Health Technologies: Insights into the Valuation and Measurement of Benefits", doktorska disertacija, Rotterdam: Erasmus University Rotterdam, <http://repub.eur.nl/res/pub/32245/Ana%20thesis.pdf>.

Bobinac, A., W. Brouwer i J. Van Exel, 2011, "Discounting Future Health Gains: An Empirical Enquiry into the Influence of Growing Life Expectancy", *Health Economics*, 20[1], str. 111-119.

Bobinac, A., J. Van Exel, F. Rutten i W. Brouwer, 2010a, "Willingness to Pay for a Quality-Adjusted Life-Year: The Individual Perspective", *Value in Health*, 13[8], str. 1046-1055.

Bobinac, A., J. Van Exel, F. Rutten i W. Brouwer, 2010b, "Caring For and Caring About: Disentangling the Family Effect and the Caregiving Effect", *Journal of Health Economics*, 29[4], str. 549-556.

- Bobinac, A., J. Van Exel, F. Rutten i W. Brouwer, 2011, "Health Effects in Significant Others: Separating Family and Care Giving Effects", *Medical Decision Making*, 31[2], str. 292-298.
- Bobinac, A., J. Van Exel, F. Rutten i W. Brouwer, 2012a, "Get More, Pay More? An Elaborate Test of Construct Validity of Willingness to Pay per QALY Estimates Obtained through Contingent Valuation", *Journal of Health Economics*, 31[1], str. 158-168.
- Bobinac, A., J. Van Exel, F. Rutten i W. Brouwer, 2012b, "Inquiry into the Relationship between Equity Weights and the Value of the QALY", *Value in Health*, 15[8], str. 1119-1126.
- Bobinac, A., J. Van Exel, F. Rutten i W. Brouwer, 2013, "Valuing QALY Gains by Applying a Societal Perspective", *Health Economics*, 22[10], str. 1272-1281.
- Bobinac, A., J. Van Exel, F. Rutten i W. Brouwer, 2014, "The Value of a QALY: Individual Willingness to Pay for Health Gains under Risk", *PharmacoEconomics*, 32[1], str. 75-86.
- Brouwer, W., A. Culyer, J. Van Exel i F. Rutten, 2008, "Welfarism vs. Extra-Welfarism", *Journal of Health Economics*, 27[2], str. 325-338.
- Brouwer, W. i M. Koopmanschap, 2000a, "On the Economic Foundations of CEA: Ladies and Gentlemen, Take Your Positions!", *Journal of Health Economics*, 19[4], str. 439-459.
- Brouwer, W. i M. Koopmanschap, 2000b, "Overige kosten binnen en buiten de gezondheidszorg" u M. Rutten-Van Mólken, J. Van Busschbach i F. Rutten, ured., *Van Kosten Tot Effecten Een Handleiding Voor Evaluatiestudies in De Gezondheidszorg*, Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.
- Brouwer, W., M. Koopmanschap i F. Rutten, 1997, "Productivity Costs Measurements through Quality of Life? A Response to the Recommendations of the Washington Panel", *Health Economics*, 6[2], str. 253-259.
- Brouwer, W., L. Niessen, M. Postma i F. Rutten, 2005, "Need for Differential Discounting of Costs and Health Effects in Cost Effectiveness Analyses", *British Medical Journal*, 331, str. 446-448.
- Cairns, J., 1994, "Valuing Future Benefits", *Health Economics* 3[4], str. 221-229.
- Chandra, A. i J. Skinner, 2011, "Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care", NBER Working Paper, br. 16953, <http://www.nber.org/papers/w16953>.

Cicchetti, C. i K. Smith, 1973, "Congestion, Quality Deterioration, and Optimal Use: Wilderness Recreation in the Spanish Peaks Primitive Area", *Social Science Research*, [2]1, str. 15-30.

Ciriacy-Wantrup, S., 1947, "Capital Returns from Soil-Conservation Practices", *Journal of Farm Economics*, 29[4], str. 1181-1196.

Claxton, K., M. Sculpher, A. Culyer, C. McCabe, A. Briggs, R. Akehurst, M. Buxton i J. Brazier, 2006, "Discounting and Cost-Effectiveness in NICE - Stepping Back to Sort Out a Confusion" *Health Economics*, 15[1], str. 1-4.

Claxton, K., S. Walker, S. Palmer i M. Sculpher, 2010, "Appropriate Perspectives for Healthcare Decisions", Centre for Health Economics, University of York CHE Research Paper, http://www.york.ac.uk/media/che/documents/papers/researchpapers/rp54_appropriate_per_spectives_for_health_care_decisions.pdf.

Council for Public Health and Health Care [RVZ], 2006, *Sensible and Sustainable Care*, Zoetermeer: Council for Public Health and Health Care [RVZ].

CVZ [College voor zorgverzekeringen], 2006, *Dutch Guidelines for Pharmacoeconomic Research*, Updated Version, <http://www.ispor.org/peguidelines/source/HTAGuidelinesNLupdated2006.pdf>.

Department of Health, Commonwealth of Australia, 1992, *Guidelines for the Pharmaceutical Industry on Preparation of Submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee, Including Submissions Involving Economic Analyses*, Canberra: Australian Government Publishing Service, <http://www.pbac.pbs.gov.au/content/information/archived-versions/pbac-guidelines-2002.pdf>.

Devlin, N. i D. Parkin, 2004, "Does NICE Have a Cost Effectiveness Threshold and What Other Factors Influence Its Decisions? A Binary Choice Analysis", *Health Economics*, 13[5], str. 437-452.

Dolan, P. i R. Edlin, 2002, "Is It Really Possible to Build a Bridge between Cost-Benefit Analysis and Cost-Effectiveness Analysis?", *Journal of Health Economics*, 21[5], str. 827-843.

Dolan, P., J. A. Olsen, P. Menzel i J. Richardson, 2003, "An Inquiry into the Different Perspectives That Can Be Used When Eliciting Preferences in Health", *Health Economics*, 12[7], str. 545-551.

Dolan, P., R. Shaw, A. Tsuchiya i A. Williams, 2005, "QALY Maximisation and People's Preferences: A Methodological Review of the Literature", *Health Economics*, 14[2], str. 197-208.

Drummond, M., 2012, "Twenty Years of Using Economic Evaluations for Reimbursement Decisions: What Have We Achieved?", CHE Research Paper, br. 75, York: University of York.

Drummond, M., D. Brixner, M. Gold, P. Kind, A. McGuire, E. Nord i Consensus Development Group, 2009, "Toward a Consensus on the QALY", *Value in Health*, 12[1], str. 31-35.

Drummond, M., S. Schwartz, B. Jönsson, B. R. Luce i P. Neumann, 2008, "Key Principles for the Improved Conduct of Health Technology Assessments for Resource Allocation Decisions", *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 24[3], str. 244-258.

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.

Eichler, H.-G., S. Kong, W. Gerth, P. Mavros i B. Jönsson, 2004, "Use of Cost-Effectiveness Analysis in Healthcare Resource Allocation Decision-Making: How Are Cost-Effectiveness Thresholds Expected to Emerge?", *Value in Health*, 7[5], str. 518-528.

Ernst & Young, 2013, *Biotechnology Industry Report*, [http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Beyond_borders/\\$File/Beyond_borders.pdf](http://www.ey.com/Publication/vwLUAssets/Beyond_borders/$File/Beyond_borders.pdf).

European Commission, 2007, EUROVAQ, http://ec.europa.eu/research/fp6/ssp/eurovaq_en.htm.

EuroQol, 2014, <http://www.euroqol.org>.

Evers, S., M. Goossens, H. de Vet, M. van Tulder i A. Ament, 2005, "Criteria List for Assessment of Methodological Quality of Economic Evaluations: Consensus on Health Economic Criteria", *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 21[2], str. 240-245.

Fishman, P. i M. Hornbrook, 2009, "Assigning Resources to Health Care Use for Health Services Research: Options and Consequences", *Medical Care*, 47[7], str. 70-75.

Frick, K., 2009, "Micro-Costing Quantity Data Collection Methods", *Medical Care*, 47[7], str. 76-81.

Glied, S., 2003, "Health Care Costs: On the Rise Again", *The Journal of Economic Perspectives*, 17[2], str. 125-148.

Gold, M., J. Siegel, L. Russell i M. Weinstein, 1996, "Cost-Effectiveness in Health and Medicine", Oxford: Oxford University Press.

Gravelle, H., W. Brouwer, L. Niessen, M. Postma i F. Rutten, 2007, "Discounting in Economic Evaluations: Stepping Forward towards Optimal Decision Rules", *Health Economics*, 16[3], str. 307-317.

Gravelle, H. i D. Smith, 2001, "Discounting for Health Effects in Cost-Benefit and Cost-Effectiveness Analysis", *Health Economics*, 10[7], str. 587-599.

Gyrd-Hansen, D., 2003, "Willingness to Pay for a QALY", *Health Economics*, 12[12], str. 1049-1060.

Gyrd-Hansen, D., 2005, "Willingness to Pay for a QALY: Theoretical and Methodological Issues", *Pharmacoeconomics*, 23[5], str. 423-432.

Hagist, C. i L. Kotlikoff, 2005, "Who's Going Broke? Comparing Growth in Healthcare Costs in Ten OECD Countries", NBER Working Paper, br. 11833.

Harvey, C., 1994, "The Reasonableness of Non-constant Discounting", *Journal of Public Economics*, 53[1], str. 31-51.

Hill, S., A. Mitchell i D. Henry, 2000, "Problems with the Interpretation of Pharmacoeconomic Analyses: A Review of Submissions to the Australian Pharmaceutical Benefits Scheme", *Journal of the American Medical Association*, 283[16], str. 2116-2121.

Hirth, R., M. Chernew, E. Miller, M. Fendrick i W. Weissert, 2000, "Willingness to Pay for a Quality-Adjusted Life Year: In Search of a Standard", *Medical Decision Making*, 20[3], str. 332-342.

House of Commons Health Committee, 2008, National Institute for Health and Clinical Excellence: First Report of Session 2007-08, London: The Stationery Office Limited, <http://www.publications.parliament.uk/pa/cm200708/cmselect/cmhealth/27/27.pdf>.

ISPOR, 2014, <http://www.ispor.org/Terminology/Default.asp>.

Jamison, D., J. Bremen, A. Measham, G. Alleyne, M. Claeson, D. Evans, P. Jha, A. Mills i P. Musgrove, 1993, *Disease Control Priorities in Developing Countries*, Second Edition, New York, NY: Oxford University Press.

Johannesson, M. i D. Meltzer, 1998, "Editorial: Some Reflections on Cost-Effectiveness Analysis", *Health Economics*, 7[1], str. 1-7.

King, J., J. Tsevat, J. Lave i M. Roberts, 2005, "Willingness to Pay for a Quality-Adjusted Life Year: Implications for Societal Healthcare Resource Allocation", *Medical Decision Making*, 25[6], str. 667-677.

Koopmanschap, M., J. Van Exel, B. Van den Berg i W. Brouwer, 2008, "An Overview of Methods and Applications to Value Informal Care in Economic Evaluation of Healthcare", *Pharmacoeconomics*, 26[4], str. 269-280.

Kutzin, J., 2001, "A Descriptive Framework for Country-Level Analysis of Health Care Financing Arrangements", *Health Policy*, 56[3] str. 171-204.

Lancsar, E., J. Wildman, C. Donaldson, M. Ryan i R. Baker, 2011, "Deriving Distributional Weights from QALYs through Discrete Choice Experiments", *Journal of Health Economics*, 30[2], str. 466-478.

Mason, H., R. Baker i C. Donaldson, 2008, "Willingness to Pay for a QALY: Past, Present and Future", *Expert Reviews of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 8[6], str. 575-582.

Mason, H., M. Jones-Lee i C. Donaldson, 2008, "Modeling the Monetary Value of a QALY: A New Approach Based on UK Data", *Health Economics*, 18[8], str. 933-950.

Mauskopf, J., S. Sullivan, L. Annemans, J. Caro, D. Mullins, M. Nuijten, E. Orlewska, J. Watkins i P. Trueman, 2007, "Principles of Good Practice for Budget Impact Analysis: Report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices - Budget Impact Analysis", *Value in Health*, 10[5], str. 336-347.

McCabe, C., K. Claxton i A. Culyer, 2008, "The NICE Cost-Effectiveness Threshold: What It Is and What That Means", *Pharmacoeconomics*, 26[9], str. 733-744.

Meltzer, D., 1997, "Accounting for Future Costs in Medical Cost-Effectiveness Analysis", *Journal of Health Economics*, 16[1], str. 33-64.

Menzel, P., P. Dolan, J. Richardson i J. A. Olsen, 2002, "The Role of Adaptation to Disability and Disease in Health State Valuation: A Preliminary Normative Analysis", *Social Science & Medicine*, 55[12], str. 2149-2158.

Ministarstvo zdravlja i socijalne skrbi Republike Hrvatske, 2009, *Pravilnik o mjerilima za stavljanje lijekova na osnovnu i dopunsku listu lijekova Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje*, http://www.hzzo-net.hr/dload/pravilnici/33_01.pdf.

Mortimer, D., 2006, "The Value of Thinly Spread QALYs", *Pharmacoeconomics*, 24[9], str. 845-853.

Mossialos, E., A. Dixon, J. Figueras i J. Kutzin, 2002, *Funding Health Care: Options for Europe*, European Observatory on Health Care Systems Series, World Health Organization, Philadelphia, PA: Open University Press, http://cdrwww.who.int/health_financing/documents/europe_funding_options.pdf.

NICE [National Institute for Clinical Excellence], 2008, *Appraising Life-Extending, End of Life Treatments*, London: National Institute for Health and Clinical Excellence, <http://www.nice.org.uk>.

NICE [National Institute for Clinical Excellence], 2009, *TA111 Alzheimer's Disease: Donepezil, Galantamine, Rivastigmine [Review] and Memantine*, Guidance [amended August 2009], London: National Institute for Health and Clinical Excellence, <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/TA111GuidanceAmendedAug09.pdf>.

NICE [National Institute for Clinical Excellence], 2013, *Guide to the Methods of Technology Appraisal*, London: National Institute for Clinical Excellence, <https://www.nice.org.uk/article/pmg9/resources/non-guidance-guide-to-the-methods-of-technology-appraisal-2013-pdf>.

Nichol, K., 2003, "The Efficacy, Effectiveness and Cost-Effectiveness of Inactivated Influenza Virus Vaccines", *Vaccine*, 21[16], str. 1769-1775.

Nord, E., 2005, "Concerns for the Worse off: Fair Innings Versus Severity", *Social Science and Medicine*, 60[2], str. 257-263.

OECD iLibrary, 2014, http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-per-capita_20758480-table2.

Olsen, J. A., 1993, "Time Preferences for Health Gains: An Empirical Investigation", *Health Economics*, 2[3], str. 257-265.

Olsen, J. A., 2000, "A Note on Eliciting Distributive Preferences for Health", *Journal of Health Economics*, 19[4], str. 541-550.

Olsen, J. A. i C. Donaldson, 1998, "Helicopters, Hearts and Hips: Using Willingness to Pay to Set Priorities for Public Sector Healthcare Programmes", *Social Science and Medicine*, 46[1], str. 1-12.

Olsen, J. A., C. Donaldson i J. Pereira, 2004, "The Insensitivity of 'Willingness-to-Pay' to the Size of the Good: New Evidence for Healthcare", *Journal of Economic Psychology*, 25[4], str. 445-460.

Olsen, J. A., K. Kidholm, C. Donaldson i P. Shackley, 2004, "Willingness to Pay for Public Healthcare: A Comparison of Two Approaches", *Health Policy*, 70[2], str. 217-228.

Pinto-Prades, J. L., G. Loomes i R. Brey, 2009, "Trying to Estimate a Monetary Value for the QALY", *Journal of Health Economics*, 28[3], str. 553-562.

Ramsey, S., R. Willke, A. Briggs et al., 2005, "Good Research Practices for Cost-Effectiveness Analysis Alongside Clinical Trials: The ISPOR RCT-CEA Task Force Report", *Value in Health*, 8[5], str. 521-533.

Rawlins, M. i A. Culyer, 2004, "National Institute for Clinical Excellence and Its Value Judgments", *British Medical Journal*, 329[7459], str. 224-227.

Ridker, R. i J. Henning, 1967, "The Determinants of Residential Property Values with Special Reference to Air Pollution", *The Review of Economics and Statistics*, 49[2], str. 246-257.

Robinson, R., 1993, "Cost-Effectiveness Analysis", *British Medical Journal*, 307[6907], str. 726-728.

Rogoza, R., T. Westra, N. Ferko, J. Tamminga, M. Drummond, T. Daemen, J. Wilschut i M. Postma, 2009, "Cost-Effectiveness of Prophylactic Vaccination against Human Papillomavirus 16/18 for the Prevention of Cervical Cancer: Adaptation of an Existing Cohort Model to the Situation in the Netherlands", *Vaccine*, 27[35], str. 4776-4783.

Russell, L., 1999, "Modelling for Cost-Effectiveness Analysis", *Statistics in Medicine*, 18[23], str. 3235-3244.

Sculpher, M., 2005, "The Role and Estimation of Productivity Costs in Economic Evaluation" u M. Drummond i A. MacGuire, ured., *Economic Evaluation in Health Care Merging Theory with Practice*, Oxford: Oxford University Press.

Sheldon, T., 2012, "Dutch Doctors Call for EU Evaluation of Cost Effectiveness of High Cost Orphan Drugs", *British Medical Journal*, 345[e5461].

Singal, A., P. Higgins i A. K. Waljee, 2014, "A Primer on Effectiveness and Efficacy Trials", *Clinical and Translational Gastroenterology*, 5[e45].

The Swedish Dental and Pharmaceutical Benefits Agency, 2012, Assessment of Treatment for Gaucher Disease, <http://www.tlv.se/lakemedel/omprovning-av-lakemedel/avslutade-omprovningar/omprovning-av-lakemedel-for-gauchers-sjukdom-avslutad/webcite>.

Towse, A., 2009, "Should NICE's Threshold Range for Cost per QALY Be Raised? Yes", *British Medical Journal*, 338[b181].

Towse, A., 2010, "Value Based Pricing, Research and Development, and Patient Access Schemes: Will the United Kingdom Get it Right or Wrong?", *British Journal of Clinical Pharmacology*, 70[3], str. 360-366.

Trueman, P., M. Drummond i J. Hutton, 2001, "Developing Guidance for Budget Impact Analysis", *Pharmacoeconomics*, 19[6], str. 609-621.

Van Hout, B., 1998, "Discounting Costs and Effects: A Reconsideration", *Health Economics*, 7[7], str. 581-594.

Wagstaff, A., 1991, "QALYs and the Equity-Efficiency Trade-off", *Journal of Health Economics*, 10[1], str. 21-41.

Weinstein, M., 2008, "How Much are Americans Willing to Pay for a Quality-Adjusted Life Year?", *Medical Care*, 46[4], str. 343-345.

Weinstein, M., G. Torrance i A. McGuire, 2009, "QALYs: The Basics", *Value in Health*, 12[S1], str. S5-S9.

WHO [World Health Organization], 2003, *Guide to Cost-Effectiveness Analysis*, http://www.who.int/choice/publications/p_2003_generalised_cea.pdf.

World Bank, 1993, *World Development Report 1993: Investing in Health*, New York, NY: Oxford University Press.

13. Uloga javno-privatnog partnerstva u ekonomskoj procjeni racionalnog korištenja resursa u zdravstvu

Dubravka Jurlina Alibegović

13.1. Uvodne napomene

Javno-privatno partnerstvo nema jedinstvenu definiciju te se u najširem smislu definira kao srednjoročan ili dugoročan ugovorni odnos između javnog i privatnog sektora u kojem javni i privatni partneri sudjeluju s određenim resursima te sudjeluju u planiranju i odlučivanju. U užem smislu se pod javno-privatnim partnerstvom podrazumijevaju zajednički poduhvati u okviru kojih javni i privatni sektor udružuju resurse i stručna znanja kako bi, kroz prikladne alokacije resursa, rizika i nagrada, zadovoljili neku javnu potrebu. Primjenom različitih metoda privatni sektor može uposliti svoje resurse i vještine u osiguranju dobara i pružanju usluga koje tradicionalno osiguravaju javne službe [Gulija, 2004].

Pojam javno-privatnog partnerstva nije jednoznačno definiran na razini Europske unije. U Zelenoj knjizi o javno-privatnom partnerstvu¹ javno-privatno partnerstvo definirano je kao partnerstvo koje se odnosi na oblike suradnje između javnog i privatnog sektora s ciljem da se osigura financiranje, gradnja, obnova, upravljanje i održavanje neke infrastrukture ili pružanje javnih usluga. Drugim riječima, cilj sklapanja ugovora o javno-privatnom partnerstvu je poticanje gospodarstva, brži razvoj infrastrukture i javnih usluga koje pruža javni sektor s ciljem zadovoljavanja javnih potreba, a to podrazumijeva suradnju između privatnog i javnog sektora. Europska unija je u određenoj mjeri proširila pojam javno-privatnog partnerstva. Na to su djelomično utjecala i gospodarska kretanja posljednjih šest godina, odnosno od pojave globalne financijske i gospodarske krize do danas. Kriza je u većini europskih zemalja uzrokovala pad gospodarske aktivnosti, realni pad bruto domaćeg proizvoda te posljedično pad realnih prihoda opće države. Sve je to dovelo i do nemogućnosti odgovarajućeg financiranja postojeće razine javnih rashoda i potrebe za jačom suradnjom između javnih tijela i privatnih poduzeća. Stoga proširena definicija govori da javno-privatno partnerstvo obuhvaća suradnju javnih i privatnih partnera koja može osigurati efikasan način isporuke različitih infrastrukturnih

¹ Commission of the European Communities [2004].

projekata i pružanje javnih usluga stanovništvu te financirati inovacije, a time i pridonositi ekonomskom rastu i stvaranju radnih mjesta².

Brojne međunarodne institucije su uključene u financiranje, provedbu ili edukaciju o projektima javno-privatnog partnerstva. Svjetska banka smatra da ne postoji jedinstvena međunarodno prihvaćena definicija javno-privatnog partnerstva. Stoga koristi sljedeću definiciju javno-privatnog partnerstva: "dugoročan ugovor između privatne strane i državne agencije za osiguranje javnih dobara i pružanje javnih usluga u kojem privatna strana snosi značajne rizike i ima odgovornost u upravljanju"³. Institut Svjetske banke definira javno-privatno partnerstvo kao partnerstvo u kojem privatni sektor osigurava usluge u ime javnog sektora. Javno-privatno partnerstvo mobilizira resurse privatnog sektora (tehničke, menadžerske i financijske) za pružanje osnovnih javnih usluga, kao što su usluge javnog prijevoza, željezničke, cestovne, zračne i pomorske infrastrukture, opskrbe vodom, odvodnje, energetike, zdravstva i obrazovanja⁴.

U Hrvatskoj se, u skladu sa Zakonom o javno-privatnom partnerstvu (Narodne novine, br. 78/2012.), javno-privatno partnerstvo definira dugoročnim ugovornim odnosom između javnog i privatnog partnera čiji je predmet izgradnja i/ili rekonstrukcija i održavanje javne građevine, u svrhu pružanja javnih usluga iz okvira nadležnosti javnog partnera.

Partnerstvo javnog (državnog) i privatnog sektora, uz model državnog i privatnog financiranja, u posljednje vrijeme postaje važan model financiranja izgradnje i eksploatacije infrastrukture i različitih objekata društvene infrastrukture⁵. Taj se model financiranja infrastrukture i različitih objekata društvene infrastrukture sve češće primjenjuje u većini država (Bajo i Jurlina Alibegović, 2008). Zbog promijenjenih ekonomskih okolnosti u kojima se nalazi većina europskih zemalja, zbog izmijenjenih uvjeta financiranja i zbog veće efikasnosti, privatni se kapital sve više uključuje u područja u kojima je donedavno dominirao javni sektor. Privatni kapital sve češće financira razvojne projekte važne za zadovoljavanje javnih potreba u području izgradnje cestovne i željezničke infrastrukture, energetskih postrojenja, postrojenja za zaštitu okoliša, ali se sve više uključuje i u financiranje izgradnje objekata društvene infrastrukture (Jurlina Alibegović, 2011).

² Europska komisija, http://ec.europa.eu/internal_market/publicprocurement/partnerships/public-private/index_en.htm.

³ The World Bank (2012).

⁴ The World Bank Institute, http://wbi.worldbank.org/wbi/Data/wbi/wbicms/files/drupal-acquia/wbi/ppp_brochure_2012_nospread.pdf.

⁵ Izgradnje obrazovnih ustanova, zdravstvenih ustanova te ustanova u području socijalne skrbi i slično.

Iz prethodnih definicija može se zaključiti da je kod javno–privatnih partnerstava ključno da se ona odnose na pružanje javnih usluga za koje je uvijek odgovoran javni partner. To isto vrijedi i za javno–privatna partnerstva u području zdravstva koja trebaju stanovnicima osigurati dostupnu kvalitetnu zdravstvenu uslugu. Uloga privatnog sektora kreće se u rasponu od upravljanja objektom (bolnicom) i pružanja nekliničkih (nebolničkih) usluga pa sve do pružanja specijaliziranih kliničkih (bolničkih) usluga i potpunog upravljanja bolnicom uključujući sve kliničke (bolničke) usluge. U Hrvatskoj su projekti javno–privatnog partnerstva u području zdravstva koji udovoljavaju zakonskim uvjetima tek u začetku, a cilj im treba biti postizanje kvalitetnije i efikasnije zdravstvene usluge. Svrha ovog rada je opisati izazove i mogućnosti za javno–privatna partnerstva u području pružanja zdravstvenih usluga. Na osnovi tog prikaza dat će se zaključna ekonomska ocjena racionalnog korištenja resursa u okviru javno–privatnog partnerstva u svrhu postizanja kvalitetne, efikasne i dostupne zdravstvene zaštite.

Nakon uvoda u drugom dijelu rada govori se općenito o javno–privatnom partnerstvu u kojem su sistematizirani razlozi koji su doveli do javno–privatnog partnerstva, opisuje se cilj i svrha, prednosti i nedostaci te osnovne vrste javno–privatnih partnerstava. Osim toga, opisuje se način vrednovanja u projektima javno–privatnih partnerstava (vrijednost za novac, analiza troškova životnog vijeka). Javno–privatno partnerstvo u zdravstvu opisano je u trećem dijelu rada. U okviru tog dijela rada pokušava se odgovoriti na niz pitanja: zašto uopće postoji i koji su razlozi postojanja javno–privatnog partnerstva u zdravstvu te zašto je sektor zdravstva poseban u odnosu na druge sektore i koja je njegova posebnost kod ugovaranja projekata javno–privatnog partnerstva. Četvrti dio rada sadrži kratak prikaz ograničenih iskustava u javno–privatnom partnerstvu u sektoru zdravstva u Hrvatskoj. Peti dio rada je zaključak u kojem su sistematizirani ciljevi i preporuke za potporu razvoju javno–privatnog partnerstva u sektoru zdravstva u Hrvatskoj.

13.2. Općenito o javno–privatnom partnerstvu

Javno–privatno partnerstvo znači dugoročan ugovorni odnos i suradnju privatnog i javnog sektora u izgradnji ili rekonstrukciji, financiranju, održavanju i upravljanju javnom infrastrukturom i isporukom javne usluge te preraspodjelu poslovnog rizika izgradnje, raspoloživosti i potražnje⁶. Zbog dugoročnog karaktera odnosa u javno–privatnom partnerstvu važno je optimalno raspodijeliti rizike projekata između partnera, odnosno rizike treba preuzeti onaj partner koji će bolje njima upravljati i postići bolji odnos vrijednosti za plaćeni novac. Za preneseni rizik na privatnog partnera javni partner plaća naknadu. Sam iznos naknade treba biti manji od iznosa koji bi se mogao platiti

⁶ Dva od navedena tri rizika moraju biti na privatnom partneru.

u slučaju realizacije određenog rizika kojim autonomno upravlja. Budući da su projekti javno-privatnog partnerstva složeni projekti i projekti velike vrijednosti, a zbog potrebe prenošenja rizika na partnera koji njima bolje upravlja, u projektima javno-privatnog partnerstva pojavljuje se veliki broj sudionika u projektu.

Razlozi javno-privatnog partnerstva su brojni. Osim proračunskih ograničenja, razlog uključivanja privatnog sektora u financiranje ponude javnih dobara i usluga u suradnji s javnim sektorom je manjak kapitalnih prihoda za investiranje u rekonstrukciju postojećih i izgradnju novih objekata te manjak sredstava za održavanje postojećih objekata. Od ostalih razloga zbog kojih se financiranje ponude javnih dobara i usluga ostvaruje u suradnji javnog i privatnog sektora treba posebno izdvojiti bolju kvalitetu opskrbe javnim uslugama i javnim dobrima bez povećanja poreza ili korisničkih naknada, mogućnost realizacije projekata bez velikoga početnog ulaganja kapitala i mogućnost uvođenja novih vrsta javnih usluga, koncentriranje javnog sektora na nadzor kvalitete u pružanju javnih usluga i osiguranju javnih dobara, što utječe na njihovu višu kvalitetu, kao i činjenicu da odgovornost, rizik i troškove za neuspjele projekte snosi uglavnom poduzetnik (privatni sektor), a ne porezni obveznici.

Dvije su osnovne vrste *javno-privatnih partnerstava*, javno-privatno partnerstvo koje se temelji na ostvarivanju prihoda i javno-privatno partnerstvo koje se temelji na dostupnosti korištenja javne usluge, te niz izvedenih vrsta. Javno-privatno partnerstvo koje se temelji na ostvarivanju prihoda je partnerstvo između javnog i privatnog partnera u kojem privatni partner prikuplja prihode izravno od korisnika, odnosno korisnik plaća privatnom partneru za izvršenu javnu uslugu. Primjeri ovakvih vrsta javno-privatnih partnerstava su izgradnja cesta s naplatom cestarine, tvrtke isporučitelji energije i vode te luke. Kod javno-privatnih partnerstava koja se temelje na dostupnosti korištenja javne usluge javni partner plaća privatnom partneru za javne usluge u ime korisnika. Plaćanje za javne usluge se temelji na dostupnosti javnih usluga. Kod ovih ugovora prenosi se rizik ostvarivanja rezultata s javnog na privatnog partnera. Primjeri javno-privatnih partnerstava koja se temelje na dostupnosti korištenja javne usluge su DBFM(O) model (engl. *design-build-finance-maintain-operate*), odnosno projektiranje, izgradnja, financiranje i održavanje (funkcioniranje) u sektoru infrastrukture, javno-privatna partnerstva u području smještaja i javno-privatna partnerstva u sektoru društvenih djelatnosti (npr. u sektoru zdravstva). Postoje i izvedene vrste javno-privatnih partnerstava koje kombiniraju dijelove dviju osnovnih vrsta.

Tri su najvažnije *prednosti javno-privatnog partnerstva* i one se odnose na to da u ugovorima o javno-privatnom partnerstvu trebaju biti specificirani rezultati u pružanju javne usluge, podijeljene odgovornosti i rizici te se vodi računa o konkurentnom ugovaranju pružanja

javnih usluga ili osiguranja javnih dobara na temelju javnog natječaja. Specifikacija rezultata za javnu uslugu osnovna je prednost projekata javno-privatnog partnerstva jer se jasno definiraju rezultati u pružanju javne usluge ili izgradnji, održavanju ili upravljanju javnom infrastrukturom koja je predmet ugovora o javno-privatnom partnerstvu. Specificiranjem rezultata za svaku javnu uslugu dolazi se do prostora za inovativna rješenja privatnog sektora. Specifikacija rezultata zahtijeva i prilagodbu veličine i kvalitete programa pružanja javnih usluga potrebama stanovnika, odnosno potrebama korisnika javnih usluga. Javni se partneri mogu više posvetiti nadzoru u pružanju javnih usluga, što ima pozitivan utjecaj na kvalitetu javnih usluga. Podjela odgovornosti i rizika kreira poticajnu strukturu za oba partnera. Odgovornost i rizik za neuspjeh projekta snosi uglavnom privatni sektor, a ne porezni obveznici. Značajni se rizici prenose na privatni sektor kako bi se privatno ulaganje i financijski povrati povezali sa stvarno postignutim rezultatima. Veća efikasnost u isporuci javne usluge, koja nastaje kada rizicima projekta upravljaju oni koji njihovu prirodu bolje poznaju, stvara korist svim sudionicima u projektu. Javno-privatno partnerstvo se ugovara na temelju provedenog natječajnog postupka javne nabave.

Nedostaci javno-privatnog partnerstva se svode uglavnom na to da je potrebno kontrolirati dosljedno poštivanje ugovora jer želja za većim profitom i troškovi nadzora mogu utjecati na povećanje cijene usluge. Motivacija za stjecanjem profita i sniženjem troškova može utjecati na smanjenje kvalitete usluge. Poboljšanje razine usluge ili brze reakcije na promijenjenu potražnju mogu biti usporene ili čak onemogućene zbog ugovornih ograničenja. Konkurentska borba za dobivanje ugovora može povećati korupciju. Nedostatak modela javno-privatnog partnerstva u pružanju javnih usluga ili osiguranju javnih dobara odnosi se na nerazumijevanje učinaka i ciljeva partnerstva javnog i privatnog sektora. Neprimjerena priprema projekta, posebno u području identifikacije, kvantifikacije i raspodjele rizika, izlaže javnog partnera riziku lošeg odnosa kvalitete i cijene javne usluge, a privatnog partnera neostvarivanju planirane stope povrata na uloženi kapital i riziku prezaduženosti [Juričić, 2012].

Cilj javno-privatnog partnerstva je ekonomičnije i efikasnije stvaranje javnih dobara ili osiguranje javnih usluga u odnosu na tradicionalan način⁷. Posljedično, cilj je javno-privatnog partnerstva odabrati projekt kojim će se osigurati "vrijednost za novac" tijekom cjelokupnog životnog vijeka projekta⁸ u kojem su uključeni svi rashodi (poslovanja i kapitalni) i prihodi poslovanja tijekom životnog vijeka projekta (npr. 5-40 godina). U

⁷ Postoje znanstvena istraživanja koja dokazuju da uključivanje privatnog sektora u pružanje javnih usluga dovodi do povećanja efikasnosti i razine kvalitete javnih usluga. Vidjeti Gassner, Popov i Pushak [2009] koji su proveli sveobuhvatnu ekonometrijsku analizu više od 1.200 projekata u 71 nerazvijenoj i tranzicijskoj zemlji. U istraživanju su također utvrdili da privatni sektor utječe na povećanje efikasnosti i kvalitete javnih usluga.

⁸ EPEC [2011].

izračunu prihoda i rashoda projekta važno je svođenje svih prihoda i rashoda na neto sadašnju vrijednost projekta. Metoda neto sadašnje vrijednosti projekta utvrđuje ukupne učinke projekta u čitavom ekonomskom vijeku trajanja projekta uvažavajući pritom vremenske preferencije. Za pružanje javne usluge ili osiguranje javnog dobra daje se specifikacija rezultata za javnu uslugu (količina i kvaliteta javne usluge). "Vrijednost za novac" predstavlja najbolji mogući ishod za cjelokupno društvo, vodeći računa o svim koristima, troškovima i rizicima tijekom cjelokupnog životnog vijeka projekta. Kada se govori o projektima javno-privatnog partnerstva, u literaturi⁹ se uvijek navodi da "najjeftinija cijena" nije uvijek najbolja opcija kao što je to uglavnom slučaj kod projekata koji se provode kao tradicionalna javna nabava.

Kod odabira projekta javno-privatnog partnerstva prvo se uspoređuje vrijednost projekta koji bi bio proveden prema tradicionalnom modelu (financiranjem iz javnih sredstava, državnog ili lokalnog proračuna, ili zaduživanjem) u odnosu na model javno-privatnog partnerstva. U tom uspoređivanju vrijednosti projekta javni sektor koristi metodu usporedbe troškova javnog sektora (engl. *public sector comparator* – *PSC*) kojom se analizira nudi li privatna investicija "vrijednost za novac" u odnosu na najbolju ponudu koja se može dobiti javnim nadmetanjem. Projekt javno-privatnog partnerstva je opravdan kada je izračunata pozitivna "vrijednost za novac" primjenom metode usporedbe troškova javnog sektora tijekom cijelog predloženog ugovornog razdoblja. To znači da se u slučaju projekta javno-privatnog partnerstva koji se odnosi na gradnju javnog objekta za pružanje određene javne usluge (npr. gradnju bolnice), uz troškove građenja i/ili rekonstrukcije, uključuju i svi drugi troškovi (npr. upotrebe i održavanja objekta) koje snosi privatni partner.

Rizici projekta u javno-privatnom partnerstvu mogu se podijeliti na poslovne, pravne i političke rizike. Poslovni rizici mogu se podijeliti na rizike na strani ponude i rizike na strani potražnje. Rizici na strani ponude uglavnom se odnose na sposobnost privatnog partnera (trgovačkog društva) u ispunjavanju preuzetih obveza i oni se mogu podijeliti na rizik gradnje i rizik poslovanja, koji uključuju rizik financijskog tržišta zbog, na primjer, promjena u cijeni kapitala ili promjena deviznih tečajeva i inflacije. Rizik na strani potražnje odnosi se na nedovoljan broj korisnika u usporedbi s pretpostavkama iz osnovnog modela. Pravni i politički rizici odnose se, između ostalog, na pravni okvir, rješavanje sporova, regulatorni okvir, državnu politiku, oporezivanje, izvlaštenje i nacionalizaciju. U načelu, privatni sektor je u boljem položaju u preuzimanju poslovnog rizika, dok je javni sektor u boljem položaju u preuzimanju pravnih i političkih rizika.

⁹ Department for International Development (2011) i Jackson (2012).

Kod projekata javno-privatnog partnerstva treba spomenuti i financijske rizike. Projekt javno-privatnog partnerstva može se financirati dugom, odnosno smatra se "bankabilnim" ako ga zajmodavci žele financirati (najčešće primjenjujući metodu projektnog financiranja). Zaduživanje predstavlja jeftiniji izvor financiranja od financiranja dioničkim kapitalom jer je manje rizičan. Pozajmljivanje projektima javno-privatnog partnerstva zasniva se na stajalištu da je novčani tijek projekta glavni izvor osiguranja zajma.

Sva navedena osnovna obilježja projekata javno-privatnog partnerstva vrijede i u slučaju projekata javno-privatnih partnerstava u zdravstvu, o kojima se govori u sljedećem poglavlju.

13.3. Javno-privatno partnerstvo u zdravstvu

Financiranje zdravstva je suočeno s velikim izazovima zbog stalnog rasta izdataka i ograničenih resursa. Najvažniji razlozi rasta izdataka za zdravstvo su sljedeći: starenje stanovništva, porast kroničnih bolesti, razvoj tehnoloških inovacija u sektoru zdravstva, rastuća javna očekivanja korisnika zdravstvenih usluga, pružanje zdravstvene zaštite koja je radno intenzivna djelatnost i postojanje pritiska pružatelja usluga u sektoru zdravstva (Nikolic i Maikisch, 2006).

Zdravstvo se financira iz različitih izvora financiranja, od kojih su najvažniji sljedeći: sredstva iz državnog i lokalnih proračuna, privatni ulagači, međunarodne investicijske banke te međunarodne institucije kao što su Svjetska zdravstvena organizacija, Svjetska banka i druge. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. (rujan 2012.)¹⁰ navodi da, uz postojeće izvore financiranja zdravstva, treba ubrojiti i one koji se u Hrvatskoj ne koriste ili se koriste u ograničenom opsegu, kao što su: komercijalno financiranje, tržište kapitala, fondovi rizičnog kapitala, interno financiranje¹¹, javno-privatna partnerstva, koncesije, poslovni anđeli¹² i drugo (Ostojić, Bilas i Franc, 2012).

Kada se znaju izvori financiranja zdravstva postavlja se pitanje u čemu je sektor zdravstva poseban u odnosu na ostali dio javnog sektora i postoji li posebnost sektora zdravstva

10 Vlada Republike Hrvatske (2012a).

11 Tu se prvenstveno misli na financiranje projekata u zdravstvu korištenjem postojećih rezervi zdravstvenih ustanova, povećanjem temeljnog kapitala, povećanjem zadržane dobiti, povećanjem vlastitih ulaganja i pozajmicama vlasnika.

12 Nazivaju se još i "tihim partnerima", a motivi njihovog uključivanja u financiranje projekata u zdravstvu su slični kao i u financiranju drugih projekata, odnosno zbog očekivanja financijskih dobitaka od budućeg kapitalnog rasta, uključenosti u neki poduzetnički poduhvat ili želje za prenošenjem stečenog iskustva vezanog uz pokretanje poslovanja.

kod ugovaranja projekata javno-privatnog partnerstva¹³. Odgovor na to pitanje proizlazi temeljem općeprihvaćenog stava da se javne potrebe stanovništva u području zdravstva sve brže mijenjaju zbog promjena u demografskim trendovima i sve većeg učešća starijeg stanovništva u ukupnoj populaciji, porasta kroničnih bolesti, tehnološkog razvoja koji dovodi do porasta korištenja modernih tehnologija u zdravstvu i razvoja novih tretmana u zdravstvu¹⁴. Pružanje zdravstvene zaštite je mnogo složenije i osjetljivije u odnosu na druge javne usluge (npr. pružanje usluga javnog prijevoza), a korisnici zdravstvenih usluga traže poseban i individualiziran pristup. Opći strateški ciljevi i prioriteti u zdravstvenom sektoru uvijek se odnose na kvalitetu zdravlja i pokrivenost, pristup i dostupnost javne zdravstvene usluge svim građanima.

Sve su to razlozi zbog kojih sektor zdravstva ima velike potrebe za različitim ulaganjima u zgrade i opremu, traži kvalitetne i sigurne lijekove za liječenje bolesti i iziskuje efikasno upravljanje i kvalitetan nadzor. Javni sektor, zbog prethodno opisanih razloga, ne može efikasno zadovoljiti sve te potrebe. U tome mu može pomoći privatni sektor, koji može osigurati sredstva za zadovoljavanje potreba zajednice za zdravstvenim uslugama bez dodatnog opterećivanja financijskog potencijala države ili lokalnih jedinica, koje mogu svoja ograničena financijska sredstva iskoristiti za financiranje drugih važnih javnih potreba. Prema praksama zemalja koje imaju više iskustava u partnerstvu javnog i privatnog sektora, osim zbog nedostatka financijskih sredstava, do partnerstva u sektoru zdravstva dolazi i zbog razvoja novog proizvoda ili usluge, kontrole i sprečavanja širenja bolesti, poboljšanja zdravstvene usluge, povećanja razine obrazovanja stanovništva o bolestima i njihovom sprečavanju, unapređenja kvalitete zdravstvenih usluga i sličnih razloga.

Javno-privatna partnerstva u zdravstvu su oblici suradnje između javnog i privatnog sektora koji su motivirani zajedničkim ciljem poboljšanja zdravlja ljudi, a temeljeni na ugovorenim načelima i ulogama pri čemu za oba partnera vrijedi načelo jednakosti, imaju ugovorom definirane obveze, a zajednički ciljevi partnerstva nužno nose koristi za oba partnera [WHO, 2000]. Istovremeno se privatni sektor i u razvijenom i u nerazvijenom dijelu svijeta sve češće uključuje u ponudu javnih zdravstvenih usluga, održavanje bolničke opreme te izgradnju i održavanje zdravstvene infrastrukture¹⁵. Zbog sve veće razvijenosti i povezanosti tržišta kapitala, potencijalnim privatnim ulagačima u zdravstvenu infrastrukturu znatno je olakšan pristup međunarodnom kapitalu. Budući

13 Predmet analize ovog rada su javno-privatna partnerstva kako ih utvrđuje Zakon o javno-privatnom partnerstvu [Narodne novine, br. 78/2012.]. Koncesije u zdravstvu nisu predmet analize ovog rada.

14 Posebnost sektora zdravstva kod ugovaranja projekata javno-privatnog partnerstva opisana je u brojnim radovima. Na primjer, opširnije vidjeti u Mitchell [2008] ili Barrows et al. [2011].

15 Opširnije vidjeti u: http://www.unecp.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector_DiscPaper.pdf.

da su za ulaganja u izgradnju zdravstvene infrastrukture potrebna velika financijska sredstva, koja prelaze mogućnosti samo jednog ulagača (npr. jedne banke), ulagači se nužno udružuju u konzorcije. Usto, svaki ulagač svoju poslovnu strategiju temelji na diversifikaciji plasmana, pri čemu plasmani u infrastrukturne investicije, pa i one u zdravstvo, postaju sve zastupljeniji. Uz nedostatak investicijskih sredstava iz državnog proračuna i iz proračuna lokalnih jedinica, prekapacitiranost i niska produktivnost kapitalno intenzivnih objekata u sektoru zdravstva, koji su uglavnom u državnom vlasništvu, nedostatak sredstava za njihovo održavanje i neučinkovito javno upravljanje zdravstvenim objektima također su razlozi sve većeg uključivanja privatnog sektora u izgradnju i održavanje zdravstvene infrastrukture.

Iako postoje brojne prednosti partnerstva javnog i privatnog sektora u zdravstvu, treba ukazati i na nedostatke i potencijalne izazove pred kojima su ta partnerstva. Oni se svode na iste nedostatke koji su svojstveni javno-privatnim partnerstvima u svim sektorima, od toga da želja privatnog partnera za većim profitom može utjecati na neopravdano povećanje cijene i smanjenje kvalitete zdravstvene usluge ili da ugovorna ograničenja mogu sprečavati poboljšanje razine usluge, pa sve do toga da se može povećati korupcija zbog snažne konkurentске borbe za sklapanjem ugovora.

13.3.1. Projekti javno-privatnog partnerstva u zdravstvu u Europi

Razvijene zapadnoeuropske zemlje imaju bogato iskustvo u projektima javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravstva¹⁶. U 2012. godini u zemljama Europske unije realizirano je ukupno osam zdravstvenih projekata ukupne vrijednosti od približno 405 milijuna eura [EPEC, 2012].

Postoje brojni primjeri različitih vrsta javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravstva u drugim zemljama, od onih u kojima privatni sektor manje sudjeluje [jednostavnije vrste javno-privatnog partnerstva], do onih u kojem je uključenost privatnog sektora veća [složenije vrste javno-privatnog partnerstva].

Među jednostavnije vrste javno-privatnog partnerstva mogu se ubrojiti:

¹⁶ Prema modelu javno-privatnog partnerstva su u Austriji realizirana dva projekta izgradnje bolnica, u Češkoj je realizirana izgradnja dviju bolnica i upravljanje dijagnostičkim centrom, u Francuskoj je izgrađeno šest bolnica te gerijatrijski centri i logistički sustavi u nekoliko bolnica, u Njemačkoj su izgrađene tri bolnice, u Italiji sedam bolnica, u Španjolskoj jedanaest bolnica, a u Velikoj Britaniji se javno-privatno partnerstvo primjenjuje u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, bolničkim sustavima i stomatološkoj zdravstvenoj zaštiti.

1. ugovori o javno-privatnim partnerstvima za pružanje osnovnih usluga (prehrana, sterilizacija) u bolnicama koji se primjenjuju u Njemačkoj, Austriji, Danskoj, Velikoj Britaniji
2. ugovori o javno-privatnim partnerstvima za upravljanje bolnicama koji se primjenjuju u Austriji, Australiji, Velikoj Britaniji
3. ugovori o javno-privatnim partnerstvima za izgradnju, održavanje i nabavu medicinske opreme koji postoje u Velikoj Britaniji.

Složenije vrste javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravstva su:

1. operativni *leasing* opreme (Velika Britanija)
2. klasični DBFMO ugovor (projektiranje, izgradnja, financiranje, održavanje, funkcioniranje) (Kanada, Njemačka, Portugal, Australija, Velika Britanija)
3. ugovor o koncesiji (bolničkih zgrada i medicinskih usluga) (Njemačka i Velika Britanija).

Iskustva drugih zemalja govore u prilog javno-privatnom partnerstvu u području zdravstva. Tako, na primjer, u Kanadi osnovni model javno-privatnog partnerstva koji se primjenjuje obuhvaća projektiranje, financiranje, izgradnju i održavanje, pri čemu se vodi računa o transparentnosti i uključivanju mišljenja javnosti te odabiru najboljih partnera za provedbu projekata javno-privatnog partnerstva, bilo stranih bilo domaćih. Osim toga, vodi se računa i o vremenu pripreme projekta pa je tako prosječni rok od objave poziva za projekt do zatvaranja financijske konstrukcije nešto kraći od 16 mjeseci. Trenutačno je u različitim fazama provedbe 160 projekata u 11 sektora, a najviše u zdravstvu i prometu. Uspješnost ovakvog razvoja infrastrukture u kanadskim provincijama i velikim gradovima očituje se i u visokoj podršci javnosti (70 posto)¹⁷.

Velika Britanija ima veliko iskustvo u javno-privatnim partnerstvima i u projektima upravljanja bolnicama. Okvir 13.1 sadrži sažet prikaz odabranog primjera javno-privatnog partnerstva u izgradnji bolničke zgrade i upravljanju nebolničkim uslugama, koji se u literaturi najčešće navode kao mogućnosti za poželjno sudjelovanje privatnog partnera. Pozitivna iskustva u ovom primjeru mogu korisno poslužiti budućem razvoju javno-privatnog partnerstva u Hrvatskoj. Prema McKee, Edwards i Atun (2006) cilj takvog partnerstva je maksimalno iskorištavanje prednosti javno-privatnog partnerstva te se neprestano usavršavaju postojeći i izgrađuju novi oblici partnerstva. Čak se mogu pojaviti novi modeli partnerstva za pojedine projekte, za koje se donose i posebni zakoni

¹⁷ Informacije dobivene na konferenciji "Javno-privatno partnerstvo - kanadsko iskustvo", koju su organizirali Agencija za javno-privatno partnerstvo i Veleposlanstvo Kanade u Republici Hrvatskoj i koja je održana u Zagrebu, hotel Westin, 31. siječnja 2012.

kako bi se stvorio primjeren institucionalni i pravni okvir za veće uključivanje privatnog sektora u projekte javno-privatnog partnerstva.

Okvir 13.1. Primjer izgradnje bolničke zgrade i upravljanja nebolničkim uslugama: Sveučilišna bolnica u Londonu (University College London Hospital – UCLH)

Sveučilišna bolnica u Londonu jedan je od najvećih britanskih pružatelja zdravstvenih usluga i centara za medicinska istraživanja i usavršavanje u svim područjima medicine. Obuhvaća osam bolnica razmještenih širom područja središnjeg Londona koje su bile smještene u zastarjelim, nefleksibilnim i skučenim zgradama. Izgradnja je započela u studenom 2000. te je završetak izgradnje glavne bolnice bio planiran do travnja 2005., a ostalih zgrada do lipnja 2008.

Izabran je privatni partner [konzorcij] kao partner u projektu javno-privatnog partnerstva izgradnje nove bolničke zgrade po DBFO modelu (projektiranje, izgradnja, financiranje i upravljanje) koja će zamijeniti stare bolničke zgrade. Privatni je partner ušao u 40-godišnji ugovorni odnos po kojem će zgrada biti iznajmljena javnom partneru u zamjenu za godišnju naknadu od 32 milijuna funti. Osim izgradnje nove bolnice, privatni se partner ugovorom obvezao na pružanje nebolničkih usluga podrške (upravljanje otpadom, usluge sigurnosti objekta, usluge parkiranja, usluge praonice rublja i posteljine, upravljanje nekretninama i održavanje zgrada).

Kao rezultat ovog projekta javno-privatnog partnerstva postignuto je značajno unapređenje kvalitete zdravstvenih usluga u uvjetima održivog razvoja povećanjem energetske učinkovitosti uvođenjem najsuvremenijih tehnologija i to:

- Pristup zdravstvenim uslugama značajno je unaprijeđen jer je izgradnja nove bolnice omogućila 669 novih bolničkih kreveta na novoj lokaciji bolnice u središnjem Londonu. Time je omogućeno liječenje 54.000 pacijenata, odnosno 10 posto više pacijenata nego što je to bilo moguće prije izgradnje nove bolnice.
- Efikasnost u trošenju javnih sredstava se značajno povećala jer je u okviru projekta javno-privatnog partnerstva planirano da se tijekom trajanja projekta, odnosno 40 godina, uštedi više od 30 milijuna funti u odnosu na sredstva koja bi bila potrebna da se bolnica gradila i da su financirane nebolničke usluge po tradicionalnom modelu javne nabave. Izbor modela javno-privatnog partnerstva bio je 6,7 posto jeftiniji od modela tradicionalne nabave.

Izvor: United Nations Economic Commission for Europe, World Health Organization i Asian Development Bank [2012] i The Efficiency Unit, http://www.eu.gov.hk/english/psi/psi_case/files/uclh_redevelopment.pdf.

Iskustva javno-privatnog partnerstva u području zdravstva nisu sva pozitivna. Budući da su dosadašnja iskustva u Hrvatskoj u području javno-privatnog partnerstva ograničena, saznanja o konkretnim negativnim iskustvima mogu pridonijeti općoj razini informiranosti glavnih dionika u partnerstvu te izbjegavanju istih ili sličnih nedostataka. Okvir 13.2 prikazuje dva projekta javno-privatnog partnerstva koja su se suočila s financijskim problemima, a okvir 13.3 sadrži osnovne propuste u postizanju standarda kvalitete u odabranim projektima javno-privatnog partnerstva u zdravstvu. Navedeni primjeri se ubrajaju među dvije najčešće vrste negativnih iskustava u javno-privatnim partnerstvima s kojima se suočava većina zemalja.

Okvir 13.2. **Javno-privatna partnerstva suočena s financijskim problemima**

Bolnica u Alziri, Valencija, Španjolska – Godine 1999. konzorciju Union Temporal de Empresas [UTE], koji se sastojao od Španjolskog zavoda za zdravstveno osiguranje i zdravstvene usluge, dviju banaka i dviju građevinskih tvrtki, regionalna vlada Valencije dodijelila je koncesijski ugovor za izgradnju i upravljanje bolnicom na deset godina. Novom bolnicom je upravljala tvrtka UTE-Aseslas. Nova je bolnica postigla visoku razinu standardnih mjerila uspješnosti, ali je bila pogođena lošim radnim odnosima, uzrokovanim sukobima sa sindikatom zdravstvenih djelatnika koji je zahtijevao više transparentnosti u određivanju plaća zaposlenima u bolnici. Naime, iznos za plaće zaposlenih u bolnici dogovoren je kao fiksni iznos po glavi za svaku godinu, tako da se za jedan dio zaposlenih primjenjivala posebna skala plaća ovisno o postizanju utvrđenih rezultata, a preostali dio zaposlenih dobivao je fiksnu plaću. Takav sustav plaća predstavljao je glavnu inovaciju u praćenju troškova i rashoda upravljanja bolnicom, čemu se sindikat suprotstavio. Sindikat se također suprotstavio sklopljenom ugovoru o upravljanju bolnicom smatrajući da se radi o privatizaciji zdravstvenih usluga i nelegalnom transferu dijela zdravstvenih djelatnika iz javnog u privatni sektor. Projekt je završio na sudu te je regionalna vlada Valencije krajem 2002. najavila kompenzaciju konzorciju UTE u iznosu od 43,9 milijuna eura za preostalih šest godina trajanja ugovora. Nakon te značajne financijske injekcije bolnica je počela dobro poslovati.

Regionalna bolnica La Trobe, Melbourne, Australija – Regionalnu bolnicu La Trobe izgradila je privatna tvrtka nakon potpisanog povjerljivog ugovora s vladom države Victoria o pružanju bolničkih usluga na 20 godina. Godine 1999. bolnica je izgubila 6 milijuna australskih dolara, a još su bili projicirani daljnji gubici. Na temelju toga ministar zdravstva je izvijestio da su gubici toliko veliki da bolnica više ne može jamčiti propisani standard zdravstvene zaštite. Godine 2000. raskinut je ugovor s privatnom tvrtkom i postignut dogovor oko nepoduzimanja daljnjih pravnih koraka prema vladi. Privatna je tvrtka prodala vladi zgradu bolnice za 6 milijuna australskih dolara (što je otprilike polovica procijenjene vrijednosti).

Izvor: McKee, Edwards i Atun [2006].

Okvir 13.3. **Propusti u postizanju standarda kvalitete u odabranim projektima javno-privatnog partnerstva u zdravstvu**

- upotreba jeftinijih komponenti od specificiranih u tehničkoj dokumentaciji
- neodgovarajuća kvaliteta ventilacije, odvoda i sl.
- troškovi održavanja značajno viši od specificiranih u tehničkoj dokumentaciji
- kašnjenje u isporuci zbog neopravdanih rješenja i promjena tehničke dokumentacije
- neodgovarajuća tehnička rješenja pojedinih bolničkih odjela (npr. pacijenti kardiološkog odjela trebaju proći kroz nekoliko okretnih vrata iako je jedan dio pacijenata u invalidskim kolicima).

Izvor: McKee, Edwards i Atun [2006].

13.3.2. Raspodjela rizika kod projekata u zdravstvu

Kod tradicionalnog modela pružanja javne usluge javno tijelo preuzima sve rizike projekta pa materijalizacija pojedinog rizika i s njim povezani troškovi terete to javno tijelo, odnosno namirenje tih troškova plaćaju porezni obveznici. U interesu je poreznih obveznika da se kontinuirano provjerava postiže li model pružanja javnih usluga ciljani odnos cijene i kvalitete. Da bi se to postiglo javno će tijelo identificirati one rizike projekta za čije upravljanje nema dovoljno znanja i iskustva te će nastojati, sustavom javnih natječaja, odabrati privatnog partnera koji upravljanje tim rizicima može provoditi uz manje troškove.

Za bolje upravljanje ukupnim rizicima projekta u sektoru zdravstva partneri nastoje podijeliti identificirane rizike na način da svaki preuzme onaj rizik koji najbolje poznaje i kojim najbolje upravlja. Jedna od mogućih raspodjela rizika između privatnog i javnog partnera u projektu pružanja zdravstvene usluge je ona u kojoj javni partner preuzima rizike koji se tiču usluge liječenja i dio poslova upravljanja zdravstvenom ustanovom, dok privatni partner preuzima rizik izgradnje, održavanje opreme, prateće djelatnosti, djelomično upravljanje zdravstvenom ustanovom i ostale rizike.

13.3.3. Osnovna djelatnost javnih zdravstvenih ustanova i mogućnosti korištenja javno-privatnog partnerstva

Zdravstvene ustanove obavljaju svoju osnovnu djelatnost i niz pratećih poslova kako bi pružile zdravstvene usluge [tablica 13.1]. Postavlja se pitanje može li i na koji način javno-privatno partnerstvo pomoći u pružanju zdravstvenih usluga i može li privatni sektor [1] obavljati osnovnu djelatnost ili sudjelovati u obavljanju dijela osnovne djelatnosti ili [2] preuzeti dio ili sve prateće poslove. Pojednostavljeno, pitanje se svodi na to koju razinu suradnje može obuhvatiti javno-privatno partnerstvo. Tri su mogućnosti sudjelovanja privatnog partnera i to: [1] obavljanje pomoćnih poslova [pružanje pomoćnih usluga], [2] isključivo izgradnja zdravstvenih ustanova [bolnica] i [3] izgradnja zdravstvenih ustanova [bolnica] te, potom, pružanje medicinskih usluga u izgrađenoj ustanovi [bolnici].

Tablica 13.1. **Prikaz poslova koji se obavljaju u bolnici**

Poslovi	Zaposleno osoblje	Informacijska tehnologija	Zgrade	Logistika	Oprema
Medicinske usluge					
Skrb na klinici					
Radiologija					
Laboratorij					
Farmacija					
Sterilizacija					
Mrtvačnica					
Recepcija					
Zaštita					
Čišćenje					
Priprema hrane					
Administracija					
Arhiva					
Posteljina					
Parking/garaža					

Napomena: Stupci označeni sivom bojom predstavljaju poslove koji se mogu ubrojiti u osnovnu djelatnost bolnica.
Izvor: Sistematizacija autorice.

Privatni sektor može sudjelovati u svim razinama zdravstvene zaštite, a sudjelovanje privatnog sektora u pružanju zdravstvenih usluga opisat će se na primjeru bolnica.

Privatni se sektor, dakle, može uključiti u obavljanje pomoćnih poslova (pružanje pomoćnih usluga), izgradnju bolnica ili izgradnju bolnica i pružanje medicinskih usluga. Stoga je opravdano pitanje koje sve poslove obuhvaća osnovna djelatnost bolnica u koju se, prema navedenom načelu, ne uključuje privatni sektor. Bolnicama je osnovna djelatnost liječenje ljudi, a projektiranje, izgradnja i održavanje bolničkih zgrada ne spada u osnovnu djelatnost. Uključivanje privatnog partnera u obavljanje, upravljanje i nadzor poslova koji ne spadaju u osnovnu djelatnost dovodi do racionalizacije u upravljanju i odlučivanju, usmjeravanja na postizanje rezultata u pružanju zdravstvenih usluga, korištenja ekonomije obujma u pružanju zdravstvenih usluga, boljeg korištenja postojećih i usavršavanja stručnih znanja u obavljanju osnovne djelatnosti u bolnicama, veće kreativnosti i inovativnosti u obavljanju pratećih poslova, prenošenja vještina upravljanja svojstvenih privatnom sektoru na upravljanje javnim sektorom (upravljanje bolnicama) i smanjenja troškova. Potencijal uključivanja privatnog sektora je i u upravljanju pružanjem medicinskih usluga.

Glavni izazov u sektoru zdravstva je u tome da se osigura način da korisnik javne zdravstvene usluge bude siguran da će sada i u budućnosti dobiti kvalitetnu zdravstvenu uslugu uz razumnu cijenu. Drugim riječima, privatni sektor se uključuje u pružanje zdravstvenih usluga uz uvjet da pruži usluge upravo onakve razine kako bi to želio javni sektor, pa se postavlja pitanje kako osigurati da stanovnici dobiju sada i u budućnosti dostupnu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu uz prihvatljivu cijenu. Potrebno je, naime, pronaći pravu ravnotežu te s jedne strane omogućiti privatnom partneru da pronađe inovativna, kreativna i troškovno učinkovita rješenja, a s druge strane treba osigurati uvjete da korisnici mogu ostvariti željene zdravstvene usluge. Stoga je važno da ugovor o suradnji između javnog i privatnog sektora bude kvalitetno pripremljen, da ima jednostavne formulacije prava i obveza javnog i privatnog partnera, uključujući podjelu profita odnosno gubitka između javnog i privatnog partnera, da inzistira na dobivanju najpovoljnijih cijena u skladu s fleksibilnim pristupom koji podrazumijeva prilagođavanje na promjenu uvjeta u cilju dobivanja najbolje vrijednosti za novac u pružanju zdravstvene usluge. Pri tome je važno voditi računa o snižavanju troškova financiranja pružanja zdravstvene usluge koliko god je to moguće, ali dajući privatnom partneru poticaje kako bi i sam bio motiviran pružiti dogovorenu razinu zdravstvene usluge.

13.3.4. Određivanje konkretnih rezultata kao orijentir definiranja traženih vrijednosti u sektoru zdravstva

I u sektoru zdravstva se postizanje kvalitete zdravstvenih usluga temelji na konceptu praćenja, izvještavanja i vrednovanja ostvarenja postavljenih ciljeva, a isto tako i planiranja, izvršenja, praćenja i nadzora trošenja proračunskih sredstava za ostvarenje postavljenih ciljeva. To je koncept koji polazi od upotrebe utrošaka [*inputa*] za obavljanje aktivnosti potrebnih za postizanje određenih rezultata [*outputa*] za realiziranje postavljenih posebnih ciljeva i željene razine učinaka [*ishoda*] značajnih za društvo, čime se postižu opći [*globalni*] ciljevi definirani u strateškom dokumentu, u ovom slučaju Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020.

Utrošci [*inputi*] su sredstva upotrijebljena za obavljanje aktivnosti u svrhu ostvarivanja postavljenih ciljeva u zdravstvenoj zaštiti. Oni obuhvaćaju sve ono što je potrebno utrošiti – od rada, financijskih sredstava, kapitala, tehnologije, do opreme – da bi se mogle obaviti sve aktivnosti prijeko potrebne za ostvarivanje postavljenih ciljeva u području zdravstvene zaštite. Aktivnosti su načini ostvarivanja postavljenih ciljeva u pružanju zdravstvene zaštite i predstavljaju skupinu sličnih zadataka kojima se postižu postavljeni ciljevi i predstavljaju proces u kojem se utrošci [*inputi*] transformiraju u rezultate [*outpute*]. Rezultati [*outputi*] jesu količina pruženih javnih usluga u zdravstvenoj zaštiti kojima se realiziraju posebni ciljevi utvrđeni u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020.

Jednostavni primjeri određivanja *inputa* u pružanju zdravstvenih usluga u bolnici su sljedeći: podovi se trebaju čistiti dva puta dnevno, svaka soba treba imati klima uređaj, bolnica treba imati četiri vozila hitne pomoći. To znači da se pružatelju usluga u bolnici (bilo iz javnog, bilo iz privatnog sektora) daju jasni naputci i traže inovativna rješenja, dok se istovremeno daju jasna ograničenja za bilo koja druga rješenja i propisuje se samo jedan pristup u pružanju zdravstvene usluge.

Potrebno je definirati i konkretne rezultate u pružanju zdravstvenih usluga. Primjeri određivanja rezultata su sljedeći: podovi u bolnici trebaju biti bakteriološki čisti, temperature u sobama trebaju biti između 20 i 23 stupnja celzijusa, vozilo hitne pomoći s liječničkom ekipom treba odgovoriti na poziv u roku od petnaest minuta. Tako definiranim rezultatima u pružanju zdravstvenih usluga potiču se inovativna rješenja, dopuštaju se i druga bolja rješenja i to je upravo ono što se želi postići omogućavanjem privatnom sektoru da sudjeluje u pružanju zdravstvenih usluga.

13.4. Javno-privatno partnerstvo u sektoru zdravstva u Hrvatskoj

Dosadašnja iskustva u Hrvatskoj u području javno-privatnog partnerstva su ograničena. Do sada nisu javno prezentirani ugovori s privatnim sektorom u zdravstvu, niti su javnosti prezentirane dosadašnje državne obveze iz takvih ugovora. Uz to, sam koncept partnerstva u zdravstvu u hrvatskoj praksi nedovoljno je jasno definiran te je, zbog loše sastavljenih ugovora, visoko rizičan za javnog partnera ili je riječ o ugovornim obvezama koje su protivne etičkim normama ili čak protivne javnom interesu¹⁸.

Usprkos tome što u Hrvatskoj postoje ograničena iskustva u sektoru zdravstva u suradnji javnog i privatnog sektora, politika Vlade Republike Hrvatske prema javno-privatnom partnerstvu je izrazito pozitivna jer se od javno-privatnog partnerstva očekuje poticanje novih investicija te će se javno-privatno partnerstvo poticati kao ravnopravan model u financiranju kapitalnih investicija u svim sektorima, od obrazovanja i zdravstva pa do energetike¹⁹.

Od 2012. godine Vlada Republike Hrvatske sustavno pristupa pokretanju investicijskog ciklusa²⁰ i identificirano je nekoliko investicijskih projekata na osnovi kvalitativnih i kvantitativnih kriterija koji udovoljavaju uvjetima za kvalificiranje za projekte javno-privatnog partnerstva. U području zdravstva identificirano je nekoliko potencijalnih projekata izgradnje, dogradnje i rekonstrukcije objekata putem javno-privatnog partnerstva²¹. To su dogradnja i rekonstrukcija Opće bolnice u Varaždinu, Psihijatrijske bolnice Vrapče u Zagrebu i Neuropsihijatrijske bolnice "Dr. Ivan Barbot" u Popovači te izgradnja Kliničkog bolničkog centra Rijeka na Sušaku.

Agencija za javno-privatno partnerstvo je 23. svibnja 2013. dala odobrenje na prijedlog projekta javno-privatnog partnerstva za rekonstrukciju i dogradnju više postojećih građevina Zavoda za forenzičnu psihijatriju Neuropsihijatrijske bolnice "Dr. Ivan Barbot" u Popovači. Svrha projekta je poboljšanje zdravstvenih usluga stvaranjem dodatnog prostora za pacijente i osoblje rekonstrukcijom i dogradnjom objekata bolnice, primjerenim

18 U javnosti je poznat primjer monopolističkog višegodišnjeg ugovora o svojevrsnom partnerstvu tvrtke Medikal i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prema kojem je ugovoreno korištenje zdravstvene opreme koja ne postoji u javnim zdravstvenim ustanovama. Problem u takvom ugovaranju je da se javna sredstva koriste samo za djelomično zadovoljavanje javnih potreba te javna zdravstvena usluga dijagnostike nije jednako dostupna svim korisnicima, a uz to, propust je i što u ugovornu obvezu ne ulazi ulaganje u edukaciju medicinskog osoblja (za korištenje skupe dijagnostičke opreme) kako bi se podigla razina njihovog znanja i pružila kvalitetnija javna zdravstvena usluga.

19 Vlada Republike Hrvatske [2011].

20 Vlada Republike Hrvatske [2012b].

21 Na temelju podataka Centra za praćenje poslovanja energetskog sektora i investicija, http://cei.hr/upload/2014/01/projekti_spremi_na_realizaciju_po_jpp_modelu_52cc0e4a494a2.pdf.

funkcioniranjem zdravstvenog prostora, boljom i kvalitetnijom zdravstvenom skrbi kao i povećanjem konkurentnosti u tehnološki novijim i opremljenijim prostorima²².

Ugovor o realizaciji projekta javno-privatnog partnerstva "Klinički bolnički centar Rijeka" potpisan je 19. prosinca 2013.²³ u okviru kojeg je planirana izgradnja devet zgrada ukupne bruto površine od oko 240.000 m² te smještaj oko 1.800 vozila u podzemnim garažama.

Stalno je prisutno i pitanje mogu li se uključivanjem privatnog sektora ostvariti goleme uštede u zdravstvu u Hrvatskoj, koje bi se računale doslovno u milijunima kuna koje država trenutno troši u nabavi skupe opreme, te koji bi bili mogući projekti javno-privatnog partnerstva u zdravstvu. Privatni sektor je iskazao svoj interes u organizaciji pružanja zdravstvene zaštite roniocima, racionalizaciji potrošnje vode u bolničkim ustanovama, projektima supstitucije postojećih energenata solarnom energijom i u drugim projektima energetske učinkovitosti u zdravstvu [zamjena prozora, fasada, sustava grijanja i hlađenja, rasvjete i sl.]. Za sada nije poznat plan realizacije tih projekata. Također treba dodati da do danas niti jedan projekt u sektoru zdravstva u Hrvatskoj nije evidentiran u Registru projekata javno-privatnog partnerstva koji vodi Agencija za javno-privatno partnerstvo²⁴.

13.5. Umjesto zaključka: kako razvijati partnerstvo u zdravstvu

Javno-privatno partnerstvo se javlja u različitim područjima javnog djelovanja, u različitim oblicima, s različitim rokom trajanja i s različitim intenzitetom, a najčešće u slučajevima kada javna uprava ne može sama obavljati javne poslove zbog nedovoljne stručnosti djelatnika zaposlenih u javnoj upravi, naročito kada se radi o stručnim poslovima u području zdravstvene zaštite te kada postoje veliki troškovi provedbe javnih poslova.

²² Na temelju podataka Agencije za javno-privatno partnerstvo, <http://www.ajpp.hr/naslovnica/projekti-jpp-a/odobreni-projekti.aspx>.

²³ Na temelju podataka Centra za praćenje poslovanja energetskog sektora i investicija, <http://cei.hr/novosti/potpisan-ugovor-ugovor-o-realizaciji-projekta-javno-privatnog-partnerstva-klinicki-bolnicki-centar-r-40/>.

²⁴ Svi dosadašnji ugovori javnog i privatnog sektora u zdravstvu imali su oblik zakupa opreme ili prostora. Sukladno odredbi članka 9. Zakona o javno-privatnom partnerstvu, predlagatelj projekta dostavlja Agenciji na odobrenje prijedlog projekta i popratnu dokumentaciju propisanu Uredbom o provedbi projekata javno-privatnog partnerstva [Narodne novine, br. 88/2012.]. Nakon odobrenja Agencije takav prijedlog stječe status projekta javno-privatnog partnerstva te se može realizirati po nekom od modela javno-privatnog partnerstva. Sklopljeni ugovor o javno-privatnom partnerstvu sa svim dodacima koji čine njegov sastavni dio, kao i sve izmjene i/ili dopune ugovora o javno-privatnom partnerstvu i njegovih dodataka, upisuju se u Registar ugovora o javno-privatnom partnerstvu koji vodi Agencija. Izvod iz Registra javno se objavljuje na internetskim stranicama Agencije u skladu s odredbama Zakona o javno-privatnom partnerstvu [Narodne novine, br. 78/2012.] i Uredbom o provedbi projekata javno-privatnog partnerstva [Narodne novine, br. 88/2012.].

Više je prednosti financiranja projekata putem javno–privatnog partnerstva. Prva se prednost odnosi na odgovarajuću alokaciju rizika – podjelu rizika između države, korisnika i samih izvođača, koja predstavlja ključni dio definiranja projekta i koja se dogovara pri uključivanju privatnog sektora. Druga prednost je što takvo financiranje smanjuje javne izdatke i ne smatra se povećanjem javnog duga. Ključan razlog tome je što se imovina iz ugovora o javno–privatnom partnerstvu ne smatra imovinom javnog tijela ako postoji čvrst dokaz da privatni partner snosi većinu rizika vezanog uz partnerstvo. Usklađivanje stope povrata s visinom rizika treća je prednost javno–privatnog partnerstva iako je prilično teško precizno izmjeriti rizik koji je uključen u ulaganje sredstava u konkretan projekt izgradnje infrastrukture ili objekta društvene infrastrukture te prihvatljivu stopu povrata na uložena sredstva. Međutim, to je nužno učiniti prije ulagačkog pothvata. Omogućavanje uvjeta za povećanje efikasnosti, kvalitetnije upravljanje, prijenos znanja i tehnoloških rješenja iz privatnog u javni sektor s ciljem unapređenja kvalitete zdravstvenih usluga su također prednosti partnerstva javnog i privatnog sektora.

Posebna se pažnja treba usmjeriti na moguće nedostatke koji su povezani s projektima javno–privatnog partnerstva. Ostvarivanje većeg profita i troškovi nadzora mogu utjecati na povećanje cijene usluge, dok motivacija za stjecanjem profita i sniženjem troškova može utjecati na smanjenje kvalitete usluge. Konkurentska borba za dobivanje ugovora može dovesti do korupcije. Pобољшanje razine usluge ili brze reakcije na promijenjenu potražnju mogu biti usporene ili čak onemogućene zbog ugovornih ograničenja. Zbog toga je nužno kontrolirati aktivnosti da bi se osiguralo dosljedno poštivanje ugovora između partnera. Zbog neadekvatnog sustava planiranja može se pojaviti rizik neodgovarajućeg alociranja resursa i rizik stvaranja viška kapaciteta na neprimjerenim mjestima u zdravstvenom sustavu koji mogu dovesti do neracionalnosti i nepotrebnog trošenja resursa. Iz iskustava uglavnom nerazvijenih zemalja u modelima javno–privatnog partnerstva u zdravstvu uočava se da se dodatni trošak pružanja zdravstvene usluge prebacuje na same zdravstvene usluge u obliku smanjivanja kvalitete usluge ili dolazi do preusmjerenja sredstava od javnih potreba prema privatnom sektoru i ostvarivanju ekstra profita. Stoga se rizik o kojem javni sektor treba najviše voditi računa kod partnerstva s privatnim sektorom u pružanju usluga u zdravstvu odnosi na nužnost dodjeljivanja kontrolne funkcije javnom sektoru. Razlog je jednostavan: zdravlje stanovništva je javno dobro i o njemu brigu vodi javni sektor.

Za sprečavanje, smanjivanje i, konačno, otklanjanje svih financijskih i fiskalnih rizika važno je poštivanje načela transparentnosti ugovaranja projekata javno–privatnog partnerstva, pri čemu transparentnost označava jasan sustav odabira privatnih partnera [javni natječaj] temeljen na unaprijed definiranim preciznim i nedvosmislenim kriterijima odabira, opisanoj kvaliteti pružanja zdravstvene usluge i iskustvu u sličnim projektima.

Zakon o javno-privatnom partnerstvu propisuje da projekti javno-privatnog partnerstva mogu biti samo oni projekti koji kao krajnji rezultat imaju neku javnu uslugu. Kvaliteta javnih usluga se ugovara tako da plaćanje onima koji pružaju javnu uslugu bude upravo razmjerno kvaliteti usluge, čime se minimiziraju rizici za obje strane (pružatelja i korisnika javne usluge). Isto se to odnosi i na sektor zdravstva. Za provedbu projekata javno-privatnog partnerstva u zdravstvu potrebna su znanja o javno-privatnom partnerstvu. Ta specifična znanja nedostaju zaposlenima u javnom sektoru pa tako i zaposlenima u sektoru zdravstva. U Hrvatskoj nedostaju specijalizirane edukacije na temu javno-privatnog partnerstva u zdravstvu. Poseban nedostatak je nepostojanje znanja o važnosti jasnih kriterija za sklapanje ugovora o javno-privatnom partnerstvu [kada, zašto, kako, kakvi se rezultati i ishodi očekuju, raspodjela odgovornosti i financijskih rizika između partnera].

Javno-privatno partnerstvo u javnom sektoru (pa tako i u zdravstvu) poželjno je, ali samo kad javni sektor ne može pružiti javnu uslugu na efikasan način i po korisnika zadovoljavajućoj [propisanoj] razini kvalitete. Pitanje je koju razinu kvalitete usluga u zdravstvu pruža javni sektor i po kojoj cijeni te ima li mjesta za uključivanje privatnog sektora putem javno-privatnog partnerstva. Do odgovora na to pitanje dolazi se analizom koja propituje što sve uključuje javna usluga u zdravstvu, kako se definira kvaliteta javne usluge u zdravstvu, uključuje li pojam kvalitete i kvalitetu infrastrukture/zgrada zdravstvenih ustanova i/ili kvalitetu i stručnost medicinskog osoblja, kako se definira cijena zdravstvene usluge te vrijedi li ista za javni i privatni sektor.

U ekonomskoj situaciji u uvjetima globalne gospodarske krize ne može se očekivati da se značajna proračunska sredstva izdvajaju za kapitalne rashode/investicije u izgradnju zdravstvene infrastrukture i kupovinu skupe medicinske opreme. Trend je u zdravstvenom sektoru da se sve više privatni sektor uključuje u obavljanje funkcija javnog servisa za državu, odnosno da država kupuje zdravstvene usluge od privatnog sektora koji je motiviran ponuditi višu razinu kvalitete usluga. Na javnom je sektoru da definira uvjete ulaska privatnog sektora u javno-privatna partnerstva [poticanje konkurencije nasuprot ograničavanju monopolističkog ponašanja]. Razlog tome je što država (javni sektor) ne upravlja efikasno javnim dobrima pa bi država trebala provoditi kvalitetan nadzor javne potrošnje, rezultata i učinaka (ishoda) u sustavu zdravstva.

Niti jedan projekt zdravstva nije evidentiran u Registru projekata javno-privatnog partnerstva u Hrvatskoj te su svi dosadašnji odnosi između javnog i privatnog sektora u zdravstvu u Hrvatskoj imali oblik zakupa opreme ili prostora. Tijekom protekle godine razvijeni su i odobreni projekti javno-privatnog partnerstva u zdravstvu koji obuhvaćaju rekonstrukciju nekoliko postojećih bolnica i izgradnju nove bolnice.

U budućnosti se očekuju jasni ciljevi javno-privatnog partnerstva u sektoru zdravstva u Hrvatskoj koji bi trebali biti usmjereni na zadovoljavanje interesa javnosti, bolju kvalitetu zdravstvenih usluga, modernizaciju zdravstvenog sektora, pružanje veće "vrijednosti za novac", povećanje odgovornosti zdravstvenog sektora, izgradnju i rekonstrukciju zdravstvenih ustanova u roku i u skladu s proračunskim mogućnostima uz korištenje inovativnih rješenja.

Vodeći računa o ispunjavanju opisanih ciljeva, projekti javno-privatnog partnerstva istovremeno zadovoljavaju interese javnog i privatnog sektora. Zadovoljavanje interesa javnog sektora odnosi se prije svega na podjelu rizika, ublažavanje pritisaka na državni proračun i smanjenje potrebe za zaduživanjem države. Zadovoljavanje interesa privatnog sektora ostvaruje se na način da projekti javno-privatnog partnerstva označavaju izravnu podršku poslovnom sektoru u teškim tržišnim okolnostima, povećavaju povjerenje javnog sektora u privatni sektor te stvaraju prilike za konkurenciju na javnim natječajima.

Za poticanje projekata javno-privatnog partnerstva traži se stabilno političko i gospodarsko okruženje, uključujući stabilan porezni sustav i pravni okvir za ulaganja privatnog sektora. S obzirom na potrebu racionalnog korištenja resursa, preporuke za kvalitetno korištenje suradnje privatnog i javnog sektora u zdravstvu su sljedeće:

- Javni sektor treba definirati uvjete ulaska privatnog sektora u projekte javno-privatnog partnerstva u zdravstvu.
- Ključan dio u projektima javno-privatnog partnerstva u zdravstvu je definiranje projekta koji mora stvoriti novu vrijednost.
- Ugovori o javno-privatnom partnerstvu u zdravstvu trebaju biti pažljivo sastavljeni u skladu s konkretnim projektom, utvrđenim potrebama i ciljevima uključivanja privatnog partnera.
- Treba provesti neovisnu stručnu analizu koja će dati odgovor na ključno pitanje omogućuje li projekt javno-privatnog partnerstva pružanje zdravstvene usluge u cijelom ugovornom razdoblju po većoj "vrijednosti za novac" nego u slučaju kada javni sektor izravno pruža zdravstvene usluge.
- Potrebna je jasna podjela uloga i odgovornosti, rizika i koristi od projekta javno-privatnog partnerstva u zdravstvu među partnerima.
- Treba osigurati transparentnost u definiranju kriterija izbora privatnog partnera.
- Potrebno je provoditi kontinuirani monitoring i evaluaciju kvalitete i rezultata u pružanju zdravstvene usluge.

- Pokazatelji rezultata kojima se prati ostvarivanje rezultata u pružanju zdravstvene usluge i ciljeva u zdravstvenoj zaštiti trebaju biti unaprijed utvrđeni i ugrađeni u ugovore o javno-privatnom partnerstvu te, po mogućnosti, testirani u pilot-fazi projekta.

Sve su to ujedno i odgovori na pitanje zašto se javno-privatno partnerstvo u sektoru zdravstva nije do sada više razvilo. Potencijal za suradnju postoji, ali je nužno ispunjavanje preduvjeta koji će pozitivne strane partnerstva istaknuti, a negativne unaprijed otkloniti. Pri tome valja voditi računa da jačanje uloge partnerstva u zdravstvu treba dovesti do povećanja racionalnosti, efikasnosti i učinkovitosti javnog zdravstvenog sustava. Koji će se model pri tome primijeniti u hrvatskim uvjetima ovisi o ciljevima koji se žele ostvariti. Budući da je strateški cilj unapređenje kvalitete i dostupnosti zdravstvenih usluga, za pretpostaviti je da će se poticati javno-privatno partnerstvo koje se temelji na dostupnosti korištenja javne usluge u kojem javni partner plaća privatnom partneru za javne usluge u ime korisnika. Plaćanje koje se temelji na dostupnosti [ostvarenim rezultatima] stavlja naglasak na poticajima koji su sadržani u ugovoru, a rizik koji se prenosi na privatnog partnera odnosi se na ostvarenje unaprijed definiranih rezultata.

Glavni je i najrizičniji dio u javno-privatnom partnerstvu definiranje projekta. Projekt mora biti takav da stvara neku novu vrijednost u pružanju zdravstvene usluge i omogućava bez teškoća otplaćivanje privatnom partneru onog dijela projekta koji predstavlja obvezu temeljem ugovora o partnerstvu, a istovremeno osigurava kvalitetnu, efikasnu i dostupnu zdravstvenu zaštitu stanovništvu.

Literatura

Agencija za javno-privatno partnerstvo, <http://www.ajpp.hr/naslovnica/register.aspx>.

Bajo, A. i D. Jurlina Alibegović, 2008, *Javne financije lokalnih jedinica vlasti*, Zagreb: Školska knjiga, Ekonomski institut, Zagreb i Institut za javne financije.

Barrows, D., I. Macdonald, A. Supapol, O. Dalton-Jez i S. Harvey-Rioux, 2011, "Public Private Partnerships in Canadian Healthcare: A Case Study of the Brampton Civic Hospital", Prepared for the OECD, Schulich School of Business, York University, <http://www.oecd.org/gov/budgeting/47814779.pdf>.

Centar za praćenje poslovanja energetskog sektora i investicija, <http://cei.hr>.

Commission of the European Communities, 2004, *Green Paper on Public-Private Partnerships and Community Law on Public Contracts and Concessions*, COM[2004] 327 final, http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2004/com2004_0327en01.pdf.

Department for International Development, 2011, "DFID's Approach to Value for Money [VfM]", <http://www.dfid.gov.uk/Documents/publications1/DFID-approach-value-money.pdf>.

EPEC, 2011, "Priručnik za pripremu projekata JPP: Priprema, nabava i provedba projekata JPP-a", http://www.ajpp.hr/media/23539/guide%20to%20guidance_hr_finalna%20verzija_iva_2.pdf.

EPEC, 2012, "Market Update: Review of the European PPP Market in First Half of 2012", Luksemburg: European PPP Expertise Centre.

Europska komisija, http://ec.europa.eu/internal_market/publicprocurement/partnerships/public-private/index_en.htm.

Gassner, K., A. Popov, i N. Pushak, 2009, "Does Private Sector Participation Improve Performance in Electricity and Water Distribution?", Trends and Policy Options, br. 6, Washington, DC: The World Bank.

Gulija, B., 2004, "Javno-privatno partnerstvo", Euroscope, Bilten Europskoga dokumentacijskog centra, god. 13., br. 73, lipanj, <http://www.javno-privatno-partnerstvo.eu/JPP/JPP.pdf>.

Jackson, P., 2012, "Value for Money and International Development: Deconstructing Myths to Promote a More Constructive Discussion", The OECD Development Assistance Committee, <http://www.oecd.org/dac/aideffectiveness/49652541.pdf>.

Juričić, D., 2012, "Javno-privatno partnerstvo: prednosti i opasnosti", izlaganje na okruglom stolu "Javno i privatno u zdravstvu i ljekarništvu: Dvije logike, dvije etike?" predstavljeno u članku "Pozdravne riječi, izlaganja i diskusija", *JAHR – Godišnjak Katedre za društvene i humanističke znanosti u medicini Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Rijeci*, 3[6], str. 341-348.

Jurlina Alibegović, D., 2011, "Public-Private Partnerships in Croatia: Institutional Framework and Case Studies" u D. Damjanović, T. Pavlović-Križanić i P. Gabor, ured., *Public-Private Partnerships: Successes and Failures in Central and South Eastern Europe*, str. 55-75, Budapest: Open Society Foundations, http://lgi.osi.hu/publications/2011/420/Peteri_PPP_proof_final.pdf.

McKee, M., N. Edwards i R. Atun, 2006, "Public-Private Partnerships for Hospitals", *Bulletin of the World Health Organization*, br. 84, str. 890-896.

Mitchell, M., 2008, "An Overview of Public Private Partnerships in Health", <https://www.hsph.harvard.edu/ihsq/publications/pdf/PPP-final-MDM.pdf>.

Nikolic, I. A. i H. Maikisch, 2006, *Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience*, Washington, DC: The World Bank.

Ostojić, R., V. Bilas i S. Franc, 2012, "Javno-privatno partnerstvo u sustavu zdravstva", *Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu*, 10[1], str. 43-60.

The Efficiency Unit, Help Desk – Private Sector Involvement, "Case Summary: University College London Hospital (UCLH) Redevelopment – Improving the Standard of Healthcare by Public Private Partnership", http://www.eu.gov.hk/english/psi/psi_case/files/uclh_redevelopment.pdf.

The World Bank, 2012, *Public-Private Partnerships Reference Guide, Version 1.0*, <http://www.ppiaf.org/sites/ppiaf.org/files/publication/Public-Private-Partnerships-Reference-Guide.pdf>.

The World Bank Institute, *Focus on Public-Private Partnerships*, http://wbi.worldbank.org/wbi/Data/wbi/wbicms/files/drupal-acquia/wbi/ppp_brochure_2012_nospread.pdf.

United Nations Economic Commission for Europe, World Health Organization i Asian Development Bank, 2012, "A Preliminary Reflection on the Best Practice in PPP in Healthcare Sector: A Review of Different PPP Case Studies and Experience", Discussion Paper, http://www.unece.org/fileadmin/DAM/ceci/images/ICoE/PPPHealthcareSector_DiscPaper.pdf.

Uredba o provedbi projekata javno-privatnog partnerstva, *Narodne novine*, br. 88/2012.

Vlada Republike Hrvatske, 2011, *Program Vlade Republike Hrvatske za mandat 2011. – 2015.*, <http://www.vlada.hr/hr/content/.../Program%20Vlade%202011-2015.pdf>.

Vlada Republike Hrvatske, 2012a, *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020.*, <http://www.vlada.hr/hr/content/download/225269/.../49.%20-%201.pdf>.

Vlada Republike Hrvatske, 2012b, *Pokretanje novog investicijskog ciklusa u Republici Hrvatskoj u mandatu 2012.–2015. s posebnom analizom za 2012. godinu*, http://www.vlada.hr/.../vlada_predstavila_pokretanje_investicijskog_ciklus.

WHO [World Health Organization], 2000, *Guidelines on Working with the Private Sector to Achieve Health Outcomes*, http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB107/ee20.pdf.

Zakon o javno-privatnom partnerstvu, *Narodne novine*, br. 78/2012.

ISBN 978-953-6030-42-2

