



Znanstveno društvo ekonomista

FISCUS

Fiskalna održivost hrvatskog zdravstvenog sustava

Br. 10 / travanj 2021.
ISSN 1849-9309

Hrvoje Šimović

Ekonomski fakultet – Zagreb

hsimovic@net.efzg.hr

Marko Primorac

Ekonomski fakultet – Zagreb

mprimorac@net.efzg.hr

Fiskalna održivost hrvatskog zdravstvenog sustava

Fiskalna održivost zdravstvenog sustava temelj je svake moderne države blagostanja. Cilj ovog rada je analiza osnovnih karakteristika i problema postojećeg sustava financiranja zdravstva te u skladu s time izrada prijedloga mjera za jačanje fiskalne održivosti zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Osnovna teza od koje se polazi u radu je da se rast zdravstvene potrošnje u dugom roku ne može zaustaviti, ali se financiranje zdravstva može i mora učiniti učinkovitijim. U radu se analiziraju mjere jačanja prihoda strane te rashodne strane zdravstvenog sustava. Ukazuje se na fiskalni prostor u sklopu kojeg bi se mogla ojačati prihodna strana zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Unatoč mogućnosti povećanja prihoda, imperativ bi trebao biti na reduciranju i većoj efikasnosti rashodne strane zdravstvenog proračuna. Zdravstveni sustav mora se promijeniti iznutra u organizacijskom i upravljačkom smislu. Ne smiju se generirati nova zaduženja, a eventualno veća izdvajanja za zdravstvo trebala bi se razmatrati isključivo u okviru povećanja učinkovitosti zdravstvenog sustava u kontekstu kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite.

JEL H51, I18

1. Uvod

Fiskalna održivost zdravstvenog sustava temelj je svake moderne države blagostanja. Država blagostanja ima za cilj povećanje društvenog blagostanja i preraspodjelu dohotka, pa se ti ciljevi ostvaruju i kroz sustav zdravstva i zdravstvene zaštite. U financiranju zdravstva dominiraju javna sredstva, odnosno država dominantno financira zdravstveni sustav kroz izravne proračunske transfere ili preko sustava obveznog osiguranja. U Hrvatskoj se zdravstveni sustav također dominantno financira iz javnih izvora, i to dominantno iz sustava obveznog

zdravstvenog osiguranja (Bismarckovog modela osiguranja). Jedan manji dio se financira iz izravnih proračunskih transfera (Beveridgeov model).

Sustav financiranja zdravstva u Hrvatskoj ima evidentne probleme koji se najčešće iskazuju preko čestih sanacija dugova bolnica, najčešće za lijekove. Redovito se dug sanira veletrgovačima i ljekarnama nakon prijetnji obustave isporuke lijekova i drugog medicinskog materijala. Bez obzira na brojne sanacije i reforme zdravstvenog sustava, dug zdravstvenog sustava i dalje raste te nema naznaka promjena koje bi spriječile pojavu novih dugova. Tijekom listopada i studenog 2020. godine obavljena je jedna od takvih djelomičnih sanacija dugova kroz rebalans državnog proračuna za 2020. godinu.

Iako HZZO u svojim izvještajima iskazuje uravnoteženo financijsko poslovanje, gotovo svake godine Vlada je prisiljena sanirati dio dugovanja bolnica, a dosad je bilo preko 20 takvih sanacija (Jurković, 2018). Prethodno navedene činjenice upućuju na problem (dugoročne) financijske održivosti zdravstvenog sustava. Očigledno sustav nadzora, upravljanja troškovima i planiranja (budžetiranja) prihoda i rashoda podbacuje. S obzirom na okolnosti COVID-19 pandemije, za očekivati je da će financijski izazovi koji se stavljaju pred zdravstveni sustav biti još izraženiji.

Osnovni cilj ovog rada je analizirati osnovne karakteristike i probleme postojećeg sustava financiranja zdravstva u Hrvatskoj. U skladu s time, dati će se određene preporuke i prijedlozi za jačanje fiskalne održivosti zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Osnovna teza od koje se polazi u radu je da se rast zdravstvene potrošnje u dugom roku ne može zaustaviti, ali se financiranje zdravstva može i mora učiniti efikasnijim. U radu se nude određena rješenja kako se mogu namaknuti dodatna sredstva i time ojačati fiskalna pozicija zdravstva.

Rad se sastoji od pet dijelova. Nakon uvoda, u drugom dijelu analizira se pojam i definicija fiskalne održivosti u zdravstvu te izazovi budućnosti koji će se odraziti na povećanje zdravstvene potrošnje. U trećem dijelu analiziraju se karakteristike i osnovni problemi zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Prije svega analiziraju se izazovi vezani uz financiranje zdravstvene zaštite te izazovi vezani uz odrednice zdravstva i kvalitetu zdravstvene zaštite. U četvrtom dijelu predlaže se i analizira čitav niz mjera, kako na prihodnoj tako i na rashodnoj strani, za jačanje fiskalne održivosti zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Peti dio je zaključak.

2. Fiskalna održivost zdravstvenog sustava: prošlost i reforme, sadašnjost i COVID-19 te očekivanja u budućnosti

Općenito, fiskalna održivost može se definirati kao sposobnost dužnika da uz prihvatljiv saldo prihoda i rashoda dugoročno ispunjava svoje financijske obveze prema vjerovnicima. U suprotnom, dug postaje neodrživ ukoliko počne rasti brže nego sposobnost dužnika da ga

otplaćuje (Šimović i Batur, 2017).¹ Također, podrazumijeva se da fiskalna održivost postoji ukoliko se postojeće javne politike, posebno u domeni fiskalne politike i oporezivanja, ostaju nepromijenjene kao i razina javnog duga (European Commission, 2014).

Prehodan definicija se može primijeniti na uže segmente javnog sektora pa tako i na zdravstveni sustav. Ipak, zbog specifičnosti javnog zdravstvenog sustava problem fiskalne održivosti treba promatrati na malo drugačiji način. Za zdravstveni sustav, fiskalnu održivost ne treba promatrati kao cilj već kao ograničenje o kojem treba permanentno voditi računa. Jednostavna rješenja za smanjivanje duga zdravstva kao što su povećanje doprinosa ili horizontalno rezanje troškova ne bi trebala biti u primarnom fokusu kako se ne bi narušila razina zdravstvene usluge, a pogotovo zdravlje društva. Sustav je potrebno unaprijediti, prije svega, smanjenjem troškovno neučinkovitih zdravstvenih intervencija (OECD, 2015; Thompson et al. 2009).

Uzimajući u obzir prethodne definicije fiskalne održivosti te činjenicu kako se u Hrvatskoj kontinuirano saniraju dugovi u zdravstvu, može se zaključiti kako je hrvatski zdravstveni sustav fiskalno neodrživ. Hrvatsko zdravstvo generira oko 220 milijuna kuna dodatnih obveza mjesečno (Vlada, 2020a). Krajem rujna 2020. godine ukupni dug zdravstva iznosio je 13,83 mlrd. kuna. Od toga 11 mlrd. kuna odnosi se na dugove veledrogerijama. Zbog prijetnji veledrogerija djelomičnom obustavom lijekova i drugog medicinskog materijala, Vlada je krenula u još jednu sanaciju zdravstva. Rebalansom državnog proračuna, u listopadu 2020. godine, predviđeno je dodatnih 1,3 mlrd. kuna za sanaciju ustanova u zdravstvu (Vlada, 2020b).

Vidljivo je da postoji spremnost Vlade za zatvaranje značajnog dijela dospelog duga zdravstva ali i dugoročno rješavanje pitanja financijske stabilnosti zdravstvenog sustava. Rebalans proračuna sadrži fiskalne efekte sanacije zdravstva i ekonomske krize uzrokovane COVID-19. Činjenica je da će se deficit proračuna zatvarati zaduživanjem, čemu u prilog ide povoljna situacija na financijskom tržištu i povijesno niske kamatne stope. Idealno je vrijeme da se iskoristi ovaj moment na financijskom tržištu, ali i društvena spremnost na suštinske promjene u zdravstvu, te da se osigura dugoročna stabilizacija poslovanja sustava zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. Upravo je jedan od ciljeva ovog rada ponuditi ključne mjere koje će utjecati na dugoročnu fiskalnu održivost i stabilnost zdravstvenog sustava.

Hrvatska je u sanaciju zdravstva u razdoblju od 1994. do 2018. godine utrošila oko 17,7 milijardi kuna (Laušić, 2019). Unatoč brojnim reformama i sanacijama, zdravstveni sustav je kontinuiranim financijskim poteškoćama (Vončina et al., 2007; Švaljek, 2014; Broz i Švaljek, 2014). Reforme provedene posljednjih 25 godina uglavnom su bile fokusirane na ograničavanje zdravstvenih troškova (engl. cost containment), a manje na neefikasnostima koje uzrokuju

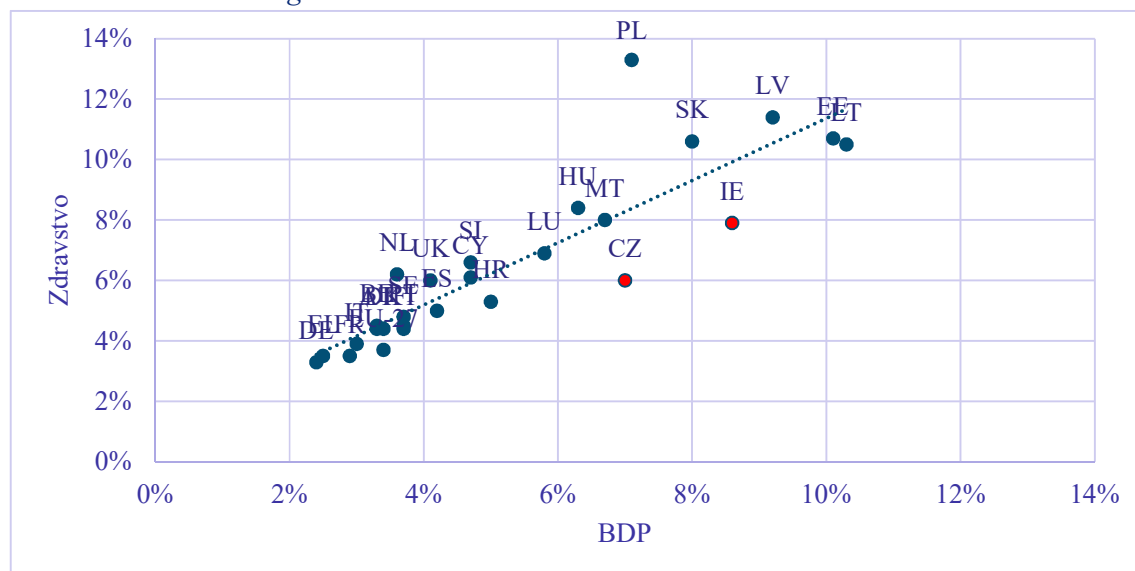
¹ Fiskalna održivost uži je pojam od financijske održivosti. Budući da se hrvatski zdravstveni sustav financira dominantno javnim izvorima, fokus rada biti će na fiskalnoj održivosti i jačanju prihoda od HZZO-a. Ipak, u nekim segmentima analizirati će se mjere za povećanje vlastitih prihoda zdravstvenih ustanova iz privatnih sredstava (npr. kliničke studije) čime se istupa izvan uže „fiskalnog“ okvira i dolazi u domenu financijske održivosti.

financijske probleme. Također, izvjesno je da se rast rashoda za zdravstvo u dugom roku ne može zaustaviti, ali se sustav financiranja zdravstva može i mora učiniti učinkovitijim.²

Izazovi fiskalne održivosti zdravstva biti će još veći u budućnosti. Već je sada znana činjenica da rashodi za zdravstvo rastu prosječno brže od BDP-a. Na grafikonu 1 prikazan je odnos prosječne godišnje stope rasta rashoda za zdravstvo i BDP-a u razdoblju od 1995. do 2018. godine u EU. U svim zemljama EU rashodi za zdravstvo prosječno su rasli brže od BDP-a. Iznimka su samo Češka i Irska.

Iako je u uvjetima posljednje ekonomske krize usporio rast rashoda za zdravstvo, još uvijek je veći od rasta BDP-a. Za očekivati je kako će se do 2030. godine nastaviti nešto sporiji rast rashoda za zdravstvo u odnosu na povijesni prosjek, ali će taj rast i dalje biti veći od rasta BDP-a (Lorenzoni et al., 2019).

Grafikon 1. Prosječna godišnja stopa rasta rashoda za zdravstvo i BDP-a u EU u razdoblju 1995.-2018. godine



Napomena: Zbog vizualnog dojma Bugarska i Rumunjska nisu prikazane na grafikonu, njihov rast rashoda za zdravstvo višestruko je nadmašio stope rasta BDP-a.

Izvor: obrada autora na temelju podataka Eurostat-a.

Prethodno izneseni podaci i projekcije izrađeni su prije COVID-19 pandemije. Očekuje se da će korona kriza uzrokovati pad zdravstvene potrošnje tijekom 2020. godine. Iako se veliki resursi (direktni trošak COVID-19) ulažu u borbu protiv koronavirusa³, podbacuju drugi

² Osim već spomenutih radova, postoji čitav niz radova koji se bave tematikom zdravstvenih reformi i problemom financiranja zdravstva te su na tragu prethodno spomenutih zaključaka. Na primjer, vidjeti Zrinščak (2007), Mihaljek (2014), Ostojić et al. (2012), Smolić (2016) i Radin (2018).

³ Prema prvim procjenama do prosinca 2020. godine utrošeno je 776,3 milijuna kuna, a do kraja godine može se očekivati oko milijardu kuna troškova vezanih uz epidemiju koronavirusom (Krnčić, 2020).

segmenti zdravstvene zaštite koji nisu hitnog karaktera. Pacijenti izbjegavaju bolnice i klinike zbog bojazni od zaraze ili stavljanja dodatnog tereta na zdravstvene radnike i sustav zdravstva općenito (EIU, 2020).

Oporavak zdravstvene potrošnje očekuje se krajem pandemije, odnosno već u 2021. godini. Ipak, korona kriza uzrokovala je i ekonomsku krizu što je dovoljan razlog da dođe do dodatnog fiskalnog pritiska na već ionako ograničena sredstva javnog financiranja zdravstva. Za očekivati je da održavanje prethodnih razina izdvajanja za zdravstvo neće biti dovoljno u odnosu na rastuće zdravstvene potrebe kao rezultat korona krize (tzv. indirektni ili skriveni troškovi COVID-19). Naime, u razdoblju nakon pandemije očekuje se pojava dodatnih indirektnih troškova zdravstva koji proizlaze iz odgođenog ili otkazanog liječenja, kasnijeg otkrivanja bolesti (posebno onkoloških) zbog neodlaska na preglede, dugoročnih i nepoznatih utjecaja na zdravlje onih koji se oporave od kornavirusa te posljedica učestalog boravka kod kuće u zatvorenom prostoru na fizičko i psihičko zdravlje (Gheorghe; A. et al., 2020; Coe et al., 2020).

Bez obzira na COVID-19 zdravstvenu i ekonomsku krizu, za očekivati je kako će se u budućnosti povećati rashodi za zdravstvo. Razlozi se opravdavaju demografskim kretanjima, novim (i skupim) tehnologijama u zdravstvu, rastom dohodaka u društvu te institucionalnim karakteristikama zdravstvenih sustava (Blecher, M. et al., 2015). Demografska kretanja, posebno starenje stanovništva, često se ističe kao najvažniji pokretač rasta troškova u zdravstvu.⁴ Starije stanovništvo sklonije je kroničnim bolestima i višestrukim oboljenjima što u konačnici povećava trošak liječenja. Nove tehnologije povećavaju opseg i kvalitetu zdravstvenih usluga. Prije svega se tu misli na ponudu bolje, ali skuplje, zdravstvene zaštite za kompleksne bolesti za koju ranije nije ni postojao tretman. Nadalje, s rastom dohotka u društvu rastu očekivanja od (javnog) zdravstvenog sustava kao i opseg zdravstvene zaštite koja se nudi u sklopu obveznog zdravstvenog osiguranja. Posljednje, institucionalne karakteristike zdravstvenih sustava pokazale su se izrazito važnim u objašnjenju rasta zdravstvene potrošnje. Prije svega tu se misli na tzv. Baumolov učinak ili Baumolovu bolest troškova (engl. *Baumol's cost disease*). Naime, budući da je sektor zdravstva uslužan i dominantno radno intenzivan sektor, kao takav ima tendenciju povećanja cijena svojih usluga bez obzira što rast cijena ne prati rast produktivnosti sektora.⁵

Prethodno su navedeni opći i specifični (COVID-19) uzroci rasta rashoda za zdravstvo u budućnosti koji se odnose na većinu javno-zdravstvenih sustava u svijetu. Pozicija Hrvatske je posebno izazovna zbog postojećeg velikog duga zdravstva i njegove fiskalne neodrživosti. Prije

⁴ Kako ekonomski rast, konkretno BDP po stanovniku pozitivno utječe na učinkovitost u zdravstvenom sektoru, tako rastući udio starije populacije umanjuje koeficijent učinkovitosti (Buljan et al., 2019).

⁵ Upravo zato što je ovakav zaključak u suprotnosti s ekonomskom logikom, naziva se „bolešću“. Baumol (1967) je do navedenog zaključka došao analizirajući zašto u sektoru primarno javnih usluga, kao što su zdravstvo i obrazovanje, dolazi do dihotomije produktivnosti i plaća. Zaključio je kako sektor usluga ima manji potencijal generiranja inovacija, a time i unaprjeđenja produktivnosti, jer je supstitucija rada kapitalom gotovo nemoguća.

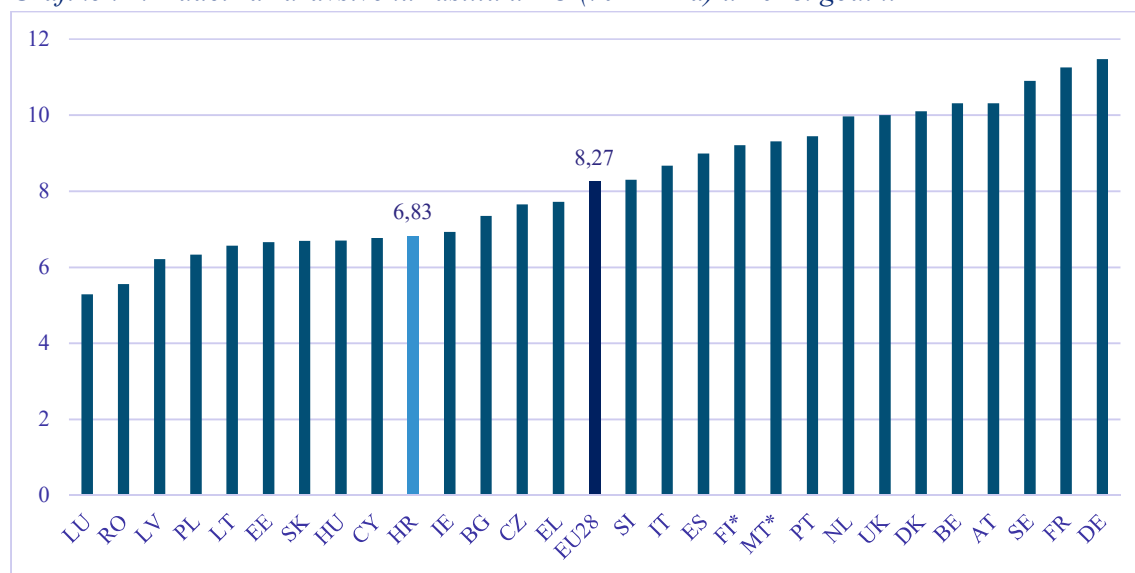
predlaganja određenih mjera u pogledu jačanja fiskalne održivosti, potrebno je detaljnije analizirati karakteristike i probleme financiranja zdravstva u Hrvatskoj.

3. Karakteristike i problemi financiranja zdravstvenog sustava u Hrvatskoj

3.1. Izdaci za zdravstvo

Izdaci pojedinih država za zdravstvo i zdravstvenu zaštitu pokazuju stupanj ekonomskog razvoja, ali i razvijenosti zdravstvenog sustava. Na grafikonima 2 i 3 prikazani su izdaci za zdravstvenu zaštitu u EU u postotku BDP-a, odnosno izdaci za zdravstvo po stanovniku. To s dvije najčešće korištene mjere koje se koriste za prikaz zdravstvene potrošnje u nekoj zemlji. Općenito zemlje s višim stupnjem razvoja veći dio svojih rashoda usmjeravaju na zdravstvenu zaštitu.

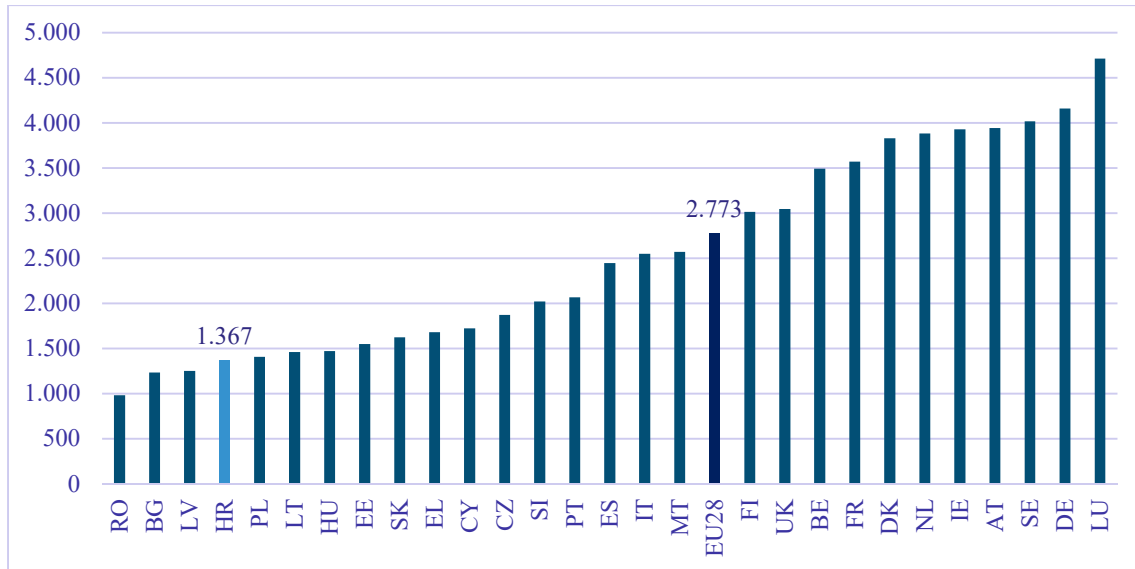
Grafikon 2. Izdaci za zdravstvenu zaštitu u EU (% BDP-a) u 2018. godini



Napomena: podaci za Finsku i Maltu se odnose za 2017. godinu

Izvor: Eurostat.

Grafikon 3. Izdaci za zdravstvo po stanovniku (EUR, PPP) u 2017. godini

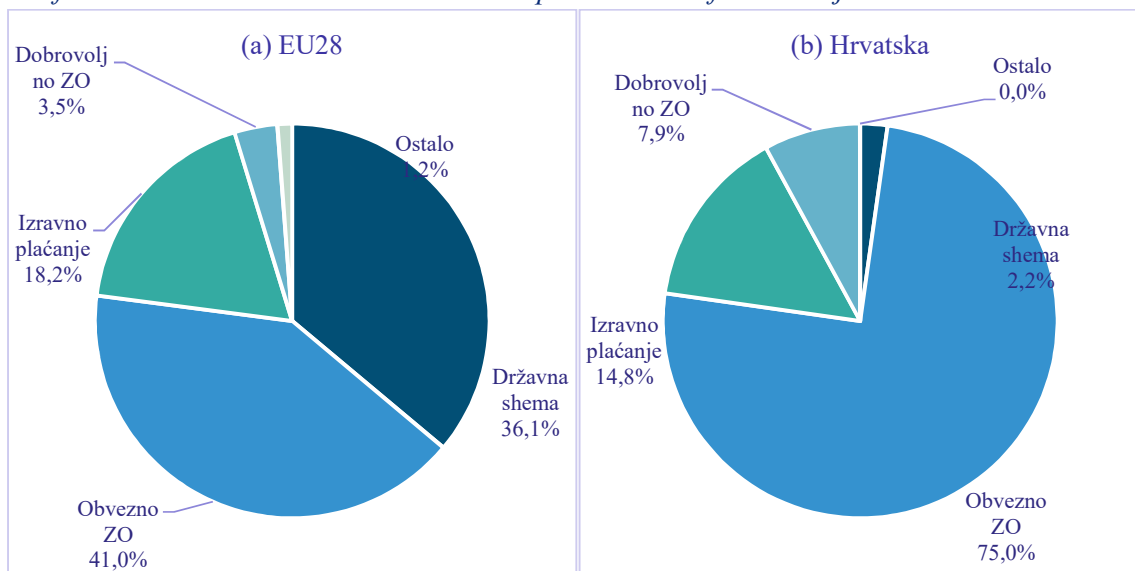


Izvor: OECD/EU (2018).

Hrvatska izdvaja za zdravstvo ispod prosjeka EU. Izdaci za zdravstvenu zaštitu iznosili su 6,83% BDP-a u 2018 godini, dok je prosjek EU iznosio 8,27% BDP-a. Prema izdacima po stanovniku Hrvatska se nalazi još na lošijem mjestu. Hrvatska je još niže od EU prosjeka. Hrvatska prosječno izdvaja 1.367 eura po stanovniku, dok je prosjek EU 2.773 eura.

Sustavi zdravstva u EU financiraju se putem različitih shema. Na Grafikonu 4 prikazana je struktura ukupnih izdataka za zdravstvo prema načinu financiranja u EU (prosjeak) i Hrvatskoj. Prosječno gledajući, u EU dominiraju sustavi javnog financiranja zdravstva: model obveznog zdravstvenog osiguranja i izravni proračunski transferi institucijama u zdravstvu.

Grafikon 4. Struktura rashoda za zdravstvo prema načinu financiranja



Izvor: obrada autora prema OECD/EU (2018).

U Hrvatskoj dominira sustav obveznog osiguranja, ali se jedan dio zdravstvene zaštite financira iz državnog proračuna. Radi se o svojevrsnoj kombinaciji dominantnog Bismarckovog modela osiguranja temeljenog na doprinosima na plaću, te Beveridgeovog modela koji se zasniva na proračunskim transferima.

Udio javnog financiranja u ukupnim izdacima za zdravstvo u Hrvatskoj malo je veći od prosjeka zemalja EU-28. To znači da je udio privatnih izdvajanja za zdravstvo na nižoj razini od prosjeka zemalja EU. Stoga, povećanje izdvajanja za zdravstvo u budućnosti treba u većoj mjeri financirati instrumentima dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja ili izravnih privatnih plaćanja, a manje kroz javna sredstva.

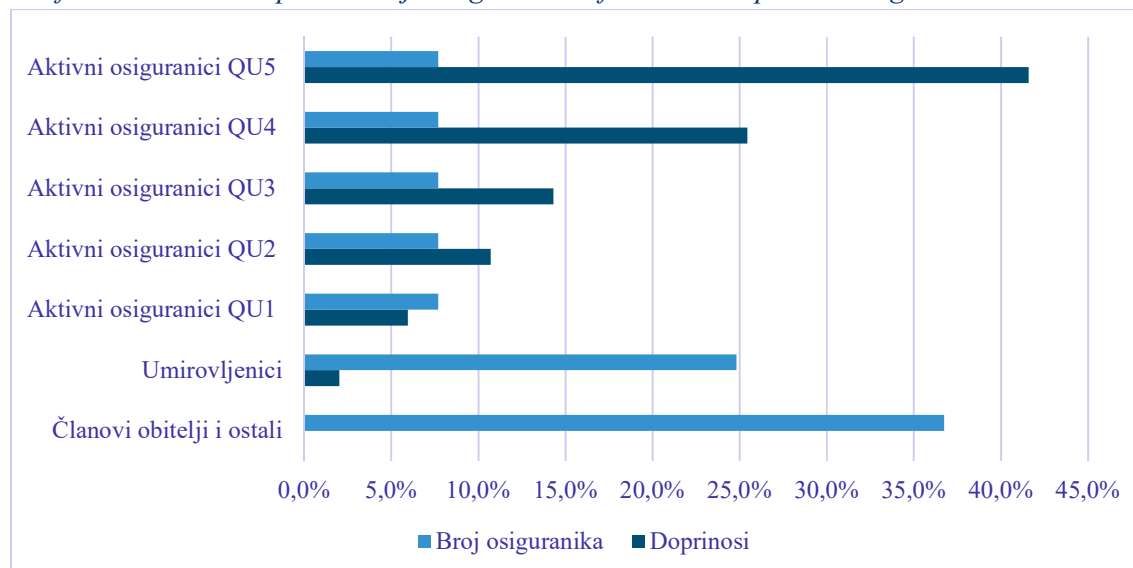
3.2. HZZO i financiranje zdravstva

Ključna institucija za provedbu obveznog zdravstvenog osiguranja je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). HZZO je javna ustanova čiji je osnovni cilj osigurati sredstva za zdravstvenu zaštitu kako bi osigurane osobe imale odgovarajući pristup zdravstvenoj usluzi. Osim brige za ostvarivanje prava na zdravstvenu zaštitu, HZZO se brine i za ostvarivanje prava na novčane naknade, na primjer za vrijeme bolovanja i porodiljnog dopusta.⁶

U Hrvatskoj svi građani imaju pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Prema podacima HZZO-a, u 2019. godini evidentirano je 4,18 milijuna osiguranika, od čega je svega 38,4% aktivnih osiguranika ili oko 1,61 milijuna ljudi koji su zaposleni i koji plaćaju 98% doprinosa. Tu činjenicu treba imati na umu kada se raspravlja o financijskoj održivosti postojećeg modela i razmjeru prava na zdravstvenu zaštitu. Na grafikonu 3 prikazana je struktura osiguranika prema broju osiguranika i fiskalnom doprinosu osiguranika, s time da su aktivni osiguranici podijeljeni prema kvartilima na temelju prosječne neto plaće.

⁶ Opseg prava na zdravstvenu zaštitu, kao i drugih prava, reguliran je Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13, 137/13, 98/19).

Grafikon 5. Struktura prema broju osiguranika i fiskalnom doprinosu osiguranika



Napomena: QU1-QU5 označava podjelu osiguranika prema kvintilima na temelju prosječne neto plaće. QU1 je u prosjeku do 3.000 kn neto, QU2 u prosjeku oko 3.000-4.000 kn neto, QU3 u prosjeku oko 4.000-5.000 kn neto, QU4 u prosjeku oko 5.000-7.000 kn neto, a QU5 prosječno iznad 7.000 kn neto. Izvor: izračun autora prema podacima HZZO-a i Porezne uprave (2018).

Prema načelu solidarnosti, većinu doprinosa plate aktivni osiguranici i to oni s najvećim primanjima. Iz grafikona je vidljivo kako petina aktivnih osiguranika (QU5 s najvišim dohocima), što je 7,7% svih osiguranika, plati više od 40% doprinosa. Iznos plaćenih doprinosa se smanjuje prema kvintilnim skupinama s manjim dohotkom. Ostali osiguranici su umirovljenici koji isto plaćaju doprinose. Oni plate 2% doprinosa⁷, a čine 25% osiguranika. Ostali osiguranici su članovi obitelji nositelja osiguranja te čitav niz kategorija osiguranika kao nezaposleni prijavljeni Hrvatskom zavodu za zapošljavanje, djeca do 18 godina, učenici i redovni studenti. Oni ne plaćaju doprinose.

U Tablici 1 prikazani su prihodi i rashodi HZZO-a. Iz tablice se vidi da prihodi od doprinosa za zdravstveno osiguranje iznose oko 22,1 mlrd. kuna što je oko 80% prihoda HZZO-a. Proračunski transferi u 2019. godini činili su 2,6 mlrd. kuna ili oko 10%. Značajan dio prihoda ostvaruje se od prohoda po posebnih propisima (2,2 mlrd. kuna). Najvećim dijelom ta stavka se odnosi na premije dopunskog zdravstvenog osiguranja i participacije.

HZZO pokriva troškove zdravstvenih rizika u razini od 80% u okviru "košarice usluga" obuhvaćene obveznim zdravstvenim osiguranjem.⁸ Ostatak troška usluga obavezan je platiti

⁷ Umirovljenici plaćaju dodatni doprinos za zdravstveno osiguranje u iznosu 1% ili 3%, ovisno o tome da li im je mirovina niža ili viša od prosječne neto plaće.

⁸ To je pravo na primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, bolničku zdravstvenu zaštitu, uporabu lijekova koji su na listi HZZO-a, korištenje zdravstvene zaštite u inozemstvu, stomatološko-protetske usluge, nadomjeske, te ortopedska i druga pomagala.

osiguranik, uglavnom izravno kroz participaciju ili preko dopunskog zdravstvenog osiguranja (HZZO, 2020b).

Iz tablice je također vidljivo kako se najveći dio rashoda HZZO-a odnosi na zdravstvenu zaštitu (23,3 mlrd. kn) što podrazumijeva nenovčanu skrb za članove društva. HZZO je zadužen za isplate novčanih naknada na temelju raznih prava (dominantno bolovanja i porodiljne naknade) koje su iznosile 2,7 mlrd. kuna u 2019. godini.

Tablica 1. Prihodi i rashodi HZZO-a (u milijunima kuna)

	2017.	2018.	2019.
Prihodi od doprinosa	19.135	19.904	22.188
Prihodi iz proračuna	2.629	3.100	2.603
Prihodi po posebnim propisima	1.867	2.004	2.292
Ostalo	48	20	16
Ukupni prihodi i primici	23.679	25.028	27.099
Zdravstvena zaštita	20.588	21.547	23.356
Naknade	2.452	2.578	2.724
Ostali rashodi poslovanja	398	415	447
Ukupno rashodi	23.438	24.540	26.526
Višak/manjak	241	488	572

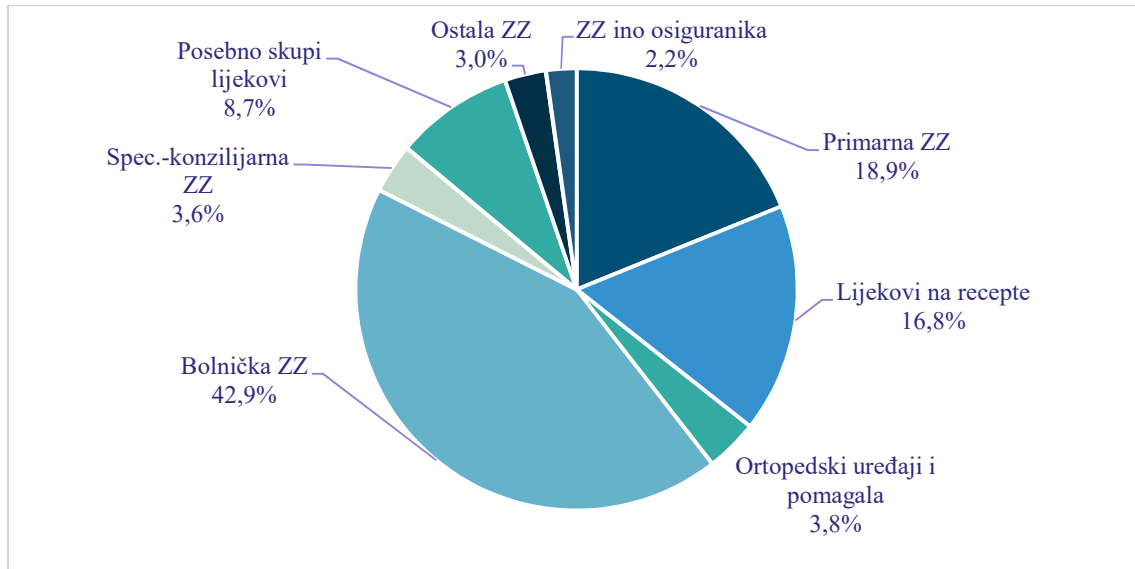
Izvor: obrada autora prema podacima HZZO-a (2019 i 2020a).

3.3. Struktura zdravstvene potrošnje

Na Grafikonu 6 prikazana je struktura rashoda za zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Kada se analiziraju samo izdaci za zdravstvenu zaštitu po osnovi obveznog osiguranja, vidi se kako najveći dio odlazi na troškove bolničkog liječenja koji iznose 9,43 mlrd. kuna ili 42,9%. Na primarnu zdravstvenu zaštitu se troši 4,14 mlrd. kuna ili 18,9%, dok na lijekove na recepte odlazi 3,68 mlrd. kuna ili 16,8%.

Važna stavka su još posebno skupi lijekovi koji se koriste za liječenje teških i rijetkih bolesti (npr. onkološki lijekovi). Taj izdatak se iz godine u godinu značajno povećava. S jedne strane to se može objasniti starenjem stanovništva i produljenjem očekivanog trajanja života, a s druge strane napretkom lijekova koji zahtijevaju ogromna ulaganja. Radi se o sve većem broju novoregistriranih inovativnih tzv. „pametnih“ lijekova koji djeluju ciljano, učinkovitiji su od postojećih terapijskih opcija, a iznimno su skupi. U 2019. godini ovi izdaci su iznosili 1,91 mlrd. kuna ili 8,7% ukupnih rashoda za zdravstvenu zaštitu na temelju obveznog zdravstvenog osiguranja.

Grafikon 6. Struktura rashoda za zdravstvenu zaštitu u 2019. godini (u %)



Napomena: ZZ – zdravstvena zaštita.

Izvor: obrada autora prema HZZO (2020).

Navedeni podatak koji iskazuje HZZO za 2019. godinu je bruto iznos, odnosno stvarni (neto) iznos koštanja posebno skupih lijekova (PSL) može se smanjiti do 14%. Naime, HZZO regulira potrošnju i plaćanje PSL na razne načine, a jedan od važnijih su tzv. volumni ugovori. Ukoliko se PSL potroše u većem volumenu od propisanog, nositelj odobrenja dužan je HZZO-u refundirati vrijednost lijeka potrošenog iznad ugovorenog limita. Prije 2019. godine taj povrat je bio moguć u novcu i u lijeku. Nakon toga HZZO je promijenio način povrata kao ugovornu obvezu za nositelje odobrenja pa se višak iznad ugovorenog iznosa više ne vraća u lijeku nego isključivo u novcu. Kako bi se dobila stvarni iznos potrošnje PSL-a biti će potrebno korigirati postojeći iznos za povrate u novcu koje će nositelji odobrenja izvršiti HZZO-u tijekom 2020. godine.

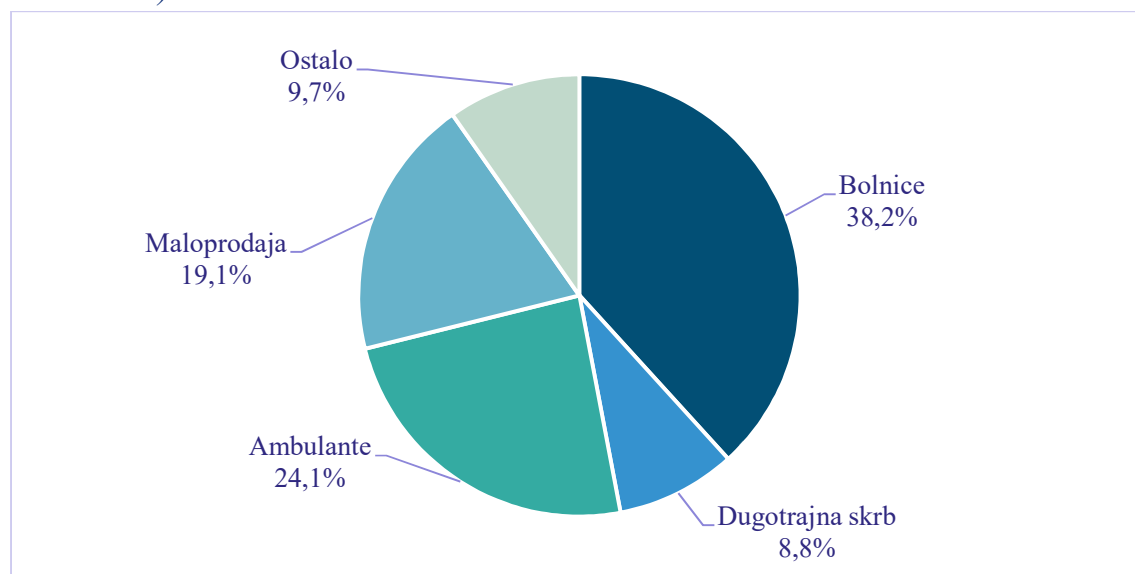
Bolnička zdravstvena zaštita čini najveći dio troškova zdravstvene zaštite. Na Grafikonu 7 prikazana je struktura troškova zdravstvene zaštite prema pružatelju usluga u EU. U većini zemalja EU troškovi bolnica čine najveći dio ukupnih troškova zdravstvene zaštite. U prosjeku iznose 38,2%. Prema prethodno analiziranim podacima može se zaključiti kako Hrvatska ima nešto veći udio troškova bolničke zdravstvene zaštite od prosjeka EU.

Na drugom mjestu su ambulante s prosječnim udjelom od 24,1%. Pod ambulantnim troškovima podrazumijevaju se uglavnom troškovi primarne zdravstvene zaštite, prije svega ambulantna zaštita, opća praksa, specijalistički pregledi u primarnoj medicini, dentalna zaštita, laboratoriji, kućna njega itd. Kod primarne zdravstvene zaštite Hrvatska ima ispodprosječne troškove u odnosu na EU.

U mnogim zemljama OECD-a važnu stavku čine troškovi dugotrajne skrbi (engl. Long Term Care - LTC). Ona obuhvaća pomoć starim i nemoćnim osobama u obavljanju kućanskih poslova

(kupovina, priprema jela) i osobne njege (npr. hranjenje, oblačenje) kao i zdravstvenu skrb. U većini bivših socijalističkih zemalja za dugotrajnu skrb starijih osoba bili su dominantno odgovorni članovi obitelji. Danas se i ta vrsta zdravstvene zaštite sve više institucionalizira. Dugotrajnu zdravstvenu skrb u Hrvatskoj pokriva zdravstveno osiguranje i to preko bolničkih ustanova, npr. na psihijatrijskim ili gerijatrijskim odjelima bolnica te u ustanovama socijalne skrbi starijih osoba. Za očekivati je kako će u budućnosti taj udio troškova za dugotrajnu njegu sve više rasti.

Grafikon 7. Struktura rashoda prema pružateljima zdravstvene zaštite u EU u 2017. godini (u %)

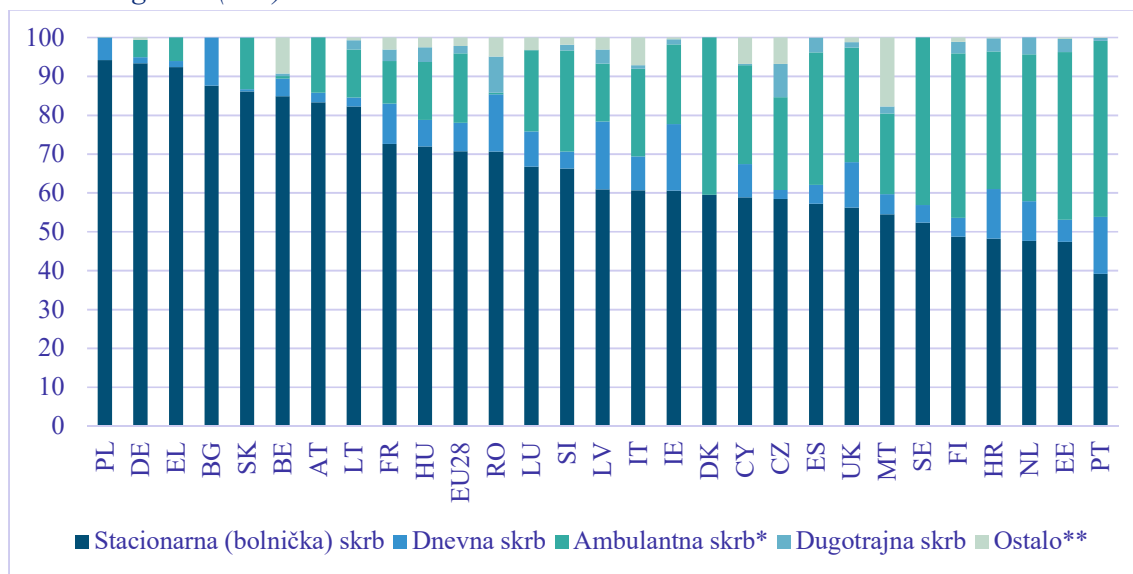


Izvor: Obrada autora na temelju OECD (2020).

Prethodno prikazana podjela i struktura zdravstvene potrošnje po pružateljima nudi organizacijsku perspektivu utvrđivanjem okruženja u kojem se pružaju različite zdravstvene usluge. Iz podataka je vidljivo kako su bolnice ključni pružatelj zdravstvene zaštite u pogledu udjela u zdravstvenoj potrošnji (38,2% na razini EU). Na Grafikonu 8 prikazana je struktura bolničke potrošnje u EU prema vrstama medicinskih usluga.

Iako se vrste usluga koje se pružaju u bolničkim uvjetima razlikuju među zemljama EU-a stacionarna i ambulantna skrb i dalje su najčešće usluge bolnica. Ipak, u EU dominira stacionarna potrošnja u ukupnim troškovima bolnica sa 71%. U Hrvatskoj je udio troška bolnica za stacionarnu skrb ispod 50% što ju svrstava na začelje EU zajedno s Portugalom, Estonijom i Nizozemskom gdje bolničke ambulante imaju puno veću ulogu. U biti se radi o izvanbolničkoj njezi gdje se prema metodologiji svrstavaju odjeli za hitnu medicinu, specijalističke ambulantne jedinice ili laboratorijske usluge. U Hrvatskoj to možemo objasniti slabljenjem sustava primarne zdravstvene zaštite i često nepotrebnim opterećenjem hitne službe pa time i povećanjem bolničkih troškova. U ovom segmentu, kroz jačanje sustava primarne zdravstvene zaštite, svakako postoji prostor za uštede u pogledu primarne bolničke djelatnosti.

Grafikon 8. Struktura bolničke potrošnje u EU prema vrstama medicinskih usluga u 2016. godini (u %)



Napomena: * Odnosi se na kurativno-rehabilitacijsku skrb u ambulantnim i kućnim uvjetima i pomoćnim uslugama, dominantno izvan-bolnička njega. ** Uključuje medicinsku materijal i kolektivne zdravstvene usluge.

Izvor: OECD/EU (2018).

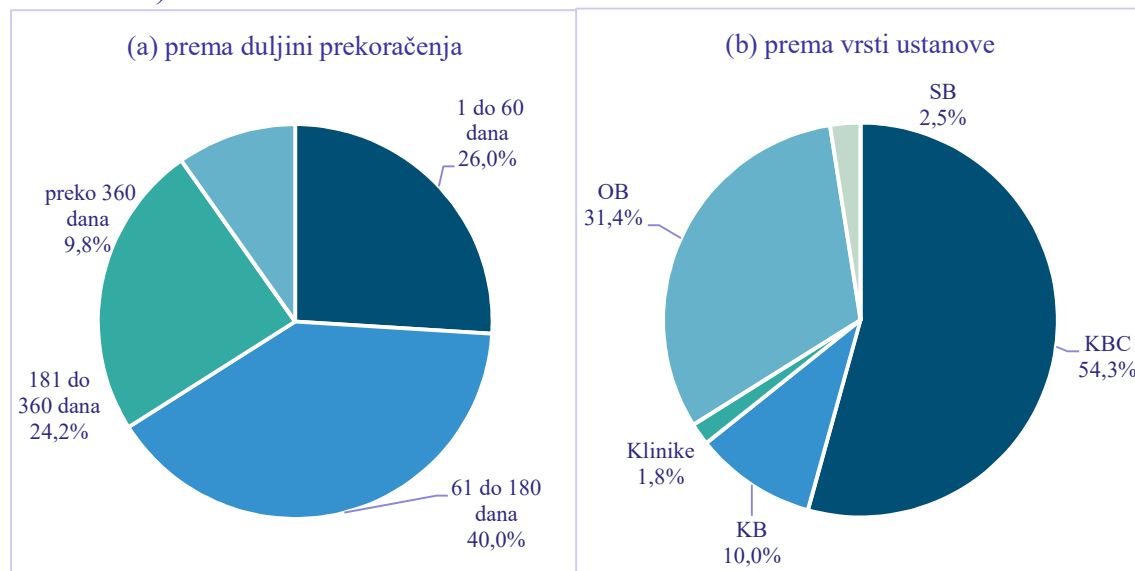
Bolnički troškovi i troškovi za lijekove, ukoliko se zajedno promatraju posebno skupi lijekovi i lijekovi na recept, čine dvije najveće stavke zdravstvene zaštite u Hrvatskoj. Vemmalle i dr. (2015) su proveli veliko istraživanje među službenicima u sustavu proračuna za zemlje OECD-a. Postavljeno im je pitanje koja su prioriteta područja koja treba bolje kontrolirati u svrhu bolje kontrole zdravstvenih troškova. U većini zemalja OECD-a upravo bi te bolnički troškovi i troškovi za lijekove trebali biti u fokusu kod uspostave sustava kontrole i budžetiranja zdravstvene potrošnje, za razliku od ostalih rashoda za zdravstvenu zaštitu (Vammalle et al., 2015).

Za kraj ovog dijela analize potrebno je još jednom istaknuti važnost kontrole bolničkih troškova u ukupnim rashodima zdravstva. Upravo su bolnice glavni generator dugova u zdravstvu. Bolnice kao javne ustanove dužne su javno objavljivati svoje financijske izvještaje. Prema tako dostupnim podacima moguće je steći uvid u stanje dospjelih obaveza. Krajem 2019. godine ukupne dospjele obaveze za materijalne rashode iznosile su oko 3,2 milijarde kuna. Najveći dio materijalnih rashodima odnosi se na potrošnju lijekova, medicinskog potrošnog materijala i krvi i krvnih pripravaka.

Na grafikonu 9 prikazana je struktura dospjelog duga prema danima prekoračenja, odnosno vrstama bolničkih ustanova. Iz podataka je vidljivo kako su KBC-ovi i opće bolnice glavni

generatori duga bolnica. Nadalje, 74% spomenutog duga nalazi se u zakonskom prekoračenju roka plaćanja od 60 dana.⁹

Grafikon 9. Struktura dospjelih obveza bolnica za materijalne rashode krajem 2019. godine (u %)



Napomena: KBC – Klinički bolnički centar, KB – Klinička bolnica, OB – Opća bolnica, SB – Specijalna bolnica. Lječilišta, domovi zdravlja i zavodi su izostavljeni iz ovog dijela analize.

Izvor: obrada autora prema Izvještajima o obavezama pojedinih bolnica, web stranice bolnica.

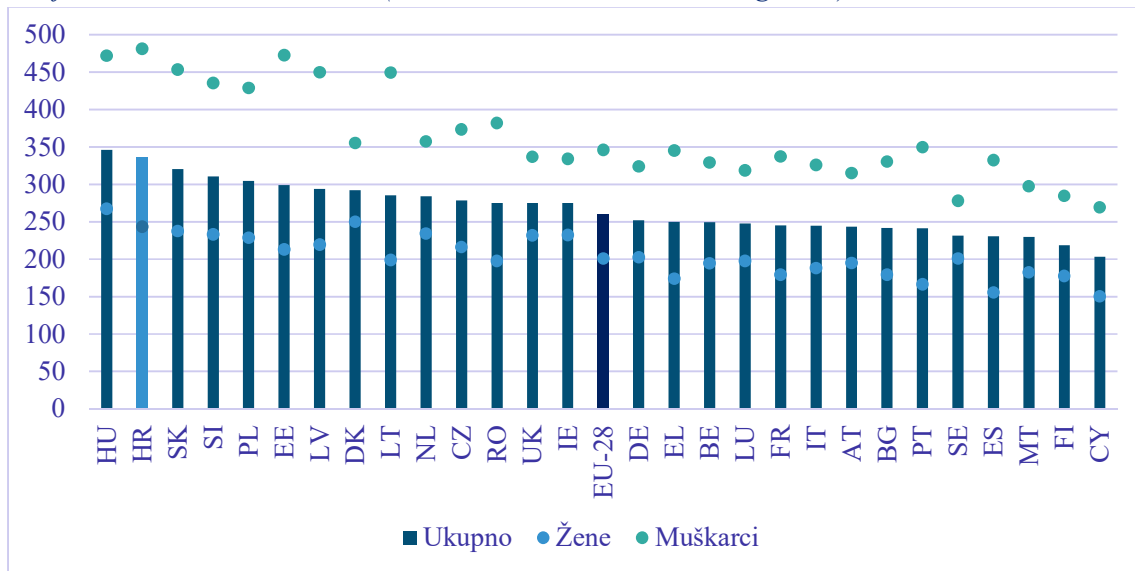
3.4. Izazovi vezani uz odrednice zdravstva i kvalitetu zdravstvene zaštite

Do sada je analiza bila usmjerena pretežno na glavne pokazatelje financiranja zdravstvene zaštite. Kako bi se ocijenilo sveukupno stanje zdravstvenog sustava, osim financijskih pokazatelja, potrebno je analizirati brojne druge pokazatelje. Prvo se promatraju odrednice zdravlja društva, kao što su očekivano trajanje života te mortalitet prema raznim bolestima kao što su respiratorne bolesti, kardio-vaskularne bolesti i rak. Da u Hrvatskoj stanovništvo stari više je nego jasno i ta će činjenica svakako biti važan čimbenik budućih troškova zdravstva. No Hrvatska je suočena s još nekim izvorima rizika koji mogu rezultirati većim troškovima zdravstva u budućnosti.

Primjerice, na Grafikonu 10. prikazana je smrtnost od raka u zemljama EU. Hrvatska se nalazi među zemljama s najvišom smrtnosti od raka u EU. Nešto bolje rezultate u pogledu prevencije pokazujemo kod mamografskih pregleda i liječenja raka dojke, za razliku od liječenja raka debelog crijeva. Radi se o dva najčešća onkološka oboljenja kod ženske odnosno muške populacije (OECD/EU, 2018).

⁹ Prema Zakonu o financijskom poslovanju i pred stečajnoj nagodbi (NN 108/12, 144/12, 81/13, 112/13, 71/15, 78/15).

Grafikon 10. Smrtnost od raka (na 100.000 stanovnika, 2015. godina)

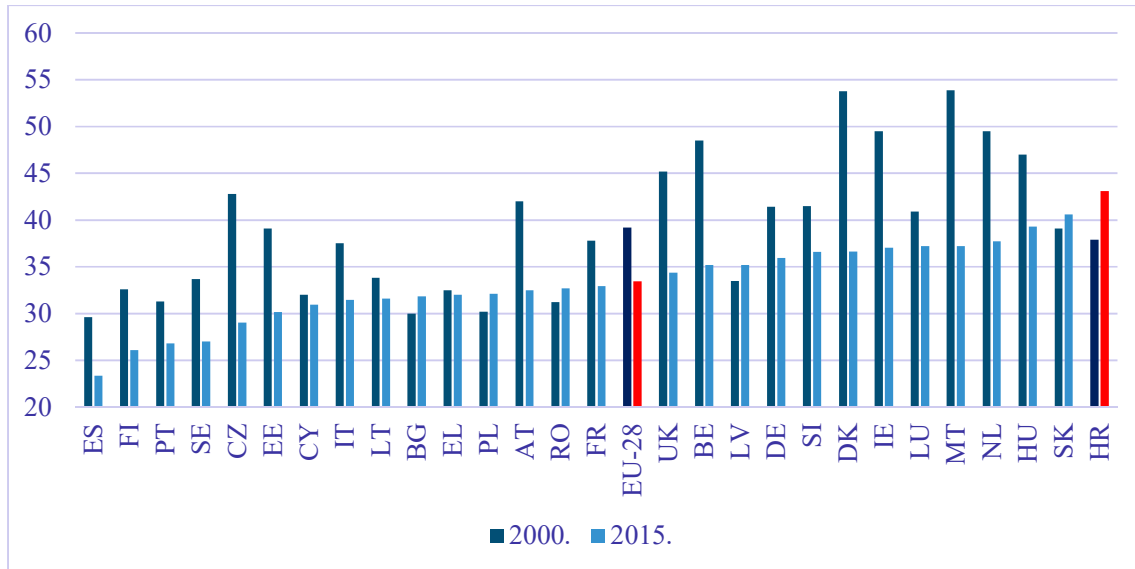


Izvor: EU/OECD (2018).

Kao odrednice zdravstva prate se brojni pokazatelji rizika oboljenja kao što su pretilost, konzumacija alkohola, duhana i droga, kako među mladima tako i u cijeloj populaciji. Nadalje, prate se pokazatelji kvalitete zdravstvene zaštite. Zabrinjavajuće je korištenje alkohola i cigareta, posebno kod mlađe populacije gdje smo među vodećima u EU. Kod korištenja droga Hrvatska je ispod prosjeka EU, ali po pitanju pretilosti djece i odraslih Hrvatska se nalazi iznad prosjeka EU.

Prate se razni pokazatelji kao što su procijepljenost društva, iskustva pacijenata sa primarnom zdravstvenom zaštitom (ambulante), vrijeme čekanja na određene tretmane, stope smrtnosti i izlječenja od najčešćih onkoloških oboljenja (rak dojke, rak vrata maternice, rak debelog crijeva), posljedice kasnog otkrivanja HIV-a i tuberkuloze i brojni drugi pokazatelji. Na primjer, na grafikonu 11 prikazana je smrtnost od raka u zemljama EU. Podaci na grafikonu pokazuju prosječan broj smrtnosti na 100.000 žena godišnje. Hrvatska ima najvišu razinu smrtnosti od raka dojke u EU i rastući trend u odnosu na 2000. godinu.

Grafikon 11. Smrtnost žena od raka dojke u EU (na 100.000 žena godišnje)

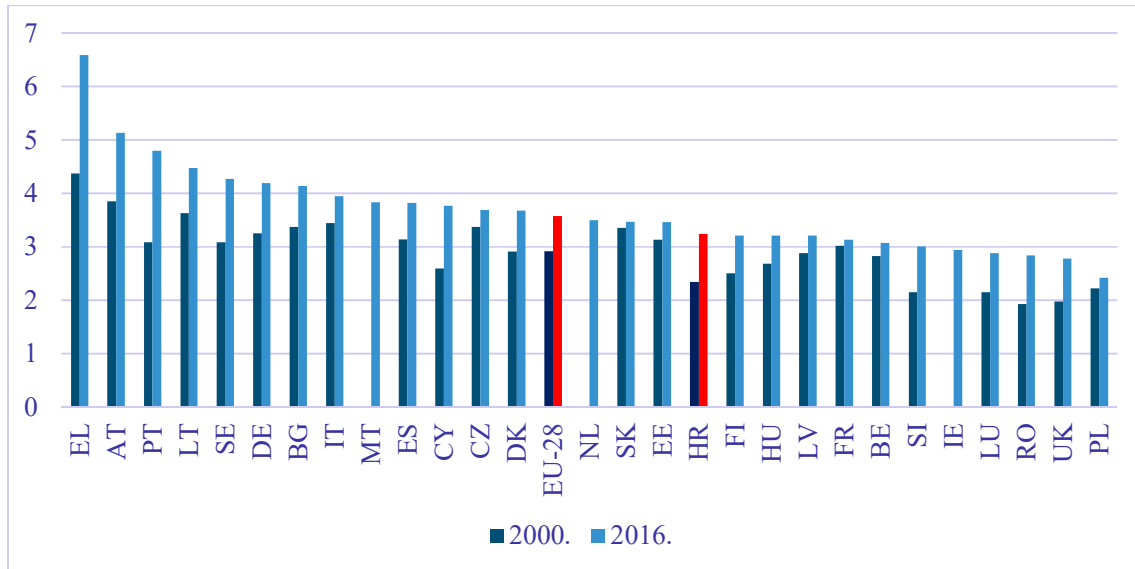


Izvor: EU/OECD (2018).

Također, promatraju se pokazatelji dostupnosti zdravstvene zaštite u financijskom i organizacijskom smislu. U tu svrhu promatra se pokrivenost populacije zdravstvenom zaštitom, koliko iznose izravna plaćanja za zdravstvenu zaštitu, dostupnost liječnika i medicinskih sestara, broj bolničkih ležajeva, dani čekanja na određene operacije itd. Po pitanju dostupnosti zdravstvene zaštite Hrvatska je među vodećima u EU. Već smo ranije konstatali kako je cijela populacija, pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranjem i ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu. Uz Hrvatsku još 17 članica ima 100-postotnu pokrivenost. Po broju ležajeva smo na prosjeku EU-a, ali smo po pitanju broja liječnika, dostupnosti i korištenju dijagnostičkih pregleda poput CT-a i magnetske rezonance ispod prosjeka EU (OECD/EU, 2018).

Primjerice, na grafikonu 12 prikazan je broj liječnika na populaciju od 1.000 ljudi. Iz grafikona je vidljivo kako su sve zemlje povećale broj liječnika u 2016. u odnosu na 2000. Hrvatska se nalazi ispod prosjeka EU. Iako se broj liječnika povećava, u mnogim zemljama glavna briga je trenutni i budući nedostatak liječnika opće prakse, posebno u ruralnim i udaljenim regijama. Dok se ukupni broj liječnika po glavi stanovnika povećao u gotovo svim zemljama, udio liječnika opće prakse smanjio se u većini zemalja. U prosjeku liječnici opće prakse čine oko 23% ukupnih liječnika, dok su u Hrvatskoj na razini od 17% (OECD/EU, 2018: 178-179).

Grafikon 12. Broj liječnika na populaciju od 1.000 ljudi



Izvor: EU/OECD (2018).

Problem financijske održivosti hrvatskog sustava zdravstva je očigledan. Demografsko starenje stanovništva i problem iseljavanja čine sustav zdravstva dugoročno fiskalno neodrživim. Kako bi zdravstveni sustav bio fiskalno održiv potrebno je unutar sustava pratiti dugoročne i srednjoročne prognoze i projekcije zdravstvene potrošnje te strateški planirati buduće rashode za zdravstvo. Temelj za takve prognoze su upravo brojni pokazatelji odrednica zdravlja, pokazatelji rizika oboljenja i kvalitete zdravstvene zaštite, od kojih su neki prethodno spomenuti.

4. Glavna područja djelovanja za osiguranje fiskalne održivosti

Hrvatski zdravstveni sustav suočen je s mnoštvom izazova koje u konačnici utječu na fiskalnu održivost zdravstva. Postoji čitav niz mjera i alata s kojima se može ojačati fiskalna održivost zdravstvenog sustava. Kod dominantno javnih zdravstvenih sustava¹⁰, cijena koju plaćaju korisnici (potrošači) zdravstvenih usluga kroz sustav obveznog osiguranja određuje se odvojeno od cijene koju dobivaju pružatelji zdravstvenih usluga. Imajući tu činjenicu na umu,

¹⁰ Zdravstvo ima sva obilježja privatnog dobra. Lako se kroz cijenu može isključiti iz potrošnje odnosno kroz ograničenu količinu zdravstvenih usluga (npr. broja bolničkih kreveta) može se učiniti konkurentnim zdravstvena potrošnja. Ipak, zbog čitavog niza razloga i upitne mogućnosti tržišta da osigura adekvatnu zdravstvenu zaštitu, država je ta koja često financira zdravstvenu zaštitu za najširi broj članova društva i tako je čini javno dostupnom (javnim dobrom). Razlozi državne intervencije sa aspekta pravednosti opravdavaju se paternalizmom i robnim egalitarizmom. Sa aspekta učinkovitosti razlozi državne intervencije opravdavaju se asimetrijom informacija u zdravstvu, problemom moralnog hazarda i negativnom selekcijom (nepovoljnim izborom) odnosno (privatnim) osiguranjem samo rizičnih skupina koja bi u konačnici dovela do urušavanja čisto privatnog tržišta zdravstva. Vidjeti više Šimović i Deskar-Škrbić (2020: 187-189).

uglavnom se govori o mjerama na strani ponude, odnosno potražnje zdravstvenih usluga. Općenito, mjere na strani ponude zdravstvenih usluga uglavnom se baziraju kontroli zdravstvenih troškova kroz provođenje ekonomskih evaluacija (npr. sustav javne nabave, primjena generičkih lijekova i sl.). Na strani potražnje mjere se baziraju na vrednovanju preferencija korisnika zdravstvenih usluga pa se tu svrstava čitav niz mjera od politike prihoda (doprinosa), nadzoru nadzora i evaluaciji evaluacije zdravstvene opreme i tehnologija, politike liste lijekova itd. Kako bi se ostvarila alokativna efikasnost učinkovitost zdravstva, potrebno je troškovno efikasnu ponudu uskladiti s potražnjom, odnosno postići ekonomsku ravnotežu sustava zdravstvene zaštite (Dukić et al., 2015).

U najširem smislu, postoje dva područja unutar kojih se može djelovati kako bi se osigurala fiskalna održivost zdravstva:

- 1) povećati prihode za zdravstvenog sustava općenito,
- 2) povećati učinkovitost rashoda zdravstvenog sustava općenito.

Oba područja podrazumijevaju utvrđivanje jasnog odnosa između privatnog i javnog sustava zdravstva. Bez adekvatnog uključivanja privatnog sektora privatnih izdavanja, ali uz adekvatno utvrđivanje standarda javnog zdravstva, teško je očekivati povećanje učinkovitosti i financijske održivosti zdravstvenog sustava.

Svaki od navedenih općih pristupa ima svoje prednosti i nedostatke. U praksi ne postoji jednoznačno rješenje, ali se zbog političkih okolnosti manje pristupa jačanju privatnih plaćanja u sustavu zdravstva (Blecher et al., 2015). Što se tiče povećanja javnih prihoda za zdravstvo, prednost takvih mjera je da se mogu provesti u relativno kratkom roku. S druge strane, takve mjere ne garantiraju povećanje učinkovitosti zdravstva. Ukoliko se fokus stavi na povećanje učinkovitosti zdravstva, takva politika u načelu povećava troškovnu učinkovitost pa i uštede, bez narušavanja kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite. Nedostatak navedene mjere je što zahtjeva dulji vremenski rok za implementaciju – posebno ukoliko zahtjeva promjene ponašanja i poslovanja unutar zdravstvenog sustava.

U nastavku rada daje se niz prijedloga za poboljšanje fiskalne održivosti zdravstvenog sustava u Hrvatskoj aspekta ponude i potražnje zdravstvenih usluga. Mjere se grupiraju prema tome da li se ostvaruju s prihodne ili rashodne strane zdravstvenog sustava.

4.1. Prihodna strana i održivost zdravstvenog sustava

U ovom dijelu rada želi se ukazati na fiskalni prostor u sklopu kojeg bi se mogla ojačati prihodna strana zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Ponavljamo, unatoč mogućnosti povećanja prihoda, imperativ bi trebao biti na reduciranju i većoj efikasnosti rashodne strane zdravstvenog proračuna. Ipak, dobro je znati da postoji čitav niz potencijalnih mjera s kojima se mogu ojačati prihodi HZZO-a i zdravstvenih ustanova.

Transparentnost i dostatnost prihoda od proračuna

Prihodi HZZO-a definirani prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13, 137/13, 98/19; dalje u tekstu ZOZO) i Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (NN 85/06, 150/08, 71/10, 53/20; dalje u tekstu ZDZO). HZZO u svojim financijskim izvještajima iskazuje prihode kao u tablici 2.

Tablica 2. Pregled ostvarenih prihoda HZZO-a u razdoblju od 2015. do 2019. godine (u mil. kn)

	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.
Prihodi od doprinosa	18.121,28	18.468,68	19.135,18	19.904,22	22.188,02
Prihodi od proračuna	2.400,00	2.588,95	2.629,76	3.100,00	2.600,00
Prihodi po posebnim propisima	1.618,17	2.650,80	1.867,89	2.004,79	2.291,70
Prihodi od imovine	14,52	14,02	17,36	15,19	12,53
Pomoći iz inozemstva-projekti EU	0,42	1,45	0,40	1,34	2,87
Prihodi HZZ-a, stručno usavršavanje bez zasnivanja radnog odnosa	0,62	0,43	0,91	0,48	0,00
Prihodi pruženih usluga	0,05	0,37	0,86	1,16	1,30
Prihodi od prodaje nefinancijske imovine	0,75	0,50	0,65	0,72	1,90
Ostali prihodi	0,28	0,70	0,34	0,36	0,44
Primici od financijske imovine i zaduženja	0,00	26,14	0,00	0,00	0,00
Ukupno	22.156,10	23.752,05	23.653,35	25.028,27	27.098,76

Izvor: HZZO (razna godišta)

Problem nastaje kod prihoda od proračuna. Prihodi od proračuna u promatranom razdoblju kreću se između 2,4 i 3,1 mlrd. kuna. Prethodno spomenuti iznosi prihoda od proračuna ostvaruje se sukladno članku 72. i 82. ZOZO-a i čl.14 ZDZO-a, a čine ih:

- prihodi od proračunskih korisnika koji plaćaju doprinose za nezaposlene osobe te za osobe kojima je odlukom nadležnog suda oduzeta sloboda,
- dodatni doprinos za osiguranike korisnike mirovina po propisima o mirovinskom osiguranju i prema Zakonu o pravima hrvatskih branitelja (NN 121/17, 98/19),
- prihodi od posebnog poreza na duhanske prerađevine,
- prihodi na ime premija za police dopunskog zdravstvenog osiguranja za osiguranike kojima se polica pokriva na teret državnog proračuna, te
- sredstva za pokriće troškova zdravstvene zaštite osiguranika koji su to pravo ostvarili na teret državnog proračuna (čl. 82 ZOZO-a).

Problem je što nije moguće utvrditi točne iznose (analitiku) za prihode od proračuna, što nije slučaj s ostalim prohodima HZZO-a. Najveći udio u prohodima od proračuna treba činiti prihod od posebnog poreza na duhan. Zakonski je jasno propisano da 32% posebnog poreza na duhan pripada HZZO-u (čl. 72, st. 2 ZOZO-a). Koliko točno unutar prihoda od proračuna iznosi posebni porez na duhan, kao i drugi preostali prihodi, nije vidljivo iz dostupnih financijskih izvještaja i druge dokumentacije HZZO-a i Ministarstva financija. Time se otvara pitanje

doznačuje li država ispravan (dovoljan) iznos na temelju prihoda od proračuna.¹¹ U tablici 3 dana je procjena visine i strukture prihoda od proračuna u razdoblju od 2015. do 2019. godine.

Tablica 3. Procjena visine i strukture prihoda od proračuna (u milijunima kuna)

Prihodi od proračuna	2015.	2016.	2017.	2018.	2019.
Doprinosi za nezaposlene osobe	1.305,45	1.124,94	937,44	778,27	676,65
Doprinosi za osobe kojima je oduzeta sloboda	10,71	11,05	11,37	10,18	12,48
Dodatni doprinos za korisnike mirovina	432,19	431,08	441,80	446,72	451,70
Prihodi od posebnog poreza na duhan	1.339,93	1.432,09	1.399,69	1.540,41	1.636,71
Premija za police DZO na teret državnog proračuna	768,83	683,55	624,05	565,62	509,33
Sredstva za pokriće troškova ZZ osiguranika na teret državnog proračuna	1.060,22	818,00	939,11	939,11	939,11
Ukupno obveza DP (procjena)	4.917,31	4.500,71	4.353,45	4.280,32	4.225,98
Prihodi od proračuna (uplaćeno)	2.400,00	2.588,95	2.629,76	3.100,00	2.600,00
<i>Razlika</i>	<i>-2.517,31</i>	<i>-1.911,75</i>	<i>-1.723,70</i>	<i>-1.180,32</i>	<i>-1.625,98</i>

Izvor: izračun autora.

Država je 2019. godine na temelju prihoda od proračuna HZZO-u trebala doznačiti oko 4,22 mlrd. kuna, a doznačila je 2,60 mlrd. kuna. Radi se o manjku od 1,62 mlrd. kuna za 2019. godinu na osnovi prihoda od proračuna. Taj manjak postoji u cijelom promatranom razdoblju. Dodatnu konfuziju čini značajna oscilacija prihoda od proračuna posljednje dvije godine. Prihodi od proračuna u 2019. godini određeni su u iznosu od 2,6 mlrd, kn što je za 500 mil kn manje u odnosu na iznos ostvaren u 2018. godini.¹² Time je u konačnici smanjen učinak povećanja stope doprinosa sa 15% na 16,5% na rast sveukupnih prihoda. Takav trend i iskazivanje prihoda od proračuna otvara brojna pitanja. Nije li povećanje stopa doprinosa od zdravstvenog osiguranja bilo namijenjeno jačanju financijske održivosti zdravstvenog sustava? Zar je u međuvremenu došlo do pada (svih ili određenih kategorija) prihoda od proračuna? Je li to smanjenje prihoda bilo baš jednako iznosu porasta prihoda uslijed povećanja stope doprinosa?

Zašto u ovom segmentu postoji očigledna netransparentnost nije jasno. Problem se treba promatrati s dvije strane. Prvo, činjenica je da država često sanira zdravstvo i da iznosi sanacija premašuju zakonski predviđena sredstva financiranja obveznog zdravstvenog osiguranja. Posljednjih godina zdravstveni sustav je prosječno kumuliralo oko 2,5 mlrd. kuna novog duga godišnje. S druge strane, da je država doznacavala puni zakonski iznos možda se zdravstveni sustav ne bi doveo u situaciju današnjih dugova te bi se ubrzali brojni procesi koji pridonose kvaliteti zdravstvenog sustava i koji su bili predviđeni Nacionalnom strategijom za razvoj

¹¹ Radi se o pitanju koje se često postavlja na brojnim skupovima u zdravstvu te na koji upozoravaju neki autori. Na primjer, vidjeti Jurković (2018) i Radin (2020).

¹² Zanimljivo je da iznos korespondira hitnim sanacijama u istom iznosu iz listopada 2019. godine kada je rebalansom financijskog plana HZZO-a odobreno dodatnih 500 milijuna kuna potrošnje koja nije kompenzirana s prihode strane.

zdravstva iz 2012. godine (npr. informatizacija i integracija zdravstvenih (pod)sustava, razvoj zdravstvenog turizma, razvoj prevencije i drugih aktivnosti).

Drugi porezi na grijeh

Usko vezano uz prethodnu raspravu, posebni porez na duhanske prerađevine može se promatrati kao prihod HZZO-a u svojstvu tzv. poreza na grijeh.¹³ Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije, upravo je porez na duhan najčešći oblik poreza na grijeh ili poreza za javno zdravstvo (Cashin, 2017: 24). Također, općenito se smatra da su troškovi liječenja pušača mnogo veći od financijske koristi koje država ostvaruje od poreza na duhan (Tadić, 2000).

Osim prethodne rasprave i problema preciznog utvrđivanja koliko od navedenog poreza pripada HZZO-u, može se razmotriti uključivanje drugih trošarina (npr. na alkohol) i/ili uvođenja novih posebnih poreza na grijeh (npr. šećer, masti i sl.) kao prihoda HZZO-a. Jednim novim porezom na grijeh, koji bi bio izdašan u prosjeku kao trošarina na alkohol, moglo bi se prikupiti oko 300 milijuna kuna dodatnih prihoda.

Ova ideja nije nova, o njoj se već raspravljalo u javnom prostoru. Porezi na grijeh mogu donekle ublažiti tenziju između predstojećeg povećanja rashoda za zdravstvo i nužnosti očuvanja političkog diskursa o fiskalnoj odgovornosti. Uz adekvatnu i transparentnu pripremu, uvođenje novih poreza na grijeh trebalo bi vezati, prije svega, uz smanjenje štetnog ponašanja za zdravlje, a time i indirektno smanjenje troškova liječenja (od pušenja, alkoholizma, pretilosti itd.). S obzirom da se trošarine uvode primarno s ciljem smanjenja negativnih eksternalija, prihodi od tih trošarina ne bi trebali biti veći od štete, tj. troškova povezanih sa štetnim ponašanjem koje se njihovim uvođenjem nastoji sankcionirati.

Dopunsko osiguranje

Bilo bi korisno pronaći nove načine povećanja prihoda od dopunskog zdravstvenog osiguranja (dalje u tekstu DZO). DZO koje provodi HZZO pokriva razliku do pune cijene zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. U suprotnome, osigurane osobe obvezne su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite (tzv. participacija), a koji iznos ne može biti manji od određenog postotka proračunske osnove¹⁴, te plaćanje participacije 10 kn po pregledu i izdanom receptu za lijekove u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Najviši iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite koji

¹³ Porezi na grijeh koriste se za povećanje cijene određene robe, s ciljem smanjenja potražnje za dobrima kao što u alkohol, duhan, slatkiši, šećer, bezalkoholna pića, brza hrana, kava, igre na sreću, pornografija itd. Radi se o dobrima čija je potražnja relativno neelastična, što znači da je teško smanjiti količine trošenja spomenutih dobara, ali zbog toga navedeni porezi imaju značajan fiskalni učinak. Također, krasi ih karakteristika najmanje nepopularnih poreza jer je broj poreznih obveznika ograničen.

¹⁴ Proračunska osnovica iznosi 3.326,00 kuna sukladno Zakon o izvršavanju Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2020. godinu (NN 117/19, 32/20, 42/20, 58/20, 124/20).

se osigurava dopunskim zdravstvenim osiguranjem po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu iznosi 60,13% proračunske osnovice, odnosno 2.000 kuna.

U 2019. godini dopunskim zdravstvenim osiguranjem obuhvaćeno je 2,3 milijuna osiguranika, od čega 1.705.614 osoba sami plaćaju policu dopunskog zdravstvenog osiguranja, a za 606.346 osiguranika polica je na teret državnog proračuna. Dopunskim zdravstvenim osiguranjem pokriveno je svega 55% osiguranika obveznog zdravstvenog osiguranja.

Prihodi od DZO mogu se povećati na nekoliko načina. Naglasak bi trebao biti na poticanju većeg broja osiguranika, a ne na rastu cijene police DZO-a. Prije svega, potrebno je stimulirati 1,87 milijuna osiguranika koji nemaju DZO da ga ugovore. Moguća promjena odnosi se na povećanje ograničenja od 2.000 kuna po jednom ispostavljenom računu za izvršenu zdravstvenu zaštitu, odnosno povećanje koeficijenta proračunske osnovice definirano u čl. 19, st. 5 ZOZO-a. Time bi se jedan dio potencijalnih osiguranika potaknuo na dopunski osiguranje.

Sličan učinak bi se mogao postići ukidanjem limita od 2.000 kuna, te redefiniranjem 20% participacije tako da se gradira razina usluge koja je pokrivena obveznim zdravstvenim osiguranje u određenom postotku. Primjerice, u Sloveniji¹⁵ ne postoji limit, ali postoji gradacija zdravstvenih usluga koje su pokrivene 100%, 90%, 80%, 70%, 60% i 50% obveznim zdravstvenim osiguranjem. Kod nas je taj prag određen linearno na 80% za kompletnu zdravstvenu skrb, ali limit od 2.000 kuna može značiti puno veću pokrivenost od 80% ukoliko se radi o skupom bolničkom liječenju. Slovenski primjer također može biti predmet javne rasprave i moguće rješenje za poticanje većeg broja osiguranika na DZO. Činjenica je kako je pokrivenost dopunskim osiguranjem u Sloveniji 71,6%, a u Hrvatskoj svega 55% (OECD/EU, 2018: 175). Uzimajući u obzir prethodno spomenute mjere i referirajući se na slovensku pokrivenost DZO-om, može se očekivati povećanje broja osiguranika za 20%, što bi značilo godišnje oko 315 milijuna kuna dodatnih prihoda HZZO-a.

Posljednja moguća mjera kod DZO odnosi se na potencijalnu promjenu (povećanje) cijene police osiguranja, za što je potrebna promjena Odluke o cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja (NN 118/13., 11/14., 120/15. i 74/16.). Trenutno cijena premije DZO iznosi 70 kuna mjesečno odnosno 840 kuna godišnje. Nekada je polica bila skuplja - 80 kuna odnosno 130 kuna mjesečno, ovisno o dohodovnom cenzusu. Snižavanje cijene police nije se pokazalo ključnim u povećanju prihoda od DZO, odnosno nije se povećao broj novih osiguranika. S druge strane povećanje cijene moglo bi značiti dodatne prihode. Primjerice, u Sloveniji je cijena mjesečne premije između 34,50-35,55 eura (oko 260 kuna) što je 3,5 puta više nego u Hrvatskoj, ovisno koje od tri ponuđena osiguranja se odabere (Dopolnilno zavarovanje, 2020).

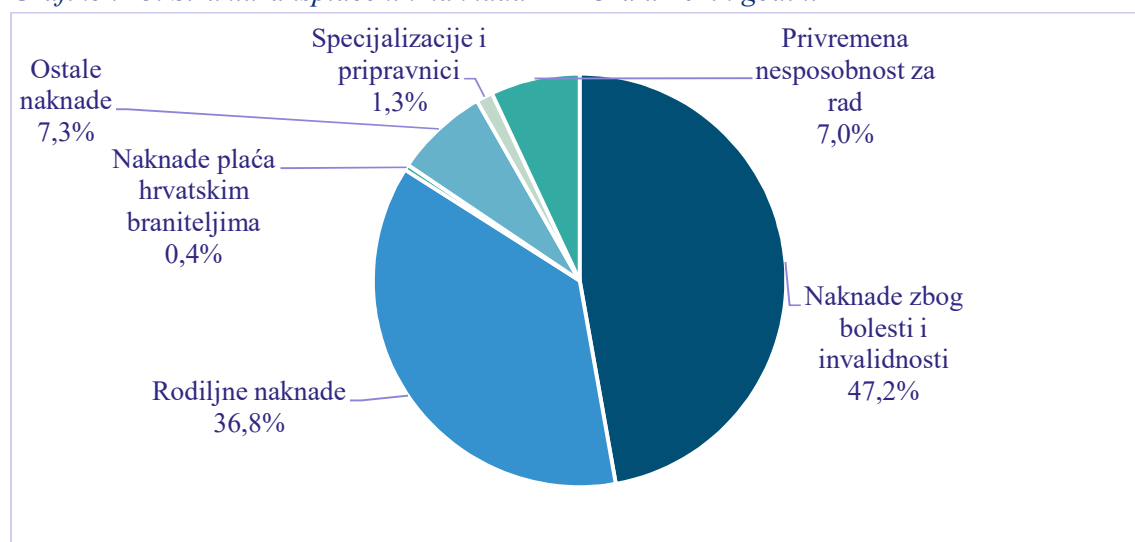
¹⁵ Vidjeti članak 23. Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečišćeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K in 36/19)

Povećanje cijene moglo bi se opravdati rastućim troškovima zdravstvene zaštite. Također, ukoliko bi se razmatralo povećanje cijena, preporuka je da se opet uvede dohodovni cenzus, odnosno da rast cijena police DZO obuhvati osiguranike s većim dohocima.

Novčane naknade

Do sada analizirana zdravstvena zaštita podrazumijeva nenovčanu skrb za članove društva. Međutim, HZZO je zadužen i za isplate novčanih naknada na temelju raznih prava. Prethodno je prikazano kako su te naknade u 2019. godini iznosile 2,75 mlrd. kuna (Tablica 1.). Na Grafikonu 13., na kojoj je prikazana struktura naknada, vidljivo je kako se najveći dio isplaćenih naknada odnosi na naknade zbog bolesti i invalidnosti te porođiljne naknade.

Grafikon 13. Struktura isplaćenih naknada HZZO-a u 2019. godini



Izvor: obrada autora prema podacima HZZO-a (2020).

Ključno pitanje koje se postavlja u kontekstu ovog rada je trebaju li rodiljne naknade biti u nadležnosti HZZO-a, odnosno spadaju li rodiljne naknade u politiku zdravstvene zaštite ili demografsku politiku i populacijsku politiku? Sustav rodiljnih i roditeljskih potpora uređen je Zakonom o rodiljnim i roditeljskim potporama (NN 85/08, 110/08, 34/11, 54/13, 152/14 i 59/17 i 37/20). Provedba prava propisanih spomenutim zakonom (čl. 3) stavljena je u nadležnost HZZO-a, dok je nadzor nad provedbom rodiljnih naknada u nadležnosti ministarstva nadležnog za obitelj, odnosno danas Ministarstvo rada, mirovinskog sustava, obitelji i socijalne politike.

Rodiljne naknade su u 2019. godini iznosile 1.011 milijuna kuna. Visina naknade za obvezni rodiljni dopust isplaćuje se u visini 100% plaće korisnice rodiljnog dopusta za prvih šest mjeseci ako to pravo koristi jedan roditelj ili prvih osam mjeseci ako to pravo koriste oba roditelja. Navedeni iznos bi se mogao djelomično ili u potpunosti prenamijeniti u sustav zdravstvene zaštite. Sredstava za financiranje prava i potpora iz Zakona o rodiljnim i roditeljskim potporama ionako su osigurana državnim proračunom (čl. 54). To znači da sredstva za rodiljne naknade ne

treba smanjivati, već bi se ona trebale budžetirati unutar proračuna nadležnog ministarstva, također čiju bi provedbu trebalo preuzeti nadležno ministarstvo.

Ova ideja predmet je šire rasprave funkcionalnog objedinjavanja pojedinih politika države blagostanja.¹⁶ U svakom slučaju, ovu ideju potrebno je dodatno razraditi i provesti širu stručnu raspravu.

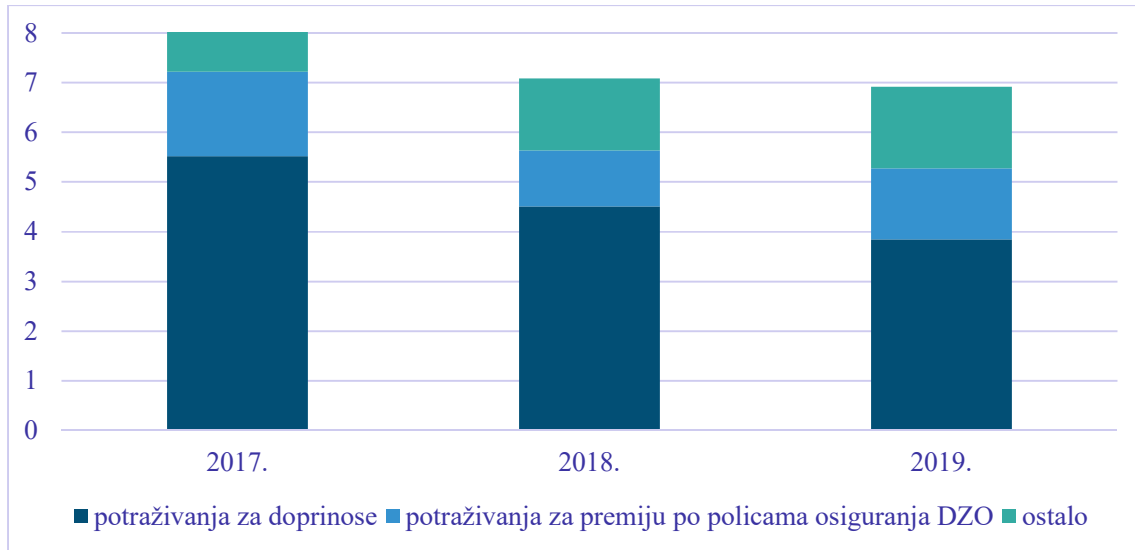
Upravljanje potraživanjima

HZZO je od 2017. godine, unutar svojih financijskih izvještaja, počeo izvještavati o potraživanjima. Na Grafikonu 14. prikazana je visina i struktura potraživanja HZZO-a u razdoblju od 2017. do 2019. godine. Iz podataka je vidljivo kako se radi o izrazito visokim iznosima. Ipak, postoji trend smanjivanja sa 8,0 mlrd. kuna u 2017. godini na 6,9 mlrd. kuna u 2019. godini.

Ukupna potraživanja HZZO-a iskazana su u ukupnom iznosu od 6,91 mlrd. kuna krajem 2019. godine. Navodi se ukupno 25 vrsta potraživanja po raznim osnovama. Najveći dio odnosi se na potraživanja za doprinose (3,8 mlrd. kuna ili 55,6%), zatim na potraživanja za premiju DZO-a (1,4 mlrd. kuna ili 20,6%). Ono što je zabrinjavajuće je da i dalje postoji značajna praksa neplaćanja obveznih doprinosa i ugovorenih premija za DZO, a s druge strane svim osiguranicima je osigurana zdravstvena zaštita.

¹⁶ Primjerice, u javnosti se često mogu čuti različiti prijedlozi za unapređenje sustava mirovinskog sustava. Budući da u Hrvatskoj postoji čitav niz mirovina koje su dobrim dijelom ostvarene izvan temeljnog Zakona o mirovinskom osiguranju (tzv. mirovine po posebnim propisima), ideja je da takve mirovine ne narušavaju stabilnost mirovinskog fonda koji počiva na međugeneracijskoj solidarnosti osiguranika, već da se veći dio sredstava budžetira i realizira preko nadležnih ministarstava (npr. Ministarstvo branitelja za braniteljske mirovine, Ministarstvo obrazovanja i znanosti za mirovine članova HAZU-a itd.).

Grafikon 14. Visina i struktura potraživanja HZZO-a (u mlrd. kn)



Izvor: obrada autora prema podacima HZZO-a (2020).

Iz podataka je nejasno u kojem su razdoblju potraživanja nastala. Nadalje, nije moguće utvrditi stupanj naplativosti navedenih potraživanja, pa time nije moguće ni procijeniti potencijalni fiskalni učinak. Ipak, u relativno kratkom roku je moguće napraviti procjenu stupnja naplativosti i plan naplate potraživanja.

Najveći dio potraživanja odnosi se na doprinose čija je ingerencija pod Ministarstvom financija odnosno Porezne uprave. Potrebno je unaprijediti komunikaciju i koordinaciju između Porezne uprave i HZZO-a u cilju bolje naplate doprinosa. Uloga Ministarstva financija, čiji je Porezna uprava integralni dio, pomalo je paradoksalna. S jedne strane Ministarstvo financija prisiljeno je svako malo sanirati dugove zdravstva na teret proračuna. S druge strane, nisu sposobni naplatiti potraživanja za doprinose.

Drugi važan segment čine potraživanja za premiju po policama DZO koja su u 2019. godini iznosila 1,42 mlrd. kuna, a utuženi iznos potraživanja za premiju DZO iznosi tek 183 milijuna kuna. Procjena je da je moguće naplatiti barem 10% od ukupnih potraživanja. Time bi se ostvario jednokratni učinak od 142 milijuna kuna.

Jačanje korištenja fondova EU

Postojeća utilizacija projekata EU u zdravstvu je na relativno niskoj razini. U ovom dijelu rada želi se naglasiti važnost EU projekata i mogućnost korištenja značajnih sredstava koja se nude u sklopu nove financijske perspektive za razdoblje od 2021. do 2027. godine. Hrvatskoj su dodijeljena sredstva EU u iznosu od 23,5 mlrd. eura, odnosno 176,3 mlrd. kuna. To su sredstva koja proračunski i izvanproračunski korisnici imaju na raspolaganju za razvojne, strateške i reformske projekte, a što će uz održive javne financije omogućiti brži oporavak ekonomije. Unutar spomenutog iznosa, u sklopu fonda „React EU“ predviđeno je 735 mil. eura bespovratnih sredstava za financiranje COVID mjera koja su namijenjena za pomoć likvidnosti

gospodarstva, zadržavanje radnih mjesta, ali i ulaganja u zdravstvo. Također, Hrvatska ima na raspolaganju dodatnih 683,7 milijuna eura, odnosno 5,1 milijardu kuna iz Fonda solidarnosti EU za obnovu potresom oštećenih područja. Sredstva su namijenjena za obnovu javnih zgrada oštećenih u potresu. U sklopu tog financijskog okvira bolnice i druge zdravstvene ustanove mogu i moraju pronaći svoje mjesto (Ministarstvo financija, 2020).

Zbog neiskorištenosti potencijala EU fondova, danas se mnoge stavke u sustavu zdravstva financiraju iz tekućih prihoda i poslovanja (npr. znavljanje opreme, obnova pročelja zgrada itd.) umjesto da se ta sredstva koriste za zdravstvenu zaštitu. Postoje dobri primjeri, npr. bolnica Zadar, koji mogu poslužiti kao uzor drugim institucijama u sustavu.

Ukoliko se fondovi EU koriste za obnavljanje infrastrukture, to će imati direktan pozitivan utjecaj na smanjenje troškova hladnog pogona (energenti, voda) koje čine oko 5%¹⁷ rashoda bolničkih ustanova. Također, ušteda se odnosi na značajne troškove servisiranja i održavanja opreme. S obzirom na visok stupanj otpisanosti medicinske opreme te starost iste, česti kvarovi te vrijeme nabavljanja zamjenskih dijelova, koje je vrlo otežano zbog starosti opreme, ima utjecaj i na dostupnost i kvalitetu zdravstvene zaštite (npr. stvaranje listi čekanja).

Ukupni troškovi bolničke zdravstvene zaštite u 2019. godini iznosili su 9,43 mlrd. kuna, a troškovi hladnog pogona oko 472 milijuna kuna. Prosječna ušteda u potrošnji energenata koja se postiže potpunim energetskim obnovama kreće se oko 50% (npr. ESCO modela¹⁸). S obzirom na starost bolničkih zgrada i specifičnost bolničke infrastrukture, konzervativna procjena od 20% ušteda značila bi 93 milijuna kuna ušteda godišnje na hladnom pogonu.

Na žalost, nije moguće obaviti pouzdanu procjenu potencijala sredstava iz fondova EU, kako na razini HZZO-a tako ni na razini cijelog zdravstvenog sustava. Važno je naglasiti kako se u novoj financijskoj perspektivi od 2021. do 2027. pružaju značajna sredstva koja je moguće povući za zdravstveni sustav. Sredstva tehničke pomoći, moguće je pripremiti u kratkom roku odnosno idućih godinu dana kako bi krajem 2021. godine bili spremni za provedbu i financiranje.

Jačanje vlastitih prihoda kroz klinička ispitivanja te istraživanje i razvoj

¹⁷ Prema financijskim izvještajima bolnica u Hrvatskoj troškovi energije, komunalnih usluga i drugih sličnih troškova iznose prosječno iznose oko 5%. Taj se iznos kreće između 3% i 7% što ukazuje na veliku divergenciju u strukturi troškova hladnog pogona.

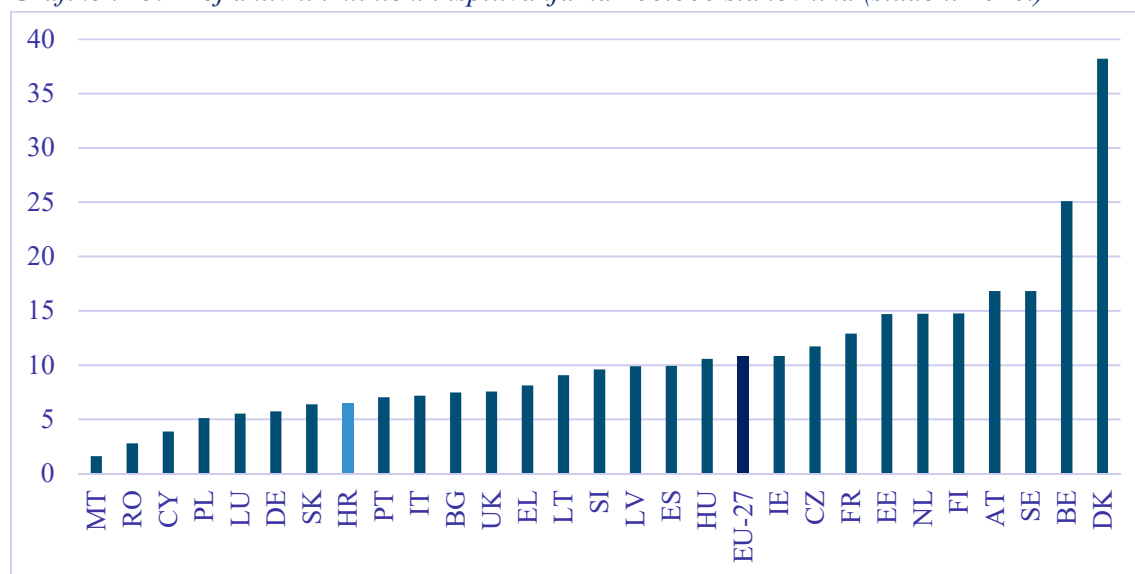
¹⁸ ESCO je skraćenica od *Energy Service Company* i predstavlja generičko ime koncepta na tržištu usluga na području energetike. ESCO model obuhvaća razvoj, izvedbu i financiranje projekata s ciljem poboljšanja energetske učinkovitosti i smanjenja troškova za pogon i održavanje. Cilj svakog projekta je smanjenje troška za energiju i održavanje ugradnjom nove učinkovitije opreme i optimiziranjem energetskih sustava, čime se osigurava otplata investicije kroz ostvarene uštede u razdoblju od nekoliko godina ovisno o klijentu i projektu.

Neosporno je kako su javni izvori financiranja zdravstva ograničeni te je potrebno jačati vlastite prihode zdravstvenih ustanova. Klinička ispitivanja (studije) često se spominju kao najvažniji alternativni izvor financiranja zdravstvenog sustava. Iako sponzorom kliničkih ispitivanja može biti bilo koja osoba ili tijelo koje podržava ispitivanja putem financiranja ili drugih načina i koje zadovoljava sve uvjete propisane smjernicama dobre kliničke prakse, najčešći su sponzori tvrtke iz farmaceutske industrije i proizvođači medicinskih proizvoda. Upravo zbog toga, klinička ispitivanja često se pogrešno tumače kao još jedan od načina ostvarivanja profita farmaceutske industrije (Bulajić, 2017).

Otkrivanje i razvoj novih lijekova skupo je zbog skupih istraživačkih procesa, troškova povezanih s kliničkim ispitivanjima, postupaka odobrenja koji troše resurse i troškova povezanih s proizvodnjom (naravno ako su ispitivanja uspješna). Ulaganja u istraživanje i razvoj u farmaceutskoj industriji u 2018. godini iznosila su više od 36 mlrd. eura samo u Europi. Taj iznos je dvostruko veći nego početkom 2000-tih, a peterostruko veći nego početkom 1990-tih (EPFIA, 2020). Za očekivati je da će zbog pojave COVID-19 pandemije iznosi za istraživanje i razvoj, a posebno za klinička ispitivanja, još više rasti.

Hrvatska zaostaje po broju kliničkih ispitivanja u odnosu na ostatak EU. Na Grafikonu 15. prikazan je broj aktivnih kliničkih ispitivanja na 100.000 stanovnika. Iz grafikona je vidljivo da Hrvatska ima u prosjeku upola manje kliničkih ispitivanja po stanovniku od EU prosjeka.

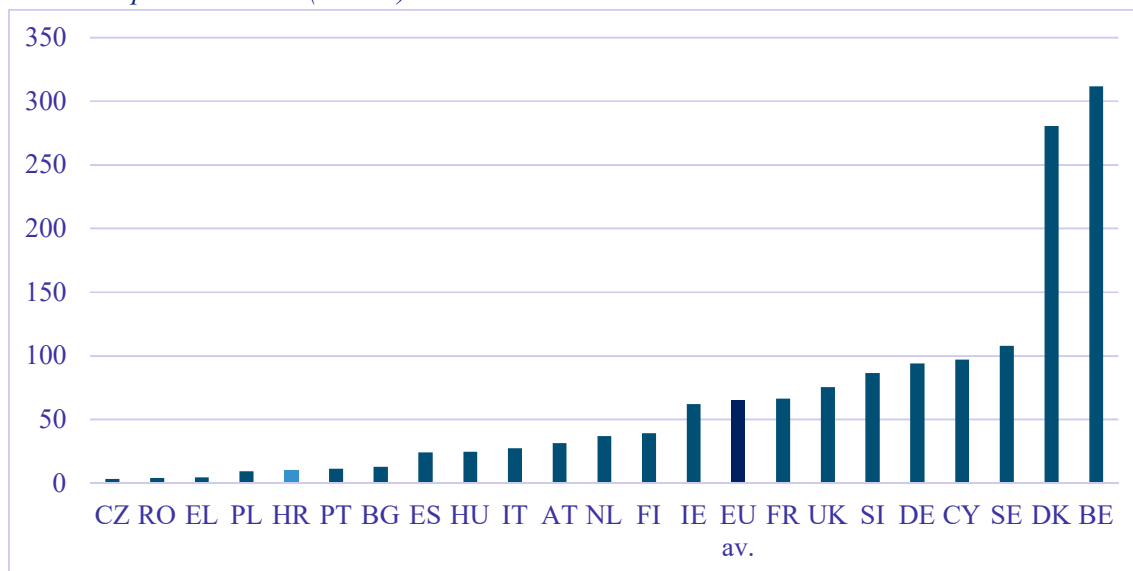
Grafikon 15. Broj aktivnih kliničkih ispitivanja na 100.000 stanovnika (studeni 2020.)



Izvor: obrada autora na temelju ClinicalTrials.gov (2020).

U Hrvatskoj se godišnje obavi između 80 i 90 kliničkih ispitivanja (Larva, 2020). Iz broja studija indirektno proizlazi iznos ulaganja. U Hrvatskoj se godišnje ulaže svega 40 milijuna eura u istraživanje i razvoj ili 9,81 euro po stanovniku (EPFIA, 2020). Na Grafikonu 16. prikazana su ulaganja u istraživanje i razvoj u farmaceutskoj industriji u EU u 2018. godini po stanovniku.

Grafikon 16. Ulaganja u istraživanje i razvoj u farmaceutskoj industriji u EU u 2018. godini po stanovniku (u EUR)



Napomena: prikazane su samo zemlje EU za koje postoje podaci.

Izvor: obrada autora na temelju EPFIA (2020).

Iz grafikona je vidljivo da se prosječno u EU u istraživanje i razvoj ulaže 6,5 puta više nego u Hrvatskoj. U Hrvatskoj se ulaže 9,8 eura po stanovniku. Za usporedbu, u Sloveniji se u istraživanje i razvoj ulaže 86 eura po stanovniku, u Mađarskoj 24 eura po stanovniku, dok se u Danskoj ulaže 280 eura, a u Belgiji čak 311 eura godišnje po stanovniku (EPFIA, 2020). Koalicija udruga u zdravstvu smatra da bi kliničkih studija trebalo biti više te da bi sustav mogao podnijeti višestruko veći broj kliničkih studija (Larva, 2020). Ukupna ulaganja u istraživanje i razvoj u Hrvatskoj u 2019. godini iznosila su 40 milijuna eura (EPFIA, 2020). Prema tome, postoji potencijal da se godišnje dodatno uprihodi oko 300-350 milijuna kuna na temelju prihoda od istraživanja i razvoja. Budući da je udio ulaganja u klinička ispitivanja 49,2% ukupnih ulaganja u R&D (prema EPFIA, 2020), za očekivati je dodatne prihode od kliničkih studija u iznosi od 147-172 milijuna kuna.

Odnos prema kliničkim ispitivanjima zahtjeva promjene određenih zakona i pravilnika.¹⁹ Kada se tu pridoda pitanje poreznog tretmana i promjena strateške vizije, za provedbu ove mjere potreban je nešto dulji vremenski period, odnosno mjeru je moguće provesti tek u srednjem i (izvjesnije) u dugom roku.

Dobrovoljna osiguranja i nad-standard zdravstvene zaštite

¹⁹ Zakon o lijekovima (NN 76/13, 90/14, 100/18.) i Pravilnik o kliničkim ispitivanjima lijekova i dobroj kliničkoj praksi (NN 25/15, 124/15).

Jasno je kako u Hrvatskoj postoje nedostatna sredstva za financiranje javnog zdravstva. Modernizacija i unaprjeđenje zdravstvenog sustava, osim kontrole troškova i potrošnje, trebale bi uključiti i nove izvore financiranja kako bi se smanjio jaz između povećane potrošnje i ograničenih prihoda. Osim kliničkih ispitivanja, jačanje vlastitih prihoda potrebno je promatrati kroz druge izvore, primarno mogućnost pružanja nad-standarda zdravstvene zaštite od strane zdravstvenih ustanova.

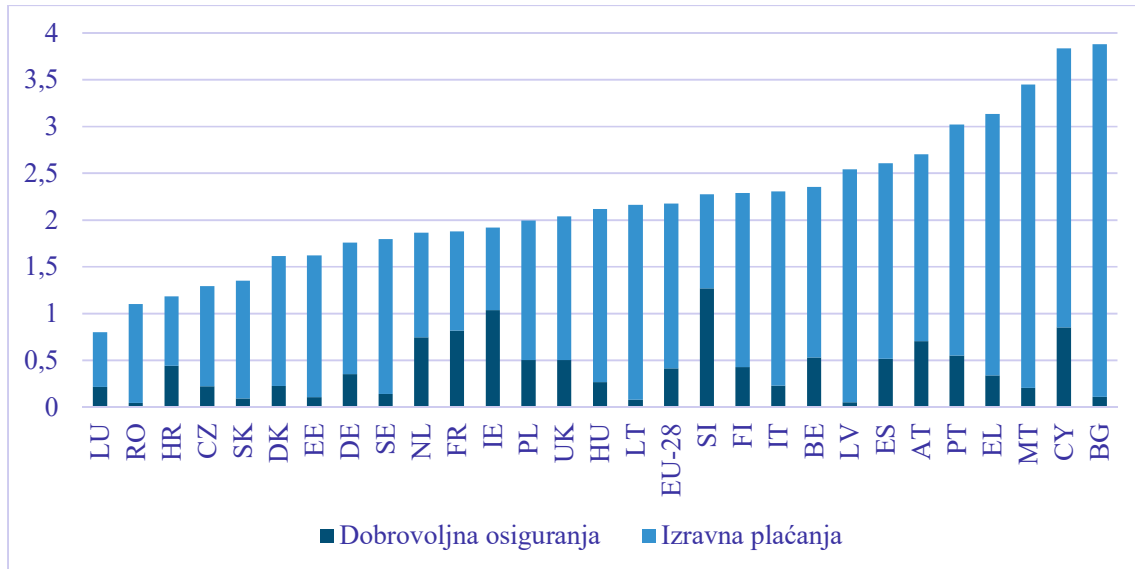
Udruga poslodavaca u zdravstvu (UPUZ) je ovaj model već ranije predlagala kao dio rješenja smanjenja dugova u zdravstvu. Prema UPUZ-ovu prijedlogu, imperativ bi bio zadržavanje dostignutog standarda zdravstvene zaštite, uključujući njegovu socijalnu komponentu. HZZO-ovo osnovno i dopunsko zdravstveno osiguranje trebalo bi ostati kvalitetno i dostupno svim građanima, solidarni javni zdravstveni sustav očuvan, a osnovna prava pacijenata zajamčena. To bi značilo da bi jeftinije generičke lijekove i potrošni materijal standardne kvalitete, kao i do sada, pokrивao HZZO. No, ukoliko građani žele kvalitetniju skrb (npr. bolje stentove, umjetna koljena ili kukove) ili pak skuplje lijekove iste generičke skupine, to bi mogli nadoplatiti ili izravnim plaćanjima „iz džepa“ ili preko dodatnog osiguranja.

UZUP smatra da bi Ministarstvo zdravstva (nekadašnja *Agencija za kvalitetu i akreditacije u zdravstvu i socijalnoj skrbi*) prvo trebalo napraviti katalogizaciju svih usluga. Takav katalog usluga bio bi temelj za uspostavu sustava nad-standarda, procjenu troškova i konačne odluke o razini usluge koja će bit pokrivena preko HZZO-a (Tejić, 2016). Bez obzira na inicijalno veći trošak, bolji implantati u dugom roku trebali bi smanjiti troškove liječenja. Uglavnom se radi o materijalima većeg životnog vijeka koji smanjuju troškove rehabilitacije (koje opet plaća HZZO) kao i ponovljenog operativnog zahvata. Također, bolji materijali omogućavaju brži povratak u radnu aktivnost, što pak utječe na generiranje ekonomske dodane vrijednosti i plaćanje doprinosa.

Potražnja za nad-standardom zdravstvenih usluga trebala bi se pretežno kanalizirati preko dobrovoljnih (dodatnih) zdravstvenih osiguranja, a manje preko izravnih plaćanja „iz džepa“ građana (engl. *out of pocket*). Uloga i smisao dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i jest u tome da preuzme dio potražnje za zdravstvenim uslugama radi smanjenja opterećenja i pritiska na javno zdravstvo. Uvođenje dopune plaćanja za nad-standard potaklo bi potražnju za dodatnim osiguranjima te utjecalo na proširenje ponude.

Prostor za jačanje ovog dijela zdravstvene zaštite postoji što je vidljivo iz visine privatnih izdvajanja za zdravstvo. Na Grafikonu 17 prikazana je visina i struktura privatnih izdataka za zdravstvo u EU.

Grafikon 17. Visina i struktura privatnih izdataka za zdravstvo u EU (% BDP-a, 2017. godina)



Izvor: WHO (2020).

U Hrvatskoj se privatno izdvaja tek 1,18% BDP-a što je upola manje od prosjeka EU. Jedan od razloga za postojeći položaj svakako se može naći u činjenici da obvezno osiguranje u Hrvatskoj pokriva širok spektar usluga te da nema gradacije u pokrivenosti usluga kao u slučaju prethodno spomenute Slovenije. U pogledu strukture izdataka, Hrvatska ima znatno veći udio izdvajanja izravno „iz džepa“ građana u odnosu na druge oblike privatnih izdataka za zdravstvo, odnosno dobrovoljna zdravstvena osiguranja. Drugim riječima, hrvatski građani već danas dosta izravno plaćaju za zdravstvene usluge, a s druge strane hrvatsko tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja još je uvijek nerazvijeno te značajno zaostaje u usporedbi s drugim državama EU.²⁰

Ovom mjerom moglo bi se utjecati na ostvarivanje nekoliko ciljeva. Osim stabilizacije financija i povećanja kvalitete zdravstvenih usluga, uvođenje sustava nad-standarda značajno bi doprinijelo uspostavi sustava ekonomskih cijena u zdravstvu o kojima će biti više riječi u nastavku. Budući da provedba nad-standarda zahtjeva katalogizaciju usluga, za provedbu ove mjere potreban je ipak nešto dulji vremenski period.

Iako je teško bez detaljne i sveobuhvatne analize dati ocjenu fiskalnog učinka ove mjere, razvojem dodatnih osiguranja vjerojatno bi se smanjio iznos izravnih plaćanja „iz džepa“ građana. Za dobivanje dojma o razmjerima potencijalnih učinaka - moguće je, međutim, izraditi određene (vrlo načelne) hipotetske scenarije. Primjerice, kada bi se privatna izdvajanja

²⁰ Ovaj problem već je ranije prepoznat te je istaknut u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva za razdoblje 2012-2020. (Vlada, 2012). Isto tako, Nestić i Rubil (2014) upozoravaju na neadekvatnu visinu i strukturu privatnih izdataka za zdravstvo dok Puljiz (2014) ukazuje na mogućnosti razvoja dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja u Hrvatskoj.

povećala za 30-50%, to bi značilo dodatnih 1,3 do 2,2 mlrd. kuna. Na javnom zdravstvenom sustavu je izgraditi kvalitetan sustav nad-standarda i dobar dio tog tržišta (i novca) privući u javni sektor. Za sada, većina privatnih izdataka u zdravstvu ostaje u privatnom sektoru. Javni sektor, u prosjeku, kroz participaciju i DZO uprivi oko 30 posto privatnih izdataka. Ukoliko bi došlo do povećanja privatnih izdataka, kao posljedica plaćanja nad-standarda, te ukoliko bi se zadržao postojeći udio države u privatnim izdacima, HZZO bi mogao dodatno uprihoditi između 447 i 745 milijuna kuna.

Fiskalni učinak predloženih mjera

Prethodno je predložen i analiziran niz mjera koje mogu ojačati fiskalnu održivost hrvatskog zdravstvenog sustava. Za neka područja nije bilo moguće izračunati konkretne fiskalne učinke, kako u kratkom tako i u dugom roku (npr. fondovi EU i upravljanje potraživanjima). U Tablici 4. sažeto su prikazani procijenjeni fiskalni učinci predloženih mjera za koje je bilo moguće izračunati fiskalni učinak. Iz tablice je vidljivo kako postoji potencijalni financijski prostor od oko 4,57 mlrd. kuna koji se može otvoriti realizacijom navedenih mjera.

Tablica 4. Fiskalni učinak predloženih mjera (u mil. kn na godišnjoj razini)

Mjere	u mil. kn
Pokrivanje punog troška prihoda od proračuna (čl. 72. i 82. ZOZO, čl. 14.a ZDZO)	1.626
Posebni porez na alkohol kao prihod ZOZO-a	293
Novi porez "na grijeh" (šećer, masti i sl.)	300
Promjene kod dopunskog osiguranja	315
Promjena politike novčanih naknada	1.011
Upravljanje potraživanjima (premija ZDO)	142
Fondovi EU (ušteda na hladnom pogonu zbog obnove opreme)	94
Klinička ispitivanja i R&D	350
Naplaćivanje nad-standarda	447
Ukupno	4.578

Izvor: izračun autora.

Potrebno je istaknuti kako se većina mjera može realizirati u kratkom roku. Iznimka su promjene kod novčanih naknada, konkretno roditeljskih naknada za koje je potreban dulji vremenski period i šira javna rasprava. Za jačanje prihoda na temelju boljeg upravljanja potraživanjima i fondova EU također je potreban dulji vremenski period. Ipak, u kratkom roku moguće je izraditi procjenu rizika naplativosti pojedinih potraživanja kao i selekciju specifičnih područja pogodnih za apliciranje fondova EU. Nadalje, potrebno je napomenuti kako predložene mjere nisu nužno prihod HZZO-a. Prihod od kliničkih ispitivanja primarni je prihod bolnica, odnosno zdravstvenih ustanova i njihovih zaposlenika.

4.2. Rashodna strana i održivost zdravstvenog sustava

U nastavku se analiziraju moguće mjere na rashodnoj strani. Povećanje prihoda zdravstvenog sustava više je u domeni Ministarstva financija, a manje Ministarstva zdravstva. Kako jačanje

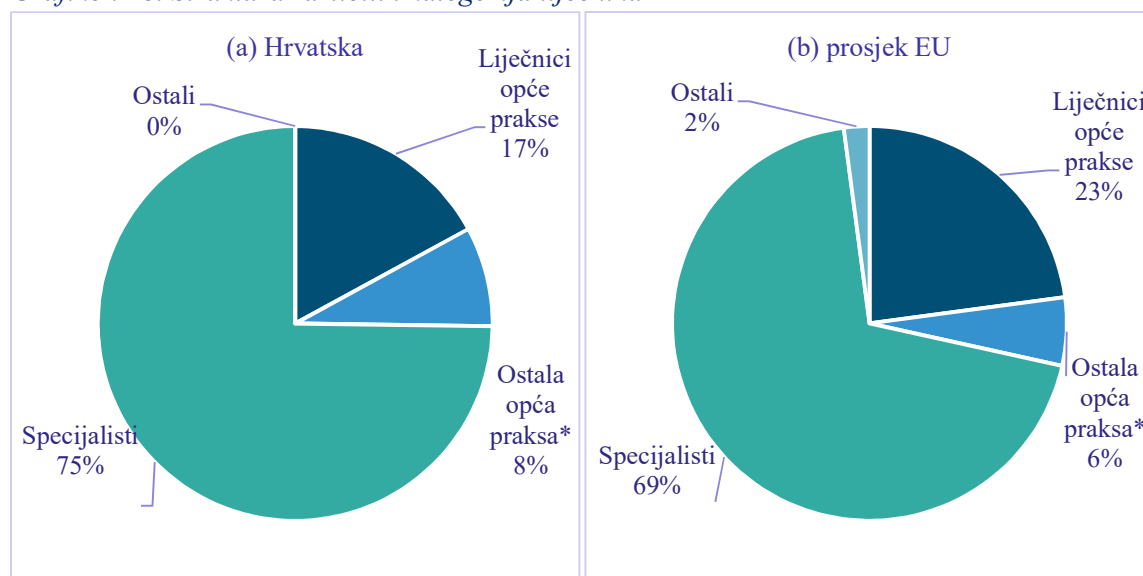
prihoda spada pretežno u domenu Ministarstva financija, tako je re-alokacija rashoda i povećanje efikasnosti zdravstva isključivo odgovornost Ministarstva zdravstva i ostalih segmenata javnog zdravstvenog sustava kao što su HZZO i zdravstvene ustanove. U nastavku se daje pregled mjera koje se mogu poduzeti sa rashodne strane u vidu povećanja učinkovitosti zdravstvenog sustava.

Jačanje prevencije i primarne zdravstvene zaštite

U prethodnom dijelu prikazano je kako Hrvatska zaostaje po financiranju primarne zdravstvene zaštite u odnosu na prosjek EU (prethodne Grafikone 6. i 7.). Taj trend treba okrenuti. Jačanjem prevencije, u budućnosti bi se ostvarile uštede na bolničkom liječenju i lijekovima (posebno PSL). To se naročito odnosi na potrebu ranog otkrivanja onkoloških oboljenja gdje postoji dokazana korelacija ranog otkrivanja karcinoma ne samo sa boljim zdravstvenim ishodom već i sa manjim troškovima liječenja (Sun et al., 2018).

Već se spomenulo kako je po broju liječnika Hrvatska ispod prosjeka EU (prethodni Grafikon 13.). Prema podacima OECD/EU (2018), u Hrvatskoj rade 3,2 liječnika na tisuću stanovnika, dok je prosjek EU 3,6. Na Grafikonu 18. prikazana je struktura različitih kategorija liječnika. Iz podataka je vidljivo kako se najveći nedostatak liječnika osjeti u području opće prakse. Hrvatska ima 17% liječnika opće prakse, dok je prosjek EU 23%.

Grafikon 18. Struktura različitih kategorija liječnika



Napomena: * - Ostali opći stručnjaci uključuju liječnike koji nisu specijalisti koji rade u bolnici i nedavno diplomirane studente medicine koji još nisu započeli postdiplomsko specijalističko obrazovanje.

Nadalje, kategorija „Ostali“ javlja se samo u pojedinim zemljama gdje postoje određene kategorije liječnika koje nisu precizno definirane, što nije slučaj u Hrvatskoj.

Izvor: EU/OECD (2018).

Prethodno je spomenuto kako se Hrvatska nalazi među zemljama s najvišom smrtnosti od raka u EU (prethodna Grafikon 11.) te da ima najvišu razinu smrtnosti od raka dojke u EU (prethodna Grafikon 12.). Ipak neke se stvari popravljaju. Prema podacima OECD/EU (2018) oko 60% žena između 50-69 godina obavi mamografski pregled što je blago iznad prosjeka EU. Oko 77% žena obavi preventivni pregled vezano uz rak grlića maternice što je također iznad prosjeka EU. Uz bolju prevenciju, razvoj karcinoma bi se dominantno liječio u ranijim fazama, a ne u metastaziranoj fazi, čime bi se značajno smanjili troškovi skrbi i lijekova te poboljšali zdravstveni ishodi liječenja karcinoma.²¹

S obzirom na već spomenute rizike zdravlja (pušenje, alkohol, pretilost, preventivni pregledi), može se zaključiti kako je u Hrvatskoj dobrim dijelom zapostavljena prevencija i kako postoji općenita nebriga stanovništva o vlastitom zdravlju. Također, u Hrvatskoj se pacijenti manje konzultiraju s liječnicima od prosjeka EU (OECD/EU, 2018).

Kako bi se pojačala primarna zdravstvena zaštita, potrebno je uvesti sustav praćenja odaziva na preventivne preglede. Također, može razmisliti o raznim modalitetima nagrađivanja liječnika opće prakse i obiteljske medicine u odazivu na prevenciju. Nagrađivanje liječnika i određene investicije u sustav praćenja utjecale bi na rast troškova primarne zdravstvene zaštite. U dugom roku, bolja prevencija utjecala bi na bolje zdravstvene pokazatelje te na snižavanje troškova liječenja. Snižavanje troškova zdravstvene zaštite prije svega se odnosi na smanjenje troškova bolničkog liječenja te daljnje racionalizacije troškova za lijekove. Uz navedeni pozitivan financijski učinak isto će imati snažan učinak na zdravstvene ishode u onkologiji s kojima trenutno ne možemo biti zadovoljni. Neki od modaliteta za poticanje odaziva na preventivne preglede može biti i kroz oblik stimulacije za same pacijente na način da se odaziv na preventivni pregled valorizira popustom na policu dopunskog zdravstvenog osiguranja.

Potrošnja lijekova

Prema podacima HALMED-a, u posljednjih pet godina potrošnja lijekova u Hrvatskoj je porasla za preko 50% - s 5 mlrd. kuna u 2014. na 7,65 mlrd. kuna u 2019. Nekoliko je ključnih razloga za to. Prije svega zbog demografsko starenje, nezdrave životne navike stanovnika i izloženost stresu, kao i loši okolišni utjecaji što izravno utječe na povećanje broja oboljelih od zloćudnih, autoimunih, neuroloških, srčano-žilnih i drugih bolesti. S druge strane, znanstveni i industrijski laboratoriji kontinuirano pronalaze nove, učinkovitije lijekove koji omogućavaju izlječenje ili pretvaranje neizlječivih bolesti u kronične. Dakle, standard raste, a povećanje standarda rezultira i povećanom potrošnjom.

Potrošnja lijekova u definiranim dnevnim dozama na tisuću stanovnika na dan (što je standardna mjera potrošnje lijekova) povećala se sa 972,47 u 2014. na 1.280,5 u 2019. što je

²¹ Primjerice, Sun i dr. (2018) pokazuju kako postoji korelacija odnosno rast troškova sa fazama liječenja raka dojke. Ti podaci upućuju na potrebu jačanja prevencije i potrebe većeg odaziva na preglede.

povećanje od oko 30%. S obzirom da je povećanje potrošnje lijekova u kunama u istom razdoblju bilo veće od 50%, nameće se zaključak kako je u posljednjih 5 godina došlo i do povećanja cijene lijekova i do povećanja njihove potrošnje. No, to nije neuobičajeno. Veći broj oboljelih uzrokuje veću potrebu za lijekovima, dok kompleksni procesi istraživanja i razvoja preciznih lijekova koji su namijenjeni malim populacijskim podskupinama podižu troškove proizvodnje inovativnih lijekova. Dodatno, novije spoznaje iz liječenja kroničnih ne-zaraznih i ne-zloćudnih bolesti nerijetko zahtijevaju kombiniranje postojećih, već etabliranih lijekova u cilju poboljšanja ishoda liječenja što također doprinosi porastu potrošnje lijekova.

Politike javnog zdravstva koje se baziraju na povećanju učinkovitost zdravstvene potrošnje temelje se na već dobro poznatim politikama. To su ograničavanje rasta potrošnje lijekova kroz politike određivanja cijena referiranjem i politike povrata koje dominantno počivaju na primjeni generičkih lijekova i boljem sustavu javne nabave. Pristup racionalizaciji potrošnje lijekova moguće ostvariti kroz cjeloviti sustav liječenja bolesnika kroz tzv. multidisciplinarni tim čija prisutnost osigurava maksimalnu učinkovitost farmakoterapije ali i bolje ishode liječenja.

Razvoj modaliteta plaćanja lijekova u Hrvatskoj može utjecati na učinkovitije korištenje posebno skupih lijekova (PSL), ali i na veću participaciju industrije u troškovima lijekova. Definiranje očekivanog standarda liječenja te praćenje ishoda liječenja, omogućiti će jasne kriterije za propisivanje lijekova, kako PSL tako i drugih lijekova. To podrazumijeva i praćenje uspješnosti liječenja u pojedinim bolnicama. Također, navedeno utječe na redistribuciju rizika porasta troškova za lijekove između HZZO-a i industrije, omogućava jednaku dostupnost PSL u svakom dijelu Hrvatske i ne opterećuje poslovanje bolnica.

Već je ranije konstatirano kako najveći prirast u strukturu zdravstvene potrošnje imaju PSL. Bruto iznos potrošnje PSL u 2019. godini je iznosio 1,9 mlrd. kuna što je 8,7% ukupne zdravstvene potrošnje. S druge strane lijekovi na recepte iznosili su 3,8 mlrd. kuna ili 16,8% zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj. Važno je još jednom napomenuti kako se stvarni iznos za PSL može se smanjiti do 14%, odnosno 268 milijuna kuna koliko iznosi povrat industrije HZZO-u. Također, model PSL je omogućio da se uključuju novi lijekovi i nove indikacije čime su se osiguranim osobama omogućile šire mogućnosti liječenja na teret sredstava obveznog zdravstvenog osiguranja.

U ukupnoj potrošnji lijekova najviše se izdvaja za lijekove za liječenje zloćudnih bolesti i imunomodulatore (oko 30% u 2019.). Slijede lijekovi s učinkom na probavni sustav i mijenu tvari, lijekovi koji djeluju na živčani sustav, lijekovi koji djeluju na kardiovaskularni sustav, lijekovi za liječenje sustavnih infekcija te lijekovi koji djeluju na krv i krvotvorne organe s pojedinačnim udjelima od oko 10%. Sve ostale skupine lijekova zajedno zauzimaju manje od 20% u ukupnoj potrošnji.

U svakom slučaju, već se ranije konstatiralo kako potrošnja lijekova, uz bolničku potrošnju, treba biti pod permanentnim nadzorom i jedan od prioriteta sustava kontrole i budžetiranja zdravstvene potrošnje. Nadalje, posljednjih godina sve je veći naglasak na rješavanju problema

prekomjerne i rasipne potrošnje lijekova. Četiri su moguća pristupa rješavanju tog problema (EU/OECD, 2018: 60-72):

- 1) Osiguravanje adekvatne vrijednosti za novac kroz politike odabira, pokrivenosti, nabave i cijena lijekova;
- 2) Osiguravanje adekvatnog odnosa s jedne strane inovativnih lijekova te s druge strane generičkih i bioloških lijekova sličnih referentnom lijeku (biosimilar), u svrhu optimiziranja ishoda liječenja i potencijalnih ušteda;
- 3) Poboljšanje pridržavanja terapija liječenja, optimizacija pakiranja te smanjenje količine lijekova koji završe kao otpad;
- 4) Promoviranje racionalnog propisivanja i obuzdavanje prekomjernog korištenja lijekova.

Osim toga, država mora biti ažurnija u podmirivanju obveza za lijekove, čime bi se zasigurno cijena lijekova mogla dodatno kontrolirati. Iako je postupak utvrđivanja cijene lijekova prilično detaljno reguliran - najviša dozvoljena cijena lijekova utvrđena je prije njihove prodaje, odnosno potrošnje, pa neplaćanje utrošenog lijeka formalno ne može utjecati na tu cijenu, neuredno podmirivanje obveza značajno smanjuje manevarski prostor za pregovaranje dodatno povoljnijih cijena lijekova.

Koordinacija bolničkog liječenja i primarne zdravstvene zaštite

Jedna od politika kojoj se u posljednje vrijeme pridaje dosta pozornosti je bolja koordinacija između bolničkog liječenja i primarne zdravstvene zaštite. Bolja koordinacija često zahtijeva investicije, primarno u informacijski sustav. Bez kvalitetne koordinacije zdravstveni sustav je fragmentiran te često generira nepotrebne troškove (Borowitz & Hfmarcher, 2010). Primjerice, integracijom dijagnostičkih sustava primarne i bolničke zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, u dugom roku bi došlo do ušteda na nepotrebним laboratorijskim pretragama. Nadalje, loša koordinacija u konačnici dovodi do prekomjerne i rasipne bolničke potrošnje (npr. hitna pomoć). EU i OECD (2018: 47-60) ističu ključna područja na kojima treba djelovati kako bi se smanjila prekomjerna bolnička potrošnja:

- 1) Smanjenje prijema koji se može izbjeći, što pak znači zadovoljavanje potreba izvan bolnica,
- 2) Mjerenje i adresiranje prekomjerne bolničke potrošnje,
- 3) Iskorištavanje potencijala jednodnevne kirurgije i dnevne bolnice općenito te
- 4) Smanjenje kasnih otpusta iz bolnica.

Digitalizacija zdravstva

Dobar dio koordinacije raznih pod-sustava zdravstvene zaštite, kao primjerice bolničke i primarne, može se unaprijediti kroz procese digitalizacije. Preduvjet reorganizacije zdravstva je informatizacija, a informatizacija sustava pretpostavka je digitalizacije zdravstva. Digitalizacija zdravstva podrazumijeva medicinsko upravljanje bolešću, definiranje učinkovitijih terapija i posljedično bolju kvalitetu života. Uz tako ustrojen sustav, pacijenti bi imali brz i siguran pristup vlastitim zdravstvenim podacima, kao i mogućnost davanja povratne informacije o svom stanju, ali i o usluzi i kvaliteti zdravstvene zaštite (IFI, 2018).

Važno je konstatirati kako je razvoj e-zdravstva u Hrvatskoj zaista prati nove potrebe zdravstveno sustava te se razvojem CEZIH-a, e-recepta, e-uputnice te u konačnici e-kartona postali smo jedni od pionira informatizacije zdravstva. Pojedinačni uspjesi rješenja uvelike su olakšali provedbu zdravstvenih usluga ali nažalost ne možemo konstatirati kako je došlo do cjelokupne integracije zdravstvenog sustava i informatičkih rješenja.

Kada govorimo o digitalizaciji sustava zdravstva te boljoj interakciji doktora primarne zdravstvene zaštite i bolničkih liječnika moramo spomenuti ulogu sustava e-kartona. Implementacijom e-kartona na način kako je isti dostupan kako doktoru primarne zdravstvene zaštite te bolničkom liječniku, uvelike će olakšati provedbu sustavnog praćenja zdravstvenog stanja pacijenata ali i omogućiti značajne uštede financijskih sredstava u sustavu. Najbolji primjer su laboratorijske pretrage koje su četo ponavljane zbog neusklađenosti primarne i tercijarne zdravstvene zaštite, što je generiralo dodatni i nepotrební trošak zdravstvene zaštite.

Također praćenjem bolesnika kroz sustav panela primarne zdravstvene zaštite ostvaruje se mogućnost sustavnog praćenja pacijenata (dijabetes, KOPB, hipertenzija) te izmjenjivanje spoznaja o bolesniku i praćenja ishoda liječenja. Potrebno je također razmotriti uvođenje ovakvih načina praćenja i za onkološke bolesnike u Hrvatskoj što bi doprinijelo sustavnijem praćenju tih bolesnika. Ovo su samo neki od dobrih primjera kako bi kroz daljnju digitalizaciju zdravstvenog sustava mogli poboljšati zdravstvenu skrb za bolesnike uz manje troškove.

Dobro strukturiran i digitaliziran sustav omogućio bi primjenu jednakog standarda liječenja, rasteretio liječnike i druge zdravstvene djelatnike od administrativnih poslova ostavljajući im više vremena za rad s pacijentima. Informatizacija i digitalizacija osigurale bi kvalitetne baze podataka koje bi omogućile brz, jednostavan i standardiziran pristup informacijama o pacijentu. Takvi registri pacijenata omogućili bi praćenje ishoda liječenja, pa u konačnici i doprinijeli kvalitetnijem sustavu plaćanja lijekova, medicinskih pomagala i saniteta po ishodima liječenja. Također, bolje bi se pratila učinkovitost terapija i postupaka, a time i potrošnja u zdravstvu.

Upravljanje приходima i rashodima zdravstvenih ustanova, ekonomska cijena zdravstvenih usluga i definiranje standarda

Uz potrošnju lijekova te bolju koordinaciju primarne i bolničke zdravstvene zaštite, fiskalna održivost zdravstva podrazumijeva bolje upravljanje prvenstveno bolničkom potrošnjom u vidu povećanja kvalitete i učinkovitosti bolničkog sustava. Prethodno je pokazno kako bolnička potrošnja čini najveći segment zdravstvene potrošnje te kako ona generira najveći dio duga zdravstva. Sukladno tome, postoji percepcija kako se ključni problemi zdravstva nalaze u sustavu bolničke zdravstvene zaštite. Problem se, međutim, ne može riješiti samo reformom bolničkog sustava, bez reforme drugih pod-sustava kao što je primarna zdravstvena zaštita. Ipak, bolnički sustav ima problem u kontekstu financiranja jer u većoj mjeri ne može utjecati na razinu tekućih prihoda i rashoda poslovanja. Bolnice kao samostalni poslovni subjekti ulaze u ugovorne odnose sa HZZO-om i na taj način, obavljajući svoju djelatnost, ostvaruju prihode i rashode. S druge strane, bolnice nemaju utjecaj na formiranje cijena usluga i programa (limita)

koje jednostrano utvrđuje Upravno vijeće HZZO-a. HZZO cijene dominantno formira s obzirom na raspoloživa financijska sredstava, a ne temeljem cijene koštanja odnosno ekonomske cijene određene zdravstvene usluge. Kada se u obzir uzmu i troškovi medicinskih pomagala, implantata i saniteta, često je bolnica prisiljena raditi s manjkom jer dobar dio usluga košta više od limita utvrđenih od strane HZZO-a.

Nadalje, postoje elementi rashodne strane bolnica i drugih zdravstvenih ustanova koji se egzogeno povećavaju, a s druge strane ne prati ih adekvatan rast bolničkih limita niti korekcija cijena zdravstvenih usluga. Prije svega se to odnosi na troškove osoblja (plaće) i druga materijalna prava koja čine najveći udio u ukupnim rashodima zdravstvenih ustanova, a koja su predmet pregovora Vlade i sindikata kroz kolektivne ugovore. Primjerice, u KBC Zagreb troškovi osoblja su u 2019. godini rasli 8,1% u odnosu na 2018. godinu. Trend rasta primjetan je i u 2020. godinu uz najavu da će se plaće dodatno povećavati zbog dodatnog angažmana tijekom COVID-19 krize.

Ugovorom između HZZO-a i bolnice utvrđuje se jedinstvena cijena programa (limita) za svaku pojedinu bolnicu.²² Limit obuhvaća sve djelatnosti bolnice, odnosno ne postoje pod-limiti za pojedine djelatnosti. U takvoj situaciji nije moguće učinkovito upravljanje jer je nemoguće ocijeniti uspješnost poslovanja po djelatnostima (troškovnim centrima).

Jedan od prioriteta reforme zdravstvenog sustava trebalo bi biti bolje definiranje (ekonomskih) cijena zdravstvenih usluga. To podrazumijeva nekoliko pratećih reformi kao što su revizija cijena zdravstvenih usluga, definiranje centara izvrsnosti, definiranje standarda u liječenju i kvalitetno povezivanje sa sustavom javne nabave. U relativno kratkom roku moguće je formirati radnu skupinu na razini Ministarstva zdravstva koja bi napravila reviziju cijena zdravstvenih usluga (DTP, DTS, DBL)²³ uvažavajući realne ulazne troškove izražene kroz cijene lijekova i medicinskog materijala dobivene kroz postupak javne nabave.

Postoje razni prijedlozi koji se odnose na korektivni faktor za pokrivanje fiksnih troškova „hladnog pogona“ te povratak troška amortizacije. Uvođenjem amortizacije osigurala bi se pravedna distribucija sredstava za investicije, povećala likvidnost zdravstvenih ustanova te bi se povećala učinkovitost javne nabave jer nabavna cijena neće predstavljati samo trošak razdoblja u kojem se nabavlja nego će utjecati na tekuće poslovanje u narednim godinama (Lukovnjak, 2016). Amortizacija je samo dio šire priče o računovodstvu i financijskom izvještavanju u zdravstvu o čemu će biti više riječi u nastavku.

²² Nepoznata je metodologija izračuna maksimalnog iznosa sredstava, što ne doprinosi transparentnosti ovog sustava (Lukovnjak i Klepo, 2012).

²³ DTP - dijagnostičko-terapijski postupci, DTS – dijagnostičko-terapijske skupine, DBL – dani bolničkog liječenja.

Uvođenjem amortizacije dobivamo jasnu sliku upotrebljivosti opreme u zdravstvenim ustanovama te nastavno na isto možemo definirati jasan plan završetka te najefikasnije iskorištavanje sredstava na lokacijama gdje je oprema od najviše upotrebe.

Svoje prihode od bolničke zdravstvene zaštite bolnice pravdaju temeljem dijagnostičko-terapijskih skupina (DTS). Primjenom ovog sustava opet se uglavnom premašuju ugovoreni maksimalni iznosi sredstava. Jedan od nedostataka postojećeg sustava je činjenica da se DTS sustav ne koristi kao kriterij za raspodjelu sredstava već kao sustav za pravdanje doznačenih sredstava (Lukovnjak i Klepo, 2012). Potrebno je unaprijediti i iskoristiti sustav DTS-a kako bi se definirali centri izvrsnosti u bolnicama. Uostalom, glavni razlog izrade DTS klasifikacije leži u mjerenju troškova i unapređenju efikasnosti bolničkog liječenja (Strizrep, 2017). Usporedivost kliničke slike i financijskog troška trebala bi biti okosnica strukture DTS klasifikacijskog sustava. U tom kontekstu važno je uspostaviti sustav preciznog određivanja težinskih koeficijenata DTS-a kao i sustav preciznog praćenja kategorija troška DTS-a.

U konačnici, kako bi se definirala realna ekonomska cijena zdravstvenih usluga potrebno je definirati standard u liječenju za određene dijagnoze.²⁴ Ovaj segment usko je povezan s uvođenjem nad-standarda u sustav zdravstva koji je prethodno objašnjen među mjerama za jačanje prihoda zdravstva. U definiranju standarda odnosno nad-standarda može pomoći i Ministarstvo zdravstva (odnosno nekadašnja Agencija za kvalitetu i akreditacije u zdravstvu i socijalnoj skrbi). Postavlja se pitanje zašto, kao kod lijekova, ne može postojati svojevrsna A i B lista koja se odnosi na medicinska pomagala i implantate. Osnovni standard (A) u potpunosti bi pokrivalo obvezno zdravstveno osiguranje, dok bi se nad-standard (B) mogao ostvariti kroz izravno plaćanje ili kroz policu dodatnog zdravstvenog osiguranja. Nije nužno, pa čak niti sugestivno, da se kriterij najniže cijene koristi za definiciju osnovnog standarda. Medicinska struka dobro poznaje trendove u liječenju određenih bolesti i tjelesnih nedostataka. Poanta je da se prilikom definiranja standarda ne povećava rizik za zdravlje pacijenta, odnosno da se istovremeno optimizira odnos kvalitete i cijene usluge.

Dvojno financiranje i funkcionalna integracija

Prethodno navedene promjene usmjerene su ka povećanju učinkovitosti cijelog bolničkog sustava koje teže napuštanju fiksnog limita i plaćanju bolnica prema vrijednosti fakturirane realizacije koja je bazirana na ekonomskim cijenama. Logično je da će uvijek postojati bolnice koje zbog čitavog niza razloga (mali broj pacijenata, nedostatak liječnika ili sestara, nedostatak opreme) neće moći zadovoljavati kriterije učinkovitosti. Uglavnom se radi o lokalnim općim bolnicama čije djelovanje ima političku i društvenu dimenziju. U takvim situacijama potrebno je osigurati tzv. dvojno financiranje gdje bi se uz HZZO u financiranje uključio osnivač, odnosno županija. Ukratko, vrijednost izvršenog rada podmiruje HZZO, a preostala sredstva

²⁴ Na primjer, koji je standardni umjetni kuk kod operacije kuka ili koja je standardna sintetska mrežica za operaciju hernije ili koji je standardni stent za liječenje začepljenja ili suženja srčanih arterija.

potrebna za normalno poslovanje trebala bi osigurati županija kao osnivač. Uostalom, prema čl. 59 Zakona o ustanovama (NN 76/93, 29/97, 47/99, 35/08, 127/19), osnivač ustanove solidarno i neograničeno odgovara za njezine obveze. Naravno, moguće je iznaći model u kojem bi se u financiranje fiksnog dijela poslovanja uključila i središnja država, samo onda taj iznos treba biti budžetiran izvan regularnog opsega poslovanja HZZO-a.

Bez obzira na prijedlog dvojnog financiranja u kontekstu opstanka pojedinih bolnica, potrebno je i dalje težiti konsolidaciji poslovanja zdravstvenih ustanova. Konsolidacija poslovanja zdravstvenih ustanova primarno se odnosi na funkcionalnu integraciju bolnica. Funkcionalna integracija podrazumijeva suradnju odnosno povezivanje bolnica kako bi se postigla bolja kvaliteta zdravstvenih usluga, sigurnost i zadovoljstvo pacijenata, zadovoljstvo pružatelja zdravstvenih usluga te financijska stabilnost i održivost zdravstvenog sustava. To je nešto što je bilo prepoznato i Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva 2012.-2020., a nastavilo se tzv. master planovima bolnica (Ministarstvo zdravstva, 2018). Nije tajna kako je bolnički zdravstveni sustav potrebno racionalizirati da bi se optimizirala zdravstvena zaštita te smanjila prekomjerna potrošnja. Osim problema regionalne integracije, i dalje postoje problemi u sustavu javne nabave, liste čekanja itd.

Računovodstvo i financijsko izvještavanje

Zdravstveni sustav vodi se pravilima proračunskog računovodstva i financijskog izvještavanja koja se temelje na Zakonu o proračunu (NN 87/08, 136/12, 15/15).²⁵ Postojeći sustav proračunskog računovodstva i (eksternog) financijskog izvještavanja, obzirom na opsežnost, veliki broj korisnika i kratke rokove izvještavanja, nije u potpunosti primjeren za zdravstvene ustanove. Zdravstvena djelatnost ne financira se kao tipični proračunski korisnik po pojedinim vrstama rashoda usvojenog financijskog plana te je jedina djelatnost u sustavu proračuna koja se financira na temelju ugovornog odnosa o realizaciji konkretnih programa i pruženih usluga zdravstvene zaštite (Vašiček et al, 2016: 14).

Specifičnost računovodstva i financijskog izvještavanja zdravstvenih ustanova proizlazi iz složenosti kategorija koje su predmet računovodstvene evidencije. Opća svrha računovodstva i izvještavanja je stvaranje i davanje informacija potrebnih korisnicima u procesu poslovnog odlučivanja, a dotične informacije trebale bi biti razumljive korisnicima kojima su namijenjene. U tu svrhu sastavljaju se eksterni i interni financijski izvještaji.

„S pozicije zdravstvenih ustanova eksterno izvještavanje razdvojeno je na izvještavanje sukladno propisima proračunskog računovodstva i izvještavanje sukladno zahtjevima HZZO-a. Međutim, i uz takvo složeno i zahtjevno eksterno izvještavanje činjenica je da nedostaju

²⁵ To su Pravilnik o proračunskom računovodstvu i računskom planu (NN 124/14, 115/15, 87/16, 3/18, 126/19 i 108/20) kojim je reguliran sadržaj računskog plana i pravila evidencije u sustavu proračuna te Pravilnik o financijskom izvještavanju u proračunskom računovodstvu (NN 3/15, 93/15, 135/15, 2/17, 28/17, 112/18 i 126/19) kojim je regulirano financijsko izvještavanje.

informacije potrebne za donošenje poslovnih odluka te za upravljanje bolnicama u kratkom i dugom roku. Računovodstveno informacijski sustavi bolnica naglasak stavljaju na sastavljanje eksternih financijskih izvještaja dok se interni izvještaji koji su u funkciji upravljanja koriste povremeno i rezultat su trenutnih zahtjeva uprave, a ne kvalitetnog i razvijenog instrumentarija računovodstva troškova i upravljačkog računovodstva. Do sada provedena istraživanja ocjene kvalitete računovodstvenih informacija za potrebe upravljanja u javnom zdravstvu ukazuju na potvrdu hipoteze da aktualni sustav računovodstva nije primjeren potrebama objektivnog praćenja poslovanja i iskazivanja rezultata poslovanja zdravstvenih ustanova“ (Vašiček et al., 2016: 17).

Ostale mjere iz područja upravljanja

Postoji čitav niz mjera i područja na temelju kojih se može unaprijediti zdravstveni sustav i fiskalna održivost samog sustava. Prethodno su predstavljene mjere koje su veći fokus imale na financijske aspekte zdravstvene zaštite. Naravno, postoje još mnoga komplementarna područja koja indirektno mogu pridonijeti fiskalnoj održivosti sustava.

Kontinuirani financijski problemi i sanacije upućuju na zaključak kako postoji problem upravljanja u sustavu zdravstva. Svakako je potrebno naglasiti nužnost interdisciplinarnog pristupa prilikom izbora uprava zdravstvenih ustanova. Zdravstveni djelatnici moraju se upoznati s osnovama iz ekonomike zdravstva²⁶ i stjecati znanja iz segmenta financija, upravljanja i rukovođenja. S druge strane, sustavu zdravstva jednako su potrebni ekonomisti koji moraju poznavati tehnologiju procesa rada u zdravstvenim ustanovama.

U upravljanju zdravstvenim ustanovama postoji niz elemenata koje je moguće poboljšati. Primjerice, potrebno je jasno definirati ciljeve poslovanja zdravstvenih ustanova temeljem godišnjih planova. U skladu s time, potrebno je pratiti izvršenje ciljeva tijekom godine i definirati odgovornosti, pa time i sankcije, u slučaju neostvarenja ciljeva.

5. Zaključak

Kako bi zdravstveni sustav pružao učinkovitu i kvalitetnu zdravstvenu zaštitu on mora imati adekvatno financiranje, odnosno treba biti fiskalno održiv. Fiskalnu održivost zdravstva ne treba promatrati kao cilj već kao ograničenje o kojem treba permanentno voditi računa.

Po pitanju dostupnosti zdravstvene zaštite Hrvatska je među vodećim državama EU-a. Već je ranije konstatirano kako je veliki dio populacije obuhvaćen obveznim zdravstvenim

²⁶ Ekonomika zdravstva proučava ekonomske aspekte pružanja zdravstvenih usluga, fokusirajući se na izučavanje zakonitosti ponude i potražnje za zdravstvenom zaštitom, odrednice učinkovitosti zdravstvenoga sustava te ulogu državne intervencije u zdravstvu (Škrbić, 1983).

osiguranjem i ostvaruje pravo na zdravstvenu zaštitu. Problem fiskalne održivosti hrvatskog sustava zdravstva je očigledan. Svega trećina osiguranika aktivni su osiguranici na temelju čijeg se rada plaćaju doprinosi za zdravstveno osiguranje. Nadalje, postoji čitav niz čimbenika koji utječu na rast ukupnih troškova zdravstva kao što su demografska kretanja, starenje stanovništva, napredak medicinskih tehnologija i lijekova koji zahtijevaju značajna ulaganja i generiraju visoke troškove. Potrebno je spomenuti i trenutni utjecaj COVID-19 pandemije. Za očekivati je da će COVID-19 dodatno utjecati na rast troškova zdravstva kroz brojne skrivene i indirektno troškove koji proizlaze iz odgođenog ili otkazanog liječenja, kasnijeg otkrivanja onkoloških i drugih bolesti, dugoročnih i još uvijek nepoznatih utjecaja na zdravlje onih koji se oporave od COVID-19 te posljedica na fizičko i psihičko zdravlje ograničenog kretanja i dugotrajnog boravka u zatvorenom prostoru.

Problem fiskalne održivosti zdravstva nije nov. Posljednjih 25 godina prisutna je kontinuirana potreba za sanacijama dugova zdravstva. Zbog poteškoća u financiranju, zdravstveni sustav suočava se s brojnim izazovima vezanim uz odrednice zdravstva i kvalitetu zdravstvene zaštite. Po pitanju pokazatelja rizika oboljenja te kvalitete i učinkovitosti liječenja Hrvatska pokazuje lošije rezultate od prosjeka EU.

Jednim dijelom problem se može riješiti kroz izdvajanje više sredstava za zdravstvo. Iznose koji se plaćaju za sanacije potrebno je „pretočiti“ u redovne prihode. Hrvatska, gledajući relativno (kao postotak BDP-a), izdvaja za zdravstvo ispod prosjeka EU. Nadalje, Hrvatska se nalazi među zemljama koje najmanje izdvajaju za zdravstvo kada se mjere izdvajanja po stanovniku u EU. Ta slika ipak nije sasvim točna jer službena statistika ne uključuje troškove sanacije dugova zdravstva. Budući da se ipak izdvaja više nego što prikazuje službena statistika, postoji legitiman zahtjev prema zdravstvenom sustavu da se promijeni iznutra u organizacijskom i upravljačkom smislu te pokazuje puno bolje rezultate za sredstva koja dobiva.

S prihodne strane, najveći potencijal za povećanje prihoda zdravstvenog sustava je u prihodima koje HZZO dobiva iz državnog proračuna. To čak i nije mjera povećanja prihoda HZZO-a, nego ostvarivanje već zakonski predviđenih sredstava. Jačanje prihoda HZZO-a može se još ostvariti i kroz veću ulogu poreza na „griješ“ kao što su porezi na alkohol, šećer, masti i sl. Predložene su i promjene politike novčanih naknada koje se sada isplaćuju iz sredstava HZZO-a. Osim povećanja prihoda HZZO-a i zdravstvenih ustanova, mjerama se predlaže utvrđivanje jasne granice između privatnog i javnog sustava zdravstva. U tom kontekstu, predložene su promjene kod dopunskog zdravstvenog osiguranja, a istaknuta je i potreba snažnije afirmacije prihoda od kliničkih ispitivanja te naplaćivanja nad-standarda. Fiskalni učinak svih predloženih mjera koje su se mogle kvantificirati u okviru ovog rada iznosi 4,57 mlrd. kuna, a većina mjera može se provesti u relativno kratkom roku.

Mjere na rashodnoj strani imaju ograničenje u činjenici da se većina pozitivnih fiskalnih učinaka može ostvariti tek u duljem vremenskom razdoblju te uglavnom nije moguće izvršiti procjenu fiskalnog učinka. Iznesen je niz mjera koje mogu pozitivno utjecati na fiskalnu održivost kao što su jačanje prevencije i primarne zdravstvene zaštite te optimizacija potrošnje

lijekova i plaćanje prema ishodima liječenja. Važan segment, u kojem se mogu postići značajni rezultati, je koordinacija bolničkog liječenja i primarne zdravstvene zaštite čemu doprinosi i digitalizacija zdravstva. Najvažniji segment vezan uz rashodnu stranu odnosi se na uspostavu partnerskog odnosa između zdravstvenih ustanova i HZZO-a na način da zdravstvene ustanove u većoj mjeri mogu upravljati svojim prihodima i rashodima. To znači jasnije definiranje i provedbu plaćanja prema ekonomskoj cijeni zdravstvenih usluga, definiranje standarda liječenja te centara izvrsnosti u bolničkom sustavu. Postoji čitav niz mjera i područja na temelju kojih se može unaprijediti zdravstveni sustav i osigurati njegova fiskalna održivost. Dio tih mjera prepoznat je i u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020. te u nacionalnim planovima razvoja bolnica. Nova mjera koja se predlaže je uvođenje tzv. dvojnog financiranja za opstanak bolnica čije djelovanje ima političku i društvenu dimenziju. Dvojno financiranje podrazumijeva sufinanciranje troškova poslovanja od strane osnivača, odnosno županije ili grada.

U konačnici, s ciljem osiguranja fiskalne održivosti zdravstvenog sustava potrebno je izrađivati i dugoročne prognoze i srednjoročne projekcije zdravstvene potrošnje. Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ) kvalitetno obavlja svoju ulogu u tom pogledu. Osim publikacija HZJZ-a, postoji niz prognoza i projekcija od strane institucija kao što su Svjetska zdravstvena organizacija (WHO), OECD, Eurostat i sl. koje mogu pomoći u uspostavljanju novih ili unapređenju postojećih analitičkih okvira.

Za učinkovito upravljanje ključno je imati pravovremene informacije o stvarnoj zdravstvenoj potrošnji, adekvatne i stabilne prihode te alate za upravljanje rashodima. U ovom segmentu očigledno postoje poteškoće. Problem je što ne postoji pravovremena informacija o stvarnoj potrošnji, odnosno kada i ako postoji, istu se ne koristi pa najčešće izostaje primjerena i pravovremena reakcija. Postoje alati za upravljanje rashodima (DTS, DTP, DBL, referiranje cijena lijekova), ali se očigledno ne koriste učinkovito što pokazuju i rezultati ovog rada.

Osim analize postojećeg stanja i identifikacije ključnih problema, ovaj rad nudi set mjera kojima se može ojačati fiskalna održivost zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Jedan dio rješenja već je od ranije poznat. Osim političke volje, nužna je edukacija i osvješćivanje društva o važnosti ovog problema. S obzirom da je naglasak rada na jačanju prihoda zdravstvenog sustava, za ostvarivanje tog cilja potrebno je bolje međusobno razumijevanje i suradnja Ministarstva financija i Ministarstva zdravstva, vezano uz objektivna proračunska ograničenja, ali i potrebe financiranja kompleksnog i potrebitog zdravstvenog sustava.

Literatura

- Baumol, W.J. (1967), *Macroeconomics of Unbalanced Growth: The Anatomy of Urban Crisis*, *American Economic Review*, 57(3), 415-426.
- Blecher, M. et al. (2015), *Fiscal sustainability of health systems – Why is it an issue, what can be done?* In: OECD, *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. Paris: OECD Publishing, 23-44.

-
- Borowitz, M. & Hofmarcher, M. (2010), Improving Co-ordination of Care for Chronic Diseases to Achieve Better Value for Money, in: OECD, *Value for Money in Health Spending*. Paris: OECD Publishing, 125-150.
- Broz, T. i Švaljek, S. (2014), Financiranje zdravstva u Hrvatskoj: od reforme do reforme, u: M. Vehovec (ur.) *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Zagreb: Ekonomski institut, 51-75.
- Bulajić, M. (2017), Dostupnost kliničkih ispitivanja bolesnicima u Hrvatskoj, *Medix*, 23(126),
- Buljan, A., Deskar-Škrbić, M. & Šimović, H. (2019), Determinants of Public Health Care, Education and Administration Efficiency in Central, Eastern and South Eastern Europe. *Hrvatska i komparativna javna uprava*, 19(4), 537-563.
- Cashin, C.; S. Sparkes & D. Bloom (2017), Earmarking for Health: From Theory to Practice. *Health Financing Working Paper No. 5*. World Health Organization.
- ClinicalTrials.gov (2020), ClinicalTrials.gov database. Dostupno na: <https://clinicaltrials.gov/ct2/home>
- Coe, E. et al. (2020), Understanding the hidden costs of COVID-19's potential impact on US healthcare. McKinsey & Company. 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>
- Dopolnilno zavarovanje (2020), Dopolnilno zdravstveno zavarovanje s hitrim in enostavnim sklepanjem na spletu. Dostupno na: <https://dopolnilno-zavarovanje.si/>
- Dukić, N.; Tomas Žiković, i S. Žiković (2015), Ekonomsko vrednovanje na strani ponude i potražnje - ključ alokacije resursa u javnom zdravstvu, *Ekonomski pregled*, 66(2), 177-200.
- EIU (2020), Covid-19: the impact on healthcare expenditure. A report by the Economist Intelligence unit.
- EPFIA (2020), The Pharmaceutical Industry in Figures: Key Data 2020. European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations.
- European Commission (2014), Identifying fiscal sustainability challenges in the areas of pension, health care and long-term care policies, *European Economy Occasional Papers*, No. 201, October 2014.
- Gheorghie; A. et al. (2020), COVID-19 and Budgetary Space for Health in Developing Economies, *Center for Global Development Note*, July 2020.
- HZZO (2020a), *Izvešće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu*. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.
- HZZO (2020b), Financiranje zdravstvene zaštite, Dostupno na: <https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/financiranje-zdravstvene-zastite/>
- HZZO (2019), *Izvešće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2018. godinu*. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.
- HZZO (razna godišta), *Izvešća o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (razna godišta)*. Zagreb: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.
- IFI (2018), Vizija modernog zdravstvenog sustava, *PHARMABIZ.HR*, br. 37, 71-73.
- Jurković, D. (2018), Kvalitetan i održiv zdravstveni sustav u Hrvatskoj, prezentacija, 120. Kongres poslodavaca u zdravstvu Hrvatske.
- Krnić, I. (2020), Korona nagrizla zdravstveni budžet: Trošak epidemije u 2020. za HZZO će biti milijardu kuna, *Jutarnji.hr*, 07.12.2020.

-
- Larva, V. (2020), Ulaganja u klinička ispitivanja u Hrvatskoj - svega 9,2 eura po stanovniku. HINA, 20.05.2020. Dostupno na: <https://zdravlje.hina.hr/content/10370566>
- Laušić, F. (2019), Država dosad utrošila 17,7 milijardi kuna, a dug ne pada ispod 8 milijardi, Portal novac.hr, 30.04.2019. Dostupno na: <https://novac.jutarnji.hr/novac/aktualno/drzava-dosad-utrosila-177-milijardi-kuna-a-dug-ne-pada-ispod-8-milijardi-8801954>
- Lorenzoni, L.; Marino, A.; Morgan, D. and James, C. (2019), Health spending projections to 2030: New results based on a revised OECD methodology, *OECD Health Working Paper*, No. 110.
- Lukovnjak, I. (2016), Nužnost ponovnog uvođenja amortizacije u poslovanje zdravstvenih ustanova, *Liječničke novine*, br. 149, str. 44-45.
- Lukovnjak, I. i Klepo, M. (2012), Modeli financiranja i kvaliteta u bolničkim zdravstvenim ustanovama, prezentacija sa simpozija Udruga poslodavaca u zdravstvu, Rovinj, travanj 2012.
- Mihaljek, D. (2014), Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize?, u: M. Vehovec (ur.) *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Zagreb: Ekonomski institut, 29-50.
- Ministarstvo financija (2020), *Rebalans državnog proračuna za 2020. godinu i prijedlog državnog proračuna za 2021.-2023. godinu*. Prezentacija potpredsjednika Vlade i ministra financija Zdravka Marića. Dostupno na: <https://mfin.gov.hr/vijesti/vlada-rh-uputila-u-sabor-prijedlog-rebalansa-drzavnog-proracuna-za-2020-te-prijedlog-drzavnog-proracuna-za-2021-i-projekcija-za-2022-i-2023/3102>
- Ministarstvo zdravstva (2018), *Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2018. – 2020*. Zagreb, rujan 2018.
- Ministry of Foreign Affairs of Denmark (2019), Denmark: The Place in Europe for Clinical Trials. Dostupno na: <https://investindk.com/publications/clinical-trials-in-denmark>
- Nacional (2020), Beroš: Dug zdravstva 30. rujna 13,83 milijardi kuna, dospjelo 6,2 milijarde. Nacional, 26.10.2020. Dostupno na: <https://www.nacional.hr/beros-dug-zdravstva-30-rujna-1383-milijardi-kuna-dospjelo-62-milijarde/>
- Nestić, D. i Rubil, I. (2014), Privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj, u: M. Vehovec (ur.) *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Zagreb: Ekonomski institut, 79-108.
- Odluka o cijeni police dopunskog zdravstvenog osiguranja, *Narodne novine*, br. 118/13., 11/14., 120/15. i 74/16.
- OECD (2015), *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. Paris: OECD Publishing.
- OECD (2020), *Health at Glance 2019*. Paris: OECD Publishing.
- OECD/EU (2018), *Health at Glance: Europe 2018. State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.
- Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S. (2012), *Stanje i perspektive razvoja europskih zdravstvenih sustava*, Zagreb: Denona d.o.o.
- Porezna uprava (2018), Pregled zaposlenika u 32 kategorije neto dohotka.
- Pravilnik o financijskom izvještavanju u proračunskom računovodstvu, *Narodne novine*, 3/15, 93/15, 135/15, 2/17, 28/17, 112/18 i 126/19.
- Pravilnik o proračunskom računovodstvu i računskom planu, *Narodne novine*, 124/14, 115/15, 87/16, 3/18, 126/19 i 108/20.

-
- Pravilnik o kliničkim ispitivanjima lijekova i dobroj kliničkoj praksi, *Narodne novine*, br. 25/15, 124/15.
- Puljiz, M. (2014), Dobrovoljno zdravstveno osiguranje, u: M. Vehovec (ur.) *O zdravstvu iz ekonomske perspektive*. Zagreb: Ekonomski institut, 109-142.
- Radin, D: (2020), Korona je razotkrila sve slabosti hrvatskog zdravstva, portal Indeks.hr, 30.11.2020. Dostupno na: <https://www.index.hr/vijesti/clanak/analiza-dagmar-radin-kako-je-korona-razotkrila-sve-slabosti-naseg-zdravstva/2233416.aspx>
- Smolić, Š. (2016), Zdravstveni sustav, u: A. Obadić i J. Tica (ur.) *Gospodarstvo Hrvatske*. Zagreb: Ekonomski fakultet Zagreb, str. 471-508.
- Strizrep, T. (2017), Osnovni pojmovi i logika sistema DSG, prezentacija sa Savjetovanja Komore zdravstvenih ustanova Srbije, Zlatibor, 29.06.2017.
- Sun L., Legood R., Dos-Santos-Silva I., Gaiha S.M., Sadique Z. (2018), Global treatment costs of breast cancer by stage: A systematic review. *PLoS One*, 13(11):e0207993. Published 2018 Nov 26. doi:10.1371/journal.pone.0207993
- Šimović, H. & Batur, A. (2017), Fiskalna održivost i održivost javnog duga u Hrvatskoj, u: H. Blažić, M. Dimitrić & M. Pečarić, (ed.) *Financije na prekretnici: Imamo li snage za iskorak?*. Rijeka: Ekonomski fakultet, 271-287.
- Šimović, H. i Deskar-Škrbić, M. (2020), *Ekonomika javnog sektora s hrvatskim primjerima*. Zagreb: Arhivanalitika.
- Škrbić, M. (1983), *Uvod u ekonomiku zdravstva*. Zagreb: Stvarnost.
- Švaljek, S. (2014), The Recent Health Reform in Croatia: True Reforms or Just a Fundraising Exercise?, *Health Policy*, 115(1), 36–43.
- Tadić, M. (2000), Ovisnost o pušenju u moralno-etičkoj prosudbi, *Obnovljeni život*, 55(1), 107-128.
- Tejić, N. (2016), UPUZ: Nadstandard - opcija za vraćanje dugova u zdravstvu, HINA, Dostupno na: <https://zdravlje.hina.hr/content/9174697>
- Thompson, S. et al. (2009), Addressing financial sustainability in health systems, Policy summary prepared for the Czech European Union Presidency Ministerial Conference on the Financial Sustainability of Health Systems in Europe. Dostupno na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/107966/Policy-summary-1-2077-1584-eng.pdf?sequence=9&isAllowed=y>
- Vammalle, C., Kumar, A., Hulbert, C. & Vlugt, Gijs van der (2015), Budgeting practices for health in OECD countries. In: OECD, *Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives*. Paris: OECD Publishing, 79-113.
- Vašiček, V. et al. (2016), *Procesni pristup obračunu troškova u sustavu zdravstva*. Zagreb: Tim4Pin.
- Vlada RH (2012), *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020*. Vlada i Ministarstvo zdravlja RH, rujan 2012.
- Vlada RH (2020a), *Obrazloženje prijedloga izmjena i dopuna državnog proračuna i financijskih planova izvanproračunskih korisnika za 2020. godinu*. Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/UserDocsImages/2016/Sjednice/2020/Listopad/17%20sjednica%20V RH/17%20-%202.3..pdf>

-
- Vlada RH (2020b), Marić: Država će izmiriti obveze prema velebrogerijama. Dostupno na: <https://vlada.gov.hr/vijesti/maric-drzava-ce-izmiriti-obveze-prema-velebrogerijama/30679>
- Vončina, L., Džakula, A., Mastilica, M. (2007), Health care funding reforms in Croatia: a case of mistaken priorities. *Health Policy*, 80 (1), 144-157.
- WHO (2010), Global Health Expenditure Database. Dostupno na:
- Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju, *Narodne novine*, br. 85/06, 150/08, 71/10, 53/20.
- Zakon o financijskom poslovanju i pred stečajnoj nagodbi, *Narodne novine*, br. 108/12, 144/12, 81/13, 112/13, 71/15, 78/15.
- Zakon o hrvatskim braniteljima iz Domovinskog rata i članovima njihovih obitelji, *Narodne novine*, br. 121/17, 98/19.
- Zakon o izvršavanju Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2020. godinu, *Narodne novine*, br. 117/19, 32/20, 42/20, 58/20, 124/20.
- Zakon o lijekovima, *Narodne novine*, br. 76/13, 90/14, 100/18.
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, *Narodne novine*, br. 80/13, 137/13, 98/19.
- Zakon o proračunu, *Narodne novine*, br. 87/08, 136/12, 15/15.
- Zakon o ustanovama, *Narodne novine*, br. 76/93, 29/97, 47/99, 35/08, 127/19.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ), *Uradni list Republike Slovenije*, št. 72/06 – uradno prečišćeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K in 36/19.
- Zakonom o roditeljskim i roditeljskim potporama, *Narodne novine*, br. 85/08, 110/08, 34/11, 54/13, 152/14 i 59/17 i 37/20.
- Zrinščak, S. (2007), Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova, *Revija za socijalnu politiku*, 14(2), 193-220.

Fiscus

Fiscus je analitička serijska publikacija Znanstvenog društva ekonomista. Predmet analiza su aktualna ekonomska pitanja koja utječu na stabilnost javnih financija ili se odnose na proizvodnju dobara i pružanje usluga od šireg društvenog interesa. Riječ je o temama kojima u znanstvenoj i stručnoj javnosti nije posvećena primjerena pozornost, a odnose se na sektore ekonomije u kojima je na bilo koji način (izravno ili neizravno) zastupljen javni interes. Na znanstvenim i stručnim temeljima se nastoje osnažiti i potaknuti rasprave o uspostavljanju i očuvanju stabilnosti hrvatskih državnih financija i gospodarstva promoviranjem transparentnog, razboritog i odgovornog upravljanja. Stoga su teme usmjerene na identifikaciju i kvantifikaciju potencijalnih rizika koji mogu narušiti stabilnost javnih financija, razvoj tržišta, konkurentnost hrvatskog gospodarstva i ekonomski položaj stanovništva.

Vizija Fiscusa je postati pouzdani izvor sektorskih analiza kroz prizmu međudjelovanja javnog i privatnog sektora u Hrvatskoj.

Misija Fiscusa je identificirati ključne izazove s kojima se suočavaju pojedini gospodarski sektori i nuditi prijedloge za poboljšanje i očuvanje dugoročne stabilnosti hrvatske ekonomije.

Glavni ciljevi su:

- dubinska analiza financijskog poslovanja institucija u javnom sektoru i institucija koje su na bilo koji način povezane s proizvodnjom dobara i pružanjem usluga od šireg društvenog interesa;
- bolje razumijevanje financijskih posljedica njihova poslovanja i povećanje odgovornosti;
- pružanje objektivne informacije široj stručnoj javnosti i investitorima o njihovom poslovanju;
- pomoći u uklanjanju administrativnih prepreka razvoju konkurentnosti i tržišta.