

FINANCIJSKI ASPEKTI ZDRAVSTVENE POTROŠNJE U ZADNJOJ GODINI ŽIVOTA OSOBA U DOBI OD 50+

Čutura, Mia

Master's thesis / Diplomski rad

2021

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://um.nsk.hr/um:nbn:hr:148:619980>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-06**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu

Ekonomski fakultet

Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Poslovne ekonomije

Smjer - financije

**FINANCIJSKI ASPEKTI ZDRAVSTVENE POTROŠNJE U
ZADNJOJ GODINI ŽIVOTA OSOBA U DOBI OD 50+**

Diplomski rad

Mia Čutura

Zagreb, rujan 2021.

Sveučilište u Zagrebu

Ekonomski fakultet

Integrirani preddiplomski i diplomski sveučilišni studij Poslovne ekonomije

Smjer - financije

**FINANCIJSKI ASPEKTI ZDRAVSTVENE POTROŠNJE U
ZADNJOJ GODINI ŽIVOTA OSOBA U DOBI OD 50+**

**FINANCIAL ASPECTS OF HEALTH CONSUMPTION IN THE
LAST YEAR OF LIFE OF PERSONS AGED 50+**

Diplomski rad

Studentica: Mia Čutura

JMBAG studentice: 0067554476

Mentor: izv. prof. dr. sc. Šime Smolić

Zagreb, rujan 2021.

SAŽETAK

Zdravlje je temeljni element ljudskog kapitala i jedan od važnih elemenata i prioriteta svakog gospodarstva. Na zdravlje i dobrobit stanovnika svake države se troši određeni dio sredstava, ovisno o mogućnostima, ali nevezano za to, zdravstvena se potrošnja određuje na razini gospodarstva za postizanje određenih prednosti. Posljednjih godina, zdravstvena potrošnja bilježi kontinuirani rast zbog brojnih čimbenika, što posljedično dovodi do izazova koji ponekad nadilaze mogućnosti gospodarstva. Zdravstveni su sustavi tako, među ostalim, pod pritiskom demografskog starenja tj. sve većeg udjela osoba starijih od 50 godina. Upravo oko te dobi započinje intenzivan rast zdravstvenih potreba, a samim time i troškova, što stvara određene probleme u pogledu financijske održivosti zdravstvenog sustava. Zbog toga je važno analizirati financijske aspekte zdravstvene potrošnje i razumjeti temeljne pokretače rasta zdravstvene potrošnje. Jedno važno područje u istraživanju zdravstvene potrošnje odnosi se i na troškove koji nastaju u zadnjoj godini života osobe. Zbog toga je predmet ovog rada analiza obilježja zdravstvene zaštite i privatne zdravstvene potrošnje iz džepa u zadnjoj godini života osoba u dobi od 50+ u Europskim zemljama, a na temelju podataka iz studije SHARE (Istraživanje o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi). Rezultati do kojih se došlo analizom tih podataka ukazali su da su plaćanja iz džepa za zdravstvo u zadnjoj godini života najveća za osobe u dobi od 65 do 74 godine te da se najviše koriste usluge opće medicine i specijalista, bolničke njege i usluge domova za starije osobe. Vidljiva je i razlika u spolu, pa su žene više koristile pomoć u kući, a muškarci gotovo sve druge promatrane usluge. Potrošnja za zdravstvenu zaštitu iz džepa u zadnjoj godini života je veća što je dob veća, a razlog tome je učestalija pojava zdravstvenih problema s porastom dobi. Navedeno ukazuje na potrebu praćenja i analiziranja zdravstvene potrošnje potkraj života pojedinca.

Ključne riječi: zdravstvo, plaćanja iz džepa, zdravstvena potrošnja, zadnja godina života, osobe 50+, SHARE

SUMMARY

Health is a key element of human capital and one of the important elements and priorities of any economy. Depending on the possibilities, a certain part of the resources is spent on the health and well-being of the population of each country. However, regardless of above mentioned, health spending is determined at the level of the economy in order to achieve certain benefits. Recently, health spending has been growing steadily due to a number of factors, which in turn leads to challenges that sometimes go beyond the capabilities of the economy. Health systems are thus, among other things, under the pressure of demographic aging, and especially due to increasing share of people aged 50 and over. It is considered that around this age we can observe intensive growth of healthcare needs, and thus healthcare costs too, which creates certain problems in terms of the financial sustainability of the health system. It is therefore important to analyze the financial aspects of health spending and understand the underlying drivers of health spending growth. One important area in health spending research also relates to the costs incurred in the last year of a person's life. Therefore, the subject of this paper is the analysis of healthcare and out of pocket (OOP) healthcare spending characteristics in the last year of life of people aged 50+ in European countries, based on data from the SHARE study (Survey on Health, Aging and Retirement in Europe). The results of the analysis of SHARE data suggest that the biggest OOP spending on healthcare in the last year of life was among those in the age group 65-74 and that services of general medicine and specialists, hospital care and nursing home services were used the most. The gender difference is evident and women used more home help, and men were more likely to use almost all other services. OOP on healthcare and other services in the last year of life is higher in the older age due to the increasing occurrence of health problems as person ages. This indicates the need to monitor and analyze healthcare spending in the last year of life.

Key words: health, OOP, healthcare spending, last year of life, persons 50+, SHARE

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je završni/diplomski/specijalistički rad, odnosno doktorska disertacija 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.

Student/ica:

MIA ČUTURA



U Zagrebu, __20.08.2021__

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Predmet i cilj rada.....	1
1.2. Izvori i metode prikupljanja podataka.....	2
1.3. Sadržaj i struktura rada.....	2
2. POJMOVNO ODREĐENJE ZDRAVSTVENE POTROŠNJE	3
2.1. Definicija i obilježja zdravstvene potrošnje	3
2.2. Ključni segmenti zdravstvene potrošnje.....	6
2.3. Trendovi u zdravstvenoj potrošnji i financiranje sustava zdravstvene zaštite.....	10
3. DISTRIBUCIJA ZDRAVSTVENIH TROŠKOVA TIJEKOM ŽIVOTA POJEDINCA	16
3.1. Izdaci za zdravstvenu zaštitu tijekom života pojedinca.....	16
3.2. Teorija kompresije morbiditeta i zdravstvena potrošnja	23
3.3. Teorija ekspanzije morbiditeta i zdravstvena potrošnja	24
4. ANALIZA FINACIJSKIH ASPEKATA ZDRAVSTVENE POTROŠNJE U ZADNJOJ GODINI ŽIVOTA OSOBA STARIJIH OD 50 GODINA	28
4.1. Metodološki okvir i podaci.....	28
4.2. Analiza socioekonomskih obilježja populacije 50+ na temelju studije SHARE.....	29
4.3. Analiza zdravstvene potrošnje osoba u dobi od 50+	31
4.4. Financijske implikacije troškova zdravstvene zaštite u zadnjoj godini života	38
5. ZAKLJUČAK	41
Popis literature	43
Popis slika	48
Popis tablica	48

1. UVOD

1.1. Predmet i cilj rada

Zdravlje mnogi autori prepoznaju kao temeljni element ljudskog kapitala pa je stanje u zdravstvu povezao s različitim gospodarskim kretanjima. Stoga je razvidno da je ulaganje u zdravstvo prioritet svakog gospodarstva, a to kolike su mogućnosti nekog gospodarstva za ulaganje u zdravstvo, najbolje se ogleda kroz zdravstvenu potrošnju. Zdravstvena potrošnja određuje se primarno na razini gospodarstva i njome se nastoje postići mnoge prednosti za gospodarstvo, no možemo je promatrati i na razini pojedinca. U Hrvatskoj, Europi i svijetu, zdravstvena potrošnja bilježi kontinuirani rast zbog brojnih čimbenika, primjerice demografskog starenja, rasta troškova lijekova i tehnološkog napretka u medicini, neravnomjerne raspoređenosti zdravstvenih djelatnika i zdravstvene skrbi itd. Tako primjerice, sektor zdravstva raste skoro duplo brže od gospodarstva u cjelini što stvara pritiske na izvore financiranja i mogućnost podmirivanja zdravstvenih troškova, a većina zemalja traži različite načine kako se nositi s tim izazovom (Mihaljek, 2014).

Zdravstveni sustavi pod većim su pritiskom pojedinaca u starijoj životnoj dobi (50+ ili 65+) jer oko te dobi započinje rast zdravstvenih potreba što je neodvojivo od već ranije spomenutog demografskog starenja. Zbog toga se često u pitanje dovodi financijska održivost zdravstvenog sustava pa i njegova organizacija, te je nužno odrediti financijske aspekte zdravstvene potrošnje.

Glavni cilj ovog rada je prikazati obilježja zdravstvene zaštite i potrošnje u zadnjoj godini života osoba u dobi od 50+ u Europskim zemljama. Povod za navedeno su brojna istraživanja koja pokazuju da su troškovi liječenja i zdravstvene zaštite, upravo najveći pred kraj života. Dakle, u radu se analiziraju zdravstveni troškovi sve većeg broja osoba te dobi u zadnjoj godini života s ciljem razumijevanja povezanosti troškova zdravstvene zaštite u zadnjoj godini života i financijske održivosti zdravstvenog sustava. Ubrzani rast zdravstvene potrošnje uzrokovan je raznim trendovima, poput demografskog starenja, pa je vrlo važno znati povećavaju li se zdravstveni troškovi i ako da, koliko, u zadnjoj godini života. U ovom radu analiza je usmjerena na troškove u zadnjoj godini života osoba 50+ koje su preminule i za koje posjedujemo podatke o zdravstvenoj zaštiti i troškovima zdravstvene zaštite u zadnjoj godini života. Osim toga, cilj rada je prikazati zdravstveni sustav Hrvatske uz naglasak na njegova financijska obilježja kao i na financijsko opterećenje stanovništvom starije životne dobi. Te osobe su osjetljivi dio

populacije i sukladno tome imaju veću potražnju za zdravstvenim uslugama. Takav trend možemo očekivati i u budućnosti, što ukazuje na potrebu prilagodbe zdravstvene potrošnje, ali i čitavog zdravstvenog sustava.

1.2. Izvori i metode prikupljanja podataka

U radu je korištena dostupna stručna literatura (knjige, članci, stručni radovi, mrežni izvori, publikacije, statistički podaci i slično), kao i baze podataka određenih institucija (Eurostat, i Svjetska zdravstvena organizacija (WHO)). Nadalje, za glavnu analizu rada, korišteni su mikropodaci iz istraživanja SHARE (Istraživanje o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi) za analizu populacije 50+ što je omogućilo širok raspon varijabli dovoljnih za izradu analize i ostvarenje ciljeva rada. Prilikom pisanja rada, korištene su i razne znanstvene metode u odgovarajućim kombinacijama poput metode sinteze, analize, komparacije, klasifikacije, deskripcije.

1.3. Sadržaj i struktura rada

Rad je strukturiran u pet poglavlja. Nakon uvodnog dijela, u drugom poglavlju su pojmovno prikazani aspekti zdravstvene potrošnje, njena definicija i obilježja kao i ključni segmenti te trendovi. Treće poglavlje opisuje distribuciju zdravstvenih troškova tijekom života pojedinca, a četvrto poglavlje prikazuje analizu financijskih aspekata zdravstvene potrošnje u zadnjoj godini života osoba 50+ sukladno analizi iz studije SHARE. Zaključak daje zaključna razmatranja autorice o temi, nakon čega slijedi popis literature, slika i tablica prikazanih u radu.

2. POJMOVNO ODREĐENJE ZDRAVSTVENE POTROŠNJE

2.1. Definicija i obilježja zdravstvene potrošnje

Svaka osoba nastoji očuvati svoje zdravlje i život u čemu mu pomažu razni mehanizmi, poput zdravstvene zaštite i zdravstvenog sustava koji su temelj svake socijalne države. Postojanje tog sustava omogućuje pristup uslugama u zdravstvu i osiguranju zdravstvene zaštite, a temeljni je cilj zdravstvene politike danas produžiti očekivano trajanje života i poboljšanje kvalitete života. To znači unapređenje i razvoj zdravstvene službe ali i promicanje zdravijeg načina života, smanjenje ili uklanjanje mogućih zdravstvenih rizika i poboljšanje života kroničnih bolesnika i invalida (Bejaković, 2007). Koncept zdravlja orijentira se na holistički pristup zdravlju ukazujući pritom na međuzavisnost fizičke, duševne, socijalne i duhovne dimenzije zdravlja. Zdravlje je multidimenzionalno određeno s tri pravca – fizičkim, psihičkim i socijalnim blagostanjem i stupanj zdravlja je stoga moguće kvantificirati na sve tri navedene razine (Benković, 2009). Zdravstvo je, dakle, javna služba od posebnog društvenog interesa koja organizirano djeluje u zdravstvenim ustanovama ili praksama. Sam pojam zdravstva je nešto uži od pojma zdravstvene zaštite koja obuhvaća i razne aktivnosti i mjere unutar zdravstvenih institucija (Vašiček, 2016). Dakle, moguće je reći da je zdravlje u fokusu većine politika i strategija kao jedan od ključnih segmenata života svakog čovjeka.

Bivše europske socijalističke zemlje imale su kroz povijest uglavnom velika izdvajanja za zdravstvo i razmjerno velika dostignuća i prava u tom sustavu. Malo se pazilo na troškove i uštede, pa je postojao znatan višak zdravstvenih kapaciteta i osoblja, a primjerice, prosječni period boravka u bolnici bio je duži nego u industrijski razvijenim zemljama (npr. Velika Britanija). Cijena lijekova se određivala administrativno i bila je znatno niža od tržišnih cijena. No, primarna je zdravstvena zaštita bila uglavnom nerazvijena, a prijelaz na tržišno gospodarstvo je uzrokovao nedostatak prihoda u zdravstvu, pogoršanje kakvoće, pa čak i gubitak pružanja zdravstvenih usluga. Stoga, u takvim zemljama, postupno je na značenju sve više dobivali privatno zdravstveno osiguranje i privatne zdravstvene usluge. Tako je i u zdravstvenom sustavu Hrvatske proveden niz reformi koje su pridonijele preobrazbi sustava iz socijalističkog režima u ovakav kakav danas postoji (Bejaković, 2007). Dakle, Hrvatska je kao i mnoge druge zemlje u tranziciji prošla kroz razne promjene koje je morala provesti u svim ključnim sustavima u zemlji, pa je isto činila i u sustavu zdravstva.

Tako je danas zdravstveni sustav Hrvatske zasnovan na principima solidarnosti i univerzalnosti (tzv. Bismarckov model). Također, dostupan je i osigurava se na cjelokupnom teritoriju Hrvatske, svim stanovnicima. Vizija zdravstvenog sustava Hrvatske je imati kvalitetnu zdravstvenu zaštitu dostupnu svima, sukladno načelima sveobuhvatnosti, dostupnosti i solidarnosti. Ulogu upravitelja sustavom ima Ministarstvo zdravstva koje ima široke ovlasti, od upravljanja zakonodavstvom do izrade proračuna i nadziranja zdravstvenog sustava i druge ovlasti. Trenutno je u Hrvatskoj na snazi Zakon o zdravstvenoj zaštiti koji uređuje načela i mjere zdravstvene zaštite, prava i obveze osoba za korištenje zdravstvene zaštite, nositelje društvene skrbi i zdravlja i slično. U tom kontekstu, Zakon govori da je zdravstvena zaštita *"sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje i zdravstvenu njegu, palijativnu i rehabilitativnu skrb"* (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100/18, 125/19, 147/20).

Tako, sukladno Zakonu, svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja. Nitko ne smije ugroziti tuđe zdravlje i svaka je osoba dužna pružiti hitnu pomoć. Hrvatska pak, mjerama stvara uvjete za to i za zaštitu, očuvanje i poboljšanje zdravlja stanovništva. Osim toga, u proračunu osigurava sredstava za praćenje izvršenja zdravstvenog prosvjeđivanja i odgoja stanovništva, promicanje zdravlja, proučavanje i praćenje zdravlja, utjecaja čimbenika, za programe poboljšanja zdravlja stanovnika, za suzbijanje bolesti i mnoge druge aspekte zdravstvenog sustava. Osim toga, ustrojen je zdravstveni sustav primarne, sekundarne i tercijarne razine i zdravstvenih zavoda (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100/18, 125/19, 147/20). Sukladno Zakonu, Hrvatska je 2012. donijela Nacionalnu strategiju zdravstva koja je bila donesena za razdoblje 2012. – 2020. godine, a novija verzija je tek u izradi. No, sukladno ranije spomenutoj verziji strategije, vidljivo je da hrvatski zdravstveni sustav usklađen s mnogim međunarodnim standardima te se smatra da je razvijanje sustava sukladno međunarodnim normama, postala nužnost uslijed potrebe brzih reakcija i smanjenja negativnih posljedica (Nacionalna strategija razvoja zdravstva, 2012).

Dobro zdravlje stanovništva je težnja svake zemlje, bez obzira na njenu gospodarsku razvijenost, pa je razvidno kako su zdravlje i ekonomija u vrlo uskoj vezi (Vašiček, 2016). Zdravlje je, dakle, itekako povezano s gospodarstvom, iako to nije odmah na prvu vidljivo. Zdravlje ljudi je temeljni motiv i djelovanja gospodarstva, jer stanje gospodarstva neke zemlje ovisi o brojnim čimbenicima. Zdravlje može na gospodarstvo utjecati kroz četiri kanala – produktivnost, ponudu rada, obrazovanje i štednju raspoloživu za ulaganje u fizički i

intelektualni kapital. Stanje gospodarstva, s druge strane, utječe na zdravlje ljudi. Stoga, kao kapitalno dobro, zdravlje ima utjecaj na pojedinca i na tržište zdravlja. Briga o javnom zdravstvu tako je oblikovana raznim odlukama vlada i načinu provođenja tih odluka, pa je zdravstveni sustav zapravo odluka o načinu prikupljanja i raspodjele resursa (Nacionalna strategija razvoja zdravstva, 2012). Dakle, kvalitetno zdravlje može utjecati na ekonomiju preko ranije spomenutih čimbenika, a ulaganje u zdravlje je značajan dio svake ekonomije.

Zdravstvena potrošnja u pravilu obuhvaća proces pružanja usluga stanovništvu koje je pokriveno zdravstvenim osiguranjem. Pružanje usluga i način njihove dostave krajnjem korisniku te sami korisnici, su najčešće determinante jednog zdravstvenog sustava. Političke odluke u cilju rješavanja problema, oblikuju strukturu financiranja zdravstvenog sustava (Smolić, 2008). Cijena koju korisnik plaća ovisi o mnogočemu, npr. o njegovom zdravstvenom stanju i pokriću troškova od strane javnog ili privatnog osiguranja. Dakle, korisnik ne snosi cijelu cijenu usluge već se ista raspoređuje na više dionika. Samim time, bogate zemlje uglavnom više izdvajaju za javnu potrošnju i zdravstvenu skrb. Mogući razlozi zdravstvene potrošnje su starenje stanovništva, povećana upotreba medicinske tehnologije, rast nesavjesnog rada liječnika, asimetrija informacija na relaciji pacijent – davatelj, moralni rizici i mnogi drugi. Najčešći pokazatelji zdravstvene potrošnje su ukupna zdravstvena potrošnja i potrošnja po stanovniku. Pritom, ukupna se zdravstvena potrošnja promatra u fragmentiranom obliku kao javna i privatna zdravstvena potrošnja sa svim svojim sastavnicama (npr. potrošnja lijekova i slično). Također, postoji jaka povezanost između zdravstvene potrošnje i dohotka po stanovniku, pa čak bruto domaći proizvod (dalje u radu: BDP) objašnjava veliki postotak varijacije zdravstvene potrošnje (Barić i Smolić, 2008).

I Grossman (2000) govori kako su ekonomija i zdravlje povezani, pa u svom modelu ljudskog kapitala govori kako je zdravlje zapravo trajna kapitalna zaliha koja donosi izlaz iz zdravog vremena, a pojedinci nasljeđuju tzv. početni kapital (iznos) te zalihe koji se smanjuje s godinama i eventualno se može povećati s ulaganjem. Dakle, postoji važna veza između teorije o proizvodnji kućanstva i ponašanja potrošača te ulaganja u ljudski kapital. Potrošači kao ulagači u sebe, proizvode određeni kapital što dovodi do izravne koristi, zarade i bogatstva. Zdravlje s druge strane, čini i jedno i drugo i u njegovom je modelu vrlo široko definirano pa uključuje dugovječnost i dane bez bolesti u nekom trenutku tijekom godine, a potrošači ga prema tome i potražuju i proizvode. Zdravlje je tako varijabla izbora jer je to izvor zadovoljstva i koristi i samim time, određuje razinu dohotka ili bogatstva. Zdravstveni je kapital tako jedna komponenta ljudskog kapitala i osoba nasljeđuje početne zalihe zdravlja koje se s godinama

smanjuju ili povećavaju (npr. ulaganjem). Smrt se događa kada zaliha padne ispod određene razine. Stoga je razvidno da iz teorije ljudskog kapitala izvire neupitna povezanost između zdravlja i ekonomije.

Dakle, zdravstvo je ključan dio svake ekonomije i zato kao sustav zaslužuje posebnu pozornost, kako široke javnosti, tako i nositelja zdravstvene politike. Zdravlje ljudi je imperativ svakog gospodarstva jer ljudi doprinose svojim radom prosperitetu gospodarstva. Stoga ne čudi veliki interes koji posvećen praćenju tog sustava s naglaskom na ukupnu zdravstvenu potrošnju. Više o ključnim segmentima zdravstvene potrošnje predstavljeno je u nastavku poglavlja.

2.2. Ključni segmenti zdravstvene potrošnje

Rastuća potrošnja u zdravstvu je postala jedan od glavnih izazova zdravstvenih politika tijekom 1990-ih godina u većini razvijenih zemalja. Zbog toga je danas potreban multidisciplinarni pristup tom pojmu koji znači promatranje i razumijevanje utjecaja raznih čimbenika na sam proizvod zdravstvenih sustava. Najčešći čimbenici koji se promatraju u kontekstu zdravstvene potrošnje tako su iznos potrebnih sredstava, opterećenost bolestima koje zahtijevaju medicinski tretman te opseg pruženih zdravstvenih usluga koji se raspoređuje između socijalnog osiguranja i obitelji bolesnih osoba (Barić i Smolić, 2008).

Cilj zdravstvene potrošnje odnosno financiranja sustava zdravstva je osiguravanje određenih sredstava osiguranim osobama kako bi imale pristup individualnoj zdravstvenoj njezi. Tako uglavnom svi stanovnici imaju pristup i pravo na zdravstvenu zaštitu, bilo da se radi o zaposlenima, nezaposlenima, starijim osobama, djeci, studentima i drugima, a na državi je da osigura određenu kvalitetu zdravstvene zaštite odnosno usluge. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) nudi dodatno pokriće u obliku dopunskog osiguranja koje mjesečno košta sedamdeset kuna, odnosno više ili manje ako ga se plaća pri drugim pružateljima te usluge tj. kod privatnih osiguravajućih kuća. HZZO u okviru zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj pokriva određeni dio usluga koje su obuhvaćene zdravstvenim osiguranjem (npr. primarnu zaštitu), dok se za neke druge usluge, brine sam osiguranik (npr. dopunsko ili dodatno osiguranje) (HZZO, 2020).

Uz zdravstvenu se potrošnju također veže i pojam zdravstvene potražnje (engl. *health demand*) (Grossman, 1972). Dakle, temeljni konstitutivni elementi zdravstvenog sustava su ponuda i potražnja pa je važno znati da su ti pojmovi vrlo čvrsto povezani. Tako potražnja ovisi o nizu čimbenika, kao primjerice o cijeni usluge ili dohotku korisnika te predstavlja zahtjev pacijenta

ili drugog dionika (liječnika ili obitelji) za nekom zdravstvenom uslugom. Također, ista je povezana i sa zdravstvenom potrebom, ali je o njoj neovisna. Potražnja za zdravstvenim uslugama je djelomično inducirana sa strane davatelja usluge odnosno ponude. Potražnja u današnjim sustavima zdravstva rezultira visokim stopama korištenja resursa intenzivnih usluga uz minimalnu optimalnu ravnotežu između menadžmenta i medicine. Stoga, važno je integriranje smanjenja zdravstvenih potreba i potražnje kao kritični dio prijedloga većine zdravstvenih reformi (Barić i Smolić, 2008).

Kad je u pitanju zdravstvena potrošnja, što se više troši u tom području, ostaje manje sredstava za druga područja, pa postoji visoka tendencija u održavanju stabilnog zdravstvenog sustava. Sve dok vrijednosti koju proizvodi zdravstvo premašuju oportunitetne troškove, rast potrošnje je ekonomski održiv. Kad isti postaje prevelik, zdravstvena potrošnja postaje neodrživa (Thomson i sur., 2009). Dakle, utvrđena je pozitivna ali ne uvijek i važna, veza zdravstvene potrošnje s BDP-om, dobnom strukturom populacije, rizičnim faktorima i institucionalnim karakteristikama. Glavni pokretač zdravstvene potrošnje u nekoj zemlji je upravo razina BDP-a, a prema nekim istraživanjima, dohodovna elastičnost ukupne zdravstvene potrošnje kreće se oko jedinice. Kako zemlje bivaju sve bogatije, sve je veći dio dohotka usmjeren upravo u zdravstveni sustav (Barić i Smolić, 2008). Tako u okolnostima gospodarskog rasta, zdravstvena potrošnja može rasti po stopi većoj od ekonomskog rasta odnosno može uzimati veći udio u BDP-u, ali bez da nužno uzrokuje smanjenje ostalih područja gospodarske aktivnosti (Thomson i sur., 2009).

Tablica 1. prikazuje izdatke po stanovniku (*per capita*) za zdravstvo za zemlje Europske unije u razdoblju 2013.-2018. godine.

Tablica 1. Izdaci za zdravstvo po stanovniku (per capita) u EU-28 i još nekim europskim državama u razdoblju 2013.-2018. godine u EUR

DRŽAVA	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
PROSJEK EU-28	:	2.773,27	2.895,15	2.913,97	2.978,12	3.072,53
Belgija	3.718,24	3.808,94	3.855,24	4.088,98	4.218,87	4.336,85
Bugarska	413,42	457,59	471,74	510,22	550,99	586,55
Češka	1.171,21	1.139,09	1.157,03	1.193,39	1.308,62	1.493,13
Danska	4.686,26	4.790,05	4.912,83	5.014,00	5.134,04	5.255,75
Njemačka	3.831,83	3.982,11	4.141,03	4.275,05	4.465,33	4.627,37
Estonija	863,26	933,47	1.002,66	1.071,71	1.193,78	1.312,18
Irska	4.002,21	4.047,07	4.090,20	4.235,92	4.422,21	4.612,74
Grčka	1.370,53	1.287,54	1.313,22	1.345,44	1.334,74	1.327,83
Španjolska	1.984,53	2.018,56	2.117,57	2.145,15	2.229,93	2.310,15
Francuska	3.681,29	3.754,35	3.787,87	3.851,01	3.913,41	3.968,64
Hrvatska	671,11	686,44	719,53	763,03	805,78	861,54
Italija	2.349,61	2.374,06	2.414,15	2.440,53	2.489,35	2.543,54
Cipar	1.449,97	1.421,46	1.456,51	1.514,65	1.571,03	1.644,67
Latvija	612,48	647,40	702,31	794,11	828,80	936,20
Litva	725,74	772,61	834,41	899,98	966,21	1.061,15
Luksemburg	4.730,53	4.869,32	4.829,75	4.897,36	5.009,21	5.221,36
Mađarska	747,64	758,94	785,40	827,76	875,84	910,33
Malta	:	1.829,54	1.998,56	2.075,55	2.226,88	2.289,79
Nizozemska	4.159,65	4.207,78	4.205,23	4.264,69	4.334,52	4.480,25
Austrija	3.928,93	4.041,59	4.129,77	4.237,37	4.359,69	4.497,44
Poljska	661,57	675,61	718,15	731,01	807,48	829,54
Portugal	1.479,99	1.501,36	1.557,45	1.701,19	1.774,90	1.877,06
Rumunjska	373,66	380,14	399,83	431,88	493,75	583,91
Slovenija	:	1.551,74	1.603,66	1.660,39	1.703,65	1.830,93
Slovačka	1.031,40	970,05	998,98	1.043,40	1.051,83	1.099,99
Finska	3.683,49	3.705,37	3.720,86	3.712,03	3.749,64	3.828,64
Švedska	5.018,91	4.954,90	5.022,10	5.099,33	5.147,42	5.060,99
Island	3.063,76	3.386,34	3.853,04	4.539,14	5.303,32	5.307,79
Lihtenštajn	7.481,17	7.598,39	8.665,47	8.747,41	8.579,88	8.217,96
Norveška	6.915,78	6.838,71	6.787,99	6.747,31	6.906,95	6.987,71
Švicarska	6.940,40	7.181,75	8.410,01	8.484,88	8.476,35	8.327,38
Ujedinjeno Kraljevstvo	3.265,21	3.560,23	4.016,93	3.661,85	3.514,72	3.465,78

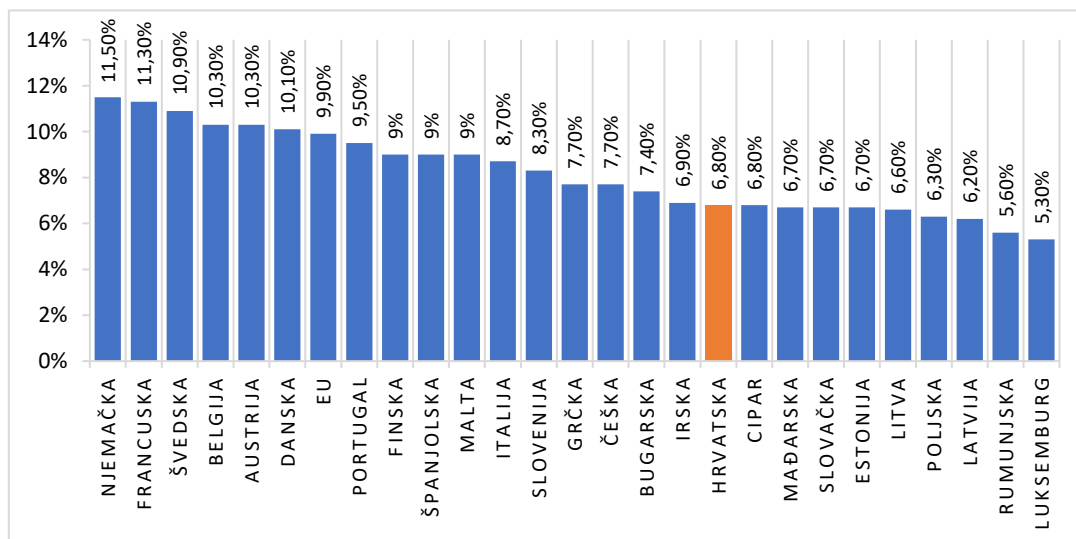
Izvor: obrada autorice prema podacima Eurostata

Kako je vidljivo u tablici 1., u prosjeku se po glavi stanovnika na zdravstvo u EU-28 (dok još UK nije prestala biti članicom EU) trošilo 3.072,53 EUR u 2018. godini što je, za usporedbu, manje nego godinama prije pa se 2014. godine trošilo 2.773,27 EUR što ukazuje na povećanje u prikazanom razdoblju. Pritom je razvidno da se od prikazanih europskih zemalja, najviše troši u Lihtenštajnu koji nije članica EU, ali za zdravstvo odvaja pozamašne svote, od 7.481,17 EUR u 2013. godini do 8.217,96 EUR u 2018. godini. Od članica Europske unije, najviše su na

zdravstvo *per capita* trošile, odnosno troše, uglavnom skandinavske zemlje (npr. Danska u 2018. godini 5.255,75, a Norveška čak 6.987,71 EUR po glavi stanovnika). Što se Hrvatske tiče, ona je daleko ispod prosjeka EU, pa se primjerice, u prosjeku na zdravstvo troši u posljednjim nekoliko godina oko osamsto eura po glavi stanovnika. Lošije od Hrvatske po izdvajanjima za zdravstvo stoje Bugarska koja je npr. u 2018. godini trošila tek 586,55 EUR i Rumunjska (583,91 EUR u 2018.). Ispod prosjeka EU su i Poljska, Mađarska, Slovačka, Litva, itd. Iznad prosjeka za zdravstvo po glavi stanovnika izdvajaju, kako je i rečeno, skandinavske zemlje, ali i Njemačka, Švicarska, Ujedinjeno Kraljevstvo, Austrija i Irska.

Što se tiče udjela zdravstvene potrošnje u zemljama EU u ukupnom BDP-u, podaci su prikazani na slici 1.

Slika 1. Udio zdravstvene potrošnje u BDP-u 2019. godine, EU27

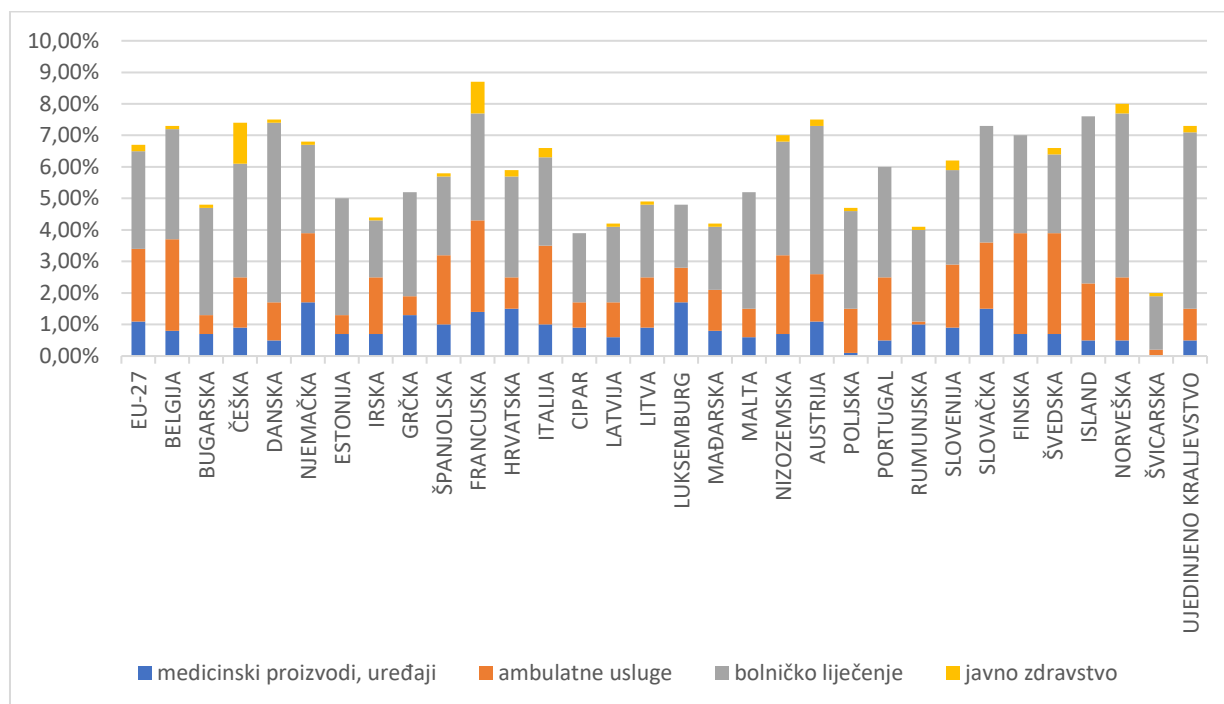


Izvor: obrada autorice prema podacima Eurostata

Kako je na slici 1. vidljivo, prosječno su u EU rashodi u zdravstvu činili 9,9% BDP-a. Najveći udio bilježe Njemačka (11,5%), Francuska (11,3%) i Švedska (10,9%), dok se Hrvatska nalazi ispod prosjeka Unije s 6,8% potrošnje u BDP-u. Najmanju zdravstvenu potrošnju u BDP-u ostvaruje Luksemburg (5,30%). Vidljivo je da najveći udio potrošnje u zdravstvu u ukupnom BDP-u imaju one države koje troše najviše na zdravstveni sustav (više u tablici 1).

Struktura zdravstvene potrošnje u Europskim zemljama za 2019. godinu detaljnije je prikazana na slici 2.

Slika 2. Struktura ukupne potrošnje na zdravstvo u BDP-u država članica EU (%) u 2019. godini



Izvor: obrada autorice prema podacima Eurostata

Kako je vidljivo na slici 2, najveći udio zdravstvene potrošnje odlazi na bolnice, zatim na javno zdravstvo i lijekove, opremu i uređaje. Situacija je takva u svim prikazanim državama, pa i u Hrvatskoj. Dakle, glavni aspekti zdravstvene potrošnje su ponuda i potražnja koja se odvija na tržištu te ta dva pojma trenda utječu na smanjenje ili povećanje zdravstvene potrošnje. Jednako tako, vrlo važnu ulogu, ali ne i presudnu, ima udio potrošnje u ukupnom BDP-u neke države. Moguće je zaključiti da su ekonomija, gospodarstvo i zdravstvena potrošnja u vezi i da posljedično utječu jedni na druge.

2.3. Trendovi u zdravstvenoj potrošnji i financiranje sustava zdravstvene zaštite

Posljednjih godina u zdravstvenim sustavima se događaju mnoge promjene, primjerice postupno se ukinuo državni monopol u zdravstvu i došlo je do vala privatizacije i decentralizacije, posebice u sferi financiranja. Reforme zdravstvenih sustava su se tako uglavnom odnosile na uvođenje dodatnih plaćanja (tzv. participacije), intervencije na području potrošnje lijekova i slično (Barić i Smolić, 2008). Zdravstvena djelatnost je u suštini potrošnja, a prava osiguranika nisu usklađena uvijek sa sredstvima koja su planirana za zdravstvenu djelatnost, pa je važno instrumente financiranja uskladiti s raspoloživim sredstvima, a ne

stvarnom vrijednošću ugovorenih programa. No, često je problem nedostatnih sredstava što opterećuje poslovanje zdravstvenih ustanova (Dubovečak i sur., 2019).

Financiranje zdravstvene zaštite stoga predstavlja određeni tijek sredstava od pacijenata prema pružateljima zdravstvene zaštite u zamjenu za usluge, a dva najosnovnija načina plaćanja zdravstvene usluge su plaćanje iz vlastitog džepa i plaćanje trećim stranama. Elementi sustava financiranja zdravstva su prikupljanje sredstava, zbrajanje sredstava i plaćanje korištenja zdravstvene zaštite. Tako financiranje počinje prikupljanjem sredstava (javno ili privatno). U konačnici, dolazi do kupovine odnosno plaćanja zdravstvene usluge. Kako govori Mihaljek (2014), sustavi financiranja mogu se podijeliti u tri osnovne skupine:

- a) Sustavi s pretežito **privatnim financiranjem** – uglavnom se financira na osnovu premija i uplata koje uplaćuju pojedinci za određeni period;
- b) Sustavi s pretežitim financiranjem **iz državnog proračuna** – prihodi iz poreza i neporeznih izvora koji se raspodjeljuju iz proračuna na mnoge sustave pa i na zdravstvo;
- c) Sustavi financiranja iz pretežno **fondova socijalnog osiguranja** – zdravstveno se financira iz namjenskih poreza (doprinosa) čiju osnovicu čine plaće zaposlenih.

Navedeni modeli nazivaju se još Bismarckov model, Beveridgeov model i tržišni model (Vašiček, 2016). Sumarno, karakteristike različitih modela financiranja zdravstva, prikazane su u tablici 2.

Tablica 2. Razlike u različitim modelima financiranja zdravstva

Model	Pokrivenost	Financiranje	Kontrola	Status	Primjeri zemalja gdje se primjenjuje
Beveridgeov model	Nastao u Velikoj Britaniji Univerzalna pokrivenost	Porezno	Javna	Socijalna usluga	Skandinavske zemlje (npr. Danska, Finska), Ujedinjeno Kraljevstvo, Španjolska, Portugal
Bismarckov model	Obvezno, univerzalno socijalno osiguranje Izvorište: Njemačka (Prusija) Univerzalna pokrivenost	Socijalno osiguranje	Kombinirana	Socijalno pravo	Njemačka, Austrija, Luxemburg, Švicarska

Tržišni model	Naglašava tržište, privatno osiguranje i osigurane rizike Djelomična pokrivenost	Privatno osiguranje	Privatna	Osigurani rizici	Sjedinjene Američke Države
----------------------	---	---------------------	----------	------------------	----------------------------

Izvor: obrada autorice prema Kovač, N. (2013.), Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. Ekonomski vjesnik, 26(2), str. 553. i prema Katharina, et al. (2013.), Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results of a Deductive Classification. Health Policy 113, str. 258–269.

Kako je u tablici 2 vidljivo, osnovna razlika između tri modela je način kontrole i status zdravstvenog osiguranja. Tako se primjerice, tržišni model kontrolira privatnim mehanizmima, dok je kod prva dva u pitanju javna kontrola ili kombinacija. Ni jedan od tih modela se ne primjenjuje u isključivom obliku već zemlje uglavnom kombiniraju modele. Kako je vidljivo, zdravstvena se potrošnja može financirati iz nekoliko raznih izvora: javni, privatni ili kombinacijom jednog i drugog. Pojedinačni zdravstveni sustavi uglavnom imaju jedan izvor financiranja koji je dominantan, ali se nikada ne radi o čisto jednom izvoru sredstava. Npr. kako tvrde Barić i Smolić (2008), u zemljama EU, zdravstvo se uglavnom financira iz javnih izvora, ali s tendencijom pada tog udjela.

U manje razvijenim zemljama, samo je u Ukrajini postojao tzv. Beveridge model financiranja gdje dominira financiranje putem općih poreznih prihoda. Sličan model prisutan je i u razvijenim zemljama OECD-a poput Španjolske (Barić i Smolić, 2008). Zdravstvena potrošnja i njen se rast ne mogu zaustaviti, ali se financiranje može učiniti efikasnijim. Dugoročno, zdravstvena potrošnja raste jer s ekonomskim razvojem, raste i potražnja stanovništva za zdravstvenim uslugama, a očuvanje zdravstva je jedan od primarnih ciljeva svake države. Stoga, nužne su razne zdravstvene reforme potrošnje i financiranja u zdravstvu (Mihaljek, 2014).

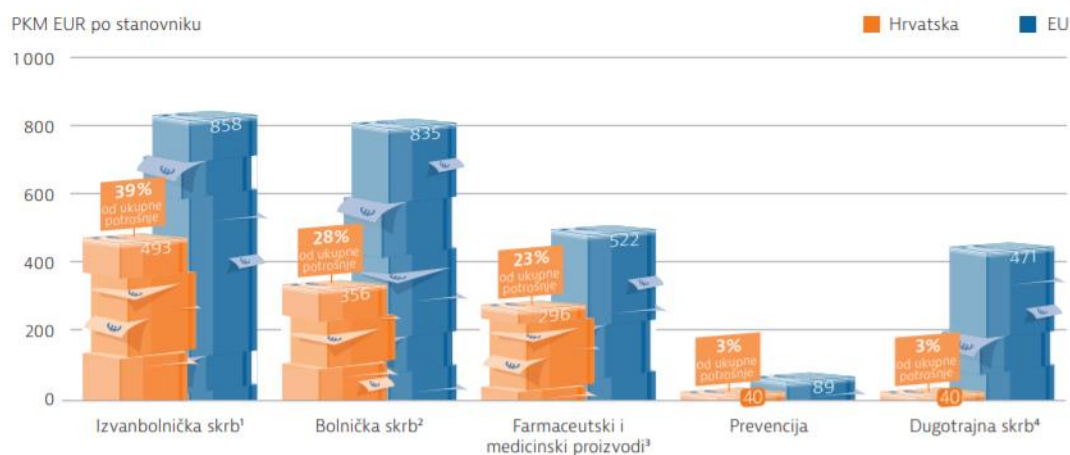
U Hrvatskoj je istaknuta uloga Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao središnje financijske institucije zdravstvenog sustava. Plaćanje zaštite u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uglavnom se obavlja putem glavarine (po osiguranoj osobi), dok se bolničke plaćaju putem mjesečnih proračuna ili limita. Sredstva HZZO-a doznačena ugovorenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima, strogo su namjenska i koriste se za pokriće plaća zaposlenih u zdravstvu i druge materijalne troškove zdravstva. Drugi značajan izvor financiranja su sredstva proračuna (državnog i jedinica lokalne i područne samouprave). Tako primjerice, središnja država financira kliničke bolničke centre i kliničke bolnice, a županije opće i

specijalne bolnice. Uz navedene prihode, prihodi se ostvaruju u zdravstvu i iz vlastitih izvora (Vašiček, 2016).

Kako je u ranijem dijelu rada vidljivo, potrošnja za zdravstvo po stanovniku u Hrvatskoj i dalje je relativno niska u odnosu na druge zemlje EU. No, posljednjih godina su ipak vidljive određene fluktuacije u potrošnji za zdravstvo. Tako je primjerice, 2017. godine, Hrvatska bila jedna od tri zemlje s najnižom potrošnjom u EU odnosno na to je odlazilo 6,8% BDP-a što je manje od prosjeka EU, ali više od osam drugih zemalja. Javni udio u zdravstvenoj potrošnji iznosio je 83% više nego u većini zemalja s usporedivim razinama potrošnje. Izravna su plaćanja činila 10,5% potrošnje (EU prosjek 15,8%), a komponenta dobrovoljnog osiguranja činila je 6,5%. Više od trećine troškova za zdravstvo odlazilo je na izvanbolničke (38,8%) usluge (primarna skrb i specijalistička izvanbolnička skrb), a potrošnja na farmaceutske i medicinske proizvode iznosila je 23,3%. Sredstva za dugotrajnu skrb činila su 3,1% potrošnje (Europska komisija, 2020).

Slika 3. prikazuje udio potrošnje za zdravstvo, usporedno u Hrvatskoj i EU.

Slika 3. Udio sredstava za zdravstvo u RH i EU (PKM EUR po stanovniku)



Izvor: Hrvatska: Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019, <https://www.oecd.org/health/hrvatska-pregled-stanja-zdravlja-i-zdravstvene-zastite-2019-df8b2178-hr.htm>

Kako je vidljivo na slici 3, gledajući prosjek EU i Hrvatsku, vidljivo je da je u svim segmentima zdravstvene potrošnje Hrvatska trošila manje. Tako je primjerice na izvanbolničku skrb potrošeno 39% od ukupne zdravstvene potrošnje, što je manje nego u Uniji.

Osim toga, potencijalni problem je i to što se hrvatski zdravstveni sustav i dalje oslanja uglavnom na bolničku skrb¹, rehabilitacijske bolnice i bolnice za dugotrajnu skrb. Prosječna duljina boravka u bolnicama 2019. godine iznosila je 8,4 dana (EU 7,9 dana). Negativno je to što Hrvatska ima manje medicinskih sestara i liječnika nego u mnogim drugim zemljama Unije. Tako primjerice Hrvatska ima u prosjeku 6,6 medicinskih sestara na tisuću stanovnika, dok je prosjek Unije 8,5 sestara/1000 stanovnika i 3,4 liječnika u odnosu na 3,6 u Europskoj uniji. Od europskih zemalja, najbolji prosjek imaju skandinavske zemlje i Njemačka (velik broj liječnika i medicinskih sestara), a ostale zemlje (npr. Belgija, UK, Poljska, Hrvatska, Mađarska i slično) imaju manji broj od prosjeka. Razlog tome je, između ostalog, iseljavanje liječnika i medicinskih sestara/tehničara iz slabije razvijenih članica EU u one bogatije. Što se tiče pristupačnosti zdravstvene zaštite, opseg usluga uključuje većinu zdravstvenih usluga, a uvedene su i participacije, koje uglavnom ne utječu na pristupačnost uslugama. Na zdravstvenu potrošnju utjecala je i kriza od koje se Hrvatska dugo oporavljala, a problem su i bolnički dugovi koji ugrožavaju financijsku održivost. Stoga, reforme zdravstva i potrošnje, uglavnom su usmjerene na poboljšanje učinkovitosti ovog sektora (Europska komisija, 2020).

Prema podacima HZZO-a, u 2019. godini evidentirano je prosječno 4.188.658 osiguranika, od čega 1.599.311 aktivnih osiguranika. Pritom, najveći udio čine aktivni radnici (1.599.311), umirovljenici (1.059.765) te ostali (1.058.798). Zabilježenih aktivnih poljoprivrednika u 2019. godini bilo je 12.272, a članova obitelji 458.512. Što se tiče primitaka HZZO-a, u 2019. godini primili su 8,27% više prihoda nego godinu ranije (27.098.756,132 kn), a najveći utjecaj na to imalo je povećanje stope doprinosa za zdravstveno osiguranje i zaštite zdravlja na radu, kao i povećanje prosječne bruto plaće i povećanje broja zaposlenih. Tako doprinosi predstavljaju glavni oblik financiranja obveznog osiguranja i čine 81,88% prihoda. Ostatak prihoda čine prihodi od proračuna (16,13%), prihodi po posebnim propisima, prihodi iz EU i mnogi drugi. Broj važećih polica dopunskog osiguranja u 2019. godini iznosio je ukupno 2.311.960 od čega 1.705.614 osiguranika koji sami plaćaju dopunsko zdravstveno osiguranje i 606.346 na teret državnog proračuna. Što se rashoda tiče, najveći udio rashoda otišao je na zdravstvenu zaštitu obveznog osiguranja odnosno 82,88%², na naknade (10,37%) i ostale izdatke (1,59%). (HZZO, 2020).

¹ 5,5 kreveta po stanovniku, a u EU je 5 po stanovniku.

² 21.984.547.673 kn

Dakle, iz ranijih je podataka vidljivo da su glavni trendovi u zdravstvenoj potrošnji većine zemalja bili porast ukupne potrošnje, uz simultani rast cjelokupne ekonomije. Povećani su također privatni i javni izdaci za zdravstvo. U idućem dijelu rada slijedi analiza i prikaz distribucije zdravstvenih troškova tijekom života pojedinca.

3. DISTRIBUCIJA ZDRAVSTVENIH TROŠKOVA TIJEKOM ŽIVOTA POJEDINCA

3.1. Izdaci za zdravstvenu zaštitu tijekom života pojedinca

Mnogi autori smatraju kako će doći do povećanja broja starijih osoba i samim time, da će se neizbježno povećati i ukupni troškovi zdravstvene zaštite. S druge strane, izdaci po stanovniku neće se nužno povećati, kako tvrde Christiansen i suradnici (2006). Čovjek se danas suočava s novim izazovima i svaka životna dob donosi drugačije izazove s kojima se pojedinac mora nositi. Takva je situacija i kod zdravstvene skrbi, jer čovjek od rođenja do smrti, ovisno o situaciji, ima različite potrebe za zdravstvenom zaštitom. Problem demografskog starenja tako je odavno prepoznat u svim društvima kao proces koji ima duboke posljedice po nacionalne, ekonomske, socijalne i zdravstvene ustanove (Rice, Feldman, 1983). Različiti scenariji tako predviđaju dugovječniji život i zdravstveno stanje pa iz toga proizlaze i da će biti izvedeni i novi, dugoročniji zdravstveni troškovi. U tom je kontekstu morbiditet komprimiran, odnosno očekuje se da se tijekom života postigao svojevrsni maksimum i vrijeme dobrog zdravlja, a kao posljedica toga, dolazi do određenog vremena provedenog u lošem zdravlju što u konačnici zahtijeva zdravstvenu zaštitu (Christiansen i sur., 2006).

U posljednje vrijeme, većinu razvijenih zemalja zahvatili su uglavnom negativni demografski procesi koji sve više ugrožavaju funkcioniranje društva. To je nastalo kumulacijom nepovoljnih tendencija tijekom 20. stoljeća, pa je od 1990-ih došlo do demografskih kretanja koja su zabrinjavajuća jer ostavljaju određene društvene posljedice. Neke od njih očituju se kroz nestašicu radne snage i opterećenost mirovinskih sustava pa većina razvijenih zemalja ulaže sve više resursa u smanjenje nezaposlenosti i drugih procesa poput dužeg ostanka na tržištu rada odnosno odgode umirovljenja. Stanovništvo prolazi kroz razne faze razvoja (pod utjecajem npr. nataliteta, mortaliteta, prirodnog prirasta, migracija i slično) koje zahtijevaju dublje proučavanje. Brojnost stanovništva i ekonomska snaga istog, određuju veličinu unutarnjeg tržišta, a dobna struktura i obrazovno stanje ukazuju na radno sposobno stanovništvo i na ljudski kapital. Izučavanje tih struktura tako doprinosi za strategiju razvitka i napretka ukupnog stanovništva (Obadić i Smolić, 2007).

Prema podacima Europske komisije, trend koji se dogodio jest povećanje broja svjetskog stanovništva pa tako trenutno na Zemlji živi oko 7,9 milijardi ljudi, a ta se brojka konstantno povećava. Očekivani životni vijek pri rođenju 2018. na području Unije godine iznosio je 78,2

godine za muškarce i 83,7 za žene, a predviđa se rast toga, pa se očekuje da će muškarci do 2070. živjeti 86 godina, a žene 90. Prosječan broj rođene djece po ženi 2018. godine iznosio je 1,55, a medijan dobi žena pri porođaju bio je 31,3. Tako se očekuje da će do 2070. godine 30,3% stanovništva imati 65 ili više godina, a 13,2% 80 ili više godina. Udio stanovništva Europe u svjetskom stanovništvu se smanjuje, pa se očekuje do 2070. činit će tek nešto manje od 4% stanovništva (Europska komisija, 2019). Demografska kretanja koja su se dogodila dovela su do sljedećeg:

- a) Broj radno sposobnih stanovnika u Europi smanjuje se i nužno je osmisliti kako zapošljavanjem i povećanjem produktivnosti održati gospodarski rast;
- b) Sustavi zdravstva moraju se adaptirati i prilagoditi sustave financiranja veće javne potrošnje povezane sa starenjem stanovništva;
- c) Nagle demografske promjene moraju dovesti do novih rješenja;
- d) Može se promijeniti i globalni položaj Europe (smanjenje stanovništva i udjela BDP-a);
- e) Demografske promjene i tranzicije moraju se međusobno podupirati ili ubrzavati (Europska komisija, 2019).

Zaključujemo kako demografske promjene neminovno dolaze i mijenjaju tijekom mnogih procesa i sustava gospodarstva, pa tako i zdravstvenog sustava. Mijenja se očekivani životni vijek, odnosno produžuje se pa je za očekivati da se i zdravstveni troškovi tijekom života povećavaju.

Prema istraživanju Papanicolas i suradnika iz 2020. godine o zdravstvenoj potrošnji po dobi u osam odabranih država (SAD, Australija, Kanada, Njemačka, Japan, Nizozemska, Švicarska, Ujedinjeno Kraljevstvo), moguće je vidjeti da se u prosjeku najviše troši na osobe dobi 65+ (12.309 američkih dolara) te na osobe u dobi 20-64 (3.603 dolara). Najviše se troši u SAD-u na osobe u dobi od 65+ (24.655 dolara), a najmanje u Ujedinjenom Kraljevstvu (9.584 dolara). Istraživanje je također pokazalo da SAD u prosjeku troši 1,9 puta više na zdravstvenu zaštitu po stanovniku u usporedbi s drugim zemljama. Omjer potrošnje za ljude starije od 65 godina bio je niži nego za one u dobi 20-64. U svim zemljama ipak se najviše potrošnje ostvaruje kod osoba od 85+ godina (Papanicolas i sur, 2020).

Izdaci za zdravstvo su značajno veći kod starijih nego kod mlađih osoba, posebice u razvijenim zdravstvenim sustavima. Stoga, nositelji politika često pretpostavljaju da će starenje stanovništva rezultirati neograničenim rastom zdravstvene potrošnje. No, neke projekcije za stanovništvo EU, potvrđuju da će rast zdravstvene potrošnje pripisan starenju stanovništva ipak

biti marginalan do 2060. godine (Williams i sur., 2019). No, distribucija zdravstvene potrošnje je dokazano vezana za dob osoba. U prvim godinama života tako su zdravstveni troškovi niži, zatim se povećavaju kroz odraslu dob, da bi kasnije značajno ubrzali, pogotovo nakon dobi od navršениh 50 godina. Starije osobe troše na zdravstvu četiri do pet puta više od mlađe populacije (Alemayehu i Warner, 2004). Razvidno je da demografsko starenje utječe na zdravstvenu potrošnja. Ista ovisi o količini zdravstvenih usluga, intenzitetu zdravstvene skrbi i jediničnim troškovima liječenja, a visoki troškovi u zdravstvu uglavnom su povezani sa starenjem jer tada je prisutno više kroničnih bolesti koje se u tom procesu i multipliciraju. Do prave ekspanzije troškova dolazi posebno u posljednjim godinama života kada mogu iznositi i do deset puta više od prosjeka (Obadić i Smolić, 2008).

Prema istraživanju Carrerasa i suradnika iz 2013. godine o procjeni zdravstvenih troškova i povezanosti istih s morbiditetom, ukazano je da je određena zdravstvena stanja u budućnosti i troškove vezano za to, moguće promatrati kroz populaciju uzorka. Prosječni zdravstveni trošak za žene tako iznosio 111.936 eura što je za trećinu više nego kod muškaraca (81.566 eura). Također, ukazano je da su žene uglavnom sklonije kroničnim bolestima i da su u prosjeku bile bolesne 28,41 godinu života, a kod muškaraca je prosjek bio 21,9 godina. Tako se budući morbiditet i troškovi cijele populacije mogu razumno predvidjeti (Carreras i sur., 2013). Drugim riječima, kako žene u prosjeku žive dulje od muškaraca, logično je da provedu više godina u lošem zdravlju.

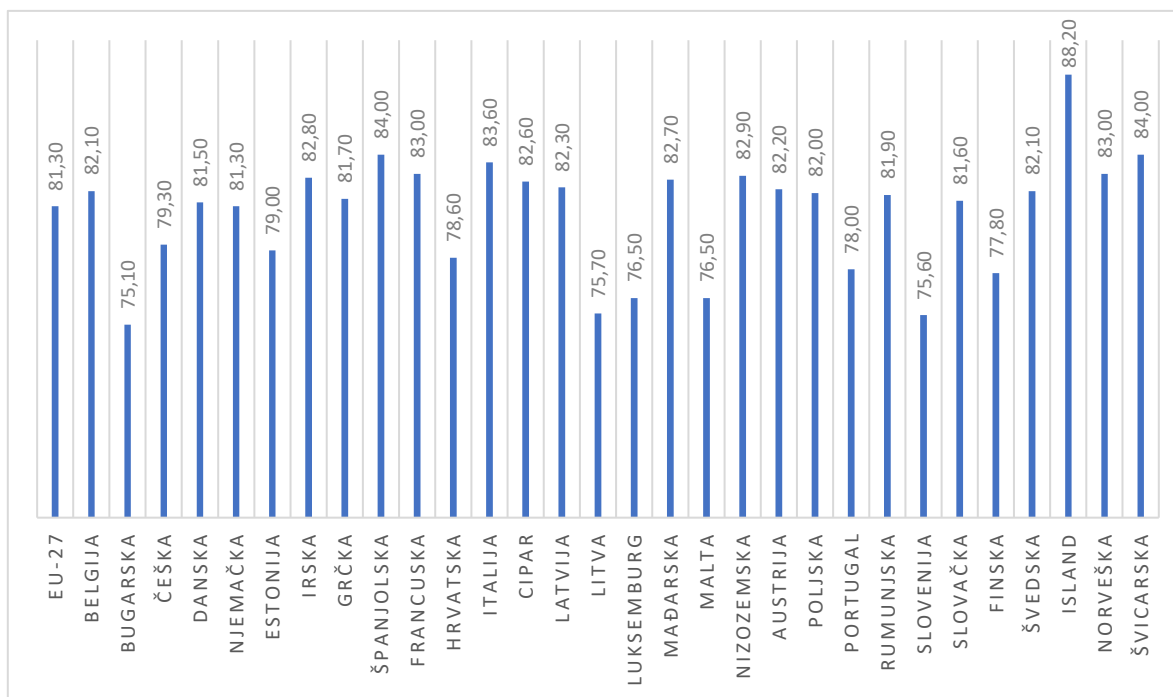
Troškovi nastali neposredno prije smrti čine nerazmjerni udio zdravstvenih resursa. Tako prosječni troškovi za žene uglavnom premašuju troškove muškaraca u bilo kojoj dobi. Nadalje, u SAD-u 90% muškaraca u dobi 20-24 godine i 70% žena u dobi 65-74 godina, troši manje od prosječnih izdataka osobe iz svoje dobno-spolne skupine. Prema tome, moguće je reći da su korisnici visokih troškova sve osobe svih dobnih skupina, ali postoji značajna povezanost između starije dobi i povećane zdravstvene potrošnje. Drugim riječima, osobe u starijoj dobi ipak više troše na zdravstvene usluge u odnosu na mlađu populaciju (Forget i sur., 2008).

Osim toga, rast izdataka za zdravstvo u BDP-u u pojedinim državama ne posustaje, a u nekima se čak približava i granici od 20% (npr. u SAD-u). Primjerice, od 2000. do 2015. godine, izdaci za zdravstvo po stanovniku su se udvostručili, a taj se trend i očekuje i ubuduće. Podaci OECD-a ukazuju na to da je potrošnja za zaštitu osoba starijih od 65 godina, dva do osam puta veća od onih u ranijoj dobi, pa je moguće itekako zaključiti da se na zaštitu starijih osoba troši puno

više. U teoriji se tako susreću dvije hipoteze kojima se nastoji objasniti takav pritisak u zdravstvu – hipoteza ekspanzije morbiditeta i hipoteza kompresije morbiditeta (Smolić, 2019).

Gledajući podatke za Hrvatsku, moguće je primijetiti da Hrvatska trenutno prema procjeni (2019. godina) ima 4.065.253 stanovnika, od toga 19,6% starijeg od 65 godina. To je blizu prosjeka EU gdje je 19,4% stanovnika starijeg od 65. Očekivani životni vijek u RH raste ali zaostaje za prosjekom EU, radi npr. društvene nejednakosti i drugih problema s kojima se Hrvatska susreće. Sustav obveznog osiguranja pruža velik broj usluga stanovništvu, a za neke od njih je ipak potrebno sudjelovati participacijom, kao što je ranije napomenuto. Očekivani životni vijek pri rođenju je od 2017. godine porastao na 78 godina, što je ispod prosjeka Unije (80,9 godina). Dva najčešća razloga smrti u Hrvatskoj su bolesti srca i moždani udari (Europska komisija, 2020). Slika 4. prikazuje stopu očekivanog životnog vijeka pri rođenju u RH i ostatku EU.

Slika 4. Očekivani životni vijek pri rođenju u EU i Hrvatskoj



Izvor: obrada autorice prema podacima Eurostata

Prema podacima Eurostata prikazanim u slici 4, očekivani životni vijek u EU-27 je prosječno 81,3 godina života te je u Hrvatskoj očekivani životni vijek niži od prosjeka te iznosi oko 78,6 godina. Najkraći očekivani životni vijek od prikazanih zemalja Unije i zemalja Eurozone, ima Bugarska (75,10 godina), a najveći ima Island (88,20).

Prema podacima HZZO-a, u tablici 3 prikazan je broj osiguranika u razdoblju 2016. – 2020. godine.

Tablica 3. Broj i struktura zdravstveno osiguranih osoba 2016.-2020. u Hrvatskoj

osiguranici	prosječan broj					Udio (%)	
	2016.	2017.	2018.	2019.	2020.	2019.	2020.
aktivni radnici	1.497.178	1.522.335	1.564.677	1.599.311	1.575.192	38,18	37,85
aktivni poljoprivrednici	19.044	16.429	14.155	12.272	10.746	0,29	0,26
umirovljenici	1.062.534	1.058.838	1.057.951	1.059.765	1.058.945	25,30	25,45
članovi obitelji	700.109	605.325	525.135	458.512	403.423	10,95	9,69
ostali	1.019.143	1.041.305	1.041.464	1.058.798	1.113.322	25,28	26,75
ukupno RH	4.298.008	4.244.232	4.203.382	4.188.658	4.161.628	100,00%	100,00%

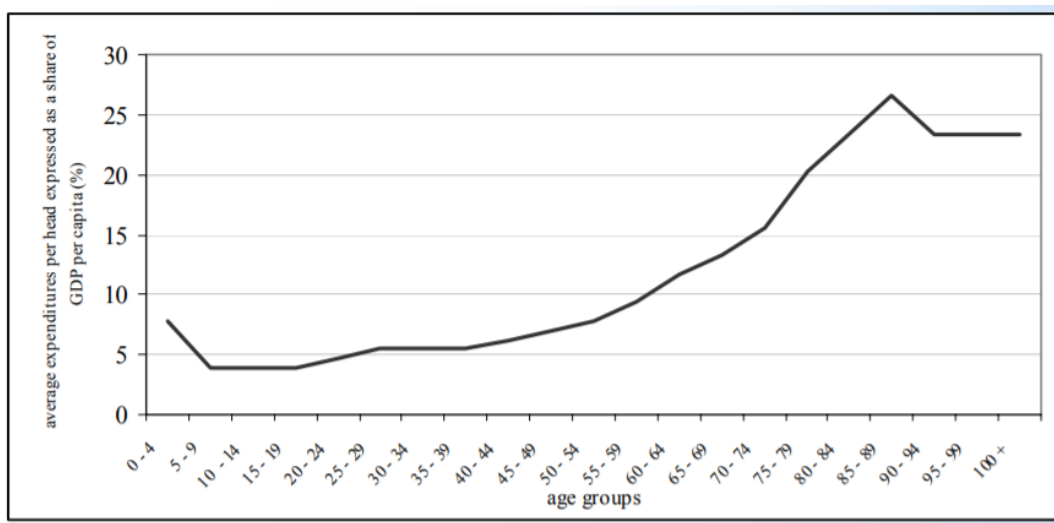
Izvor: obrada autora prema Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2021.), Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2020. godinu. HZZO, Zagreb

Kako je vidljivo u tablici 3, došlo je do pada broja ukupnih osiguranika u navedenom razdoblju. Najveći udio odnosi se i dalje na aktivne radnike, a slijede ih umirovljenici. Tako je vidljivo da je 2019. godine, bilo 38,18% aktivnih radnika osiguranika i 25,30% umirovljenika, slično kao i 2020. Gledajući podatke za ranije godine, primjerice 2014. i 2015. godinu (nije prikazano u tablici iznad), moguće je utvrditi da je bilo ukupno 4.325.852 osiguranika 2015. odnosno 4.345.435, 2014. godine. Uspoređujući navedene brojke s ukupnim brojem osiguranika u godinama 2016.-2019. što je u tablici prikazano, moguće je potvrditi da postoji razvidan pad osiguranika već 2016. godine, a taj se trend nastavio i do 2020. Osim toga, na primjer 2019. godine bilo je 25,30% umirovljenika u ukupnoj strukturi, dok je 2015. godine bilo nešto manje i to 24,54%. Promatrajući podatke i za posljednju godinu (2020.), vidljiv je trend nastavka pada broja osiguranika svih kategorija. Što se tiče pada aktivnih radnika kao osiguranika, tome je zasigurno jedan od razloga povećani broj nezaposlenih osoba radi bolesti COVID-19 i naglog smanjenja gospodarskih aktivnosti radi toga, što automatski smanjuje i broj osiguranih članova obitelji. No, radi mjera Vlade i intervencijama za očuvanje radnih mjesta, došlo je do nešto manjeg odljeva broja aktivnih osiguranika nego što bi to bilo da nije bilo tih mjera. U odnosu na 2019. godinu tako je evidentirano 24.119 manje zaposlenih i 820 manje umirovljenika.

Kako govori Švaljek, u Hrvatskoj je uz negativne stope porasta stanovništva i stope ukupnog fertiliteta, pojava starenja stanovništva sve više istaknuta i naglašena. Samim time, čini velik

izazov za održivost javnih financija i gospodarstva. Broj stanovnika se smanjuje, pa samim time i broj osiguranika, kako je ranije vidljivo, a očekuje se da će se broj osoba starijih od 65 godina, povećati i do 20 posto. Do 2050. godine, očekuje se da će njihov udio biti veći od 25%, dok će se, prema projekcijama, broj radnog stanovništva, smanjiti za gotovo 30% (Švaljek, 2005). Na slici 5. prikazana je procijenjena dobna distribucija javnih izdataka za zdravstvo i dugotrajnu njegu, prema projekciji autorice Švaljek.

Slika 5. Procijenjena dobna distribucija javnih izdataka za zdravstvo i dugotrajnu njegu



Izvor: Švaljek, S. (2005). *Fiskalne posljedice starenja stanovništva u Hrvatskoj. Mirovinsko osiguranje*, str. 13.

Pritom, kako je vidljivo na slici 5., autorica procjenjuje da će prosječni troškovi po stanovniku, iskazani u udjelima BDP-a po stanovniku, rasti s godinama i da će osobe u dobi +64 sve više trošiti na zdravstvo, odnosno da će zdravstvena distribucija troškova, biti veća, što je dob veća.

No, zdravstveni troškovi koji ozbiljno ugrožavaju životni standard u Hrvatskoj su relativno niski zahvaljujući raznim instrumentima financijske zaštite. Ukupna zastupljenost izdataka tako je otprilike 4% i razlog tome je vjerojatno niska razina sudjelovanja u troškovima, oslobođenje od plaćanje participacije i velik broj ugovorenih polica dopunskog osiguranja (Europska komisija, 2020).

HZZO je tako u 2019. godini ukupno od doprinosa ostvario prihod od 22.188.019.518 kuna (81,88% ukupnih prihoda), a gledajući rashode, najviše je otišlo na zdravstvenu zaštitu obveznog zdravstvenog osiguranja (82,88%) (HZZO, 2020). Što se tiče strukture rashoda za ukupnu zdravstvenu zaštitu obveznog osiguranja i zdravstvene zaštite na radu, to je moguće vidjeti u tablici 4.

Tablica 4. Rashodi za zdravstvenu zaštitu 2019.-2020.

	Struktura			
	2019.	2020.	2019.	2020.
primarna zdravstvena zaštita	4.146.876.276	4.255.343.278	15.63%	15.70%
lijekovi na recepte	3.688.996.647	4.130.795.015	13.91%	15.25%
ortopedski uređaji i pomagala	844.835.748	853.589.002	3.18%	3.15%
bolnička zaštita	9.438.325.607	8.782.200.150	35.58%	32.41%
specijalistička - konzilijarna zaštita	797.930.881	1.244.517.656	3.01%	4.59%
posebno skupi lijekovi	1.913.820.039	2.219.344.031	7.21%	8.19%
ostala zdravstvena zaštita	665.185.904	664.047.398	2.51%	2.45%
zdravstvena zaštita ino osiguranja	488.576.571	475.388.704	1.84%	1.75%
zdravstvena zaštita dopunskog osiguranja	1.275.566.247	1.027.255.885	4.81%	3.79%
zdravstvena zaštita na radu - specifična zdravstvena zaštita	93.867.970	92.145.424	0.35%	0.34%
ukupni izdaci HZZO-a	26.526.450.572	27.094.466.464	100,00%	100,00%

Izvor: obrada autorice prema Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2021.), Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2020. godinu. HZZO, Zagreb

Prema podacima iz tablice 4, najveći udio u ukupnim rashodima HZZO-a u 2020. godini u iznosu od 27,1 milijardi kuna odnosi se na bolničku zaštitu (32,41%), primarnu zdravstvenu zaštitu (15,70%) te lijekove na recept (15,25%). No, osim u 2020. također su veći iznosi za iste stavke, odlazili i u prethodnim godinama. Tek 0,34% i 0,35% odlazilo je na zdravstvenu zaštitu na radu i specifičnu zdravstvenu zaštitu te oko 1,75 i 1,84% na zdravstvenu zaštitu inozemnih osiguranika. 2020. godina je zapravo atipična godina radi pojave pandemije bolesti COVID-19 pa je važno naglasiti da je uslijed toga došlo do povećanja rashoda primarne zdravstvene zaštite i lijekova.

Promatrajući prethodno prikazane podatke, moguće je utvrditi da svaka životna dob sa sobom donosi određene rizike. Ono što je rizično kod osoba odrasle dobi jest činjenica da su uglavnom i radno aktivne pa su čak više izloženi rizicima vezanim za rad i zdravlje na radu, odnosno nekim profesionalnim bolestima i slično. Osobe starije dobi izložene su rizicima samim time što pripadaju dobnim kategorijama koje su izložene većem riziku od određenih bolesti, lomova i drugih razloga zbog kojih trebaju zdravstvenu skrb. Stoga, u skladu s rizicima s kojima se susreću osobe starije životne dobi, usporedno rastu i njihovi prosječni zdravstveni troškovi. Tako osobe starije dobi, uglavnom više troše na zdravstvenu skrb od mlađe populacije. To se može objasniti kroz dvije hipoteze – kompresije i ekspanzije morbiditeta. Više o ta dva trenda ili fenomena analizira se dalje u poglavlju.

3.2. Teorija kompresije morbiditeta i zdravstvena potrošnja

Kako je ranije rečeno, očekivana se životna dob u nekoliko posljednjih desetljeća značajno povećala u većini država. No, istodobno s tim trendom, sve više ljudi godinama žive bolesni i nemoćni, unatoč činjenici da su postignuti veliki napreci u zdravstvu. Danas je ipak izazov za zdravstvo, ulaganje u pronalazak učinkovitih načina prevencije i liječenja glavnih uzroka bolesti i invalidnosti. U starijoj su životnoj dobi uglavnom učestalije bolesti od kojih se ne umire, ali se od njih nekvalitetnije živi. To su primjerice razne degenerativne bolesti, npr. organa za kretanje, vid i slično, pa se može očekivati i produljenje tih bolesti u budućnosti, istovremeno s produljivanjem životne dobi (Arežina, 2015). Dakle, taj proces starenja stanovništva odnosno demografsko starenje, je velik izazov za gospodarstvo ali i zdravstvene politike.

Uzimajući u obzir istovremeno smanjenje nataliteta, pojedine se nacije suočavaju s rapidnim gubitkom stanovništva. Primjerice, prema podacima UN-a, „najstarija“ zemlja svijeta – Japan, ima čak 33% osoba starijih od 60 godina (Marchesi Vasiljev i sur., 2019). Starenje je fiziološki proces koji karakteriziraju određene promjene koje dovode do promjena u svim organima što pak dovodi do promjena u funkcionalnom statusu, a posljedično, i za sve većim zahtjevom za zdravstvenom njegom i pomoći. Zdravo starenje je proces uspješnog starenja i predstavlja koncept fiziološke, psihološke, društvene i osobne perspektive (Marchesi Vasiljev i sur., 2019). Sposobnost zdravog starenja je sklop svih fizičkih i mentalnih sposobnosti koje pojedinac može upotrijebiti u bilo kojem trenutku, a zdravo starenje je i proces razvijanja i održavanja funkcionalne sposobnosti koja omogućuje zapravo dobrobit u starijoj dobi života. Upravo zdravo starenje potiče trajnu interakciju između pojedinca i okoline što rezultira funkcionalnim sposobnostima. Optimalna putanja je ona u kojoj pojedinac živi dug život i održava visoku unutarnju sposobnost tijekom cijelog života. Da bi se to postiglo, zdravstveni sustavi moraju biti usklađeni s potrebama starijih osoba i omogućivati odgovore na njihove potrebe i sustavi moraju biti izgrađeni da budu spremni na dugoročnu njegu i brigu. Osim toga, svi bi trebali imati mogućnost odrastati i živjeti u *age-friendly* okolini kako bi mogli ostvarivati vlastite potrebe u svrhu zdravog starenja (Beard i sur., 2016).

Starenje je često povezano sa starijim i bolesnim osobama, ali taj proces zapravo započinje već u maternici i karakterizira ga progresivni funkcionalni gubitak, ali ne i nužno prisutnost bolesti i loša kvaliteta života. Stoga je u tom kontekstu razvijen prethodno spomenuti koncept zdravog starenja koji identificira potencijalne mehanizme i intervencije za poboljšanje zdravog

očekivanog životnog vijeka stanovništva (Franco i sur., 2009). Dakle, proces starenja stanovništva se intenzivira i prisutan je u gotovo svim zemljama svijeta. To je uvjetovano porastom udjela starijih osoba u ukupnom stanovništvu kao i promjenama u radnom kontingentu i smanjenjem udjela mladih. Niski fertilitet tako vodi ka sve većem smanjenju udjela mlađe populacije što će u budućnosti dovesti do još većeg smanjenja nataliteta. Dugotrajno smanjivanje nataliteta tako je bitna odrednica procesa starenja stanovništva (Obadić i Smolić, 2008).

Moguće je reći da se radi procesa starenja stanovništva i povećanja odnosno produljenja životnog vijeka, dolazi do kompresije morbiditeta kroz smanjenje ukupne stope mortaliteta što će posljedično dovesti do pada zdravstvene potrošnje. Rast udjela starije populacije praćen je i padom udjela mladog stanovništva u većini zemalja, pa bi se kroz neko vrijeme moglo dogoditi da koeficijent ukupne ovisnosti u nekim zemljama bude niži za 20-30 godina nego što je danas. Demografske promjene kod mladih tako kompenziraju dio društvenih troškova uzrokovanih demografskim starenjem (Smolić, 2019). U konačnici, teorija kompresije morbiditeta govori da će medicinski napredak dovesti do napretka u zdravlju svih dobnih skupina, što će posljedično dovesti do smanjenja zdravstvene potrošnje. Odnos između zdravlja i dugovječnijeg života ovisi o dimenziji zdravlja koja se razmatra. Tako dolazi do povećanja kroničnih bolesti, ali s druge strane, preživljenje osoba s jednom ili više kroničnih bolesti također raste, poglavito radi poboljšanja medicinskih tretmana (Wouterse i sur., 2015).

Osim toga, kronične i slične bolesti, danas nisu toliko teške jer se ljudi sve lakše s njima nose već samim time ako poboljšaju vlastiti životni stil (npr. prestanak pušenja i povećanje tjelesne aktivnosti). Tako u svom životu, osobe sve manje vremena provode u tzv. štetnim ponašanjima i bolestima, što posljedično dovodi do poboljšanja kvalitete života, produljenja životnog vijeka i smanjenja zdravstvenih troškova. Sama ideja komprimiranog morbiditeta može se smatrati mogućim scenarijem a ne toliko hipotezom o razvijanju budućeg trenda starenja i zdravlja. Stoga, strategije poboljšanja zdravlja u starijoj životnoj dobi, morale bi biti usmjerena na pokušaje prevencije kroničnih i inih bolesti (Lindgren, 2016).

3.3. Teorija ekspanzije morbiditeta i zdravstvena potrošnja

Do sve duljeg životnog vijeka doveo je ekonomski napredak, napredak u zaštiti okoliša, bolji životni stil i kvaliteta života, napredak u medicini i zdravstvu. Sukladno svemu tome, ljudi danas žive duže i kvalitetnije što direktno utječe na zdravstvenu potrošnju (Atella i sur., 2018).

Starije su osobe danas najbrže rastuća dobna skupina u populaciji što je relativno dobra vijest koja pruža niz izazova za društvo i zdravstvenu skrb. Postavlja se tako pitanje hoće li se zdravlje starijih osoba poboljšati ili neće, odnosno hoće li se povećati životni vijek i suprotstaviti se rastućoj potrebi za brigom o zdravlju starijih osoba ili će starije osobe imati duže vrijeme u zdravlju, s manjim kapacitetom za svakodnevno obavljanje aktivnosti (Lindgren, 2016). Ta pitanja dovela su do teorije ekspanzije morbiditeta.

Tako ekspanzija morbiditeta govori da će se životni vijek produžiti i da će osobe samim time veći broj godina svog života provesti u lošem zdravlju, a što će nadalje povećavati ukupne troškove zdravstva. Empirijski dokazi za ovu teoriju su relativno oskudni. No, postoje brojna istraživanja koja govore kako je vrijeme do smrti, a ne dob pojedinca, bitan čimbenik rasta zdravstvene potrošnje (engl. *red herring* hipoteza). Radi sve raširenijeg trenda zdravog starenja u većini zemalja, prosječni troškovi stanovnika u zdravstvu padaju, ali do najveće potrošnje ipak dolazi u starijoj dobi. Zdravo starenje tako utječe na smanjenje udjela ovisnog stanovništva u starijim dobnim skupinama, iako će rast populacije 80+ zahtijevati povećanje izdataka za zdravstvo u budućnosti. Ipak, nije moguće samo demografsko starenje proglasiti glavnim krivcem za rast zdravstvene potrošnje, jer osim toga, važni su i trendovi problema u zdravstvenim troškovima, sve veća očekivanja stanovništva od zdravstvenog sustava, loše životne navike, slaba prevencije i slično (Smolić, 2019). Sukladno toj teoriji, očigledno je da medicinski napredak vodi ka povećavanju stope preživljenja i duljeg života, pa se samim time povećavaju i troškovi (Wouterse i sur., 2015).

Medicinska su istraživanja uspjela doprinijeti produljenju života unatoč brojnim bolestima, ali nisu pronašla način da ih se u potpunosti izliječi. Ipak, dovela su do toga da kvaliteta života s kroničnim bolestima, bude na zadovoljavajućoj razini što je u konačnici povećalo očekivani životni vijek ljudi s takvim bolestima. Unatoč tome, takve osobe imaju veće zdravstvene potrebe i pa su i izdaci radi prisutnosti istih također veći. Nažalost, još uvijek se nedovoljno ulaže u razvoj preventivnih zdravstvenih tehnologija što zahtijeva istraživanje uzroka kroničnih i ostalih bolesti (Lindgren, 2016).

Ukupni troškovi zdravstvene zaštite u posljednjih pet godina života osoba uglavnom ne ovise o dobi i uzroku smrti, no primjerice, troškovi kućne njege naglo su porasli s povećanjem prosječne dobi umiranja, a bolnički troškovi su se smanjili. Utvrđeno da je postoji veza između potrošnje na kraju života i kroničnih bolesti, dok samo dob i uzrok smrti, određuju samo raspodjelu troškova na njegu i liječenje. Tako je istraživanje u Danskoj utvrdilo da ukupni

izdaci osoba koje su umirale u dobi 65+, u razdoblju 2013.-2017. godine, uglavnom nisu ovisili o dobi i uzroku smrti, no te su osobe imale više troškova u kućne njege, stambenog zbrinjavanja, lijekova i primarne zdravstvene zaštite. Potonje je ipak značajno variralo ovisno o dobi i uzroku smrti. (Hansen i sur., 2020). Prema američkom istraživanju o zdravstvenoj potrošnji u posljednjim godinama života, u posljednjih trideset dana života, osobe s uznapredovanim stadijima raka i sličnim kroničnim bolestima, više troše na zdravstvene usluge (Keating i sur., 2018). S druge strane, studija skupine autora o zdravstvenoj potrošnji u posljednjoj godini života, koji su usporedili devet zemalja diljem svijeta kada su u pitanju zdravstveni troškovi krajem života na temelju individualne medicinske potrošnje, ukazala je da zapravo postoje minimalne razlike u troškovima ako se gleda s aspekta načina financiranja zdravstvenih usluga i pružanja dugotrajne njege. Primjerice, u SAD-u, najviše troše osobe mlađe od 65 godine jer se iste financiraju iz privatnog zdravstvenog osiguranja, iako mnogi siromašni primaju osiguranje od strane države odnosno tzv. Medicare. Nadalje, Danska i Engleska imaju zdravstvenu zaštitu koja se financira oporezivanjem i dominira pružanje usluga u javnom sektoru, pa dugotrajnu njegu Danci uglavnom plaćaju iz javnih izvora, dok se u Engleskoj financira privatno ili osiguranjem. Od ostalih zemalja, ističu se Francuska, Njemačka, Japan, Nizozemska i Tajvan. U navedenim zemljama, medicinska potrošnja po stanovniku u zadnjoj godini života je vrlo visoka, čak 80.000 dolara u SAD-u i po 60.000 dolara u Danskoj i Nizozemskoj. Vrlo je visoka i tijekom posljednje tri kalendarske godine života. Sastav potrošnje ipak se mijenja kroz razdoblje, pa najveći problem predstavlja potrošnja u bolnicama, posebice u posljednjoj godini života. Tako je npr. u SAD-u potrošnja u bolnicama u posljednjoj godini života iznosila čak 44,2%, a posljednje tri godine 36,3%. Sveukupno, potrošnja u zdravstvu u posljednjoj godini života starijih osoba, otprilike čini 8-11% ukupne medicinske potrošnje u većini ispitanih zemalja. Najmanje se na to troši u SAD-u (8,5%), zatim u Tajvanu (11,2%) (French i sur., 2017).

Kako tvrde Williams i sur. (2019), ako će starenje stanovništva utjecati na zdravstvenu potrošnju i u budućnosti, prema ekstremnom scenariju do 2060. godine bi potrošnja za zdravstvo u Uniji mogla biti povećana za 0,85% BDP-a, odnosno mogu se očekivati veći izdaci u starijoj dobi i veća potrošnja. Za kontrolu rasta izdataka u posljednjoj godini života i starijoj dobi, stoga je moguće promicati zdravo i aktivno starenje kako bi se smanjila potražnja za zdravstvenom zaštitom, potrebno je sniziti cijene osnovnih lijekova, omogućiti strateške kupnje, kontrolirati cijene zdravstvenih usluga, sustavno uvoditi tehnologiju i promicati učinkovitije pružanje usluga u zdravstvu.

U većini zdravstvenih sustava tako postoji određena briga o tome kako se nositi s ovim trendom. Povećanja u zdravstvenoj potrošnji povezana su sa starenjem odnosno produljenjem životnog vijeka, što znači da će zdravstveni sustav u budućnosti biti dodatno opterećen. Tako kompresija morbiditeta, zajedno s ekspanzijom, opisuje skraćivanje ili produljenje razdoblja invalidnosti ili lošijeg zdravlja u godinama prije smrti. Tradicionalno, ljudi koji su lošijeg zdravlja trebaju relativno više zdravstvene zaštite i samim time imaju više izdataka za to nego ljudi u punom zdravlju. Stoga, kako se zdravlje i skrb poboljšava, očekivano se trajanje života povećava, pa je razdoblje morbiditeta prije smrti komprimirano, odnosno ljudi žive dulje i imaju više godina u punom zdravlju nego ranije. Kompresija ili ekspanzija morbiditeta mogu biti relativne (udio života provedenog u lošem zdravlju) ili apsolutne (broj godina provedenih u lošem zdravlju) (Caley i Sidhu, 2010).

Zaključno, kompresija i ekspanzija morbiditeta su dvije povezane tendencije odnosno teorije, no ipak se razlikuju. Tako teorija ekspanzije govori da će se zdravstveni troškovi povećati zbog toga što će osobe živjeti sve duže, a teorija kompresije morbiditeta govori da će se produžiti životni vijek, ali će se samim time smanjiti ukupna stopa mortaliteta što će dovesti do pada zdravstvene potrošnje.

4. ANALIZA FINANCIJSKIH ASPEKATA ZDRAVSTVENE POTROŠNJE U ZADNJOJ GODINI ŽIVOTA OSOBA STARIJIH OD 50 GODINA

4.1. Metodološki okvir i podaci

U analizama ovog diplomskog rada, korišteni su mikropodaci iz istraživanja SHARE (Istraživanje o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi; engl. *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe*) kako bi se istražila zdravstvena potrošnja u posljednjoj godini života osoba 50+. Analiza podataka iz studije SHARE omogućila je širok raspon varijabli koje su bile dovoljne za provođenje analize i ostvarenje ciljeva rada.

SHARE je multidisciplinarno i međunarodno panel istraživanje kojim se prikupljaju mikropodaci o zdravlju, socioekonomskom statusu, socijalnim i obiteljskim mrežama. U nekoliko valova (sedam) intervjuirane su osobe u dobi 50+ u 27 europskih zemalja i Izraelu. Istraživanje je pokrenuto 2004. godine na inicijativu Europske komisije kako bi se stvorila longitudinalna baza podataka o starenju stanovništva. Prošle godine završen je osim val istraživanja putem telefonskog intervjua i anketnog upitnika SHARE COVID-19 s obzirom na trenutnu epidemiološku situaciju i globalnu pandemiju. Implementacijom projekta nastoji se ublažiti problem nedostatka kvalitetnih i međunarodno usporedivih podataka o starenju, a radovi iz studije prikazuju implementaciju i evaluaciju određenih politika. Također, podaci služe kao znanstvena podloga za donošenje efikasnijih politika s ciljem poboljšanja kvalitete života građana (Smolić i sur., 2020, SHARE, 2020).

Istraživanje je provedeno na 28 država, na preko 140.000 ispitanika, 380.000 osobnih intervjua. Središnje tijelo za međunarodnu koordinaciju ovog projekta je *Munich Center for the Economics of Aging* (MEA). Podaci se prikupljaju u bazi podataka i isti su vrlo važni za reformske procese, primjerice za izradu mirovinskih ili zdravstvenih politika (SHARE, 2020). SHARE je istraživačka podatkovna infrastruktura koju je pozicionirala Europska komisija kao jedan od ključnih projekata u europskom istraživačkom prostoru. To je danas multidisciplinarna i transnacionalna baza mikropodataka o zdravlju, socioekonomskom statusu i društvenim i obiteljskim mrežama. Prikupljanje podataka u toj se studiji provodi prema strogim standardima kvalitete i s usklađenim intervjuima diljem različitih zemalja. Da bi se smanjila potencijalna pristranost odabira povezana s pogreškom neodgovora, SHARE izračunava pondere za utežavanje podataka (Smolić i sur., 2020).

Problem, odnosno izazov ove studije bio je uspostavljanje tzv. pune europske pokrivenosti odnosno uključivanje u istraživanje svih zemalja članica Europske unije. To se postiglo tek sedmim valom, ali postoji i dalje opasnost da neke zemlje preskoče buduće valove radi nedostatka financijskih sredstava. Dodatni je izazov nesigurnost u vezi s načinom anketiranja u budućim valovima radi epidemije koronavirusa jer trenutačno ne postoji dobra alternativa anketiranju licem u licu. Problem je i osipanje uzoraka. Ova studija u Hrvatskoj ima smisla i zasigurno će biti dugoročna održiva i od nje će imati koristi i naša znanstvena zajednica. Podaci iz studije SHARE vrijedan su izvor za širok spektar analiza politika (Smolić i sur., 2020).

U analizi su korišteni su podaci iz sedmog vala studije SHARE koji su dobiveni tzv. intervjuom o kraju života (engl. *end of life interview*) s naglaskom na osobe 50+ koje su preminule i njihovu zdravstvenu potrošnju u zadnjoj godini života. Prikupljanje podataka u studiji provodilo se prema strogim standardima kvalitete i s usklađenim intervjuima diljem različitih zemalja. Prije samog početka intervjuja, odabrani su podobni ispitanici, a ako oni nisu bili dostupni, za njih su odgovore mogli dati i zamjenski ispitanici (npr. supružnici). Sedmi val ankete proveden je u 2017. godini u 28 zemalja Europe, a uz tradicionalni panel-pristup, u tom su valu korišteni i retrospektivni podaci o životnoj povijesti ispitanika. Stoga, ovaj je val većinom retrospektivni i teško usporediv s prethodnim šestim valom. Za potrebe studije, korišteni su podaci poput godine rođenja i spola, odnosa s pokojnikom, učestalosti kontakta s pokojnikom u posljednjoj godini života, o pruženoj pomoći i slično (Smolić i sur., 2020). Nakon završetka intervjuja, analizirani su podaci, a u ovom radu fokus analize je iznos zdravstvene potrošnje osoba 50+ u zadnjoj godini života. Korištene metode u analizi i prikazu podataka su metoda analize, sinteze podataka te deskriptivna metoda (grafički i tablični prikazi).

4.2. Analiza socioekonomskih obilježja populacije 50+ na temelju studije SHARE

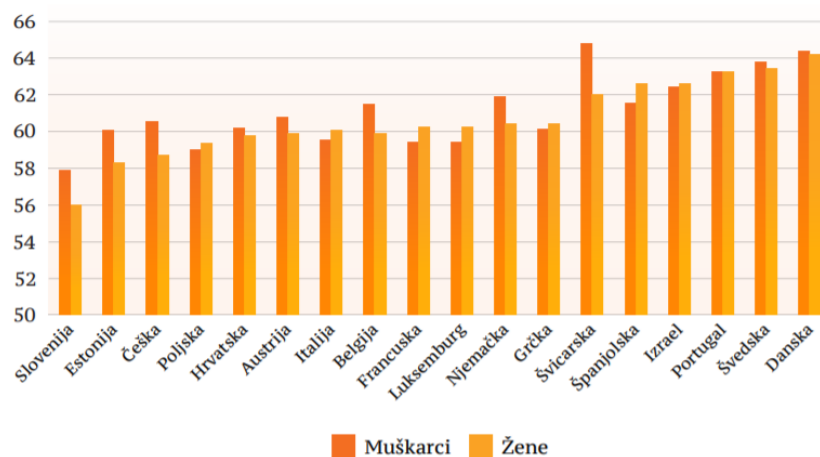
Demografsko starenje je dakle, prema Smolić i Čipinu, "*...jedan od najvećih društvenih i ekonomskih izazova za europska društva, pa i hrvatsko*" (Smolić i Čipin, 2020). Prema popisu stanovništva prije deset godina, rezultati su ukazali da je hrvatsko stanovništvo vrlo staro, a prema procjenama iz 2018. godine, prosječna starost života iznosila je 43 godina. Životni se vijek stanovnika u RH produžuje jer ljudi žive duže nego što su živjele prijašnje generacije. Procjenjuje se da će oko 2030. godine broj stanovnika RH pasti ispod četiri milijuna, a broj osoba starijih od 65 godina života, dosegnut će jedan milijun. Prema rezultatima studije SHARE, "*od stotinu osoba starijih od pedeset godina, 62 su u braku i žive sa supružnikom, a svaka četvrta osoba je udovac/udovica*". Oko šest posto stanovništva starijeg od pedeset godina

nikad nije sklopilo brak, a samački je život u RH češći među ženama nego među muškarcima. Osim toga, u RH osobe 50+ u prosjeku imaju malo manje od dvoje žive djece. Gledajući rezultate drugih zemalja, Talijani ih imaju još manje (otprilike 1,73 djece), a najviše osobe iz Izraela (3,18). Samački je život u starijoj dobi češći među ženama (svaka treća žena živi sama) nego muškarcima (svaki deseti živi sam). Otprilike svaki četvrti pojedinac (23%) stariji od pedeset godina živi sam. U Hrvatskoj osobe 50+ u prosjeku imaju malo manje od dvoje žive djece. Usporedbe radi, najmanje ih u prosjeku imaju Talijani (1,73), a najviše Izraelci (3,18) (Smolić i Čipin, 2020).

Udio osoba koje primaju mirovine iz javnih izvora u RH povećava se s dobi, pa tako gotovo četiri od pet muškaraca i žena u dobnoj skupini 70-79 godina prima mirovinu. U Hrvatskoj, oko 11% umirovljenih muškaraca i 16% žena u prima mirovinu iz javnih izvora (Smolić, Čipin, 2020).

Slika 6 prikazuje prosječnu dob u kojoj osobe započinju primati mirovinu.

Slika 6. Prosječna dob započinjanja primanja mirovine u EU



Izvor: Smolić, Š., Čipin, I. (2020.), *Istraživanje o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi – odabrani rezultati studije SHARE*, Cetis-ZG d.o.o, Zagreb

Vidljivo je na slici da u Švicarskoj muškarci najčešće idu u mirovinu s oko 64 godine, a žene s navršenih oko 62 godine. Gledajući muškarce i njihovu dob odlaska u mirovinu, vidljivo je da upravo Švicarska ima najvišu dob odlaska u mirovinu, dok kod žena to ima Danska (oko 64 godine). Hrvatska ima nižu prosječnu dob odlaska/primanja mirovine; oko 60 godina za muškarce i nešto ispod 60 za žene. Najnižu prosječnu dob ima Slovenija, otprilike 58 godina za muškarce i 55 za žene.

4.3. Analiza zdravstvene potrošnje osoba u dobi od 50+

Sagledavajući studiju SHARE i mikropodatke iz sedmog vala, možemo vidjeti kako su zamjenski ispitanici³ odgovarali na pitanja o zdravstvenim troškovima preminule osobe osobe u dobi 50+ u zadnjoj godini života. Nadalje, odgovarali su na pitanja o izdacima za zdravstvenu zaštitu koju su ispitanici primili u posljednjih dvanaest mjeseci života i koje su podmirili iz vlastitog džepa (OOP – *out of pocket*). Važno je naglasiti kako se u radu analiziraju izdaci za zdravstvenu zaštitu koje su pokojnica ili pokojnik podmirili iz vlastitog džepa tj. koje im nije nadoknadilo njihovo zdravstveno osiguranje. Premda se tako izostavlja veliki dio zdravstvene potrošnje u zadnjoj godini života, i privatni izdaci mogu poslužiti kao orijentir ukupnih zdravstvenih troškova u zadnjoj godini života. Treba imati u vidu i da su pitanja o osobama i troškovima u posljednjoj godini života, odgovarali uglavnom rođaci, bračni partneri, djeca i drugi članovi obitelji i slično, onoliko koliko su znali o zdravstvenim troškovima preminule osobe u zadnjoj godini života. Navedeno također može utjecati na preciznost analiza i zaključka na temelju prikupljenih podataka iz 18 europskih zemalja i Izraela.

Udjeli osoba 50+ koje su koristile neki oblik zdravstvene zaštite u posljednjoj godini života, prikazani su u tablici 5 za sve zemlje koje su sudjelovale u sedmom valu studije SHARE. Ukupan broj ispitanika iznosio je 3.664, od čega 1.748 ženskih i 1.916 muških ispitanika. U svim zemljama sudionicama sedmog vala, najčešći uzroci smrti bili su rak, srčani udar i druge kardiovaskularne bolesti, što je vidljivo iz tablice 5.

Tablica 5. Udjeli uzroka smrti

UZROK SMRTI	UKUPNO	M	Ž	UDIO
Srčani udar	513	309	204	14,00%
Moždani udar	397	192	205	10,84%
Nesreća	97	41	56	2,65%
Rak	905	500	405	24,70%
Bolesti probavnog sustava	86	50	36	2,35%
Kardiovaskularne bolesti	549	279	270	14,98%
Respiratorne bolesti	203	108	95	5,54%
Infekcije	225	132	93	6,14%
Ostalo	598	267	331	16,32%

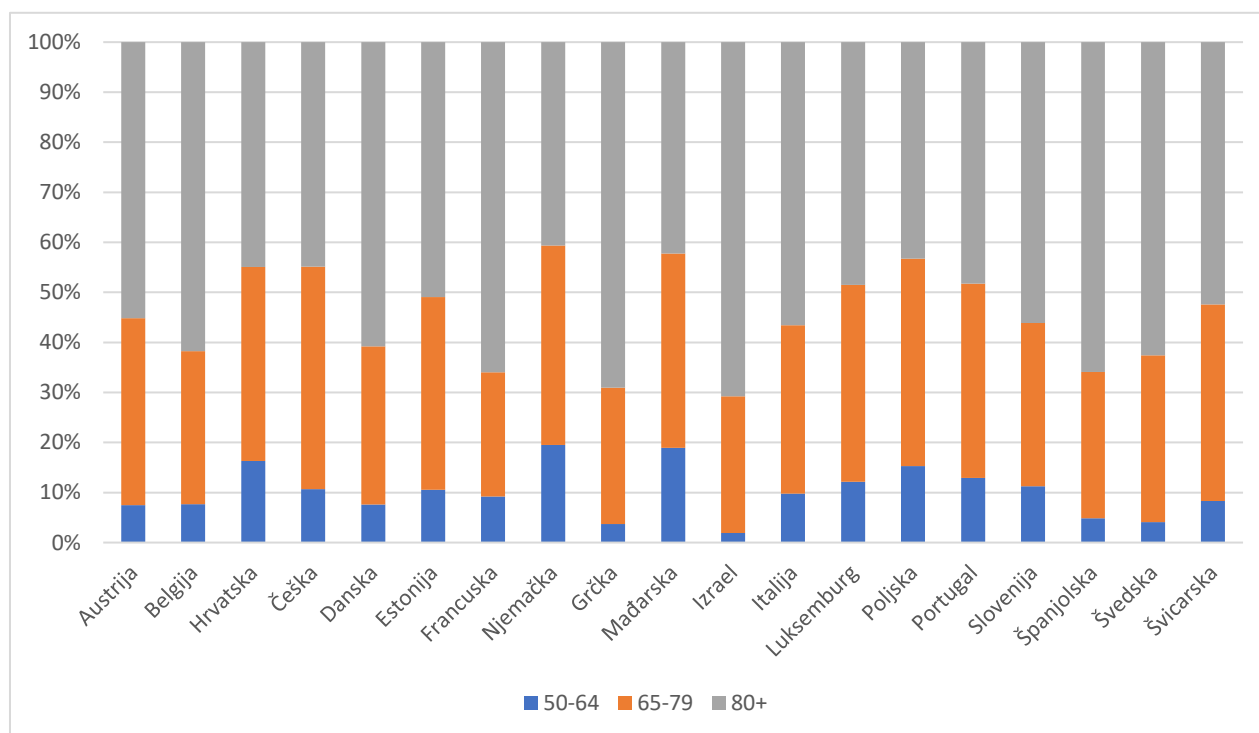
³ Zamjenski ispitanici su osobe koje su pružile informacije o posljednjoj godini života pokojnice ili pokojnika. Najčešće se radi o članovima kućanstva koji su živjeli s preminulom osobom npr. suprug/a, partner/ica, dijete, unuci, ali to su mogli biti i neke druge osobe npr. bliski prijatelji ili susjedi koji su dobro poznavali preminulu osobu.

Izvor: samostalna obrada autorice prema podacima istraživanja iz studije SHARE

Iz tablice je vidljivo da je najčešći razlog smrti bio rak, nakon čega srčani udar i druge kardiovaskularne bolesti. Najmanji udio uzroka smrti odnosio se na bolesti probavnog sustava (2,35%). Što se tiče razlika po spolu, muškarci su više umirali od srčanih udara u odnosu na žene i od raka te kardiovaskularnih bolesti. Žene su najviše umirale od moždanog udara i ostalih uzroka bolesti.

Najčešća dob smrti u većini zemalja bila je +80 godina, a prosječna dob smrti po zemljama, prikazana je na slici 7.

Slika 7. Prosječna dob smrti po zemljama



Izvor: samostalna obrada autorice prema podacima istraživanja iz studije SHARE

Kako je vidljivo na slici 6, najviše ljudi umrlo je s 80 i više godina (prema podacima SHARE-a 1.970 osoba u svim zemljama), od čega relativno najviše u Izraelu i Grčkoj, a najmanje u Njemačkoj i Mađarskoj. Najmanje preminulih umrlo je u dobi 50-64 godine, u promatranom uzorku sveukupno 341. Hrvatska je zabilježila oko 16% osoba umrlih u dobi 50-64, 39% u dobi 65-79 i oko 45% u dobi od 80+.

U tablici 6. prikazan je postotak osoba koje su koristile određeni oblik zdravstvene zaštite u zadnjoj godini života po zemljama.

Tablica 6. Postotak osoba koje su koristile određeni vid zdravstvene zaštite u zadnjoj godini života po zemljama

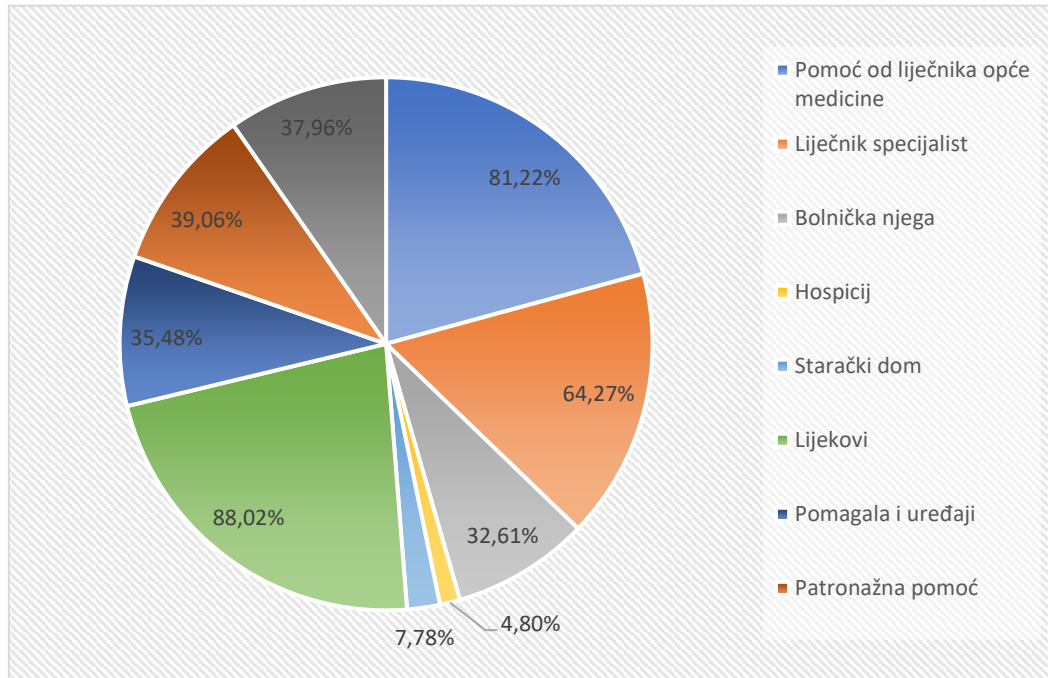
ZEMLJA	Ukupno	Liječnik opće medicine	Liječnik specijalist	Bolnička njega	Hospicij	Starački dom	Lijekovi	Pomagala i uređaji	Patronažna pomoć	Pomoć u kući
Austrija	179,00	87,71%	64,25%	39,11%	2,79%	8,38%	91,06%	42,46%	28,49%	12,85%
Belgija	205,00	92,20%	71,22%	39,51%	8,78%	18,54%	93,17%	49,27%	51,71%	44,39%
Hrvatska	101,00	83,17%	74,26%	22,77%	6,93%	3,96%	94,06%	22,77%	23,76%	25,74%
Češka	293,00	68,94%	57,68%	18,77%	4,44%	5,12%	73,38%	21,84%	11,26%	4,78%
Danska	164,00	72,56%	51,22%	47,56%	4,88%	24,39%	90,85%	55,49%	70,73%	69,51%
Estonija	376,00	74,20%	54,52%	26,60%	3,46%	3,72%	85,90%	30,05%	45,48%	44,15%
Francuska	191,00	89,01%	72,77%	35,08%	14,66%	9,42%	89,53%	45,55%	49,74%	38,22%
Njemačka	126,00	89,68%	74,60%	47,62%	5,56%	10,32%	92,86%	54,76%	59,52%	61,11%
Grčka	272,00	77,94%	63,60%	26,47%	:	1,84%	92,65%	29,41%	33,09%	35,66%
Mađarska	300,00	86,33%	80,00%	34,00%	3,00%	5,67%	82,33%	16,67%	37,33%	47,67%
Izrael	124,00	85,48%	61,29%	36,29%	1,00%	4,03%	89,52%	65,32%	56,45%	58,87%
Italija	237,00	90,30%	67,09%	37,13%	4,22%	4,22%	93,25%	19,83%	21,94%	34,18%
Luksemburg	35,00	88,57%	82,86%	40,00%	5,71%	22,86%	94,29%	57,14%	42,86%	37,14%
Poljska	113,00	80,53%	57,52%	34,51%	2,65%	:	90,27%	32,74%	29,20%	33,63%
Portugal	88,00	78,41%	67,05%	26,14%	18,18%	3,41%	92,05%	40,91%	69,32%	65,91%
Slovenija	191,00	65,97%	45,55%	31,41%	1,57%	8,38%	85,34%	40,31%	26,70%	29,84%
Španjolska	432,00	85,42%	73,38%	29,86%	1,62%	5,32%	86,57%	36,81%	48,15%	41,67%
Švedska	151,00	77,48%	44,37%	36,42%	7,28%	18,54%	91,39%	100,00%	23,18%	29,14%
Švicarska	86,00	80,23%	65,12%	39,53%	15,12%	15,12%	91,86%	39,53%	38,37%	26,74%
UKUPNO	3664,00	81,22%	64,27%	32,61%	4,80%	7,78%	88,02%	35,48%	39,06%	37,96%

Izvor: samostalna obrada autorice prema podacima istraživanja iz studije SHARE

Iz tablice 6. je vidljivo da je najveći udio zdravstvenih usluga odlazio na liječnike opće medicine (81,22% ukupno), lijekove (88,02%) i liječnike specijaliste (32,61%). Pritom, najmanje su se koristile usluge hospicija (4,80%) i staračkog doma (7,78%). Gledajući podatke za Hrvatsku, vidljivo je da su hrvatski ispitanici najviše koristili usluge liječnika opće medicine, specijalista, lijekova, pomagala i uređaja, a najmanje, kao što je i većina – hospicija i staračkog doma. Pritom, usluge liječnika opće medicine u najvećem postotku su koristili belgijskih ispitanici (92,20%), liječnika specijalista ispitanici iz Luksemburga (82,86%), a bolničke njega ispitanici iz Njemačke (47,62%). Od ostalih usluga, za grčku nema podataka oko korištenja hospicija, a za Poljsku oko staračkog doma. Kod korištenja lijekova prednjače ispitanici iz Luksemburga (94,29%), nakon čega odmah slijedi Hrvatska (94,06%). Pomoć u kući najviše koriste Danci (69,51%) kao i patronažnu pomoć (70,73%).

Na slici 8. vidljiv je ukupan postotak korištenja navedenih zdravstvenih proizvoda i usluga u svim zemljama.

Slika 8. Ukupan postotak korištenja zdravstvene zaštite u zadnjoj godini života

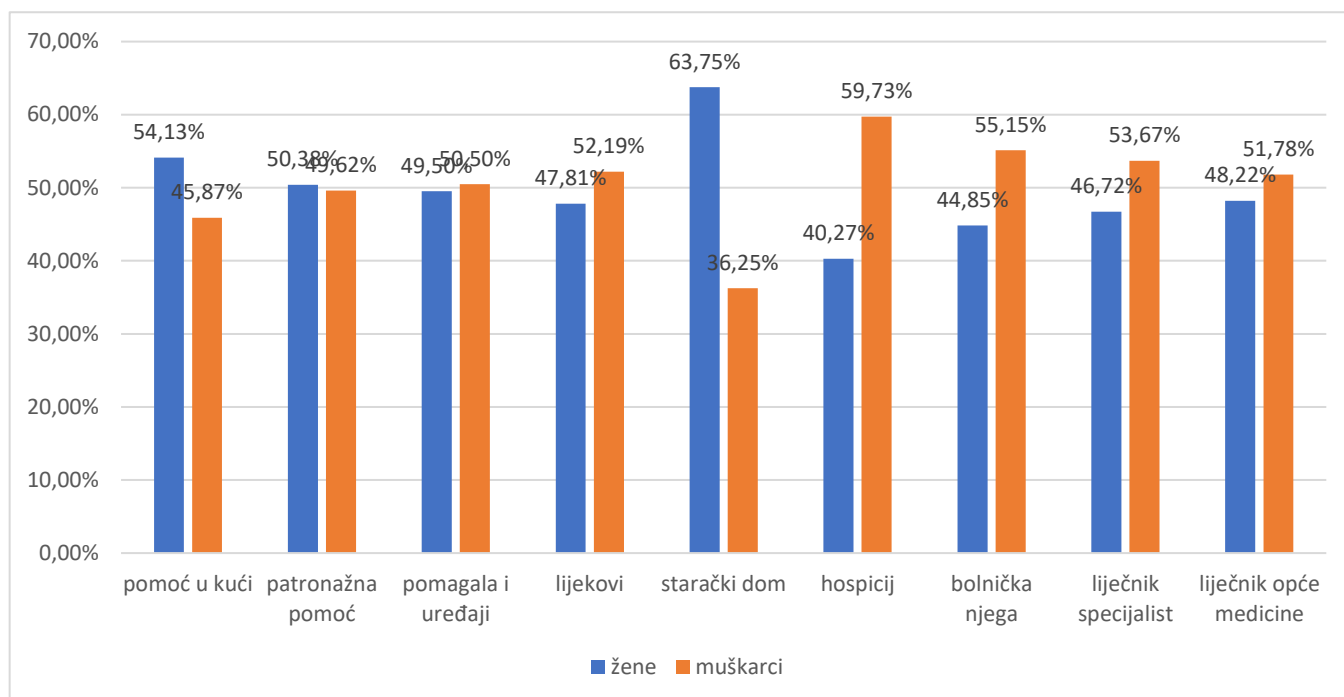


Izvor: samostalna obrada autorice prema podacima istraživanja iz studije SHARE

Sveukupno uzevši, najviše su se koristile usluge pomoći od strane liječnika opće medicine, liječnika specijalista pa zatim patronažne pomoći i pomoći u kući te bolničke njega. Najmanje se koriste usluge staračkog doma i hospicija, na što su ukazuje slika 7 na temelju podataka iz tablice 6.

Na slici 9. vidljiva je razlika u korištenju zdravstvenih usluga od strane muškaraca i žena.

Slika 9. Razlika po spolu u korištenju zdravstvenih usluga



Izvor: samostalna obrada autorice prema podacima istraživanja iz studije SHARE

Kako je vidljivo na slici 9., muškarci pretežito koriste pomoć od liječnika opće medicine, kao i liječnika specijalista, lijekove, pomagala i uređaje te bolničku njegu i hospicij, dok žene više koriste usluge pomoći u kući, patронаžne pomoći i staračkog doma.

S obzirom na sve uzroke smrti koji su se pojavili uz ove koji su bili najčešći, u tablici 7. prikazana je prosječna potrošnja na zdravstvene usluge po zemljama u eurima. Radi se o nominalnim iznosima prema srednjem deviznom tečaju za zemlje koje nisu članice Eurozone⁴.

Tablica 7. Prosječna potrošnja na zdravstvene usluge u zemljama za sve dobne skupine u eurima

ZEMLJA	Liječnik opće medicine	Liječnik specijalist	Bolnička njega	Starački dom	Hospicij	Lijekovi	Pomagala i uređaji	Patронаžna pomoć	Plaćena pomoć u kući
Austrija	36,96	91,13	773,20	15520,00	500,00	259,94	237,21	5106,24	1293,33
Belgija	129,37	258,29	434,61	9962,36	1885,63	590,35	168,52	345,18	810,77
Hrvatska	23,77	58,72	13,40	2143,71	0,00	75,86	22,91	9,74	175,85
Češka	49,65	41,44	8,92	857,83	265,90	123,79	92,49	249,97	15,19
Danska	5,13	0,01	0,03	3285,10	0,00	471,95	66,48	303,44	118,69
Estonija	10,87	129,75	118,92	2100,42	1671,11	210,48	83,70	156,20	11,17

⁴ Više informacija dostupno je u metodološkim publikacijama vezanim za studiju SHARE.

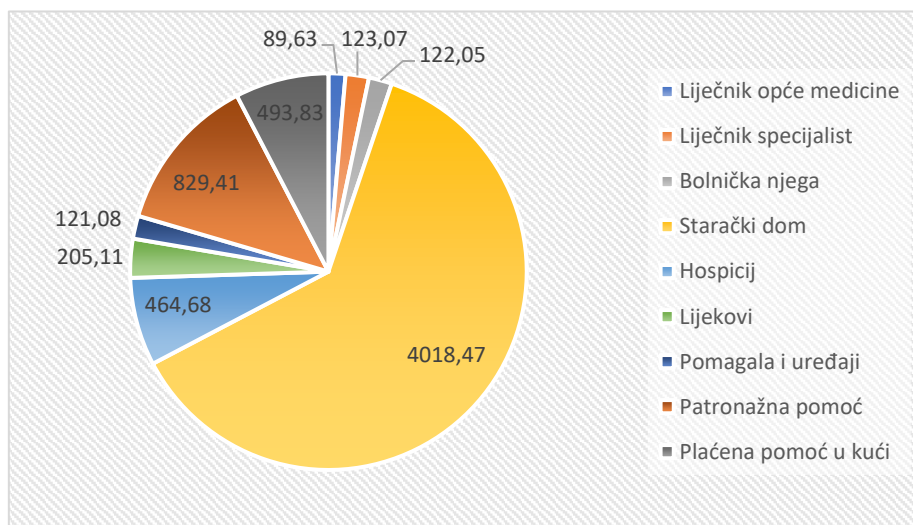
Francuska	12,88	50,09	106,28	1093,75	0,00	14,07	47,27	278,78	352,46
Njemačka	146,12	53,42	335,94	4818,18	0,00	126,33	184,83	312,80	85,63
Grčka	262,32	204,11	48,51	1383,33	0,00	325,56	164,07	646,30	160,73
Mađarska	86,47	97,03	118,31	825,12	386,31	170,84	65,35	111,47	18,43
Izrael	0,00	40,91	19,43	0,00	0,00	606,76	172,89	4317,62	2158,51
Italija	125,85	324,74	39,68	966,67	0,00	177,47	55,41	1234,22	2012,62
Luksemburg	360,06	386,67	18,75	12016,67	0,00	289,58	19,09	790,00	1000,00
Poljska	17,88	62,00	61,82	0,00	0,00	418,20	83,39	356,28	0,00
Portugal	816,69	237,71	16,67	900,00	1657,78	778,57	406,19	999,40	250,46
Slovenija	3,39	34,76	0,00	1637,50	160,00	21,17	59,93	456,55	42,73
Španjolska	7,34	10,84	0,02	2190,28	0,00	35,22	48,97	765,04	585,93
Švedska	273,89	70,18	145,15	4303,54	155,68	182,82	454,94	516,32	237,11
Švicarska	456,41	1201,99	308,54	7472,79	832,06	175,42	159,18	4419,77	5353,45
UKUPNO	89,63	123,07	122,05	4018,47	464,68	205,11	121,08	829,41	493,83

Izvor: samostalna obrada autorice prema podacima istraživanja iz studije SHARE

Kako je u tablici vidljivo, prosječna potrošnja iz vlastitog džepa najviša je bila za uslugu staračkog doma (4.018,47 eura), a najmanja za liječnika opće medicine (89,63 eura). Od većih troškova, prosječno se više izdvajalo za hospicije (464,68 eura), patronažnu pomoć (829,41 euro) i plaćenu pomoć u kući radi invaliditeta (493,83 eura). Za troškove staračkog doma, najviše su izdvajale Austrija (15.520 eura u prosjeku) i Belgija (9.962,36 eura), Luksemburg (12.016,67 eura) te Švicarska (7.472,79 eura), a najmanje Mađarska (825,12 eura) i Češka (8857,83). I u Hrvatskoj je potrošnja za to relativno velika, nešto niža od prosjeka ali dosta visoka (2.143,71 eura). Od ostalih troškova u RH se ističe velika potrošnja na pomoć i njegu u kući (175,85 eura), iako je ista ispod prosjeka koji iznosi 493,83 eura u svim prikazanim zemljama. Najmanje se u RH troši na hospicije, odnosno uopće ispitanici nisu izjavili da su trošili na to te na patronažnu pomoć (tek 9,74 eura što je daleko ispod prosjeka). U svim navedenim kategorijama, hrvatski su ispitanici trošili mnogo manje od prosječne potrošnje. Najviše se, u odnosu na prosjek, za sve navedene zdravstvene usluge, trošilo u Austriji, Belgiji, Njemačkoj, Švicarskoj i Luksemburgu.

Na slici 10. prikazan je sumarni prikaz prosječnih troškova navedenih zdravstvenih usluga u zemljama.

Slika 10. Prosječni troškovi iz džepa prema (OOP) vrsti zdravstvene usluge u svim zemljama prema studiji SHARE

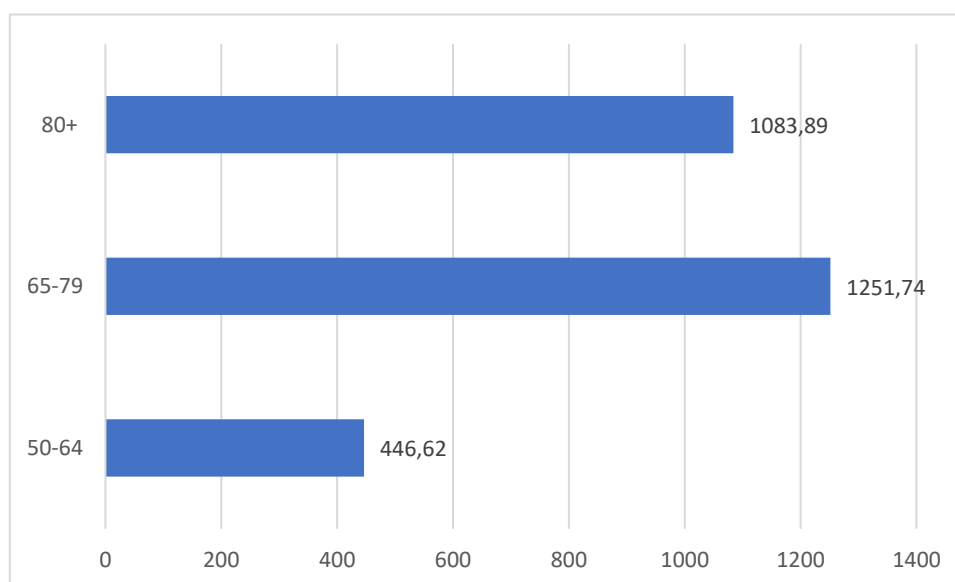


Izvor: samostalna obrada autorice prema podacima istraživanja iz studije SHARE

Kako je i ranije rečeno, vidljivo je da se u prosjeku najviše trošilo na staračke domove, hospicije, plaćenu pomoć i njegu u kući, a najmanje na liječnike opće medicine i bolničku njegu.

Prosječna potrošnja po dobnim skupinama u svim zemljama, prikazana je na slici 11.

Slika 11. Prosječna potrošnja po dobnim skupinama u svim zemljama



Izvor: Samostalna obrada autorice prema podacima istraživanja iz studije SHARE

Na slici 11. vidljivo je da se prosječno po dobnim skupinama, najviše trošilo u dobi 65-79 godina života, i to prosječno za sve zemlje 1.251,74 euro. Najmanje se trošilo u mlađoj dobi (50-64 godina) i to prosječno 446,62 eura. U dobi 80+ trošilo se prosječno 1.083,89 eura. Pritom, najviše se trošilo kod osoba 65-79 u gotovo svim zemljama, a zatim kod osoba starijih od osamdeset godina. Gledajući Hrvatsku, rezultati su kao i prosjek, odnosno najviše se trošilo u dobi 65-79 godina života. Svi prikazani rezultati ukazuju na to da je potrošnja veća s dobi jer viša dob uglavnom donosi sa sobom i veće potrebe za većom zdravstvenom potrošnjom.

4.4. Financijske implikacije troškova zdravstvene zaštite u zadnjoj godini života

Prema ranije prikazanim podacima, moguće je zaključiti da postoje određene razlike u zdravstvenoj potrošnji u većini zemalja. Na primjer, u 2018. godini SAD je trošio čak 17% svog BDP-a na to, a Njemačka 11,2% ili 8,8% Italija. Došlo je do porasta u zdravstvenoj potrošnji s čime se suočavaju mnoge OECD zemlje. Razlike u zdravstvenoj potrošnji koje se događaju od zemlje do zemlje, rezultat su razlika u bogatstvu i zdravstvenom sustavu. Npr. SAD je bogatija zemlja pa više odvaja na zdravstvo, no to u suštini ne mora uvijek biti povezano (Fonseca i sur., 2020). S druge strane, pravednost u pogledu zdravlja u starijoj dobi je važno pitanje javne politike u Europi, a nejednakosti u zdravstvenom sustavu su sve povećale kod starijih Europljana u razdoblju 2004.-2017. Također, SHARE studija pokazala je da je umirovljenje čvrsto povezano sa zdravstvenim nejednakostima (Lauridsen i sur., 2020).

Statistički doprinosi za redovnu dob umirovljenja (65-74 godine) pozitivni su kod većine zemalja što upućuje na činjenicu da ova dobnja skupina povećava zdravstvenu nejednakost. Kod nekih zemalja do toga dolazi radi kombinacije negativnih regresijskih koeficijenata i negativnog indeksa koncentracije, upućujući na to da su nizak dohodak i loše zdravlje koncentrirani upravo u toj skupini. Jedna iznimka od toga je Austrija u kojoj do negativnog statističkog dohotka dolazi radi pozitivnog indeksa koncentracije odnosno dobnja skupina je u ekonomski povoljnijem položaju od zaposlenih osoba. Kod starijih umirovljenih osoba (75+), značajni statistički doprinosi su ravnomjerno pozitivni i uzrokuju ih negativni regresijski koeficijenti i negativni indeksi koncentracije. Drugim riječima, u toj su dobi koncentrirani loše zdravlje i nizak dohodak. Distribucija zdravlja uglavnom ide više na ruku osobama koje su u ekonomski povoljnijoj situaciji. Razvoj nejednakosti u zdravstvenoj zaštiti je mješovit s vremenom jer takav obrazac iziskuje i različite inicijative u sklopu javne politike (Lauridsen i sur., 2020).

Promjene u demografskoj strukturi izazivaju zabrinutost u vezi s održivošću javnih programa zdravstvene skrbi jer povećanje broja starijih osoba vjerojatno povećava i potrebu za skrbi, ali i potrošnju u zdravstvu. Stoga, važno je razumijevanje načina na koji se obrasci s godinama razvijaju. Rezultati istraživanja pokazali su da je socioekonomski status u djetinjstvu u pozitivnoj korelaciji sa zdravljem kasnije u životu, kako za tjelesno, tako i za mentalno zdravlje i isto je jače kod ženskih osoba u odnosu na muške. Dakle, dokazano je kako su životni uvjeti tijekom ranijeg života snažni prediktori zdravstvene dinamike tijekom kasnijeg života. To se očituje kroz lakši pristup zdravstvenoj skrbi (Belloni i sur., 2020).

Osim toga, rezultati na temelju studije SHARE su ukazali da diljem Europe postoji značajna heterogenost u dostupnosti zdravstvene zaštite i pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem, a Grčka i Italija su zemlje kod kojih je to najvidljivije u šestom i sedmom valu projekta. Nezaдовоľjene potrebe prisutne su i u bivšim socijalističkim zemljama istočne Europe, a nejednakosti u zadovoljenu potreba s obzirom na razinu obrazovanja, najviše su vidljive u južnoj Europi. Zemlja s najvišom razinom nezadovoljenih potreba je Rumunjska (37%), a zemlje s najmanjim udjelima su Češka (9%), Slovenija (9%) i Slovačka (7%). U južnoj Europi najveći je problem Grčka (29%) što je vjerojatno posljedica financijske krize koja se tamo događa. Utvrđeno je i da je kod zaposlenih osoba utvrđena značajno niža šansa za postojanje nezadovoljenih zdravstvenih troškova, izvanrednih troškova i nezadovoljstva pokrivenošću zdravstvenim osiguranjem (Jurges i Stella, 2020).

Gledajući stopu ulaganja u zdravlje u zemljama, prema standardima ekonomskih modela, očekivano dulje trajanje života može stvoriti poticaj za ulaganje u zdravlje radi povećanja kvalitete života u starijoj dobi jer širi vremenski horizont planiranja, povećava i povrate od ulaganja. Tako je utvrđena pozitivna povezanost između očekivanog trajanja života i ulaganja u zdravlje. Logično je da će osobe koje su zdravije vjerojatnije živjeti duže i samim time, duže ulagati u zdravlje što će direktno imati utjecaj na dulje trajanje života. Rezultati ove studije opisuju ekonomski mehanizam koji stoji iza hipoteze o kompresiji morbiditeta koja je kroz rad ranije spomenuta jer pokazuju kako jedan od razloga zbog kojih život dulje traje, ne podrazumijeva nužno dulje vrijeme koje osoba provede lošijeg zdravlja (Bertoni i sur., 2020).

Analizom podataka, dakle, utvrđeno je da postoje određene nejednakosti u zdravstvenoj potrošnji jer si imućnije osobe mogu priuštiti plaćanje većih troškova zdravstvene skrbi te imaju lakši pristup zdravstvenoj skrbi. Stoga, zdravstveno ponašanje, stil života i uvjeti okruženja i zanimanja, djeluju na interakciju zdravlja i ekonomskog statusa te zdravstvenu potrošnju

(Börsch-Supan i sur., 2020). Dakle, analiza podataka iz studije SHARE o troškovima u posljednjoj godini života osoba 50+ pokazala je, kako je vidljivo iz ranijih podataka, da je najveći broj ispitanika koristio usluge liječnika opće medicine i specijalista, bolničke njege, hospicija, staračkog doma i pomagala i uređaja. Najmanje su koristili uslugu pomoći i njege u kući radi npr. invaliditeta. Gledajući razliku po spolu, vidljivo je da je više pripadnica ženskog spola koristili pomoć u kući i patronažnu pomoć, a muški su više koristili lijekove. Ostale varijable su koristili gotovo podjednako, ali su muškarci malo više koristili usluge zdravstvenih ustanova (npr. bolnice, hospicija, staračkog doma, itd.).

Gledajući prosječnu potrošnju, moguće je utvrditi da je najveći udio zdravstvene potrošnje u dobi 50+ u zadnjoj godini života, odlazio na starački dom, zatim na patronažnu pomoć, plaćenu pomoć u kući, a najmanje na pomagala i uređaje. Tako se na starački dom prosječno u svim zemljama trošilo oko 4.018 eura. Najviše se trošilo (na sve usluge) u dobi 65-79 godina, prosječno čak 1.251,74 eura. Ti podaci ukazuju da je u toj dobnoj skupini najveća potreba za zdravstvenom skrbi, zatim u dobi 80+, a najmanje u dobi 50-64 godina. Najčešći su uzroci smrti bili rak i kardiovaskularne bolesti (npr. srčani udar), a najčešća je dob smrti bila +80 godina. Radi svega navedenog, moguće je zaključiti da je zdravstvena potrošnja najveća u godinama +60 godina te da se najviše troši uglavnom na skrb u ustanovama (najviše u staračkim domovima).

5. ZAKLJUČAK

Kako svaka osoba danas, ovisno o državi u kojoj se nalazi, ima pravo na određeni vid zdravstvene zaštite, povećava se i zdravstvena potrošnja. Zdravstvena potrošnja je zapravo pružanje usluga zdravstva pokrivenih zdravstvenim osiguranjem i uz pružanje usluga i njihove dostave krajnjem korisniku, čini determinante zdravstvenih sustava. To je zapravo cijena koju korisnik plaća u suradnji s raznim dionicima, a ono što ju potiče su starenje stanovništva, povećana upotreba medicinske tehnologije, rast nesavjesnog rada liječnika i slično, a najčešći pokazatelji toga su – ukupna zdravstvena potrošnja i potrošnja po stanovniku.

Bivše europske socijalističke zemlje uglavnom su kroz povijest imale velika izdvajanja za zdravstvo i samim time, razmjerno velika dostignuća u zdravstvu. Nije se izrazito pazilo na troškove i uštede pa je čak postojao i znatan višak zdravstvenih kapaciteta i osoblja. Cijena lijekova određivala se administrativno i bila je niža od tržišnih cijena, ali je problem predstavljala primarna zdravstvena zaštita, koja je i danas ostala u nekim zemljama nedovoljno razvijena. Prijelaz na tržišno gospodarstvo tako je u tim zemljama doveo do nedostatka prihoda i pogoršanja kvalitete zdravstvenih usluga. Samim time, te su zemlje pa i Hrvatska među njima, provele razne promjene koje su dovele do zdravstvenih sustava kakvi danas postoje. Problem zdravstvene potrošnje danas je jedan od glavnih izazova zdravstvenih politika i potreban je stoga, multidiscipliniran pristup proučavanju i analiziranju toga.

Cilj zdravstvene potrošnje stoga je osigurati određena sredstva osiguranim osobama da bi imali pristup individualnoj zdravstvenoj njezi, a uz nju se veže i pojam zdravstvene potražnje i ponude. Sva tri čimbenika međusobno su ovisna i vrlo su vrijedna u tom području pa je ključno održavanje stabilnog zdravstvenog sustava. Kako je kroz rad vidljivo, mnogo se troši na zdravstvenu potrošnju u zemljama EU, pa se npr. 2018. prosječno trošilo čak 3.072,53 eura po glavi stanovnika. Hrvatska je u tom pogledu daleko ispod prosjeka, pa je u 2018. godini trošila *per capita* tek 861,54 eura. Udio zdravstvene potrošnje u BDP-u u 2019. godini iznosio je u Hrvatskoj 6,8% što je manje od prosjeka Unije (9,9%) i skoro duplo manje nego u Njemačkoj, gdje se trošilo čak 11,5% BDP-a na zdravstvo i zdravstvene usluge. Općenito, najviše se troši na usluge zdravstvenih ustanova (npr. bolnica), izvanbolničke usluge, javno zdravstvo, lijekove, opreme i uređaje. Mnoga istraživanja, ukazala su da se najviše troši u dobi 65+. Izdaci za zdravstvo veći su kod starijih osoba u odnosu na mlađu populaciju, posebno u razvijenim zdravstvenim sustavima.

Osim toga, analize podataka prikazane kroz rad ukazale su na to da dolazi do promjena u demografskoj strukturi što svakako izaziva zabrinutost za održivost zdravstva i javnih programa zdravstvene skrbi. Povećanje broja starijih osoba, povećava i potrebu za skrbi, pa samim time i za većom zdravstvenom potrošnjom. Upravo zato, važno je na vrijeme činiti neke preventivne mjere i radnje kako bi se smanjila potreba za zdravstvenom zaštitom u kasnijoj životnoj dobi.

Jednako tako, analize podataka iz studije SHARE o izdacima iz džepa za zdravstvenu zaštitu u zadnjoj godini života, upućuju da su isti najveći kod osoba u dobnoj skupini 65-74 godine života (prosječno 1.251,74 euro). Najveći broj ispitanika tijekom zadnje godine života koristio je usluge obiteljske ili opće medicine i specijalističke usluge, usluge bolničke njege i staračkog doma, na što je ujedno odlazilo i najviše privatnih izdataka iz džepa. Tako se primjerice na staračke domove trošilo u prosjeku više od 4.000 eura u svim prikazanim zemljama. Vidljiva je i značajna razlika po spolu u tome što su žene koristile više pomoć u kući i patronažnu pomoć, a muški su više koristili lijekove. Treba imati na umu da je u starijim dobnim skupinama i udio žena veći u odnosu na muškarce. Gledajući podatke o izdacima iz džepa u zadnjoj godini života na temelju studije SHARE, moguće je zaključiti da su prosječni izdaci veći što je dob veća, a najveća je u dobi 65+. Navedeno ukazuje i da je u toj dobnoj skupini potreba za zdravstvenom skrbi veća radi sve veće pojave zdravstvenih problema, zdravstveni troškovi su veći, kako ukupni tako i dio koji se odnosi na plaćanja iz džepa.

Nadalje, u radu se zaključuje da je potrošnja za zdravstvo po stanovniku u Hrvatskoj je i dalje relativno niska u odnosu na druge zemlje Europske unije, ali su posljednjih godina svejedno vidljive određene fluktuacije i rast u potrošnji. Primjerice, udio javne u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji 2019. godine iznosio je 83% što je značajno više nego u većini zemalja usporedive razine zdravstvene potrošnje. Gledajući pak iznose privatnih izdataka u zadnjoj godini života na temelju studije SHARE, Hrvatska je otprilike blizu prosječnih izdataka za sve zemlje, a osobe u dobi 50+ u posljednjoj godini života najviše su trošile na staračke domove, a najmanje na patronažnu pomoć.

Općenito je moguće reći da postoje određene razlike među zemljama koje su sudjelovale u sedmom valu studije SHARE u skoro svim aspektima, a distribucija zdravlja uglavnom daje prednost osobama s ekonomski povoljnijom situacijom. Drugim riječima, osobe sa više financijskih sredstava (novaca), mogu lakše pristupiti nekim uslugama zdravstvene skrbi, odnosno lakše će potrošiti više sredstava u odnosu na osobe s manje sredstava. U tom je pogledu važno smanjiti jaz između nejednakosti stvaranjem novih adekvatnih javnih politika.

Popis literature

- 1) Alemayehu, B., Warner, K. (2004.), The Lifetime Distribution of Health Care Costs. *HSR*, 39(3), str. 627-642.
- 2) Arežina, (2015.), Ljudi žive sve dulje, ali su i dulje bolesni, dostupno na <https://www.vecernji.hr/lifestyle/ljudi-zive-sve-dulje-ali-su-i-dulje-bolesni-1022205>, 30.03.2021.
- 3) Atella, V., et.al. (2018.), The Double Expansion of Morbidity Hypothesis: Evidence from Italy. *Research Paper Series*, 15(1), str. 1-27.
- 4) Barić, V., Smolić, Š. (2008.), Mogućnosti kontrole zdravstvene potrošnje – primjer Hrvatske. *Zbornik EFZG*, 6(1), str. 303-314.
- 5) Beard, J. R., Officer, A., De Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., ... & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *The lancet*, 387(10033), 2145-2154.
- 6) Belloni, M., et.al. (2020.), Kako životni uvjeti iz ranijeg života oblikuju zdravstvene profile prema dobi u kasnijem životu?, U: Smolić, Š., Čipin, I. (ur.) *Zdravstveni i socioekonomski status tijekom životnog ciklusa, Prvi rezultati iz šestog i sedmog vala projekta SHARE*, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, str. 81-88
- 7) Bejaković, P. (2007.), Zdravstveni sustav. U: Ott, K. (ur.) *Javne financije u Hrvatskoj*. Institut za javne financije, Zagreb, str. 111-120.
- 8) Benković, V. (2009.), Informiranost predstavnika lokalne vlasti o instrumentima kvalitetnog upravljanja javnim zdravstvom i socijalnom skrbi. *Soc. ekol. Zagreb*, 18(2), str. 157-168.
- 9) Bertoni, M., et.al. (2020.), Očekivano trajanje života i ulaganje u zdravlje, U: Smolić, Š., Čipin, I. (ur.) *Zdravstveni i socioekonomski status tijekom životnog ciklusa, Prvi rezultati iz šestog i sedmog vala projekta SHARE*, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, str. 245-252.
- 10) Biro, A., Branyiczki, R. (2020.), Jaz u zdravlju u postsocijalističkoj srednoj i istočnoj Europi: analiza s gledišta životnog vijeka, U: Smolić, Š., Čipin, I. (ur.) *Zdravstveni i socioekonomski status tijekom životnog ciklusa, Prvi rezultati iz šestog i sedmog vala projekta SHARE*, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, str. 153-174.
- 11) Carreras, M., Ibern, P., Coderch, J., Sánchez, I., & Inoriza, J. M. (2013.), Estimating lifetime healthcare costs with morbidity data. *BMC health services research*, 13(1), 1-11.

- 12) Caley, M., Sidhu, K. (2010.), Estimating the future healthcare costs of an aging population in the UK: expansion of morbidity and the need for preventive care. *Journal of Public Health*, 33(1), str. 117-122.
- 13) Chlon-Dominczak, A., Magda, I., Strzelecki, P.A. (2020.), Obrasci sudjelovanja na tržištu rada i njihov učinak na dobrobit starijih žena. U: Smolić, Š., Čipin, I. (ur.) *Zdravstveni i socioekonomski status tijekom životnog ciklusa, Prvi rezultati iz šestog i sedmog vala projekta SHARE*, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb str. 124-135.
- 14) Christiansen, T., et.al. (2006.), Demographic changes and aggregate health-care expenditure in Europe. *ENEPRI research report*,
- 15) Damri, N., Litwin, H. (2020.), Odnosi s roditeljima u djetinjstvu i dobrobit tijekom kasnijeg života. U: Smolić, Š., Čipin, I. (ur.) *Zdravstveni i socioekonomski status tijekom životnog ciklusa, Prvi rezultati iz šestog i sedmog vala projekta SHARE*, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb str. 49-58.
- 16) Draušnik, Ž., Stevanović, R., Ivanko, P., Radman, A. (2020.), *Analiza podataka iz Centralnog zdravstvenog informacijskog sustava Republike Hrvatske za 2019. godinu*. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb
- 17) Dubovečak, M., Marijetić, I., Šmit, I., Graho, N., Vukoja, N. (2019.), Menadžment u zdravstvu. *Hrana u zdravlju i bolesti*, br. 1., str. 60-67.
- 18) Europska komisija (2020.), State of Health in the Croatia: Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019.
- 19) Europska komisija (2019.), dostupno na https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/new-push-european-democracy/impact-demographic-change-europe_hr#zelena-knjiga-o-starenju, 29.03.2021.
- 20) Fonseca, R., Langot, F., Michaud, P.C., Sopraseuth, T. (2020.), Understanding cross-country differences in health status and expenditures. *NBER working paper series*, br. 26876, str. 1-46.
- 21) Forget, E. L., Roos, L. L., Deber, R. B., & Walld, R. (2008.), Variations in lifetime healthcare costs across a population. *Healthcare Policy*, 4(1), e148.
- 22) Franco, O. H., Karnik, K., Osborne, G., Ordovas, J. M., Catt, M., & van der Ouderaa, F. (2009). Changing course in ageing research: the healthy ageing phenotype. *Maturitas*, 63(1), 13-19.
- 23) French, E., et.al. (2017.), End-Of-Life Medical Spending in Last Twelve Month of Life is Lower Than Previously Reported. *Health Affairs*, 36(7), str. 1211-1217.

- 24) Grossman, M. (1972.), On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political economy*, 80(2), str. 223-255.
- 25) Grossman, M. (2000.), The Human Capital Model of the Demand for Health. *NBER Working Paper No. 7078*.
- 26) Hansen, A.V., et.al. (2020.), Health care expenditure in the last five years of life is driven by morbidity, not age: A national study of spending trajectories in Danish decedents over age 65. *PLOS ONE*, 15(12)
- 27) Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2020.), Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2019. godinu. *HZZO*, Zagreb
- 28) Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2021.), Izvješće o poslovanju HZZO-a za 2020. godinu. *HZZO*, Zagreb
- 29) Jürges, H., Stella, L. (2020.), Društvena dinamika nezadovoljenih zdravstvenih potreba, izvanrednih troškova zdravstvene zaštite i zadovoljstva pokrivenošću zdravstvenim osiguranjem, U: Smolić, Š., Čipin, I. (ur.) *Zdravstveni i socioekonomski status tijekom životnog ciklusa, Prvi rezultati iz šestog i sedmog vala projekta SHARE*, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, str. 233-244.
- 30) Katharina, et al. (2013.), Five Types of OECD Healthcare Systems: Empirical Results of a Deductive Classification. *Health Policy* 113, str. 258–269.
- 31) Keating, N., et.al. (2018.), Understanding Factors Contributing to Area-Level Variation in End-of-Life Expenditure. *Health Aff*, 37(7), str. 1136-1143.
- 32) Kovač, N. (2013.), Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. *Ekonomski vjesnik*, 26(2), str. 551-563.
- 33) Lauridsen, T.J., Christiansen, T., Vitved, R.A. (2020.), Dinamične promjene u odrednicama zdravstvenih nejednakosti u Europi s naglaskom na umirovljenje, U: Smolić, Š., Čipin, I. (ur.) *Zdravstveni i socioekonomski status tijekom životnog ciklusa, Prvi rezultati iz šestog i sedmog vala projekta SHARE*, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb, str. 71-80.
- 34) Lindgren, B. (2016.), The rise in life expectancy, health trends among the elderly and the demand for care – a selected literature review. *NBER Working papers*
- 35) Marchesi Vasiljev, V., Racz, A., Bilajac, L., Roviš, D., Rukavina, T. (2019.), Kvalitativno istraživanje stavova o starenju i potrebama osoba starije životne dobi u Gradu Rijeci: javnozdravstveni i bioetički aspekti. *Medicina fluminensis*, 55(3), str. 247-259.

- 36) Mihaljek, D. (2014.), Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize. U: Vehovec, M. (ur.) *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Ekonomski institut, Zagreb, str. 29-50.
- 37) Obadić, A., Smolić, Š. (2007.), Analiza radnog kontingenta i ekonomska aktivnost stanovništva Hrvatske. *EFZG working paper series*, br. 11., str. 1-15.
- 38) Obadić, A., Smolić, Š. (2008.), Ekonomske i socijalne posljedice procesa starenja stanovništva. *Ekonomski istraživanja*, 21(2), str. 86-98,
- 39) Papanicolas, I., Marino, A., Lorenzoni, L., Jha, A. (2020.), Comparison of Health Care Spending by Age in 8 High-Income Countries. *JAMA Netw Open*, 3(8), str. 1-3.
- 40) Pettinicchi, Y., Börshc-Supan, A. (2020.), Dugoročni učinci različitih radnih karijera. U: Smolić, Š., Čipin, I. (ur.) *Zdravstveni i socioekonomski status tijekom životnog ciklusa, Prvi rezultati iz šestog i sedmog vala projekta SHARE*, Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, Zagreb str. 102-110.
- 41) Rice, D.P., Feldman, J.J. (1983.), Living longer in the United States: Demographic Changes and Health Needs of the Elderly. *Health and Society*, 61(3), str. 362-396.
- 42) SHARE (2020), dostupno na <https://www.share-project.hr/>, 30.03.2021.
- 43) Smolić, Š. (2019.), Treba li demografiju kriviti za rast troškova u zdravstvu, dostupno na <https://clps.hr/treba-li-demografiju-kriviti-za-rast-troskova-u-zdravstvu/>, 30.03.2021.
- 44) Smolić, Š., Čipin, I., Fabijančić, M., Mustač, D. (2020.), Implementacija i metodološki okvir studije SHARE u studije. *Migracijske i etničke teme*, 36(1), str. 29-52.
- 45) Smolić, Š., Čipin, I. (2020.), *Istraživanje o zdravlju, starenju i umirovljenju u Europi – odabrani rezultati studije SHARE*, Cetus-ZG d.o.o, Zagreb
- 46) Stevanović, R., Capak, K., Benjak, T. (2020.), *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2019. godinu*, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb
- 47) Švaljek, S. (2005). Fiskalne posljedice starenja stanovništva u Hrvatskoj. *Mirovinsko osiguranje*, str. 3-23.
- 48) Thomson, S., Foubister, T., Mossialos, E. (2009.), *Financing Health Care in the European Union*. World Health Organization
- 49) Vašiček, V. (2016.), Obilježja javnog zdravstvenog sustava Republike Hrvatske. U: Dražić Lutilsky, I. (ur.) *Procesni pristup obračunu troškova u sustavu zdravstva*. Tim4Pin d.o.o., Zagreb
- 50) Vlada Republike Hrvatske (2012.), Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, Zagreb

- 51) Williams, G.A., i sur. (2019.), *Sustainable Health Financing with an Ageing Population*. European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen
- 52) Wouterse, B., Huisman, M., Meijboom, B., Deeg, D., Polder, J. (2015.), The effects of trends in health and longevity on health services use by older adults. *BMC Health Services Research*, 15(574), str. 1-14.
- 53) Zakon o zdravstvenoj zaštitu, NN 100/18, 125/19, 147/20

Popis slika

Slika 1. Udio zdravstvene potrošnje u BDP-u 2019. godine, EU27	9
Slika 2. Struktura ukupne potrošnje na zdravstvo u BDP-u država članica EU (%) u 2019. godini	10
Slika 3. Udio sredstava za zdravstvo u RH i EU (PKM EUR po stanovniku).....	13
Slika 4. Očekivani životni vijek pri rođenju u EU i Hrvatskoj	19
Slika 5. Procijenjena dobna distribucija javnih izdataka za zdravstvo i dugotrajnu njegu	21
Slika 6. Prosječna dob započinjanja primanja mirovine u EU	30
Slika 7. Prosječna dob smrti po zemljama	32
Slika 8. Ukupan postotak korištenja zdravstvene zaštite u zadnjoj godini života.....	34
Slika 9. Razlika po spolu u korištenju zdravstvenih usluga	35
Slika 10. Prosječni troškovi iz džepa prema (OOP) vrsti zdravstvene usluge u svim zemljama prema studiji SHARE	37
Slika 11. Prosječna potrošnja po dobnim skupinama u svim zemljama	37

Popis tablica

Tablica 1. Izdaci za zdravstvo po stanovniku (per capita) u EU-28 i još nekim europskim državama u razdoblju 2013.-2018. godine u EUR	8
Tablica 2. Razlike u različitim modelima financiranja zdravstva	11
Tablica 3. Broj i struktura zdravstveno osiguranih osoba 2016.-2020. u Hrvatskoj.....	20
Tablica 4. Rashodi za zdravstvenu zaštitu 2019.-2020.	22
Tablica 5. Udjeli uzroka smrti.....	31
Tablica 6. Postotak osoba koje su koristile određeni vid zdravstvene zaštite u zadnjoj godini života po zemljama.....	33
Tablica 7. Prosječna potrošnja na zdravstvene usluge u zemljama za sve dobne skupine u eurima	35