

Izazovi financiranja zdravstvene zaštite u uvjetima COVID-19 krize

Lotina, Gojko

Master's thesis / Diplomski rad

2022

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:148:452206>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-16**



Repository / Repozitorij:

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



Sveučilište u Zagrebu

Ekonomski fakultet

Integrirani preddiplomski i diplomski studij Poslovna ekonomija – smjer Financije

**IZAZOVI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U
UVJETIMA COVID-19 KRIZE**

Diplomski rad

Gojko Lotina

Zagreb, rujan, 2022.

Sveučilište u Zagrebu

Ekonomski fakultet

Integrirani preddiplomski i diplomski studij Poslovna ekonomija – smjer Financije

**IZAZOVI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U
UVJETIMA COVID-19 KRIZE**

**THE CHALLENGES OF FINANCING HEALTH CARE IN
TERMS OF THE COVID – 19 CRISIS**

Diplomski rad

Student: Gojko Lotina

JMBAG: 0067544051

Mentor: Prof.dr.sc. Hrvoje Šimović

Zagreb, rujan, 2022.

SAŽETAK

U ovom diplomskom radu analiziraju se izazovi financiranja zdravstvene zaštite u uvjetima COVID-19 pandemije, kojima se ukazuje da su stabilnost i kvaliteta funkcioniranja nekog zdravstvenog sustava jedan od ključnih pokazatelja razvoja neke zemlje, te sveopće kvalitete života stanovništva. Diplomski rad obuhvaća tematske cjeline kojima se pokušava objasniti dosadašnje financiranje zdravstvene zaštite te kako se ono mijenjalo nakon pojave virusa. Analizira se ekonomsko obilježje zdravstvenog sustava zemalja te njihovi modeli financiranja te se također uspoređuje zdravstveni sustavi u drugim zemljama. Rad se također dotiče i nastanka pandemije, njezin utjecaj na zdravstvene sustave te na ljude općenito u fizičkom i psihičkom smislu. Nastavno na ovo, rad navodi troškove COVID-19 pandemije, direktne i indirektne te o budućnosti zdravstvenog sustava.

SUMMARY

This dissertation analyzes the challenges of financing health care in the context of the COVID-19 pandemic, which indicates that the stability and quality of functioning of a health system is one of the key indicators of a country's development and overall quality of life. The thesis includes thematic units that try to explain the current financing of health care and how it changed after the virus. The economic characteristics of the health systems of countries and their financing models are analyzed, and the health systems in other countries are also compared. This thesis also touches on the emergence of a pandemic, its impact on health systems and on people in general in physical and psychological terms. In addition to this, the paper cites the costs of the COVID-19 pandemic, both direct and indirect, and about the future of the health system.

SADRŽAJ

1. UVOD	1
1.1. Predmet i cilj rada	1
1.2. Izvori podataka i metode prikupljanja.....	2
1.3. Sadržaj i struktura rada	2
2. FINANCIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE	3
2.1. Državna intervencija u zdravstvo	4
2.2. Modeli financiranja zdravstvenog sustava	7
2.3. Usporedba financiranja zdravstvenih sustava u svijetu	9
3. OBILJEŽJA COVID-19 PANDEMIJE	13
3.1. Predpandemijski i pandemijski interval	14
3.2. Utjecaj na ekonomske sustave zemalja i svijeta	16
3.3. Mjere za suzbijanje štetnih učinaka	19
3.4. Posljedice na fizičko i mentalno zdravlje ljudi	20
4. IZAZOVI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U COVID-19.....	23
4.1. Problemi zdravstvenog sustava uzrokovani virusom COVID-19.....	25
4.2. Direktni troškovi COVID-19 pandemije	27
4.3. Indirektni troškovi COVID-19 pandemije.....	28
4.4. Zdravstveni sustav nakon pandemije	29
5. ZAKLJUČAK.....	32
POPIS LITERATURE.....	33
POPIS SLIKA	42
POPIS TABLICA.....	42

1. UVOD

1.1. Predmet i cilj rada

Tema ovog diplomskog rada jest “Izazovi financiranja zdravstvene zaštite u uvjetima COVID-19 krize”. Izdvajanja za zdravstvenu zaštitu predstavljaju bitnu stavku proračunskih rashoda zemalja. Definiramo je kao sustav državnih, skupnih i individualnih mjera za unapređenje, čuvanje i vraćanje zdravlja. Izvori financiranja zdravstvene zaštite iz doprinosa su bili pod velikim pritiskom i prije pandemije, pojava COVID-19 virusa dodatno je poljuljala ionako nestabilne sustave. Veća izdvajanja financijskih sredstava iz proračuna velikog broja zemalja teško se mogu očekivati, posebno u sadašnjoj situaciji. Uključivanjem privatnog sektora u financiranje zdravstvene zaštite postoji opasnost da pristup zdravstvenoj skrbi bude onemogućen onima kojima je zdravstvena skrb najpotrebnija. Godinama se štedjelo na javnom zdravstvu u većini zemalja Europe, koje sada u pandemiji igra ključnu ulogu. Veliki broj zdravstvenih radnika je obolio, što je učinilo vidljivim problem nedostatka zdravstvenih radnika diljem svijeta. Virus je odnio dosta žrtava, međutim još je više onih čiju je smrt ubrao u kombinaciji sa nekim drugim dijagnozama.

Važna napomena odnosi se na to da je pokretanje istraživanja u vezi s virusom sa sobom donijelo i ogromne troškove. Neposredni i dugoročni izravni potencijalni utjecaji COVID-19 virusa očituju se znatno većom pojavom simptoma depresije, anksioznosti koje dosežu visoke nivoe, također podatci ukazuju na veće stope prekomjernog pijenja i nesаницe. Šteta koja je nastala gdje god su zdravstveni sustavi zakazali je nesaglediva: ljudi koji su umrli od virusa COVID-19, umrli su zbog prenapučenih kapaciteta bolnica, a oni koji su umrli od nečega drugoga nisu mogli dobiti pravovremenu i adekvatnu liječničku pomoć. Sve navedeno dovodi u pitanje funkcionalnost i održivost dosadašnjih zdravstvenih sustava. Cilj ovog rada jest proučiti sustav financiranja javnog sektora, dosadašnja izdvajanja za zdravstvo, modele financiranja zdravstvene zaštite. Spoznati važnost zdravstvene zaštite stanovništva i njezin utjecaj na gospodarstvo. Upoznati se s problemima zdravstvenih sustava nastalih uslijed pandemije, dodatnim izdancima koje financijski sustavi imaju. Potencijalno proširenje izvora financiranja, mogućnost restrukturiranja zdravstvenih sustava i kako se nositi sa izazovima financiranja zdravstvene zaštite pitanja su na koja će ovaj rad pružiti odgovore.

1.2. Izvori podataka i metode prikupljanja

Radi se o teorijskom radu te je stoga većina informacija i podataka koji su u radu istaknuti prikupljena putem sekundarnih izvora. Prilikom izrade ovog rada korištena je dostupna literatura koja je vezana uz temu rada, a prije svega se ovdje podrazumijevaju stručni članci. Svi podaci su prikupljeni putem knjiga, članaka i internetskih stranica.

1.3. Sadržaj i struktura rada

Rad je koncipiran u pet cjelina odnosno poglavlja. Prvo, uvodno poglavlje objedinjuje predmet i cilj rada. Osim toga, navede su metode prikupljanja, izvori podataka te sadržaj i struktura rada. Drugo poglavlje je teorijski dio rada – obuhvaća državnu intervenciju, modele financiranja te usporedbu financiranja zdravstvenih sustava u svijetu. Treći dio rada obuhvaća predpandemijski i pandemijski interval, utjecaj pandemije na ekonomsko stanje te reakciju u vidu mjera. Četvrti dio rada bavi se izazovima financiranja zdravstvene zaštite te se navode direktni i indirektni troškovi COVID-19 pandemije. Također je obuhvaćen i zdravstveni sustav nakon pandemije. Posljednji dio rada je zaključak u kojem je izneseno sve što je prethodno napisano u radu odnosno najznačajnije aspekte iz teorijskog dijela rada. Rad sadrži i ostale obvezne dijelove kao što su popis literature, sažetak na hrvatskom i na engleskom jeziku.

2. FINANCIRANJE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE

Evolucija financiranja zdravstvene zaštite tijekom posljednjih pola stoljeća otkriva temeljni pomak u ključnim pitanjima. Nakon 1950. zdravstveni sustavi su dizajnirani za populacije za koje se očekivalo da će živjeti prosječno 65-70 godina. S odlaskom u mirovinu u dobi od 60 do 65 godina i skorom punom zaposlenošću, doživotna zarada i ušteđevina bili su više-manje dovoljni za financiranje pristojnog zdravstvenog sustava, dok su rastući izdaci za zdravstvo značili dobrobit za sve. U 21. stoljeću prosječni životni vijek narastao je iznad 80. godine, a zdravstvena znanost i tehnologija poboljšale su kvalitetu života čak i u starijoj dobi. Iako poželjno, produljenje života uz dobro zdravlje košta, i to je stvarnost koju nijedno demokratsko društvo ne može dugo ignorirati. Pravo političko, gospodarsko i etičko pitanje izvor je potrebnog financiranja.

Vrlo bogate zemlje, kao što su SAD i Švicarska, i dalje si mogu priuštiti da se uvelike oslanjaju na privatno zdravstveno osiguranje unatoč ozbiljnim problemima s kapitalom. Većina razvijenih zemalja i zemalja u razvoju, međutim, financira svoju više ili manje razvijenu socijalnu državu putem oporezivanja i doprinosa za rad. Upravo u tim zemljama globalizacija donosi sve veću ekonomsku nejednakost, a ekonomska neizvjesnost izazvala je veliku raspravu o održivosti financiranja zdravstva. Financiranje zdravstvenog sustava znači postaviti prave financijske poticaje za pružatelje usluga kako bi se osiguralo da svi pojedinci imaju pristup učinkovitom javnom zdravlju i osobnoj zdravstvenoj skrbi. To znači smanjiti ili eliminirati mogućnosti da pojedinac neće moći platiti takvu skrb, ili će biti osiromašen kao rezultat pokušaja da to učini. Za postizanje ovog cilja financiranja zdravstvenih sustava pojavljuju se tri međusobno povezane funkcije:

1. prikupljanje prihoda, pri čemu se financijski doprinosi prikupljaju u dovoljnim količinama, pravedno i učinkovito
2. udruživanje doprinosa tako da se troškovi pristupa zdravstvenim uslugama dijele, a ne snose samo pojedinci u trenutku kada se razbole (financijska dostupnost)
3. kupnju i/ili opskrbu, pri čemu se doprinosi koriste za kupnju ili pružanje odgovarajućih i učinkovitih zdravstvenih intervencija na najučinkovitiji i najpravičniji način.

Učinkovitost uključuje razmatranje vrste usluga koje treba financirati i tko bi ih trebao pružati. Osim toga, i također predviđajući potrebu za mjerama za ograničavanje troškova, opravdana je identifikacija odgovarajuće kombinacije metoda plaćanja pružatelja usluga (WHO, 2000.).

"Globalizacija je duboko utjecala na raspodjelu dohotka među zemljama i unutar njih." Temeljni rad Thomasa Pikettyja iz 2014. (Piketty, 2014.) pokazao je da globalizacija favorizira kapital u odnosu na druge izvore prihoda, kao što su rad i rente. Povećana mobilnost kapitala izvukla je mnoge zemlje iz siromaštva, ali prednosti idu u prilog zemljama koje posjeduju bogati kapital (Stiglitz, 2002.). Globalizacija je također povećala nejednakost dohotka unutar zemalja s najvišim dohodovnim razredima koje apsorbiraju veći udio nacionalnog BDP-a (Stiglitz, 2002.). „Osim što je moralno i političko pitanje, rastuća nejednakost je i ekonomsko pitanje, jer nakon određene točke može biti izvor značajnih ekonomskih bolesti“ (Wolf, 2014.). Na primjer, neuspješno oporezivanje dohotka umanjuje učinkovitost mreža socijalne skrbi i sigurnosti te potkopava konkurentnost gospodarstva (Wolf, 2014.). Ova je točka osobito važna za zemlje u razvoju koje sada razvijaju svoje zdravstvene sustave. „Još jedan fenomen koji ovo stoljeće čini drugačijim su česte recesije jer nejednakost dohotka uzrokuje pad potražnje.“ (Wolf, 2014.). „Nezaposlenost i ekonomski problemi opterećuju javne proračune, povećavaju potražnju za javnim zdravstvenim uslugama i ograničavaju pristup privatnim uslugama.“ (Mladovsky i sur., 2012.). Takvi ekstremni pritisci, kao nakon ekonomske krize 2008., uveli su financijsku održivost u raspravu o zdravstvenoj politici.

2.1. Državna intervencija u zdravstvo

Zdravstvena skrb je u biti jedna od osnovnih ljudskih potreba. Zemlje diljem svijeta imaju drugačiji sustav pružanja zdravstvene skrbi svojim građanima. Od 1970-ih, gospodarstva su predložila četiri „idealna tipa” temeljena na glavnim karakteristikama zdravstvene skrbi, a to su: pluralistički zdravstveni sustav, sustav zdravstvenog osiguranja, sustav zdravstvenih usluga i socijalizirani zdravstveni sustav (Claus, 2009.). Kasnije, 1980-ih, razmatrane su jednostavnije tipologije prema dimenziji na „temelju prava” i „ulozi države” zdravstvenog sustava koje uključuju stupanj financiranja, pružanja i reguliranja zdravstvenih usluga. Claus (2009.) također objašnjava da se šira klasifikacija temeljena na potencijalnom rasponu varijacija pojavljuje tijekom vremena tako da je formirano još 27 različitih tipova zdravstvenog sustava koji su kategorizirani prema idealnom tipu, mješovitom tipu i čistom mješovitom tipu. Njemačku, na primjer, može se okarakterizirati regulacijom i financiranjem koja se pretežno temelji na socijalnom osiguranju u kombinaciji s visokim i sve većim udjelom pružanja privatne zdravstvene skrbi, dok skandinavske zemlje predstavljaju idealan tip državnih zdravstvenih sustava (Claus, 2009.). Država se također može mijenjati iz jednog zdravstvenog sustava u

drugi ili reformirati iz različitih razloga. Tržište zdravstvene skrbi je dinamično i podložno je promjenama kada je to potrebno. Dakle, iako različita država ima drugačiji zdravstveni sustav ili tržište, ali uloga je gotovo uvijek osigurati da je zdravstvena skrb u ispravnom stanju kako bi je ljudi koristili u određenom trenutku.

Zdravstvena zaštita se ne razlikuje od ostalih dobara u smislu da je, kao i druge robe, oskudna, te stoga zahtijeva raspodjelu i institucije da organiziraju njezinu dodjelu. Od kraja 1950-ih, ekonomisti su počeli usmjeravati svoju pozornost na pitanja koja se tiču raspodjele sredstava namijenjenih prevenciji, liječenju i ublažavanju bolesti, definirajući tako proizvod ili dobro zdravstvene ustanove jednako općenito kao i vrste usluga koje se pružaju od strane liječnika, medicinskih sestara i/ili bolnica (Culyer, 1971.). Nema sumnje da zdravstvena skrb nije ravnopravna drugim gospodarskim dobrima kao što je hrana, već je sličnija drugim uslugama poput obrazovanja, koje su uključivale usluge i koje se često javno pružaju budući da postoji uključenost u proizvodni proces i element potrošnje pojedinca (Culyer, 1971.) Dakle, zdravstvo se može klasificirati kao tercijarni sektor ili nematerijalno dobro. Problem je, međutim, uključen u odvajanje potrošnje, ulaganja i znatnih troškova koji dovode do velikih distribucijskih problema, pa je to vjerojatno jedinstveno za koje se odnosi na zdravstvenu skrb u usporedbi s drugim proizvodima ili uslugama.

Državna intervencija igra važnu ključnu ulogu, bilo izravno ili neizravno prema tržišnom neuspjehu na tržištu zdravstvene skrbi. Ti se čimbenici mogu promatrati kao dva spektra, ili „uzroka” ili „reakcije” prema obilježju tržišnog neuspjeha temeljenog na dostatnosti i učinkovitosti. Dostatnost se uspostavlja kada dobici od vladine intervencije nadmašuju opasnosti tržišnog neuspjeha (Richard, 1999.). Kako bi to postigla, država implicira porezne subvencije koje mogu nadoknaditi eksterne učinke neke vrste koji utječu na tržište zdravstvene skrbi. Pretpostavlja se da je tržišni neuspjeh nužan uvjet za učinkovitu intervenciju (Richard, 1999.). Dakle, vlada može intervenirati na različite načine, uključujući, ali ne ograničavajući se na poreze, subvencije i regulaciju.

U mnogim zemljama (npr. u SAD-u, Rusiji, Nizozemskoj, Ujedinjenom Kraljevstvu, Izraelu i Novom Zelandu) reforme se provode ili su ih predložile njihove vlade kako bi zdravstveni sustav učinili konkurentnijim (Wyanand, 1994.). Državna reforma je vrlo korisna na način da promiče rast tržišta zdravstvene skrbi i smatra se još jednom vrstom državne intervencije na tržištu zdravstva. Drugi aspekt kao što je barijera također igra važan aspekt. U sustavima javnog zdravstva, vlasti mogu uvesti prepreke u liječenju kako bi se smanjile razlike u praksi među liječnicima i ograničila potražnja koju potaknu dobavljači (Connolly, 2011.). Tako reformacija,

prepreka ulasku na tržište i gospodarstvo zemlje mogu u određenoj mjeri reagirati na tržište zdravstva.

Možda najrasprostranjeniji utjecaj vlade na pružanje zdravstvenih usluga u većini nacija je regulacija. Postoje mnoge vrste zdravstvenih propisa, a to su: objekti, troškovi, kvaliteta i lijekovi. Vlade pokušavaju neizravno utjecati na pružanje zdravstvene skrbi pružanjem financijske potpore za određene aktivnosti i izravno pokušavaju premjestiti resurse u zdravstvenoj industriji. Jedan od takvih pokušaja je regulacija “zdravstvenih ustanova i sveobuhvatnijeg planiranja zdravstvenih potreba zajednica” (Peter, 1988.). Drugi regulatorni uređaj je kontrola troškova u smislu stvaranja većine troškova koje plaća treća strana, kao što je “Blue Cross, Medicare ili Medicaid” u američkom zdravstvenom sustavu (Peter, 1988.). Na primjer, regulacija kvalitete zdravstvene skrbi još je jedno područje intervencije vlade SAD-a u provedbi zdravstvene politike. Glavni javni instrumenti koji se koriste za reguliranje kvalitete medicinske skrbi su Organizacije za reviziju profesionalnih standarda. Te su organizacije djelomično osmišljene za praćenje troškova usluga koje se pružaju pacijentima Medicare, ali su se nužno uključile u pitanje prikladnosti. Nadalje, američka vlada i druge nacije duboko su uključene u regulaciju farmaceutske industrije i kontrolu tvari u hrani i vodi koje su potencijalno štetne za zdravlje.

Također treba spomenuti i Zakon o zaštiti pacijenata i pristupačnoj skrbi, koji se obično naziva "Obama Care", u ono vrijeme revolucionarnu reformu zdravstvene skrbi koja je donesena tijekom zakonodavne vlasti američkog predsjednika Baracka Obame 2010. godine. Osnovna ideja koja stoji iza ove reforme bila je omogućiti svim Amerikancima financijski pristupačan pristup zdravstvenom sustavu. Središnji cilj ovog zakona stoga je jasno smanjenje neosigurane skupine ljudi (Schölkopf, Pressel). Od 2015. neosigurane osobe koje ne podliježu izuzeću moraju platiti kaznu američkoj vladi. Ova mjera namijenjena je osiguravanju ispunjavanja obveze osiguranja i općenito je usmjerena na one osobe koje bi si mogle priuštiti zdravstveno osiguranje, ali to još uvijek nemaju.

Američki zdravstveni sustav prije se smatrao idealnim tipom privatnog zdravstvenog sustava (tržišni model). Sada postoje državni propisi i programi osiguranja za određene skupine stanovništva, zbog čega se danas govori o privatnom mješovitom tipu (Pöttler, 2014.). Zdravstvene nejednakosti u Sjedinjenim Državama najvećim su dijelom rezultat nejednake raspodjele dobara, resursa, usluga i moći. To postavlja pitanje mogu li se nejednakosti u zdravlju smanjiti ili čak eliminirati optimizacijom ovih čimbenika. Jedan od razloga zdravstvene nejednakosti jest i ostaje nedostatak pristupa određenim skupinama ljudi

odgovarajućoj zdravstvenoj skrbi (Green i sur. 2005.). Općenito, za državnu intervenciju se kaže da je korisna u smislu oporezivanja, subvencija, regulacije, reformiranja i barijere ulasku na tržište kako bi se kontrolirao tržišni neuspjeh, ali ponekad ne mora uvijek dati pozitivnu implikaciju na tržište zdravstvene zaštite, bilo izravno ili neizravno.

2.2. Modeli financiranja zdravstvenog sustava

Zdravstveni sustav većine zemalja može se općenito opisati jednim od sljedeća tri modela:

1. Nacionalni zdravstveni model: također poznat kao Beveridgeov model karakterizira univerzalna zdravstvena zaštita svih građana od strane središnje vlade. Financira se kroz opće porezne prihode. Pružatelji skrbi su ili u vlasništvu ili pod kontrolom središnjih i regionalnih vlada. Distribuciju usluga i plaćanja davateljima nadziru vlade. Primjeri nacionalnog zdravstvenog modela uključuju Dansku, Irsku, Novi Zeland i Veliku Britaniju (McPake i sur., 2002.). Nacionalni zdravstveni model dobio je ime po Williamu Beveridgeu, ministru zdravlja od Winston Churchilla. Beveridgeov ured razvio je koncept nacionalnog programa zdravstvenog osiguranja koji je postao operativan 1948. Podržao je univerzalno pokriće koje se financiralo putem oporezivanja i uz državno vlasništvo pružanja većine zdravstvenih usluga (Reid, 2009.).

2. Model socijalnog osiguranja: također poznat kao Bismarckov model a karakterizira ga obvezno pokriće koje se financira od strane poslodavaca te individualnih i privatnih fondova osiguranja. Čimbenici proizvodnje su pod kontrolom i u vlasništvu državnih ili privatnih subjekata. Naziva se i osiguranjem na temelju poreza a financiranje potječe od poreza na zapošljavanje i drži se u posebnim fondovima za nacionalni zdravstveni program. Primjeri modela socijalnog osiguranja su Austrija, Belgija, Francuska, Njemačka, Luksemburg i Nizozemska (Reid, 2009.). Socijalno osiguranje obično uključuje elemente sustava financiranja temeljenog na porezu. Nazvan po pruskom kancelaru Ottu von Bismarcku, Bismarckov model bio je konstrukt socijalne skrbi koji datira iz kasnih 1800-ih i pokriva nesreće, bolesti, invaliditet i mirovinu za radno stanovništvo. Bismarckov model temeljio se na plaćenom radu te je uvelike utjecao na razvoj socijalnog zdravstvenog osiguranja u Italiji, Francuskoj i Švedskoj (Reid, 2009.).

3. Model privatnog osiguranja: Ovaj model karakterizira zaposlenje ili pojedinačna kupnja privatnog zdravstvenog osiguranja financiranog iz doprinosa pojedinca i poslodavca . Pružanje

usluga i financiranje su u vlasništvu kojima upravljaju privatni subjekti koji djeluju u otvorenom tržišnom gospodarstvu. Primjeri privatnog modela osiguranja uključuju Švicarsku i Sjedinjene Američke Države (McPake i sur. 2002.). Privatno osiguranje postoji u većini zemalja, međutim, njegova se primjena prvenstveno odnosi na dopunsko pokrivanje za osobe koje nisu obuhvaćene nacionalnim planom ili za specifične usluge isključene iz nacionalnog plana (Saltman, 1997.). Budući da većina nacionalnih zdravstvenih planova nudi sveobuhvatno pokrivanje bez troškova na mjestu ulaska, mala je potreba za privatnim osiguranjem. Primjerice, u Švedskoj samo 2,5% građana koristi privatno zdravstveno osiguranje (Flood i sur., 2010.).

Četiri su ključna izvora sredstava za financiranje zdravstva: oporezivanje, uplata doprinosa u fondove socijalnog osiguranja, dobrovoljna kupovina privatnog osiguranja te „plaćanja iz džepa“. Ova četiri izvora mogu se klasificirati kao obvezno ili socijalno osiguranje, zakonsko ili porezno te dobrovoljno ili privatno osiguranje (Saltman i sur., 1997.). U osnovi postoje dvije glavne vrste javnog zdravstvenog sustava u Europi nadahnutog Beveridgeovim i Bismarckovim modelom: nacionalno zdravstveno osiguranje, financirano općim porezima i sustavi socijalnog osiguranja, koji se financiraju iz doprinosa na plaće.

U Europi nacionalni zdravstveni sustavi prevladavaju na sjeveru, jugu i zapadu (Danska, Švedska i Ujedinjeno Kraljevstvo, Italija i Grčka, Španjolska i Portugal), dok sustavi socijalnog osiguranja u središtu (Francuska, Njemačka i Austrija) (Freeman, 1998.). Njemačka, Francuska, Italija, Švicarska i Velika Britanija imaju univerzalnu pokrivenost. U tim zemljama središnja vlada prikuplja poreze i raspodjeljuje sredstva pružateljima usluga putem mreže vladinih ureda. Sustavi socijalnog osiguranja upravljaju financijskim sredstvima kroz mrežu fondova zdravstvenog osiguranja koji su neovisna tijela koja djeluju sa svojim vlastitim upravljanjem, proračunom i pravnim statusom. Ovaj aranžman djelomično drži sredstva za zdravstveno osiguranje odvojena od kontrole opće države i spajaju se s općim poreznim prihodima (Saltman, 1997.). Niti jedan zdravstveni sustav koji se pretežno financira iz socijalnog osiguranja nema potpuno univerzalnu pokrivenost.

Sudjelovanje je vezano uz doprinose, obično kroz zaposlenje. Većina zemalja pokriva gotovo cjelokupnu populaciju putem zakonskog osiguranja ili kombinacijom zakonskog i privatnog osiguranja (Saltman, 1997.). Zdravstveni sustavi koji se financiraju pretežno putem obveznog zdravstvenog osiguranja obilježeni su raznolikošću njihovih aranžmana. Njemačka je primjer financiranja socijalnog zdravstvenog osiguranja pri čemu privatno zdravstveno osiguranje pokriva bogatije skupine.

2.3. Usporedba financiranja zdravstvenih sustava u svijetu

Tijekom sovjetske ere, javno financiranje je uglavnom bio jedini izvor financiranja zdravstva. Javni izvori za zdravstvenu zaštitu crpili su se iz širokog spektra poreza, dok su participacije za pacijente postojale samo za ograničen broj usluga, kao što su rehabilitacijske usluge ili neki farmaceutski proizvodi te za ambulantnu skrb (Ahmedov, Azimov i sur., 2007.). Mehanizmi plaćanja pružatelja temeljili su se na normama temeljenim na ulaznim podacima formuliranim u stroge proračune po stawkama koji odražavaju povijesne obrasce. Što je bolnica imala više kreveta i što je više radnih mjesta bilo dopušteno, bile su glavne odrednice za izdvajanje većeg proračuna. Međutim, u posljednjem desetljeću zemlje koje su postale neovisne od Sovjetskog Saveza doživjele su velike promjene u naslijeđenom sovjetskom modelu zdravstvene skrbi. Temeljno načelo univerzalnosti ostaje, ali koegzistira s novim sustavima financiranja i isporuke te rastućim plaćanjima iz vlastitog džepa (Balabanova, McKee i sur., 2004.).

U Velikoj Britaniji gotovo deset posto (9,8%) bruto domaćeg proizvoda trenutačno se (od 2015.) troši na ukupne zdravstvene izdatke (javne i privatne). Ova vrijednost je otprilike u skladu s prosjekom za zemlje OECD4 (9%). Izdaci za zdravstvo kao postotak BDP-a gotovo su se udvostručili od sredine 1990-ih (6,6%). Ista stopa rasta vidljiva je i u apsolutnim izdacima za zdravstvo: u Velikoj Britaniji je, primjerice, 2015. za zdravstvo potrošeno nešto više od 3000 eura po stanovniku. Ove vrijednosti su nešto iznad OECD prosjeka.

Albanija je 1995. osnovala Zavod za zdravstveno osiguranje (HII) kao nacionalno statutarno tijelo kako bi osigurala dodatni izvor financiranja zdravstvene zaštite (Nuri, 2002.). Reforme financiranja zdravstva u Armeniji bile su usmjerene na diverzifikaciju tokova prihoda za zdravstvene sustave i povezivanje financiranja zdravstvenog sustava s kvalitetom i obujmom pružene skrbi (Hakobyan, Nazaretyan i sur., 2006.). Proces reforme iz 1995. u Gruziji zamijenio je zdravstveni sustav koji je u potpunosti financiran porezima modelom socijalnog osiguranja koji je vodio posebno stvoreno državno zdravstveno osiguranje (Gamkrelidze, Atun i sur., 2002.).

Godine 1997. u Kirgistanu su pokrenute brojne reforme koje su utjecale na organizaciju zdravstvenog sustava. Konkretno, uspostavljen je Fond obveznog zdravstvenog osiguranja (Tablica 3.), zajedno s novim mehanizmima raspodjele sredstava (Ibraimova, Akkazieva i sur., 2011.). Zdravstveni sustav Republike Moldavije organiziran je prema načelima univerzalnog pristupa osnovnim zdravstvenim uslugama, pravednosti i solidarnosti u financiranju zdravstvenog sustava – financira se od strane države i pojedinaca putem obveznog zdravstvenog osiguranja (Turcanu, Domete i sur., 2012.). Reforma financiranja zdravstva u Tadžikistanu

započela je 2005. Fokus je bio na diverzifikaciji izvora financiranja kroz uvođenje formalnih participacija, definiranje zajamčenog paketa zdravstvenih usluga kako bi se obveze za besplatnu zdravstvenu skrb uskladile s dostupnim resursima i uvođenjem potreba i aktivnosti stanovništva (Khodjamurodov, Rechel, 2010.).

U Ukrajini, za razliku od mnogih drugih područja gospodarstva, financiranje zdravstvenog sustava u biti je zadržalo sovjetski sustav pristupa koji se temelji na porezima. Službeno, Ukrajina ima sveobuhvatan zajamčeni paket zdravstvenih usluga koje se pružaju besplatno na mjestu korištenja kao ustavno pravo, no korisničke naknade se široko naplaćuju u ukrajinskom zdravstvenom sustavu. Najveći dio financiranja zdravstva dolazi iz prihoda opće države prikupljenih putem oporezivanja (porezi na dodanu vrijednost, porezi na dohodak od poslovanja, međunarodna trgovina i trošarine). Porez na dohodak nije značajan doprinos ukupnim potrebnim prihodima. „Plaćanja iz džepa“ čine značajan udio u ukupnim zdravstvenim izdacima, a također postoje neki ograničeni programi dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (VHI) (Lekhan, Ruidiy i sur., 2010.)

Nakon raspada, uzbekistanski zdravstveni sustav zadržao je javno financiranje temeljeno na porezima kao primarni izvor financiranja zdravstvenog sustava, iako su postupno uvedeni drugi mehanizmi financiranja zdravstva. S reformama javnog sektora i pojavom privatnog sektora, „plaćanje iz džepa“ postalo je uobičajena praksa zdravstvenog sustava (Ahmedov, Azimov i sur., 2007.).

Švedski nacionalni zdravstveni sustav financira se putem oporezivanja i njime upravlja Švedska parlamentarna komisija za prioritete koja je razvila smjernice za pružanje skrbi temeljene na nacionalnom kodeksu u pogledu uloge vlade u društvu. Načela uključuju koncept da bi sve osobe trebale dobiti razmatranje za zdravstvene usluge na temelju potrebe i sposobnosti za samozastupanje. Pružanje zdravstvenih usluga pridržava se načela isplativosti (Flood, 2010.).

Njemački zdravstveni sustav temelji se na socijalnom osiguranju odnosno Bismarckovom modelu. Zakonski propisani bolnički fondovi i privatno osiguranje pokrivaju cjelokupno stanovništvo. Plaćanja od strane poslodavaca i zaposlenika financiraju te fondove za bolovanje, a sudjelovanje je obvezno. Za samozaposlene osobe postoji privatno osiguranje a mrežu pružatelja čine neovisni privatni subjekti. Kontrola nad financijskim resursima i rashodima za zdravstvenu njegu je fragmentirana jer njemačka središnja vlada nije odgovorna za upravljanje zdravstvenim rashodima. Financijama upravljaju bolnički fondovi, a njihova djelatnost regulirana je zakonom, što jamči stabilnost postojećeg zdravstvenog sustava i nudi sigurnosnu

mrežu najugroženijim populacijama. Plaćanja pružateljima dogovaraju se između bolničkih fondova i pružatelja usluga, a ne između pacijenata i pružatelja usluga. A građani sami biraju svoje pružatelje usluga (Simonet, 2010.).

Talijansko zdravstvo je nacionalni zdravstveni sustav koji slijedi model Beveridgea. Omogućuje univerzalnu zdravstvenu zaštitu u cijeloj središnjoj vladi kao jedinstveni obveznik. Talijanski NHS, za razliku od Beveridgeova modela s centralnom kontrolom, decentraliziran je i upravlja administrativnim i financijskim procesima putem mreže agencija. Uz središnju vladu postoji 20 regionalnih ministarstava i oko 600 lokalnih zdravstvenih agencija odgovornih za pružanje zdravstvene zaštite (Simonet, 2010.). Središnja vlada ima ukupnu odgovornost za NHS da osigura ujednačene i osnovne razine zdravstvenih usluga u cijeloj zemlji. Svi građani imaju jednak pristup osnovnim zdravstvenim uslugama. Osnovne zdravstvene usluge se pružaju besplatno ili uz minimalnu naplatu (Maio, Manzoli, 2002.).

Tablica 1. Osnovna analiza pokazatelja razvijenosti iz zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj

Zemlja	Broj stanovnika	BDP	Potrošnja za zdravstvo
Hrvatska	4.047	55.967	2.014
Slovačka	5.458.827	104.574	2.189
Njemačka	83.240.525	3.806	6.731
Austrija	8.917,21	428.965	5.899

Izvor: izrada autora prema podacima WTO i OECD, 2021.

Tablica 1. vidljivo prikazuje kako Njemačka itekako po svim navedenim pokazateljima prednjači od ostalih navedenih zemalja. Naime, Njemačka ima BDP po stanovniku za 2020. godinu 3,8 bilijuna američkih dolara, u 2020. godini zabilježeno je 83.240.525 stanovnika u Njemačko dok za potrošnju u zdravstvu izdvajaju 6.731 američkih dolara. Nažalost, po navedenim pokazateljima Hrvatska je najlošija, no usporedimo li je sa Slovačkom situacija i nije toliko loša s obzirom da Slovačka ima gotovo duplo veći BDP po stanovniku od Hrvatske, a podjednako izdvajaju za zdravstvenu potrošnju.

Financiranje zdravstvenog sustava u SAD-u visoko je decentralizirano, pri čemu privatna kućanstva pokrivaju oko polovicu (47,2%) ukupnih izdataka za zdravstvo (Graf von Schulenburg, Greiner). U SAD-u država ima izrazito slabu ulogu u pogledu javnog financiranja. Izdaci za javno zdravstvo čine 48,2 posto ukupnih izdataka (Schölkopf, Pressel, 2017.). U Sjedinjenim Američkim Državama, premije privatnog zdravstvenog osiguranja financiraju više

od trećine (34,9%) svih izdataka za zdravstvenu skrb. Osim toga, oko 12,3 posto svih rashoda za zdravstvo financira se u obliku privatnih participacija ili osobnih doprinosa (Schölkopf, Pressel, 2017.). U međunarodnoj usporedbi, SAD ima najskuplji zdravstveni sustav: 2015. potrošeno je ukupno 3273 milijarde dolara, što odgovara gotovo 17 posto (16,9 %) BDP-a. Slična se slika pojavljuje kada se uzme u obzir izdatak za zdravstvo po stanovniku: u 2015. godini iznosio je gotovo 9500 američkih dolara i stoga je SAD u vrhu svih zapadnih industrijaliziranih zemalja (Schölkopf, Pressel, 2017.) .

U Austriji se uz zakonsko socijalno osiguranje dodatno financira i javni sektor. Oko 44,8 posto trenutnih rashoda za zdravstvo financira se kroz doprinose za obvezno zdravstveno osiguranje, daljnjih 31,3 posto iz općih poreza i oko 18 posto iz odbitaka i participacija privatnih kućanstava (OECD/Europski opservatorij za zdravstvene sustave i politike 2017.) . Ostatak financiraju privatna dopunska osiguranja, poslodavci koji pružaju usluge medicine rada i privatne organizacije.

3. OBILJEŽJA COVID-19 PANDEMIJE

COVID-19 se pojavio u gradu Wuhanu u Kini oko datuma 31. prosinca 2019. Situacija je postala kritična zbog brojnih zaraženih slučajeva na “Huanan Seafood Market” (Aljazeera, 2020). Kineska vlada je dokumentirala slučajeve bolesti koje su imale simptome 6 poput upale pluća, ali priroda virusa je još uvijek bila nepoznata. Broj slučajeva se povećao na 40-ak u rasponu od trideset dana. Ovaj virus je imao povijest u Kini poznat kao SARS bolest i odnio je živote oko 770 ljudi još 2002. i 2003. godine. Virus se pokazuje kao respiratorni poremećaj i njegovo inkubacijsko razdoblje je 2 do 14 dana (Lauer i sur., 2020.). Simptomi mogu biti suhi kašalj, groznica, kratkoća daha, gubitak osjetila mirisa i okusa u nekim slučajevima i mnogi drugi. Koronavirus, ovisno o trenutnom soju, se prenosi i širi velikom brzinom a posebno u slučajevima tjelesnog kontakta, te provođenja više od petnaestak minuta u istoj prostoriji sa zaraženim (Krisinformation, 2020.).

Ljudi koji već boluju od respiratornih poremećaja i starije osobe uglavnom su ciljna skupina virusa. Budući da na početku pandemije nije bilo dovoljno cjepiva, samo se zaraženim pacijentima davao potporni tretmani koji spašavaju život. Cijeli svijet surađivao je s međunarodnim medicinskim timovima kako bi razvili tretmane i cjepivo protiv virusa koji je uzrokovao probleme diljem svijeta. Pojava pandemije je dovela do stanja gašenja u poslovnom i privatnom smislu. Poduzimale su se preventivne mjere i ljudi su ostajali kod kuće koliko god su mogli. Škole su na nekim mjestima bile prešle na online tečajeve, a subotnje večeri su u većini slučajeva bile filmske večeri kod kuće. Okupljanja su zamijenjena provođenjem više vremena na društvenim medijima (Snowden, 2020.).

Steven Taylor u svojoj knjizi psihologija rizika predviđa da bi svijet u nadolazećim godinama mogao doživjeti novu pandemiju i koja bi mogla imati još razornije posljedice. Jedini fokus je na tome kako eliminirati ovu prijetnju ili kako formulirati cjepiva koja su od pomoći u cijepljenju ljudi. No, potpuno se zanemaruje jedan aspekt, a to je “ponašanje ljudi” koje je najviše odgovorno za širenje ili prevenciju određene bolesti. Očito je da su ljudi odgovorni za pogoršanje situacije ponekad zbog straha ili tjeskobe ili zbog emocionalne nevolje (Taylor, 2019.). U ovom kritičnom vremenu društvenih i emocionalnih nevolja, društveni mediji igraju ključnu ulogu jer informiraju ljude, kako i na koji način mogu biti zauzeti u karanteni. Da društvene mreže nisu bile prisutne, mladi bi bili pod stresom kod kuće radi napuštanja užurbanog života koji su živjeli.

Danas svijet kreće iznova, ostavljajući iza sebe tragediju COVID-19 i kreće naprijed u eru tehnologije i trgovine. Gledajući unatrag, vidimo da su povećana urbanizacija, rastuća populacija te velike poslovne i društvene aktivnosti između zemalja i geografskih područja odigrale vrlo važnu ulogu u širenju bolesti COVID-19 (Owen, Jarus, 2020.). Povijesno gledano, svijet se uspješno suočio s ozbiljnim epidemijama poput malarije, malih boginja, gripe, kolere, žute groznice, gube, ebole, svinjske gripe itd. Trenutno, bez obzira što je svijet toliko napredovao, ipak postoje neke anomalije u ljudskoj civilizaciji. Kao što su ljudi postali toliko sofisticirani da se otvaraju raznim zanatima, različitim eko sustavima, populacijama i postaju znatizeljniji. Kao rezultat toga, postali su osjetljiviji na zarazu čudnim bolestima i to je utrlo put prema širenju najnovije i po život opasne pandemije COVID-19. Srećom, kako vrijeme napreduje, ova pandemija COVID-19 počela je postajati dio povijesnih knjiga (Walsh, 2020.). U seriji borbe s COVID-19, veliko priznanje sustavima javnog zdravstva čija su strategija i napori odigrali vrlo učinkovitu ulogu u cijelom svijetu u smanjenju broja smrtnih slučajeva. Od 27. svibnja, prema WHO-u, COVID-19 je izazvao više kaosa nego prirodne katastrofe poput vulkanskih erupcija, uragana i potresa ili čak rata. (Simonsen i sur., 2013.).

3.1. Predpandemijski i pandemijski interval

Pandemija je globalna epidemija bolesti. Radi se o pandemiji gripe koja nastaje kada se pojavi novi virus gripe za koji ljudi imaju slab ili nikakav imunitet i za koji ne postoji cjepivo. Bolest se lako širi s osobe na osobu, uzrokuje ozbiljne bolesti i može se proširiti diljem zemlje i svijeta u vrlo kratkom vremenu. U svim dosadašnjim pandemijama, epidemija se proširila svijetom u roku od godinu dana od prvog otkrivanja. S povećanjem globalnog prometa, kao i urbanizacijom i uvjetima prenaseljenosti u nekim područjima, epidemije zbog novog virusa gripe vjerojatno će zavladatai diljem svijeta i postati pandemija brže nego prije. Pandemije mogu biti blage ili teške u pogledu bolesti i smrti koju uzrokuju, a težina pandemije može se promijeniti tijekom te pandemije.

WHO dijeli izbivanje pandemije u šest pandemijskih faza. Samo posljednja faza, koja se naziva faza pandemije, je ona u kojoj se pandemija proglašava. To je slučaj kada su najmanje dvije od šest regija zahvaćene izbivanjem infekcije. U tu svrhu, WHO dijeli svijet na sljedećih šest regija: Afrika, Amerika, Jugoistočna Azija, Europa, regije istočnog Mediterana te regije Zapadnog Pacifika. U prosincu 2019. prvi teški slučajevi upale pluća pojavili su se u Wuhanu u Kini. U to vrijeme još se nije znalo koji je uzročnik bolesti uzrokovao. Dana 31. prosinca 2019. godine

bilo je već više od 200 slučajeva, a SZO je prvi put obaviješten o nepoznatoj zaraznoj bolesti. Kao rezultat toga, 7. siječnja 2020. SZO je identificirala novu vrstu koronavirusa kao patogena, koja je privremeno nazvana "2019-nCoV". (WHO, 2020.)

Dana 13. siječnja, na Tajlandu je potvrđen prvi slučaj 2019-nCoV izvan Kine. Onda 23. siječnja prvi slučaj izvan Azije, u SAD-u. Konačno, Francuska je 24. siječnja prijavila prvi slučaj s kojim je koronavirus stigao u Europu te se odatle širenje brzo razvijalo. Prva osoba pozitivna na virus bila je u Austriji 25. siječnja, u Njemačkoj i Italiji 28. siječnja, u Španjolskoj 31. siječnja te 25. veljače i u Hrvatskoj. Dana 11. veljače 2020. virus je konačno preimenovan u SARS-CoV-2, a pridružena bolest dobila je naziv COVID-19. Infekcije sada zahvaćaju sve kontinente osim Antarktiku (WHO, 2020.). Europski centar za prevenciju i kontrolu bolesti klasificirao je trenutačnu situaciju na sljedeći način: „da se rizik prekoračenja kapaciteta zdravstvenog i socijalnog sustava u EU/EEA i UK-u u narednim tjednima smatra visokim uz mjere ublažavanja u mjesto i vrlo visoka ako se ne poduzmu dovoljne mjere ublažavanja.” Rizik da će trenutna pandemija COVID-19 preplaviti društveni i zdravstveni sustav je visok i vrlo visok ako se poduzmu nedostatne mjere za suzbijanje virusa (Europski centar za prevenciju bolesti i Kontrola, 2020.). To također znači i veću stopu smrtnosti ako svi bolesni ljudi nemaju pristup medicinskoj skrbi koja im je potrebna. Stoga su hitno potrebne mjere potpore za zdravstveni sektor.

Posljednje tri godine iziskivale su neviđene globalne napore za razumijevanje SARS-CoV-2 i bolesti za koju je odgovoran COVID-19. Kada je SARS-CoV-1 prvi put identificiran kod ljudi 2002. godine, genomsko sekvenciranje virusa trajalo je nekoliko mjeseci (Wang i sur., 2003.). Tehnološki napredak od tada je omogućio mapiranje SARS-CoV-2 u roku od nekoliko tjedana od prvog priznatog slučaja (Zhao i sur., 2020.). Mjesecima kasnije, ove genetske informacije omogućile su sofisticirano praćenje prijenosnih lanaca, omogućujući istraživačima da shvate da je posebno zarazna varijanta virusa sada postala globalno dominantna (Korber i sur., 2020.). COVID-19 je u početku bio proglašen respiratornom bolešću, uzrokujući karakteristična zamućenja brušenog stakla na snimkama prsa. Od tada se pokazalo da bolest zahvaća i krvne žile, što dovodi do karakterističnih vaskularnih značajki kao što su ozljeda endotela, angiogeneza i raširena tromboza (Ackermann i sur., 2020.). Dakle, SARS-CoV-2 treba smatrati više od respiratornog virusa. Daljnje studije temeljene na obdukciji ukazale su na nekoliko drugih ekstrapulmonalnih manifestacija koje utječu na gastrointestinalni, neurološki, bubrežni i kardiovaskularni sustav (Gupta i sur., 2020.). Do 12. siječnja 2021. Svjetska zdravstvena

organizacija (WHO) izvijestila je o više od 88 milijuna laboratorijski potvrđenih slučajeva COVID-19 i više od 1,8 milijuna smrtnih slučajeva (WHO, 2020.).

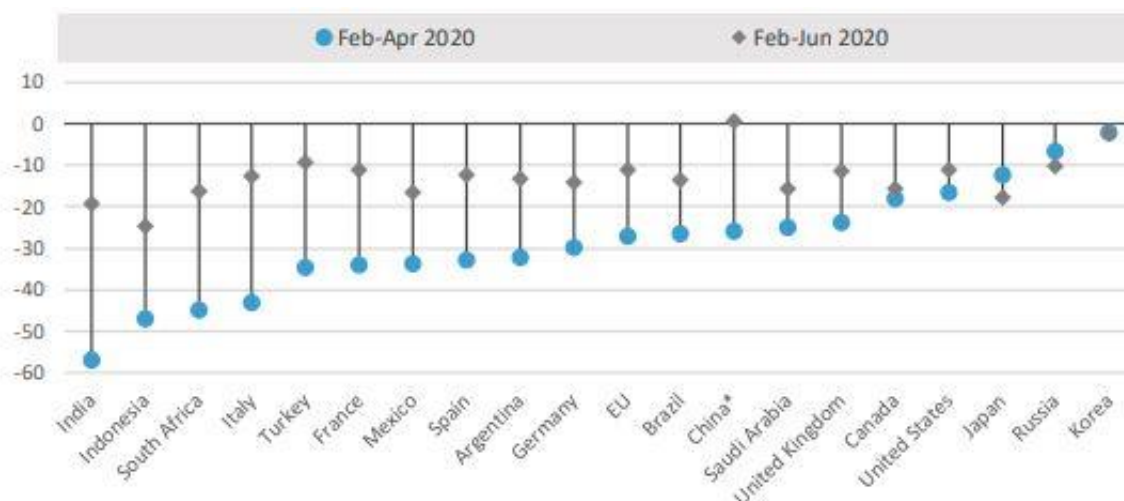
3.2. Utjecaj na ekonomske sustave zemalja i svijeta

Recesija COVID-19 velika je globalna ekonomska kriza koja je u nekim zemljama uzrokovala recesiju, a u drugima depresiju. "Ekonomska kriza započela je zbog ekonomskih posljedica tekuće pandemije COVID-19. Prvi glavni znak recesije bio je kolaps tržišta tijekom pada burze 2020. godine, koji je započeo krajem veljače i trajao do ožujka."(Hawkins, 2020.) Od rujna 2020., svako napredno gospodarstvo je u recesiji ili depresiji, dok su sva gospodarstva u usponu u recesiji. "Modeliranje Svjetske banke sugerira da se u nekim regijama potpuni oporavak neće postići do 2025. ili kasnije"(Greiff, 2020.). Pandemija COVID-19 dovela je do toga da je više od trećine svjetske populacije stavljeno pod blokadu kako bi se zaustavilo širenje COVID-19. To je prouzročilo ozbiljne posljedice za gospodarstva širom svijeta, uslijedivši ubrzo nakon globalnog gospodarskog usporavanja tijekom 2019. godine, koje je zabilježilo stagnaciju tržišta dionica i potrošačke aktivnosti širom svijeta"(Cox, 2020.). Ova recesija zabilježila je neobično visok i brz porast nezaposlenosti u mnogim zemljama.

Na globalnom tržištu se dogodio neočekivani šok koji je rezultirao negativno na odnos ponude i potražnje te je zbog toga bilo potrebno izraditi poseban paket mjera i politika u području monetarne i fiskalne politike i zdravstvu. Od početka 2020. cijela zemlja se suočavala sa velikim promjenama koje utječu na svakodnevni način života i poslovanja. Iako rad od kuće očito utječu na mnoge vrste poslovanja, posebno na one koje pružaju osobne usluge (uključujući maloprodajne prodavaonice, restorane i hotele, mjesta za zabavu i muzeje, medicinske urede i salone ljepote), vladine mjere nisu jedini pritisak na ta poduzeća. One su se suočavale sa promjenama i gubitcima koje će morati nadoknaditi.

Utjecaj pandemije i mjera suzbijanja doveli su do ozbiljnog pada gospodarske aktivnosti jer mnogi ljudi nisu mogli ići na posao, a poduzeća više nisu mogla poslovati. Industrijska proizvodnja pala je u prosjeku za oko 28% u zemljama G20 u samo dva mjeseca između veljače i travnja 2020. (Slika 1). Veći padovi od između 40 i 60 posto zabilježeni su u Indiji, Indoneziji, Italiji i Južnoj Africi, a relativno mali padovi zabilježeni su u Koreji i Rusiji.

Slika 1. Industrijska proizvodnja ozbiljno je smanjena mjerama suzbijanja



Izvor: OECD, nacionalni izvori i IHS Markit Manufacturing PMI <https://www.pmi.spglobal.com/Public/Home/PressRelease/ddb01735bce34207a7b349f7ba9624df>

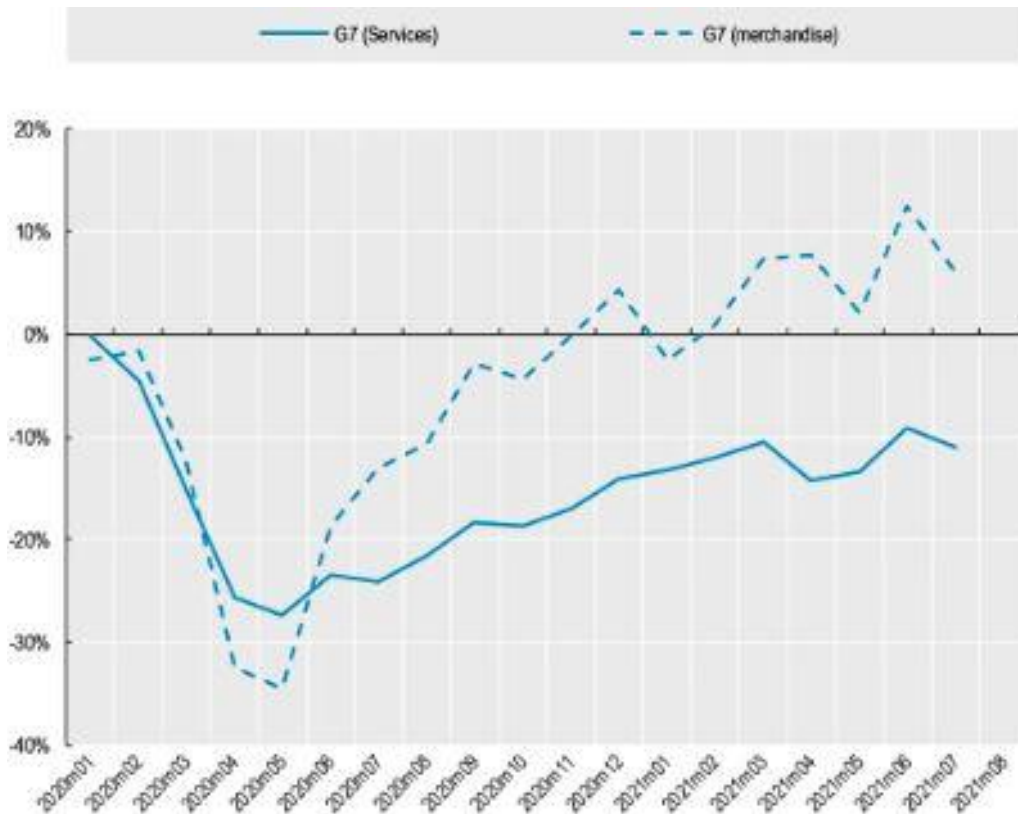
Podaci pokazuju da se pad aktivnosti dogodio u travnju u svim zemljama osim u Kini, gdje se dogodio u veljači. Međutim, unatoč oporavku aktivnosti, industrijska proizvodnja u lipnju 2020. ostala je znatno ispod razine prije krize, s izuzetkom Kine i Koreje.

Kako su se gospodarski učinci zadržali tijekom proljeća i ljeta 2020., gospodarski učinak proširio se kroz trgovinske i financijske veze na sve veću skupinu zemalja, tvrtki i kućanstava. "Ovi rastući ekonomski učinci potencijalno su povećali ograničenja likvidnosti i zaoštavanje kreditnog tržišta na globalnim financijskim tržištima jer su poduzeća gomilala gotovinu, s negativnim učincima na gospodarski rast. U isto vrijeme, financijska tržišta su u obzir uzela ono što su očekivali da će biti povećanje izdavanja državnih obveznica u Sjedinjenim Državama, Europi i drugdje, budući da su razine državnog duga rasle kako bi se podmirile obveze potrošnje tijekom očekivane ekonomske recesije i povećane fiskalne potrošnje za borbu protiv COVID-19. Za razliku od financijske krize 2008.- 2009., smanjena potražnja potrošača, problemi tržišta rada i smanjena razina aktivnosti među poduzećima, doveli su do problema s korporativnim kreditima i potencijalne nesolventnosti"(Congressional Research Service, 2021.).

Također treba spomenuti da je tijekom 2020. trgovina uslugama više pala i sporije se oporavljala od robne razmjene. Nije iznenađujuće da je trgovina uslugama putovanja i turizma

dramatično pala, ali je trgovina digitalno isporučnim uslugama, poput usluga telekomunikacija i informacijske tehnologije, doživjela procvat.

Slika 2. Vrijednost izvoza usluga u zemljama



Izvor: Izračuni OECD-a koji koriste podatke WTO-a u trenutnim USD

<https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/international-trade-during-the-covid-19-pandemic-big-shifts-and-uncertainty-d1131663/#figure-d1e95>

Na slici 2 se jasno vidi da je vrijednost izvoza usluga u zemljama OECD-a pala je u 2020. za -16,7%, dvostruko više od vrijednosti izvoza robe, koja je pala za -8,2%. To je također bio jedan od čimbenika koji je podupirao relativno velike prilagodbe u proizvodnji u odnosu na one u trgovini, budući da usluge čine veći udio u gospodarstvu od njihove težine u međunarodnoj trgovini.

Pandemija COVID-19, iako zdravstvena kriza, dosta štete je prouzročila svjetskoj ekonomiji.. Industrija civilnog zrakoplovstva jedna je od najteže pogođenih, a mnoge su zrakoplovne tvrtke bile primorane smanjiti svoje osoblje i do 90%. Ugostiteljstvo i turizam još je jedan sektor koji se suočavao s najvećim udarom COVID-19. Povijesni spomenici i mjesta koji donose prihod

zatvorili su svoja vrata zbog mjera socijalnog distanciranja kao što je bilo obvezno zatvaranje, što je utjecalo na gospodarstvo nekoliko nacija. Ovi i drugi zastoji su uvelike bili povećali nezaposlenost u većini zemalja te su čak i ugrozili upravljanje nekim od zemalja. Budući da se pandemija smirila te nije više u svom punom bijesu, ukupnu štetu moći ćemo procijeniti u vrlo brzom vremenu.

3.3. Mjere za suzbijanje štetnih učinaka

Europska unija (EU) je najveći međunarodni donator, osiguravajući oko 57% ukupne globalne razvojne pomoći, dok na nju otpada tek petina globalnog gospodarstva. EU je brzo reagirala kako bi pomogla LMIC-ovima u njihovom odgovoru na pandemiju COVID-19 (World Bank, 2020.) dodijelivši 15,6 milijardi EUR s naglaskom na Afriku (3,25 milijardi EUR). Identificirana su tri prioriteta područja: hitni odgovor; istraživački, zdravstveni i vodni sustavi za borbu protiv širenja koronavirusa; i rješavanje socio-ekonomskih posljedica krize izazvane COVID-19, uključujući, dugoročno gledano, podršku fazi oporavka (Bilal, 2020.).

Tim Europe” je još jedan odgovor EU-a na COVID-19 koji podržava najranjivije i najosjetljivije populacije u LMIC-ovima i konfliktnim zonama (Bilal, 2020.). Prvenstveno je usmjeren na neformalni sektor društva, s fokusom na Afriku. Europska komisija, Europska služba za vanjsko djelovanje, države članice EU-a i financijske institucije zajedno pokreću paket od 20 milijardi eura za borbu protiv pandemije COVID-19 i njezinih posljedica. Paket kombinira sredstva iz postojećih programa (11 milijardi eura) s potporom financijskih institucija kao što su Europska investicijska banka i Europska banka za obnovu i razvoj (5 milijardi eura), te iz država članica EU (4 milijarde eura).

Azijska razvojna banka (ADB) najavila je paket od 20 milijardi USD (u obliku zajmova, bespovratnih sredstava i tehničke pomoći) za rješavanje potreba svojih LMIC članica dok odgovaraju na COVID-19 (Asian Development Bank, 2020.). Do sada je predviđeno oko 4,6 milijardi dolara. Prioriteti uključuju zdravstvene i gospodarske mjere u rasponu od jačanja vladinih kapaciteta za uzbunjivanje i odgovor na rješavanje gospodarskog i financijskog utjecaja pandemije COVID-19 i potpore raznim vladinim mjerama usmjerenim na siromašne ljude i ranjive skupine pogođene COVID-19 kroz gubitak radnih mjesta i izvan - džepni troškovi zdravstvene zaštite. Jedanaest zemalja je već imalo koristi: Indonezija, Filipini i Indija trebale bi dobiti po 1,5 milijardi dolara svaka u državnim projektima (Asian Development Bank,

2020.). Azijska infrastrukturna investicijska banka (AIIB), čiji je najveći dioničar Narodna Republika Kina, stvorila je fond za oporavak od krize vrijedan 5 milijardi USD za podršku državama i tvrtkama tijekom pandemije COVID19. S nedavnom kapitalnom injekcijom, ovaj se program može prilagoditi lokalnim potrebama (Mulakala, Hongbo, 2020.).

Druge inicijative su znatno manje, ali ipak relevantne. Primjer za to je Europski institut za inovacije i tehnologiju (EIT). Staviti će na raspolaganje 60 milijuna eura za poduzetnike u okviru EIT-ove Inicijative za odgovor na krizu za potporu 44 zemlje (Izrael, Turska i 42 europske zemlje EU-a i izvan EU-a) (EIT, 2020.) u pokretanju novih inovacijskih projekata za rješavanje izazova povezanih s COVID-19. Za zdravstvo je namijenjeno ukupno 9,85 milijuna eura. Centar za globalni razvoj nedavno je objavio analizu o tome kako međunarodne razvojne agencije odgovaraju na krizu izazvanu COVID-19 (Gavas i sur., 2020.). U analizu je uključen apel SZO-a za procijenjenih 675 milijuna USD za Plan pripravnosti i odgovora na COVID-19, prema kojem su donatori obećali i predali oko 320 milijuna USD do danas. SZO također prati financiranje partnera i već je identificirala 7,4 milijarde eura namijenjenih za financiranje odgovora na COVID-19 od 79 donatora (Europska komisija, 2020.). Razvojne agencije oblikuju svoje pakete pomoći u skladu s prioritetima svoje vlade. Njemačko savezno ministarstvo za gospodarsku suradnju i razvoj (BMZ) financira hitni program potpore za COVID-19 vrijedan milijardu eura koji cilja na sedam područja, a na prvom je mjestu kontrola zdravlja i pandemije (200 milijuna eura) (Njemačko Ministarstvo, 2020.).

3.4. Posljedice na fizičko i mentalno zdravlje ljudi

Pandemija nije samo zdravstveni fenomen, ono utječe na pojedince i društvo te uzrokuje poremećaje, anksioznost, stres, stigmatu i ksenofobiju. Ponašanje pojedinca kao jedinice društva ili zajednice ima izražene učinke na dinamiku pandemije koja uključuje razinu ozbiljnosti, stupanj toka i posljedice (Moukaddam, Shah, 2020.). Brzi prijenos SARS-CoV-2 s čovjeka na čovjeka rezultirao je provođenjem regionalnih mjera izolacije kako bi se zaustavilo daljnje širenje bolesti. Izolacija, socijalno distanciranje i zatvaranje obrazovnih ustanova, radnih mjesta i zabavnih sadržaja prisilili su ljude da ostanu u svojim domovima kako bi pomogli u prekidu lanca prijenosa (Javed i sur., 2020.). Međutim, restriktivne mjere nedvojbeno su utjecale na socijalno i mentalno zdravlje pojedinaca iz cijelog svijeta (WHO, 2020.). Karantena i samoizolacija najvjerojatnije mogu imati negativan utjecaj na mentalno zdravlje. Recenzija objavljena u The Lancetu kaže da odvojenost od voljenih osoba, gubitak slobode, dosada i

neizvjesnost mogu uzrokovati pogoršanje mentalnog zdravlja pojedinca (Yao i sur., 2020.). Da bi se to prevladalo, potrebne su mjere na razini pojedinca i društva. U aktualnoj globalnoj situaciji i djeca i odrasli doživljavaju mješavinu emocija. Mogu se smjestiti u situaciju ili okruženje koje može biti novo i potencijalno može biti štetno za njihovo zdravlje (Mental Health Foundation, 2021.)

Također djeca, daleko od svoje škole, prijatelja i kolega, ostajući kod kuće mogu imati mnoga pitanja o epidemiji i traže odgovor prema roditeljima ili starateljima. Sva djeca i roditelji ne reagiraju na stres na isti način. Djeca mogu doživjeti tjeskobu, uznemirenost, društvenu izolaciju i nasilno okruženje koje može imati kratkoročne ili dugoročne učinke na njihovo mentalno zdravlje. Starije osobe sklonije su izbijanju COVID-19 zbog kliničkih i društvenih razloga kao što su slabiji imunološki sustav ili druga zdravstvena stanja te udaljavanje od obitelji i prijatelja zbog zauzetosti. Prema medicinskim stručnjacima, veća je vjerojatnost da će ljudi u dobi od 60 ili više godina dobiti SARS-CoV-2 i mogu razviti ozbiljno i po život opasno stanje čak i ako su dobrog zdravlja (Armitage, Nellums, 2020.). Fizičko distanciranje zbog epidemije COVID-19 može imati drastične negativne učinke na mentalno zdravlje starijih osoba i osoba s invaliditetom. Fizička izolacija kod kuće među članovima obitelji može dovesti starije i nemoćne osobe u ozbiljnu opasnost za mentalno zdravlje. To može izazvati anksioznost, uznemirenost i izazvati traumatičnu situaciju za njih. Starije osobe za svoje svakodnevne potrebe ovise o mladima, a samoizolacija može kritično oštetiti obiteljski sustav. Starije osobe i osobe s invaliditetom koje žive u staračkim domovima mogu se suočiti s ekstremnim psihičkim problemima. Međutim, nešto tako jednostavno poput telefonskog poziva tijekom izbijanja pandemije može pomoći utješiti starije osobe. COVID-19 također može rezultirati povećanim stresom, tjeskobom i depresijom među starijim osobama koje već imaju problema s mentalnim zdravljem.

Tjelesne aktivnosti, osobni kontakt s kolegama, prijateljima i obitelji bili su ograničeni zbog javnozdravstvenih mjera za suzbijanje širenja COVID-19, kao što su karantena, zatvaranje, samoizolacija i održavanje socijalne distance, a u nekim zemljama i dalje vrijede ista pravila. Ljudi su doživjeli opći pad dobrobiti, pogoršanje mentalnog zdravlja i povećanje psihičkog stresa kao što su stres, tjeskoba, depresija i osjećaj izoliranosti (Chtourou i sur., 2020). Ukupna tjelesna aktivnost stanovništva značajno je smanjena tijekom razdoblja karantene, samoizolacije i izolacije, s dubokim negativnim učincima na mentalno zdravlje i dobrobit ljudi (Maugeri i sur., 2020.). Mjere koje ograničavaju širenje COVID-19 dovele su do pada tjelesne

aktivnosti kod većine djece i adolescenata, posebno među dječacima i starijom djecom i adolescentima (Yomoda i Kurita, 2021.).

U usporedbi s prvim valom pandemije COVID-19, fizičke aktivnosti u drugom valu pale su za 3,1 % (Gupta i sur., 2021.). Karantena ili samoizolacija dodatno su smanjile količinu i intenzitet tjelesnih aktivnosti (Ammar i sur., 2021.), što je rezultiralo općim povećanjem neaktivnosti i sjedilačkog ponašanja (Schuch i sur., 2020.). S druge strane, pandemija je potaknula ljude da se više bave raznim aktivnostima za poboljšanje mentalnog zdravlja te sudjelovanje u raznim aktivnostima (Gupta i sur., 2021.). Također tijekom pandemije mediji su počeli puno više pisati o terapijskim učincima tjelesnih aktivnosti na tjelesno zdravlje osobe s blagom infekcijom koronavirusom. Održavanje društvene distance bila je važna intervencija u borbi protiv širenja virusa zbog visoke infektivnosti i patogenosti COVID-19 (Brooks i sur., 2020.). Međutim, sama mjera socijalnog distanciranja nije bila pogodna za mentalno zdravlje (Salari i sur., 2020.), zbog smanjene razine tjelesne aktivnosti licem u lice i grupne tjelesne aktivnosti (Moreira-Neto i sur., 2021.). Inhibirana socijalna interakcija uzrokovana društvenim distanciranjem pogoršala je psihičku nevolju koju je donijela pandemija (Carvalho Aguiar Melo i de Sousa Soares, 2020.).

Također treba spomenuti da i liječnici, medicinske sestre i bolničari koji rade kao prva snaga u borbi protiv izbijanja COVID-19 mogu biti podložniji razvoju simptoma mentalnog zdravlja. Strah od bolesti, dugo radno vrijeme, nedostupnost zaštitne opreme i potrepština, opterećenost pacijenata, nedostupnost učinkovitih lijekova za COVID-19, smrt njihovih kolega nakon izloženosti COVID-19, društveno distanciranje i izolacija od obitelji i prijatelja, te teška situacija njihovih pacijenata može negativno utjecati na psihičko zdravlje zdravstvenih radnika. Radna učinkovitost zdravstvenih djelatnika može se postupno smanjivati kako pandemija prevlada. Zdravstveni radnici trebali bi praviti kratke pauze između radnog vremena i mirno i opušteno rješavati situaciju (Mental health Foundation, 2020.). Zdravstveni radnici koji pokušavaju spasiti živote i zaštititi društvo također mogu doživjeti socijalno distanciranje, promjene u ponašanju članova obitelji i stigmatizaciju zbog sumnje da su nositelji COVID-19 (Yao i sur., 2020.). Prethodno zaražene osobe i zdravstveni djelatnici (koji se bave pandemijom) mogu razviti tugu, bijes ili frustraciju jer prijatelji ili voljeni mogu imati neutemeljene strahove da će se zaraziti bolešću iz kontakta s njima, iako je utvrđeno da nisu zarazni (Mental health Foundation, 2020.).

4. IZAZOVI FINANCIRANJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U COVID-19

Pristup zdravstvenoj skrbi kritična je komponenta svake zajednice, bez obzira na njezinu veličinu, ruralnost ili demografiju stanovništva. Izazovi koje predstavlja COVID-19, u smislu nedostatka izbornih postupaka i postupaka koji generiraju prihod, kao i otpuštanja osoblja, nedostatka osobne zaštitne opreme i dugoročnih promjena u percepciji bolnica, stvorili su izazove za bolnice svih veličina. Općenito, promjene koje je predstavila pandemija COVID-19 tek počinju mijenjati cjelokupno stanje bolnica u svakoj regiji zemlje, a čimbenici koji uzrokuju zatvaranje moraju se kontinuirano detaljno ispitivati kako bi se spriječila buduća zatvaranja i praznine u zdravstvenoj zaštiti. Širenje i odgovor na COVID-19 pandemiju razorio je nacionalna gospodarstva, gurnuvši mnoge u recesiju. Analiza Brookings Institutiona 20 bogatih demokracija pokazala je da je do svibnja 2020. 5,7%, ili 38 milijuna od ukupno 660 milijuna radnika, podnijelo zahtjev za osiguranje za slučaj nezaposlenosti od početka pandemije (Rothwell, 2020.). Međunacionalne varijacije u nezaposlenosti dijelom odražavaju relativnu mješavinu strategija koje se koriste za ublažavanje negativnih gospodarskih posljedica virusa (Rothwell, 2020.).

Neke zemlje su intervencije usmjerile prema povećanju nezaposlenosti i drugoj financijskoj potpori pojedinca ili kućanstva. Druge su zemlje ponderirale intervencije prema subvencioniranju poduzeća i stimuliranju šireg gospodarstva da spriječe velika otpuštanja. Ipak, druge zemlje su koristile relativno uravnoteženu mješavinu ova dva pristupa. Primjetno je da je intenzitet zdravstvene i ekonomske boli koju je izazvala pandemija COVID-19 bio jači u nekim segmentima stanovništva od drugih. Pogoršavajući postojeće razlike, nerazmjerno su pogođeni ljudi iz indijanskih, latinoameričkih i afroameričkih zajednica, kao i pojedinci s niskim prihodima i oni koji žive u urbanim područjima (Raifman, Raifman, 2020.). Analiza Sveučilišta Harvard pokazala je da je tijekom prvih tjedana pandemije COVID-19 "smrtnost porasla u gradovima, mjestima i poštanskim brojevima Massachusettsa s većom koncentracijom siromaštva, ekonomske segregacije, obojenih ljudi i prenapučenih stanova" (Ryan, Lazard, 2020.).

Čak i prije pandemije, vladini dužnosnici, istraživači zdravstvene industrije i zdravstveni rukovoditelji bili su zabrinuti zbog rastućih troškova zdravstvene skrbi i premija osiguranja. Zatim je COVID-19 izazvao veliki porast troškova skrbi na više načina, stavljajući veliki financijski pritisak na bolnice. Prema studiji koju je proveo Kaufman Hall (2021.), koju je naručila Američka bolnička udruga (AHA), bolnice su se suočile s povećanim operativnim

troškovima i gubitkom prihoda zbog pandemije. Prema zdravstvenoj istraživačkoj tvrtki FAIR Health (2021.), koja proučava privatne zdravstvene zahtjeve, prosječna cijena složene hospitalizacije za COVID-19 iznosi 317 810 USD. Međutim, prosječni dopušteni iznos (najviše što će osiguranje platiti) je 98.139 USD. Također studija AHA (2021.) procijenila je manjak od 27 milijardi dolara u uobičajenim ambulantnim operacijama. Ljudi koji bi imali elektivne ili čak nužne operacije otkazali su ih ili odgodili zbog pandemije. Nadalje, nedostatak osoblja, najviše među medicinskim sestrama, rezultirao je većim troškovima ljudskih resursa. Prekovremeni rad i bonusi za potpis prouzročili su bolnicama značajan financijski stres.

Također McKinsey govori o prosječnim troškovima liječenja COVID-19 u SAD.

Slika 3. Prikaz postotka osoba koje traže skrb u SAD.

Category	Percent who seek treatment	Cost per individual, \$	Cost per 1 million that seek treatment, \$
Basic services	76	~250	~0.2 billion
Mild and moderate conditions	17	~15,000	~2.5 billion
Severe	7	~34,000	~2.6 billion
Total	100		~5.3 billion

Izvor: McKinsey, Centar za kontrolu i prevenciju bolesti, dostupno na: <https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/understanding-the-hidden-costs-of-covid-19s-potential-impact-on-us-healthcare>

Iako je pravi broj osoba koje su se zarazile COVID-19 teško kvantificirati s obzirom na određena ograničenja u testiranju, broj ljudi koji traže liječenje od COVID-19 se bolje razumije. Od osoba koje traže skrb, otprilike 76 posto prima testiranje i osnovno liječenje ili usluge. Sedamnaest posto je hospitalizirano s blagim do umjerenim stanjima. Preostalih 7 posto liječi se od teških stanja (National Center for Immunization and Respiratory Diseases, 2020.). Na svakih milijun ljudi koji zatraže liječenje, američki zdravstveni sustav proizvest će otprilike 5,3 milijarde dolara izravnih troškova (Slika 3).

Iako je potreba za dodatnim sredstvima za financiranje novih usluga najočitiji zahtjev koji COVID-19 postavlja na financiranje zdravstva, postoje još najmanje dvije važne dimenzije

ovog pitanja. Prvo, pandemija COVID-19 očito je donijela za sobom ogromnu, globalnu ekonomsku recesiju. Procjenjuje se da će se od listopada 2020. globalno gospodarstvo smanjiti za 4,4% u 2020.1, s čak 100 milijuna ljudi gurnuto u siromaštvo (Mahler i sur., 2020). Ovaj ekonomski učinak pokriva sustave financiranja zdravstva smanjenjem prihoda koji kućanstva imaju na raspolaganju za plaćanje zdravstvenih usluga, a za sustave koji se financiraju doprinosima za premije zdravstvenog osiguranja, smanjenjem broja ljudi koji doprinose skupovima rizika i (ovisno o dizajnu sheme) broja osoba obuhvaćenih zdravstvenim osiguranjem. Iako je državna potrošnja na zdravstvo značajno porasla u 2020., financirana kombinacijom zaduživanja i kvantitativnog popuštanja, nejasno je koliko dugo se takva povećanja mogu održati uz smanjenje državnih prihoda zbog recesije.

4.1. Problemi zdravstvenog sustava uzrokovani virusom COVID-19

Pandemija je zahtijevala velike odgovore zdravstvenog sustava. Sve zemlje trebale su više ulagati u svoje zdravstvene sustave, uključujući nabavu respiratora, kisika i osobne zaštitne opreme; povećanje broja testiranja na COVID-19; izgradnja i opremanje novih privremenih zdravstvenih ustanova ili rekonfiguracija postojećih objekata; postavljanje virtualnih sustava za pružanje usluga; te nadoknadu i poticanje zdravstvenih radnika da rade dodatne sate pod izazovnim uvjetima. Osim toga, pojačane su javne zdravstvene službe, budući da su zemlje nastojale uspostaviti nove kadrove zdravstvenih radnika odgovornih za praćenje kontakata i provedbu karantene, kao i za pružanje informacija široj javnosti i nadzor mjera kontrole infekcija u javnosti i privatnim prostorima. Osim ovih ulaganja u zdravstvo, postojala je potreba za financiranjem odgovora drugih sektora koji se odnosi na javno zdravstvo, od potpore kontrolama vezanim uz COVID-19 na granicama do pružanja adekvatne opskrbe hranom zajednicama pod karantenom i preusmjeravanja obrazovnog sustava na upravljanje učenjem na daljinu.

Zemlje su morale donijeti brze odluke o tome koje će intervencije u vezi s COVID-19 kupiti, od koga i kako, istovremeno nastavljajući podržavati opće osnovne zdravstvene usluge. Na početku pandemije zemlje su se borile s nabavom dovoljnih količina osobne zaštitne opreme za zdravstvene ustanove i kapaciteta za naprednu kritičnu skrb od osnovnih predmeta kao što su kisik i pulsni oksimetri) (Baker i sur., 2020.) te novih jedinica intenzivne njege i dodatnih respiratora. Ostala pitanja o kupnji fokusirala su se na opseg u kojem postojeći sustavi financiranja podržavaju kupnju digitalnih ili virtualnih zdravstvenih usluga. Mnoge zemlje (na

primjer, Indonezija, Japan, Koreja i SAD) imale su politike koje su onemogućavale sustavima javnog zdravstvenog osiguranja da pacijentima nadoknade praktički primljene zdravstvene usluge (Cheng i sur., 2020.), ali mnoga od tih pravila brzo su promijenjena. U nekoliko slučajeva, vlade su se uključile u reguliranje privatnih sustava osiguranja s ciljem osiguravanja poduzimanja koraka za poboljšanje pristupačnosti dijagnostike i liječenja (Seabrook, 2020.).

Jedno kritično područje u pogledu kupnje odnosi se na potporu javnom zdravstvu. Relativno uspješno obuzdavanje epidemije u mnogim azijskim zemljama vjerojatno se dijelom objašnjava učinkovitim i dobro financiranim sustavima javnog zdravstva koji su brzo povećali metode kontrole kao što su nadzor, praćenje kontakata, granična kontrola i karantena (Cha, 2020.). O financiranju osnovnih funkcija javnog zdravstva često se vodi žestoka rasprava i neizvjesno je, a zemlje nedovoljno ulažu u javno zdravstvo tijekom 'normalnih' godina, a zatim nisu adekvatno opremljene za rješavanje hitnih slučajeva. Također se vodi rasprava o tome trebaju li se sredstva za javnozdravstvene funkcije usmjeriti kroz ministarstva zdravstva (gdje se mogu dati prioritet, ali nepovezani s drugim sektorima) ili kroz lokalnu samoupravu (gdje im se može odbaciti prioritet) (Evans, 2020.). U mnogim slučajevima, kako bi brzo povećali odgovor na COVID-19, zdravstvene vlasti su nastojale kupiti usluge od privatnog sektora, uključujući i izravnu kupnju zdravstvenih usluga od privatnih bolnica i razne nekliničke usluge (na primjer, korištenje školskih i hotelskih zgrada za izolaciju i karantenu). U nekim slučajevima, to je uključivalo značajne promjene i inovacije u načinu odabira privatnih pružatelja usluga i pregovaranju o ugovorima, a malo se zna o implikacijama učinkovitosti, kvalitete i jednakosti takvih kupnji.

Pružanje financijske zaštite kućanstvima postaje sve važnije u vrijeme epidemija poput COVID-19. Pacijenti s COVID-19 mogu imati povećane zdravstvene izdatke kućanstva zbog plaćanja za konzultacije, dijagnostiku, lijekove i hospitalizaciju. Ipak, neki nacionalni sustavi isključuju ranjivu populaciju kao što su migranti, izbjeglice i ljudi zaposleni u neformalnom sektoru. Mnoge od tih skupina izložene su povećanom riziku od COVID-19 s obzirom na svoje zaposlenje i životne uvjete. Neke vlade, poput one u Singapuru, proaktivno su došle do takvih skupina u želji da poboljšaju usluge kojima imaju pristup i svoje životne uvjete, nakon što je velika epidemija istaknula sustavno zanemarivanje u prošlosti (Yea, 2020.). COVID-19 je također razotkrio ograničenja sustava financiranja zdravstva koji povezuju pravo s doprinosima i koji se oslanjaju na doprinose temeljene na zapošljavanju kao izvor financiranja. Međutim, zemlje se suočavaju s izazovima u širenju sustava financiranja na temelju poreza u vrijeme sveukupno veće financijske potrebe i sve manje sredstava.

4.2. Direktni troškovi COVID-19 pandemije

Za raspored troškova na nositelje važna je troškovna klasifikacija. Tako je važno razlučiti fiksne od varijabilnih troškova, direktne od indirektnih te kontrolabilnih od nekontrolabilnih. Izabrani koncept troškova je dobar ako odgovara postavljenim ciljevima obračuna troškova koji se stavljaju u kontekst vizije, misije i svrhe djelovanja zdravstvene ustanove. U teoriji, ali i praksi, za uporabu implementaciju troškova u sustavu zdravstva, susreću se različite mogućnosti utvrđivanja, raščlambe i obuhvaćanja troškova, kao npr. po (prema Dražić Lutitsky, 2006):

a) prirodnoj vrsti ili pojavnom obliku (troškovi amortizacije, troškovi rada, troškovi materijala, troškovi energije, troškovi tuđih usluga...);

b) mogućnosti njihova obuhvaćanja po nositeljima troška (direktni kao trošak medicinskog osoblja ili medicinskog materijala i lijekova i indirektni troškovi kao električna energija);

c) reagiranju na stupanj zaposlenosti (fiksni i varijabilni troškovi);

d) mogućnosti dodjeljivanja segmentima ili mjestima troškova (kontrolabilni i nekontrolabilni troškovi); e) načinu njihova predviđanja i pouzdanosti primjene (normativni i standardni troškovi).

Kako je prikladno za globalnu pandemiju, javno financiranje korporacija izravno je ili neizravno financiralo sve faze istraživanja, razvoja, testiranja i proizvodnje cjepiva, uključujući razvoj inovacija na kojima se temelji RNA platforma (mRNA) i druga cjepiva (Allen, 2020.) .Milijarde u financiranju od poreznih obveznika, više ogranaka vlade Sjedinjenih Država (SAD) (Sekar, 2021.), iz Europske unije (EU) i zemalja kao što je Njemačka, bile su toliko opsežne da je bilo malo ulaganja ili nepovratnih troškova za korporacije za oporavak, osim možda za one koji su povezani s samim proizvodnjom cjepiva. Osim toga, troškovi tvrtke za odgovornost su svedeni na najmanju moguću mjeru, kao i veliki marketinški troškovi tipični za farmaceutske proizvode.

U širem smislu, troškovi COVID-19 uključuju pad BDP-a, kao i izravne troškove, zdravstvene i nezdravstvene, prevencije i liječenja. Također je bitno spomenuti i troškove rada, otkaza, javnih mjera te državnih zaduživanja. Izravni troškovi zdravstvene skrbi uključuju osobnu zaštitnu opremu, oznake kontakta, testove i cjepiva. Izravni troškovi koji ne spadaju u zdravstveni sektor uključuju razne komponente kao što su karantenski objekti, troškovi organizacijskih promjena u školama i staračkim domovima te posebne mjere zaštite bilo koje vrste objekata i zgrada od zaraze COVID-19. Postoji i oportunitetni trošak neiskorištenih

zdravstvenih resursa koji ostaju neiskorišteni tijekom pandemije, ako se epidemija pogorša, rezerviran za potencijalni COVID-19.

Svjetska banka navela je da je pandemija COVID-19 utjecala na međunarodna putovanja i globalne lance vrijednosti, što je uzrokovalo pad globalne trgovine za 13 posto u 2020. godini, što je više od onoga što je bilo tijekom globalne financijske krize i Drugog svjetskog rata. (Grupa Svjetske banke, 2020). Ovaj pad robne razmjene negativno utječe ne samo na izvozno orijentirane, već i na zemlje uvoznice. Budući da zemlja ne može izvoziti gotovu robu, uvoz materijala je pao. U širem smislu, pad izvoza dogodio se kao posljedica usporavanja triju kanala trgovine: (1) poremećaja u globalnoj mreži opskrbnog lanca; (2) smanjenja potražnje za robom u cjelini, uključujući uvoz; (3) smanjenja trgovine s izvoznicima robe, što je zauzvrat smanjilo njihov uvoz i negativno utjecalo na trgovinske i ekonomske aktivnosti izvoznika (Congressional Research Service, 2021.) Izvješće Kongresne istraživačke službe (2021.) navodi da je u srpnju 2020. američki izvoz roba i usluga pao za 17,5 posto u usporedbi s usporedbom sa srpnjem 2019., a uvoz roba i usluga pao je za 13,8 posto, odražavajući ukupni pad u globalna trgovina. Cepal (2020) naznačio je da je globalna trgovina pala, a obujam robne razmjene u svjetskoj ekonomiji pao je za 17,7 posto u svibnju 2020. u usporedbi s istim mjesecom 2019. godine.

4.3. Indirektni troškovi COVID-19 pandemije

Visoko zarazni koronavirus prouzročio je globalnu pandemiju bolesti i smrti koja, kroz brzi prijenos mutacija poput varijante Delta, iskorištava ranjivosti i nejednakosti u zajednicama, nacijama i diljem svijeta. Što je još gore, pandemija je potakla ogromnu nezaposlenost, devastirala gospodarski rast, povećala nejednakost i potakla društvene nemire (Sedik, Xu, 2020.). Indirektni troškovi čine troškove morbiditeta, smrtnosti i karantene u smislu gubitka produktivnosti. Neke studije uključuju i takozvanu “vrijednost statističkog života” koja predstavlja ekonomsko vrednovanje života u statističke svrhe. Osim izravnih izdataka za zdravstvenu zaštitu, pacijenti oboljeli od COVID-19 također će vjerojatno doživjeti gubitak produktivnosti zbog dana izgubljenog posla i gubitka posla zbog ekonomskog šoka izazvanog COVID-om, te se mogu osjećati primorani usvojiti rizične strategije suočavanja na razini kućanstva. Smrtnost članova obitelji koja zarađuju zbog COVID-19 također će imati razorne učinke na financijsko blagostanje kućanstava.

Nadalje, financijske prepreke često odvrćaju pacijente od traženja zdravstvene skrbi koja im je potrebna i povećavaju nejednakost u pristupu ranjivim skupinama. Suočeni s visokim troškovima zdravstvenih usluga, mnogi pacijenti oboljeli od COVID-19 mogli bi odlučiti odustati od liječenja, izlažući ih mogućnosti produljene bolesti ili čak smrti. Nefinancijski čimbenici, kao što je zabrinutost zbog rizika od infekcije COVID-19, socijalna stigma i mjere izolacije, također mogu utjecati na pravednost korištenja za njegu koja nije povezana s COVID-om i ne-COVID-om. Stoga je ključno razumjeti kako vlade mogu nastaviti pružati ili povećati financijsku zaštitu i pravičnost pristupa zdravstvenoj skrbi za ranjive populacije. Neizravni troškovi su mjera rashoda koja se ne može izravno pripisati izvornom trošku. Često je to nepredviđeno curenje koje se odnosi na poticani događaj koji postaje vidljiv tek kasnije. Može se izračunati ne samo kao financijski teret, već i kao emocionalni i socijalni trošak za pacijenta i njegovatelje. Neizravni troškovi COVID-19 proučavaju se u sektorima kao što su obrazovanje, financije i poljoprivreda: međutim, još se malo zna o neizravnim troškovima zdravstvene skrbi koji su povezani s pandemijom COVID-19 (Yamin, 2020.).

4.4. Zdravstveni sustav nakon pandemije

Globalno širenje COVID-19 utjecalo je na zdravstveno i gospodarsko stanje zemalja. U zemljama s niskim i srednjim prihodima gdje su zdravstveni resursi već bili oskudni, kreatori politike suočavaju se s dosad neviđenim poteškoćama u financiranju zdravstva. Čak su se i relativno bogate zemlje suočile s velikim financijskim izazovima, s vladama koje su morale brzo usmjeriti sredstva i donijeti dodatnu zaštitu za skupine koje su u opasnosti od financijskih poteškoća dok traže skrb za COVID-19, s različitim uspjehom. COVID-19 predstavlja jedinstven izazov za financiranje zdravstva kako zbog veličine i razmjera njegovog utjecaja na zdravstveni sektor, tako i zbog njegovih značajnih gospodarskih posljedica na nacionalnoj i globalnoj razini. Prvim mjesecom novog desetljeća dominirala je izvanredna situacija bez presedana koja je zahtijevala pravovremeni i iscrpljujući odgovor u ime vlada i kreatora politike naglašavajući, sada više nego ikad, nužnu potrebu za jačanjem kapaciteta nacionalnog zdravstvenog sustava. Dok je svijet promatrao kako svi društveni, ekonomski i proizvodni sektori drastično usporavaju svoj tempo, jedinice intenzivne njege, dijagnostički laboratoriji, ordinacije liječnika opće prakse i sve druge zdravstvene usluge našle su se pod previsokim pritiskom i radeći prekovremeno, dovele su do prekomjerne izloženosti izgaranju i psihosocijalnim rizicima radne snage.

Prema platformi Health System Response Monitor koju je izradio Europski opservatorij (European Observatory on Health Care Systems and Policies, 2020.), mnoge europske nacionalne vlade mobilizirale su posebna sredstva za povećanje kapaciteta radne snage ili plaćanje prekovremenog rada svojim zdravstvenim radnicima. Neke su zemlje odgovorile na iznenadnu promjenu potražnje pravodobnim reorganizacijom bolnica kroz promjene u raspodjeli resursa, a u nekim slučajevima privatno financiranje i donacije odigrali su značajnu ulogu u povećanju kapaciteta JIL-a. Drugi sektori također su pozvani na akciju putem traženja industrijske prenamjene kako bi odgovorili na nedostatak osobne zaštitne opreme (OZO), u očajničkom pokušaju da se zaštite bolnice u kojima su uvjeti, u nekim slučajevima, veoma očajni (Nacoti i sur., 2020.). Naravno, kako bi se zdravstvene ustanove spasile od toga da budu glavni vektori širenja Covid-19, kao što se sumnja da je slučaj u nekim bolnicama u Italiji, korištenje odgovarajuće OZO i postupci dezinfekcije moraju se odvijati uz ispravno preventivno ponašanje na radnom mjestu.

Integriranje takvih obilježja u rutinsku kliničku praksu rezultat je proaktivnog ponašanja liječnika, medicinskih sestara i svih ostalih zdravstvenih djelatnika, međutim, osiguravanje da zdravstvene ustanove ostanu sigurno okruženje odgovornost je također pacijenata i njihovih skrbnika. To također zahtijeva promjenu stavova i pristupa pacijenata prema njihovom zdravstvenom upravljanju, u smjeru boljeg angažmana. Pandemija je naglasila važnost preispitivanja i reprogramiranja cjelokupnog zdravstvenog sustava. Zapadni zdravstveni sustavi izgrađeni su oko koncepta skrbi usmjerene na pacijenta, ali epidemija zahtijeva promjenu perspektive prema konceptu skrbi usmjerene na zajednicu (Nacoti i sur., 2020.). COVID-19 natjerao je zdravstvene sustave i organizacije diljem svijeta da brzo usvoje rješenja za digitalnu zdravstvenu zaštitu. U mnogim su zemljama 'digitalna ulazna vrata' postala 'jedina ulazna vrata' za pacijente za pristup kliničkim uslugama. Imenovanje bolničkih ambulantnih i liječnika opće prakse u cijelom svijetu promijenjeno je tako da većina svih konzultacija sada odvija virtualno. Da bi se poboljšala kvaliteta zdravstvenih usluga i njihova sposobnost suočavanja s novim budućim izazovima, potrebno je usredotočiti se na važnost zajednice, koja mora biti u središtu djelovanja zdravstvenog sustava.

Ova pandemija je dokazala da bolesti ne pogađaju samo jednog pacijenta, već i čitave zajednice, opterećujući cijeli sustav ukoliko se na vrijeme ne priprema. Stoga je važno ulagati u javno zdravstvo (Heymann i Shindo, 2020.), uz koordinaciju nekoliko komplementarnih stručnih osoba, poput društvenih znanstvenika, epidemiologa, stručnjaka za logistiku, psihologa i socijalnih radnika, kako bismo bili bolje pripremljeni ne samo u odgovoru na buduću pandemiju

poput ove, ali i u svakodnevnom usvajanju ispravnih i učinkovitih ponašanja kako bi se spriječilo nastanak novih pandemija. Iako vlade i dalje nastavljaju financirati većinu budućih istraživanja i razvoja cjepiva protiv koronavirusa i preuzimaju rizik koji tvrtke preuzimaju kroz velike, napredne kupoprodajne ugovore (Boulet i sur., 2021.). U budućnosti bi vlade trebale prestati biti partneri u tajnosti, a kao kupci trebaju zahtijevati javna, provjerljiva izvješća o neto troškovima, nakon subvencija izravnih i neizravnih poreznih obveznika, kako bi se postavile globalno pristupačne cijene.

5. ZAKLJUČAK

COVID-19 uzrokuje ljudske, ekonomske, društvene i kulturne zastoje u našim životima. Već smo bili svjedoci kolosalnih gospodarskih gubitaka u prva 4 mjeseca od pojave koronavirusa u Kini. Tijekom prva 4 mjeseca borbe s COVID-19 živote je izgubilo 200 ljudi, uključujući mnoge zdravstvene radnike. Znamo da su mnogim zemljama nedostajali resursi za testiranje i liječenje epidemije, pa se pravi gubitak života uzrokovan njom nikada neće saznati. Naši pacijenti, zajednice i cijela država ovise o tome da bolnice ostaju otporne, posebno s obzirom na to da se pojavljuje sve više "vrućih točaka" te da može doći i do nove pojave ili možda i neke druge pandemije. Kako bi se to postiglo, bolnice će trebati daljnju podršku i resurse kako bi se osigurala daljnja kritična skrb o kojoj ovise pacijenti i zajednice - istovremeno osiguravajući da smo spremni za stalne izazove s kojima se suočavamo od ove pandemije, ali i od drugih potencijalno hitnih situacija.. Doista, pandemija uzrokuje tešku depresiju u cijelom svijetu. Kad ova kriza napokon dođe kraju, tek tada ćemo moći procijeniti stvarnu štetu koju je pandemija COVID-19 izazvala. Mnogi od nas ostali su bez svojih najmilijih, znatan dio društva ostao je bez posla. Sve to pridodaje sastojcima depresije nezamislive veličine za mnoge. Nažalost, neki političari pregledavaju svoju političku agendu ne obazirući se na patnju društva koje je potresla COVID-19 pandemija. Iako je kraj ove pandemije trenutno nepoznat, povijesno gledajući, čovječanstvo se uvijek uspjelo oporaviti od sličnih događaja u prošlosti. To sugerira da ćemo se na kraju moći oporaviti i od ove krize.

POPIS LITERATURE

Ackermann M., Verleden S.E., Kuehnel M., Haverich A., Welte T., Laenger F.(2020.), Pulmonary vascular endothelialitis, thrombosis, and angiogenesis in covid-19, N. Engl. J. Med. 120–128 str.

American Hospital Association (2021.), Financial Effects of COVID-19: Hospital Outlook for the Remainder of 2021, dostupno na: <https://www.aha.org/guidesreports/2021-09-21-financial-effects-covid-19-hospital-outlook-remainder-2021> , pristupljeno 13.09.2022.

Ahmedov M., Azimov R., Alimova V., Rechel B., (2007.), Uzbekistan: Health system review. Health Systems in Transition. European Observatory on Health Systems and Policies WHO Regional Office for Europe countries

Asian Development Bank (2020.), ADB's Comprehensive response to the Covid-19 pandemic: Policy Paper, dostupno na: <https://www.adb.org/sites/default/files/institutional-document/579616/adbs-comprehensive-response-covid-19-pandemic-redacted-version.pdf> , pristupljeno 12.09.2022.

Aljazeera. (2020.), Timeline: How the new coronavirus spread | Coronavirus pandemic News Al Jazeera. <https://www.aljazeera.com/news/2020/01/timeline-china-coronavirusspread-200126061554884.html>

Allen A. (2021.), For billion-dollar COVID vaccines, basic government-funded science laid the groundwork. Scientific American, dostupno na: <https://www.scientificamerican.com/article/for-billion-dollar-covid-vaccines-basic-government-funded-science-laid-the-groundwork/> , pristupljeno 02.05.2022.

Ammar A., Trabelsi K., Brach M., Chtourou H., Boukhris O., Masmoudi L. (2021.), Effects of home confinement on mental health and lifestyle behaviours during the COVID-19 outbreak: insights from the ECLB-COVID19 multicentre study. Biol. Sport 38, dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33795912/> , pristupljeno 02.05.2022.

Armitage R., Nellums L.B. (2020.), COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. Lancet Public Heal, dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7104160/> , pristupljeno 15.05.2022.

Baker T., Schell D. B., Petersen H., Sawe K., Khalid S., Mndolo J., Rylance D. F., McAuley N., Roy J., Marshall L., Wallis E. (2020.), "Essential care of critical illness must not be forgotten in the COVID-19 pandemic." Dostupno na: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30793-5/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30793-5/fulltext) , pristupljeno 10.05.2022.

Balabanova D., MCKee M., Pomerleau J., Rose R. and Haerpfers C., (2004.), Health service utilization in the former Soviet Union

Bilal S. (2020.), Towards an EU global COVID-19 response 2.0: Boosting smarter finance. ECDPM paper, dostupno na: <https://ecdpm.org/publications/towards-eu-global-covid-19-response-2-0-boosting-smarter-finance/> , pristupljeno 13.09.2022

Bi S., Qin E., Xu Z., Li W., Wang J., Hu Y. (2003.), Complete genome sequences of the SARS-CoV: the BJ group (isolates BJ01-BJ04), 180–192 str.

Boulet P., Hoen E., Pehudoff K., Mara K., Tan E. (2021.), Advanced purchase agreements for COVID-19 Vaccines: Analysis and Comments, Brussels: Study for The Left in the European Parliament., dostupno na: <https://left.eu/issues/publications/eu-vaccine-deals-with-big-pharma-failed-to-protect-the-public-interest-study/> , pristupljeno 02.05.2022.

Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E., Woodland L., Wessely S., Greenberg N. (2020.), The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence, dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32112714/> , pristupljeno 03.05.2022.

Carvalho M., Sousa D. (2020.), Impact of social distancing on mental health during the COVID-19 pandemic: an urgent discussion. Int. J. Soc. Psychiatry dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32438880/> , pristupljeno 05.05.2022.

Cha V. (2020.), "Asia's COVID-19 Lessons for the West: Public Goods, Privacy, and Social Tagging." The Washington Quarterly, dostupno na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0163660X.2020.1770959> , pristupljeno 17.05.2022.

Cheng G., Huang D. (2020.), How COVID-19 is Accelerating Telemedicine Adoption in Asia Pacific, Health Advances Blog, dostupno na: <https://healthadvancesblog.com/2020/05/08/how-COVID-19-is-accelerating-telemedicine-adoption-in-asia-pacific/> , pristupljeno 12.05.2022.

Chtourou H., Trabelsi K., H'mida C., Boukhris O., Glenn J. M., Brach M., (2020.), Staying physically active during the quarantine and self-isolation period for controlling and mitigating the COVID-19 pandemic: a systematic overview of the literature, dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33013497/> , pristupljeno 05.05.2022.

Claus W., (2009.), Healthcare System Types: A Conceptual Framework for Comparison. Social Policy & Administration,

Cepal N. (2020.), The Effects of the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic on International Trade and Logistics, Special Report COVID-19, No. 6, Economic Commission for Latin America and the Caribbean, dostupno na:

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45878/1/S2000496_en.pdf , pristupljeno 15.05.2022.

Congressional Research Service (2021.), "Global economic effects of COVID-19", dostupno na: <https://sgp.fas.org/crs/row/R46270.pdf> , pristupljeno 18.05.2022.

Congressional Research Service (2021.), Global Economic Effects of COVID-19, dostupno na: <https://crsreports.congress.gov> , pristupljeno 16.05.2022.

Connolly M. (2011.), Cross-border reproductive care: market forces in action or market failure? An economic perspective. Retrieved 2018, Reproductive BioMedicine Online

Cox J. (2019.), "The worst of the global economic slowdown may be in the past, Goldman Culyer A. J., The Nature of the Commodity 'Health Care' and its Efficient Allocation , 189-211 str.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2020.), Rapid risk assessment: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – eighth update, dostupno na: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessmentcoronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-eighth-update> , pristupljeno 23.05.2022.

European Institute of Innovation and Technology (EIT) (2020.), Press release, €60 million for innovators awarded under the EIT Crisis Response Initiative, dostupno na: https://eit.europa.eu/sites/default/files/eit_press_release_funding_eit_crisis_response_initiative.pdf , pristupljeno 12.09.2022.

European Observatory on Health Care Systems and Policies (2020). Covid 19 Health System Response System., dostupno na: <https://www.covid19healthsystem.org/countries/italy/livinghit.aspx?Section=3.1%20Planning%20services&Type=Section> , pristupljeno 23.05.2022.

Evans D. (2020.), "What price public health? Funding the local public health system in England post-2013." Critical Public Health., dostupno na: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09581596.2020.1713302?journalCode=ccph20> , pristupljeno 21.05.2022.

FairHealth (2021.), National Average Charge for a Complex Hospital Stay for COVID-19 Is \$317,810, FAIR Health Finds, dostupno na: <https://www.fairhealth.org/press-release/national-average-charge-for-a-complex-hospital-stay-for-covid-19-is-317-810-fair-health-finds> , pristupljeno 13.09.2022.

Flood C. M., Haugan A. (2010.), Is Canada odd? A comparison of European and Canadian approaches to choice and regulation of the public/private divide in health care. *Health Economics, Policy and Law*. 219-341 str.

Freeman R. (1998.), Competition in context: the politics of health care reform in Europe. *International Journal for Quality in Health Care*, dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/10.5.395> , pristupljeno 22.05.2022.

Gamkrelidze A., Atun R., Gotsadze G., Maclehorse L. (2002.), Health Care Systems in Transition Georgia. European Observatory on Health System and Policies

Gavas M., Calleja R., Rogerson A. (2020.), How are international development agencies responding to the COVID-19 crisis? Center for Global Development, dostupno na: <https://www.cgdev.org/blog/how-are-international-development-agencies-responding-covid-19-crisis> , pristupljeno 12.09.2022.

Graf von Schulenburg M., Greiner W. (2007.) *Health economics*. 2nd revised edition, Tübingen.

Greiff J., (2020.), "The Great Recession Was Bad. The 'Great Lockdown' Is Worse"

Gupta A., Puyat J. H., Ranote H., Vila-Rodriguez F., Kazanjian A. (2021.), A cross-sectional survey of activities to support mental wellness during the COVID-19 pandemic. *J. Affect. Disord. Rep.* 5:100167., dostupno na: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915321000949?via%3Dihub> , pristupljeno 22.05.2022.

Hakobyan T., Nazaretyan M., Makarova T., Aristakesyan M., Margaryants H., Nolte E., (2006.), Armenia Health system review. European Observatory on Health System and Policies
Heymann D. L., Shindo N. W. (2020.), Scientific and technical advisory group for infectious hazards. COVID-19: what is next for public health.

Hawkins J. (2020.), "How will the coronavirus recession compare with the worst in Australia's history?", dostupno na: <https://researchprofiles.canberra.edu.au/en/publications/how-will-the-coronavirus-recession-compare-with-the-worst-in-aust> , pristupljeno 15.05.2022.

Ibraimova A., Akkazieva B., Manzhieva E., Rechel B. (2011.), Kyrgyzstan: Health system review. *Health systems in transition*, 13(3), 1-152 str.

Javed B., Sarwer A, Soto E.B., Mashwani Z.R. (2020.), „Is Pakistan's response to coronavirus (SARS-CoV-2) adequate to prevent an outbreak?“, dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7187779/> , pristupljeno 05.05.2022.

KaufmanHall (2021.), COVID-19 expected to drive continued hospital losses throughout 2021

Khodjamurodov G., Rechel B. (2010.) Health systems in transition. *Health systems in transition*, 12(2), 1-154 str.

Korber B., Fischer W.M., Gnanakaran S., Yoon H., Theiler J., Abfalterer W. (2020.), Tracking changes in SARS-CoV-2 spike: evidence that D614G increases infectivity of the COVID-19 virus, *Cell* 182 (4) 812–827 str.

Krisinformation (2020.), Slow down the spread of Covid-19 - Krisinformation.se, dostupno na: <https://www.krisinformation.se/en/hazards-and-risks/disasters-and-incidents/2020/official-37information-on-the-new-coronavirus/sa-minskar-vi-smittspridningen> , pristupljeno 25.05.2022.

Lau J.T.F., Fung K.S., Wong T., Kim J., Wong E., Chung S. (2004.), SARS transmission among hospital workers in Hong Kong. *Emerg Infect* dostupno na: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3322933/> , pristupljeno 22.05.2022.

Lauer S. A., Grantz K. H., Bi Q., Jones F. K., Zheng Q., Meredith H. R., Azman A. S., Reich N. G., Lessler J. (2020.), The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. *Annals of Internal Medicine*, dostupno na: <https://doi.org/10.7326/M20-0504> , pristupljeno 22.05.2022.

Lekhan V., Rudy V., Richardson E. (2010.), Ukraine: Health system review. *Health systems in transition*, dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/108585/HiT-12-8-2010-eng.pdf?sequence=7&isAllowed=y>, pristupljeno 12.05.2022.

Mahler D., Laknerr A., Wu A. (2020.), "Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty." *World Bank Data Blogs*, dostupno na: https://blogs.worldbank.org/opendata/updated-estimates-impact-covid-19-global-poverty?cid=ECR_TT_worldbank_EN_EXT , pristupljeno 23.05.2022.

Maugeri G., Castrogiovanni P., Battaglia G., Pippi R., D'Agata V., Palma A. (2020.), The impact of physical activity on psychological health during Covid-19 pandemic in Italy. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32613133/> , pristupljeno 22.05.2022.

Maio V., Manzoli L. (2002.), The Italian health care system: W.H.O. ranking versus public perception. *Pharmacy and Therapeutics*. 301-308 str.

McPake B., Kumaranayake L., Normand C. E. (2002.), *Health economics: An international perspective*. New York, NY: Routledge

Mental health and coping during COVID-19, Centers for Disease Control and Prevention (2020.), <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/about/coping.html>

Mladovsky P., Srivastava D., Cylus J., Karanikolos M., Evetovits T., Thomson S., McKee M. (2012.), Health policy responses to the financial crisis in Europe. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies

Moreira-Neto A., Martins B., Miliatto A., Nucci M. P. Silva-Batista C. (2021.), Can remotely supervised exercise positively affect self-reported depressive symptoms and physical activity levels during social distancing? *Psychiatry Res.* 301:113969. dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33975172/> , pristupljeno 23.05.2022.

Moukaddam N., Shah A. (2020.), Psychiatrists beware! The impact of COVID-19 and pandemics on mental health. *Psychiatric Times* 2020., dostupno na: <https://www.psychiatristimes.com/view/psychiatrists-beware-impact-coronavirus-pandemics-mental-health> , pristupljeno 24.05.2022.

Mulakala A., Hongbo J. (2020.), Covid-19 and China's soft-power ambitions. The Asia Foundation. In: Asia insight and analysis

Nacoti M., Ciocca A., Giupponi A., Brambillasca P., Lussana F., Pisano M., (2020.), At the epicenter of the Covid-19 pandemic and humanitarian crises in Italy: changing perspectives on preparation and mitigation., dostupno na: <https://catalyst.nejm.org/doi/full/10.1056/CAT.20.0080>, pristupljeno 25.05.2022.

National Center for Immunization and Respiratory Diseases (2020.), "Coronavirus disease (COVID-19)," Centers for Disease Control and Prevention

Njemačko savezno ministarstvo za gospodarsku suradnju i razvoj (2020.), Program hitne podrške za COVID-19, dostupno na: <https://www.bmz.de/en/news> , pristupljeno 12.09.2022.

Owen J. (2020.), 20 of the worst epidemics and pandemics in history | Live Science., dostupno na: <https://www.livescience.com/worst-epidemics-and-pandemics-in-history.html> , pristupljeno 26.05.2022.

OECD (2017.), European Observatory on Health Systems and Policies

Peter T. (1988), *Inequalities in Health: The Black Report*, London

Piketty T. (2014.), *Capital in the Twenty-first Century*

Pöttler G. (2014.), *Health care in Austria: organizations, services, Financing and reforms clearly presented*, 2nd Edition. Vienna

Raifman M., Raifman J. (2020.), Disparities in the population at risk of severe illness from COVID-19 by race/ethnicity and income. *American Journal of Preventive Medicine*.

Reid T. R. (2009.), *The healing of America: A global quest for better, cheaper, and fairer health care*. New York, NY: Penguin Press

Richard O., Zerbe Jr. (1999.). The Failure of Market Failure. *Journal of Policy Analysis and Management*, 18(4), 558–578 str.

Rothwell, J. (2020, May 27). The effects of COVID-19 on International labor markets: An update. The Brookings Institution. Dostupno na: <https://www.brookings.edu/research/the-effects-of-covid-19-on-international-labor-markets-an-update/> , pristupljeno 12.05.2022.

Rouzbehani K. (2019), Emotional Intelligence and Online Healthcare: The case study of Canada. *International Journal of Applied Research on Public Health Management*

46. Ryan, A., & Lazard, K. (2020, May 9). A new analysis: Coronavirus death rate surged in Massachusetts locations that already faced challenges. *The Boston Globe*.

Salari N., Hosseinian-Far A., Jalali R., Vaisi-Raygani A., Rasoulpoor S., Mohammadi M., (2020.), Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Global. Health* 16:57., dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32631403/> , pristupljeno 23.05.2022.

Saltman R. B., Figueras J. (1997.), *European health care reform: Analysis of current strategies*. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.

Schölkopf M., Pressel, H. (2017.), *The health system in an international comparison: health system comparison, country reports and European health policy, third updated and expanded edition*, Medical Scientific publishing company

Schuch F. B., Bulzing R. A., Meyer J., Vancampfort D., Firth J., Stubbs B. (2020.), Associations of moderate to vigorous physical activity and sedentary behavior with depressive and anxiety symptoms in self-isolating people during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional survey in Brazil. *Psychiatry Res.*, dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32745795/> , pristupljeno 24.05.2022.

Seabrook, J. (2020). "The Promise and the Peril of Virtual Health Care." *The New Yorker* June 29, 2020 Issue <https://www.newyorker.com/magazine/2020/06/29/the-promise-and-the-peril-of-virtual-health-care>

Sedik T., Xu R. (2020.), *A Vicious Cycle: How Pandemics Lead to Economic Despair and Social Unrest*. International Monetary Fund, dostupno na: <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2020/10/16/A-Vicious-Cycle-How-Pandemics-Lead-to-Economic-Despair-and-Social-Unrest-49806> , pristupljeno 15.05.2022.

Sekar K. (2021.), Domestic Funding for COVID-19 Vaccines: An Overview. Washington, DC: Congressional Research Service

Simonet, D. (2010.), Healthcare reforms and cost reduction strategies in Europe: the cases of Germany, UK, Switzerland, Italy and France. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. Dostupno na: <http://dx.doi.org/10.1108/09526861011050510> , pristupljeno 24.05.2022.

Simonsen L., Spreeuwenberg P., Lustig R., Taylor R. J., Fleming D. M., Kroneman M., Van Kerkhove M. D., Mounts A. W., Paget W. J., Echenique H., Savy V., Muscatello D., MacIntyre C. R., Dwyer D. E., Azziz-Baumgartner E., Homaira N., Moura F. E. A., Schuck C., Akwar R. (2013.), Global Mortality Estimates for the 2009 Influenza Pandemic from the GLaMOR Project: A Modeling Study. *PLoS Medicine*, dostupno na: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001558> , pristupljeno 25.05.2022.

Snowden F. M. (2020.), *Epidemics and society : from the Black Death to the present*

Stiglitz J.(2002.), *Globalization and its discontents*, New York: W.W. Norton

Stiglitz J.(2002.), *Globalization and its discontents*. New York: W.W. Norton

Stiglitz J. (2012.), *The price of inequality*. New York: Allen Lane

Taylor S. (2019)., *The psychology of pandemics : preparing for the next global outbreak of infectious disease*

The World Bank (2020.). Press release: World Bank Group launches first operations for COVID-19 (coronavirus) emergency health support, strengthening developing country responses, dostupno na: <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2020/04/02/world-bank-group-launches-first-operations-for-covid-19-coronavirus-emergency-health-support-strengthening-developing-country-responses> , pristupljeno 13.09.2022.

Turcanu G., Domete S., Buga M., Richardsin E. (2012.), Republic of Moldova health system review. *Health systems in transition*, dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330316/HiT-14-7-2012-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y> , pristupljeno 05.06.2022.

Tran K., Cimon K., Severn M., Pessoa-Silva C.L., Conly J. (2012.), Aerosol generating procedures and risk of transmission of acute respiratory infections to healthcare workers: a systematic review. *PLoS One*. Dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22563403/> , pristupljeno 24.05.2022.

Walsh B. (2020.), Covid-19: The history of pandemics - BBC Future., dostupno na: <https://www.bbc.com/future/article/20200325-covid-19-the-history-of-pandemics> , pristupljeno 01.06.2022.

WHO warning on lockdown mental health. Euobserver (2020.), dostupno na: <https://euobserver.com/health-and-society/147903> , pristupljeno 22.05.2022.

Wolf M. (2014.), Why inequality is such a drag on economies. In: Financial Times

World Bank Group (2020.), “Global economic prospects, a World Bank Group flagship report” , dostupno na: <https://www.worldbank.org/en/publication/global-economic-prospects> , pristupljeno 01.06.2022.

World Health Organization (2020.) Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19) Dostupno na: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331215/WHO-2019-nCov-IPCPPE_use-2020.1-eng.pdf , pristupljeno 23.05.2022.

World Health Organization. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 88 (2020.), dostupno na: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200417-sitrep-88-covid-191b6cccd94f8b4f219377bff55719a6ed.pdf?sfvrsn=ebe78315_6 , pristupljeno 01.06.2022.

Wyanand P., Van De Ven M.M. (1994). Forming and reforming the market for thirdparty purchasing of health care. Soc.Sci.Med, 39(10), 1405-1412 str.

Wu S. Zhao B. Yu Y.M., Chen W., Wang Z.G. (2020.), A new coronavirus associated with human respiratory disease in China, dostupno na: <https://www.nature.com/articles/s41586-020-2008-3> , pristupljeno 23.05.2022.

Yamin M. (2020.), Counting the cost of COVID-19. Technol Decis Mak. 311–317 str.

Yea S. (2020). This is why Singapore’s coronavirus cases are growing: a look inside the dismal living conditions of migrant workers, The Conversation, dostupno na: <https://theconversation.com/this-is-why-singapores-coronavirus-cases-are-growing-a-look-inside-the-dismal-living-conditions-of-migrant-workers-136959> , pristupljeno 30.05.2022.

Yomoda K., Kurita S. (2021.), Influence of social distancing during the COVID-19 pandemic on physical activity in children: a scoping review of the literature. J. Exerc. Sci. Fit. 19, 195–203. dostupno na: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34135976/> , pristupljeno 22.05.2022.

POPIS SLIKA

Slika 1. Industrijska proizvodnja ozbiljno je smanjena mjerama suzbijanja.....	17
Slika 2. Vrijednost izvoza usluga u zemljama	18
Slika 3. Prikaz postotka osoba koje traže skrb u SAD.	24

POPIS TABLICA

Tablica 1. Osnovna analiza pokazatelja razvijenosti iz zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj.....	11
---	----

(4) Izjava o akademskoj čestitosti

Ime i prezime studenta

IZJAVA O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI

Izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je diplomski rad isključivo rezultat mog vlastitog rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu, a što pokazuju korištene bilješke i bibliografija. Izjavljujem da nijedan dio rada nije napisan na nedozvoljen način, odnosno da je prepisan iz necitiranog rada, te da nijedan dio rada ne krši bilo čija autorska prava. Izjavljujem, također, da nijedan dio rada nije iskorišten za bilo koji drugi rad u bilo kojoj drugoj visokoškolskoj, znanstvenoj ili obrazovnoj ustanovi.

Student/ica:

U Zagrebu, _____

(potpis)