



State of Health in the EU Hrvatska

Pregled stanja zdravlja i
zdravstvene zaštite 2017

Serija profila zemalja

Profil zemalja sadržavaju sažeti prikaz zdravlja i zdravstvenih sustava u državama članicama EU-a koji je relevantan za politiku, uz isticanje posebnosti i problema svake zemlje. Namjena im je države članice poduprijeti u naporima koje ulažu u donošenje činjenično utemeljenih politika.

Ti su profili plod zajedničkog rada OECD-a i *European Observatory on Health Systems and Policies*, koji se odvijao u suradnji s Komisijom. Radna skupina zahvalna je na dragocjenim komentarima i prijedlozima država članica i Mreže za praćenje zdravstvenih sustava i zdravstvene politike.

Sadržaj

1 • GLAVNA OBILJEŽJA	1
2 • ZDRAVLJE U HRVATSKOJ	2
3 • ČIMBENICI RIZIKA	4
4 • ZDRAVSTVENI SUSTAV	6
5 • RAD ZDRAVSTVENOG SUSTAVA	9
5.1 Učinkovitost	9
5.2 Dostupnost	10
5.3 Otpornost	12
6 • GLAVNI ZAKLJUČCI	16

Izvori podataka i informacija

Podatci i informacije iz ovih profila zemalja uglavnom se temelje na službenoj nacionalnoj statistici dostavljenoj Eurostatu i OECD-u, a potvrđeni su u lipnju 2017. radi osiguravanja najviših standarda u području usporedivosti podataka. Izvori i metode dobivanja tih podataka dostupni su u bazi podataka Eurostata i bazi podataka o zdravlju OECD-a. Neki dodatni podatci dobiveni su i iz *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME), Europskog centra za sprječavanje i kontrolu bolesti (ECDC), na temelju rezultata anketa o ponašanju povezanom sa zdravljem kod djece školske dobi (HBSC), iz Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) te iz ostalih nacionalnih izvora.

Izračunani prosjeci EU-a ponderirani su prosjeci 28 država članica, osim ako je drukčije navedeno.

Kako biste preuzeli proračunsku tablicu u Excelu koja odgovara svim tablicama i grafikonima u ovom profilu samo u svoj internetski preglednik utipkajte sljedeće statističke poveznice StatLinks: <http://dx.doi.org/10.1787/888933623305>

Demografski i društveno-gospodarski kontekst u Hrvatskoj, 2015

	HRVATSKA	EU
Demografski čimbenici	Broj stanovnika (u tisućama)	4 208
	Udio stanovništva starijeg od 65 (%)	18,8
	Stopa plodnosti ¹	1,4
Društveno-gospodarski čimbenici	BDP po stanovniku (PKM ² EUR)	16 700
	Relativna stopa siromaštva ³ (%)	13,5
	Stopa nezaposlenosti (%)	16,3

1. Broj rođene djece po jednoj ženskoj osobi u dobi 15–49.

2. Paritet kupovne moći (PKM) definira se kao stopa za konverziju valute kojom se izjednačuje kupovna moć različitih valuta uklanjanjem razlika u cijenama između pojedinih zemalja.

3. Postotak osoba koje imaju manje od 50 % srednje vrijednosti (medijana) ekvivalentnog raspoloživog dohotka.

Izvor: baza podataka Eurostata.

Izjava o ograničenju odgovornosti: u ovom su dokumentu navedena mišljenja i tvrdnje samo autorâ i njima se ne odražavaju nužno službeni stavovi OECD-a ili njegovih zemalja članica, ili *European Observatory on Health Systems and Policies* ili nekog od njegovih partnera. Stavovi izraženi u ovom dokumentu nikako se ne mogu smatrati službenim mišljenjem Europske unije.

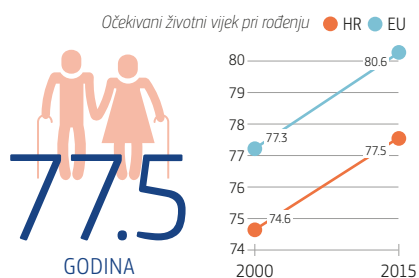
Ovim se dokumentom i svim njegovim podatcima i kartama ne dovode u pitanje status i suverenitet nekog državnog područja, određivanje međunarodnih granica ni naziv nekog državnog područja, grada ili manjeg područja.

Dodatne izjave o ograničenju odgovornosti Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) moguće je pronaći na poveznici <http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/>

1 Glavna obilježja

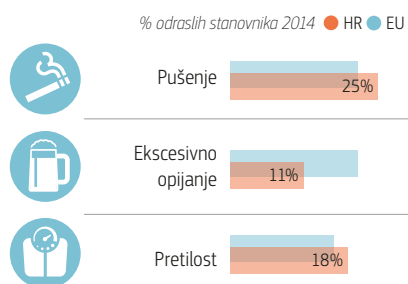
Unatoč problematičnom gospodarskom kontekstu i velikim proračunskim pritiscima na izdatke za zdravstvo, Hrvatska i dalje svojim stanovnicima pruža pristup javno financiranim zdravstvenim uslugama. Zemlja je u posljednjih nekoliko godina pokrenula niz važnih zdravstvenih reformi za unaprjeđenje rada zdravstvenog sustava, no one nisu bile sustavne, a neke su odbačene.

Zdravstveno stanje



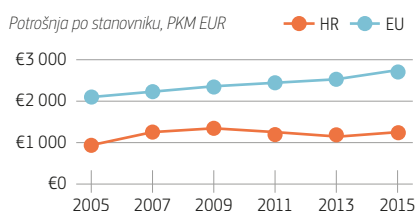
Godine 2015. očekivani životni vijek pri rođenju bio je 77,5 godina, što je porast u usporedbi s 2000. kada je iznosio 74,6 godina, no to je još uvijek za više od tri godine ispod prosjeka u EU-u. Stope smrtnosti od bolesti krvožilnog sustava gotovo su dvostruko veće od prosjeka EU-a, a stope smrtnosti od raka pluća, dojke i debelog crijeva među najvišima su u EU-u, što upućuje na nedostatke u pružanju zdravstvene zaštite i mjerama zaštite javnog zdravlja.

Čimbenici rizika



Četvrtina odraslih osoba 2014. pušila je svakodnevno duhan, a ta je stopa među petnaestogodišnjacima bila gotovo jednako visoka. Povremena pretjerana konzumacija alkohola u redovitim intervalima (ekscesivno opijanje) ispod je prosjeka EU-a, no za razliku od većine drugih zemalja EU-a, mnogo više hrvatskih tinejdžera izjavilo je da se barem dvaput u svom životu napilo. Stope pretilosti u porastu su, posebno među djecom gdje se postotak pretilih od 2001. povećao za 50 %.

Potrošnja za zdravstvo

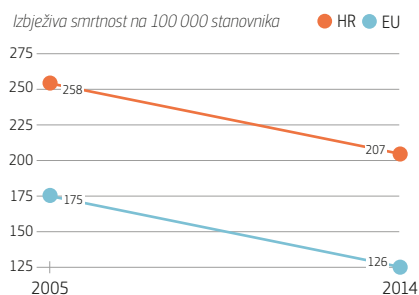


Izdatci za zdravstvo po stanovniku, koji iznose 1 241 EUR, među najnižima su u EU-u. Unatoč tome, veliki je postotak izdataka koji se financiraju iz javnih izvora (77 %), a „košarica zdravstvene zaštite“ uključuje veliki broj zdravstvenih usluga. Iako se naplaćuje participacija za sudjelovanje u cijeni velikog broja različitih zdravstvenih usluga, postoje izuzetci kojima su obuhvaćene osjetljive skupine stanovništva, a 2015. samo se 15 % ukupne potrošnje za zdravstvo odnosilo na izravna plaćanja (plaćanje iz „džepa“ pacijenata), koliko iznosi i prosjek u EU-u.

Rad zdravstvenog sustava

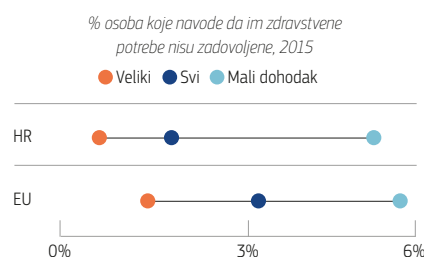
Učinkovitost

Stope izbjegive smrtnosti visoke su, no Hrvatska ostvaruje bolje rezultate od drugih zemalja koje izdvajaju jednake iznose za zdravstvenu zaštitu.



Pristup

Prema navodima samih ispitanika, pristup zdravstvenoj zaštiti u Hrvatskoj kvalitetan je, prijavljeno je malo slučajeva nezadovoljenih zdravstvenih potreba, no znatne su razlike među dohodovnim skupinama.



Otpornost

Zbog visokih stopa nezaposlenosti i problematičnog fiskalnog konteksta posljednjih su godina u Hrvatskoj zabilježene velike oscilacije u izdacima za troškove zdravstvene zaštite po stanovniku. Ključni čimbenik u osiguravanju financijske održivosti zdravstvenog sustava bit će jačanje upravljanja njime.



2 Zdravlje u hrvatskoj

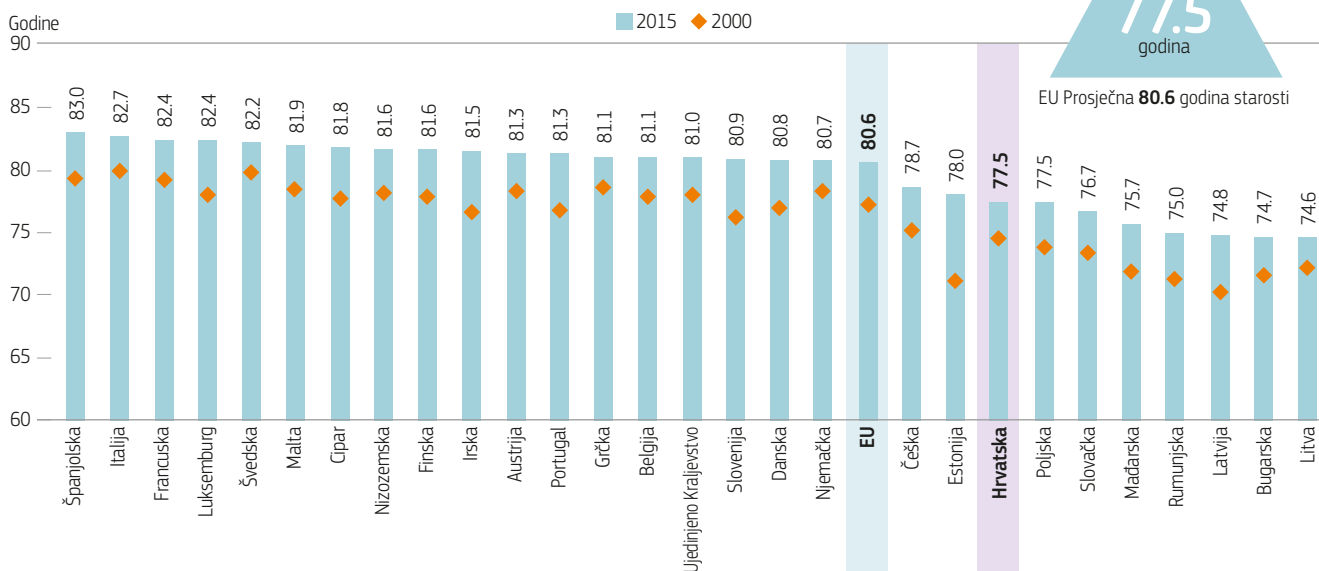
Očekivani životni vijek pri rođenju produljio se, no još je znatno ispod prosjeka EU-a

Očekivani životni vijek pri rođenju u Hrvatskoj ukupno se produljio za gotovo tri godine od 2000., uz porast sa 74,6 na 77,5 godina 2015., no i dalje je za više od tri godine niži od prosjeka u EU-u koji iznosi 80,6 godina (slika 1.). Postoje velike razlike između spolova, pri čemu žene žive otprilike šest godina dulje od muškaraca (žene dožive 81 godinu u odnosu na muškarce koji dožive nešto manje od 75 godina). Međutim,

od zemalja EU-a za koje su dostupni podatci u Hrvatskoj je najmanja razlika u očekivanom životnom vijeku između društveno-gospodarskih skupina. Ipak, očekivani životni vijek hrvatskih građana sa sveučilišnim obrazovanjem za više je od tri godine dulji nego za osobe koje su niže razine obrazovanja¹.

1. Niža razina obrazovanja odnosi se na ljude koji nisu završili osnovnu školu, imaju završenu osnovnu školu ili srednjoškolsko obrazovanje (razina 0–2 prema ISCED-u) dok se visoko obrazovanje odnosi na ljude sa završenim studijem (razina 5–8 prema ISCED-u).

Slika 1. Unatoč sve duljem očekivanom životnom vijeku pri rođenju, on je i dalje kraći nego u većini zemalja EU-a



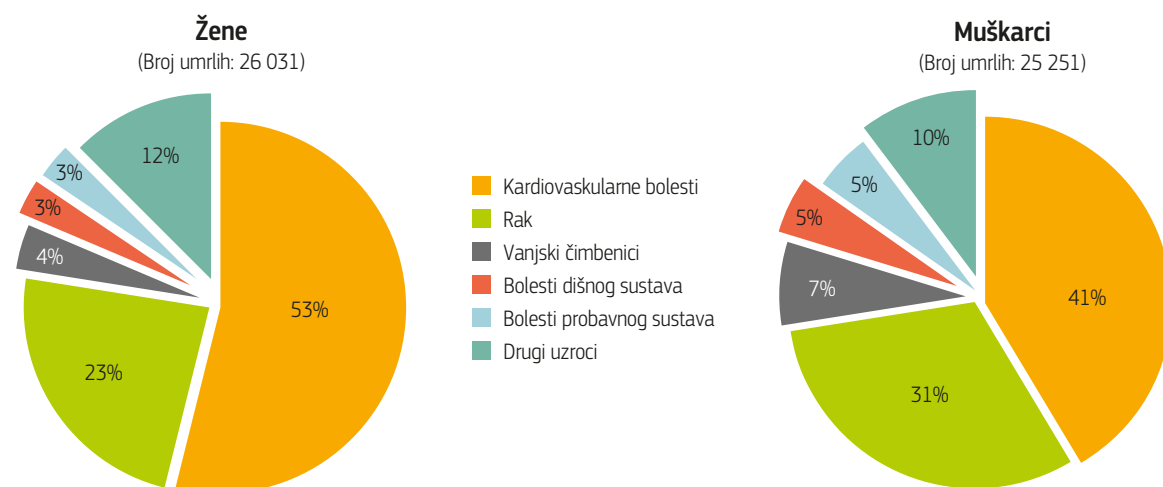
Izvor: baza podataka Eurostata.

Bolesti krvožilnog sustava i rak uzrok su gotovo tri četvrtine svih smrti u Hrvatskoj

Bolesti krvožilnog sustava i rak dva su glavna uzroka smrti i oni uzrokuju 76 % svih smrti među ženama te 72 % među muškarcima (slika 2.). Standardizirane stope smrti od bolesti krvožilnog sustava 2014. bile su 679 na 100 000 stanovnika, što je 1,8 puta više od prosjeka EU-a u kojemu je ta brojka 374. Visoke su i stope smrtnosti od djelovanja vanjskih čimbenika (73 na 100 000 stanovnika u odnosu na prosjek EU-a od 46), a to uključuje i visoku stopu smrti od prometnih nezgoda. Stopa dojenačke smrtnosti koja je 2015. iznosila 4,6 na 1 000 živorođene djece bila je među najvišima u EU-u, gdje je prosjek 3,6.

Promatrajući konkretnije uzroke smrti, poredak, pet glavnih uzroka nije se promijenio od 2000. Standardizirane stope smrtnosti od raka pluća, dojke i debelog crijeva u Hrvatskoj među najvišima su u EU-u. Osim toga u proteklih 14 godina zabilježeno je znatno povećanje apsolutnog broja kroničnih bolesti donjeg dišnog sustava, dijabetesa i padova (slika 3.). Konkretno, broj preminulih od padova više se nego udvostručio (539 smrtnih slučajeva 2001. u odnosu na 1 123 smrtna slučaja 2014.), a nejasan je razlog tog trenda jer se to povećanje samo djelomično može objasniti starenjem stanovništva.

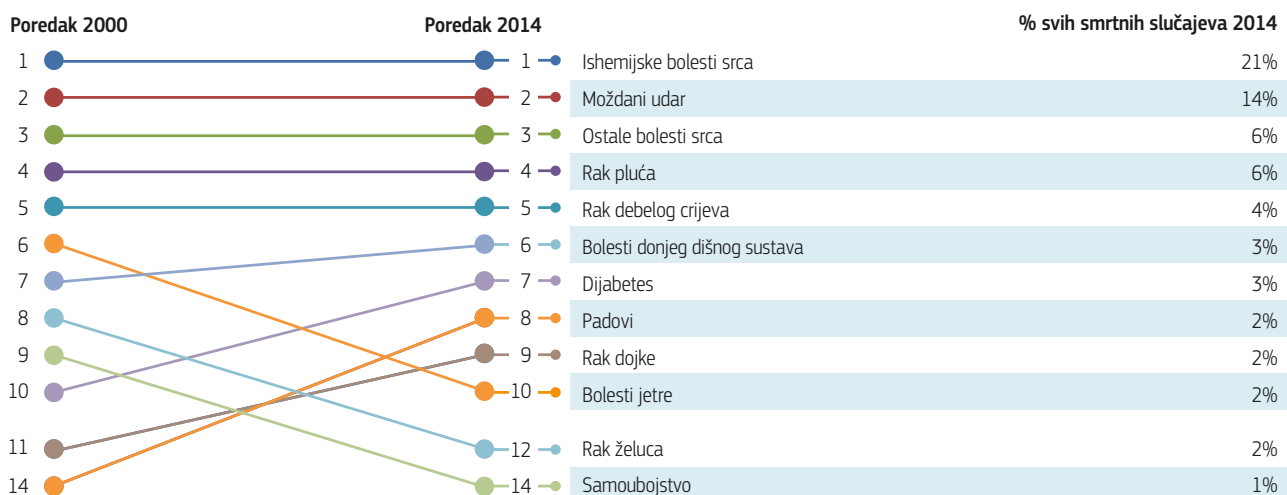
Slika 2. Bolesti krvožilnog sustava i rak najčešći su uzroci smrti među ženama i muškarcima



Napomena: podatci su izneseni u opsežnom poglavlju Međunarodne klasifikacije bolesti i srodnih zdravstvenih problema. Demencija je dodana poglavlju o bolestima živčanog sustava kako bi je se pridodalo Alzheimerovoj bolesti (glavni oblik demencije).

Izvor: baza podataka Eurostata (podatci se odnose na 2014.).

Slika 3. Poredak pet glavnih uzroka smrti nije se mijenjao, no broj preminulih od dijabetesa i padova naglo je porastao



Izvor: baza podataka Eurostata.

Ishemijske bolesti srca i kronična stanja među vodećim su odrednicama lošeg zdravlja

Godine 2015. vodeće odrednice godina života prilagođenih na onesposobljenost² (engl. determinants of disability adjusted life years (DALYs)), pri čemu se u obzir uzima opterećenje u smislu smrtnosti i pobola, bili su ishemijske bolesti srca, poremećaji mišićno-koštanog sustava (uključujući bolove u donjem dijelu kralježnice te u vratnoj kralježnici) i moždani udar (IHME, 2016.). Opterećenje onesposobljenošću i smrtnošću zbog Alzheimerove bolesti i ostalih oblika demencije naglo se povećalo od 2000., s time da su pridruženi pokazatelji godina života prilagođenih na nesposobnost porasli za više od 50 %, što je odraz

starenja stanovništva, bolje dijagnostike i nedostatka djelotvornih načina liječenja te preciznijeg određivanja šifre.

>U skladu s podacima ispitanika u okviru Europske ankete o zdravlju (EHIS), gotovo svaki četvrti hrvatski građanin svjestan je da ima povišeni krvni tlak, a svaki četrnaesti pati od dijabetesa, astme ili drugih kroničnih bolesti dišnog sustava. Velike su nejednakosti u raširenosti tih kroničnih stanja ovisno o razini obrazovanja jer je dvostruko vjerojatnije da će osobe s najnižom razinom obrazovanja oboljeti od dijabetesa, a više od 50 % veća je vjerojatnost da će oboljeti od astme ili drugih kroničnih bolesti dišnog sustava u odnosu na osobe koje imaju najvišu razinu obrazovanja³.

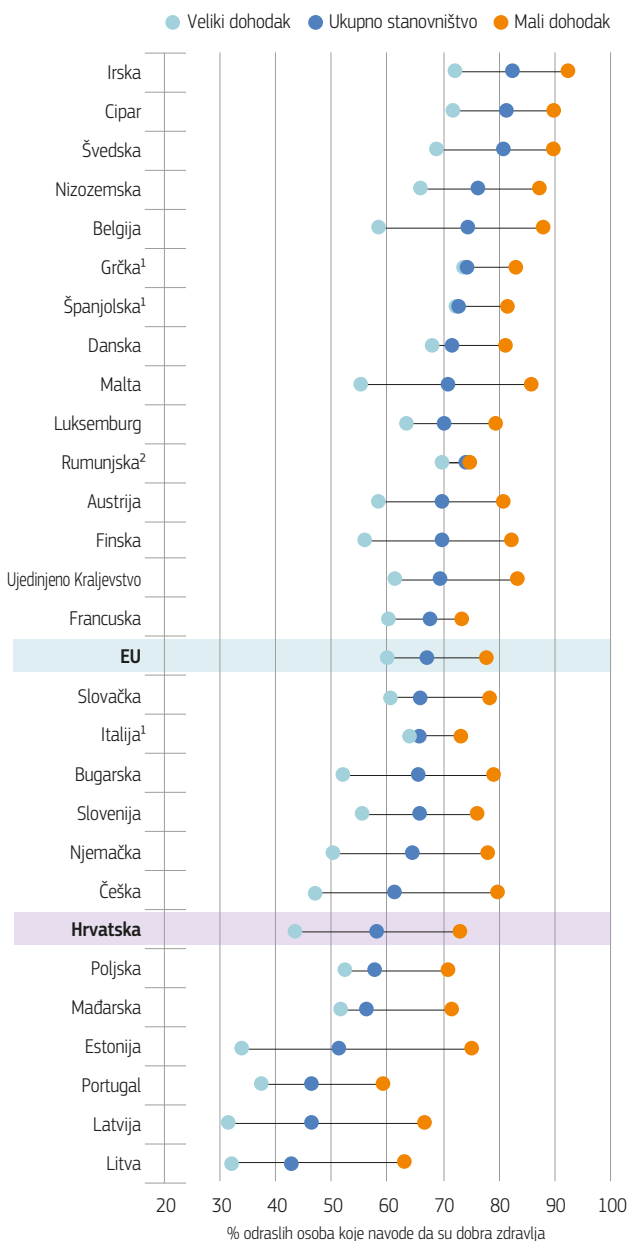
2. DALY je pokazatelj koji se upotrebljava za procjenu ukupnog broja godina izgubljenih zbog određenih bolesti i čimbenika rizika. Jedan DALY jednak je jednoj izgubljenoj godini zdravog života (IHME).

3. Nejednakosti s obzirom na stupanj obrazovanja djelomično se mogu pripisati većem udjelu starijeg stanovništva nižeg obrazovanja. Međutim, sve društveno-gospodarske razlike ne mogu se objasniti samo time.

Otprilike tri petine hrvatskih građana navodi da je dobro zdravlja, a to je manje nego u većini drugih država članica

Posljednjih se godina u Hrvatskoj povećao postotak osoba koje navode da su dobra zdravlja (58 % 2015.), no on je i dalje ispod prosjeka EU-a (67 %) (slika 4.). Kao i u ostalim zemljama EU-a, među osobama različitih dohodovnih skupina postoje velike razlike u ocjeni vlastitog zdravlja: 73 % osoba koje se nalaze u najvišoj dohodovnoj skupini navodi da je zdravo u odnosu na manje od polovine (44 %) osoba u najnižoj dohodovnoj skupini.

Slika 4. Velike su razlike među dohodovnim skupinama koje navode da im je zdravlje dobro



1. Udjeli za ukupno stanovništvo i za stanovništvo s malim dohotkom otprilike su jednaki.
2. Udjeli za ukupno stanovništvo i za stanovništvo s velikim dohotkom otprilike su jednaki.

Izvor: baza podataka Eurostata, na temelju istraživanja EU-SILC (podatci se odnose na 2015.).

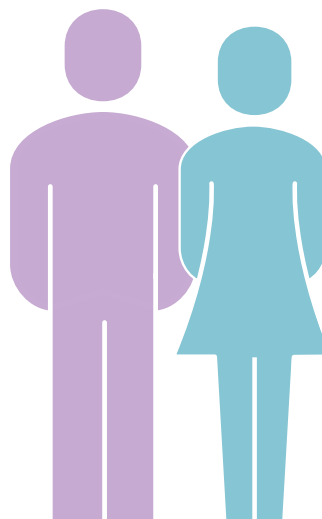
3 Čimbenici rizika

Čimbenici rizika povezani s ponašanjem imaju važnu ulogu u zdravlju u Hrvatskoj

U Hrvatskoj postoje brojni čimbenici rizika povezani s ponašanjem. Na temelju procjena Instituta za metriku i evaluaciju zdravlja (IHME) više od trećine (36 %) ukupnog opterećenja bolestima u Hrvatskoj 2015. (izmjereno kao pokazatelj DALY) može se pripisati čimbenicima rizika povezanim s ponašanjem, a to pogotovo uključuje pušenje, no i konzumiranje alkohola, prehrambene rizike i tjelesnu neaktivnost koji pridonose velikom indeksu tjelesne mase (IHME, 2016.).

Stope pušenja visoke su, a mladi puše više nego u većini ostalih zemalja EU-a

Pušenje je još uvijek ozbiljan javno-zdravstveni problem u Hrvatskoj među odraslim osobama i djecom, a u proteklih nekoliko godina ostvaren je vrlo mali napredak. Četvrtina odraslih hrvatskih građana navela je 2014. da puši svakodnevno, što je uvelike iznad prosjeka u EU-u (21 %). U razdoblju 2013.–2014. postotak redovitih pušača među petnaestogodišnjacima iznosio je 23 %, što je druga po redu najviša stopa među zemljama EU-a (nakon Bugarske) i gotovo 1,5 puta viša od prosjeka EU-a, a to se može dovesti u vezu s općenito lošim politikama u području suzbijanja pušenja (vidjeti odjeljak 5.1.).



Konзумiranje alkohola češće je nego u ostalim zemljama EU-a, posebno među adolescentima

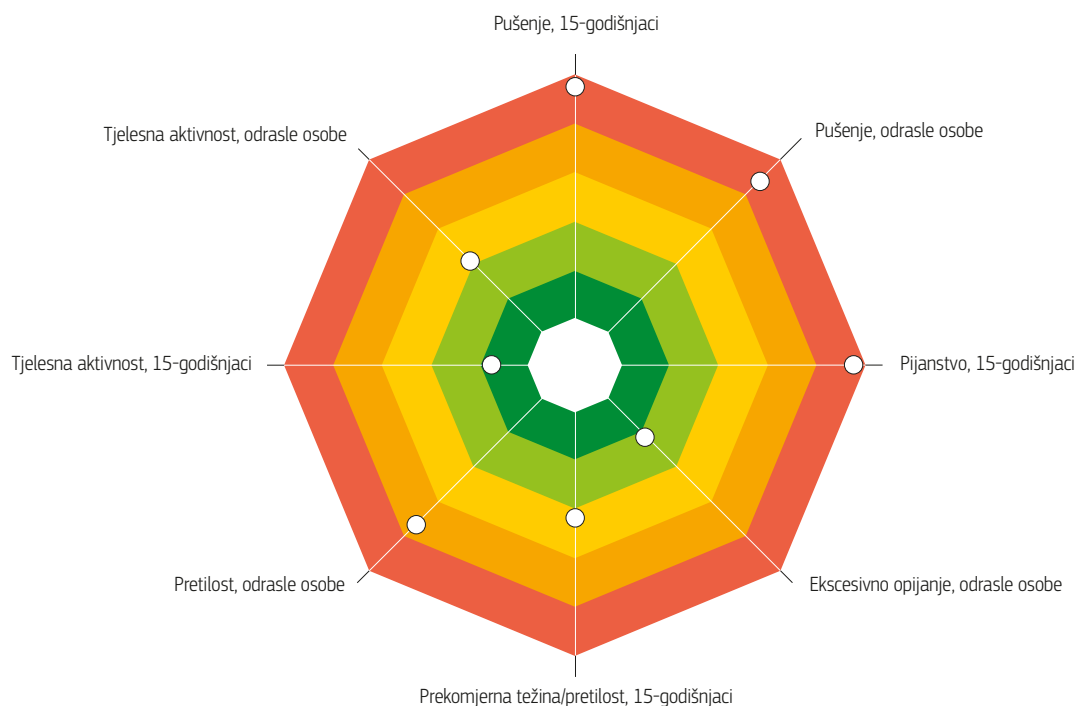
Alkohol je drugi veliki javno-zdravstveni problem. Po količini alkohola koju piju odrasle osobe, izračunatoj prema broju litara čistog alkohola po stanovniku, stanje je u odnosu na 2000. nepromijenjeno te je 2014. Hrvatska bila četvrta pri vrhu u EU-u s više od 12 litara po odrasloj osobi (dok je prosjek EU-a bio 10 litara). No postotak odraslih osoba koje navode da povremeno pretjerano piju u redovitim intervalima (ekscesivno opijanje⁴) manji je od većine ostalih zemalja EU-a (11 % u Hrvatskoj u usporedbi s prosjekom EU-a koji je blizu 20 %). Otprilike jedna trećina hrvatskih adolescenata u dobi od 15 godina navela je u istraživanju za 2013.–2014. da se najmanje dvaput u svojem životu napila, što je daleko veći omjer nego u većini ostalih zemalja EU-a. Dječaci su skloniji tom ponašanju (40 %) za razliku od djevojčica (24 %).

U porastu su stope pretilosti među djecom

Prema podacima ispitanika (pri čemu postoji tendencija podcjenjivanja stvarne raširenosti pretilosti) 2014. je tek nešto više od jedne odrasle osobe u Hrvatskoj od njih šest bilo pretilo. Premda je to tek nešto veći postotak u usporedbi s prosjekom EU-a (16 %), ipak je bio među tri najveća u EU-u. Suprotno tome, postotak adolescenata koji su u razdoblju 2013.–2014. imali prekomjernu težinu ili bili pretili bio je nešto manji od prosjeka u EU-u (17 % u usporedbi sa 18 %), no od 2001. povećao se za više od 50 %. Rastuće stope među djecom mogu prijeći u trajno visoke stope kako ona odrastaju. Gledajući s pozitivne strane, veći postotak adolescenata i odraslih osoba u Hrvatskoj navodi da redovito vježba (slika 5).

Uočavaju se velike razlike u stopama pretilosti između osoba s najnižom razinom obrazovanja i najmanjim dohotkom i osoba s najvišom razinom obrazovanja i najvećim dohotkom: gotovo je dvaput veća vjerojatnost da će osobe koje su završile samo srednju ili nižu školu biti pretile u odnosu na osobe sa sveučilišnim obrazovanjem (21 % naspram 13 % 2014.). Rješavanju pitanja zdravstvenih nejednakosti pristupilo se u nekoliko dokumenata o nacionalnoj zdravstvenoj politici, no dosad je provedeno tek nekoliko konkretnih mjera.

Slika 5. Pušenje, pijenje alkohola i pretilost veliki su javno-zdravstveni problemi u Hrvatskoj



Napomena: što je točka bliže središtu, to bolje rezultate neka zemlja ostvaruje u usporedbi s ostalim zemljama EU-a. Nijedna zemlja nije u bijelom „ciljnom području“ s obzirom na to da u svim zemljama u svim područjima ima prostora za napredak.

Izvor: izračuni OECD-a na temelju baze podataka Eurostata (Europska zdravstvena anketa iz 2014. ili negdje oko te godine), statistički podatci OECD-a o zdravstvu i anketa HBSC-a iz razdoblja 2013.–2014. (Grafički prikaz osmislio: Laboratorio MeS).

4. Ekscesivno opijanje definira se kao konzumacija šest ili više alkoholnih pića u jednoj prigodi, najmanje jednom mjesečno tijekom prethodne godine.

4 Zdravstveni sustav

Veliku ulogu u zdravstvenom sustavu ima jedini hrvatski osiguravatelj

Hrvatska ima sustav obveznog zdravstvenog osiguranja s jednim nacionalnim osiguravateljem Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO) koji je glavni kupac usluga zdravstvene zaštite. HZZO sklapa ugovore s pružateljima zdravstvene zaštite radi pružanja usluga te ima važnu ulogu u određivanju opsega zdravstvenih usluga financiranih javnim sredstvima. Zavod nadgleda i standarde rada te određuje cijene za usluge. Odgovoran je za plaćanje naknade za bolovanje, naknada za roditeljne i roditeljske potpore i za ostala davanja. Glavni je pružatelj dodatnog dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja kojim se pokrivaju sudjelovanja u troškovima /"participacije", (u Hrvatskoj se ono naziva „dopunsko osiguranje“).

Pokrivenost stanovništva je velika

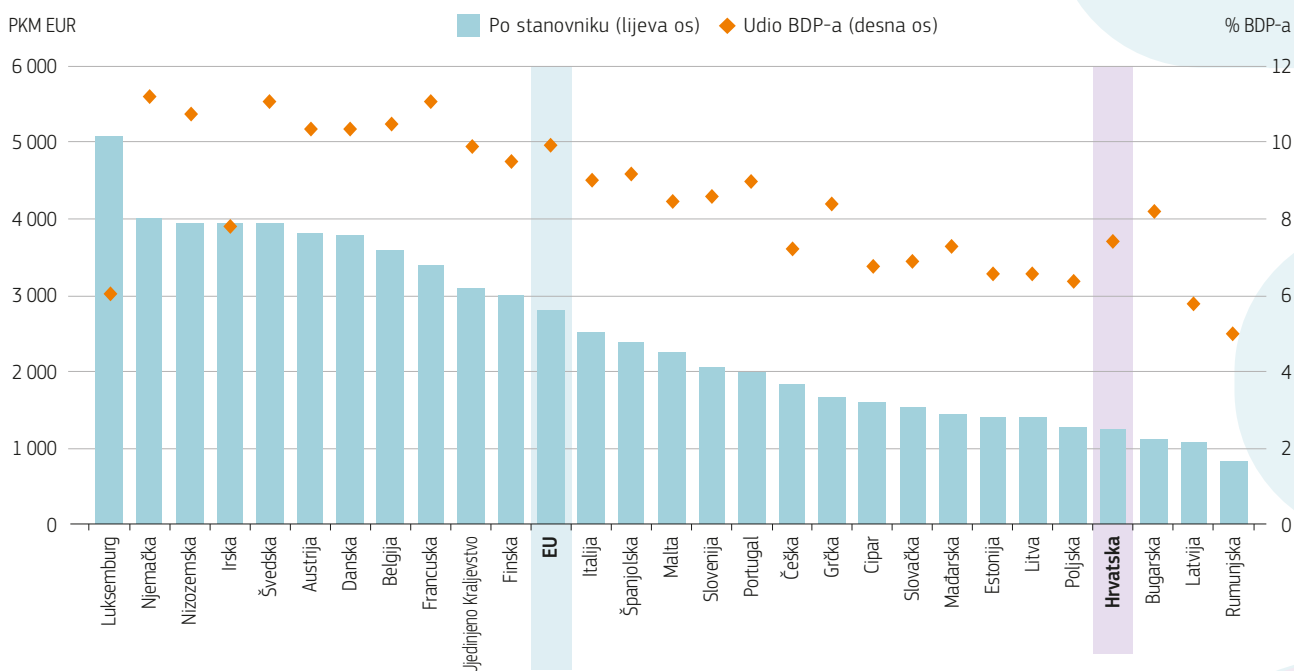
HZZO cjelokupnom stanovništvu pruža univerzalnu pokrivenost zdravstvenom zaštitom i ne postoji mogućnost izlaska iz sustava obveznog zdravstvenog osiguranja. Uzdržavane osobe pokrivene su zdravstvenom zaštitom tako što zaposleni članovi obitelji iz plaće izdvajaju 15 %, dok su osjetljive skupine, kao što su umirovljenici, osobe s invaliditetom, nezaposlene osobe i osobe s malim dohotkom, oslobođene plaćanja doprinosa. Dopunsko zdravstveno osiguranje (koje se uglavnom upotrebljava za pokrivanje doplata u okviru sustava obveznog zdravstvenog osiguranja, vidjeti u nastavku) dobrovoljno je i svaka ga osoba samostalno ugovara s HZZO-om ili privatnim osiguravateljem.

Potrošnja za zdravstvo je mala, no udio izdataka financiranih javnim sredstvima velik je

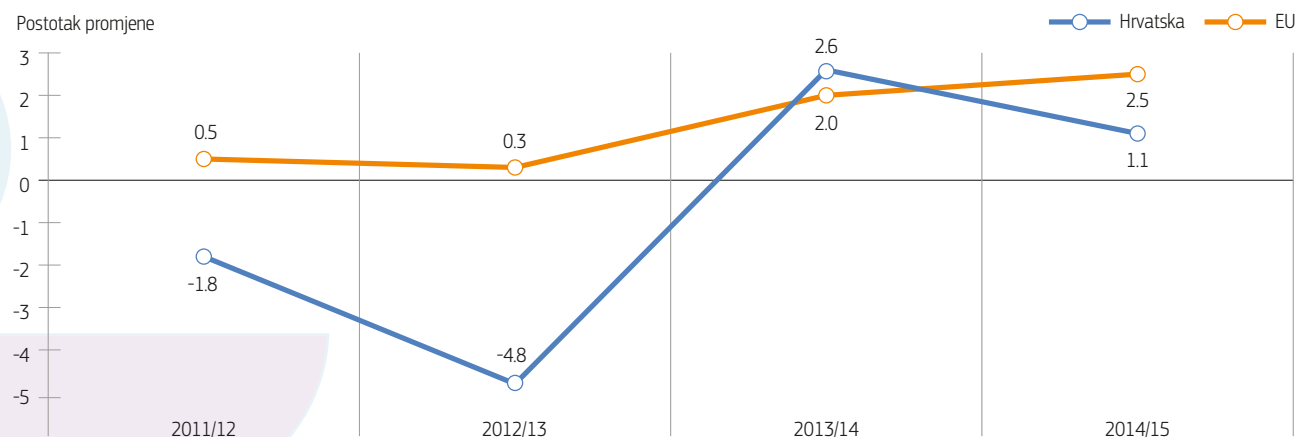
Hrvatska se nalazi među državama članicama EU-a koje najmanje troše na zdravstvene usluge promatrano po stanovniku i kao postotak bruto domaćeg proizvoda (BDP). Trenutačni postotak izdataka za zdravstvo od 7,4 % BDP-a puno je niži od prosjeka u EU-a koji je 9,9 %. Izračunom se dobiva iznos od 1 241 EUR po stanovniku (usklađeno s obzirom na razlike u kupovnoj moći) za 2015., što je četvrta najniža brojka u EU-u (slika 6.). Udio izravne potrošnje (iz „džepa“ građana) bio je 15 %, a to je jednako prosjeku EU-a. U posljednjih nekoliko godina bilježe se velike fluktuacije u prikazivanju izdvajanja za zdravstvo po glavi stanovnika što se povezuje s prisutnom ekonomskom krizom (Slika 7, također odlomak 5.3). Postoji i dokaz o neslužbenim plaćanjima pri čemu gotovo svaki šesti ispitanik obuhvaćenih istraživanjem iz 2011. navodi da je tako platio (EBRD, 2011.).

Iako se posljednjih godina javni rashodi za zdravstvo smanjuju, njihov je udio u Hrvatskoj još uvijek veći nego u većini zemalja s usporedivom razinom rashoda, a taj je udjel u izdatcima za zdravstvo 2015. bio 77 % (vidjeti odjeljak 5.2. i sliku 10.). Opseg prava na zdravstvenu zaštitu koja se plaća iz obveznog zdravstvenog osiguranja iznimno je velik i uključuje većinu različitih zdravstvenih usluga. Bez obzira na to što je u odnosu na početak 2000-ih razina pokrivenosti manja (u smislu da pacijenti nisu morali plaćati doplate), osjetljive skupine stanovništva, kao što su umirovljenici, osobe s invaliditetom, nezaposlene osobe i osobe s malim dohotkom, oslobođene su plaćanja participacije. Gledajući međunarodne standarde, Hrvatska

Slika 6. Potrošnja za zdravstvene usluge u Hrvatskoj među najmanjima je u EU-u



Izvori: statistički podatci OECD-a o zdravstvu; baza podataka Eurostata; baza podataka WHO-a o globalnim izdatcima za zdravstvo (podatci se odnose na 2015.).

Slika 7. Hrvatska ima velike oscilacije u prikazanoj potrošnji za zdravstvo po glavi stanovnika

Izvor: baza podataka Eurostata.

osigurava i jedan od najzdašnjih paketa naknada za slučaj bolesti, što uključuje novčana davanja za bolovanje u trajanju od 18 mjeseci.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje uglavnom pokriva participacije

Dostupno je i dopunsko dobrovoljno zdravstveno osiguranje koje uglavnom pokriva doplate u okviru sustava obveznog zdravstvenog osiguranja. Njegov je udio u izdancima za zdravstvo 2015. bio 8 %. Određene skupine stanovništva (npr. osobe s invaliditetom, darivatelji organa, redoviti darivatelji krvi, studenti i osobe s malim prihodima) mogu u HZZO-u ostvariti pravo na besplatno dopunsko zdravstveno osiguranje, a njihovi doprinosi financiraju se iz državnog proračuna.

Plaćanje pružateljima usluga sve se više temelji na rezultatima

Pružateljima usluga primarne zdravstvene zaštite HZZO isplaćuje iznos koji je kombinacija plaćanja po osiguranoj osobi (glavarina), plaćanja po izvršenoj aktivnosti (naknada za obavljenu uslugu) te iznosa za plaće i troškove poslovanja. Isplate bonusa ovise o pokazateljima učinkovitosti i kvalitete. Bolnicama koje imaju ugovor s HZZO-om od 2009. plaća se na osnovi sustava dijagnostičko-terapijskih skupina (DTS), a cilj je smanjiti troškove i povećati učinkovitost (vidjeti odjeljak 5.3.).

Hrvatska raspolaže dostatnim brojem bolničkih kreveta, no mali je broj zdravstvenih radnika

Unatoč maloj potrošnji za zdravstvo, fizički resursi u hrvatskom zdravstvenom sustavu usporedivi su s onima u brojnim drugim europskim zemljama. Godine 2015. na 100 000 stanovnika bilo je 358 bolničkih kreveta namijenjenih liječenju akutnih bolesnika, što je bilo ispod prosjeka EU-a od 418 kreveta u istoj godini. S druge strane 2015. prosječna duljina

boravka u akutnoj bolničkoj skrbi u Hrvatskoj bila je 8,6 dana, što je tek nešto više od prosjeka u EU-u od 8,0 dana.

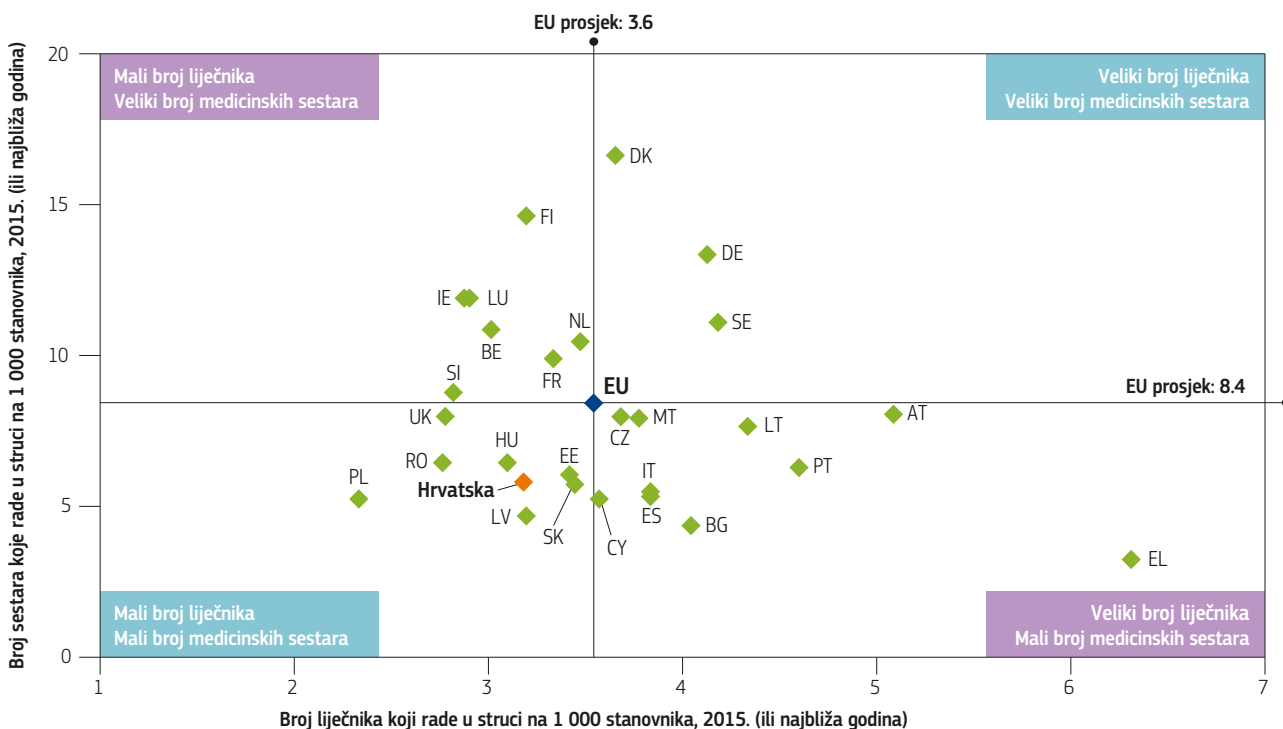
U odnosu na brojne druge zemlje EU-a u Hrvatskoj je manje liječnika i posebno medicinskih sestara (slika 8.), pri čemu je 2015. na 1 000 stanovnika dolazilo samo 5,8 sestara (unatoč ukupnom povećanju od 2000.), a u EU-u taj je prosjek bio 8,4. Postoje bojazni da će se zbog ulaska zemlje u EU 2013. ta brojka i dalje smanjivati u idućim godinama jer se otvaraju mogućnosti za preseljenje u trenutku kada u Hrvatskoj nema slobodnih radnih mjesta. Primjećuje se i manjak liječnika, posebno u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, a manjak je vidljiv u ruralnim područjima i na otocima (vidjeti odjeljak 5.2.).

Razvijena javno-zdravstvena infrastruktura i usluge usporedo sa sustavom primarne zdravstvene zaštite u kojoj se ostvaruje prvi kontakt

Pružanje usluga za zaštitu javnog zdravlja organizirano je u okviru mreže zavoda za javno zdravstvo s time da postoji jedan nacionalni zavod i 21 županijski. Postoji niz nacionalnih programa zaštite javnog zdravlja, uključujući program obveznog cijepljenja, no nema mjera za postizanje nadzora nad prodajom i konzumacijom duhana što se vidi iz velikog broja pušača među odraslim osobama i adolescentima (vidjeti odjeljak 3.).

Svaki osigurani građanin treba se upisati kod liječnika opće prakse (važi za odrasle osobe) ili kod pedijatra (za djecu) prema vlastitom odabiru. Većina liječnika primarne zdravstvene zaštite sada su privatnici, no najmljiju prostor u vlasništvu domova zdravlja. Liječnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (liječnici opće/obiteljske prakse, pedijatri i ginekolozi) obično su prve osobe u zdravstvenom sustavu s kojima se pacijenti susreću.

Slika 8. Podjednako je mali broj liječnika i medicinskih sestara



Napomena: podatci u Grčkoj i Portugalu odnose se na sve liječnike koji imaju licencu za rad, a posljedica toga je da je uvelike precijenjen broj liječnika koji rade u struci (npr. otprilike 30 % u Portugalu). Broj medicinskih sestara u Austriji i Grčkoj podcijenjen je jer su tom brojkom obuhvaćene samo sestre koje rade u bolnici.

Izvor: baza podataka Eurostata.

Vlasništvo nad bolnicama u sustavu sekundarne zdravstvene zaštite decentralizirano je i preneseno županijama

Većina bolnica koje pružaju sekundarnu zdravstvenu zaštitu (sve opće bolnice i većina specijalističkih bolnica) u vlasništvu su županija dok su bolnice za zdravstvenu zaštitu na tercijarnoj razini u vlasništvu države. Specijalističke usluge izvanbolničke zdravstvene zaštite, kao što su konzilijarni pregledi koje obavljaju specijalisti sekundarne zdravstvene zaštite, uglavnom se obavljaju na odjelima za ambulantno liječenje. Nacionalna reforma hitne medicinske pomoći započeta je 2009. čime je uspostavljena mreža županijskih zavoda za hitnu medicinu od kojih svaki ima prijavno-dojavnu jedinicu.



5 Rad zdravstvenog sustava

5.1 UČINKOVITOST

Ukupna izbjegiva smrtnost u Hrvatskoj veća je od prosjeka u EU-u

Hrvatska je na osmom mjestu u EU-u po najvećoj stopi smrtnosti koju je moguće izbjeći medicinskim intervencijama⁵, a to se podjednako odnosi na muškarce i na žene. Nadalje, stopa za muškarce i stopa za žene znatno se razlikuje (slika 9.). Detaljnije informacije o glavnim uzrocima izbjegive smrtnosti pokazuju da su dobno standardizirane stope izbjegive smrtnosti u Hrvatskoj razmjerno visoke za ishemijske bolesti srca (307 na 100 000 stanovnika 2014.) i neke oblike raka kao što su rak pluća

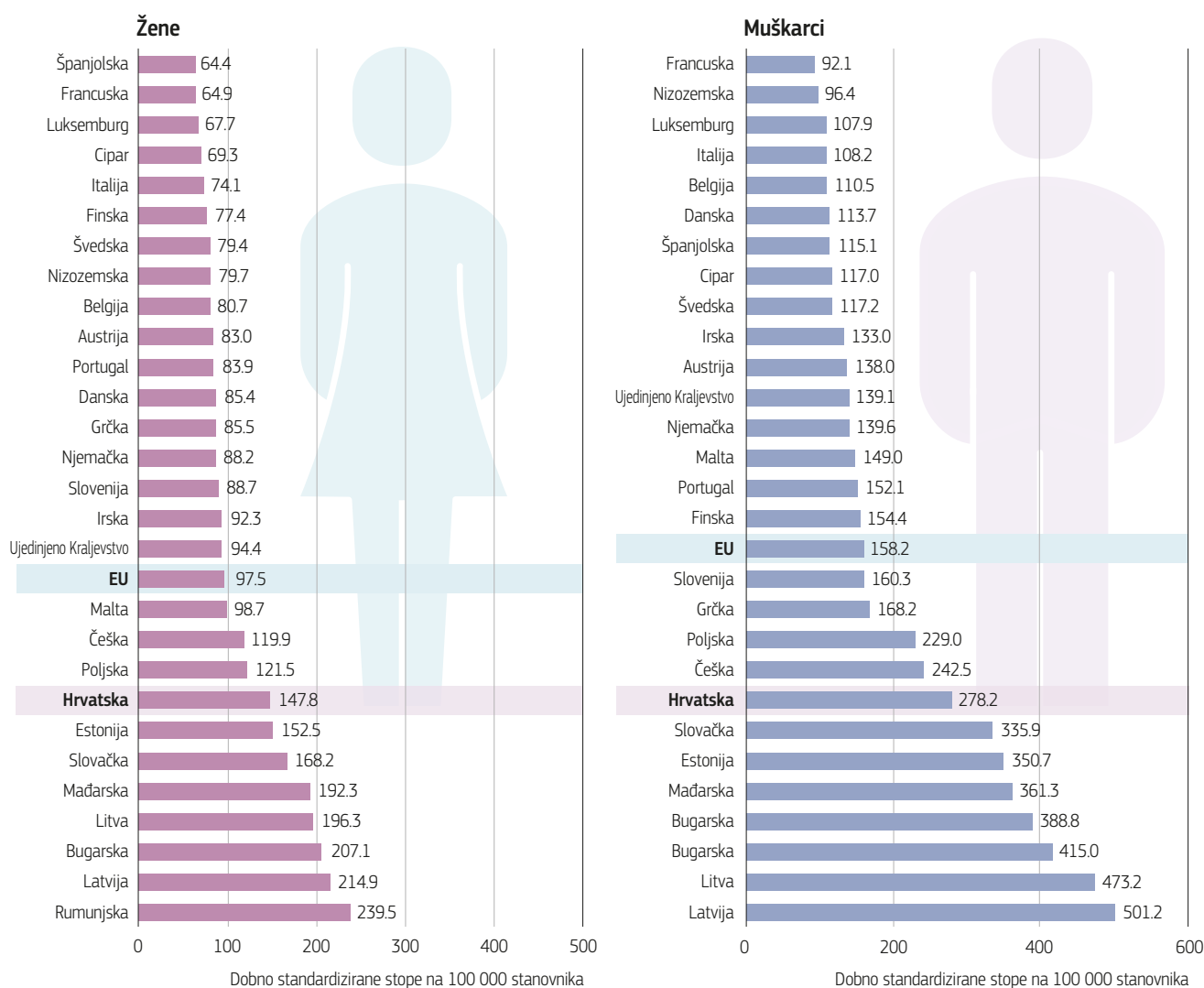
5. Izbjegiva smrtnost definira se kao prijevremene smrti koje su se mogle izbjeći pravodobnom i učinkovitom zdravstvenom zaštitom.

(peta najviša u EU-u 2014.), rak dojke (druga najviša stopa u EU-u 2014.) i rak debelog crijeva (druga najviša stopa u EU-u 2014.). Te visoke stope upućuju na moguće nedostatke u kvaliteti zdravstvene zaštite i programima probira raka.

Stopa smrtnosti zbog bolesti koje su se mogle spriječiti isto je tako visoka, posebno za smrti uzrokovane pušenjem

Hrvatska ostvaruje loše rezultate kad je riječ o smrtnim slučajevima koji su se mogli spriječiti donošenjem međusektorskih politika, a stope pušenja visoke su (vidjeti odjeljak 3.). Kako je navedeno u odjeljku 2., rak pluća četvrti je najčešći uzrok smrti, a 2014. na 100 000 stanovnika bilo je 315 smrtnih slučajeva uzrokovanih bolestima povezanim s

Slika 9. Stopa izbjegive smrtnosti za muškarce gotovo je dvostruka veća nego za žene



Izvor: baza podataka Eurostata (podatci se odnose na 2014.).

pušenjem, što uvelike premašuje prosjek u EU-u od 176. Od ulaska u EU politike suzbijanja pušenja ojačane su u skladu s direktivama EU-a. Od svibnja 2017. na snazi je novo zakonodavstvo o suzbijanju pušenja kojim se proširuju nepušačke zone i propisuju veća zdravstvena upozorenja na kutijama cigareta. Međutim, ima prostora za intenziviranje kampanja u medijima protiv upotrebe duhana (WHO, 2015.).

Iako je primjetan trend opadanja smrtnih slučajeva zbog uzroka povezanih s konzumacijom alkohola i prometnim nezgodama, njihov broj isto je tako iznad prosjeka EU-a. Donesene su politike za nadzor konzumacije alkohola, a to uključuje određivanje minimalne dobi od 18 godina za kupnju alkohola u ugostiteljskim objektima ili u trgovinama, no ima prostora za dodatna ograničenja, posebno s obzirom na pijenje među adolescentima (vidjeti odjeljak 3.).

Visoke su stope cijepljenja djece, no niske su stope cijepljenja starijih osoba

Procijepljenost djece razmjerno je visoka i 2016. iznosila je 92,8 % kad je riječ o primarnom cijepljenju protiv difterije, tetanusa i hripavca, no 2016. postotak osoba u dobnoj skupini od 65 godina i navije koji se cijepi protiv gripe (nije obvezno) bio je mali i iznosio je 21,5 %. Procijepljenost djece u stalnom je padu posljednjih pet godina te je 2016., po prvi put u 20 godina, procijepljenost prvom dozom cjepiva protiv ospica, rubeole i mumpsa pala ispod 90 %.

Malo se toga zna o kvaliteti zdravstvene zaštite

Još se uvijek osmišljavaju načini za dobivanje informacija o kvaliteti zaštite u Hrvatskoj. Ažurirani statistički podatci o pokazateljima kao što su bolnički letalitet u slučaju miokardijalnog infarkta ili ishemijskog moždanog udara nisu lako dostupni za sve bolnice. Analizom provedenom 2015. na uzorku od nekoliko bolnica utvrđeno je da postoje znatne razlike u kvaliteti zdravstvene zaštite. Na primjer, stopa smrtnosti od miokardijalnog infarkta kretala se u rasponu od 2,1 % do 27,7 % (s time da je prosjek 11,5 %) dok je smrtnost od moždanog udara bila u rasponu od 7,1 % do 35,6 % (Mesarić, Hadžić Kostrenčić i Šimić, 2016.).

Premda su usvojeni programi organiziranog probira, obuhvat se razlikuje od programa do programa

Jedan od strateških ciljeva Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.–2020. jest poboljšati učinkovitost i djelotvornost zdravstvenog sustava, a jedan je od njezinih prioriteta unaprjeđenje kvalitete zdravstvene zaštite. Prvi je program probira raka u Hrvatskoj uveden 2006., a odnosio se na rak dojke, a programi za rano otkrivanje kolorektalnog karcinoma i raka grlića maternice pokrenuti su 2007. i 2012. Međutim, kako je prethodno navedeno, stope smrtnosti od raka dojke i debelog crijeva i dalje su znatno iznad prosjeka EU-a.

Kako su sami ispitanici naveli u Europskoj zdravstvenoj anketi, stope pokrivenosti probirom za 2014. upućuju na to da su stope probira na rak dojke blizu prosjeka u EU-u (67,9 % žena u dobi 50–69 navodi da su

bile podvrgnute rendgenskoj metodi pregleda u posljednje dvije godine), a više su stope probira na rak grlića maternice (76,9 % žena u dobi 20–69 godina navodi da su dale uzorak iz grlića na analizu razmaza u posljednje tri godine), dok su stope probira na kolorektalni karcinom niže (27,6 % osoba u dobi 50–74 godine podvrgnulo se probiru za kolorektalni karcinom tijekom posljednje tri godine). Međutim, na temelju stopa smrtnosti može se naslutiti da postoje veliki problemi povezani s liječenjem koje treba riješiti.

5.2 DOSTUPNOST

Zdravstvena košarica obuhvaća veliki broj usluga

Košarica usluga zdravstvene zaštite koje se plaćaju iz obveznog zdravstvenog osiguranja vrlo je velika i uključuje većinu zdravstvenih usluga (odjeljak 4.). Usluge se određuju u okviru negativnih lista, jedino se za farmaceutske proizvode sastavljaju pozitivne liste kako bi se besplatni farmaceutski proizvodi razlikovali od proizvoda za koje pacijent treba platiti participaciju.

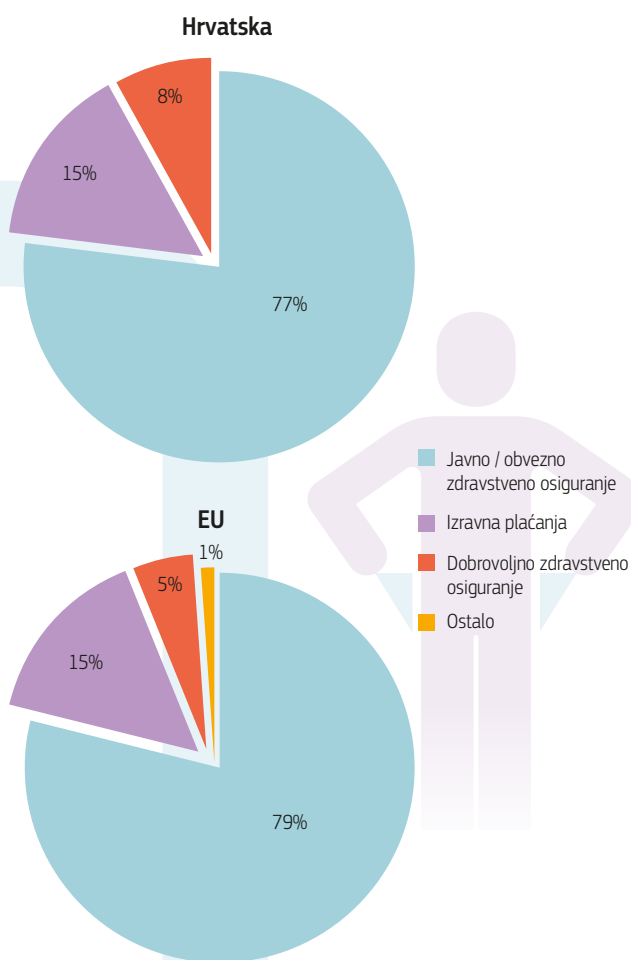
Pristupačnost je u padu zbog većeg sudjelovanja u troškovima, no još je relativno dobra

Sveukupno gledajući, potrošnja iz džepa građana jednaka je prosjeku EU-a, no uloga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, koje velikim dijelom služi za pokrivanje participacije, znatna je (slika 10.). Opseg košarice zdravstvenih usluga postupno se smanjivao od 2003. uvođenjem opsežne liste doplata za pacijente. One uključuju participacije za dane bolničkog liječenja, za posjete liječnicima primarne zdravstvene zaštite i za farmaceutske proizvode propisane izvanbolničkim pacijentima. Svi lijekovi koji se daju u bolnicama besplatni su, a maksimalni iznos sudjelovanja u troškovima bolničkog liječenja je 2 000 HRK (otprilike 264 EUR) po jednom slučaju bolesti u ustanovi sekundarne ili tercijarne zdravstvene zaštite. Postoji i cijeli niz izuzetaka od plaćanja participacije za osjetljive skupine stanovništva (npr. djecu, studente, osobe s invaliditetom, nezaposlene osobe i osobe s malim prihodima).

Sveukupno gledajući, u skladu s navodima ispitanika broj zdravstvenih potreba nezadovoljenih zbog visine troškova, udaljenosti i vremena čekanja znatno se smanjio od 2010. i taj je postotak 2015. bio samo 1,9 %. Pa ipak je taj broj slučajeva nezadovoljenih zdravstvenih potreba pet puta veći u skupinama osoba s malim dohotkom nego što je u skupinama s velikim dohotkom (5,2 % u odnosu na 0,8 %) (slika 11.).

Unatoč većem broju nezadovoljenih zdravstvenih potreba prema navodima skupina s malim dohotkom, u odnosu na Europu Hrvatska je pri dnu po ukupnoj zastupljenosti plaćanja troškova zdravstvene zaštite kojima bi se mogao ozbiljno ugroziti životni standard osoba⁶ i ta je stopa 2014. iznosila 4,0 %. Međutim, na kvintil s najnižim dohotkom nerazmjerno utječu izravna plaćanja građana kojima se ozbiljno ugrožava njihov životni standard, a taj je postotak 2014. bio 17,7 % (Vončina i Rubil, 2017.; vidjeti i sliku 12.).

Slika 10. Izravna plaćanja troškova u Hrvatskoj odgovaraju prosjeku EU-a, no dobrovoljno zdravstveno osiguranje ima veliku ulogu



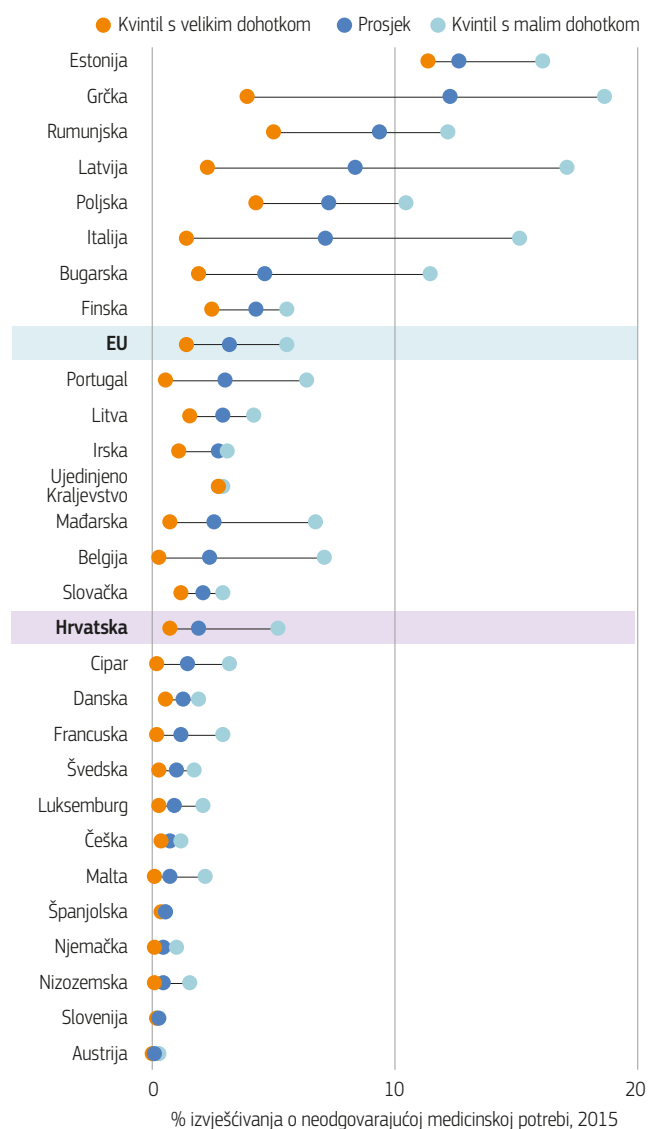
Izvori: statistički podatci OECD-a o zdravstvu; baza podataka Eurostata (podatci se odnose na 2015.).

Nejednaka raspodjela resursa prepreka je pristupu

U Hrvatskoj su zdravstvena infrastruktura i ljudski resursi zemljopisno nejednako raspoređeni, a najveći broj bolnica i zdravstvenih radnika nalazi se u središnjoj Hrvatskoj, posebice u gravitirajućem području Grada Zagreba. Hrvatskoj nedostaje liječnika i medicinskih sestara, posebno u ruralnim područjima i na otocima, a previše ima nekih drugih zdravstvenih stručnjaka. Iseljavanje zdravstvenih stručnjaka nakon

6. Troškovi kojima se ozbiljno ugrožava životni standard definiraju se kao izravna plaćanja kućanstva koja premašuju 40 % ukupne potrošnje kućanstva što ne uključuje potrebe uzdržavanja (tj. troškove hrane, stanovanja i komunalnih usluga).

Slika 11. Razlike između dohodovnih skupina – peterostruko veći broj nezadovoljenih zdravstvenih potreba u skupini s malim dohotkom

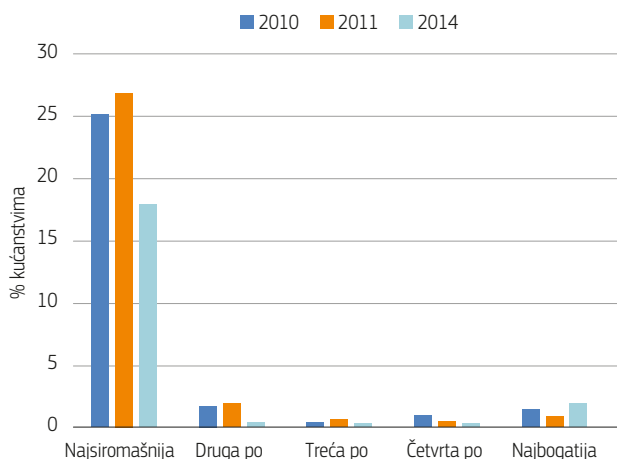


Napomena: podatci se odnose na neizvršene liječničke preglede ili neobavljeno liječenje zbog visine troškova, udaljenosti do zdravstvene ustanove ili vremena čekanja. Podatke treba pažljivo usporediti među zemljama jer postoje neke razlike u upotrijebljenom anketnom upitniku.

Izvor: baza podataka Eurostata, na temelju istraživanja EU-SILC (podatci se odnose na 2015.).

pristupanja zemlje EU-u 2013. i male plaće dodatni su izazovi koji pridonose stvaranju prepreka za pristup uslugama. Hrvatska je počela rješavati ta pitanja odobravanjem većih kvota za upis, pokušajima da mlade ljude potakne na studij medicine te povećanjem plaća. Vlada je u svibnju 2015. donijela Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu za razdoblje 2015.–2020. čiji je cilj uspostaviti sustav upravljanja ljudskim resursima.

Slika 12. Stopa izravnih plaćanja troškova zdravstvene zaštite kojima se ozbiljno ugrožava životni standard u Hrvatskoj je posebno visoka među najsiromašnijim kućanstvima



Izvor: Vončina i Rubil, 2017.

5.3 OTPORNOST ⁷

Fiskalni pritisci izazov su za održivost zdravstvenog sustava

Hrvatsku je 2008. snažno pogodila gospodarska i financijska kriza. BDP se smanjio za više od 12 % u razdoblju između 2008. i 2014., a stopa nezaposlenosti sredinom 2013. dosegla je 18 %. Zemlja je 2015. ponovno ostvarila pozitivan rast BDP-a, a stopa nezaposlenosti 2016. pala je na 12,8 %, no javni dug i dalje je daleko iznad razine prije razdoblja krize i ima vrlo malo prostora za fiskalni manevar čime bi se financiralo ulaganja u proizvodnju, obrazovanje ili socijalna davanja. U izvješću Europske komisije izražena je zabrinutost jer se čini da fiskalnoj održivosti zdravstvenog sustava prijete veliki rizici u srednjoročnom razdoblju (Europska komisija, 2017.).

Starenje stanovništva još je jedan izazov

Prema predviđanjima iz izvješća za 2015. o starenju stanovništva (Europska komisija i Odbor za ekonomsku politiku, 2015.) izdatci za zdravstvo porast će za 1,7 % BDP-a do 2060. (u usporedbi s prosjekom EU-a od 0,9 %), a to je potaknuto starenjem stanovništva. S obzirom na to da se zdravstvena zaštita u Hrvatskoj velikim dijelom financira doprinosima za zdravstveno osiguranje, u kratkoročnom razdoblju još uvijek slabo tržište rada ograničava potencijal sustava za ostvarenje prihoda. Trenutačno samo jedna trećina stanovništva podliježe obvezi plaćanja doprinosa u punom iznosu, a visoke stope doprinosa mogle bi negativno utjecati na tržište rada (Europska komisija, 2017.). Razlog tomu je činjenica da doprinose u potpunosti plaćaju poslodavci.

7. Otpornost se odnosi na sposobnost zdravstvenog sustava da se uspješno prilagodi okruženju koje se mijenja, iznenadnim šokovima ili kriznim situacijama.

Odustalo se od niza reformi

Odustalo se od niza strukturnih reformi čiji je cilj, među ostalim, povećanje fiskalne održivosti zdravstvenog sustava, uključujući povećanje iznosa osnovnog osiguranja koje se plaća HZZO-u i povećanje najvećeg iznosa participacije pacijenata. Nije se nastavilo ni s planovima za reformu sustava „dopunskog osiguranja” niti uvođenjem novih pravila za hitnu medicinsku službu. Ne napreduje dugo očekivana reorganizacija bolničkog sustava, a zaustavljena je i reforma dodjele sredstava bolnicama (Europska komisija, 2017.; vidjeti i u nastavku). Jedan od koraka koji je poduzet jest izdvajanje HZZO-a iz državne riznice, a priželjkuje se da će se time povećati transparentnost i odgovornost te poboljšati održivost zdravstvenog sustava.

Moguće je ostvariti veću učinkovitost

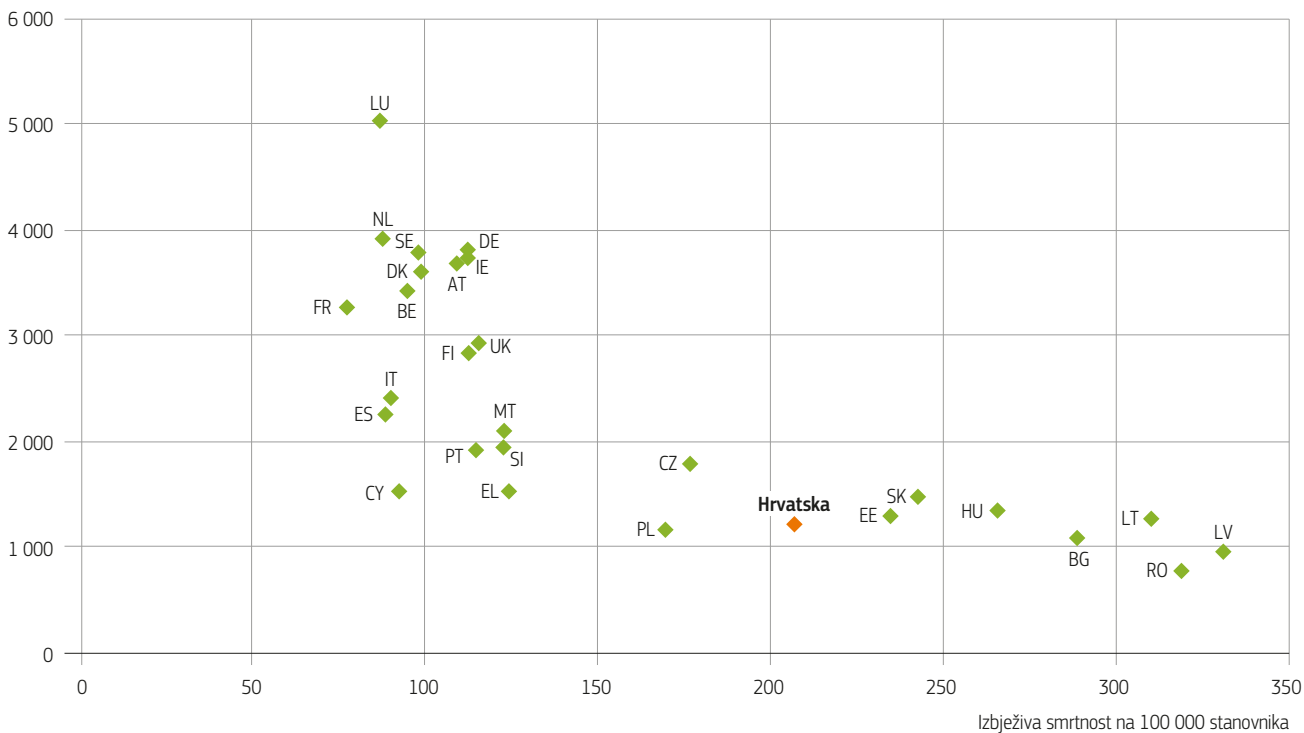
Premda u grubim crtama, mogu se dati naznake o isplativosti zdravstvenog sustava dovođenjem u vezu stope izbjegive smrtnosti s ukupnom razinom potrošnje po stanovniku, no pod uvjetom da na razinu izbjegive smrtnosti utječu zdravi obrasci ponašanja i čimbenici u zdravstvenom sustavu. Hrvatska u tom pogledu ostvaruje relativno dobre rezultate kada se uzme u obzir mala potrošnja za zdravstvo (slika 13.). Međutim, jasno je da ima prostora za poboljšanje učinkovitosti zdravstvenog sustava, posebno u bolničkom sektoru. Prosječna duljina boravka u bolnicama za akutnu skrb postojano opada posljednjih desetljeća te se 2015. skratila na 8,6 dana, što je tek nešto više od prosjeka u EU-u od 8,0 dana. Međutim, trend smanjivanja broja bolničkih kreveta nije postojan te je 2009. došlo do preokreta trenda da bi se on tek nedavno promijenio (slika 14.).

Započete su reforme bolničkog sektora i ostvaren je napredak u plaćanjima pružateljima zdravstvenih usluga

Težište nekoliko posljednjih reformi stavljeno je na poboljšanje učinkovitosti bolničkog sektora, posebno imajući u vidu dugove koje su nagomilale brojne bolnice (okvir 1.). Hrvatska je 2002. počela u bolnicama provoditi reforme za plaćanje pružateljima usluga po kliničkom slučaju, a počelo se s razvrstavanjem u široke kategorije definirane prema terapijskim postupcima. Usluge bolnica koje je ugovorio HZZO od 2009. plaćale su se u okviru sveobuhvatnog sustava plaćanja koja su unaprijed usklađena za pojedini klinički slučaj na temelju modela dijagnostičkih skupina. Cilj je bio da se uvođenjem tih mehanizama plaćanja poboljša učinkovitost.

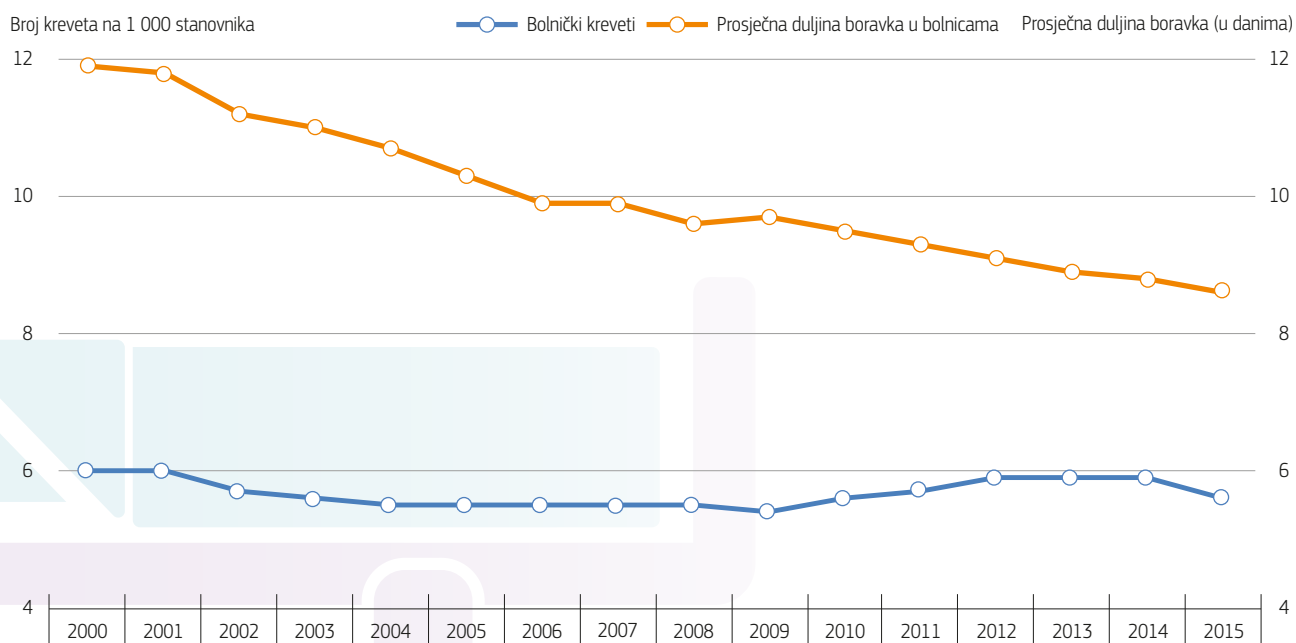
Slika 13. Kad je riječ o izbjegljivoj smrtnosti, Hrvatska ostvaruje prihvatljive rezultate s obzirom na male izdatke za zdravstvo

Izdatci za zdravstvo po stanovniku, PKM EUR



Izvori: statistički podatci OECD-a o zdravstvu; baza podataka Eurostata; baza podataka WHO-a o globalnim izdancima za zdravstvo (podatci se odnose na 2014.).

Slika 14. Prosječna duljina boravka u bolnicama neprekidno se skraćuje, no broj bolničkih kreveta ne opada



Izvor: baza podataka Eurostata.

OKVIR 1.: POTREBNA JE REFORMA SUSTAVA PLAĆANJA BOLNICAMA

Veliki su problemi s održivošću trenutnog sustava plaćanja pružateljima zdravstvenih usluga, posebno bolnicama. Osnovni je problem u tome da sustav zdravstvenog osiguranja ne prima dovoljno sredstava kako bi se iz njega plaćale javno financirane bolničke usluge. Dugove gomilaju i HZZO i bolnice, a na kraju 2016. dug koji su nagomilali pružatelji zdravstvene zaštite iznosio je 724 milijuna EUR dok je HZZO nakupio 374 milijuna EUR dugova. Samo mali broj bolnica nema dugovanja, a vlada s vremena na vrijeme u sektor mora ubrizgati državnu financijsku injekciju kako bi spriječila njegov kolaps.

U skladu sa studijom iz 2012. (Bogut, Vončina i Yeh, 2012.) primjenom oba prethodno navedena načina plaćanja poboljšala se učinkovitost koja se mjeri kraćom prosječnom duljinom boravka, s time da gotovo nije bilo učinka na broj obrađenih kliničkih slučajeva ni negativnih učinaka na kvalitetu koja se mjeri brojem ponovnih prihvata pacijenata. Godine 2015. način plaćanja bolnicama dodatno se promijenio te se u skladu s tim modelom bolnicama mjesečni prihodi plaćaju samo djelomično unaprijed (trenutačno 90 % bolničkog limita), a ostatak se plaća nakon obavljenih usluga. Novi model uključuje i praćenje pet parametara kvalitete i učinkovitosti. Čini se da se nakon tih promjena u bolnicama dodatno skratila prosječna duljina boravka, povećao broj pruženih usluga u dnevnoj bolnici i jednodnevnoj kirurgiji, povećao broj usluga specijalističke zdravstvene zaštite za izvanbolničke pacijente i povećao broj obavljenih kirurških operacija i postupaka.

Tek treba provesti planirani preustroj bolničkog sustava

Sabor je u veljači 2015. glasao za novi nacionalni plan razvoja bolnica koji obuhvaća razdoblje 2015.–2016., a čiji je cilj poboljšati učinkovitost i djelatnost. Taj Masterplan bolnica, u kojemu se određuje budući oblik bolničkog sustava, izrađen je uz potporu zajmova EU-a i Svjetske banke. U njemu se naglasak stavlja na „funkcionalnu integraciju” (smanjivanje organizacijske složenosti, fiksnih i varijabilnih troškova) i na „supsidijarnost” (umjesto u bolnicama, usluge će se obavljati u izvanbolničkim ili ambulantnim ustanovama). Predviđeno je da se financijski resursi dodjeljuju prema „modelu koji uključuje četiri regije”, a time se nastoji postići funkcionalna integracija bolnica oko četiri klinička centra (Zagreb, Rijeka, Split i Osijek). Međutim, provedba tih dalekosežnih mjera stoji u mjestu.

Dobro je financiranje primarne zdravstvene zaštite, no ona nije dovoljno razvijena

Hrvatska na primarnu zdravstvenu zaštitu troši razmjerno veliki dio svojih izdataka za zdravstvo. Država je 2015. potrošila 35 % svojih izdataka za zdravstvo na izvanbolničku skrb (veliki dio čini primarna zdravstvena zaštita) u odnosu na prosjek u EU-u od 30 %. Za razliku od toga, izdatci za bolničku skrb bili su nešto ispod prosjeka EU-a (28 % naspram 30 %), ali na 100 000 stanovnika broj stacionarnih pacijenata otpuštenih iz bolnice bio je podjednak.

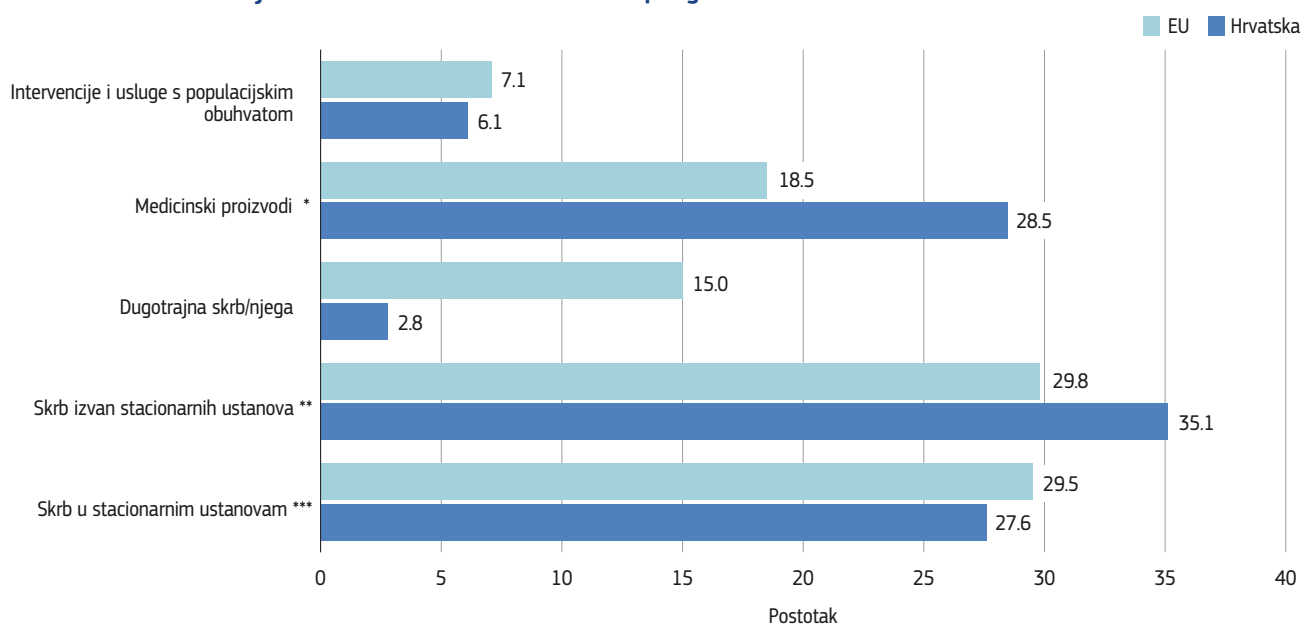
Unatoč tome, primarna zdravstvena zaštita još je uvijek nedovoljno razvijena, a premali se naglasak stavlja na prevenciju bolesti u primarnoj zaštiti te ona ne preuzima ulogu koordinatora kada je riječ o skrbi za bolesnike s kroničnim bolestima i palijativnoj skrbi. Ulažu se naporu u postizanje veće umreženosti i stimuliranje liječnika primarne zdravstvene zaštite na rad u grupnoj praksi.

Veliki dio izdataka za zdravstvo odnosi se na farmaceutske proizvode

Pokazatelj je loše učinkovitosti činjenica da među državama članicama EU-a Hrvatska najviše troši na medicinske proizvode (uglavnom farmaceutske proizvode) kada se promatra postotak u trenutačnim izdatcima za zdravstvo koji je 2015. bio 28,5 % u odnosu na prosjek EU-a od 18,5 % (Slika 15). Premda nije jednostavno doći do usporedivih podataka o udjelu generičkih lijekova u tržištu farmaceutskih proizvoda u Hrvatskoj, u studiji o izvanbolničkoj potrošnji psihofarmaka od 2001. do 2010. otkriveno je da se udjel generičkih lijekova smanjivao, a ne povećavao (Polić-Vižintin *et al.*, 2014.).

Uzevši to u obzir Hrvatska je poduzela niz mjera za smanjenje izdataka za farmaceutske proizvode tako što je promijenila način određivanja cijena i nadoknađivanja troškova, a to uključuje ažuriranje popisa referentnih zemalja. Ministarstvo zdravstva predviđa i mjere ograničavanja troškova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te osnivanje središnjeg povjerenstva za raspodjelu posebno skupih lijekova bolnicama (Europska komisija, 2017.). Uspostava sustava središnje nabave farmaceutskih proizvoda financiranih državnim sredstvima koji su namijenjeni bolnicama bio je jedan od ciljeva projekta pod nazivom Poboljšanje kvalitete i učinkovitosti zdravstvenog sustava u razdoblju 2014.–2018. za koji je potporu dala Svjetska banka, no još uvijek nije realiziran. Međutim, ostvaren je određeni napredak u praćenju pretjeranog propisivanja lijekova na recept po pojedinim liječnicima te se s tim liječnicima raspravljalo o korektivnom djelovanju.

Slika 15. Troškovi za lijekove iznose više od četvrtine ukupnog troška za zdravstvenu zaštitu

**Napomena:**

* medicinski proizvodi u među kojima najveći dio čine lijekovi

** Uključuje njegu i pomoć u kući

*** Odnosi se na liječenje i rehabilitaciju u stacionarnim ustanovama uključujući njihove jednodnevne oblike usluga

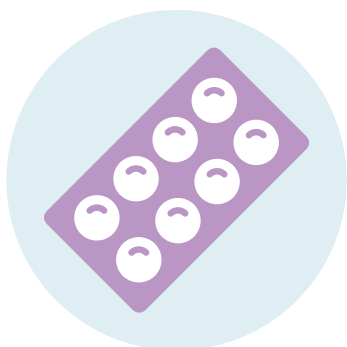
Izvori: statistički podatci OECD-a o zdravstvu; baza podataka Eurostata

Zbog donošenja nacionalne strategije i planova razvoja zdravstva bolje je upravljanje

U Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva za razdoblje 2012.–2020., koja je objavljena 2012., definira se cjelokupna vizija, utvrđuju prioriteti i postavljaju ciljevi za hrvatski zdravstveni sustav. Nacionalni plan za zdravstvo srednjoročni je alat za planiranje (obuhvaća razdoblje od otprilike tri godine) i u njemu se utvrđuju općenite zadaće i ciljevi, prioritetna područja i zdravstvene potrebe određenih skupina stanovništva. U njemu se navode i subjekti odgovorni za provedbu, rokovi i referentni kriteriji. Budući da postupak procjene zdravstvenih potreba u Hrvatskoj nije kvalitetno razvijen, ti se ciljevi temelje na osnovnom praćenju zdravlja i postojećim strukturama zdravstvenog sustava. Ministarstvu zdravstva Nacionalni plan za zdravstvo služi za utvrđivanje popisa medicinskih proizvoda i usluga koji se moraju osigurati hrvatskim građanima, a HZZO pak na temelju tih dvaju dokumenata priprema svoje godišnje planove pružanja zdravstvenih usluga.

Javnost i stručnjaci mogli bi više sudjelovati

Međutim, bez obzira na te strateške dokumente, reforme zdravstva često nisu imale strateške podloge i predviđanja koja bi javnost mogla analizirati i temeljito pregledati, a tijekom faze izrade nacrti i provedbe nedovoljno se pažnje posvećivalo mišljenjima stručnjaka i iskustvima osoba koje neposredno pružaju usluge zdravstvene zaštite. Nbrojeno su se puta uz reforme vezali skandali, a bile su i uzrok prepirki što je potkopavalo njihovu učinkovitost (Džakula *et al.*, 2014.). Učestale promjene ministara zdravstva bile su dodatna kočnica razvoju održivih reformi zdravstvenog sustava.



6 Glavni zaključci

- Hrvatska je posljednjih godina ostvarila znatan napredak u poboljšanju zdravstvenog stanja svojih građana, no očekivani životni vijek pri rođenju još je uvijek za više od tri godine kraći od prosjeka u EU-u. Stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti gotovo su dvostruko veće od prosjeka EU-a, a stope smrtnosti od karcinoma pluća, dojke i debelog crijeva među najvišima su u EU-u. Ti zdravstveni problemi znak su manjkavosti u pružanju zdravstvene zaštite i mjerama zaštite javnog zdravlja. Štoviše, stope pušenja i pretilosti više su nego u brojnim drugim državama članicama EU-a. Ulaganjem u mjere zaštite javnog zdravlja radi snižavanja tih visokih stopa mogle bi se ostvariti znatne koristi.
- Unatoč problematičnom gospodarskom kontekstu i velikim proračunskim pritiscima na rashode za zdravstvo, Hrvatska i dalje svojim stanovnicima omogućuje pristup zdravstvenim uslugama financiranim iz javnih izvora. Iako je Hrvatska među zadnjima u Europi po zdravstvenoj potrošnji po stanovniku, udio javne potrošnje usporediv je s prosjekom EU-a, a košarica zdravlja opsežna i uključuje većinu zdravstvenih usluga. Međutim, pristupačnost zdravstvenih usluga i dalje je problem za neke skupine stanovnika. Iako nije česta pojava da građani izravno plaćaju troškove zdravstvene zaštite kojima bi se mogao ozbiljno ugroziti njihov životni standard (4 %), 17 % kućanstava s malim dohotkom živi pod nepodnošljivim financijskim teretom zbog tih troškova.
- Razlog je za zabrinutost pitanje održivosti sustava financiranja zdravstvene zaštite, a posljednjih su godina velike oscilacije u potrošnji po stanovniku zbog problematičnog fiskalnog okruženja i visokih stopa nezaposlenosti. Osim toga, očekuje se da će se financijski pritisak na zdravstvo u budućnosti još i povećati jer stanovništvo stari.
- Hrvatska posljednjih godina poduzima brojne reforme u zdravstvu od kojih su mnoge usmjerene na poboljšanje djelotvornosti i učinkovitosti njezina zdravstvenog sustava. Nastavkom tih reformi i njihovom provedbom mogli bi se postići još bolji rezultati u zdravstvenom sustavu države. Razmjerno veliki dio izdataka za zdravstvo čine farmaceutske proizvodi, što je znak da se može povećati učinkovitost ako se poduzmu odgovarajuće mjere.
- Bolnički sektor jedna je od središnjih točaka zdravstvenih reformi, a nastoji se poboljšati strateško planiranje bolničke infrastrukture i učinkovitost tog sektora. Međutim, dosad je bilo pozitivnih i negativnih rezultata, a napredak je postignut u području uvođenja novog sustava plaćanja pružateljima usluga prema modelu dijagnostičke skupine, no zaustavljena je provedba planova preustroja bolnica, a dugovanja se i dalje nagomilavaju.
- Dodatni je izazov strateško planiranje ljudskih resursa u zdravstvu. Broj liječnika, a posebno medicinskih sestara, mali je u usporedbi s prosjekom EU-a. Nakon što je zemlja pristupila EU-u, sve je veće iseljavanje zdravstvenih radnika u ostale države članice, što je dodatno pridonijelo manjku radne snage u hrvatskom zdravstvenom sustavu.
- Kako bi se očuvala dosadašnja postignuća i riješili preostali problemi u pružanju usluga zdravstvene zaštite i u javnom zdravstvu ključno je da Ministarstvo zdravstva preuzme ulogu upravljanja. Izgradnjom nacionalnih kapaciteta za provedbu zdravstvene reforme Hrvatska može osigurati ispunjavanje ciljeva koje si je postavila s obzirom na zdravstveni sustav, a to su, među ostalim, dulje očekivano trajanje života, bolja kvaliteta života i smanjenje zdravstvenih nejednakosti.



Ključni izvori

Džakula, A. *et al.* (2014.), „Croatia: Health System Review“, *Health Systems in Transition*, sv. 16. broj 3., str 1.–162.

OECD/EU (2016.), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Pariz, <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Literatura

Bogut, M., L. Vončina i E. Yeh (2012.), „Impact of Hospital Provider Payment Reforms in Croatia“, *Policy Research Working Paper 5992*, Svjetska banka, Washington, DC, <http://elibrary.worldbank.org/doi/book/10.1596/1813-9450-5992>, datum pristupa 28.5.2014.

EBRD (2011.), *Life in Transition: After the Crisis*, Europska banka za obnovu i razvoj, London.

Europska komisija (Glavna uprava za gospodarske i financijske poslove) i Odbor za ekonomsku politiku (Radna skupina za sve starije stanovništvo i održivost), „The 2015 Ageing Report – Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2013-2060)“, *European Economy 3*, Bruxelles, svibanj.

Europska komisija (2017.), „Izvešće za Hrvatsku 2017. s detaljnim preispitivanjem o sprječavanju i ispravljanju makroekonomskih neravnoteža, Europski semestar 2017.: procjena napretka u provedbi strukturnih reformi te sprječavanju i ispravljanju makroekonomskih neravnoteža i rezultati detaljnih preispitivanja u skladu s Uredbom (EU) br. 1176/2011“, Europska komisija, Bruxelles.

IHME (2016.), „Global Health Data Exchange“, Institut za metriku i evaluaciju zdravlja, dostupan na <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.

Mesarić, J., C. Hadžić Kostrenčić i D. Šimić (2016.), „Izvešće o pokazateljima sigurnosti pacijenta za 2015.“, Agencija za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu i socijalnoj skrbi, http://aaz.hr/sites/default/files/Izvjescje_o_PSP-2015.pdf, datum pristupa 11.8.2017.

Polić-Vižintin, M. *et al.* (2014.), „Distribution and Trends in Outpatient Utilization of Generic Versus Brand Name Psychopharmaceuticals During a Ten-year Period in Croatia“, *BMC Health Services Research*, sv. 14:343.

Vončina, L. i I. Rubil (2017.), *Moving Towards Universal Health Coverage: New Evidence on Financial Protection in Croatia*, regionalni ured WHO-a za Europu, Kopenhagen.

WHO (2015.), „WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015, Country Profile Croatia“, http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/hrv.pdf?ua=1, datum pristupa 28.4.2017.

Popis oznaka zemalja

Austrija	AT	Estonija	EE	Italija	IT	Nizozemska	NL	Slovenija	SI
Belgija	BE	Finska	FI	Latvija	LV	Njemačka	DE	Španjolska	ES
Bugarska	BG	Francuska	FR	Litva	LT	Poljska	PL	Švedska	SE
Češka	CZ	Grčka	EL	Luksemburg	LU	Portugal	PT	Ujedinjena	
Čipar	CY	Hrvatska	HR	Mađarska	HU	Rumunjska	RO	Kraljevina	UK
Danska	DK	Irska	IE	Malta	MT	Slovačka	SK		

State of Health in the EU

Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017

Profil zemalja važan su korak u dvogodišnjem ciklusu Europske komisije pod nazivom *Stanje zdravlja u EU-u* te su plod zajedničkog rada Organizacije za gospodarsku suradnju i razvoj (OECD) i *European Observatory on Health Systems and Policies*. Komisija je koordinirala izradu ove serije koja je nastala uz financijsku pomoć Europske unije.

Sažeti profili zemalja, relevantni za politiku, temelje se na transparentnoj, dosljednoj metodologiji u kojoj se upotrebljavaju kvantitativni i kvalitativni podatci, no ipak je dobro prilagođena kontekstu svake države članice EU-a. Cilj je omogućiti uzajamno učenje i dobrovoljnu razmjenu iskustava, čime se podupiru naponi država članica koje ulažu u donošenje činjenično utemeljenih politika.

U svakom se profilu zemlje iznosi sažeti prikaz:

- zdravstvenog stanja u zemlji,
- odrednica zdravlja s naglaskom na čimbenike rizika povezane s ponašanjem,
- ustroja zdravstvenog sustava,
- učinkovitosti, dostupnosti i otpornosti zdravstvenog sustava.

Ovo je prva serija dvogodišnjih profila zemalja, objavljena u studenome 2017. Komisija popratnim izvješćem nadopunjuje glavne zaključke iznesene u profilima zemalja.

Dodatne informacije: https://ec.europa.eu/health/state/summary_hr

Molimo prilikom citiranja ovu publikaciju navoditi kao:

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2017), *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264285088-hr>

ISBN 9789264285088 (PDF)

Series: State of Health in the EU
ISSN 25227041 (online)

Note: In the event of any discrepancy between the original version of this work published in English and the translation, only the text of the original work should be considered valid.