

Financijski aspekti privatne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj: nalazi iz studije SHARE

Blaževski, Nikola

Master's thesis / Diplomski rad

2020

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Economics and Business / Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:148:253143>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported/Imenovanje-Nekomercijalno-Dijeli pod istim uvjetima 3.0](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-28**



Repository / Repozitorij:

[REPEFZG - Digital Repository - Faculty of Economics & Business Zagreb](#)



Sveučilište u Zagrebu

Ekonomski fakultet

Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij

Poslovna ekonomija – smjer Financije

**FINANCIJSKI ASPEKTI PRIVATNE ZDRAVSTVENE
ZAŠTITE U REPUBLICI HRVATSKOJ: NALAZI IZ STUDIJE
SHARE**

Diplomski rad

Nikola Blaževski

Zagreb, rujan, 2020.

Sveučilište u Zagrebu

Ekonomski fakultet

Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij

Poslovna ekonomija – smjer Financije

**FINANCIJSKI ASPEKTI PRIVATNE ZDRAVSTVENE
ZAŠTITE U REPUBLICI HRVATSKOJ: NALAZI IZ STUDIJE
SHARE**

**FINANCIAL ASPECTS OF PRIVATE HEALTH CARE IN
THE REPUBLIC OF CROATIA: FINDINGS FROM THE
SHARE STUDY**

Diplomski rad

Student: Nikola Blaževski

JMBAG: 0067538047

Mentor: Doc. dr. sc. Šime Smolić

Zagreb, rujan, 2020.

SAŽETAK

Ulaganje u zdravlje nacije i stabilnost zdravstvenog sustava jedni su od ključnih preduvjeta održivog gospodarstva. Hrvatski zdravstveni sustav od osamostaljenja pokazuje slabosti funkcionalne i financijske održivosti, a taj će se trend sigurno nastaviti i u budućnosti, ponajviše kao posljedica demografskog starenja hrvatskog društva i nastavka trenda rasta zdravstvene potrošnje. Izvori financiranja javnog sustava zdravstva iz doprinosa tako su pod velikim pritiskom, veća financijska sredstva za zdravstvo iz proračuna, posebno u sadašnjoj situaciji, teško se mogu očekivati, pa prostora za osiguravanje stabilnijih izvora financiranja zdravstva u Hrvatskoj ima najviše u području privatnih izvora financiranja kroz razvoj i veće uključivanje privatnog zdravstvenog sektora. Također, uključivanje privatnog sektora može pozitivno utjecati i na poboljšanje funkcionalnosti zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Međutim, iako uključivanje privatnog sektora može osigurati dugoročniju financijsku i funkcionalnu stabilnost hrvatskog zdravstvenog sustava, postoji opasnost da s većim uključivanjem privatnog sektora pristup zdravstvenoj skrbi bude onemogućen onima kojima je kvalitetna zdravstvena skrb najpotrebnija, prije svega starijoj populaciji, osobama lošijeg zdravstvenog stanja te siromašnjima. Stoga se u ovom radu analiziraju privatni izdaci za zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj prema obilježjima pojedinaca na razini opće populacije iz Anketa o potrošnji kućanstava, te privatni izdaci za zdravstvenu zaštitu prema obilježjima pojedinaca populacije starije od 50 godina iz podataka studije SHARE - Istraživanja o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi, kako bi se stavio poseban naglasak na dio populacije koji je najugroženiji povećanjem zdravstvenih izdataka., a sve kako bi se pokazalo da, iako uključivanje privatnog sektora može biti rješenje za probleme hrvatskog zdravstva, treba osigurati mehanizme i smjer razvoja privatnog sektora koji će spriječiti da ti povećani izdaci najviše pogode one kojima je povećana zdravstvena potrošnja potrebna. Rezultati analize su pokazali da su upravo oni stariji, siromašniji, te oni slabijeg zdravlja značajnije opterećeni izravnih izdacima za zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj, i u općoj populaciji i u populaciji starijoj od 50 godina. Stoga, ukoliko se odluči ići u smjeru razvoja i jačanja privatnog zdravstvenog sektora u Republici Hrvatskoj, država treba zakonskim i nadzornim mehanizmima spriječiti tržišne neravnoteže koje se mogu pojaviti na privatnom tržištu te osigurati da se zaštite oni najugroženiji dijelovi populacije.

Ključne riječi: izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu, održivost zdravstvenog sustava, povezanost sa obilježjima pojedinaca, ugroženije skupine društva

SUMMARY

Investing in the health of the nation and the stability of the health system are one of the key preconditions for a sustainable economy. Since independence, the Croatian health care system has shown weaknesses in functional and financial sustainability, and this trend will certainly continue in the future, mostly as a result of the demographic aging of Croatian society and the continuing growth trend in health spending. Sources of financing of the public health care system from contributions are thus under great pressure, larger financial resources for health care from the budget, especially in the current situation, can hardly be expected, so room for providing more stable sources of health care financing in Croatia is available only through greater involvement of the private health sector. Also, the involvement of the private sector can have a positive impact on improving the functionality of the health system in Croatia. However, although private sector involvement can ensure longer-term financial and functional stability of the Croatian health system, there is a danger that with greater private sector involvement, access to health care will be denied to those most in need, especially the elderly, those in poorer health and the poorer. Therefore, this paper analyzes private expenditures for health care in the Republic of Croatia according to the characteristics of individuals at the general population level from the Household Budget Survey, and private expenditures for health care according to the characteristics of individuals over 50 years of age from the SHARE study - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, in order to place special emphasis on the part of the population most vulnerable to rising health expenditures, and all to show that, although private sector involvement can be a solution to Croatian health problems, mechanisms and direction for private sector development should be provided, that will prevent these increased expenditures from hitting those most in need of increased health spending. The results of the analysis showed that those who are older, poorer, and those in poorer health are significantly more burdened by direct expenditures for health care in Croatia, both in the general population and in the population older than 50 years. Therefore, if it is decided to go in the direction of development and strengthening of the private health sector in the Republic of Croatia, the state should use legal and supervisory mechanisms to prevent market imbalances that may occur in the private market and ensure that those most vulnerable are protected.

Key words: direct payments for health care, sustainability of the health system, connection with the characteristics of individuals, vulnerable groups in society

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je diplomski rad isključivo rezultat mog vlastitog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu, a što pokazuju korištene bilješke i bibliografija.

Izjavljujem da nijedan dio rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz necitiranog rada te da nijedan dio rada ne krši bilo čija autorska prava.

Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za bilo koji drugi rad u bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili obrazovnoj ustanovi.

(vlastoručni potpis studenta)

(mjesto i datum)

STATEMENT ON THE ACADEMIC INTEGRITY

I hereby declare and confirm by my signature that the final thesis is the sole result of my own work based on my research and relies on the published literature, as shown in the listed notes and bibliography.

I declare that no part of the thesis has been written in an unauthorized manner, i.e., it is not transcribed from the non-cited work, and that no part of the thesis infringes any of the copyrights.

I also declare that no part of the thesis has been used for any other work in any other higher education, scientific or educational institution.

(Personal signature of the student)

(Place and date)

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Predmet i cilj rada.....	1
1.2. Izvori i metode prikupljanja podataka	5
1.3. Sadržaj i struktura rada	5
2. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj.....	7
2.1. Opća obilježja zdravstvenih sustava	7
2.1.1. Trendovi u zdravstvenoj potrošnji i financiranju sustava zdravstvene zaštite.....	12
2.2. Opća obilježja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj.....	14
2.2.1. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj od osamostaljenja do danas.....	14
2.2.2. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj danas.....	18
2.3. Financiranje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj.....	20
2.3.1. Usporedba financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj s drugim zemljama ..	24
3. Privatni izdaci za zdravstvo u Republici Hrvatskoj.....	28
3.1. Obilježja i definicija privatnih izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj.....	28
3.1.1. Usporedba privatnih izdataka u Hrvatskoj s drugim zemljama	29
3.2. Struktura privatnih izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj.....	32
3.3. Trendovi u financiranju privatne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.....	38
4. Povezanost financijskih izdataka za privatnu zdravstvenu zaštitu s obilježjima pojedinaca u Republici Hrvatskoj	40

4.1. Metodologija i podaci.....	40
4.2. Analiza povezanosti privatnih izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj s obilježjima pojedinaca u općoj populaciji	42
4.2.1. Izravni izdaci za zdravstvo i dohodak	43
4.2.2. Izravni izdaci za zdravstvo i socioekonomski status kućanstva.....	44
4.2.3. Izravni izdaci i potrošačke skupine	46
4.2.4. Izravni izdaci i ekonomska situacija kućanstva	47
4.3. Analiza povezanosti privatnih izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj s obilježjima pojedinaca s posebnim naglaskom na populaciju 50+	49
4.3.1. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu prema spolu	51
4.3.2. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu prema dobi.....	52
4.3.3. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i oblik zajednice u kojoj osobe žive	53
4.3.4. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i zdravstveno stanje osoba.....	54
4.3.5. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i oboljenje kroničnim bolestima	56
4.3.6. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i obrazovanje	57
4.3.7. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i indeks tjelesne mase.....	58
4.3.8. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i radni status	59
4.3.9. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i financijska situacija kućanstva.....	60
4.3.10. Regresijska analiza i analiza značajnosti	61
5. Perspektive razvoja privatnih izvora financiranja zdravstva u Republici Hrvatskoj.....	63
5.1. Perspektiva razvoja s aspekta rasterećenja javnog sustava financiranja zdravstva	63
5.2. Perspektiva razvoja s aspekta zadovoljavanja stalno rastuće potražnje stanovništva za kvalitetnom zdravstvenom skrbi.....	64
6. Zaključak.....	66
LITERATURA	68
POPIS TABLICA	72
POPIS GRAFIKONA	72

POPIS SLIKA.....	74
ŽIVOTOPIS STUDENTA.....	75

1. Uvod

1.1. Predmet i cilj rada

Vrijeme u kojem živimo najbolje pokazuje važnost postojanja kvalitetnog i stabilnog zdravstvenog sustava. Ulaganje u zdravlje predstavlja jedan od ključnih čimbenika gospodarskog rasta, a veća kvaliteta tog sektora pozitivno se odražava na kvalitetu cjelokupne ekonomije, kao što vrijedi i obrnuto. Stoga postojanje financijski i funkcionalno stabilnog zdravstvenog sustava mora biti jedan od nacionalnih prioriteta.

Schultz (1961.) i Mushkin (1962.) prvi, uz obrazovanje, zdravlje prepoznaju kao temeljni element ljudskog kapitala. Utjecaj zdravlja na cjelokupno gospodarstvo očitava se preko utjecaja na ljudski kapital, koji zatim utječe na gospodarski rast. Grossman (1972.) zdravlje definira kao kapitalno dobro, koje smanjuje broj dana koje pojedinac provodi bolestan, što povećava njegovo raspoloživo vrijeme i za rad i za dokolicu, čime se pozitivno djeluje na ponudu rada, produktivnost i ekonomiju u cjelini. Utjecaj zdravlja na cjelokupno gospodarstvo očitava se i preko utjecaja na druge faktore: obrazovanje, povećanje bogatstva pojedinca, kroz utjecaj na štednje i investicije (Health and Consumer Protection, Directorate-General, 2005.), smanjenje socioekonomskih i društvenih razlika u zajednici (WHO, 2017.) te povećanje sreće pojedinaca (WHO, 2008.). Stoga je jasno zašto ulaganje u zdravlje mora predstavljati jedan od glavnih socioekonomskih ciljeva svakog gospodarstva.

Koliko je neko gospodarstvo pridodalo važnost ulaganju u zdravlje, najbolje se očituje kroz potrošnju na zdravstvo u tom gospodarstvu. Potrošnju na zdravstvo na razini gospodarstva određuje, osim prioriteta koje zdravlje ima u gospodarstvu, mnoštvo drugih faktora. Nghiem i Connely (2017.) navode da su rast nacionalnog dohotka *per capita*, tehnološki napredak kroz vrijeme, nacionalna potrošnja kalorija, udio starije populacije, stopa nezaposlenosti te javna potrošnja, kao dio ukupne potrošnje na zdravstvo, najznačajnije determinante potrošnje na zdravstvo u zemljama OECD-a. Ang (2010.) navodi da su u Australiji najznačajnije determinante zdravstvene potrošnje realni BDP *per capita*, udio populacije mlađe od 15 godina, udio populacije starije od 65 godina te gustoća dostupnosti zdravstvenih usluga. BDP *per capita*, tehnološki napredak i varijacije u medicinskim praksama, karakteristike zdravstvenih sustava prema Ke et al. (2011.) također su među najznačajnijim determinantama potrošnje na zdravstvo u zemalja OECD-a.

Posljednjih desetljeća zdravstvena potrošnja u Hrvatskoj, a i Europi i svijetu, bilježi trend snažnog rasta. Ako promatramo Europu, uzroci snažnog rasta su demografsko starenje, rast

troškova inovativnih tehnologija i lijekova, neravnomjerna raspoređenost zdravstvenih djelatnika te nejednaka dostupnost zdravstvene skrbi cijeloj populaciji (Europska Komisija, 2017.). Na globalnoj razini zdravstveni sektor od početka 2000.-ih raste brže od gospodarstva u cjelini; na globalnoj razini zdravstvena potrošnja narasla je za realnih 3,9%, dok je u isto vrijeme gospodarski rast bio realnih 3%. Taj rast zdravstvene potrošnje veći je u zemljama s nižim nego zemljama s višim dohotkom (WHO, 2018.). Kako navode Farrington-Douglas i Castro Coelho (2008.) ukupna potrošnja na zdravstvo *per capita* u Ujedinjenom Kraljevstvu povećala se 3,8 puta od 1975. do 2005., što govori i o povećanju volumena zdravstvenih usluga i o povećanju volumena zdravstvenih troškova.

Trend snažnog rasta zdravstvene potrošnje stvara pritisak na potrebe povećanja izvora financiranja zdravstvene potrošnje. To stvara snažan pritisak na postojeće zdravstvene sustave da osiguraju dodatne izvore financiranja. Takav problem ima i Hrvatska. Hrvatski zdravstveni sustav već duži niz godina pokazuje upitnu financijsku održivost, a prostora za povećanje financiranja iz javnih izvora ima sve manje. Broj aktivnih osiguranika, odnosno onih kojih svojim doprinosima financiraju zdravstvenu zaštitu u Hrvatskoj, sve je manje, a onih koji koriste usluge zdravstvene zaštite (prije svega umirovljenici) sve više. Povećanje financiranja iz državnog proračuna, odnosno još veće „skretanje“ prema Beveridgeovom sustavu iz Bismarckovog je također upitno, ako uzmemo u obzir da, osim zdravstva, država dostupna financijska sredstva mora usmjeriti u druge grane društva za koje su i namijenjene, poput obrazovanja, tekućih troškova, a i spašavanje drugih posrnutih sustava, poput mirovinskog. Ako se uzme u obzir vrijeme u kojem se nalazimo i gospodarsku krizu koja se čini neizbježnom, te smanjenje raspoloživih državnih prihoda, očito je da se nova velika sredstva iz proračuna ne mogu očekivati. Problem financijske održivosti i rastućih troškova zdravstvenog sustava u budućnosti zajednički je za većinu novih članica EU, kako navode Golinowska et al. (2007.).

Osim upitne financijske održivosti, postavlja se i pitanje razine organizacijske funkcionalnosti hrvatskog zdravstvenog sustava. Duge liste čekanja za određene pretrage odavno su problem hrvatskog zdravstvenog sustava koji se ne uspijeva riješiti, a zbog koje se mnogi građani zbog žurnosti odlučuju platiti zdravstvenu uslugu iz vlastitog džepa. Poseban je problem nedostatak liječnika, posebno onih primarne medicine. Prema Bobinac (2017.) broj liječnika na 1000 stanovnika u Hrvatskoj je ispod razine EU-28, iako je broj liječnika od 2000. do 2014. narastao za 30%. Razlog tome je puno veće povećanje liječnika specijalista od liječnika primarne medicine, što smanjuje pristup zdravstvenim uslugama i povećava čekanje, te posljedično povećava pritisak na prijeme hitne medicine. Također, jedan od velikih problema

funkcionalnosti manifestira se i kroz veliki udio stanovništva s nezadovoljenom zdravstvenom potrebom uzrokovanom prevelikom udaljenosti zdravstvene ustanove, koja je u Hrvatskoj sedam puta veća od prosjeka EU-28. Prema podacima OECD-a (2018.), iako Hrvatska ima jednu od najvećih pokrivenosti stanovništva zdravstvenim osiguranjem u EU, Hrvatska je ispod prosjeka EU po dostupnosti liječnika primarne medicine, dostupnosti medicinskih sestara, dostupnosti MR i CT uređaja, te pregleda MR i CT uređajima. Iako se „*Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva 2012. - 2020.*“ pokušalo riješiti neke od problema, konačni pozitivni pomaci još nisu na vidiku. S obzirom na navedene probleme, i Europska Komisija 2019. preporuča Hrvatskoj povećanje održivije i učinkovitije baze financiranja zdravstvenog sustava, povećanje učinkovitosti zdravstvene potrošnje i povećanje učinkovitosti produktivnosti bolnica.

Pored ograničenih manevarskih prostora u području javnih izvora financiranja, veća financijska i organizacijska učinkovitost može se povećati povećanjem uloge privatnog sektora. Jafarov i Gunnarsson (2008.) navode da se veća učinkovitost u kontroli potrošnje i funkcionalnosti sustava u zdravstvenom sektoru Hrvatske može, između ostalog, postići i povećanjem participacija uz minimalizaciju oslobođenja, smanjenjem subvencija za lijekove, dakle povećanjem izravnih plaćanja ili plaćanja iz džepa, te povećanjem uloge privatnog sektora u hrvatskom zdravstvenom sektoru. Smolić (2014.) navodi da zbog vrlo visokog udjela javnog financiranja i dominantne uloge javnog zdravstva privatni zdravstveni sektor ima prostora za razvoj i to ne kako konkurencija, nego kao nadopuna postojećem sustavu. Isto navode i Nestić i Rubil (2014.).

Za razliku od svijeta, gdje postoji mnoštvo radova na temu privatnih zdravstvenih izdataka (Wagstaff et al., 2020.), dosadašnji radovi na temu privatnih zdravstvenih izdataka u Hrvatskoj su se ili zadržali na osnovnoj podjeli izdataka na javno i privatno financiranje (Barić i Smolić, 2008.) ili su detaljnije razmatrali samo financiranje od strane Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (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 (Švaljek, 2014; Vončina et al., 2007; Mihaljek, 2006). Upravo su Nestić i Rubil (2014.) prvi proveli detaljniju analizu o stanju privatnih izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj, usporedili ih s drugim europskim zemljama, uz poseban fokus na izravne izdatke za zdravstvo, kao dominantnu kategoriju privatne zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj. Osnovne informacije o izravnim izdacima za zdravstvo u Hrvatskoj

preuzeli su iz mikropodataka Ankete o potrošnji kućanstava 2010. godine: Njihova je analiza pokazala 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. Također, dokazano je da kućanstva s većim dohotkom imaju statistički značajno veće izdatke, a da su veći privatni izdaci opaženi su kod starijih osoba, žena, osoba višeg obrazovanja, te osoba koje osjećaju da imaju lošije zdravstveno stanje.

Vončina i Rubil (2018.) su, također iz podataka Ankete o potrošnji kućanstava, analizirali raspon u kojem građani Hrvatske imaju financijskih poteškoća u korištenju zdravstvene zaštite na temelju njihovih obilježja te utvrdili da su, iako je većina građana financijski dobro zaštićena u korištenju zdravstvene usluge, najsiromašniji i relativno stariji u opasnosti od nastanka velikih izravnih plaćanja. Naglašavaju i postojanje nejednakosti u pristupu određenim zdravstvenim uslugama zbog njihove cijene, poput dentalne medicine.

Puljiz (2014.) kroz komparativnu analizu hrvatskog i tržišta dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja odabranih europskih zemalja zaključuje da je hrvatsko tržište još uvijek nerazvijeno i da zaostaje za zemljama EU-a.

Iako nema izravne veze za zdravstvenom potrošnjom, rad Nestića i Vecchia (2006.) pokazuje da su financijske poteškoće, a tako i poteškoće u plaćanju zdravstvenih izdataka, vjerojatnije kod siromašnijih, starijih, osoba s nižim obrazovanjem, umirovljenika i nezaposlenih, te onih koji žive u središnjoj i istočnoj Hrvatskoj, dakle u ruralnim krajevima zemlje.

Bobinac (2017.) navodi da u Hrvatskoj postoji ozbiljan problem funkcionalnosti zdravstvenog sustava koji se ogleda u nedostatku liječnika primarne medicine te u prevelikoj geografskoj udaljenosti od zdravstvenih ustanova.

Hallo et al. (2016.) navode da, iako prisutnost privatnog sektora povećava dostupnost zdravstvenih usluga, taj isti sektor nema uvijek poticaja boriti se sa negativnim eksternalijama, te ponekad posluje u uvjetima nesavršenih informacija, što stavlja posebno značenje na ulogu države kao regulatora uključivanja privatnog sektora u zdravstveni sustav određene zemlje.

Thomson et al. (2009.) navode da, iako mnogi kao jedino rješenje nedostatka izvora financiranja zdravstvene zaštite vide u povećanju privatne zdravstvene potrošnje, ne treba zanemariti ni mogućnost povećanja prihoda dosadašnjeg sustava, kao ni mogućnost učinkovitijeg upravljanja trenutno dostupnim izvorima sredstava.

Cilj ovog rada je detaljnije analizirati privatnu zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj, točnije njene financijske aspekte, s posebnim naglaskom na izravna plaćanja kao dominantnu kategoriju privatne zdravstvene potrošnje. Analizom se želi pokazati da, iako u Hrvatskoj postoji prostora za zadovoljavanje povećane zdravstvene potražnje i povećanih potreba za većim izvorima financiranja putem jačanja privatnog sektora, sa širenjem privatne zdravstvene zaštite treba biti oprezan jer će taj povećani trošak najviše osjetiti oni najosjetljiviji, a to su stariji, siromašniji, osobe s nižim obrazovanjem ili npr. osobe koje žive same, u čemu posebnu ulogu ima država kao regulator tog sektora. Poseban će naglasak biti na analizi privatnih izdataka za zdravstvo populacije starije od 50 godina, djela populacije čiji udio iz godine u godinu raste, a koji je s jedne strane financijski među najosjetljivijim dijelovima populacije, a s druge strane dio populacije koji ima najveću potražnju za zdravstvenim uslugama, a taj će se trend nastaviti i u budućnosti.

1.2. Izvori i metode prikupljanja podataka

Uz dostupnu stručnu literaturu iz znanstvenih časopisa, knjiga i drugih znanstvenih i stručnih radova, korišteni su izvori sa internetskih stranica, publikacije međunarodnih organizacija te pojedini zakoni Republike Hrvatske dostupni u Narodnim Novinama. Uz to su korištene razne dostupne baze podataka DZS-a, WHO-a, OECD-a, Eurostat-a i drugih međunarodnih institucija. U četvrtkom poglavlju su za analizu opće populacije korišteni podaci iz Ankete o potrošnji kućanstava DZS-a, a za analizu populacije 50+ podaci iz studije SHARE - Istraživanja o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi, koja nudi širok raspon varijabli koje su dovoljne za izradu planiranih analiza i ostvarenje ciljeva rada.

Tokom izrade teorijskih dijelova koristit će se više različitih metoda istraživanja: metode sinteze i analize, metoda komparacije, metoda klasifikacija, metode indukcije i dedukcije, te deskriptivna statistika uz pomoć programa Microsoft Excel. Za potrebe empirijskog dijela rada, odnosno analize, koristit će se programski paket STATA za obradu podataka, prvo za deskriptivnu analizu, a zatim i inferencijalna statistika za provedbu regresijske analize i analize značajnosti pomoću prikladnih statističkih testova.

1.3. Sadržaj i struktura rada

Rad se sastoji od šest dijelova. Nakon uvoda, u prvom teorijskom dijelu, uz opća obilježja zdravstvenih sustava i opisivanje trendova u zdravstvenoj potrošnji i financiranju zdravstvenih sustava, dat će se pregled zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, njegovog povijesnog

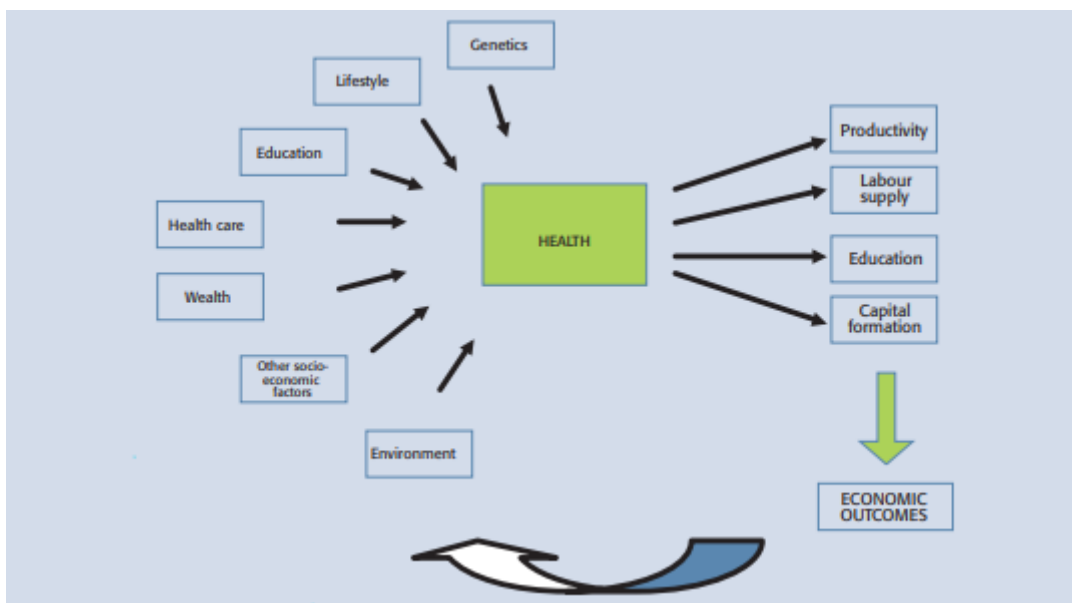
razvoja, trenutnog stanja i problema, usporedbi sa drugim zdravstvenim sustavima te načinu financiranja zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. U drugom teorijskom dijelu opisuju se privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, njihova struktura, kretanje kroz prošlost te njihova usporedba s privatnim izdacima u drugim zemljama. Treći, empirijski dio rada, sastoji se od dva kraća dijela. U prvom dijelu se analizira povezanost privatnih izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj s obilježjima pojedinaca u općoj populaciji na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava u 2017. U drugom se dijelu analizira povezanost privatnih izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj s obilježjima pojedinaca s posebnim naglaskom na populaciju 50+ na temelju podataka iz studije SHARE – Istraživanja o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi. U petom dijelu govori se o perspektivi i mogućnostima razvoja privatnog zdravstvenog sektora u Republici Hrvatskoj s aspekta rasterećenja javnog sustava financiranja zdravstva i s aspekta zadovoljavanja stalno rastuće potražnje stanovništva za kvalitetnom zdravstvenom skrbi. Šesti dio donosi zaključak provedene analize.

2. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj

2.1. Opća obilježja zdravstvenih sustava

Zdravlje je odavno, uz obrazovanje, prepoznato kao važna komponenta ljudskog kapitala, a time i cijele ekonomije, jer kvaliteta zdravlja preko ljudskog kapitala može povoljno utjecati na kretanje cijele ekonomije. Prema Grossmanu (1972.), kao kapitalno dobro, zdravlje smanjuje broj dana koje pojedinac provodi bolestan, što povećava njegovo raspoloživo vrijeme i za rad i za dokolicu, čime se pozitivno djeluje na produktivnost i ekonomiju u cjelini. Treba naglasiti da zdravlje može, uz kapitalno dobro, biti gledano i kao potrošačko dobro, čime direktno ulazi u funkciju korisnosti pojedinca (pojedinac uživa u dobrom zdravlju). Stoga, zdravlje nije samo potraživano od strane pojedinaca, nego ga pojedinci i proizvode; svaki čovjek rođenjem dobije određenu količinu zdravlja, koja s vremenom deprecira, ali se konstantnim ulaganjem kroz život ta količina može sačuvati ili povećati. U proizvodnji zdravlja sudjeluju mnogi inputi, ali se svakako kao najvažniji ističe zdravstvena zaštita (Slika 1). Potražnja za zdravstvenom zaštitom, dakle, izvedena je iz potražnje za zdravljem.

Slika 1 Inputi u proizvodnji zdravlja



Izvor: Health and Consumer Protection, Directorate-General (2005.)

Kvalitetno zdravlje može pozitivno djelovati na ekonomiju preko produktivnosti (zdraviji pojedinci mogu proizvesti više po satu rada) i ponude rada (zdraviji pojedinci su manji broj dana bolesni, što povećava raspoloživo vrijeme za rad; kvalitetnije zdravlje produžuje ljudski životni vijek, što također povećava ponudu rada), obrazovanja (kvalitetno zdravlje, posebno u mlađoj dobi, doprinosi produktivnosti u budućnosti; također, s produženjem životnog vijeka,

zdraviji pojedinci imaju više razloga za ulaganje u kvalitetnije obrazovanje) i štednje i ulaganja (zdraviji pojedinci će kroz svoj životni vijek ostvariti viši dohodak od pojedinaca s lošijim zdravljem, što povećava distribuciju dohotka u štednju i investicije; produženje životnog vijeka utječe na produženje vremenskog horizonta štednje i investicija, što također pozitivno djeluje na razinu štednje i investicija u ekonomiji) (Health and Consumer Protection, Directorate-General, 2005.). Treba naglasiti da ovaj odnos vrijedni i u suprotnom smjeru; naime, isto tako kao što kvalitetnije zdravlje pozitivno djeluje na gospodarski rast, isto tako i gospodarski rast pozitivno djeluje na poboljšanje zdravlja, preko rasta potražnje za zdravljem zbog povećanja dohotka, preko tehnološkog napretka koji proširuje ponudu zdravstvenih usluga, itd.

Ulaganje u zdravlje, kao značajnog dijela općeg stanja ekonomije, bitno je i iz drugih razloga, poput smanjenja socioekonomskih razlika u društvu uzrokovanih lošijim zdravljem, smanjenja dobnih i spolnih nejednakosti uzrokovanih lošijim zdravljem (poseban naglasak na žene, djecu i starije), stavljanja naglasaka na brojne dijelove ljudskog zdravlja koji su neizbježni dijelovi modernog društva poput mentalnog zdravlja, stresa, sve šire upotrebe narkotika, te uloge kvalitetne zdravstvene skrbi u borbi protiv klimatskih promjena (pojava bolesti uzrokovanih negativnim posljedicama klimatskih promjena, npr. pojava respiratornih bolesti uzrokovanih onečišćenjem zraka) (WHO, 2017.). Kvalitetnije zdravlje pozitivno djeluje i na osjećaj sreće pojedinca, što je također jedan od bitnih faktora blagostanja svake ekonomije (WHO, 2008.).

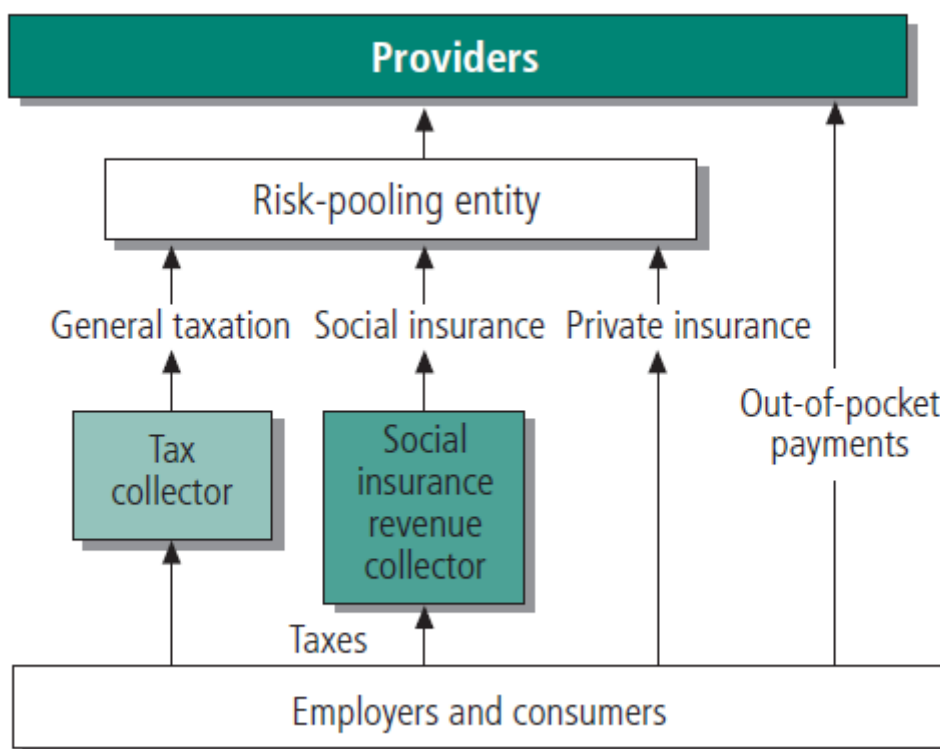
Potražnju za zdravstvenom zaštitom, koja je izvedena iz potražnje za zdravljem, pojedinci zadovoljavaju putem zdravstvenih sustava. Sastavne jedinice jednog zdravstvenog sustava su korisnici, pružatelji, regulatorne institucije i subjekti koji prikupljaju financijska sredstva i plaćaju zdravstvene usluge u ime korisnika istih. Zdravstveni sustav određen je međusobnim odnosima nabrojanih sastavnica. U velikom broju zemalja država preuzima različite uloge u financiranju, regulaciji i/ili pružanju zdravstvenih usluga. Zdravstvene sustave, nadalje, determinira vrsta zdravstvenog osiguranja. Osiguranje podrazumijeva redovito uplaćivanje sredstava za financiranje zdravstvenih usluga pojedinca kako bi izbjegli plaćanje visokih cijena zdravstvenih usluga i podijelili rizik visokih troškova liječenja s ostalim članovima populacije.

Na najosnovniji način, financiranje zdravstvene zaštite predstavlja tok sredstava od pacijenata prema pružateljima zdravstvene zaštite u zamjenu za usluge. Dva najosnovnija načina plaćanja zdravstvene usluge su (Wonderling, Gruen i Black, 2005.):

- Plaćanja iz vlastitog džepa: ovo je najjednostavniji i najraniji oblik transakcije između pacijenta i pružatelja. Pristup zaštiti ovisi o mogućnosti plaćanja.
- Plaćanja trećim stranama: neizvjesnost potrebe i veliki troškovi zdravstvene zaštite znače da ljudi odlučuju financirati zdravstvene usluge putem plaćanja trećim stranama, osiguravajućem društvu ili vladi. Ove treće strane su uključene u ekonomskoj transakciji između pacijenata i pružatelja usluga.

Ukoliko sagledamo širu sliku, tipove mehanizama financiranja zdravstvene zaštite možemo prikazati na sljedeći način:

Slika 2 Mehanizmi financiranja zdravstvene zaštite



Izvor: Sekhri i Savedoff (2005.)

Prema Kovač (2013.), elementi sustava financiranja zdravstva su: prikupljanje sredstava, zbrajanje sredstava i plaćanje korištenja zdravstvene zaštite. Financiranje zdravstvenoga sustava započinje procesom prikupljanja sredstava koje može biti javno i privatno. Javno financiranje karakterizira društveno opredjeljenje da zdravstvena zaštita ima humane i etičke konotacije, da je važna u moralnom i političkom smislu te da pristup zdravstvenoj zaštiti ne smije ovisiti o financijskoj mogućnosti pojedinca da plaća tu zaštitu. Privatno financiranje znači da osoba sama plaća zdravstvenu zaštitu kupovinom zdravstvenoga osiguranja ili izravnim plaćanjem zdravstvene usluge. Sredstva za financiranje zdravstvene zaštite zatim je potrebno

povezati, kako bi se osiguralo održivo financijsko poslovanje. Na kraju, dolazi do kupovine, odnosno plaćanja zdravstvene usluge. Postoji više raznih modela, a neki osnovni su: cijena x usluga – besplatna usluga (engl. *fee for service*), proračun, plaćanje po glavarini, plaćanje po danu hospitalizacije, prospektivno plaćanje po kliničkom slučaju – DTS/DTP (dijagnostičko-terapijske skupine/postupci).

U ranim fazama povijesti zdravstvene zaštite, države i/ili karitativne organizacije osiguravale su zdravstvene usluge određenim skupinama stanovništva, npr. u bolnicama za siromašne u Indiji, Kini ili srednjovjekovnoj Europi. Početkom osamnaestog stoljeća, za bogatije društvene slojeve u Europi, osmišljen je privatno (dobrovoljno) zdravstveno osiguranje. Tijekom 19. stoljeća privatno zdravstveno osiguranje razvija se u Europi te širi na sjevernu i južnu Ameriku. U međuvremenu, točnije 1883., socijalno (obavezno) zdravstveno osiguranje prvi je put uvedeno u Njemačkoj za industrijske radnike, kao nadogradnja na već postojeće privatno (dobrovoljno) osiguranje (*Bismarckov model*). Pokriće osiguranjem naknadno se prvo proširilo na članove obitelji industrijskih radnike, a kasnije i na ostale zaposlenike i umirovljenike. I ovaj se oblik zdravstvenog osiguranja ubrzo raširio Europom, a kasnije i latinskom Amerikom i Azijom. Nadalje, u nastojanju da se zdravstvena zaštita omogući što većem broju ljudi, organizirani su razni oblici zdravstvenog osiguranja. Jedan od takvih oblika je i univerzalno pokriće, koje se najčešće postiže posredstvom socijalnog osiguranja ili državnog pružanja zdravstvene zaštite cijeloj populaciji. Dva primjera univerzalnog pokrića su bivši Sovjetski savez za svojim tzv. *Semaško* sustavom, te UK sa svojim zdravstvenim sustavom *Bevan* ili *Beveridge* tipa gdje se univerzalno pokriće odvija kroz Nacionalnu zdravstvenu službu (eng. *National Health Service – NHS*). Privatno zdravstveno osiguranje razvijenije je u SAD-u nego u Europi, ali se prisutnost države ogleda kroz posebne programe osiguranja starijih od 65 i siromašnih.

U većini zdravstvenih sustava, niz manjih sastavnica obilježavaju različite kombinacije javnih i privatnih utjecaja, razina i vrsta pokrića, što otežava njihovu jednoznačnu kategorizaciju. Prije vala zdravstvenih reformi 1980-ih, sustavi su mogli biti kategorizirani prema dominantnim obilježjima tzv. *idealnog tipa*. Ti tzv. idealni oblici zdravstvenog sustava poslužili su kao podloga iz koje je evoluirala većina današnjih sustava. Oni su ujedno i referenca s kojom se uspoređuju prednosti i nedostaci specifičnih kombinacija današnjih zdravstvenih sustava. Prema podjeli Follanda, Goodmana i Stana (2018.) zdravstveni sustavi s obzirom na dominantni modalitet u dimenzijama regulacije, financiranja i pružanja usluge mogu biti:

- NHS (Nacionalna zdravstvena služba, engl. *National Health Service*); jaka regulacija od strane države, dominira financiranje putem poreza, pružanje usluga je dominantno posao države, primjeri: DK, FI, IS, NO, SE, PT, ES, UK,
- NHI (Nacionalno zdravstveno osiguranje, engl. *National Health Insurance*); jaka regulacija od strane države, dominira financiranje putem poreza, no za razliku od NHS-a pružanje usluga dominantno posao privatnih pružatelja, primjeri: AU, CA, NZ, IE, IT,
- Socijalno zdravstveno osiguranje; regulacija je dominantno društvena/socijalna (visina doprinosa, košarica usluga ili naknade pružateljima usluga nalaze se u domeni krovnih udruga zdravstvenih fondova i pružatelja zdravstvenih usluga), dominira financiranje putem doprinosa socijalnog zdravstvenog osiguranja, pružanje zdravstvenih usluga se odvija putem privatnih, profitno orijentiranih pružatelja, primjeri: AT, DE, LU, CH,
- Privatno zdravstveno osiguranje; i regulacija i financiranje i pružanje usluga je dominantno privatno, primjer su SAD,
- Etatističko socijalno zdravstveno osiguranje (potpuno mješovito zdravstveno osiguranje); jaka regulacija od strane države, dominira financiranje putem doprinosa socijalnog zdravstvenog osiguranja, a pružanje zdravstvenih usluga se odvija putem privatnih pružatelja, primjeri: BE, EE, FR, CZ, HU, NL, PL, SK, Izrael, Japan, J. Koreja,
- Socijalno mješovito zdravstveno osiguranje; regulacija je dominantno društvena/socijalna (visina doprinosa, košarica usluga ili naknade pružateljima usluga nalaze se u domeni krovnih udruga zdravstvenih fondova i pružatelja zdravstvenih usluga, primjer je HZZO u Republici Hrvatskoj koji regulira cijene, pregovara s pružateljima, utvrđuje stopu doprinosa, itd.), dominira financiranje putem doprinosa socijalnog zdravstvenog osiguranja, a pružanje usluga je dominantno posao države, primjeri: SI, **HR**.

Prema Mihaljek (2014.), 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. SAD su pravi primjer sustava s pretežno privatnim financiranjem (preko 50%). U anglosaksonskim, nordijskim i južnoeuropskim zemljama najveći dio zdravstvene potrošnje financira se izravno iz državnog proračuna, dok u kontinentalnoj Europi i Japanu dominira financiranje iz državnih fondova socijalnog osiguranja (tu spada i Hrvatska).

2.1.1. Trendovi u zdravstvenoj potrošnji i financiranju sustava zdravstvene zaštite

U proteklih desetak godina, europski zdravstveni sustavi obilježeni su zajedničkim problemima. Starenje stanovništva i produženje očekivanog trajanja života dovodi do sve veće potražnje za zdravstvenim uslugama, što nadalje povećava pritisak na fiskalnu održivost europskih zemalja. Pritisak na javne financije u pogledu pružanja adekvatne zdravstvene zaštite dolazi i sa strane rasta troškova lijekova i inovativnih tehnologija koje se koriste u pružanju zdravstvene skrbi (zdravstvena industrija je vodeća industrija novih tehnologija u svijetu). Naime, 2017. u dvije trećine država članica EU-a javni sektor je financirao više od 70% rashoda za zdravstvo. Rashodi za zdravstvo predstavljaju jednu od najbrže rastućih i najvećih stavki potrošnje država EU. Kao posljedica daljnjeg rasta prihoda i očekivanja o visokokvalitetnim zdravstvenim uslugama, starenja stanovništva i tehnoloških postignuća, spomenuti pritisak na veću potrošnju za zdravstvo nastaviti će se i u budućnosti (Europska Komisija, 2017.).

Sama dostupnost zdravstvene zaštite ograničena je u nekim dijelovima kontinenta; u nekim područjima zdravstvene skrbi, kao posljedica neravnomjerne raspoređenosti zdravstvenih djelatnika, što povećava nejednakosti zdravstvenih ishoda u društvu, a što se dalje odražava i na druge aspekte života (npr. dohodak). Treba naglasiti da je ovaj problem prisutan, iako je u razdoblju od 2009. do 2017. u EU u sektoru „zdravstvene zaštite i socijalne skrbi“ došlo do najvećeg rasta broja zaposlenih (oko 2,6 milijuna). Usprkos tome, potrebe sve starijeg stanovništva u pogledu zdravstvene skrbi, još uvijek nisu potpuno zadovoljene, ni kroz broj zaposlenih ni kroz vještine koje zaposleni posjeduju (Europska Komisija, 2017.).

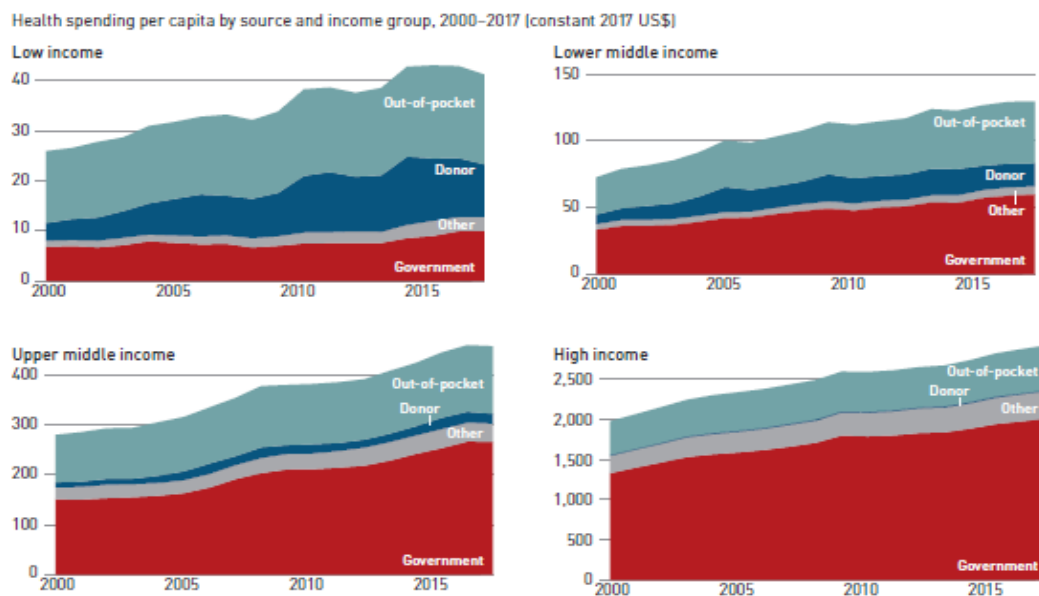
Jakovljević et al. (2019.) navode da je ukupna potrošnja na zdravstvo veća u starim članicama EU-a, nego u novim članicama, i prema procjeni WHO-a i prema procjeni OECD-a. Također, navode da je potrošnja javnog i privatnog sektora na zdravstvo veća u starim članicama nego u novim članicama EU-a. Ukoliko se ukupna potrošnja na zdravstvo izjednači prema paritetu kupovne moći u američkim dolarima i po glavi stanovnika, vidi se velika razlika u potrošnji na zdravstvo između starih i novih članica EU-a; naime, 2013. je potrošnja na zdravstvo u starim članicama bila više nego dvaput veća nego u novim članicama. Također, ovaj podatak pokazuje i snažan rast potrošnje za zdravstvo po glavi stanovnika u starim članicama EU-a, koji se u zadnjih petnaestak godina udvostručio. Očekivano, u starim članicama potrošnja javnog sektora čini veći dio ukupne potrošnje na zdravstvo nego u novim članicama, dok je sa potrošnjom privatnog sektora situacija drugačija; iako su postotci dugo bili na otprilike istoj razini, od početka 2000ih potrošnja privatnog sektora obuhvaća veći dio ukupne potrošnje na zdravstvo u novim nego u starim članicama. Ukoliko promatramo samo

plaćanja iz džepa, dakle izravna plaćanja građana za zdravstvo, kao dio potrošnje privatnog sektora na zdravstvo, razlika je još jasnija; plaćanja iz džepa čine veći dio ukupne potrošnje na zdravstvo u novim članicama EU-a nego u starim članicama. Autori navode: „Radna snaga koja se smanjuje i ograničena porezna osnova na tržištu rada ograničavaju stranu ponude mogućnosti modernih društava da ulažu u zdravstvenu skrb. Strana potražnje opterećena je širenjem nezaraznih bolesti, potražnjom za dugotrajnom njegom u kući, obiteljskom skrbi i pretjerano skupim zadnjim godinama života, koja iznosi kao cjelokupna životna potrošnja na zdravstvo građanina. S obzirom na ove temeljne pokretače u jednadžbi, tehnološke inovacije u medicini i uzastopna javna potražnja za najmodernijim tehnologijama ostaju područja koja se daleko manje mogu kontrolirati putem isplativih resursa politika alokacije.“

I na globalnoj razini potrošnja za zdravstvo raste iz godine u godinu (sa 7,6 bilijuna 2016. na 7,8 bilijuna 2017.) te je potrošnja na zdravstvo 2017. činila 10% svjetskog BDP-a. Zdravstveni sektor na globalnoj razini raste po stopi višoj od stope rasta gospodarstva. U razdoblju od 2000. do 2017. stopa rasta svjetskog gospodarstva bila je u prosjeku 3% godišnje, a stopa rasta globalne potrošnje na zdravstvo u prosjeku 3,9% godišnje. Do rasta potrošnje na zdravstvo dolazi u zemljama svih razina dohotka, s tim da su najveće stope rasta zabilježene u zemljama sa srednjom razinom dohotka čiji dohodak raste prema dohotku zemalja sa visokim dohotkom. Bitno je naglasiti da je potrošnja na zdravstvo *per capita* u zemljama sa visokim dohotkom veća 70 puta od potrošnje na zdravstvo *per capita* u zemljama sa niskim dohotkom, što je snažan pokazatelj da je dohodak jedna od najvažnijih odrednica pristupačnosti zdravstvene skrbi, a i pokazatelj velike nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama između bogatih i siromašnih zemalja (WHO, 2019.).

Na globalnoj razini otprilike se 60% potrošnje na zdravstvo financira iz javnih izvora, te financiranje iz ovoga izvora financiranja raste iz godine u godinu, međutim taj rast usporava (od 2000. do 2010. rast od 4,9%, a od 2010. do 2017. rast od 3,4%). U prilog rastu financiranja iz javnih izvora ide i podatak da je u razdoblju od 2000. do 2017. 13 novih zemalja uvelo financiranje zdravstvene potrošnje putem fonda socijalnog osiguranja. U istom razdoblju plaćanja iz vlastitog džepa za zdravstvenu potrošnju više su se nego udvostručila u zemljama sa srednjim i niskim dohotkom, a u zemljama sa visokim dohotkom narasla za 46%. Međutim, ovaj rast je niži od rasta financiranja iz javnih izvora. Slika 3 prikazuje potrošnju na zdravstvo *per capita* prema izvoru financiranja i dohodovnoj grupi u koju promatrane zemlje spadaju iz koje se jasno može vidjeti da s porastom dohotka izvori financiranja zdravstvene potrošnje prelaze iz većinski privatnih u javne.

Slika 3 Potrošnja na zdravstvo per capita prema izvoru financiranja i dohodovnoj grupi, od 2000. do 2017.



Izvor: WHO, 2019.

Kao najvažnije čimbenike rasta potrošnje na zdravstvo u svijetu možemo izdvojiti rast zdravstvene ponude (uzrokovane stalnim tehnološkim napretkom u medicini), rast dohotka stanovništva (koji omogućuje prije svega veću troškovno intenzivnu zdravstvenu potrošnju, npr. bolnička zdravstvena zaštita) te proces demografskog starenja.

2.2. Opća obilježja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj

2.2.1. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj od osamostaljenja do danas

Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj prije osamostaljenja bio je decentraliziran i neučinkovit. Tadašnji je sustav bio obilježen visokim stupnjem autonomije lokalnih jedinica u području zdravstvenog djelovanja, odluke su donošene na političkoj razini, dok je nadzor nad zdravstvenim uslugama i utrošenim sredstvima bio zanemariv. Uz to, postojao je velik višak nemedicinskog osoblja, a sustav su opterećivale regionalne neravnoteže u financiranju i standardima zdravstvene zaštite (Broz i Švaljek, 2014.).

Prijelaz sa planskog na tržišno gospodarstvo pokrenuo je promjene u cijelom gospodarstvu, pa tako i u zdravstvenom sustavu. Međutim, ta promjena nije se dogodila odjednom, kroz jednu reformu, nego je obilježena nizom reformskih promjena i pokušaja da se neučinkovit i skup sustav transformira u moderan, kvalitetan i dostupan sustav. Početak reforme dogodio se 1990. godine, kada je došlo do decentralizacije sustava prikupljanja sredstava i pojačane državne kontrole nad upravljanjem i financiranjem. U to je vrijeme najveći problem tadašnjeg sustava

bilo financiranje istog, pa su i same reforme prije svega bile usmjerene na rješavanje financijskih problema i reorganizaciju sustava (Broz i Švaljek, 2014.).

Reformom zdravstva iz 1993. godine htjelo se zaustaviti financijsku krizu zdravstvenog sustava nastalu 1992. godine, a 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 osiguranje (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. 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 (Broz i Švaljek, 2014.).

U idućim godinama, kao posljedica gomilanja visokih iznosa gubitaka, provedeno je nekoliko sanacija zdravstvenog sustava, koje su predstavljale pokrivanje gubitaka sustava sredstvima državnog proračuna, što je vidljivo u tablici 2.

U 2000. godini dolazi do nove reforme zdravstvenog sustava, čije je polazište bio novi Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju (Narodne novine, br. 94/2001.) koji stupa na snagu 2002., a koji je uveo 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. 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. Zbog neusklađenosti prihoda i rashoda, HZZO je nastavio generirati gubitke koji su retroaktivno pokriveni iz državnog proračuna (u sklopu reforme HZZO prestaje imati status izvanproračunskog fonda te postaje dio središnjeg državnog proračuna; ponovno se izdvaja iz državnog proračuna 2015.), što posljedično nije poticalo HZZO na učinkovitost, budući da se pretpostavljalo da će se svi gubici pokriti iz proračuna (Broz i Švaljek, 2014.).

Do sljedeće reforme dolazi 2006. godine, kada se novom Nacionalnom strategijom razvitka zdravstva pokušalo osmisliti cjelovitu viziju razvoja zdravstvenog sustava te riješiti nagomilane financijske poteškoće. Na porast potrošnje zdravstvenih usluga i javnih izdataka za zdravstvo tih godina utjecali su 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 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, što je vidljivo u tablici 2. Treba naglasiti da je neučinkovitost sustava, osim na strani potražnje, postojala i na strani ponude, kao posljedica velikog broja zdravstvenih ustanova, decentralizirane nabave lijekova i medicinske opreme, sustav financiranja koji nije poticao primarnu zdravstvenu zaštitu da igra ulogu “čuvara sustava”, te neprimjeren sustav financiranja bolničke zaštite, koji je poticao dugotrajan boravak pacijenata u bolnicama, (Broz i Švaljek, 2014.).

Posljednja velika reforma zdravstvenog sustava započela je 2008., paralelno s početkom gospodarske krize. Važno je naglasiti da je spomenuta reforma bila protuciklična, ako uzmemo u obzir da se događala u isto vrijeme kad i gospodarska kriza. Najvidljiviji dio reforme iz 2008. bile su mjere koje su bile usmjerene prema osiguravanju izdašnih i stabilnih izvora financiranja. Ovom su reformom povećana plaćanja „iz džepa građana“ za zdravstvene usluge putem značajnog smanjenja udjela stanovnika izuzetih od plaćanja participacije i povećanja participacije (participacije je nakon reforme iznosila 20 posto, ali ne manje od propisanog minimuma). Budući da je dopunsko zdravstveno osiguranje bilo jedini način da se izbjegne plaćanje participacije, dolazi do naglog rasta i broja osoba koje su ga ugovarale i naglog rasta prihoda od dopunskog zdravstvenog osiguranja. U isto su vrijeme utvrđene različite visine premija na dopunsko osiguranje, od najnižih 50 kuna, do najviših 130 kn, ovisno o visini mjesečnih primanja. 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 obvezan za umirovljenike kojima mirovina prelazi prosječnu mjesečnu neto plaću. Nadalje, predviđeni su dodatni izvori financiranja od novouvedenog nameta na prihode od obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti te od

općeg oporezivanja. Također, propisano je da se 32 posto prihoda od trošarina na duhanske preradevine namijeni financiranju zdravstvenog sustava (Narodne novine, br. 150/2008.).

Treba naglasiti da država nije, dok je pokušavala pribaviti što više prihoda za zdravstveni sektor, uložila dovoljno napora da prikupi dospjele doprinose za obvezno zdravstveno osiguranje; naime, 45 tisuća poslodavaca nije plaćalo obvezne doprinose. 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. Reforma je nadalje predvidjela 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. Kao posljedica reforme, dolazi do snažnog rasta prihoda HZZO-a, uzrokovanog prije svega rastom udjela prihoda od dopunskog zdravstvenog osiguranja i ostalih prihoda u strukturi HZZO-a, dok se udio prihoda od doprinosa smanjuje, kao posljedica smanjenja broja aktivnih osiguranika uzrokovanog gospodarskom krizom. Iako je reformom sustav dobio dodatne izvore prihoda, rashodi su se povećali, prije svega zato što je sustav potrošio sav prikupljeni novac. Međutim, ipak je došlo do smanjenja nekih troškova, poput naknada za bolovanje i izdavanje lijekova. Reforma je također dovela do rasta izdataka za zdravstvo kućanstava zbog prebacivanja većeg tereta financiranja zdravstva na njih, kako bi se osigurali novi izvori prihoda sustava. Reforma je pozitivno djelovala na percepciju kvalitete hrvatskog zdravstvenog sustava od strane njegovih korisnika, dok se pokazala neuspješnom u suzbijanju korupcije u zdravstvenom sustavu (Broz i Švaljek, 2014.).

U 2009. dolazi do uvođenja koncesija, odnosno javno-privatnih partnerstva u primarnoj medicini, koje su omogućile privatizaciju većine ordinacija primarne medicine (krajem 2012. 74%), s ciljem povećanja aktivnije uloge jedinica regionalne samouprave u koordinaciji, organizaciji i upravljanju primarnom zdravstvenom skrbi. Krajnji cilj ove reforme, kao i mnogih drugih prije je bio poboljšanje financijske pozicije zdravstvenog sustava.

U narednim godinama sustav je obilježen sa dvije najveće sanacije, 2013. i 2014., koje su posljedice snažnog rasta rashoda, dugačkih ugovorenih rokova plaćanja u zdravstvu, netransparentnosti upravljanja sustavom. 2015. ponovno se prelazi na početni model plaćanja bolnica prema izvršenju, a ne prema limitu, što se ponovno ukida 2016. Također, 2015. HZZO

izlazi iz sustava državne riznice, što znači da od tada HZZO-u na račun direktno dolaze sredstva prikupljenih zdravstvenih doprinosa, za razliku od ranije kada su prikupljeni doprinosi odlazili u proračun, a zatim isplaćivani HZZO-u od strane države (većina spomenutih sanacijskih troškova nastala je tako što Vlada prije 2015. nije HZZO-u isplaćivala sva sredstva koja mu pripadaju na osnovi zakonskih propisa; Ministarstvo financija je do 2015. redovno kasnilo s uplatom milijardu do dvije kuna u proračun HZZO-a, što je dovodilo do kašnjenja u plaćanju obveza zdravstvenog sustava).

2.2.2. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj danas

Ministarstvo zdravlja (MZ) u Hrvatskoj ima ulogu upravitelja sustava zdravstvene zaštite sa širokim ovlastima. To uključuje upravljanje zakonodavstvom iz područja zdravstvene zaštite, izradu proračuna, nadziranje zdravstvenog statusa i zdravstvenih potreba, edukaciju zdravstvenih djelatnika i nadgledanje procesa reforme zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Zdravstveni sustav se financira iz različitih izvora. Doprinosi za zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj su obvezni za sve zaposlene građane i za poslodavce. Uzdržanim članovima radno aktivnih članova obitelji, zdravstvene usluge u Hrvatskoj pokrivene su doprinosima koje plaća radno aktivni član obitelji. Samozaposleni radnici u Hrvatskoj također su dužni plaćati doprinose za zdravstveno osiguranje. Hrvatski građani koji su svrstani u socijalno osjetljivu kategoriju oslobođeni su plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje; skupine kao što su umirovljenici i osobe s niskim primanjima i dalje imaju osiguran pristup državnim zdravstvenim ustanovama (HZZO, 2020.).

Hrvatski građani koji nemaju dopunsko zdravstveno osiguranje (trenutno oko 1,9 milijuna) prilikom bolničkog liječenja te prilikom odlaska obiteljskom liječniku ili stomatologu dužni su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite. U slučaju bolničkog liječenja građani bez dopunskog osiguranja moraju sami podmiriti do 20% određene zdravstvene usluge, odnosno maksimalno 2000 kuna po jednom pregledu. Za pregled kod obiteljskog liječnika ili za izdavanje lijeka po receptu građani bez dopunskog osiguranja plaćaju po 10 kuna. Bitno je napomenuti kako je velika većina hrvatskih osiguranika oslobođena plaćanja participacije budući posjeduju dopunsko zdravstveno osiguranje (HZZO, 2020.).

Zdravstvene usluge u okviru PZZ u Hrvatskoj se pružaju u domovima zdravlja, ustanovama za hitnu medicinsku pomoć i ljekarnama u Hrvatskoj. Svaka općina u Hrvatskoj ima dom zdravlja koji pruža usluge PZZ pacijentima putem mreže općih liječničkih pregleda

koje pružaju liječnici opće prakse. Domovi zdravlja su dužni pružati hitnu medicinsku pomoć, dijagnostičke usluge – laboratorijske i radiološke- i javnozdravstvene usluge što uključuje higijenu. U ruralnim i udaljenim područjima Hrvatske, domovi zdravlja su pod nadzorom bolnica za pružanje specijalističke vanbolničke zaštite premda postoje ograničenja u svezi pružanja bolničke zdravstvene zaštite i zaštite materinstva (HZZO, 2020.).

Privatne zdravstvene ustanove također su prisutni u zdravstvenom sustavu Hrvatske. Privatne zdravstvene ustanove najčešće unajmljuju prostor u domovima zdravlja u vlasništvu države. Isto tako, privatne prakse moraju zadovoljiti određene kriterije koje je postavilo hrvatsko MZ, što uključuje minimalni broj upisanih pacijenata i moraju ponuditi minimalni opseg zdravstvenih usluga. Bolnice u RH kategoriziraju se u četiri kategorije: nacionalne bolnice, županijske bolnice regionalnog značenja, županijske bolnice i lokalne bolnice (HZZO, 2020.).

Na osnovi odredaba članka 24. Zakona o zdravstvenoj zaštiti zdravstvena djelatnost obavlja se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini te na razini zdravstvenih zavoda. Zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na primarnoj razini osigurane osobe Zavoda ostvaruju na osnovi slobodnog izbora doktora medicine i doktora stomatologije, u pravilu, prema mjestu stanovanja, a prema odredbama općih akata Zavoda. Zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na sekundarnoj i tercijarnoj razini osigurane osobe Zavoda ostvaruju osnovom uputnice izabranog ugovornog doktora primarne zdravstvene zaštite. Zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja na razini zdravstvenih zavoda provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, te putem posebnih programa (HZZO, 2020.).

Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti: opću/obiteljsku medicinu, zdravstvenu zaštitu predškolske djece, zdravstvenu zaštitu žena, patronažnu zdravstvenu zaštitu, zdravstvenu njegu u kući bolesnika, stomatološku zdravstvenu zaštitu (polivalentnu), higijensko-epidemiološku zdravstvenu zaštitu, preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata, laboratorijsku dijagnostiku, ljekarništvo te hitnu medicinsku pomoć (HZZO, 2020.).

Zdravstvena djelatnost na sekundarnoj razini obuhvaća specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu i bolničku zdravstvenu zaštitu, dok zdravstvena djelatnost na tercijarnoj

razini obuhvaća obavljanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti (HZZO, 2020).

Brojne reforme koje su provedene bile su tek djelomično uspješne. Hrvatski zdravstveni sustav ostaje obilježen problemima nedostatka prihoda i gomilanja nepodmirenih obveza. Sustav je još uvijek obilježen i problemom interne učinkovitosti. Također, nameće se i pitanje nedostatka korištenja suvremenih metoda upravljanja i organizacije, kao i primjena suvremenih računovodstvenih tehnika. Veliki je nedostatak i nepostojanje sustava planiranja; ponajviše sustava planiranja zdravstvenih kapaciteta. Jedan od uzroka ovog problema je i izrazito dominantna uloga Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje te velika ovisnost o javnim izvorima financiranja. Porezni su obveznici od 1994. do 2018. na sanaciju zdravstvenog sustava potrošili oko 17,7 milijardi kuna. Krajem 2018. ukupna dugovanja zdravstvenog sustava bila su na razini prosjeka posljednjih 20 godina, na oko osam milijardi kuna. Važno je naglasiti da su dospjeli dugovi bolnica 2018. bili na razini od oko tri milijarde kuna. Održivost hrvatskog zdravstvenog sustava pod najvećim je upitnikom zbog kontinuiranog smanjenja omjera broja zaposlenih osiguranika čiji doprinosi „pune“ proračun HZZO-a i broja osiguranika koji „prazne“ proračun HZZO-a (ovaj trend će se nastaviti i u budućnosti, ponajviše kao posljedica demografskog starenja hrvatskog društva). Dodatan problem hrvatskog zdravstvenog sustava je i sve veći nedostatak zdravstvenih djelatnika, prije svega u primarnoj medicini, koja bi trebala bit temelj svakog kvalitetnog zdravstvenog sustava.

2.3. Financiranje zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj

Cilj financiranja sustava zdravstva jest da se prvenstveno osiguraju sredstva za zdravstvenu zaštitu kako bi osigurane osobe imale odgovarajući pristup individualnoj zdravstvenoj usluzi. Zdravstveni sustav RH ne funkcionira isključivo prema jednom modelu financiranja, već je kombinacija Bismarckovog modela (temeljenog na socijalnom osiguranju, odnosno doprinosima koje građani izdvajaju iz plaće) te Beveridgeovog modela koji se temelji na proračunskim prihodima, a sve zbog manjka prihoda po osnovi isključivo Beveridge-ovog modela financiranja (prema već spomenutoj podjeli Follanda, Goodmana i Stana (2018.), hrvatski zdravstveni sustav spada u sustave sa socijalno mješovitim zdravstvenim osiguranjem).

Doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje obvezni su za sve zaposlene osobe i poslodavce (trenutno doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje iznosi 16,5%). Ovisni članovi obitelji osigurani su putem svojih članova kućanstva koji ostvaruju prava iz redovnog radnog odnosa. Samozaposleni građani osobno uplaćuju doprinose za obvezno zdravstveno

osiguranje. Osjetljive skupine stanovništva poput starijih umirovljenika i osoba s niskim prihodima, oslobođene su plaćanja doprinosa. Proračun HZZO-a sastoji se od doprinosa koji su uplaćeni od strane radno aktivnog stanovništva. Određeni dio stanovništva svoje osnovno osiguranje dopunjava uplatom dodatnog zdravstvenog osiguranja kod komercijalnih osiguratelja, koje nije u ponudi HZZO-a. HZZO kao dodatno pokriće nudi opciju dopunskog zdravstvenog osiguranja za fiksni iznos mjesečne naknade od 70 kuna, neovisno o prihodovnom razredu u kojem se građanin osiguranik nalazi (HZZO, 2020.).

HZZO pokriva troškove zdravstvenih rizika u razini od 80% u okviru "košarice usluga" obuhvaćene obveznim zdravstvenim osiguranjem, a koja podrazumijeva pravo na primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, bolničku zdravstvenu zaštitu, uporabu lijekova koji su na listi HZZO-a, korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, stomatološko-protektivne usluge, nadomjeske, te ortopedska i druga pomagala. Ostatak troška usluga (20%) obavezan je platiti osiguranik, a ta svota koju snosi osobno osiguranik ne smije prijeći više od 2.000 kuna po bolničkom računu (HZZO, 2020.).

Ugovaranje zdravstvene zaštite, koju provodi Zavod, postupak je u kojem se izravno povezuju sredstva uložena u pružanje zdravstvene zaštite s očekivanim rezultatom. Osnovni instrumenti kojima se, putem ugovaranja, postižu željeni učinci su način financiranja (plaćanja) zdravstvenih usluga i mehanizmi kontrole pružanja zdravstvenih usluga. Načinom financiranja zdravstvene zaštite utječe se na motivaciju pružatelja zdravstvene zaštite i obrasce njihova ponašanja jer kod svih načina plaćanja postoji tendencija povećanju jedinica plaćanja, a smanjenju troška po jedinici plaćanja. U ovom trenutku u Republici Hrvatskoj postoji više načina financiranja zdravstvene zaštite, ovisno o razini zdravstvene zaštite i djelatnosti. Primarna zdravstvena zaštita plaća se putem iznosa po osiguranoj osobi/stanovniku, putem standardnog tima i dijagnostičko-terapijskih postupaka, a u općoj obiteljskoj medicini i dentalnoj zdravstvenoj zaštiti mogu se ostvariti i dodatna sredstva, sudjelovanjem u radu centra opće/dentalne medicine i kroz provedbu preventivnih programa ugovorenih s domom zdravlja. Izvanbolnička specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita plaća se na osnovi Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima (Plava knjiga) i dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP). Bolnička zdravstvena zaštita plaća se osnovom dijagnostičko-terapijskih skupina (DTS) i putem cijene dana bolničkog liječenja (DBL) za stacionarno liječenje, a osnovom Popisa dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima (Plava knjiga) i dijagnostičko-terapijskih postupaka (DTP) za specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu (HZZO, 2020.).

Dakle, temeljna institucija za provedbu obveznog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj je HZZO. Kao što je već spomenuto, HZZO je od 2015. izvanproračunski korisnik, što znači da sredstva uplaćenih doprinosa idu direktno u proračun HZZO-a, a ne u državni proračun. Kako u Hrvatskoj svi građani imaju pravo na obvezno zdravstveno osiguranje, ne iznenađuje podatak da je u 2019. broj osiguranika bio malo ispod 4,2 milijuna (Tablica 1). Problem održivosti HZZO-a, a time i samog hrvatskog zdravstvenog sustava, očit je ukoliko se promatra udio aktivnih osiguranika, odnosno onih koji uplaćuju doprinose i time financiraju zdravstvenu zaštitu, u ukupnom broju osiguranika (udio je 2019. bio 38,1%). Ovaj problem s kojim se bori hrvatski zdravstveni sustav identičan je problemu s kojim se bori i hrvatski mirovinski sustav. Iako je udio aktivnih osiguranika narastao s obzirom na 2018., zbog daljnjeg izvjesnog povećanja broja umirovljenika, te povećanja radno aktivnog stanovništva koje će napustiti Hrvatsku, financijska održivost hrvatskog zdravstvenog sustava je pod velikim upitnikom.

U Tablici 2 prikazani su ostvareni prihodi HZZO-a 2019. iz kojih su vidljivi glavni kanali financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava. Najveći dio prihoda dolazi iz uplaćenih doprinosa aktivnih osiguranika, 81,9%, odnosno preko 22 milijarde kuna. 9,6% prihoda dolazi iz proračuna, odnosno 2,6 milijardi kuna, a 8,5% prihoda ostvareno je po posebnim propisima (prihodi od participacija, prihodi od premija dopunskog osiguranja, prihodi od premija obveznog osiguranja od automobilske odgovornosti, prihodi od INO osiguranja temeljem sklopljenih međunarodnih ugovora o zdravstvenom osiguranju te prihodi od sudskih taksi, regresnih postupaka, rabata za lijekove i drugo), odnosno malo ispod 2,3 milijarde kuna. Ukupni ostvareni prihodi HZZO-a u 2019. iznosili su malo iznad 27 milijardi kuna.

U tablici 3 prikazani su rashodi HZZO-a u 2019., koji su ukupno iznosili malo iznad 26,5 milijardi kuna. Rashodi za zdravstvenu zaštitu obuhvaćali su 88% ukupnih rashoda ili malo iznad 23,3 milijarde kuna, a rashodi za naknade 10,4% ili 2,75 milijardi kuna. Od ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu 82,9% odnosilo se na rashode za zdravstvenu zaštitu obveznog zdravstvenog osiguranja, a 4,8 % na zdravstvenu zaštitu dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Dakle, 2019. HZZO je ostvario višak prihoda i primitaka u iznosu od 572,3 milijuna kuna, no uz preneseni manjak prihoda i primitaka iz 2018., manjak prihoda i primitaka za pokriće u slijedećem razdoblju iznosio je 660,2 milijuna kuna.

Na dan 31.12.2019. godine ukupne obveze HZZO-a bile su iskazane u iznosu od 2.062.767.868 kn, od čega su dospjele obveze iznosile 117.733.102 kn, što je bilo 5,71% ukupnih, a nedospjele obveze 1.945.034.766 kn ili 94,29% ukupnih obveza. Najveći dio

dospjelih obveza odnosio se na dospjele obveze za zdravstvenu zaštitu obveznog zdravstvenog osiguranja, točnije dospjele obveze za lijekove na recepte. Ovaj podatak od preko 2 milijarde kuna koje je HZZO dugovao krajem 2019. doprinosi tvrdnji da je, s daljnjim smanjenjem broja onih koji uplaćuju doprinose i povećanjem broja onih koji trebaju adekvatnu zdravstvenu zaštitu (umirovljenici prije svega), hrvatski zdravstveni sustav, sa trenutnim načinom financiranja, neodrživ.

Tablica 1 Struktura osiguranika HZZO-a u razdoblju od 2016. do 2019.

Osiguranici	Prosječan broj				Indeks 2019./2018.	Učešće %	
	2016.	2017.	2018.	2019.		2018.	2019.
- aktivni radnici	1.497.178	1.522.335	1.564.677	1.599.311	102,21	37,22	38,18
- aktivni poljoprivrednici	19.044	16.429	14.155	12.272	86,70	0,34	0,29
- umirovljenici	1.062.534	1.058.838	1.057.951	1.059.765	100,17	25,17	25,30
- članovi obitelji	700.109	605.325	525.135	458.512	87,31	12,49	10,95
- ostali	1.019.143	1.041.305	1.041.464	1.058.798	101,66	24,78	25,28
Ukupno Republika Hrvatska	4.298.008	4.244.232	4.203.382	4.188.658	99,65	100,00	100,00

Izvor: HZZO, 2019.

Tablica 2 Ostvareni prihodi HZZO-a 2018. i 2019.

Prihodi-primici	I.-XII.2018.	I.-XII.2019.	Indeks	Struktura	
				2018.	2019.
Prihodi od doprinosa	19.904.219.233	22.188.019.518	111,47	79,53	81,88
Prihodi od proračuna	3.100.000.000	2.600.000.000	83,87	12,39	9,59
Prihodi po posebnim propisima	2.004.794.358	2.291.699.194	114,31	8,01	8,46
Prihodi od imovine	15.189.384	12.529.591	82,49	0,06	0,05
Pomoći iz inozemstva-projekti EU	1.336.083	2.866.674	214,56	0,01	0,01
Prihodi od HZZ-a , stručno usavršavanje bez zasnivanja rad. odnosa	478.968	-	-	0,00	0,00
Prihodi od pruženih usluga	1.162.821	1.303.314	112,08	0,00	0,00
Prihodi od prodaje nefinancijske imovine	720.913	1.896.374	260,05	0,00	0,01
Ostali prihodi	363.594	441.467	121,42	0,00	0,00
Ukupni prihodi i primici	25.028.265.354	27.098.756.132	108,27	100,00	100,00

Izvor: HZZO, 2019.

Tablica 3 Struktura rashoda HZZO-a 2018. i 2019.

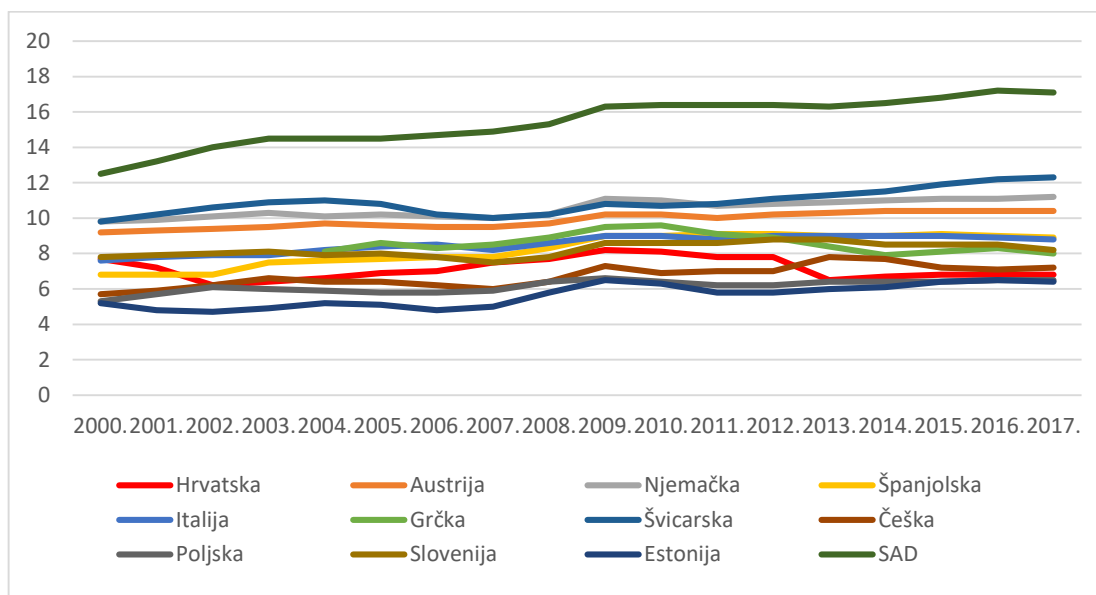
Rashodi - izdaci	I.-XII.2018.	I.-XII.2019.	Indeks	Struktura I.-XII.	
				2018.	2019.
Zdravstvena zaštita obveznog zdravstvenog osiguranja	20.224.387.926	21.984.547.673	108,70	82,41	82,88
Zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja	1.232.281.401	1.275.566.247	103,51	5,02	4,81
Zdravstvena zaštita na radu i prof. bolesti-specifična zdrav. zaštita	90.475.099	93.867.970	103,75	0,37	0,35
Ukupna zdravstvena zaštita	21.547.144.426	23.353.981.890	108,39	87,80	88,04
Ukupne naknade	2.612.408.960	2.750.776.288	105,30	10,65	10,37
Rashodi za zaposlene	237.526.390	250.307.228	105,38	0,96	0,94
Materijalni rashodi	108.108.347	104.509.087	96,67	0,44	0,39
Financijski rashodi	21.350.320	19.983.913	93,60	0,09	0,08
Rashodi po projektima EU	1.762.801	2.213.234	125,55	0,01	0,01
Ostali rashodi-naknada štete	5.850	12.099.173	-	-	0,05
Rashodi za nabavu nefin. imovine	12.453.910	32.402.164	260,18	0,05	0,12
Ostali rashodi (tekuće donacije, naknada štete..)		177.595	-		-
Ukupno ostali rashodi	381.207.618	421.683.708	110,62	1,55	1,59
Ukupni rashodi - izdaci	24.540.761.004	26.526.450.572	108,09	100,00	100,00

Izvor: HZZO 2019.

2.3.1. Usporedba financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj s drugim zemljama

Za prikaz usporedbe hrvatskog zdravstvenog sustava s ostalima, koristimo indikator tekući troškovi zdravstva (*eng. current health expenditure*), točnije udio tekućih troškova zdravstva u BDP-u, koji pokazuje razinu resursa usmjerenih u zdravstvo u odnosu na druge namjene te pokazuje važnost zdravstvenog sektora u cjelokupnom gospodarstvu i ukazuje na društveni prioritet koji se daje zdravlje mjereno u novcu (WHO, 2020.). Odabrane su sljedeće zemlje radi kasnije usporedbe istih zemalja u rezultatima analize financijskih aspekata privatne zdravstvene zaštite iz studije SHARE te Sjedinjene Američke Države kao pravi primjer zdravstvenog sustava koji se većinski financira iz privatnih izvora. Na Grafikonu 1 primjetan je opći trend rasta udjela tekućih troškova zdravstva u BDP-u u promatranim zemljama, što je u skladu s već spomenutim tvrdnjama da zdravstvena potrošnja zadnjih desetljeća raste, a taj rast se može očekivati i u budućnosti. Najveći rast, a ujedno i najveći udio tekućih troškova zdravstva u BDP-u, imaju Sjedinjene Amerike Države (12.5% 2000., 17.1% 2017.). Sve promatrane zemlje su 2017. imale veći udio tekućih troškova zdravstva u BDP-u nego 2000. osim Hrvatske. Naime udio tekućih troškova zdravstva u BDP-u u Hrvatskoj 2000. je iznosio 7.7%, a 2017. 6.8 %. Razlog tome je što je u Hrvatskoj, za razliku od svjetskog trenda gdje je stopa rasta zdravstvenog sektora veća od stope rasta cjelokupnog gospodarstva, u promatranom razdoblju cjelokupno gospodarstvo raslo po većoj stopi nego što je rastao zdravstveni sektor.

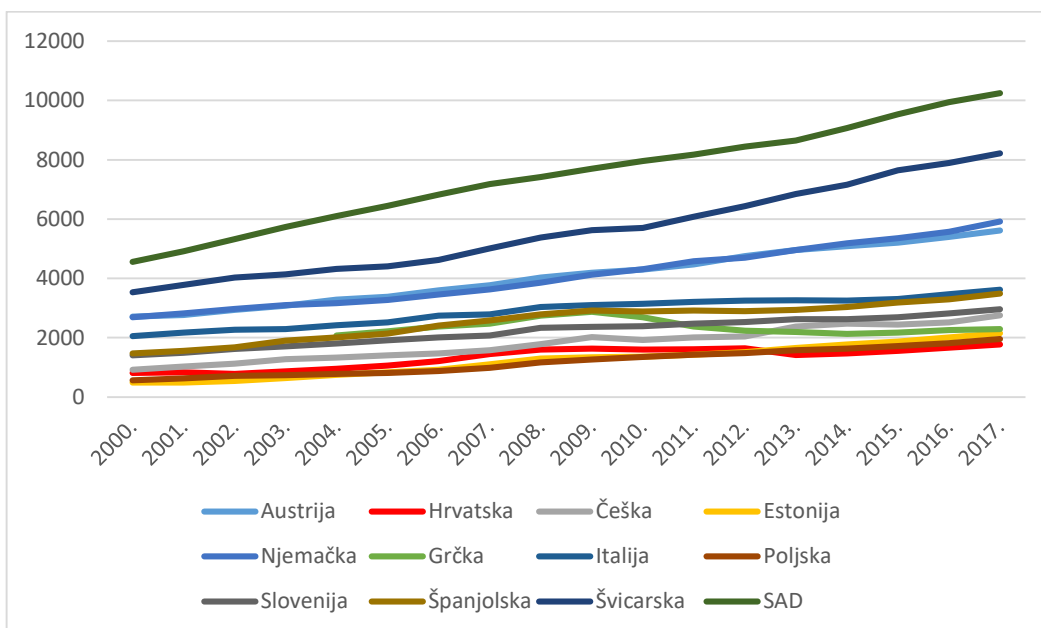
Grafikon 1 Udio tekućih troškova zdravstva u BDP-u, %, 2000. - 2017.



Izvor: Izradio autor na temelju podataka WHO-a

Da je i u Hrvatskoj u promatranom razdoblju došlo do rasta zdravstvenih troškova, odnosno zdravstvenog sektora, vidimo iz prikaza tekućih troškova zdravstva po glavi stanovnika izraženima u međunarodnom dolaru korigiranom za PKP (Grafikon 2). Ovaj pokazatelj doprinosi razumijevanju izdataka za zdravstvo u odnosu na broj stanovnika olakšavajući međunarodnu usporedbu (WHO, 2020.). Kao i u slučaju udjela tekućih troškova zdravstva u BDP-u, primjetan je opći trend rasta u promatranom razdoblju. Najveći rast u promatranom razdoblju je također kao i u prethodnom slučaju zabilježen u Sjedinjenim Američkim Državama (sa 4560,1 međ. PPP \$ 2000. godine na 10246,1 međ. PPP \$ 2017. godine, otprilike 125 %). Veliki rast u promatranom razdoblju je također zabilježen i u Švicarskoj (133%), Njemačkoj (120%) i Austriji (107%). U Republici Hrvatskoj u istom razdoblju tekući troškovi zdravstva narasli su sa 811,2 međ. PPP \$ na 1772,5 međ. PPP \$, odnosno 119 %.

Grafikon 2 Tekući troškovi zdravstva per capita, u međ. PPP \$

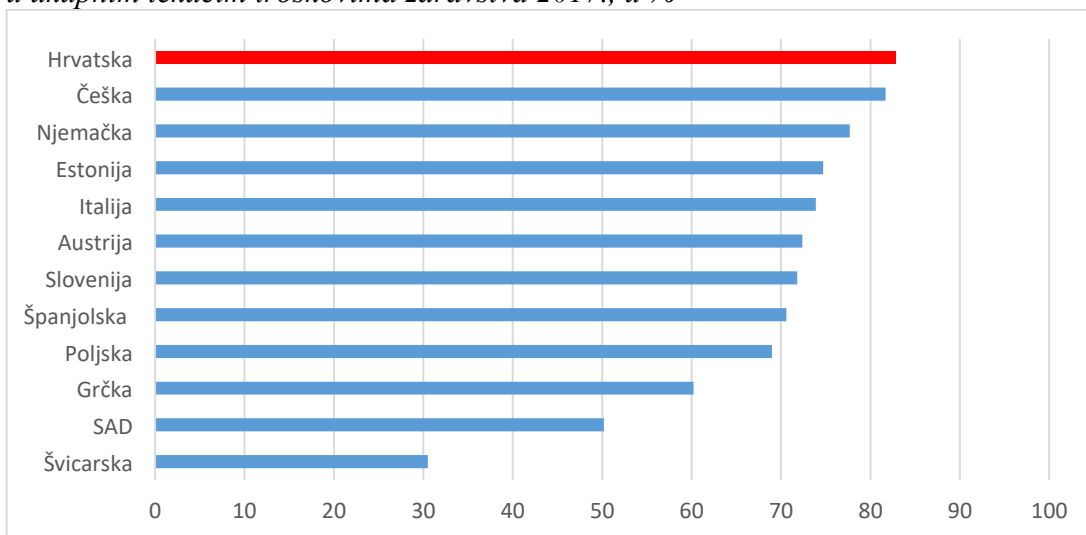


Izvor: Izradio autor na temelju podataka WHO-a

Ukupni tekući troškovi zdravstva obuhvaćaju javna i privatna sredstva financiranja zdravstva, bila ona domaća ili strana. Ukoliko promatramo usporedbu zemalja prema udjelu domaćih sredstava opće države koji se koriste za financiranje zdravstvenih izdataka u ukupnim tekućim troškovima zdravstva, jasno možemo vidjeti karakteristike zdravstvenih sustava u promatranim zemljama. Ovaj pokazatelj prikazuje udio domaćih sredstava opće države koji se koriste za financiranje zdravstvenih izdataka u ukupnim tekućim troškovima zdravstva, te ukazuje na to koliko javni sektor izdvaja za zdravstvenu zaštitu. Javni izvori uključuju domaće prihode poput internih transfera i potpora, transfere, subvencije korisnicima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, NPUSK ili programe financiranja poduzeća, kao i obveznu pretplatu i doprinose za socijalno zdravstveno osiguranje. Svi ovi transferi i subvencije predstavljaju javne izvore za zdravstvenu zaštitu i ukazuju na ukupan vladin doprinos financiranju zdravstvene zaštite u odnosu na druge izvore financiranja iz domaćih privatnih i vanjskih izvora (WHO, 2020.). Grafikon 3 prikazuje spomenuti pokazatelj za promatrane zemlje, te je vidljivo da u većini promatranih zemalja udio domaćih sredstava opće države za financiranje zdravstvenih izdataka prelazi 70%, što i ne iznenađuje s obzirom na zdravstvene sustave tih zemalja koji se temelje na javnim izvorima financiranja. Najveći udio je onaj Hrvatske, čak 82,8 %, što je jasan pokazatelj već spomenutog problema ovisnosti zdravstvene zaštite u Hrvatskoj o stabilnosti javnih izvora financiranja i funkcionalnosti HZZO-a. Niži udjeli u SAD-u, Švicarskoj i Grčkoj odražavaju specifičnosti zdravstvenih sustava tih zemalja, odnosno odražavaju veću važnost privatnih izvora financiranja zdravstvenih izdataka u tim zemljama.

Udio od oko 50% u SAD-u odražava važnost programa Medicaid i Medicare namijenjenih najugroženijima. Najniži udio u Švicarskoj (oko 30%) odražava zakonski obvezno ugovaranje privatnog zdravstvenog osiguranja (SwissLife, 2020.), dok nešto niži udio od promatranih zemalja u Grčkoj (oko 60%) odražava karakteristike grčkog zdravstvenog sustava, koji se financira kombinacijom privatnih i javnih izvora (HealthManagement, 2010.).

Grafikon 3 Udio domaćih sredstava opće države za financiranje zdravstvenih izdataka u ukupnim tekućim troškovima zdravstva 2017., u %



Izvor: Izradio autor na temelju podataka WHO-a

3. Privatni izdaci za zdravstvo u Republici Hrvatskoj

3.1. Obilježja i definicija privatnih izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj

Svaki građanin u Republici Hrvatskoj ima pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja koju provodi HZZO. HZZO pokriva troškove zdravstvenih rizika u razini od 80% u okviru "košarice usluga" obuhvaćene obveznim zdravstvenim osiguranjem. To je pravo na primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, bolničku zdravstvenu zaštitu, uporabu lijekova koji su na listi HZZO-a, korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, stomatološko-protetske usluge, nadomjeske, te ortopedska i druga pomagala.

Svako dodatno pokriće, odnosno svaki dodatni trošak, ovisi u osobnoj odluci i volji svakog građanina (postoje iznimke, poput djece do 18 godina, osoba nesposobnih za samostalan život, itd.). Ako govorimo o preostalih 20% troškova pokrića zdravstvenih rizika koje HZZO ne pokriva (koji se često nazivaju i participacija) ili bilo kojeg daljnjeg pokrića rizika zdravstvenih troškova, svaki građanin može odlučiti hoće li ili ugovoriti neko dobrovoljno zdravstveno osiguranje ili ne, pa u slučaju materijalizacije zdravstvenih rizika biti spreman iz vlastitog džepa pokriti troškove. Ukoliko osoba odluči riskirati, u nadi da do materijalizacije zdravstvenih rizika neće doći, u slučaju njihovog nastanka mora biti spremna platiti puno veću cijenu od one koju bi platila da se odlučila ugovoriti neko od dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja. Iako je u Hrvatskoj većina zdravstvenih troškova pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem, ipak postoji veliki dio troškova o kojima izravno odlučuju pojedinci i koji izravno utječu na smanjenje ili povećanje njihove privatne zdravstvene potrošnje. Dakle, može se reći da se privatna potrošnja na zdravstvo pojedinca dijeli na ugovorena dobrovoljna zdravstvena osiguranja i na izravna plaćanja, često nazivana i plaćanja iz džepa. Dominantnija kategorija privatne zdravstvene potrošnje u Republici Hrvatskoj su izravna plaćanja, na koja će biti i fokusirana daljnja analiza.

Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (NN 85/06, 150/08, 71/10) definirana su tri dostupna dobrovoljna zdravstvena osiguranja u Republici Hrvatskoj: dopunsko, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje. Dopunsko zdravstveno osiguranje pokriva preostalih 20% troškova zdravstvenih rizika koji nisu pokriveni obveznim zdravstvenim osiguranjem. Dodatno zdravstveno osiguranje predstavlja osiguranje višeg standarda zdravstvene zaštite u odnosu na standard obveznog zdravstvenog osiguranja. Privatno zdravstveno osiguranje predstavlja jedan

nerazvijen segment tržišta u Republici Hrvatskoj i prisutan je uglavnom samo u teoriji, a manje u praksi.

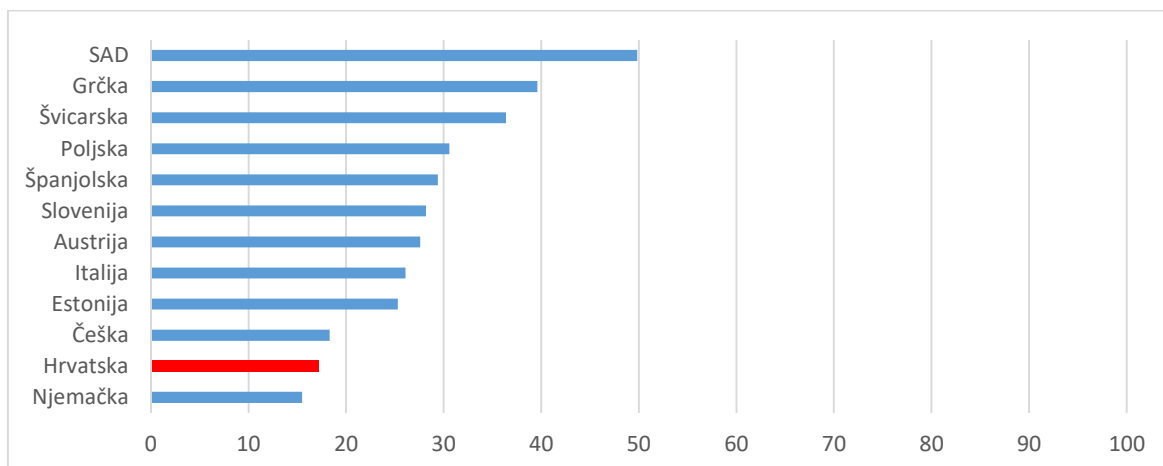
Kada govorimo o izravnim plaćanjima, najveći u Hrvatskoj otpada na kategoriju lijekova, medicinskih pomagala i opreme. U tu kategoriju spadaju lijekovi, bilo na recept ili bez recepta, i ostala potrošna roba, medicinski uređaji i naprave, poput naočala i ostalih optičkih pomagala, slušnih pomagala, ortopedskih pomagala i ostalih prostetskih naprava te ostalih medicinskih uređaja i naprava, uključujući medicinsko-tehničke naprave. Najzastupljenija kategorija u troškovima privatne zdravstvene zaštite od spomenutih su lijekovi.

Izravnim plaćanjima mogu se, nadalje, financirati i bolničke i izvanbolničke usluge, poput liječenja i rehabilitacije, dugotrajne njege, te pomoćnih usluga u zdravstvu, npr. usluge kliničkih laboratorija i dijagnostičkog snimanja.

3.1.1. Usporedba privatnih izdataka u Hrvatskoj s drugim zemljama

O privatnim sredstvima za financiranje zdravstvenih izdataka govori nam pokazatelj udjela domaćih privatnih sredstava za financiranje zdravstvenih izdataka u ukupnim tekućim troškovima zdravstva promatranih zemalja (Grafikon 4) koji pokazuje koliki dio zdravstvenih izdataka na domaćem tržištu financira privatni sektor. Sredstva privatnog sektora potječu od kućanstava, poduzeća i neprofitnih organizacija. Takvi se troškovi mogu ili unaprijed platiti dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju ili izravno platiti pružateljima zdravstvenih usluga („plaćanja iz džepa“). Ovaj pokazatelj opisuje ulogu privatnog sektora u financiranju zdravstvene zaštite u odnosu na javne ili vanjske izvore (WHO, 2020.). Ne iznenađuje podatak da zemlje koje su imale visok udio javni domaćih sredstava za financiranje zdravstvenih izdataka imaju nizak udio privatnih domaćih sredstava za financiranje zdravstvenih izdataka, pa tako i Hrvatska (17,2%). S obzirom na spomenuto, očekivano najveći udio domaćih privatnih sredstava zabilježen je u SAD-u (malo ispod 50%), Švicarskoj (oko 36%) i Grčkoj (oko 40%). Treba napomenuti da među promatranim zemljama jedino Njemačka ima niži udio privatnih sredstava za financiranje zdravstvenih izdataka u ukupnim tekućim troškovima zdravstva od Hrvatske, što nam pokazuje da prostora za povećanje ovog djela financiranje zdravstvene zaštite postoji.

Grafikon 4 Udio privatnih domaćih sredstava za financiranje zdravstvenih izdataka u ukupnim tekućim troškovima zdravstva 2017., u %

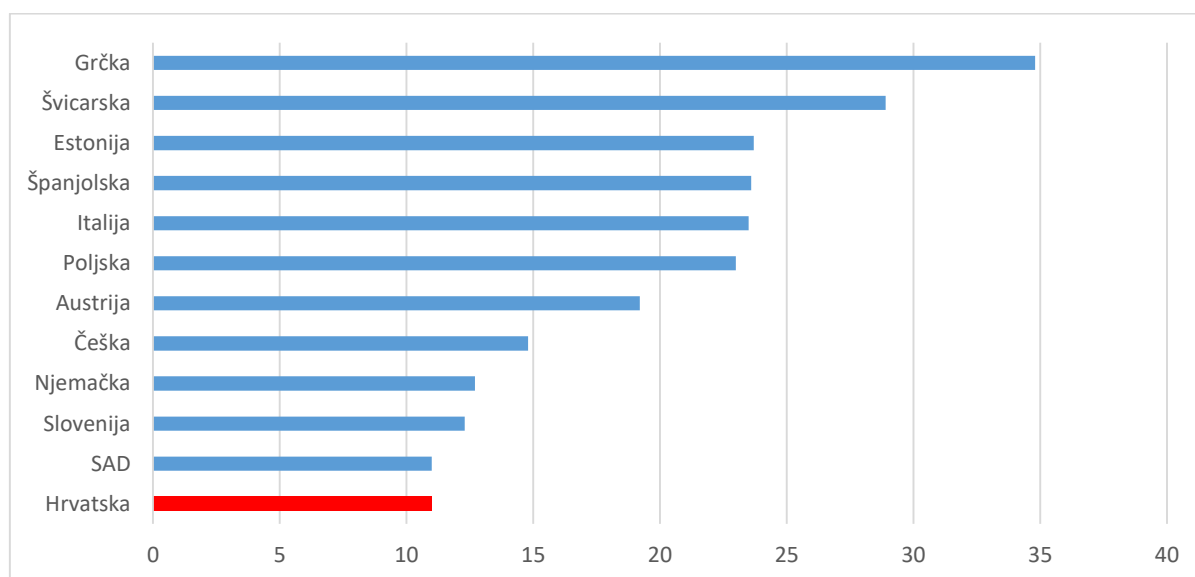


Izvor: Izradio autor na temelju podataka WHO-a

Za usporedbu dominantnije kategorije privatnih zdravstvenih izdataka u Hrvatskoj, izravnih plaćanja, s promatranim zemljama koristimo dva pokazatelja WHO-a: udio izravnih plaćanja u ukupnim tekućim troškovima zdravstva i izravna plaćanja *per capita* u međunarodnim dolarima korigiranim za paritet kupovne moći (PKM).

Prvi pokazatelj procjenjuje koliko kućanstva u svakoj zemlji troše na zdravlje izravno iz svog džepa te procjenjuje udio tih izravnih plaćanja u ukupnim zdravstvenim izdacima (WHO, 2020.). Na Grafikonu 5 vidimo da je Hrvatska 2017. imala najmanji udio izravnih plaćanja u ukupnim zdravstvenim izdacima (11%). Ne iznenađuje da najveće udjele imaju zemlje koje su imale i najveće udjele ukupnih privatnih domaćih sredstava za financiranje zdravstvenih izdataka u ukupnim tekućim troškovima zdravstva; Grčka (34,8%) i Švicarska (28,9%). Iako su SAD imale najveći udio ukupnih privatnih domaćih sredstava za financiranje zdravstvenih izdataka u ukupnim tekućim troškovima zdravstva, udio izravnih plaćanja u tim istim ukupnim tekućim troškovima zdravstva je u SAD-u među najnižima od promatranih zemalja (11%, kao i u Hrvatskoj). Razlog tome je što se većina privatne zdravstvene potrošnje u SAD-u financira putem privatnih zdravstvenih osiguranja.

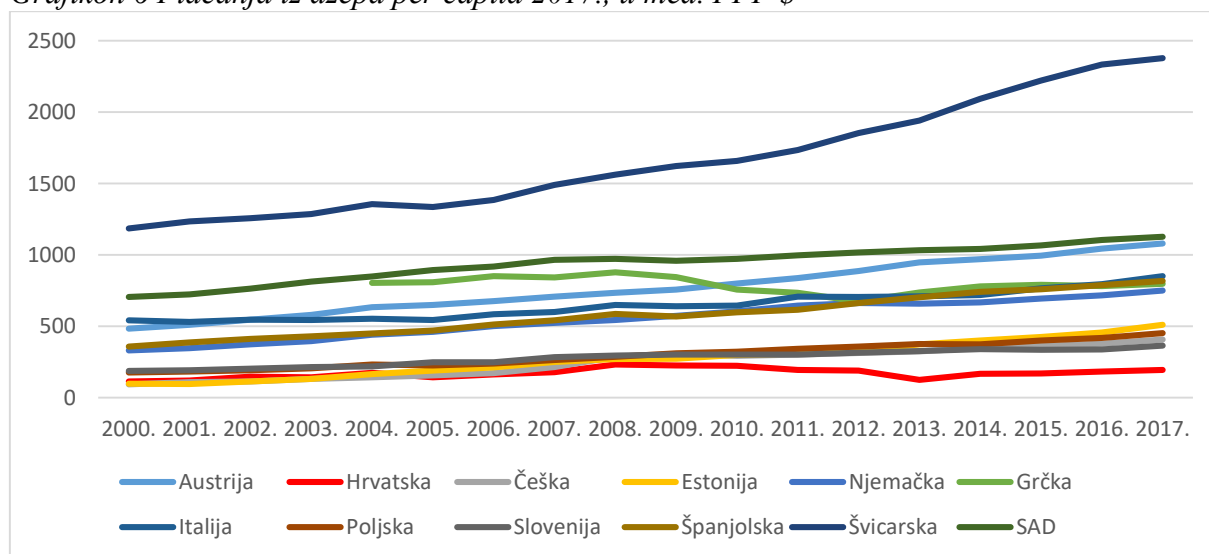
Grafikon 5 Udio izravnih plaćanja u ukupnim tekućim troškovima zdravstva 2017., u %



Izvor: Izradio autor na temelju podataka WHO-a

Drugi pokazatelj procjenjuje prosječne zdravstvene troškove putem plaćanja iz džepa po glavi stanovnika u usporedivoj valuti, uključujući kupovnu moć nacionalnih valuta u odnosu na američke dolare (WHO, 2020.). Na Grafikonu 6 vidljiv je opći trend rasta izravnih plaćanja *per capita* u međ. PPP \$ u promatranom razdoblju. Najviši rast zabilježen je u Austriji (sa 482,5 međ. PPP \$ na 1078,7 međ. PPP \$, odnosno 124%) i u Švicarskoj (sa 1185,1 međ. PPP \$ na 2378,6 int. PPP \$, odnosno 101%). U istom razdoblju izravna plaćanja po *per capita* u međunarodnom dolaru korigiranom za PKP u Hrvatskoj narasla su sa 112,4 međ. PPP \$ na 194,5 međ. PPP \$, odnosno 73%.

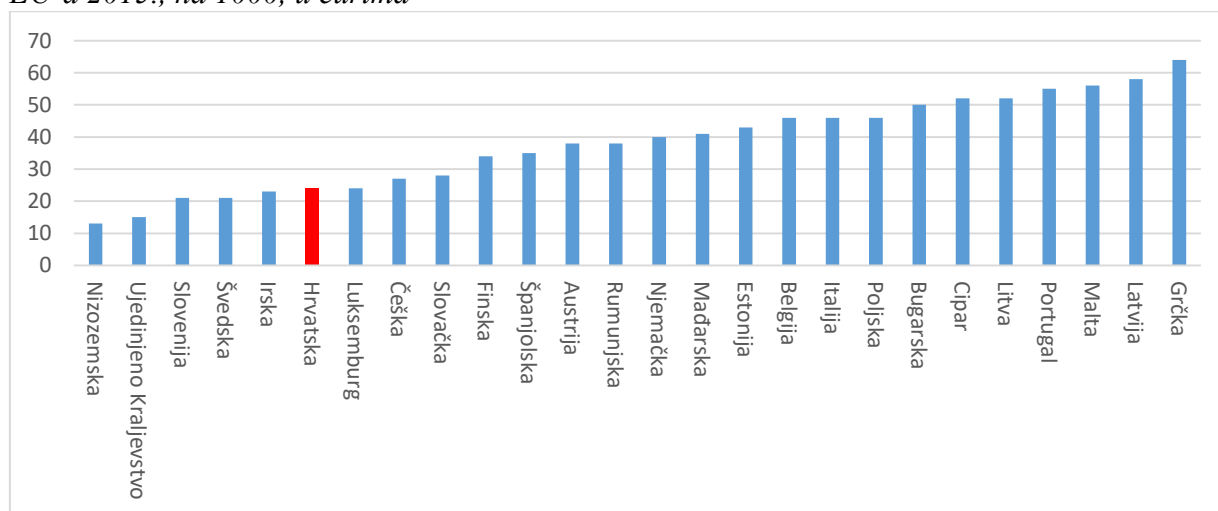
Grafikon 6 Plaćanja iz džepa *per capita* 2017., u međ. PPP \$



Izvor: Izradio autor na temelju podataka WHO-a

Ukoliko se uspoređuje potrošnja na razini kućanstva između zemalja EU-a prikazana na Grafikonu 7, također su vidljive različitosti pojedinih zdravstvenih sustava u promatranim zemljama. Na primjer, Grčka, koja je prema podacima WHO-a imala najveći udio izravnih plaćanja u ukupnim tekućim zdravstvenim izdacima, i prema dolje prikazanim podacima ima najveće prosječne izdatke kućanstva za potrošnju na zdravstvo na 1000 2015. godine (64 eura). Hrvatska se nalazi u skupini zemalja sa najnižim prosječnim izdacima kućanstva za potrošnju na zdravstvo sa 24 eura na 1000. I ovo je jedan od pokazatelja prostora za rast izvora financiranja zdravstva iz privatnih izvora.

Grafikon 7 Distribucija izdataka kućanstva za potrošnju na zdravstvo u Hrvatskoj i zemljama EU-a 2015., na 1000, u eurima



Izvor: Izradio autor na temelju ankete o potrošnji kućanstava 2017.

3.2. Struktura privatnih izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj

Kao što je već objašnjeno, privatne izdatke za zdravstvo u Republici Hrvatskoj možemo podijeliti na izdatke za dobrovoljna zdravstvena osiguranja i na izravna plaćanja, odnosno plaćanja iz džepa.

Kada govorimo o izdacima za dobrovoljna zdravstvena osiguranja, govorimo o izdacima za dopunsko, dodatno ili privatno zdravstveno osiguranje, koji su definirani Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (NN 85/06, 150/08, 71/10).

Dopunsko zdravstveno osiguranje može se u Hrvatskoj ugovoriti ili preko HZZO-a (cijena police dopunskog zdravstvenog osiguranja kod HZZO-a iznosi 840,00 kuna godišnje, odnosno 70,00 kuna mjesečno) ili kod nekoliko osiguravajućih društava (cijene police se razlikuju od društva do društva). Iako svi građani mogu ugovoriti dopunsko zdravstveno osiguranje kod privatnih osiguravajućih društava, samo građani koji imaju obvezno zdravstveno osiguranje pri

HZZO-u mogu ugovoriti i dopunsko kod istog. Ključna razlika između dopunskog osiguranja ugovorenog kod HZZO-a i osiguranja ugovorenog kod privatnih osiguravajućih društava je ta što se ugovorene premije kod HZZO-a izračunavaju prema veličini zajednice osiguranika, a kod privatnih osiguravajućih društava premije su uglavnom ovisne o dobi osiguranika. Ugovori su u oba slučaja jednogodišnji, a osiguranici uglavnom prvo sami plate uslugu, a zatim, nakon što račun pošalju osiguratelju, dobiju kompenzaciju. Iako je privatni sektor uključen na tržište dopunskog osiguranja, može se reći da HZZO još uvijek uživa povlaštenu poziciju na tom tržištu (Džakula et al., 2014.).

Nadalje postoji mogućnost ugovaranja dodatnog zdravstvenog osiguranja. Radi se o nadogradnji, odnosno osiguranju višeg standarda zdravstvene zaštite u odnosu na standard iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Dodatno osiguranje nude isključivo privatni osiguravatelji. Dodatnim osiguranjem ostvaruje se pravo na korištenje usluga sistematskih pregleda, specijalističkih pretraga, dijagnostičke obrade i obavljanje laboratorijskih pretraga. Na taj način korisnici izbjegavaju duge liste čekanja i nisu im potrebne uputnice kako bi ostvarili neku od pretraga (Šimović i Deskar-Škrbić, 2019.).

Uz navedena dobrovoljna osiguranja, prema Zakonu o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju u Hrvatskoj je moguće ugovoriti i privatno zdravstveno osiguranje. Radi se o nerazvijenom segmentu tržišta osiguranja. Često se izjednačava s dodatnim osiguranjem koji jamči viši standard usluga kao npr. odlazak na pregled u privatne zdravstvene ustanove. Privatnim se osiguranjem osigurava zdravstvena zaštita osobama koje borave u Hrvatskoj, a koji nisu osigurani obveznim zdravstvenim osiguranjem (Šimović i Deskar-Škrbić, 2019.). Iako je privatno zdravstveno osiguranje zakonski definirano, u praksi se skoro pa i ne koristi.

Ostvareni prihodi HZZO-a od premije dopunskog osiguranja 2019. bili su zadržani na gotovo istom nivou kao prethodne godine i iznosili su 833.726.068 kn. Broj važećih polica u dopunskom zdravstvenom osiguranju na dan 31.12.2019.godine bio je 2.311.960, s tim da je 1.705.614 osoba samo plaćalo policu dopunskog zdravstvenog osiguranja, a za 606.346 osiguranika polica je bila na teret Državnog proračuna. Ovaj podatak predstavlja nastavak trenda smanjenja broja osiguranika na teret proračuna, a rasta broj osiguranika koji sami plaćaju policu (Izješće o poslovanju HZZO-a za 2019.).

Osim HZZO-a, kao ponuđača dopunskog zdravstvenog osiguranja, građani u Republici Hrvatskoj su 2019. mogli dobrovoljna zdravstvena osiguranja ugovoriti u 12 privatnih osiguravajućih društava. Udio zaračunate bruto premije zdravstvenih osiguranja u ukupnoj

zaračunatoj bruto premiji 2019. iznosio je 8,17%, što s obzirom na godinu prije predstavlja rast od 16,5%. U apsolutnom iznosu, zaračunata bruto premija zdravstvenih osiguranja 2019. iznosila je 605 918 000 kn. Od zaračunate bruto premije zdravstvenih osiguranja 65,87% otpada na dopunsko osiguranje razlike iznad vrijednosti zdravstvenih usluga obveznog zdravstvenog osiguranja (dopunsko zdravstveno osiguranje), 31,24% na dopunsko zdravstveno osiguranje većega opsega prava i većeg standarda zdravstvenih usluga kojeg pokriva obvezno zdravstveno osiguranje (dodatno zdravstveno osiguranje), a 2,89% na ostala dragovoljna zdravstvena osiguranja.

Prema dostupnim podacima, 2019. u Hrvatskoj je bilo aktivnih 422 368 policia zdravstvenih osiguranja kod privatnih osiguravajućih društava, od kojih je samo jedna osoba bila osigurana privatnim zdravstvenim osiguranjem. Iako posljednjih godina raste ukupno tržište zdravstvenog osiguranja, tržište dodatnog osiguranja bilježi negativan trend, kao posljedica rasta tržišta dopunskog osiguranja. Trend rasta dopunskog osiguranja očekuje se i u budućnosti, budući da sve više osiguratelja imaju u ponudi tu vrstu osiguranja te se proces korištenja prava po policama dopunskog osiguranja informatizirao i unaprijedio. Važno je napomenuti da se većina premije i dalje nalazi u HZZO-u (HUO, 2019.). Prema podacima Eurostata, 2018. udio sredstava kojima se financira zdravstvena zaštita iz shema dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja u ukupnim sredstvima financiranja zdravstvene zaštite iznosio je 6,65%, što predstavlja jedan od većih udjela u EU.

Kada se govori o izravnim plaćanjima, odnosno plaćanjima iz džepa, govori se o zdravstvenim troškovima koje pojedinci podmiruju direktno iz vlastitog budžeta, dakle ne postoji dijele rizika i troškova materijalizacije rizika između zajednice osiguranika kao kod zdravstvenih osiguranja. Na ovu kategoriju privatne zdravstvene potrošnje otpada većina privatne zdravstvene potrošnje u Republici Hrvatskoj.

Najveći dio privatnih zdravstvenih izdataka u Hrvatskoj otpada na kategoriju lijekova, medicinskih pomagala i opreme. U tu kategoriju spadaju lijekovi, bilo na recept ili bez recepta, i ostala potrošna roba, medicinski uređaji i naprave, poput naočala i ostalih optičkih pomagala, slušnih pomagala, ortopedskih pomagala i ostalih prostetskih naprava te ostalih medicinskih uređaja i naprava, uključujući medicinsko-tehničke naprave. Najzastupljenija kategorija u troškovima privatne zdravstvene zaštite od spomenutih su lijekovi.

Tehnološki napredak kao pokretač rasta zdravstvenih troškova koji posljedično uzrokuju rasta zdravstvene potrošnje, najviše se osjeti u ovoj kategoriji privatnih izdataka za zdravstvo,

posebno kod lijekova, pomagala i medicinsko-tehničke opreme. Broz (2014.) navodi da “plaćanje iz vlastitog džepa” u prosjeku predstavlja veći izvor financiranja lijekova što je zemlja siromašnija te iako Hrvatska ne spada u najrazvijenije zemlje, u prosjeku je od 2007. do 2011. godine udio javnih izdataka za lijekove iznosio gotovo 80 posto. 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 u skladu s prethodno navedenim.

Osigurana osoba u okviru prava na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja ima pravo na korištenje lijekova koji su utvrđeni Odlukom o utvrđivanju Osnovne liste lijekova HZZO-a za zdravstveno osiguranje i Odlukom o utvrđivanju Dopunske liste lijekova HZZO-a za zdravstveno osiguranje¹. Institucionalno je u Hrvatskoj tržište lijekova uređeno Zakonom o lijekovima (Narodne novine, br. 76/2013.). Osnovna lista lijekova sadrži medikoekonomski najsvrsishodnije lijekove za liječenje svih bolesti. Referentna cijena lijekova (cijena koju HZZO plaća iz obveznog zdravstvenog osiguranja na razini najniže cijene koja garantira opskrbu osiguranih osoba HZZO-a) utvrđuje se u postupku javnog nadmetanja prema posebnim propisima. Dopunska lista lijekova sadrži lijekove s višom razinom cijene u odnosu na cijene iz osnovne liste lijekova pri čemu HZZO osigurava pokriće troškova u visini cijene ekvivalentnog lijeka određenog prema posebnom zakonu, s osnovne liste lijekova (HZZO, 2019.). Troškove cijene lijekova sa osnovne liste u potpunosti pokriva HZZO, a troškove cijene lijekova sa dopunske liste dijelom pokriva HZZO, a ostatak troškova osigurana osoba ili njezino dopunsko osiguranje. Za izdavanje lijeka po receptu građani bez dopuskog osiguranja plaćaju po 10 kuna.

Prema Izvješću o financijskim zdravstvenim pokazateljima za Hrvatsku u 2017. godini HZZJ-a, izravna plaćanja za lijekove, medicinska proizvode i pomagala za izvanbolničke pacijente iznosila su 1575,5 milijuna kuna, odnosno 57,5% ukupne privatne potrošnje kućanstava putem izravnog plaćanja. Od ukupnih izravnih plaćanja za lijekove, medicinske proizvode i pomagala za izvanbolničke pacijente, 1252 milijuna kuna ili 79% odnosilo se na izravna plaćanja za lijekove i ostalu potrošnu robu, a 323,5 milijuna kuna ili 21% na medicinske uređaje i naprave. Najveći dio izravnih plaćanja za lijekove i ostalu potrošnu robu otpada na

¹ Iznimno, osigurana osoba kod koje liječenje iz medicinskih razloga nije moguće provoditi lijekovima utvrđenim osnovnom i dopunskom listom lijekova HZZO-a, može ostvariti pravo na lijek koji nije utvrđen tim listama lijekova, pod uvjetom da je potrebu korištenja lijeka odobrilo povjerenstvo za lijekove bolnice u kojoj se osigurana osoba liječi, i to na teret sredstava bolničke zdravstvene ustanove koja je obvezna osigurati nabavu lijeka (HZZO, 2019.).

lijekove bez recepta, točnije 963,8 milijuna kuna ili 77%, odnosno 61% izravnih plaćanja za lijekove, medicinske proizvode i pomagala za izvanbolničke pacijente ili 35% ukupnih izravnih plaćanja.

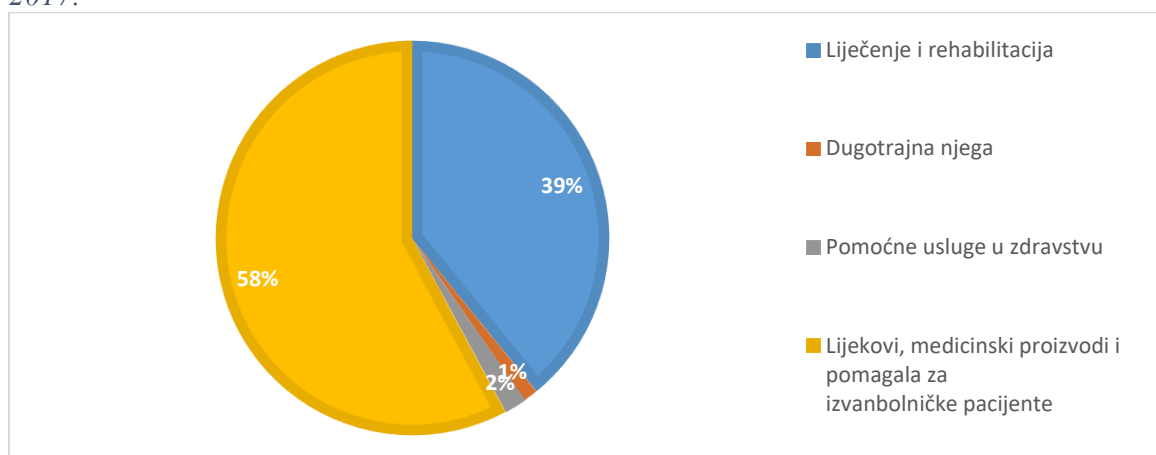
Privatna potrošnja kućanstava putem izravnog plaćanja za liječenje i rehabilitaciju 2017. iznosila je 1065,7 milijuna kuna, odnosno 39% ukupne privatne potrošnje kućanstava putem izravnog plaćanja. Najveći dio izravnih plaćanja za liječenje i rehabilitaciju otpada na kategoriju liječenje 950,7 milijuna kuna, odnosno 89%, a unutar njih najdominantnija kategorija je izvanbolničko liječenje (izravna plaćanja od 901,3 milijuna kuna, što čini 85% izravnih plaćanja za liječenje i rehabilitaciju i 33% ukupne privatne potrošnje kućanstava putem izravnog plaćanja.

Izravna plaćanja za kategoriju dugotrajna njega iznosila su 2017. 32,7 milijuna kuna, što je činilo malo iznad 1% ukupne privatne potrošnje kućanstava putem izravnog plaćanja. Dominantna kategorija dugotrajne njege je stacionarna dugotrajna njega, koja je iznosila 32,4 milijuna kuna, odnosno 99% izravnih plaćanja za dugotrajnu njegu.

Izravna plaćanja za kategoriju pomoćne usluge u zdravstvu iznosila su 2017. 49,9 milijuna kuna, odnosno malo ispod 2% ukupne privatne potrošnje kućanstava putem izravnih plaćanja. Dvije kategorije izravnih plaćanja za pomoćne usluge u zdravstvu, klinički laboratoriji i dijagnostičko snimanje, obuhvaćale su jednak dio izravnih plaćanja za pomoćne usluge u zdravstvu (svaki sa 24,9 milijuna kuna).

Opisane kategorije privatne potrošnje kućanstava putem izravnog plaćanja prikazane su na Grafikonu 8.

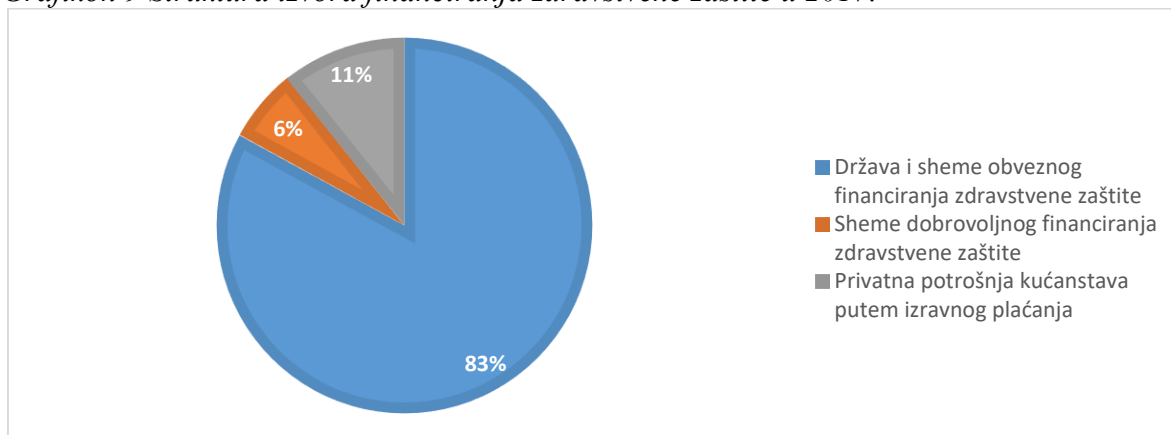
Grafikon 8 Struktura privatne potrošnje kućanstava na zdravstvo putem izravnih plaćanja u 2017.



Izvor: Izradio autor na temelju Izvješća o financijskim zdravstvenim pokazateljima za Hrvatsku u 2017. godini HZJZ-a

Ukupna privatna potrošnja kućanstava na zdravstvo putem izravnih plaćanja 2017. iznosila je 2723,8 milijuna kuna, što je predstavljalo 10,7% ukupne potrošnje na zdravstvo u Republici Hrvatskoj (udio vrlo blizu procjene WHO-a od 11%), kako je i prikazano na Grafikonu 9.

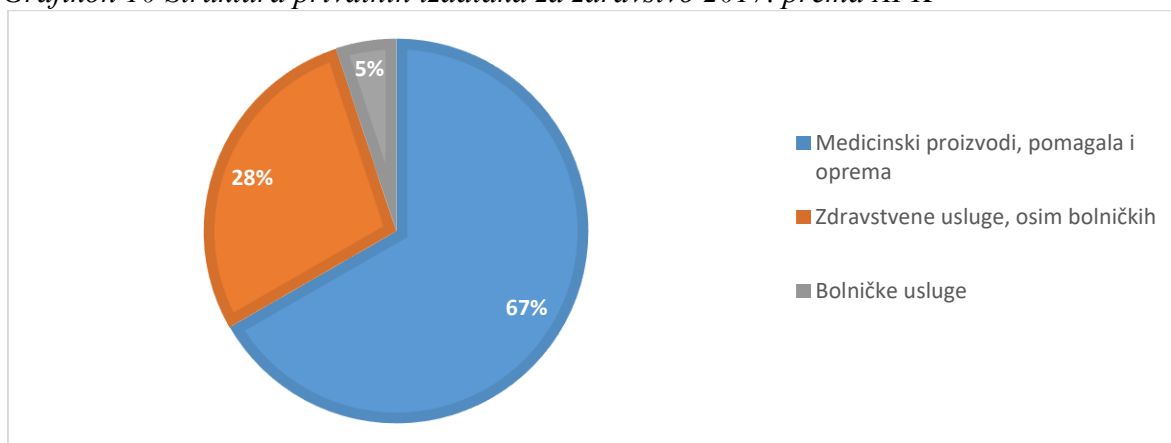
Grafikon 9 Struktura izvora financiranja zdravstvene zaštite u 2017.



Izvor: Izradio autor na temelju Izvješća o financijskim zdravstvenim pokazateljima za Hrvatsku u 2017. godini HZJZ-a

Kako će se u sljedećem poglavlju ovog rada prikazati analiza povezanosti privatnih izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj s obilježjima pojedinaca u općoj populaciji na temelju podataka iz Ankete o potrošnji kućanstava DZS-a, koja prikazuje privatne izdatke za zdravstvo na razini kućanstva, na Grafikonu 10 prikazana je i struktura privatnih izdataka na razini kućanstva u Republici Hrvatskoj 2017.

Grafikon 10 Struktura privatnih izdataka za zdravstvo 2017. prema APK



Izvor: Izradio autor na temelju Ankete o potrošnji kućanstava DZS-a 2017.

Prema podacima iz Ankete o potrošnji kućanstva, 2017. kućanstvo u Hrvatskoj je prosječno izdavalo 2215 kuna na zdravstvo, što predstavlja 2,7 ukupnih prosječnih izdataka kućanstva te godine. Od tih 2215 kuna, 1477 kuna izdvajano je za medicinske proizvode, pomagala i opremu (67%), 626 kuna na zdravstvene usluge, osim bolničkih (28%) i 112 kuna na bolničke usluge (5%). Najveća stavka izdataka za medicinske proizvode, pomagala i opremu bila je stavka

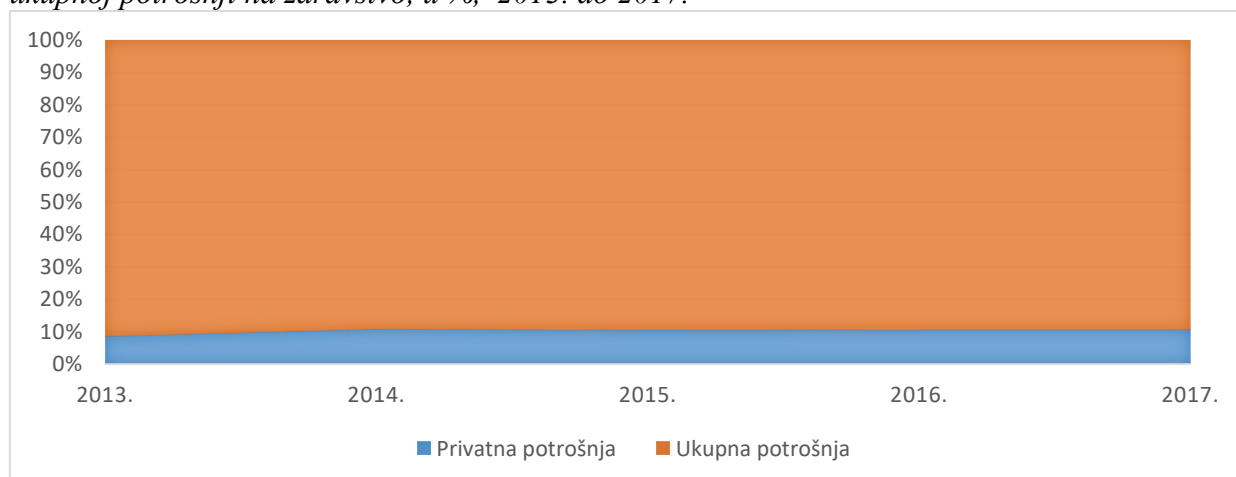
farmaceutski proizvodi (84,6% izdataka za medicinske proizvode, pomagala i opremu). Najveća stavka izdataka za zdravstvene usluge, osim bolničkih, bila je stavka stomatološke usluge (53,6%).

3.3. Trendovi u financiranju privatne zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Kao što je već navedeno, prema podacima WHO-a, u razdoblju od 2000. do 2017. izravna plaćanja po per capita u međunarodnom dolaru korigiranom za PKM u Hrvatskoj narasla su sa 112,4 međ. PPP \$ na 194,5 međ. PPP \$, odnosno 73%.

Iako je u razdoblju od 2013. do 2017. došlo do rasta privatne potrošnje kućanstava na zdravstvo putem izravnih plaćanja (sa 1911,2 milijuna kuna 2013. na 2723,8 milijuna kuna 2017.), zbog istovremenog rasta ukupne zdravstvene potrošnje (sa 22257,6 milijuna kuna 2013. na 25464,1 milijuna kuna 2017.), udio privatne potrošnje u ukupnoj se nakon naglog rasta sa 2013. na 2014. stabilizirao na otprilike 10,7% u narednim godinama (Grafikon 11).

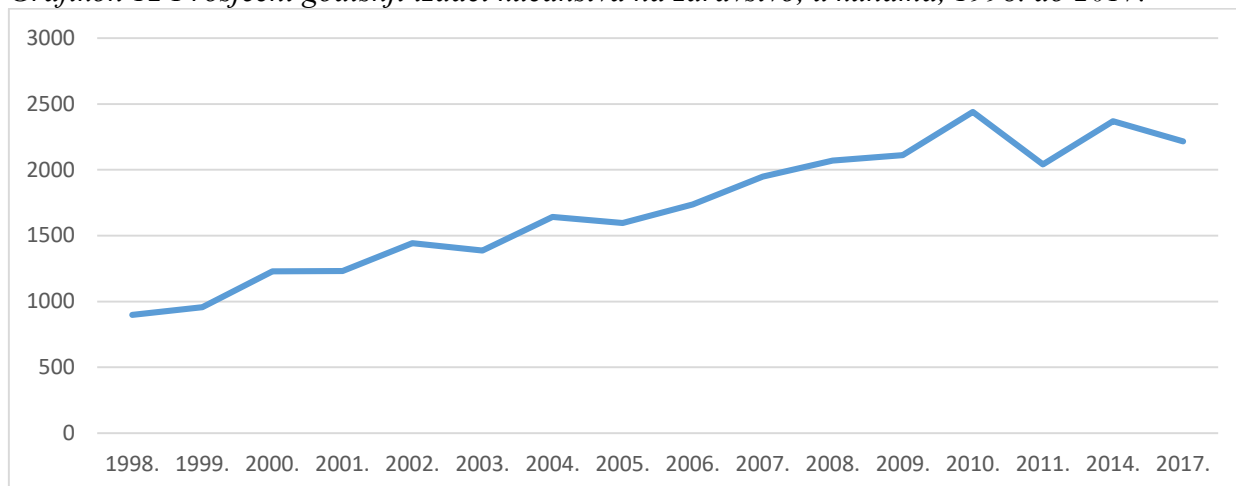
Grafikon 11 Udio privatne potrošnje kućanstava na zdravstvo putem izravnih plaćanja u ukupnoj potrošnji na zdravstvo, u %, 2013. do 2017.



Izvor: Izradio autor na temelju Izvješća o financijskim zdravstvenim pokazateljima za Hrvatsku u 2017. godini HZJZ-a

Kad se analizira potrošnja na razini svakog kućanstva (Grafikon 12), vidljiv je trend rasta prosječnih godišnjih izdataka kućanstva na zdravstvo u razdoblju od 1998. do 2017. Nakon ubrzanijeg rasta u razdoblju od 1998. do 2008. (sa 898 kuna na 2071 kuna, rast od 131%), koji je bio posljedica općenitog rasta gospodarstva i životnog standarda u tom razdoblju, a samim time i rasta i razvitka hrvatskog zdravstvenog sustava i tržišta zdravstvene zaštite, s početkom financijske krize dolazi do usporavanja rasta, a veći pad izdataka za zdravstvo zabilježen je sa 2010. na 2011. (sa 2439 kuna na 2040 kuna), u jeku recesije hrvatskog gospodarstva. U idućem trogodišnjem razdoblju izdaci za zdravstvo ponovno rastu (2369 kuna 2014.), da bi do 2017. ponovno došlo do pada na 2215 kuna.

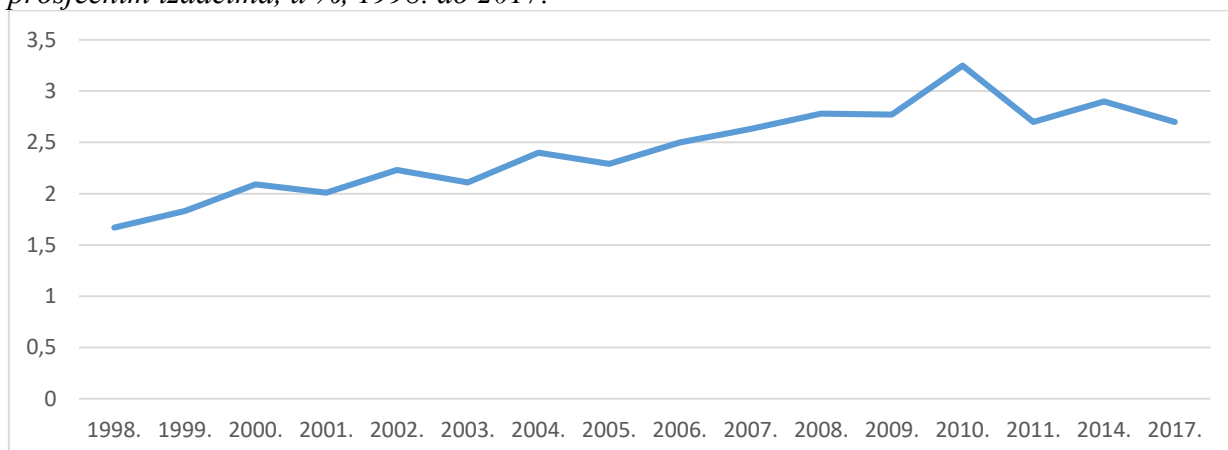
Grafikon 12 Prosječni godišnji izdaci kućanstva na zdravstvo, u kunama, 1998. do 2017.



Izvor: Izradio autor na temelju podataka DZS-a

Kretanje udjela prosječnih godišnjih izdataka kućanstva na zdravstvo u ukupnim prosječnim izdacima (Grafikon 13) skoro identično prati kretanje prosječnih godišnjih izdataka kućanstva na zdravstvo u promatranom razdoblju. Udio je sa 1,67% 1998. narastao na 2,7% 2017.

Grafikon 13 Udio prosječnih godišnjih izdataka kućanstva za zdravstvo u ukupnim prosječnim izdacima, u %, 1998. do 2017.



Izvor: Izradio autor na temelju podataka DZS-a

4. Povezanost financijskih izdataka za privatnu zdravstvenu zaštitu s obilježjima pojedinaca u Republici Hrvatskoj

4.1. Metodologija i podaci

U prvom dijelu empirijske analize koristit će podaci iz Rezultata Ankete o potrošnji kućanstava Državnog zavoda za statistiku. Anketa o potrošnji kućanstava (APK) jest istraživanje koje se provodi na uzorku privatnih kućanstava. Anketom se prikupljaju podaci o izdacima za potrošnju kućanstava te podaci o socioekonomskim i demografskim obilježjima kućanstava. Anketa se provodila kao godišnje istraživanje do 2011., a nakon toga se periodika provođenja promijenila u višegodišnju. Svrha provođenja APK jest dati sliku visine i strukture izdataka za potrošnju kućanstava prema klasifikaciji osobne potrošnje prema namjeni te prema različitim socioekonomskim obilježjima kućanstva. Anketa se provodi u skladu s metodološkim preporukama Eurostata te međunarodnim standardima i klasifikacijama. Struktura izdataka za potrošnju kućanstava prati se prema međunarodnoj klasifikaciji COICOP (engl. *Classification of Individual Consumption by Purpose*). Kućanstvo je svaka obiteljska ili druga zajednica osoba koje zajedno stanuju i zajednički troše svoje prihode za podmirivanje osnovnih životnih potreba (hrana, stanovanje i drugo). Kućanstvom se smatra i svaka osoba koja živi sama (jednočlano kućanstvo). Za svako anketirano kućanstvo definira se referentna osoba. Prema metodologiji to je osoba koja najviše pridonosi proračunu kućanstva, odnosno iz čijih se primanja podmiruje većina izdataka anketiranoga kućanstva. Socioekonomska obilježja, položaj u zaposlenju, spol, dob i ostala obilježja referentne osobe koriste se za analize i klasificiranje kućanstava, izvođenje procjena potrošnje i prezentiranje rezultata. Stoga je određivanje referentne osobe važno jer ona svojim obilježjima predstavlja cijelo kućanstvo.

U Anketi referentna osoba jest nositelj kućanstva. Izdaci za potrošnju kućanstva podrazumijevaju novčanu i naturalnu potrošnju proizvoda i usluga koji služe podmirivanju životnih potreba članova toga kućanstva. Kako bi se za svako kućanstvo odredila ravnomjerna proporcija (vrijednost) potrošnje prema njegovim potrebama u izračunima se koriste ekvivalentne skale. Za potrebe ove Ankete primijenjena je modificirana OECD-ova skala. Prema toj skali nositelju kućanstva dodjeljuje se faktor (vrijednost) 1, svakoj drugoj odrasloj osobi od 14 i više godina faktor 0,5, a svakom djetetu do 14 godina faktor 0,3. Socioekonomski status kućanstva određen je vrstom posla nositelja kućanstva koji je pretežito obavljao u

referentnom razdoblju (status aktivnosti). Status aktivnosti opisuje se sljedećim kategorijama: fizički radnik (u privatnome ili javnom sektoru), nefizički radnik (u privatnome ili javnom sektoru), samozaposlen (uključuje i poljoprivrednike), nezaposlen, umirovljenik i ostali neaktivni (nesposoban za rad, studenti, kućanice).

Ekonomska situacija kućanstva određena je brojem zaposlenih članova kućanstava koja se razvrstavaju na: kućanstva u kojima rade i nositelj i supružnik i najmanje još jedna osoba radi ili nijedna druga osoba ne radi; kućanstva u kojima radi ili nositelj ili supružnik i najmanje još jedna osoba radi ili nijedna druga osoba ne radi te kućanstva u kojima ne rade ni nositelj ni supružnik i barem jedna druga osoba radi ili nijedna druga osoba ne radi. Potrošačke skupine oblikuju se prema udjelu potrošnje po odraslom ekvivalentu u prosječnoj potrošnji. Potrošačke skupine dijele se na sljedeće: manje od 0,4; od 0,4 do 0,6; od 0,6 do 0,8; od 0,8 do 1,2; od 1,2 do 1,6 te 1,6 i više, npr. u kućanstvu koje je u potrošačkoj skupini od 1,2 do 1,6 potrošnja je od 20 do 60% veća od prosječne. Decilni razredi izdataka oblikuju se podjelom osnovnog skupa na deset jednakih dijelova izračunavanjem prosječnih izdataka po kućanstvu, razvrstavanjem kućanstva prema visini izdataka od najniže prema najvišoj te svrstavanjem svakoga pojedinoga kućanstva iz osnovnog skupa u pripadajući decil. Tako se u prvom (1.) decilu nalaze kućanstva koja imaju najniže godišnje izdatke. U drugom (2.) decilu nalaze se kućanstva čiji su godišnji izdaci veći od onih koja se nalaze u prvom decilu i manji od godišnjih izdataka kućanstava koja se nalaze u trećem decilu. U trećem (3.) decilu nalaze se kućanstva čiji su godišnji izdaci veći od onih koji se nalaze u drugom decilu i manji od godišnjih izdataka koji se nalaze u četvrtom decilu itd. Kućanstva koja se nalaze u desetom decilu imaju najviše godišnje izdatke (DZS, 2019.).

U analizi su korišteni rezultati APK iz 2008., 2011., 2014. i 2017. Promatrat će se izdaci za zdravstvo koji uključuju izdatke za kupnju farmaceutskih proizvoda, terapijskih pomagala i opreme te izdatke za zdravstvene usluge te visina navedenih izdataka prema različitim kategorijama kućanstava prema dohodovnim razredima, socioekonomskom statusu, prema potrošačkim skupinama i prema ekonomskoj situaciji kućanstva. Podaci su izraženi kao prosječni godišnji izdaci za zdravstvo po kućanstvu i kao prosječni godišnji izdaci po odraslom ekvivalentu. Navedeni podaci bit će opisani metodama deskriptivne statistike, prvenstveno pomoću grafičkih prikaza.

U drugom dijelu analize koristit će se podaci iz studije „SHARE – Istraživanje o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi“, koje nudi širok raspon varijabli koje su dovoljne za izradu planiranih analiza. SHARE je multidisciplinarno i međunarodno panel istraživanje kojim se

prikupljaju mikropodaci o zdravlju, socioekonomskom statusu, socijalnim i obiteljskim mrežama. U dvogodišnjim valovima istraživanja intervjuiraju se osobe u dobi od 50 i više godina iz 27 europskih zemalja i Izraela. Dosad je, od prvog vala koji je proveden 2004., provedeno ukupno sedam valova studije, tijekom koje je provedeno preko 380.000 intervju a obuhvaćeno je približno 140.000 pojedinaca. U ovom radu analizirani su podaci iz šestog vala, koji se provodio 2015. godine u 17 europskih zemalja, između ostalog i Hrvatskoj, i Izraelu. Korištena baza podataka šestog vala sadrži podatke koji obuhvaćaju ekonomske varijable, zdravstvene varijable, biomarkere, psihološke varijable, demografske varijable i varijable socijalne potpore. U analizi će se koristiti podaci o 68188 intervjuiranih pojedinaca koji su odgovorili na pitanja iz upitnika. Istražit će se povezanost ukupnih izravnih plaćanja ili plaćanja iz džepa za zdravstvo i pojedinih kategorija ukupnih izravnih plaćanja (izravna plaćanja za posjete liječniku, za lijekove, za posjete zubaru, za posjete bolnicama i drugim ustanovama, za kućnu njegu, za staračke domove i za medicinsku opremu) i obilježja pojedinaca iz baze podataka poput spola, obrazovanja, dobi, radnog statusa, kvalitete zdravlja, itd. Svi su podaci prije analize konvertirani u eure i korigirani za paritet kupovne moći (PPP). Podaci su izraženi kao prosječni izravni izdaci u eurima u posljednjih 12 mjeseci po svakoj promatranoj zemlji. Korištenjem metoda deskriptivne (grafički i tablični prikazi) i inferencijalne statistike (regresija i t-test značajnosti varijabli) opisać će se navedeni odnosi u svrhu ispunjenja cilja rada.

4.2. Analiza povezanosti privatnih izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj s obilježjima pojedinaca u općoj populaciji

U prvom dijelu empirijske analize analiziraju se izravni izdaci za zdravstvo prema obilježjima pojedinaca u općoj populaciji na temelju APK iz 2008., 2011., 2014. i 2017. Analiziraju se izravni izdaci za zdravstvo prema dohodovnim decilima, socioekonomskom statusu kućanstva, pripadnosti potrošačkim skupinama i ekonomskoj situaciji kućanstva.

Tablica 4 Struktura ukupnih prosječnih godišnjih izravnih izdataka za zdravstvo po kućanstvu, 2008. - 2017.

	2008.		2011.		2014.		2017.	
	pros. po. kuć., u kn	% uk. izrav. izdat., %	pros. po. kuć., u kn	% uk. izrav. izdat., %	pros. po. kuć., u kn	% uk. izrav. izdat., %	pros. po. kuć., u kn	% uk. izrav. izdat., %
Ukupni izdaci za zdravstvo	2071	100	2040	100	2369	100	2215	100
Izdaci za medicinske proizvode,	1302	62,86	1569	76,9	1655	69,8	1477	66,7

pomagala i opremu								
Izdaci za zdravstvene usluge, osim bolničkih	729	35,17	460	22,5	640	27	626	28,3
Izdaci za bolničke usluge	40	1,97	11	0,6	74	3,2	112	5

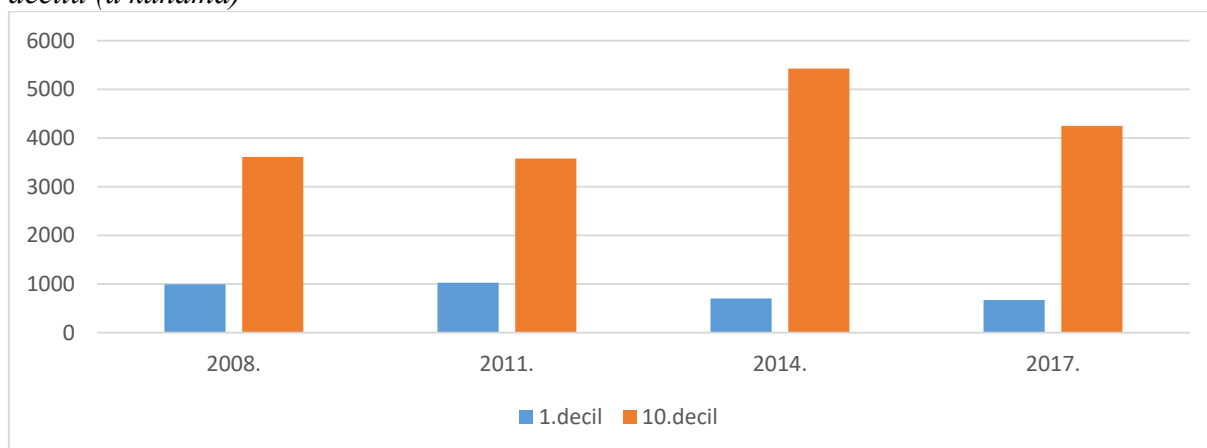
Izvor: Izradio autor na temelju Rezultata Anketa o potrošnji kućanstava 2008., 2011., 2014. i 2017.

Dominantna kategorija izravnih izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj su izdaci za medicinske proizvode, pomagala i opremu, što se prije svega odnosi na izdatke za lijekove. Udio spomenutih izdataka u ukupnim izdacima u promatranim godinama nije padao ispod 62%, sa rekordnim iznosom od 76,9% 2011. (vrijeme recesije u Hrvatskoj; u teškim financijskim vremenima ljudi troše samo na ono najnužnije, a to su prije svega hrana i lijekovi). Izdaci za zdravstvene usluge, osim bolničkih, u promatranom se razdoblju kreću u udjelu od 22,5 do 35,17% ukupnih izdataka za zdravstvo, a izravni izdaci za bolničke usluge jedva su primjetni u potrošnji kućanstava, najviši udio u ukupnim izdacima 5% 2017.

4.2.1. Izravni izdaci za zdravstvo i dohodak

Na Grafikonu 14 vidljivo je da najsiromašnijih 10% kućanstava u Hrvatskoj u prosjeku troši puno manji apsolutni iznos na zdravstvo od 10% najbogatijih kućanstava (u promatranom razdoblju prosječno malo ispod pet puta manje).

Grafikon 14 Prosječni godišnji izravni izdaci za zdravstvo po kućanstvu u 1. i 10. dohodovnom decilu (u kunama)

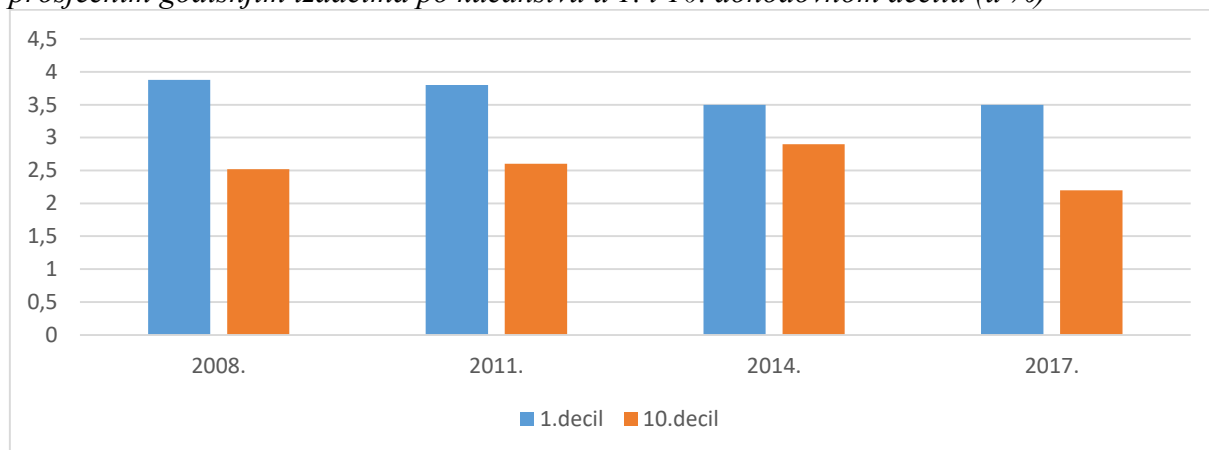


Izvor: izradio autor na temelju Rezultata Anketa o potrošnji kućanstava 2008., 2011., 2014. i 2017.

No, promatra li se koliki dio njihovih ukupnih izdataka obuhvaća toliki iznos potrošnje na zdravstvo vidi se da, iako apsolutno troše manje, relativno 10% najsiromašnijih kućanstava izdvaja više za potrošnju na zdravstvo nego 10% najbogatijih (Grafikon 15). U promatranom

razdoblju izravni izdaci za zdravstvo su prosječno obuhvaćali 3,67% ukupnih izdataka za potrošnju kućanstava u 1. decilu, a 2,56% ukupnih izdataka za potrošnju kućanstava u 10. decilu.

Grafikon 15 Udio prosječnih godišnjih izravnih izdataka za zdravstvo po kućanstvu u ukupnim prosječnim godišnjim izdacima po kućanstvu u 1. i 10. dohodovnom decilu (u %)



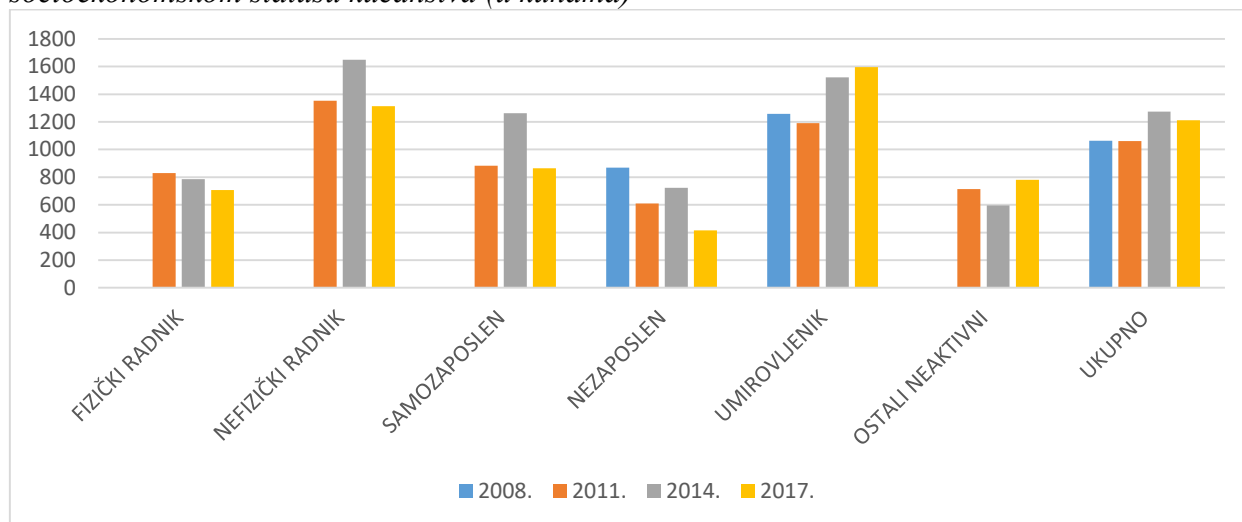
Izvor: izradio autor na temelju Rezultata Anketa o potrošnji kućanstava 2008., 2011., 2014. i 2017.

4.2.2. Izravni izdaci za zdravstvo i socioekonomski status kućanstva

U ovom i idućim odlomcima, zbog dostupnosti podataka, koristit će se prosječni godišnji izdaci po odraslom ekvivalentu umjesto prosječnih godišnjih izdataka po kućanstvu. Odrasli ekvivalent je mjerilo s pomoću kojega se svi članovi u jednom kućanstvu svode na odraslu osobu.

Na Grafikonu 16 vidljivo je da za izravne izdatke u Hrvatskoj u promatranom razdoblju u apsolutnom iznosu najviše izdvajaju nefizički radnici (1439 kn po odraslom ekvivalentu) i umirovljenici (1392 kn po odraslom ekvivalentu). Jedni i drugi ujedno izdvajaju i, u apsolutnom iznosu, više od ukupnog prosjeka po odraslom ekvivalentu (1153 kn po odraslom ekvivalentu).

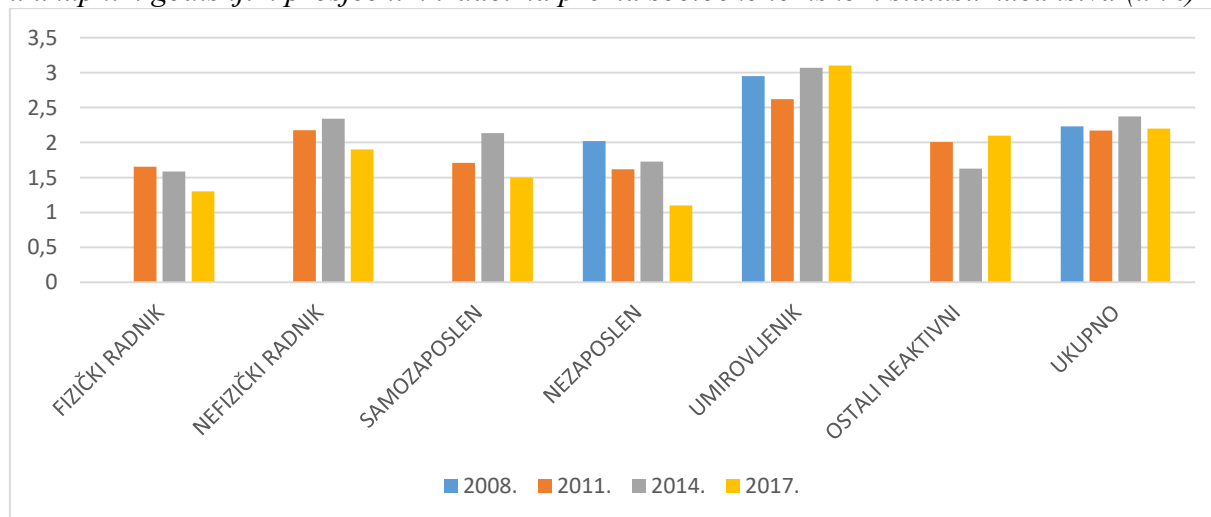
Grafikon 16 Prosječni godišnji izravni izdaci za zdravstvo po odraslom ekvivalentu prema socioekonomskom statusu kućanstva (u kunama)



Izvor: izradio autor na temelju Rezultata Anketa o potrošnji kućanstava 2008., 2011., 2014. i 2017.

Ukoliko se promatra kojoj od navedenih socioekonomskih skupina izravni izdaci za zdravstvo obuhvaćaju najveći dio ukupnih izdataka u promatranom razdoblju (Grafikon 17) vidljivo je da jedino kod umirovljenika u promatranom razdoblju izravni izdaci za zdravstvo obuhvaćaju veći dio ukupnih izdataka od ukupnog prosjeka po odraslom ekvivalentu (2,93% naspram 2,24%). Očito se viši apsolutni iznosi izravnih izdataka za zdravstvo kod nefizičkih radnika od ukupnog prosjeka mogu pripisati i njihovom većem raspoloživom dohotku od prosjeka.

Grafikon 17 Udio prosječnih godišnjih izravnih izdataka za zdravstvo po odraslom ekvivalentu u ukupnim godišnjim prosječnim izdacima prema socioekonomskom statusu kućanstva (u %)

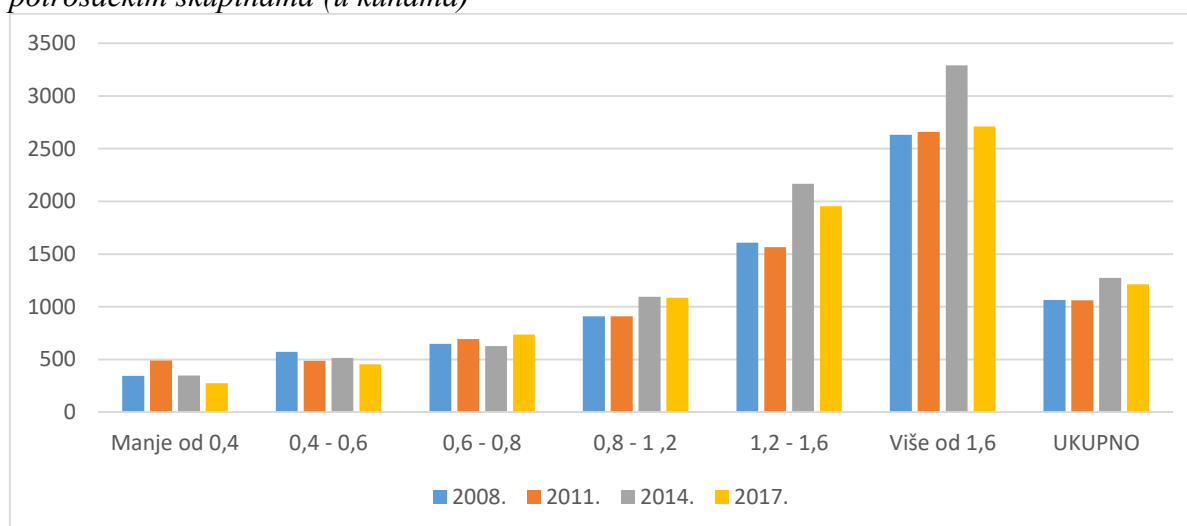


Izvor: izradio autor na temelju Rezultata Anketa o potrošnji kućanstava 2008., 2011., 2014. i 2017.

4.2.3. Izravni izdaci i potrošačke skupine

Na grafikonu 18 vidljivo je da u promatranom razdoblju za izravne izdatke na zdravstvo godišnje u prosjeku apsolutno najviše izdvajaju potrošači u skupinama koji troše 20 do 60% i 60% više od prosjeka (1824 i 2823 kn po odraslom ekvivalentu naspram prosjeka od 1153 kn po odraslom ekvivalentu). Razloge za njihovu veću potrošnju možemo tražiti u istom objašnjenju kao i kod usporedbe izdataka nefizičkih radnika i ostalih socioekonomskih skupina, a to je prije svega veći raspoloživi dohodak od usporedivih skupina, što zdravlje kod tih potrošača stavlja u kategoriju nužnog, a ne luksuznog dobra, kao kod potrošača s manjim raspoloživim dohotkom.

Grafikon 18 Prosječni godišnji izravni izdaci za zdravstvo po odraslom ekvivalentu po potrošačkim skupinama (u kunama)

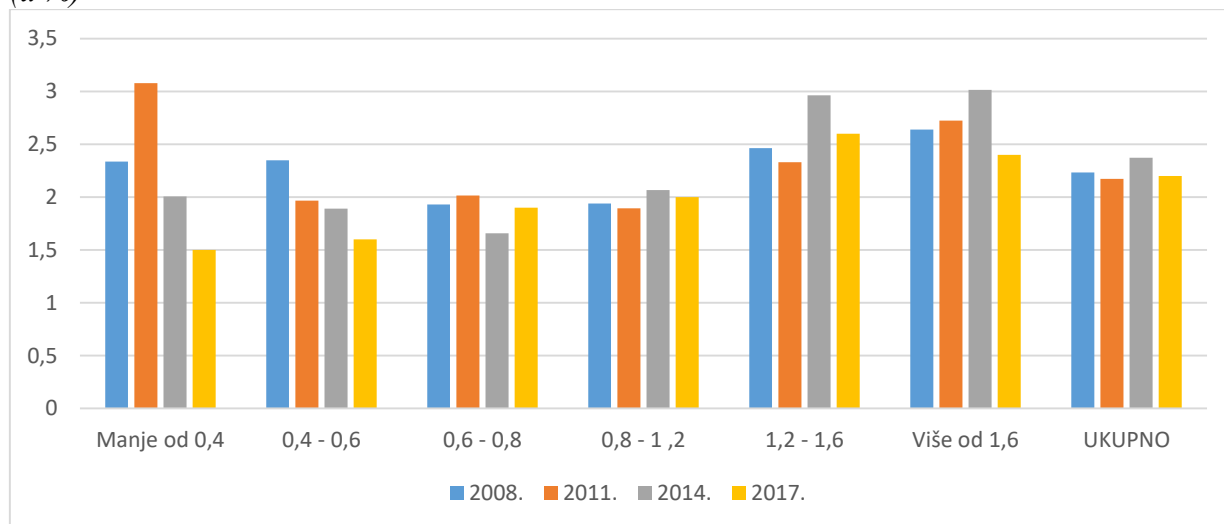


Izvor: izradio autor na temelju Rezultata Anketa o potrošnji kućanstava 2008., 2011., 2014. i 2017.

Ukoliko se promatra kojima od potrošačkih skupina izravni izdaci za zdravstvo obuhvaćaju najveći dio ukupnih izdataka u promatranom razdoblju, vidljivo je iz Grafikona 19 da su iznadprosječne vrijednosti udjela izravnih izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima prisutne kod potrošačkih skupina koje troše više od 60% manje od prosjeka (ali samo u dvije od četiri promatrane godine, 2008. i 2011. i to 2,71% naspram 2,2%) te potrošačkih skupina za koje smo utvrdili da apsolutno troše najviše izravno za zdravstvo; potrošači u skupinama koji troše 20 do 60% i 60% više od prosjeka (2,59% i 2,7% naspram 2,24%). Treba napomenuti da, iako se trend iznadprosječnog udjela izravnih izdataka za zdravstvo u ukupnim izdacima zadržao kroz cijelo razdoblje kod potrošačkih skupina koje troše 20 do 60% i 60% više od prosjeka, 2014. i 2017. (za razliku od 2008. i 2011.) potrošači u skupini koja troši više od 60% manje od

prosječna ipak su ispodprosječan dio ukupnih izdataka izdvajali izravno na zdravstvo, što predstavlja promjenu trenda.

Grafikon 19 Udio prosječnih godišnjih izravnih izdataka za zdravstvo po odraslom ekvivalentu u ukupnim prosječnim godišnjim izdacima po odraslom ekvivalentu po potrošačkim skupinama (u %)

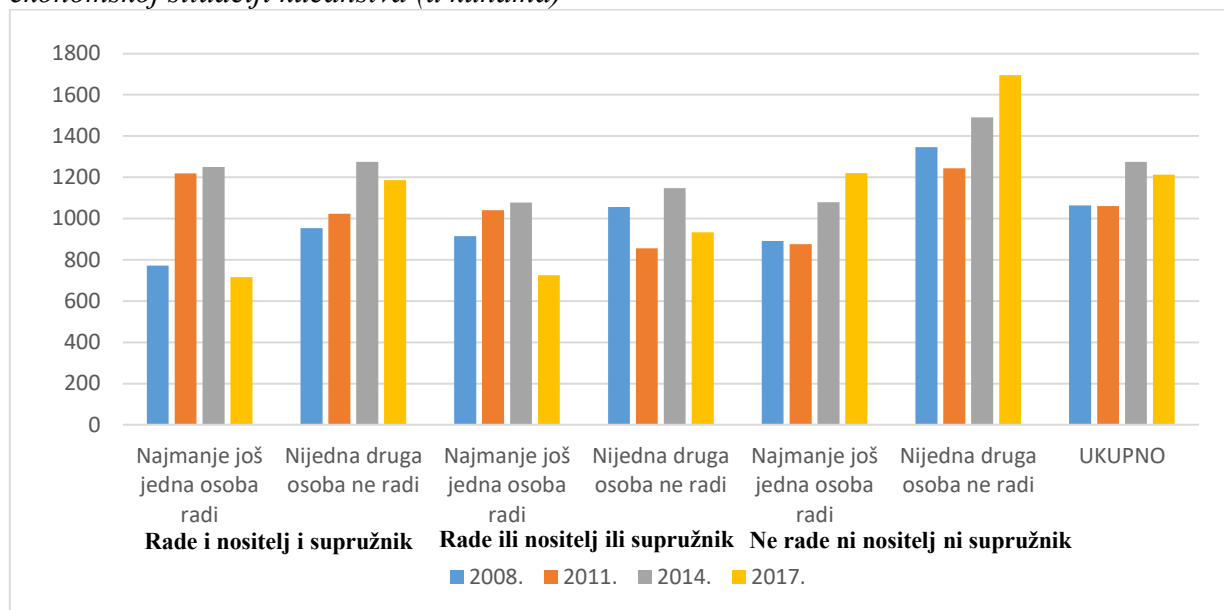


Izvor: izradio autor na temelju Rezultata Anketa o potrošnji kućanstava 2008., 2011., 2014. i 2017.

4.2.4. Izravni izdaci i ekonomska situacija kućanstva

Na Grafikonu 20 vidljivo je da u promatranom razdoblju godišnje u prosjeku najviše apsolutno izravno izdvajaju za zdravstvo osobe koje žive u kućanstvu u kojem ne rade ni nositelj ni supružnik, a ni nijedna druga osoba (1444 kn po odraslom ekvivalentu naspram prosjeka od 1153 kn po odraslom ekvivalentu), što sugerira da su te osobe ili umirovljenici (za koje smo utvrdili da apsolutno i relativno najviše izdvajaju za zdravstvo) ili nezaposleni zbog nesposobnosti za rad uzrokovane pogoršanim zdravstvenim stanjem što zahtjeva veće izdatke za zdravstvo).

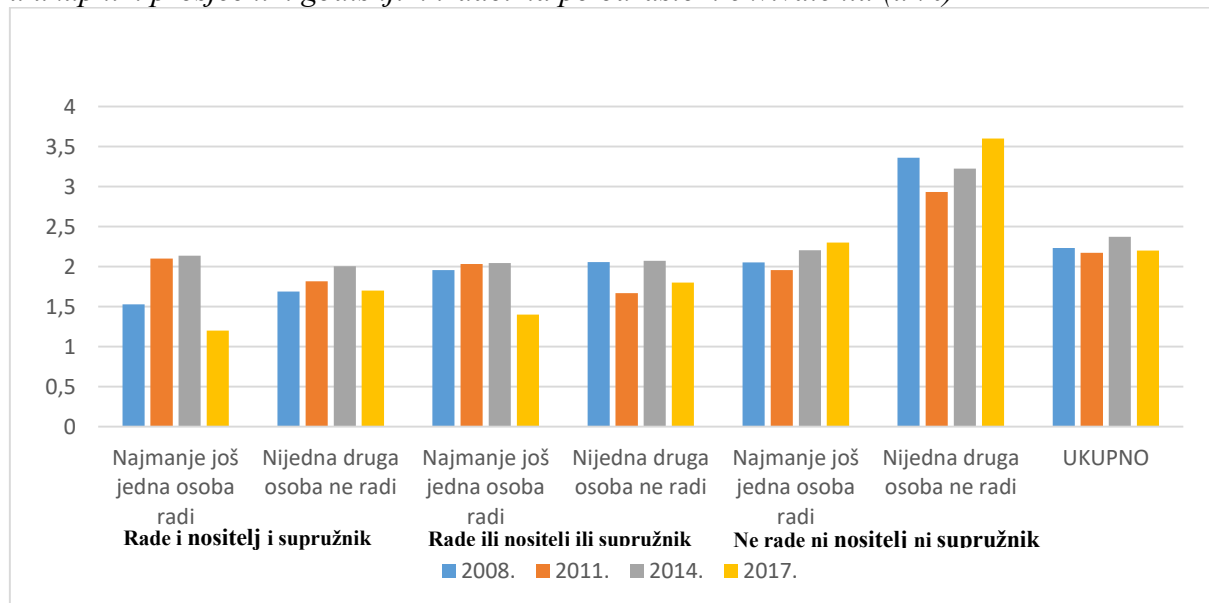
Grafikon 20 Prosječni godišnji izravni izdaci za zdravstvo po odraslom ekvivalentu prema ekonomskoj situaciji kućanstva (u kunama)



Izvor: izradio autor na temelju Rezultata Anketa o potrošnji kućanstava 2008., 2011., 2014. i 2017.

Ukoliko se promatra kojim kućanstvima izravni izdaci za zdravstvo obuhvaćaju najveći dio ukupnih izdataka u promatranom razdoblju (Grafikon 21), vidljivo je da i relativno osobe koje žive u kućanstvu u kojem ne rade ni nositelj ni supružnik, a ni nijedna druga osoba, najviše izdvajaju za zdravstvo (3,28% naspram 2,24%).

Grafikon 21 Udio prosječnih godišnjih izravnih izdataka za zdravstvo po odraslom ekvivalentu u ukupnim prosječnim godišnjim izdacima po odraslom ekvivalentu (u %)



Izvor: izradio autor na temelju Rezultata Anketa o potrošnji kućanstava 2008., 2011., 2014. i 2017.

4.3. Analiza povezanosti privatnih izdataka za zdravstvo u Republici Hrvatskoj s obilježjima pojedinaca s posebnim naglaskom na populaciju 50+

U drugom dijelu empirijske analize analiziraju se izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu prema obilježjima pojedinaca u populaciji 50+. Analiziraju se podaci iz šestog vala studije SHARE - Istraživanja o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi koji se proveo 2015. Analiziraju se izravni izdaci za zdravstvo prema spolu, dobi, obliku zajednice u kojoj osobe žive, kvaliteti zdravlja, ovisno o tome boluju li osobe od kroničnih bolesti, obrazovanju, indeksu tjelesne mase, radnom statusu i financijskoj situaciji kućanstva. Podaci obuhvaćaju 18 europskih zemalja i Izrael, među kojima je i Hrvatska.

U ovoj analizi koriste se podaci 68188 osoba koje su u sudjelovale u anketi. Od tih 68188 osoba koje su sudjelovale u glavnom anketiranju, njih 66949 imalo je sve ili neke od kategorija izravnih izdataka za zdravstvenu zaštitu. Ukupni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci podijeljeni su u 7 kategorija: izravni izdaci u posljednjih 12 mjeseci za posjete liječniku, za lijekove, za posjete zubaru, za posjete bolnicama i drugim ustanovama, za kućnu njegu, za staračke domove i za medicinsku opremu.

Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke njih 35,1% imalo je izravnih izdataka za posjete liječniku u posljednjih 12 mjeseci. U prosjeku su ti izdaci iznosili od 17 eura u Češkoj do 714 eura u Švicarskoj. U Hrvatskoj su u prosjeku izravni izdaci za posjete liječniku u posljednjih 12 mjeseci iznosili 158 eura, dok je na razini svih promatranih zemalja prosjek bio 219 eura.

Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke njih 63,14% imalo je izravnih izdataka za lijekove u posljednjih 12 mjeseci. U prosjeku su ti izdaci iznosili od 89 eura u Češkoj do 573 eura u Izraelu. U Hrvatskoj su u prosjeku izravni izdaci za lijekove u posljednjih 12 mjeseci iznosili 104 eura, dok je na razini svih promatranih zemalja prosjek bio 184 eura.

Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke njih 35,47% imalo je izravnih izdataka za posjete zubaru u posljednjih 12 mjeseci. U prosjeku su ti izdaci iznosili od 118 eura u Češkoj do 1217 eura u Izraelu. U Hrvatskoj su u prosjeku izravni izdaci za posjete zubaru u posljednjih 12 mjeseci iznosili 322 eura, dok je na razini svih promatranih zemalja prosjek bio 632 eura.

Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke njih 5,06% imalo je izravnih izdataka za posjete bolnicama i drugim ustanovama u posljednjih 12 mjeseci. U prosjeku su ti

izdaci iznosili od 96 eura u Estoniji do 1543 eura u Luksemburgu². U Hrvatskoj su u prosjeku izravni izdaci za posjete bolnicama i drugim ustanovama u posljednjih 12 mjeseci iznosili 218 eura, ali ovaj je podatak nepouzdan zbog malog broja opažanja (20), dok je na razini svih promatranih zemalja prosjek bio 435 eura.

Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke njih 4,75% imalo je izravnih izdataka za kućnu njegu u posljednjih 12 mjeseci. U prosjeku su ti izdaci iznosili od 249 eura u Estoniji³ do čak 19560 eura u Portugalu. U Hrvatskoj su u prosjeku izravni izdaci za kućnu njegu u posljednjih 12 mjeseci iznosili 593 eura, ali je i ovaj podatak nepouzdan zbog malog broja opažanja (27), dok je na razini svih promatranih zemalja prosjek iznosio 2512 eura.

Od ukupnog broja ispitanika samo njih 0,18% imalo je izravnih izdataka za usluge u domovima za starije i nemoćne, pa su zbog malog broja opažanja bilo kakve parcijalne analize nepouzidane.

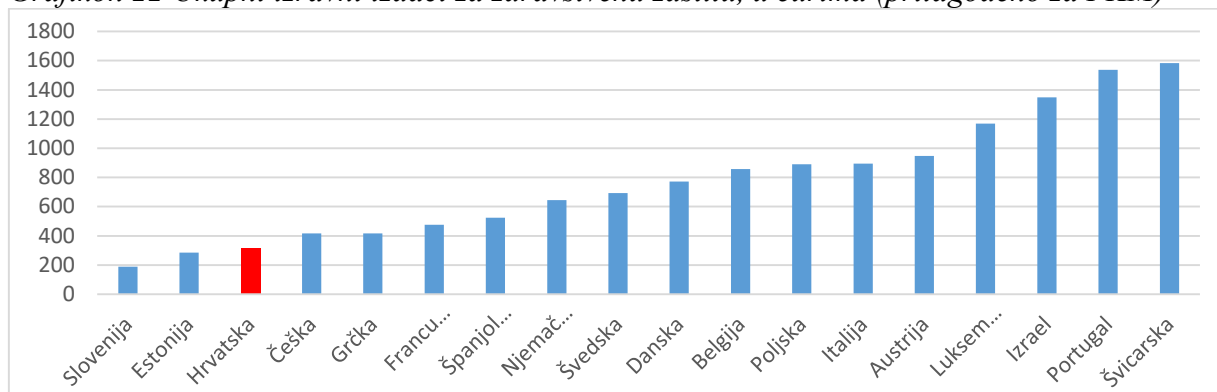
Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke njih 3,32% imalo je izravnih izdataka za medicinsku opremu u posljednjih 12 mjeseci. U prosjeku su ti izdaci iznosili od 62 eura u Estoniji do 974 eura u Portugalu. U Hrvatskoj su u prosjeku izravni izdaci za medicinsku opremu u posljednjih 12 mjeseci iznosili 254 eura, dok je na razini svih promatranih zemalja prosjek bio 250 eura.

U konačnici, od ukupnog broja ispitanika njih 98,18% imalo je izravnih izdataka za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci. U prosjeku su ti izdaci iznosili od 188 eura u Sloveniji do 1583 eura u Švicarskoj (Grafikon 22). U Hrvatskoj su u prosjeku izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci iznosili 319 eura, dok je na razini svih promatranih zemalja prosjek bio 717 eura.

² Izrael, Španjolska i Danska imaju i veće prosječne izravne izdatke za posjete bolnicama i drugim ustanovama u posljednjih 12 mjeseci, ali je u sve tri zemlje broj opažanja manji od 30.

³ Poljska ima manje izravne izdatke za kućnu njegu u posljednjih 12 mjeseci, ali je broj opažanja samo 16.

Grafikon 22 Ukupni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu, u eurima (prilagođeno za PKM)



Izvor: Izradio autor na temelju podataka iz šestog vala studije SHARE

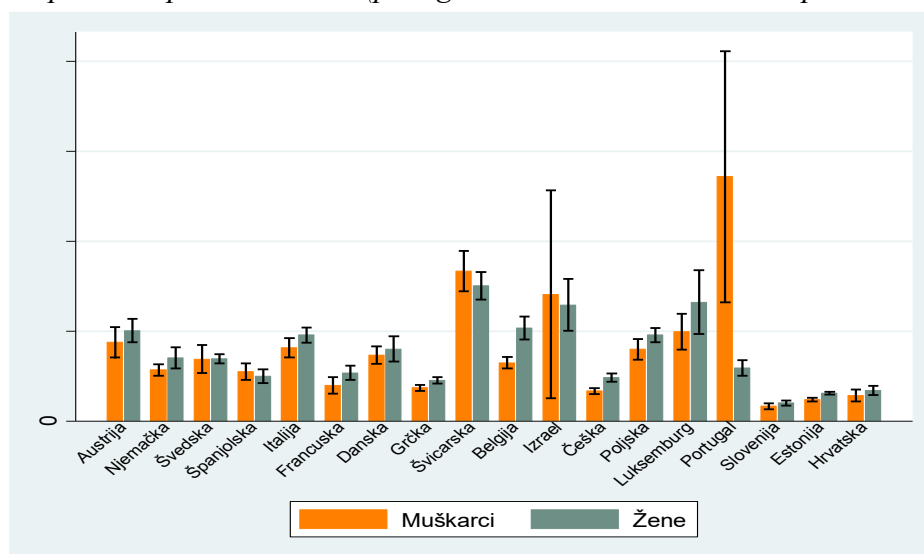
4.3.1. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu prema spolu

Grafikon 23 prikazuje ukupne izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema spolu u promatranim zemljama. Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu, 55,9% su bile žene, a 45,1% muškarci (u Hrvatskoj 54,1% su bile žene, a 44,9% muškarci). Na razini svih promatranih zemalja žene su imale izravne izdatke u iznosu od 739 eura, a muškarci u iznosu od 692 eura. U Hrvatskoj su žene imale izravne izdatke u iznosu od 344 eura, a muškarci u iznosu od 288 eura.

Ako se promatraju tri kategorije ukupnih izravnih izdataka u promatranim zemljama koje su najzastupljenije, izravni izdaci za posjete liječniku, za lijekove i za posjete zubaru, vidljivo je da za posjete liječniku na razini svih zemalja više izdvajaju muškarci, za lijekove žene te za posjete zubaru muškarci. U Hrvatskoj za posjete liječniku više izdvajaju muškarci, za lijekove muškarci, a za posjete zubaru žene.

Na posljetku, nakon provedenog t-testa značajnosti varijabli, uz razinu signifikantnosti 5%, može se zaključiti da ne postoji statistički značajna razlika u izravnim izdacima za zdravstvenu zaštitu između muškaraca i žena. Uz veću razinu signifikantnosti, npr. 10%, postojala bi statistički značajna razlika u izravnim izdacima između muškaraca i žena.

Grafikon 23 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema spolu, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)



Izvor: Izradio autor na temelju podataka iz šestog vala studije SHARE

4.3.2. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu prema dobi

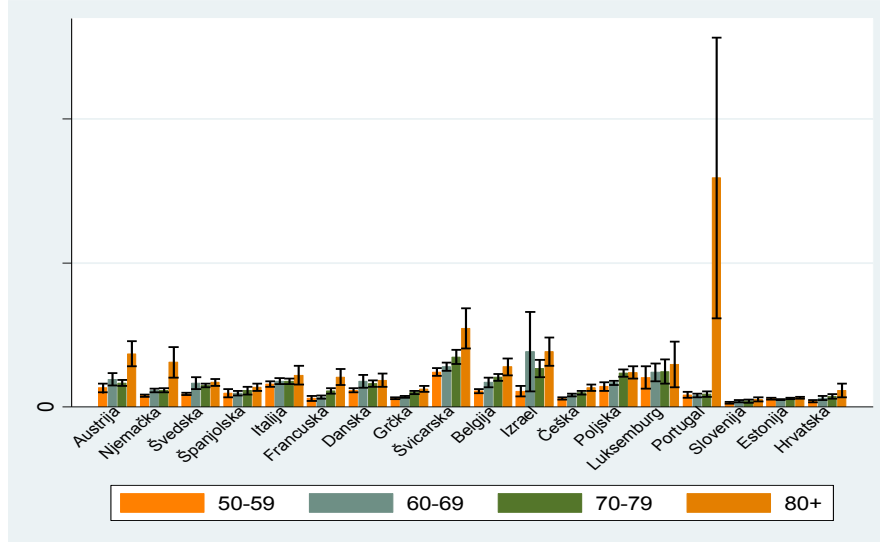
Grafikon 24 prikazuje ukupne izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema dobi u promatranim zemljama. Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu, 24,57% su bile osobe koje imaju između 50 i 59 godina, 35,66% osobe koje imaju između 60 i 69 godina, 25,87% osobe koje imaju između 70 i 79 godina, a 13,91% osobe koje imaju preko 80 godina (u Hrvatskoj 32,62% su bile osobe koje imaju između 50 i 59 godina, 36,9% osobe koje imaju između 60 i 69 godina, 22,36% osobe koje imaju između 70 i 79 godina, a 8,11% osobe koje imaju preko 80 godina). Na razini svih promatranih zemalja osobe koje imaju između 50 i 59 godina imale su izravne izdatke u iznosu od 509 eura, osobe koje imaju između 60 i 69 godina u iznosu od 647 eura, osobe koje imaju između 70 i 79 godina u iznosu od 717 eura, a osobe starije od 80 godina u iznosu od 1354 eura. U Hrvatskoj su osobe koje imaju između 50 i 59 godina imale izravne izdatke u iznosu od 200 eura, osobe koje imaju između 60 i 69 godina u iznosu od 310 eura, osobe koje imaju između 70 i 79 godina u iznosu od 371 eura, a osobe starije od 80 godina u iznosu od 567 eura.

Ako se promatraju tri kategorije ukupnih izravnih izdataka u promatranim zemljama koje su najzastupljenije, izravni izdaci za posjete liječniku, za lijekove i za posjete zubaru, vidljivo je da za posjete liječniku na razini svih zemalja najviše izdvajaju stariji od 80 godina, za lijekove stariji od 80 godina te za posjete zubaru osobe koje imaju između 70 i 79 godina. U Hrvatskoj

za posjete liječniku najviše izdvajaju stariji od 80 godina, za lijekove stariji od 80 godina, a za posjete zubaru osobe koje imaju između 70 i 79 godina⁴.

Nadalje, nakon provedenog ANOVA testa značajnosti varijabli, uz razinu signifikantnosti od 5%, može se zaključiti da postoji statistički značajna razlika u izravnim izdacima za zdravstvenu zaštitu između različitih dobnih skupina.

Grafikon 24 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema dobi, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)⁵



Izvor: Izradio autor na temelju podataka iz šestog vala studije SHARE

4.3.3. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i oblik zajednice u kojoj osobe žive

Grafikon 25 prikazuje ukupne izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema obliku zajednice u kojoj osobe žive u promatranim zemljama. Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu, 71,64% su bile osobe koje žive s partnerom, 21,75% osobe koje žive same, a 6,62% osobe koje žive s drugima (u Hrvatskoj 76,28% su bile osobe koje žive s partnerom, 14,79% osobe koje žive same, a 8,94% osobe koje žive s drugima). Na razini svih promatranih zemalja osobe koje žive s partnerom su imale izravne izdatke u iznosu od 649 eura, osobe koje žive same u iznosu od 870 eura, a osobe koje žive s drugima u iznosu od 763 eura. U Hrvatskoj su osobe koje žive s partnerom imale izravne

⁴ Osobe starije od 80 godina izbacujemo iz analize u ovom slučaju zbog premalog broja opažanja (4).

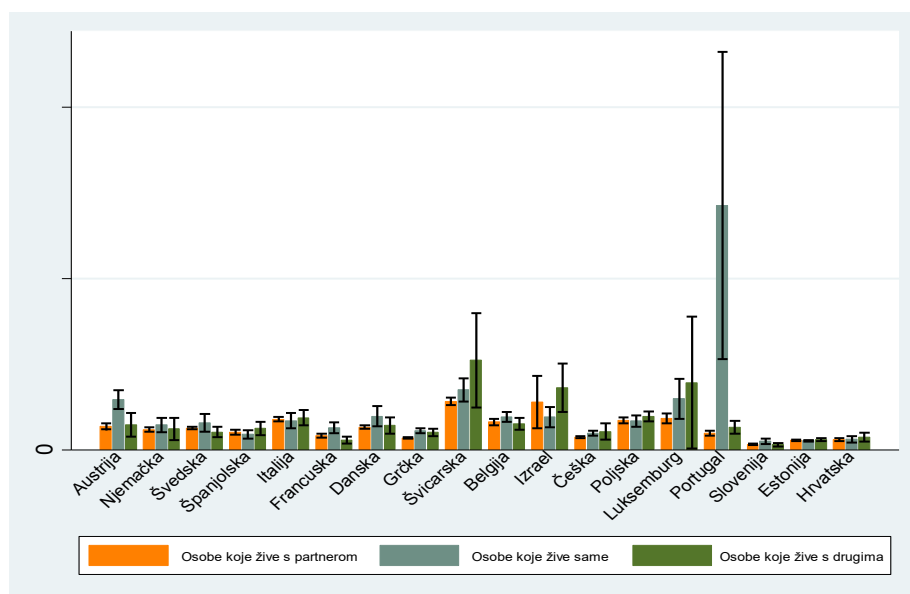
⁵ Prije provedene analize iz podatka su isključene osobe mlađe od 50 godina.

izdatke u iznosu od 308 eura, osobe koje žive same u iznosu od 315 eura, a osobe koje žive s drugima u iznosu od 376 eura.

Ako se promatraju tri kategorije ukupnih izravnih izdataka u promatranim zemljama koje su najzastupljenije, izravni izdaci za posjete liječniku, za lijekove i za posjete zubaru, vidljivo je da za posjete liječniku na razini svih zemalja najviše izdvajaju osobe koje žive s drugima, za lijekove osobe koje žive s drugima te za posjete zubaru osobe koje žive s partnerom. U Hrvatskoj za posjete liječniku najviše izdvajaju osobe koje žive s partnerom, za lijekove osobe koje žive s drugima, a za posjete zubaru osobe koje žive s drugima.

Konačno, nakon provedenog ANOVA testa značajnosti varijabli, uz razinu signifikantnosti 5%, može se zaključiti da postoji statistički značajna razlika u izravnim izdacima za zdravstvenu zaštitu između različitih oblika zajednica u kojoj osobe žive.

Grafikon 25 Ukupni izravni prosječni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema obliku zajednice u kojoj osobe žive, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)



Izvor: Izradio autor na temelju podataka iz šestog vala studije SHARE

4.3.4. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i zdravstveno stanje osoba

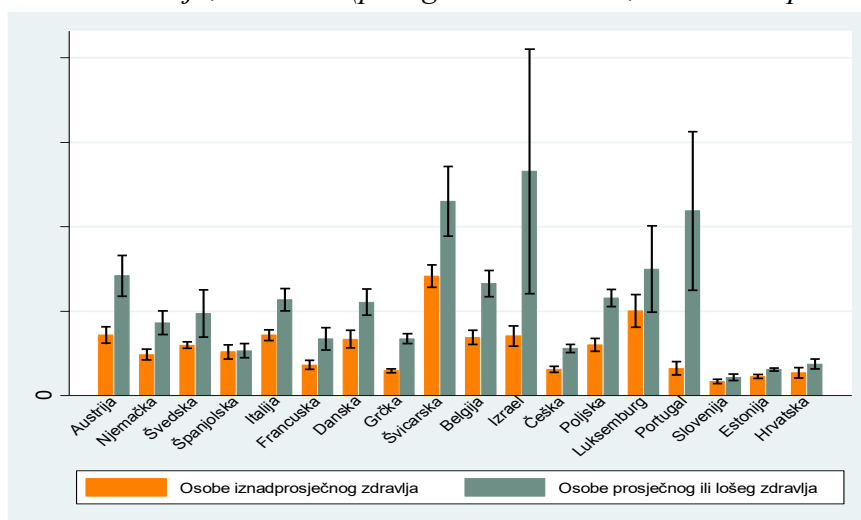
Grafikon 26 prikazuje ukupne izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema zdravstvenom stanju ispitanika. Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu, 66819 ili 99,81% odgovorilo je na pitanje o zdravstvenom stanju. Od pet kategorija u koje su ispitanici bili svrstani prema njihovom zdravstvenom stanju za potrebe analize konstruirane su dvije; prosječno ili loše zdravlje te

iznadprosječno zdravlje. Od ukupnog broja ispitanika koji su odgovorili na pitanje o zdravstvenom stanju, 40,1% je bilo prosječnog ili lošeg zdravlja, a 59,9% iznadprosječnog zdravlja (u Hrvatskoj 44,47% su bile osobe prosječnog ili lošeg zdravlja, a 55,53% iznadprosječnog zdravlja). Na razini svih promatranih zemalja osobe prosječnog ili lošeg zdravlja imale su izravne izdatke u iznosu od 970 eura, a osobe iznadprosječnog zdravlja u iznosu od 547 eura. U Hrvatskoj su osobe lošeg ili prosječnog zdravlja imale izravne izdatke u iznosu od 375 eura, a osobe iznadprosječnog zdravlja u iznosu od 271 eura.

Ako se promatraju tri kategorije ukupnih izravnih izdataka u promatranim zemljama koje su najzastupljenije, izravni izdaci za posjete liječniku, za lijekove i za posjete zubaru, vidljivo je da za posjete liječniku na razini svih zemalja više izdvajaju osobe s lošim ili prosječnim zdravljem, za lijekove osobe s lošim ili prosječnim zdravljem te za posjete zubaru također osobe s lošim ili prosječnim zdravljem. U Hrvatskoj za posjete liječniku više izdvajaju osobe s lošim ili prosječnim zdravljem, za lijekove osobe s lošim ili prosječnim zdravljem, a za posjete zubaru osobe s iznadprosječnim zdravljem.

Na posljatku, nakon provedenog t-testa značajnosti varijabli, uz razinu signifikantnosti 5%, može se zaključiti da postoji statistički značajna razlika u izravnim izdacima za zdravstvenu zaštitu između osoba iznadprosječnog i osoba prosječnog ili lošeg zdravlja.

Grafikon 26 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema zdravstvenom stanju, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)



Izvor: Izradio autor na temelju podataka iz šestog vala studije SHARE

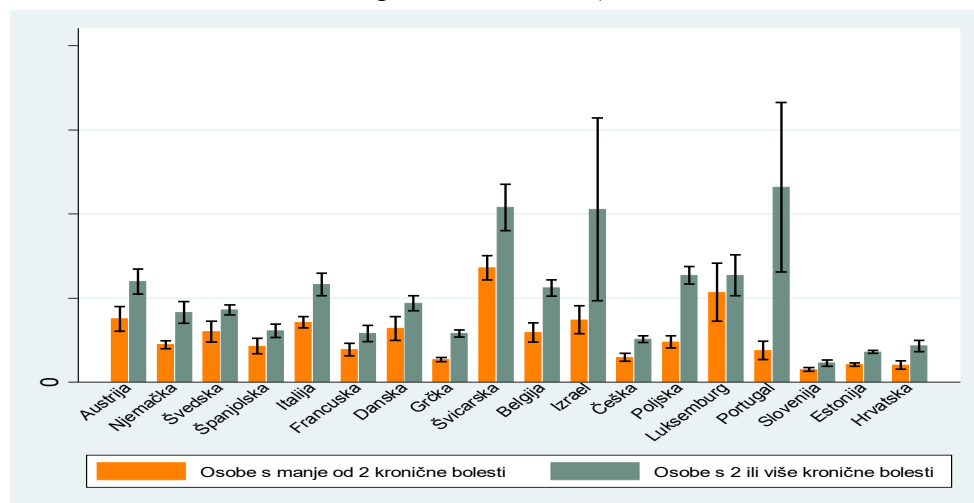
4.3.5. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i oboljenje kroničnim bolestima

Grafikon 27 prikazuje ukupne izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema oboljenju od kroničnih bolesti. Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu, 66802 ili 99,78% odgovorilo je na pitanje o oboljenju od kroničnih bolesti. Od tog broja ispitanika, 49,66% je bolovalo od 2 ili više kroničnih bolesti, a 50,34% od manje od 2 kronične bolesti (u Hrvatskoj 49,34% su bile osobe koje boluju od 2 ili više kroničnih bolesti, a 50,36% osobe koje boluju od manje od 2 kronične bolesti). Na razini svih promatranih zemalja osobe koje su bolovale od 2 ili više kroničnih bolesti imale su izravne izdatke u iznosu od 932 eura, a osobe koje su bolovale od manje od 2 kronične bolesti u iznosu od 522 eura. U Hrvatskoj su osobe koje su bolovale od 2 ili više kroničnih bolesti imale izravne izdatke u iznosu od 431 euro, a osobe koje su bolovale od manje od 2 kronične bolesti u iznosu od 205 eura.

Ako se promatraju tri kategorije ukupnih izravnih izdataka u promatranim zemljama koje su najzastupljenije, izravni izdaci za posjete liječniku, za lijekove i za posjete zubaru, vidljivo je da za posjete liječniku na razini svih zemalja više izdvajaju osobe koje boluju od 2 ili više kroničnih bolesti, za lijekove osobe koje boluju od 2 ili više kroničnih bolesti, a za posjete zubaru osobe koje boluju od manje od 2 kronične bolesti. U Hrvatskoj za posjete liječniku više izdvajaju osobe koje boluju od 2 ili više kroničnih bolesti, za lijekove osobe koje boluju od 2 ili više kroničnih bolesti, a za posjete zubaru osobe koje boluju od manje od 2 kronične bolesti.

Nadalje, nakon provedenog t-testa značajnosti varijabli, uz razinu signifikantnosti 5%, može se zaključiti da postoji statistički značajna razlika u izravnim izdacima za zdravstvenu zaštitu između osoba koje boluju od 2 ili više kroničnih bolesti i osoba koje boluju od manje od 2 kronične bolesti.

Grafikon 27 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema oboljenju kroničnim bolestima, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)



Izvor: Izradio autor na temelju podataka iz šestog vala studije SHARE

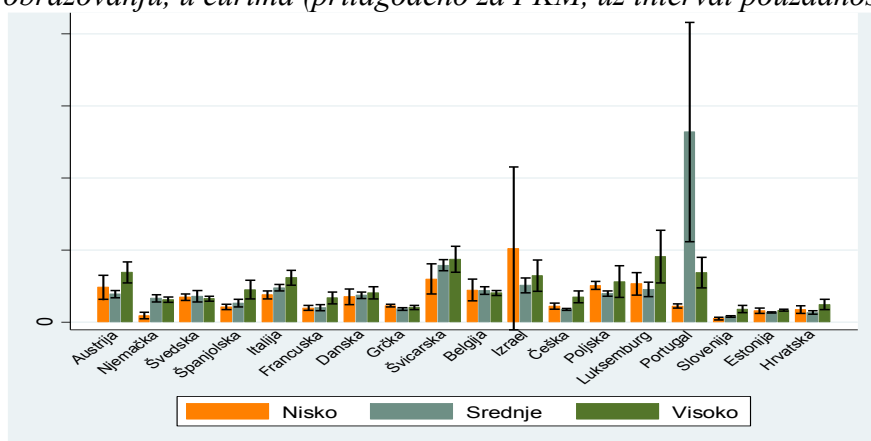
4.3.6. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i obrazovanje

Grafikon 28 prikazuje ukupne izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema stupnju obrazovanja osoba u promatranim zemljama. Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu, 65933 ili 98,48% odgovorilo je na pitanje o stupnju obrazovanja. Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu, 23,79% su bile osobe niskog obrazovanja, 54,37% osobe srednjeg obrazovanja, a 21,84% osobe visokog obrazovanja (u Hrvatskoj 16,15% su bile osobe niskog obrazovanja, 67,94% osobe srednjeg obrazovanja, a 15,9% osobe visokog obrazovanja). Na razini svih promatranih zemalja osobe niskog obrazovanja imale su izravne izdatke u iznosu od 611 eura, osobe srednjeg obrazovanja u iznosu od 739 eura, a osobe visokog obrazovanja u iznosu od 793 eura. U Hrvatskoj su osobe niskog obrazovanja imale izravne izdatke u iznosu od 351 eura, osobe srednjeg obrazovanja u iznosu od 271 eura, a osobe visokog obrazovanja u iznosu od 490 eura.

Ako se promatraju tri kategorije ukupnih izravnih izdataka u promatranim zemljama koje su najzastupljenije, izravni izdaci za posjete liječniku, za lijekove i za posjete zubaru, vidljivo je da za posjete liječniku na razini svih zemalja najviše izdvajaju osobe visokog obrazovanja za lijekove osobe niskog obrazovanja te za posjete zubaru osobe niskog obrazovanja. U Hrvatskoj za posjete liječniku najviše izdvajaju osobe niskog obrazovanja, za lijekove osobe visokog obrazovanja, a za posjete zubaru osobe visokog obrazovanja.

Konačno, nakon provedenog ANOVA testa značajnosti varijabli, uz razinu signifikantnosti 5%, može se zaključiti da postoji statistički značajna razlika u izravnim izdacima za zdravstvenu zaštitu između osoba s različitim stupnjem obrazovanja.

Grafikon 28 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema obrazovanju, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)



Izvor: Izradio autor na temelju podataka iz šestog vala studije SHARE

4.3.7. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i indeks tjelesne mase

Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu, 65179 ili 97,36% odgovorilo je na pitanje o BMI-u. Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu, 36,04% su bile osobe s BMI-em manjim od 24,9, 41,71% osobe s BMI-em između 25 i 29,9, a 22,25% osobe s BMI-em većim od 30 (u Hrvatskoj 30,38% su bile osobe s BMI-em manjim od 24,9, 45,23% osobe s BMI-em između 25 i 29,9, a 24,39% osobe s BMI-em većim od 30). Na razini svih promatranih zemalja osobe s BMI-em manjim od 24,9 imale su izravne izdatke u iznosu od 725 eura, osobe s BMI-em između 25 i 29,9 u iznosu od 720 eura, a osobe s BMI-em većim od 30 u iznosu od 706 eura. U Hrvatskoj su osobe s BMI-em manjim od 24,9 imale izravne izdatke u iznosu od 336 eura, osobe s BMI-em između 25 i 29,9 u iznosu od 295 eura, a osobe s BMI-em većim od 30 u iznosu od 368 eura.

U konačnici, nakon provedenog ANOVA testa značajnosti varijabli, uz razinu signifikantnosti 5%, može se zaključiti da postoji statistički značajna razlika u izravnim izdacima za zdravstvenu zaštitu između osoba s različitim BMI.

4.3.8. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i radni status

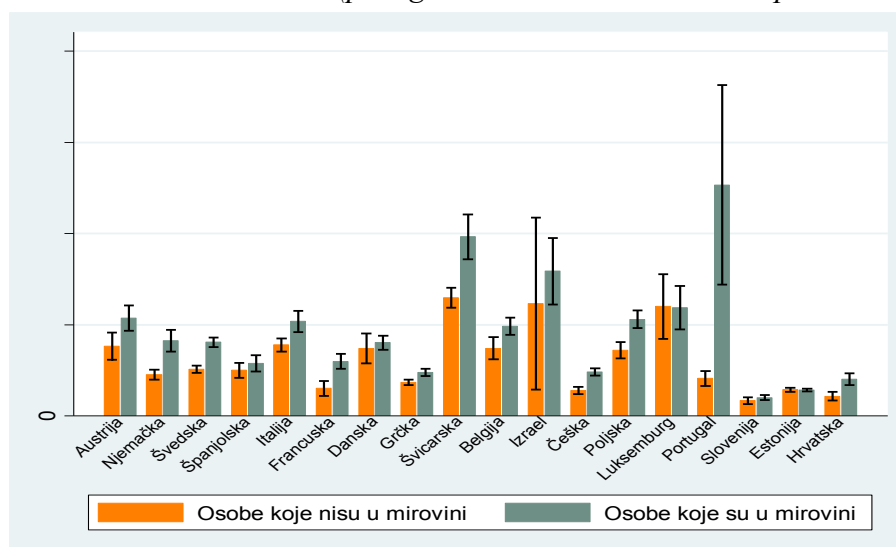
Zbog jednostavnosti prikaza podataka, umjesto na 6 kategorija radnog statusa, podaci su prikazani u 2 kategorije; osobe koje su u mirovini (pošto je ova kategorija dominantna među ispitanicima u svim zemljama) te osobe koje nisu u mirovini.

Grafikon 29 prikazuje ukupne izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema radnom statusu. Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu, 39326 ili 58,74% su bili umirovljenici (u Hrvatskoj 57,95%). Na razini svih promatranih zemalja osobe koje su bile u mirovini imale su izravne izdatke u iznosu od 871 euro, naspram 552 eura kod zaposlenih, 293 eura kod nezaposlenih ili 566 eura kod kućanica. U Hrvatskoj su osobe koje su bile u mirovini imale izravne izdatke u iznosu od 402 eura, naspram 190 eura kod zaposlenih, 168 eura kod nezaposlenih ili 139 eura kod kućanica.

Ako se promatraju tri kategorije ukupnih izravnih izdataka u promatranim zemljama koje su najzastupljenije, izravni izdaci za posjete liječniku, za lijekove i za posjete zubaru, vidljivo je da za posjete liječniku na razini svih zemalja najviše izdvajaju kućanice, za lijekove umirovljenici, a za posjete zubaru umirovljenici. U Hrvatskoj za posjete liječniku više izdvajaju kućanice, za lijekove umirovljenici, a za posjete zubaru umirovljenici.

Na posljatku, nakon provedenog ANOVA testa značajnosti varijabli, uz razinu signifikantnosti 5%, može se zaključiti da postoji statistički značajna razlika u izravnim izdacima za zdravstvenu zaštitu između osoba različitog radnog statusa.

Grafikon 29 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema radnom statusu, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)



Izvor: Izradio autor na temelju podataka iz šestog vala studije SHARE

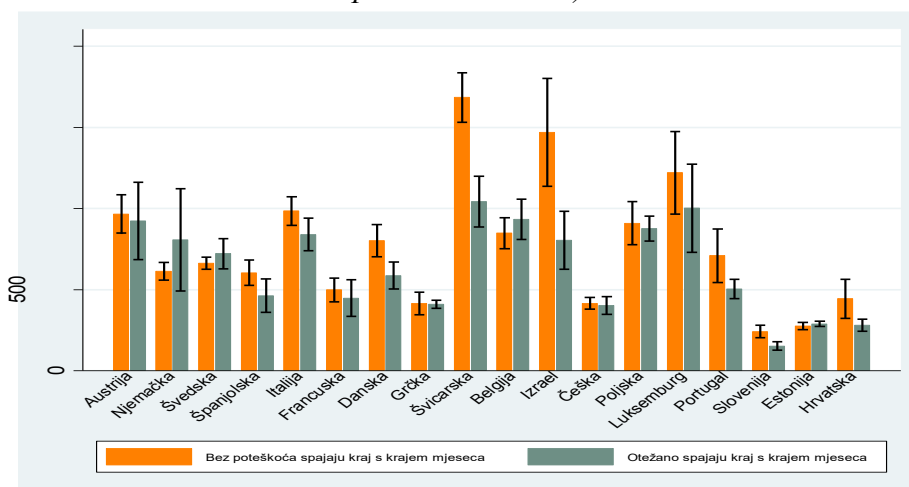
4.3.9. Izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu i financijska situacija kućanstva

Grafikon 30 prikazuje ukupne izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema financijskoj situaciji kućanstva. Od ukupnog broja ispitanika koji su imali izravne izdatke za zdravstvenu zaštitu, 64769 ili 96,74% odgovorilo je na pitanje o oboljenju od financijskoj situaciji kućanstva. Od tog broja ispitanika, 38,95% je otežano spajalo kraj s krajem mjeseca, a 61,05% bez poteškoća (u Hrvatskoj 73,1% osoba je otežano spajalo kraj s krajem mjeseca, a 26,9% bez poteškoća). Na razini svih promatranih zemalja osobe koje su otežano spajale kraj s krajem mjeseca imale su izravne izdatke u iznosu od 669 eura, a osobe koje su spajale kraj s krajem mjeseca bez poteškoća u iznosu od 709 eura. U Hrvatskoj su osobe koje su otežano spajale kraj s krajem mjeseca imale izravne izdatke u iznosu od 280 euro, a osobe koje su spajale kraj s krajem mjeseca bez poteškoća u iznosu od 444 eura.

Ako se promatraju tri kategorije ukupnih izravnih izdataka u promatranim zemljama koje su najzastupljenije, izravni izdaci za posjete liječniku, za lijekove i za posjete zubaru, vidljivo je da za posjete liječniku na razini svih zemalja više izdvajaju osobe koje bez poteškoća spajaju kraj s krajem mjeseca, za lijekove osobe koje otežano spajaju kraj s krajem mjeseca, a za posjete zubaru osobe koje otežano spajaju kraj s krajem mjeseca. U Hrvatskoj za posjete liječniku više izdvajaju osobe koje bez poteškoća spajaju kraj s krajem mjeseca, za lijekove osobe koje spajaju kraj s krajem mjeseca bez poteškoća, a za posjete zubaru osobe koje spajaju kraj s krajem mjeseca bez poteškoća.

Nadalje, nakon provedenog t-testa značajnosti varijabli, uz razinu signifikantnosti 5%, može se zaključiti da postoji statistički značajna razlika u izravnim izdacima za zdravstvenu zaštitu između osoba koje financijski bez poteškoća spajaju kraj s krajem mjeseca i osoba koje financijski otežano spajaju kraj s krajem mjeseca.

Grafikon 30 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema financijskoj situaciji kućanstva, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)



Izvor: Izradio autor na temelju podataka iz šestog vala studije SHARE

4.3.10. Regresijska analiza i analiza značajnosti

Tablica 5 prikazuje rezultate regresijske analize koja prikazuje različite utjecaje analiziranih obilježja pojedinaca (nezavisnih varijabli) na ukupne izdatke za zdravstvenu zaštitu iz džepa (zavisna varijabla) u promatranim zemljama. Iz analize se odmah mogu eliminirati varijable, odnosno obilježja pojedinaca, koje nisu statistički značajne, a to su: zaposleni, nezaposleni, kućanice, ostali prema radnom statusu, osobe s BMI-em većim od 30 te osobe koje žive s drugima. Ostale prikazane varijable su statistički značajne ($p < 5\%$).

Regresija se interpretira na način da se u svakoj određenoj kategoriji prikazani rezultati usporede sa onim obilježjem koje nedostaje; npr. prosječni ukupni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu žena naspram muškaraca, zaposlenih naspram umirovljenika, nezaposlenih naspram umirovljenika, itd.

Iz rezultata regresije može se vidjeti da žene u prosjeku izdvajaju iz džepa 51,93 eura više za zdravstvenu zaštitu od muškaraca. Nadalje, trajno bolesni i osobe s invaliditetom plaćaju iz džepa u prosjeku 346,59 eura više za zdravstvenu zaštitu od umirovljenika, osobe prosječnog ili lošeg zdravlja 102,71 eura prosječno više od osoba iznadprosječnog zdravlja, osobe koje boluju od 2 ili više kroničnih bolesti 208,66 eura prosječno više od osoba koje boluju od manje od 2 kronične bolesti. Osobe s BMI od 25 do 29,9 troše 39,37 eura prosječno manje od osoba s BMI manjim od 24,9. Osobe koje žive same troše u prosjeku 93,7 eura više od osoba koje žive s partnerom. Osobe koje imaju od 60 do 69 godina troše 106,65 eura prosječno više od osoba

koje imaju od 50 do 59 godina, osobe koje imaju od 70 do 79 godina 132,94 eura prosječno više, a osobe koje imaju više od 80 godina 355,59 eura prosječno više. Konačno osobe koje financijski otežano spajaju kraj s krajem mjeseca troše 218,8 eura prosječno manje od osoba koje financijski bez problema spajaju kraj s krajem mjeseca.

Iz empirijske razine značajnosti ili p-vrijednosti za F-test, zaključuje se da uz uobičajene razine značajnosti barem jedna varijabla ima značajan utjecaj u objašnjavanju varijacija prosječnih ukupnih izravnih izdataka za zdravstvenu zaštitu (Bahovec i Erjavec, 2009.).⁶

Tablica 5 Rezultati regresijske analize

Varijabla	Koeficijent	Razina signifikantnosti	Interval pouzdanosti (95%)	Broj opažanja
Konstanta	427,3864	0*	(277,1226, 577,6501)	
Spol				
Žene (muškarci)	51,93107	0,004*	(16,11506, 87,74708)	37429
Obrazovanje				
Srednje (nisko)	109,4838	0*	(65,25816, 153,7095)	35846
Visoko (nisko)	286,1773	0*	(232,2646, 340,0899)	14403
Radni status				
Zaposleni (umirovljenici)	35,37492	0,199	(18,59102, 89,34086)	15871
Nezaposleni (umirovljenici)	-80,63407	0,141	(188,0624, 26,79425)	1810
Trajno bolesni i invalidi (umirovljenici)	346,5901	0*	(238,0651, 455,1151)	2017
Kućanice (umirovljenici)	29,61338	0,379	(-36,36467, 95,59144)	5740
Ostali (umirovljenici)	37,78727	0,56	(-89,21779, 164,7923)	1545
Zdravstveno stanje				
Prosječno/loše zdravlje (iznadprosječno zdravlje)	102,7087	0*	(62,64806, 142,7693)	26792
Oboljenje od kroničnih bolesti				
Osobe koje boluju od 2 ili više kroničnih bolesti (osobe koje boluju od manje od 2 kronične bolesti)	208,6598	0*	(171,3491, 245,9705)	33177
BMI				
25-29,9 (manje od 24,9)	-39,36522	0,045**	(-77,80754, -0,9228888)	27187
Više od 30 (manje od 24,9)	-39,06756	0,097	(-85,25293, 7,117813)	14500
Oblik zajednice u kojoj osobe žive				
Osobe koje žive same (osobe koje žive s partnerom)	93,70138	0*	(50,16509, 137,2377)	14560
Osobe koje žive s drugima (osobe koje žive s partnerom)	64,27016	0,077	(-7,053159, 135,5935)	4430
Dobna skupina				
60-69 godina (50-59 godina)	106,6489	0*	(55,0486, 158,2492)	23873
70-79 godina (50-59 godina)	132,9389	0*	(70,39568, 195,482)	17317
Više od 80 godina (50-59 godina)	355,5864	0*	(280,4184, 430,7543)	9312
Financijska situacija kućanstva				
Otežano spajaju kraj s krajem (Bez poteškoća spajaju kraj s krajem)	-218,7983	0*	(-257,485, -180,1115)	25227

Izvor: Izračun autora u programskom paketu STATA

⁶ Korištenjem VIF-a (eng. *Value Inflation Factor*) utvrđeno je da ne postoji multikolinearnost varijabli u modelu, a korištenjem Breusch-Pagan/Cook-Weisberg testa za heteroskedastičnost, utvrđeno je da ista nije prisutna; prisutna je homoskedastičnost.

5. Perspektive razvoja privatnih izvora financiranja zdravstva u Republici Hrvatskoj

5.1. Perspektiva razvoja s aspekta rasterećenja javnog sustava financiranja zdravstva

Kao što je već nekoliko puta spomenuto kroz ovaj rad, rast izvora financiranja zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj iz javnih izvora dosegao je svoj maksimum; Hrvatska ima jedan od najvećih udjela javnih izvora financiranja u ukupnim tekućim troškovima zdravstva (WHO, 2017.) što se većinom odnosi na HZZO i financiranje iz uplaćenih doprinosa zaposlenih i poslodavaca, dok se manji dio odnosi na direktno financiranje iz proračuna, koje je i dosad bilo ograničeno, a takav se trend može očekivati i u budućnosti, posebno uzme li se u obzir sadašnja situacija u kojoj se nalazi hrvatska i svjetska ekonomija. Održivost stabilnosti zdravstvenog sustava koji se financira iz javnih izvora posebno će doći u pitanje sa nastavkom trenda smanjenja omjera onih koji uplaćuju doprinose i onih koji koriste zdravstvene usluge javnog zdravstvenog sustava.

Prostora za proširenje baze financiranja zdravstva u Hrvatskoj stoga najviše ima u području privatnog sektora. Iz ranije prikazanih podataka vidljivo je da su u Hrvatskoj privatni izvori financiranja zdravstva među najnižima od promatranih zemalja, i to zemalja koje većinom imaju zdravstvene sustave koji se, kao i hrvatski, financiraju dominantno iz javnih izvora. Razvoj privatnog zdravstvenog sektora treba biti u smjeru nadopune postojećem sustavu, a ne u smjeru konkurencije postojećem sustavu. Nadalje, kako se većina postojećih privatnih izvora financiranja u Hrvatskoj odnosi na izravna plaćanja, daljnji razvoj privatnog sektora trebao bi ići u smjeru jačanja tržišta, a time i ponude, privatnih dobrovoljnih osiguranja, što bi dodatno smanjilo ovisnost o javnom sustavu (HZZO-u) koji još uvijek drži većinu premije dopunskog, a time i cjelokupnog dobrovoljnog, zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj.

Da prostora za razvoj privatnog sektora u Hrvatskoj ima govori i podatak iz Ispitivanja javnog mnijenja o zdravstvenom sustavu i HZZO-u (IPSOS, 2012.) da je 88% ispitanika zadovoljno ili jako zadovoljno privatnim ordinacijama, a 82% potpuno ili uglavnom zadovoljno dopunskim osiguranjem.

Razvoj u smjeru jačanja tržišta dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, osim zato što ima najviše prostora za rast, poželjan je i zbog toga što, za razliku od izravnih plaćanja, predstavlja

manju mogućnost nastanka velikih financijskih troškova za osiguranike (kroz dijeljenje troškova materijalizacije zdravstvenih rizika sa zajednicom osiguranika) nego kod izravnih plaćanja.

U cijelom procesu jačanja privatnog sektora nikako se ne smije zanemariti uloga države, koja treba osigurati regulatorne mehanizme koji sprječavaju razvoj tržišnih neravnoteža i isključenje onih najugroženijih iz proširene zdravstvene ponude. Upravo je analiza u prethodnom poglavlju pokazala da postoji opasnost da relativno najveći trošak osjete upravo najugroženiji, a pogotovo stariji. Stoga država mora, u slučaju jačanja privatnog sektora, biti obrambeni mehanizam tih ugroženih skupina društva.

Povoljan utjecaj na javni zdravstveni sustav i državu u cjelini dodatno se ogleda u prilikama za dodatne izvore prihoda proračuna kroz oporezivanje premija dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, smanjenju potražnje za uslugama javnog sektora (koji je sada ugrožen prevelikom potražnjom, posebno u području primarne zdravstvene zaštite te stvaranju pritiska na javni sektor da poboljša učinkovitost i funkcionalnost kako bi mogao pratiti standard i razinu kvalitete privatnog sektora.

5.2. Perspektiva razvoja s aspekta zadovoljavanja stalno rastuće potražnje stanovništva za kvalitetnom zdravstvenom skrbi

Već spomenuta prednost razvoja privatnog sektora kroz smanjenje potražnje za zdravstvenim uslugama ionako već potražnjom preopterećenog javnog sektora, najviše se odnosi na potražnju starije populacije. Demografsko starenje, koje je u Hrvatskoj problem i mirovinskog, a ne samo zdravstvenog sustava, proces je koji će se sigurno nastaviti i u budućnosti. Starija populacija je ona koja, za razliku od drugih dijelova populacije, zahtjeva kvalitetniju zdravstvenu skrb (National Academies Press, 2001.), a koju joj u Hrvatskoj javni sustav zdravstva sve teže i teže može garantirati, i sad i u budućnosti. Posljedica je to brojnih faktora, poput nedostatka financijskih sredstava, nedostatka liječnika primarne medicine, ograničenih kapaciteta, bilo prostora ili opreme, geografske nepristupačnosti, itd. Stoga, proširenje zdravstvene ponude i smanjenje opterećenja javnog sustava kroz razvoj privatnog sektora, može kvalitetnu zdravstvenu skrb učiniti dostupnom većem broju građana. Također, zbog manje mogućnosti nastanka katastrofalnih izdataka, poželjnije je da razvoj ide u smjeru razvoja zdravstvenih osiguranja, a ne izravnih plaćanja.

Naravno, uloga države kao regulatora ponovno je ključna. Potrebno je osigurati kvalitetan zakonski okvir koji sprječava da razvoj privatnog sektora bude samo servis bogatima. Analiza u prethodnom poglavlju pokazuje da posebnu pozornost treba posvetiti zaštiti onih najugroženijih, koji su i sa postojećim, malim, privatnim dijelom zdravstvenog sustava u Hrvatskoj opterećeniji od bogatijih. Posljedica razvoja privatnog sektora prije svega treba biti osiguranje kvalitetne zdravstvene skrbi široj zajednici, a tek onda povećanje izvora financiranja zdravstvenog sektora.

6. Zaključak

U ovom radu analizirani su privatni izdaci za zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj prema obilježjima pojedinaca kako bi se utvrdile određene karakteristike postojeće privatne potrošnje na zdravstvo, a s ciljem da se pokaže da će proširenje baze financiranja zdravstva u Hrvatskoj na privatni sektor, kao moguće rješenje ograničenih javnih izvora financiranja, najviše financijski pogoditi najugroženije skupine građana, ponajprije starije, ali i skupine poput osoba s niskim obrazovanjem, osobe koje žive same, koje žive u kućanstvima s otežanom financijskom situacijom, itd. Opća populacija analizirana je pomoću podataka iz Anketa o potrošnji kućanstava iz 2008., 2011., 2014. i 2017., a populacija starijih od 50 godina pomoću podataka iz šestog vala studije SHARE, kako bi se poseban naglasak stavio na dio populacije hrvatskog društva koji je sve brojniji i koji posebno potražuje kvalitetnu zdravstvenu skrb.

Analizom privatnih izdataka za zdravstvenu zaštitu opće populacije utvrđeno je da su u promatranom razdoblju u Hrvatskoj izdacima relativno opterećenije od prosjeka osobe koje se nalaze u 1. dohodovnom decilu (10% najsiromašnijih), umirovljenici, osobe koje se nalaze u potrošačkoj skupini koja troši više od 60% manje od prosjeka (treba naglasiti da su i dvije najveće potrošačke skupine relativno opterećenije od prosjeka, ali uzrok tome je vjerojatno veći dohodak tih skupina) te osobe koje žive u kućanstvu u kojem ne rade ni nositelj kućanstva ni supružnik, a ni nijedna druga osoba.

Analizom privatnih izdataka za zdravstvenu zaštitu populacije starijih od 50 godina utvrđeno je da su u promatranom razdoblju u Hrvatskoj izdacima opterećenije žene, osobe koje su starije od 80 godina (općenito sa porastom godina, očekivano, rastu i izdaci za zdravstvo), osobe koje žive same i koje žive s drugima od osoba koje žive s partnerom, osobe čije je zdravstveno stanje loše ili prosječno, osobe koje boluju od 2 ili više kroničnih bolesti, osobe niskog i visokog obrazovanja naspram osoba srednjeg obrazovanja, osobe s indeksom tjelesnih masti većim od 30, umirovljenici te osobe koje su financijski otežano spajale kraj s krajem mjeseca. Dodatno su regresijskom analizom potvrđene prethodni rezultati.

Dakle, može se zaključiti da, iako u Hrvatskoj postoji prostora za razvoj privatnog zdravstvenog sektora kao odgovora na probleme nedostatnih sredstava financiranja javnog zdravstva te povećane zdravstvene potražnje koju javni sustav ne može adekvatno zadovoljiti, oni kojima je kvalitetna zdravstvena skrb najpotrebnija, ujedno će biti i najviše pogođeni povećanjem privatne zdravstvene potrošnje. Stoga je poželjnije poticati razvoj sektora privatnog zdravstva koji je trenutno manje zastupljen od izravnih izdataka, a to su privatna

zdravstvena osiguranja, točnije dobrovoljna zdravstvena osiguranja. Ona, za razliku od izravnih izdataka, kroz alokaciju rizika i troškova na zajednicu osiguranika, smanjuju veličinu troškova pojedinaca u slučaju materijalizacije rizika, što je posebno važno ako uzmemo u obzir da su u Hrvatskoj osobe koje najviše potražuju proširenu kvalitetnu zdravstvenu skrb ujedno i financijski najugroženiji dio društva.

Posebnu ulogu u procesu jačanju privatnog sektora u hrvatskom zdravstvu treba imati država, koja zakonskim i nadzornim mehanizmima mora spriječiti tržišne neravnoteže koje se mogu pojaviti na privatnom tržištu te osigurati da nitko ne plaća više nego što treba, a posebno oni najugroženiji.

Budućnost zdravstvenog sustava Republike Hrvatske sve je samo ne izvjesna, posebno u situaciji u kojoj se Hrvatska i svijet sada nalaze. Dugotrajna financijska održivost je upitna, a novca iz javnih izvora (barem doprinosa koji su većinski izvor) će biti sve manje i manje. Stoga na jačanje privatnog sektora u hrvatskom zdravstvu ne treba gledati kao na potpunu privatizaciju i rast zdravstvenih troškova u nebo, nego kao na priliku za očuvanje dugoročne financijske i funkcionalne stabilnosti hrvatskog zdravstvenog sustava.

LITERATURA

1. Ang, J.B. (2010). *The determinants of health care expenditure in Australia*. Applied Economics Letters, 17: 7, pp. 639 — 644.
2. Bahovec, V. i Erjavec, N. (2009.). *Uvod u ekonometrijsku analizu*. Element, Zagreb.
3. Barić, V., Smolić, Š. (2008). *Mogućnosti kontrole zdravstvene potrošnje – primjer Hrvatske*. Zbornik Ekonomskog fakulteta u Zagrebu, 6(1), str. 303-314.
4. Barić, V., Smolić, Š. (2011). *Stabilnost zdravstvenog sustava u recesiji*. U: Obadić et al., ur. *Kriza: preobrazba ili propast*, str. 47-58, Zagreb: Ekonomski fakultet, Zagreb.
5. Bobinac, A. (2017). *Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj*. Zagreb: Centar za mirovne studije.
6. Börsch-Supan, A. & S. Gruber (2019). *easySHARE*. Release version: 7.0.0. SHARE-ERIC. Dataset. doi: 10.6103/SHARE.easy.700
7. Börsch-Supan et al. (2013). *Data Resource Profile: The Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE)*. International Journal of Epidemiology.
8. Broz, T., Švaljek, S. (2014). *Financiranje zdravstva u Hrvatskoj: od reforme do reforme*. U: Vehovec, M., ur. *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Zagreb: Ekonomski institut, str. 51-78.
9. Državni zavod za statistiku (2010). *Rezultati Ankete o potrošnji kućanstava u 2008*. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske.
10. Državni zavod za statistiku (2013). *Rezultati Ankete o potrošnji kućanstava u 2011*. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske.
11. Državni zavod za statistiku (2016). *Rezultati Ankete o potrošnji kućanstava u 2014*. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske.
12. Državni zavod za statistiku (2019). *Rezultati Ankete o potrošnji kućanstava u 2017*. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske.
13. Državni zavod za statistiku (2020). *Osnovne karakteristike potrošnje i primanja kućanstava od 1998. do 2017*. Zagreb: Državni zavod za statistiku Republike Hrvatske.
14. Dyakova et al. (2020). *Health evidence network synthesis report 51: Investment for health and well-being: a review of the social return on investment from public health policies to support implementing the Sustainable Development Goals by building on Health 2020*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

15. Džakula, A. et al. (2014). *Croatia: Health System Review: Health Systems in Transition*. World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, 16(3), pp. 1-162.
16. European Commission (2019). *Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability: Country Documents 2019 Update*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
17. Europska komisija (2017). *Tematski informativni članak o europskom semestru: Zdravstveni sustavi*. Europska komisija.
18. Farrington-Douglas, J., Castro Coelho, M. (2008). *Private spending on Healthcare*. Institute for Public Policy Research.
19. Folland, S., Goodman, A.C., Stano, M. (2013). *The Economics of Health and Health Care 7th Edition*, Pearson New International Edition, Pearson, Prentice Hall: New Jersey.
20. Golinowska, S., Kocot, E., Sowa, A. (2007). *Health Expenditure Ecenarios in the New Member States: Comparative Report on Bulgaria, Estonia, Hungary, Poland and Slovakia*. European Network of Economic Policy Research Institutes.
21. Grossman, M. (1972.). On The Concept Of Health Capital And The Demand For Health. *Journal of Political Economy*, 80, str. 223-255.
22. Hallo de Wolf, A., Toebe, B. (2016). *Assesing Private Sector Involvement in Health Care and Universal Health Coverage in Light of the Right to Health*. *Health and Human Rights Journal*, 18(2), pp.79-82.
23. Health Management (2010). *An Overview of the Healthcare System in Greece*. *Health Management*, Volume 10 – Issue 2.
24. Hrvatski ured za osiguranje (2020). *Tržište osiguranja u Republici Hrvatskoj 2019*. Zagreb: Hrvatski ured za osiguranje.
25. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2019). *Izvešće o financijskim zdravstvenim pokazateljima za Hrvatsku u 2017. godini prema metodologiji sustava zdravstvenih računa*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
26. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2020). *Izvešće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu*. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje
27. IPSOS (2012). *Ispitivanje javnog mnijenja o zdravstvenom sustavu i HZZO-u*. Ipsos Puls Public Affairs.

28. Jafarov, E., Gunnarsson, V. (2008). *Efficiency of government social spending in Croatia*. *Financial Theory and Practice* 32 (3), str. 289-320.
29. Jakovljević, M. et al. (2019). *Underlying Differences in Health Spending Within the World Health Organisation Europe Region-Comparing EU15, EU Post-2004, CIS, EU Candidate, and CARINFONET Countries*. *International Journal of Environmental Research and Public Health*.
30. Kovač, N. (2013). *Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj*. Zagreb: Ekonomski vjesnik, br. 2/2013. str. 551-563.
31. Laušić, F., (2019). *Sanacija zdravstva: Država dosad utrošila 17,7 milijardi kuna, a dug ne pada ispod 8 milijardi* [online]. Dostupno na: <https://novac.jutarnji.hr/aktualno/drzava-dosad-utrosila-177-milijardi-kuna-a-dug-ne-pada-ispod-8-milijardi/8801954/> [2.9.2020].
32. Mihaljek, D. (2014). *Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize*. U: Vehovec, M., ur. *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Zagreb: Ekonomski institut, str. 29-50.
33. Mushkin, S.J. (1962.). *Health as an investment*. *Journal of Political Economy*, 70(5), str. 129-157.
34. Nestić, D., Rubil, I. (2014). *Privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj*. U: Vehovec, M., ur. *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Zagreb: Ekonomski institut, str. 79-108.
35. Nestić, D., Vecchi G. (2006). *Regional Poverty in Croatia*. U: Lovrinčević, Ž. et al., ur., *Social Policy and Regional Development Proceedings*. Zagreb: Ekonomski institut, Zagreb i Friedrich Ebert Stiftung, str. 65-90.
36. Nghiem, S.H., Connelly, L.B. (2017). *Convergence and determinants of health expenditures in OECD countries*. *Health economics review*.
37. NN (2010.). *Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju*. Zagreb: Narodne novine d.d., (85).
38. NN (2013). *Zakon o lijekovima*. Zagreb: Narodne novine d.d., (76).
39. NN (2020.). *Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju*. Zagreb: Narodne novine d.d., (80).
40. Obadić, A., Smolić, Š. (2008). *Ekonomске i socijalne posljedice procesa starenja stanovništva*. Zagreb: Ekonomska istraživanja, 21(2), str. 86-98.
41. OECD (2018). *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
42. Puljiz, M. (2014). *Dobrovoljno zdravstveno osiguranje*. U: Vehovec, M., ur. *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Zagreb: Ekonomski institut, str. 109-139.

43. Schultz, T. (1961.). Investment in Human Capital. *American Economic Review*, 51, str. 1 – 17.
44. Sekhri, N., Savedoff, W. (2004). *Private health insurance: Implications for developing countries*. Geneva: WHO
45. Sekhri, N., Savedoff, W. (2005). *Policy and Practice: Private health insurance: Implications for developing countries*. Bulletin of the World Health Organization, 83(2), pp. 127-134.
46. Smolić, Š. (2014). *Razvojni potencijali i izazovi za javno zdravstvo u Hrvatskoj*. Zagreb: Ekonomski fakultet u Zagrebu.
47. Suhrcke et al. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. Health & Consumer Protection: Directorate General.
48. Swiss Life Group, (2011). *The Swiss Healthcare System: a Model for Others?* [online]. Dostupno na: https://www.swisslife.com/en/home/media/media-releases/news-archiv/the_swiss_healthcare.html [5.9.2020.].
49. Šimović, H. i Deskar-Škrbić, M. (2019.). ESJ 8: Zdravstveno osiguranje. Ekonomski lab [online]. Dostupno na: <https://arhivanalitika.hr/blog/ejs-8-zdravstveno-osiguranje/> [17. kolovoza 2020.].
50. Švaljek, S. (2014). *The Recent Health Reform in Croatia: True Reforms or Just a Fundraising Exercise*. Health Policy, 115(1), str. 36-43.
51. Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. (2009). *Financing health care in European Union: Challenges and policy responses*. European Observatory on Health Systems and Policies.
52. Vončina, L., Rubil, I. (2018). *Can people afford to pay for health care?*. World Health Organization Regional Office for Europe: World Health Organization Barcelona Office.
53. Vončina, L., Džakula, A., Mastilica M. (2007). *Health Care Funding Reforms in Croatia: A Case of Mistaken Priorities*. Health Policy, 80(1), str. 144-157.
54. Wagstaff, A., Eozenou, P., Smitz, M. (2020). *Out-of-Pocket Expenditures on Health: A Global Stocktake*. The World Banka Research Observer.
55. Xu et al. (2018). *Public spending on health: A Closer Look at Global Trends*. Geneva: World Health Organization.
56. Xu et al. (2011). *The determinants of health expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis*. Geneva: World Health Organization.

POPIS TABLICA

Tablica 1 Struktura osiguranika HZZO-a u razdoblju od 2016. do 2019.....	23
Tablica 2 Ostvareni prihodi HZZO-a 2018. i 2019.	23
Tablica 3 Struktura rashoda HZZO-a 2018. i 2019.....	24
Tablica 4 Struktura ukupnih prosječnih godišnjih izravnih izdataka za zdravstvo po kućanstvu, 2008. - 2017.....	42
Tablica 5 Rezultati regresijske analize	62

POPIS GRAFIKONA

Grafikon 1 Udio tekućih troškova zdravstva u BDP-u, %, 2000. - 2017.....	25
Grafikon 2 Tekući troškovi zdravstva per capita, u međ. PPP \$.....	26
Grafikon 3 Udio domaćih sredstava opće države za financiranje zdravstvenih izdataka u ukupnim tekućim troškovima zdravstva 2017., u %	27
Grafikon 4 Udio privatnih domaćih sredstava za financiranje zdravstvenih izdataka u ukupnim tekućim troškovima zdravstva 2017., u %	30
Grafikon 5 Udio izravnih plaćanja u ukupnim tekućim troškovima zdravstva 2017., u %	31
Grafikon 6 Plaćanja iz džepa per capita 2017., u međ. PPP \$.....	31
Grafikon 7 Distribucija izdataka kućanstva za potrošnju na zdravstvo u Hrvatskoj i zemljama EU-a 2015., na 1000, u eurima	32
Grafikon 8 Struktura privatne potrošnje kućanstava na zdravstvo putem izravnih plaćanja u 2017.....	36
Grafikon 9 Struktura izvora financiranja zdravstvene zaštite u 2017.	37
Grafikon 10 Struktura privatnih izdataka za zdravstvo 2017. prema APK.....	37
Grafikon 11 Udio privatne potrošnje kućanstava na zdravstvo putem izravnih plaćanja u ukupnoj potrošnji na zdravstvo, u %, 2013. do 2017.	38
Grafikon 12 Prosječni godišnji izdaci kućanstva na zdravstvo, u kunama, 1998. do 2017.	39
Grafikon 13 Udio prosječnih godišnjih izdataka kućanstva za zdravstvo u ukupnim prosječnim izdacima, u %, 1998. do 2017.....	39

Grafikon 14 Prosječni godišnji izravni izdaci za zdravstvo po kućanstvu u 1. i 10. dohodovnom decilu (u kunama).....	43
Grafikon 15 Udio prosječnih godišnjih izravnih izdataka za zdravstvo po kućanstvu u ukupnim prosječnim godišnjim izdacima po kućanstvu u 1. i 10. dohodovnom decilu (u %)	44
Grafikon 16 Prosječni godišnji izravni izdaci za zdravstvo po odraslom ekvivalentu prema socioekonomskom statusu kućanstva (u kunama).....	45
Grafikon 17 Udio prosječnih godišnjih izravnih izdataka za zdravstvo po odraslom ekvivalentu u ukupnim godišnjim prosječnim izdacima prema socioekonomskom statusu kućanstva (u %).....	45
Grafikon 18 Prosječni godišnji izravni izdaci za zdravstvo po odraslom ekvivalentu po potrošačkim skupinama (u kunama).....	46
Grafikon 19 Udio prosječnih godišnjih izravnih izdataka za zdravstvo po odraslom ekvivalentu u ukupnim prosječnim godišnjim izdacima po odraslom ekvivalentu po potrošačkim skupinama (u %).....	47
Grafikon 20 Prosječni godišnji izravni izdaci za zdravstvo po odraslom ekvivalentu prema ekonomskoj situaciji kućanstva (u kunama).....	48
Grafikon 21 Udio prosječnih godišnjih izravnih izdataka za zdravstvo po odraslom ekvivalentu u ukupnim prosječnim godišnjim izdacima po odraslom ekvivalentu (u %)	48
Grafikon 22 Ukupni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu, u eurima (prilagođeno za PKM).....	51
Grafikon 23 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema spolu, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)	52
Grafikon 24 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema dobi, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)	53
Grafikon 25 Ukupni izravni prosječni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema obliku zajednice u kojoj osobe žive, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%).....	54
Grafikon 26 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema zdravstvenom stanju, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)	55

Grafikon 27 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema oboljenju kroničnim bolestima, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%).....	57
Grafikon 28 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema obrazovanju, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)	58
Grafikon 29 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema radnom statusu, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%)	59
Grafikon 30 Ukupni prosječni izravni izdaci za zdravstvenu zaštitu u posljednjih 12 mjeseci prema financijskoj situaciji kućanstva, u eurima (prilagođeno za PKM, uz interval pouzdanosti 95%).....	61

POPIS SLIKA

Slika 1 Inputi u proizvodnji zdravlja	7
Slika 2 Mehanizmi financiranja zdravstvene zaštite	9
Slika 3 Potrošnja na zdravstvo per capita prema izvoru financiranja i dohodovnoj grupi, od 2000. do 2017.....	14

ŽIVOTOPIS STUDENTA

Nikola Blaževski rođen je 26.9.1996. u Splitu. Nakon završene osnovne škole u Splitu, pohađao je prirodoslovno-matematičku Treću gimnaziju Split. 2015. upisuje redovni integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij, studijskog programa Poslovna ekonomija na Ekonomskom fakultetu u Zagrebu, a na četvrtoj godini studiranja opredjeljuje se za diplomski smjer Financije na istom fakultetu. Na istom fakultetu od akademske godine 2018./2019. obavlja posao demonstratora na Katedri za makroekonomiju i gospodarski razvoj. U prosincu 2018. sudjelovao je u organiziranju studentske konferencije Investo – „Investiraj u sebe“ na Ekonomskom fakultetu u Zagrebu, a u srpnju 2019. u organiziranju znanstveno-istraživačke konferencije ESRA 2019. u Zagrebu. Uz posao demonstratora, od veljače 2020. zaposlen je kao studentski pripravnik u poduzeću za savjetovanje u vezi s poslovanjem i ostalim upravljanjem UM I UM d.o.o.