

Prof. dr. sc. Vinko Barić
Mr. sc. Šime Smolić

**MOGUĆNOSTI KONTROLE ZDRAVSTVENE POTROŠNJE –
PRIMJER HRVATSKE**

**HEALTH CARE EXPENDITURE PERSPECTIVES –
CASE OF CROATIA**

SAŽETAK: Potreba kontrole zdravstvene potrošnje postaje sve izraženija. Nekoliko je razloga zašto visoka zdravstvena potrošnja može postati problem. Zdravstveno osiguranje osigurava pojedincima zdravstvenu zaštitu po cijeni nižoj od troškova proizvodnje. To dovodi do problema poznatog kao moralni rizik ili pretjerano korištenje usluga zdravstvenog sustava. Pojedinci koriste više zdravstvene zaštite koja ima manju graničnu korisnost po njihovo zdravlje. Posljedice mogu biti povećanje stopa doprinosa socijalnog osiguranja, zdravstvenih troškova koje plaća država, uvođenje dodatnih plaćanja ili participacije. Za rješavanje navedenih problema najčešće se provode sljedeće mjere: (1) reduciranje resursa čiji je doprinos u proizvodnji zdravlja minoran ili ne postoji, (2) reduciranje zdravstvenih resursa čiji je doprinos nedovoljan da opravda trošak proizvodnje i (3) provođenje reformi zdravstvenog sustava. U radu se analizira stanje zdravstvene potrošnje u odabranim tranzicijskim zemljama Europe i središnje Azije te razvijenim zemljama Europe, s posebnim naglaskom na Hrvatsku. Zemlje su odabrane zbog različitog stupnja gospodarske razvijenosti, koji ujedno utječe na zdravstvenu potrošnju.

KLJUČNE RIJEČI: zdravstvena potrošnja, zdravstveno osiguranje, tranzicijske zemlje, zdravstvena zaštita, dohodak.

ABSTRACT: Health care expenditure control becomes more relevant issue in modern world. There are few reasons why health care spending expansion appears as a heavy problem for one country. Health insurance makes possible for population to have health care at lower then production costs. Hence moral hazard issue takes place. Individuals consume more health care, now having lower marginal utility on their health status. Aftermath an increase in social health insurance contribution rate, state budget payments or increase in co-payments can arise. Finally all that measures might increase the number of individuals having less health care than before the change in health sector. The most common measures concerning that is in reducing resources not having relevant, or having minor contribution in health care production and introducing some changes through health care reforms. In this paper health care expenditure in transition economies will be analyzed with special reference on Croatia.

KEY WORDS: health expenditure, health insurance, transition economies, health care, income.

1. UVODNE NAPOMENE

Rastuća zdravstvena potrošnja postala je glavni problem zdravstvene politike tijekom 90-ih godina prošlog stoljeća u većini industrijski razvijenih zemalja. Popriličan volumen literature posvećen je objašnjenju varijacija u zdravstvenim inputima, posebno medicinske potrošnje s gledišta opće efektivnosti zdravstvenog proizvoda. Razvoj homogenih mjera ocjene zdravstvenog stanja populacije, predstavlja važan korak u pristupanju analizi zdravstvenih obilježja pojedine zemlje i utvrđivanju ciljeva zdravstvene politike. Da bi se ciljevi politike ostvarili, potreban je multidisciplinarni pristup koji podrazumijeva utjecaje medicinskih, socijalnih, ekonomskih i institucionalnih čimbenika na proizvod zdravstvenog sustava (Or, 2000, 1).

Zbog značenja zdravstvenog sektora za neku zemlju, važno je znati koji čimbenici određuju zdravstvenu potrošnju. Ne postoji jednostavan odgovor koliko bi neka zemlja trebala izdvajati za zdravstvo. Razlog tome su razlike u strukturi pobola, očekivanom trajanju života populacije, socijalnim, gospodarskim i geografskim uvjetima. Iznos sredstava koji je potreban za funkcioniranje zdravstva funkcija je velikog broja varijabli. Najvažnija varijabla je zasigurno opterećenost bolestima koje zahtijevaju medicinski tretman, budući da je potražnja bolesnije populacije veća. Ipak, niti u tom slučaju ne postoji strogo linearna povezanost, jer se neke bolesti mogu efikasno liječiti uz niske troškove. Drugi čimbenik je opseg pruženih zdravstvenih usluga koji se raspodjeljuje između socijalnog osiguranja i obitelji bolesnih osoba (Eurostat, 2007, 108).

Najčešći pokazatelji zdravstvene potrošnje su ukupna zdravstvena potrošnja te potrošnja po stanovniku. Ukupna zdravstvena potrošnja često se promatra u dekomponiranom obliku, kao javna i privatna zdravstvena potrošnja sa svojim sastavnicama (potrošnja lijekova, zaposleni i administracija, preventivna zdravstvena zaštita itd.). Analizom zdravstvenog sustava Hrvatske bit će prikazani trendovi potrošnje zdravstvenog sustava, eventualni problemi i reformski zahvati na tom području. U radu će se također staviti naglasak na neka obilježja politike racionalizacije u zdravstvenom sektoru (eng. *cost containment*) te ispitati uspješnost pojedinih mjera u obuzdavanju zdravstvene potrošnje. Pretpostavka je da se racionalnim korištenjem raspoloživih resursa u zdravstvu može poboljšati efikasnost i efektivnost zdravstvene skrbi. Kao referentne zemlje za usporedbu, bit će odabrane tri skupine odabranih zemalja: manje razvijene tranzicijske zemlje, zemlje koje su na sličnom stupnju razvoja kao Hrvatska (EU8)¹ i visoko razvijene zemlje OECD-a.²

2. ZDRAVSTVENA POTROŠNJA

Jaka povezanost utvrđena je između zdravstvene potrošnje i dohotka po stanovniku, štoviše BDP objašnjava veliki postotak varijacije zdravstvene potrošnje (Carrion y Silvestre, 2005, 839). Clemente et al. (2004) analizirali su ponašanje zdravstvene potrošnje u zemljama OECD-a i utvrdili nekoliko prijedloga u provođenju zdravstvene politike. Zaklju-

¹ EU8 obuhvaća Češku, Sloveniju, Slovačku, Mađarsku, Poljsku, Litvu, Latviju i Estoniju.

² OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development; obuhvaća 30 zemalja koje nastupaju zajednički prema socijalnim, ekonomskim i pitanjima zaštite okoliša.

čili su da je zdravstveni sektor heterogen, promatrajući svaku pojedinu zemlju i sastavnice ukupne zdravstvene potrošnje. U analizi su se koristili komponentom privatne i javne zdravstvene potrošnje u odnosu na BDP. Istraživanje je pokazalo da ista intervencija u zdravstvenoj politici, npr. u Francuskoj, rezultira drugačijim rezultatima nego u Njemačkoj. Također, smanjenje javne zdravstvene potrošnje ne rezultira smanjenjem ukupne zdravstvene potrošnje, budući da privatna zdravstvena potrošnja može rasti puno brže. Takva zdravstvena politika mogla bi dovesti do porasta nejednakosti i smanjenja efikasnosti zdravstvenog sustava.

Kada govorimo o zdravstvenoj potrošnji, treba spomenuti pojam zdravstvene potražnje (eng. *health demand*). Temeljni konstitutivni elementi zdravstvenog sustava su ponuda i potražnja zdravstvenih usluga. Potrebno je istaći njihovu čvrstu povezanost. Potražnja zdravstvenih usluga ovisi o nizu čimbenika, kao što su cijena zdravstvene usluge, dohodak korisnika, karakter sustava zdravstvenog osiguranja, stajališta o zdravlju i zdravstvenoj zaštiti, zdravstvene potrebe, zdravstveno stanje pojedinca, faktori predispozicije. Potražnja predstavlja zahtjev pacijenta (liječnika ili obitelji pacijenta) za zdravstvenom uslugom. Zdravstvena potražnja povezana je sa zdravstvenom potrebom, ali je neovisna o njoj. Isto tako, predstavlja različite reakcije za istu vrstu potrebe i, povrh toga, pokazuje pristranost prema skupljim uslugama.³ Potražnja za zdravstvenim uslugama je, suprotno nego u drugim ekonomskim područjima, djelomično inducirana sa strane davatelja usluga (tj. ponude). Redukcija potražnje ne predstavlja uskraćivanje tretmana ili uvođenje barijera pristupu zdravstvenim uslugama već je riječ o smanjenju varijabilnosti u liječenju sličnih zdravstvenih problema i prosječnoj razini odgovornosti.

Potražnja u današnjim zdravstvenim sustavima rezultira visokim stopama *utilizacije* resursima intenzivnih usluga, bez optimalne ravnoteže između menadžmenta, preventive i medicinskih usluga. Istodobno, integriranje smanjenja zdravstvenih potreba i potražnje treba biti esencijalni dio prijedloga zdravstvene reforme, budući da takve mjere, modelirajući potrošnju, mogu poboljšati zdravlje (Fries et al., 1998, 71-72).

Getzen (2006) objašnjava alokacijski model na dvije razine. Za zdravstveni sustav koji se suočava s određenim budžetskim ograničenjem, ukupna potrošnja određena je na nacionalnoj razini. Nakon toga se ukupna zdravstvena potrošnja alocira na pojedince, što predstavlja alokaciju na mikrorazini.⁴ Dok na nacionalnoj razini zdravstvena potrošnja pokazuje tendenciju rasta s porastom dohotka po stanovniku, zdravstvena potrošnja pojedinca pokazuje tek blagi porast ili čak pad. Oslanjanje na osiguranje koje prikuplja sredstva i plaća zdravstvenu zaštitu, ishodište je divergencije između individualnih i grupnih dohodovnih efekata. Kada se precizno odredi, dohodak objašnjava iznad 90% varijacija u nacionalnoj zdravstvenoj potrošnji. Dominacija efekata dohotka na nacionalnoj razini pokazala se posebno korisna u analizi troškova u zdravstvu.

Mnogi koji su istraživali efekte tehnologije, prevencije bolesti, izgradnje novih bolnica, starenja stanovništva, financiranja ili zakonskih propisa, mogli bi biti iznenađeni činjenicom da se ti čimbenici često nisu pokazali kao signifikantne nezavisne varijable nacionalne zdravstvene potrošnje (Getzen, 2006, 1943-44).

³ Biraju se skuplje usluge iako postoji mogućnost alternativnog korištenja usluga.

⁴ Alokacija koja se temelji na zdravstvenoj potrebi najbolje se manifestira kod transplantacije organa, slična situacija je s mjestima u staračkim domovima ili ponudom liječnika.

3. OBILJEŽJA ZDRAVSTVENE POTROŠNJE

Zdravstvena potrošnja obuhvaća proces pružanja usluga stanovništvu koje je pokriveno zdravstvenim osiguranjem. Pružanje usluga, način njihove dostave i krajnji korisnici zdravstvene zaštite glavne su determinante jednog zdravstvenog sustava. Moguće je identificirati probleme koji su povezani u politikama koje određuju pojedinu determinantu. Političke odluke, u cilju rješavanja problema, oblikuju strukturu financiranja zdravstvenog sustava. Primjerice: jednakost u financiranju zdravstvenog sustava ovisi o razini i distribuciji doprinosa zdravstvenog osiguranja. Jednakost u pristupu ovisi o tome tko ima pristup i kojim uslugama kao i o naknadama za usluge i neformalnim izdatcima u zdravstvu. Potražnja pojedinca za zdravstvenim uslugama ovisi prvenstveno o njegovom zdravstvenom stanju. Cijena koju plaća za zdravstvene usluge ovisi o pokriću troškova od javnog ili privatnog osiguranja, dakle ne snosi ukupan trošak, već se on raspoređuje na ostale pojedince. U zemljama koje imaju centraliziran način pružanja zdravstvene skrbi, ponuda uglavnom određuje visinu javne zdravstvene potrošnje. Bogate zemlje, s visokim stopama rasta dohotka i javnih prihoda, moraju odvojiti značajne resurse za javnu potrošnju, uključujući i zdravstvenu skrb (Hitiris, 1997). Kao najcitiraniji razlozi rasta zdravstvene potrošnje navode se starenje stanovništva, povećana upotreba medicinske tehnologije, rast nesavjesnog rada liječnika, asimetrija informacija između pacijenata i davatelja, moralni rizik, stil življenja itd. (Henderson, 2007).

Posljednje desetljeće u zdravstvenim sustavima tranzicijskih zemalja, gdje spada i Hrvatska, obilježilo je postupno ukidanje državnog monopola. Zdravstvo je zahvatio val privatizacije i decentralizacije, ponajprije u sferi financiranja. Reforme zdravstvenih sustava prvenstveno su se odnosile na uvođenje dodatnih plaćanja (participacije), intervencije na području potrošnje lijekova, smanjenje bolničkih kapaciteta itd.

Zdravstvena potrošnja može se financirati iz nekoliko izvora: javni, privatni ili kao kombinacija javnih i privatnih izvora. Pojedinačni zdravstveni sustavi uglavnom imaju jedan izvor financiranja zdravstvene potrošnje koji je dominantan, nikad se ne radi o čisto jednom izvoru sredstava. U EU8 zemljama, zdravstvo se uglavnom financira iz javnih izvora, ali s tendencijom pada tog udjela, slična situacija može se opaziti i u Hrvatskoj. U manje razvijenim zemljama ECA⁵, samo je u Ukrajini prisutan "*Beveridge*" model financiranja, tj. dominira financiranje putem općih poreznih prihoda. Takav model nalazimo i u razvijenim zemljama OECD-a poput Španjolske i Italije. Među slabije razvijenim zemljama izdvaja se skupina zemalja gdje se 50-80% zdravstvene potrošnje financira privatnim izdatcima (tzv. plaćanja iz džepa) – Albanija, Armenija i Gruzija. Kao što je već spomenuto, u Poljskoj, Hrvatskoj, Rumunjskoj, Sloveniji itd. dominantan je "*Bismarck*" model financiranja preko obveznih doprinosa koji je također karakterističan za neke visokorazvijene zemlje (Austrija i Njemačka).

⁵ Eastern Europe and Central Asia – tranzicijske ekonomije istočne Europe i središnje Azije.

Tablica 3.1: Zdravstvena potrošnja u Hrvatskoj i usporednim zemljama, 2006. godine

Zemlja	Ukupna zdravstvena potrošnja, (% BDP)	Javna zdravstvena potrošnja (% ukupne potrošnje)	Javna zdravstvena potrošnja (% BDP)	Zdravstvena potrošnja (% ukupne državne potrošnje) ^a	Privatni izdatci kućanstava (% ukupne zdravstvene potrošnje) ^a
Austrija	10,2	75,7	7,72	15,4	16,6
Italija	9,0	77,1	6,94	13,7	21,0
Nizozemska	9,5	81,7	7,76	12,4	7,7
Norveška	8,7	83,7	7,28	17,8	15,7
Njemačka	10,7	76,9	8,23	17,3	13,3
Španjolska	8,2*	71,4*	5,85	14,7	23,6
Češka	7,0	88,7	6,21	14,6	10,3
Hrvatska	8,6	81,4*	6,97	14,1	17,8
Makedonija	7,0	90,07	6,32	17,1	29,0
Poljska	6,2*	69,3	4,30	10	28,1
Rumunjska	3,9	100	3,90	11,1	31,7
Slovenija	8,6 ^a	79 ^a	6,79	13,8	9,6
Albanija	2,9 ^a	44,1 ^a	1,28	10	55,8
Armenija	6,0**	20,2**	1,21	6,8	65,8
Gruzija	4,0**	23,9**	0,96	7,7	63,3
Kazahstan	1,5	95,7	1,44	10,2	40,2
Ukrajina	5,7**	65,9**	3,76	9,4	39,2

*a/ Podatci za 2004. godinu; */ podatci za 2005. godinu, **/ posljednji dostupan podatak.*

Izvor: WHO European Health for All Database.

Pregledom literature o čimbenicima zdravstvene potrošnje, utvrđena je njezina pozitivna, ali ne uvijek signifikantna veza s dohotkom (BDP), dobnom strukturom populacije, rizičnim faktorima i institucionalnim karakteristikama. Glavni pokretač ukupne zdravstvene potrošnje u nekoj zemlji upravo je razina BDP. Prema većini istraživanja, dohodovna elastičnost ukupne zdravstvene potrošnje kreće se oko jedinice (1). Kako zemlja postaje bogatija sve je veći dio nacionalnog dohotka usmjeren u zdravstveni sektor.

Iz tablice 3.1 može se zaključiti da bogatije zemlje izdvajaju relativno više sredstava iz svojih proračuna (oko 15% u prosjeku) od nerazvijenih (oko 9%). Zemlje su u tablici grupirane u tri skupine; razvijene zemlje Europe, razvijene tranzicijske zemlje i slabije razvijene tranzicijske zemlje Europe i središnje Azije. Ako se promotre relativni izdatci kućanstava, oni u skupini razvijenih europskih zemalja imaju najmanji udio u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji. Tako u Nizozemskoj samo 7,7% zdravstvene potrošnje pokrivaju direktno kućanstva, a među razvijenim tranzicijskim zemljama najbolje stanje je u Sloveniji gdje je taj iznos 9,6% i Češkoj 10,3%. U Hrvatskoj su izdatci kućanstava na razini od 17,8% ukupne zdravstvene potrošnje i bilježe porast posljednjih godina.⁶

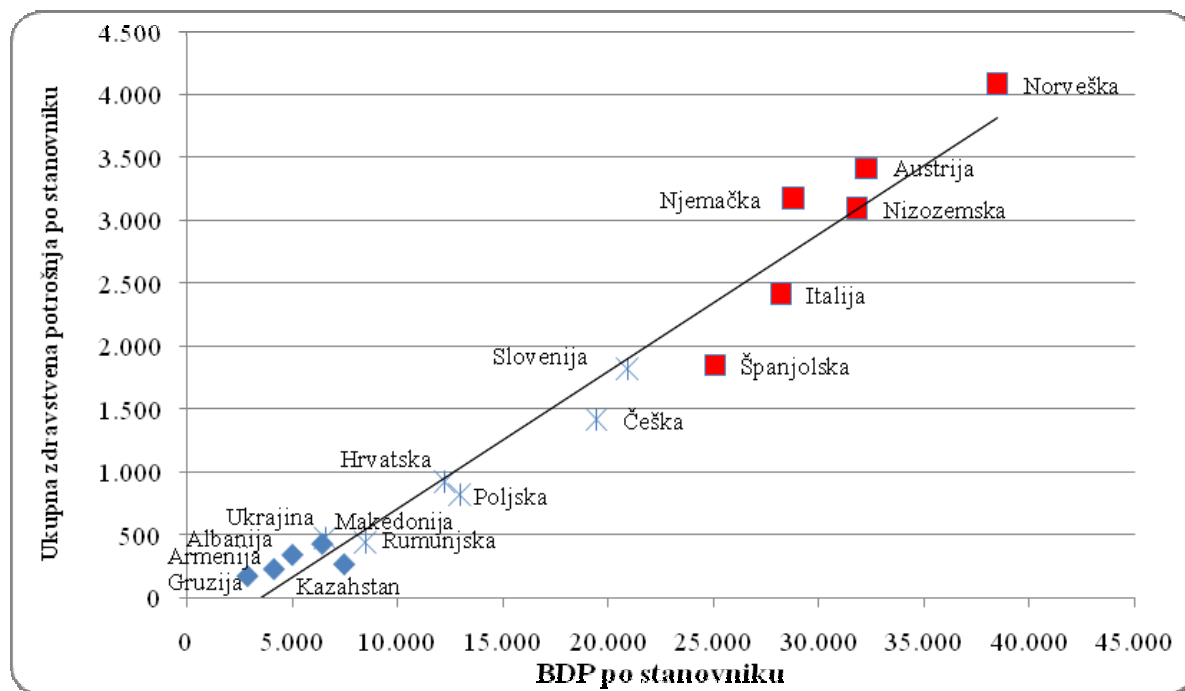
Na slici 3.1 grafički je prikazana povezanost zdravstvene potrošnje i BDP po stanovniku. Primjetne su velike varijacije među promatranim zemljama, ali je rast zdravstvene potrošnje usko povezan s porastom bogatstva zemlje. S obzirom na gospodarsku razvijенost⁷ većina slabije razvijenih tranzicijskih zemalja (Albanija, Armenija, Gruzija i Ukra-

⁶ Potrošnja kućanstava na zdravstvenu zaštitu porasla je u razdoblju 2001.-2004. godine sa 447 HRK na 595 HRK, odnosno s udjela od 2% ukupne potrošnje kućanstava na 2,4%.

⁷ Razvijенost neke zemlje u ovom slučaju predstavlja BDP po stanovniku.

jina) ima relativno veću zdravstvenu potrošnju u odnosu na razinu dohotka po stanovniku. Slična se situacija može vidjeti i u nekim razvijenim zemljama Europe (Austrija, Njemačka i Norveška) pa to nije fenomen karakterističan samo za slabije razvijene zemlje.

Slika 3.1: Korelacija BDP po stanovniku i ukupne zdravstvene potrošnje po stanovniku 2005. godine⁸ (PPP \$ iz 1995. godine)



Izvor: Izrada autora prema WHO European Health for All Database.

U tablici 3.1 prikazani su i udjeli javne zdravstvene potrošnje koja je opet najveća u promatranim razvijenim zemljama Europe. Među tranzicijskim zemljama (ECA), one koje imaju *Bismarckov* sustav zdravstvene skrbi, imaju i najveći udio javnih sredstava za zdravstvo. Iako npr. Španjolska i Italija imaju *Beveridge* sustav zdravstvene skrbi, ali imaju i relativno visok udio sredstava za zdravstvo iz javnih izvora. Najniže udjele javne zdravstvene potrošnje imaju najslabije razvijene zemlje ECA u kojima su dominantan izvor sredstava za zdravstvo direktna plaćanja iz džepa. S udjelima privatnih izdataka iznad 50%, izdvajaju se Albanija, Armenija i Gruzija.

Plaćanja iz džepa obuhvaćaju čitav niz naknada koje pojedinci moraju platiti u trenutku pružanja usluge kao što su plaćanje usluga ili proizvoda nepokrivenih ili djelomično pokrivenih osiguranjem, lijekova itd. Participacija građana kod plaćanja zdravstvenih dobara i usluga eksplicitna je vladina politika s ciljem smanjenja nepotrebne zdravstvene potražnje ili tzv. "*moral hazarda*". Zemlje sa socijalnim zdravstvenim osiguranjem u pravilu nastoje izuzeti pojedine skupine stanovništva od dopunskih plaćanja s ciljem postizanja veće jednakosti⁹ (Dulitzky, Hou, 2007, 189-190).

⁸ PPP u \$ iz 1995. godine.

⁹ Najčešće se govori o trima skupinama stanovništva: nezaposlenima, umirovljenicima i pojedincima s niskim osobnim dohotkom.

Nisu sve tranzicijske zemlje bile uspješne u uvođenju sustava socijalnog zdravstvenog osiguranja. Razlozi tome su nemogućnost postizanja financijske održivosti uz istodobno osiguranje univerzalnog pristupa zdravstvenoj skrbi. U Albaniji, Gruziji i Armeniji, plaćanja iz džepa još uvijek predstavljaju glavni izvor financiranja iako je sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja u Albaniji i Gruziji uveden već 1995. godine. Upravljanje socijalnim zdravstvenim osiguranjem, zahtijeva regulatorne i administrativne kapacitete u cilju povećanja prihoda preko obveznih doprinosa, a za to je ponekad potrebno dosta vremena. U prilog navedenom ide i činjenica o velikom broju nezaposlenih i "sivom" tržištu rada u slabo razvijenijim tranzicijskim zemljama. Najbolji je primjer Albanija u kojoj je 2004. godine samo 40-45% stanovništva imalo zdravstveno osiguranje, većina populacije i danas radi u neformalnom sektoru te tako izbjegava plaćanje doprinosa. U razdoblju od uvođenja stope doprinosa 3,4% 1995., pa do 2004. godine, udio plaćanja iz džepa u Albaniji je porastao s 23 na skoro 59%.

Visina privatnih izdataka direktno ne ovisi o načinu financiranja zdravstvenog sustava. Armenija je, primjerice, zadržala sustav financiranja iz općih poreza, ali je problem distribucije zdravstvenih rizika i dalje ostao prisutan. Za razliku od Albanije, u Armeniji su problemi financiranja zdravstva rezultat teške gospodarske krize nakon stjecanja neovisnosti. Javna potrošnja je stoga s razlogom svedena na minimum, stvarajući sve veći pritisak na povećanje privatnih izdataka (Dulitzky, Hou, 2007, 185-87). U razvijenim tranzicijskim zemljama, ujedno i novim članicama EU, uz Hrvatsku i Makedoniju, zdravstveni paket obuhvaća širok raspon usluga koje su većinom besplatne. Tako definiran paket zdravstvenih usluga podloga je snažnom opiranju uvođenju dodatnih plaćanja u zemljama sa socijalnim zdravstvenim osiguranjem. Uvođenje dopunskih plaćanja postaje nužnost u većini slučajeva jer pacijenti u navedenim zemljama nemaju skoro nikakvog poticaja za primjenu racionalne potrošnje košare zdravstvenih usluga (Chawla et al., 2005).

4. PERSPEKTIVE ZDRAVSTVENE POTROŠNJE U HRVATSKOJ

Zdravstveni sustav Hrvatske, zasnovan na načelima solidarnosti i univerzalnosti (Bismarckov model), ima jedan od najvećih udjela javne zdravstvene potrošnje.¹⁰ Zaključak je to koji proizlazi nakon usporedbe s ostalim tranzicijskim, ali i razvijenim europskim zemljama. Isto tako, s relativnom zdravstvenom potrošnjom¹¹, 8,6% BDP-a u 2006. i 8,4% BDP-a u 2007. godini, Hrvatska pripada skupini zemalja s najvišom zdravstvenom potrošnjom u Europi.¹² Trend smanjenja zdravstvene potrošnje prisutan je od 2000. godine te bi u 2008. godini potrošnja trebala iznositi oko 8,1% BDP-a. Treba napomenuti da se hrvatsko zdravstvo 1992. godine suočilo s ozbiljnom krizom kada je u fondovima na raspolaganju bilo samo 25% sredstava u odnosu na sredstva u 1990. godini. Iako se tijekom 90-ih očekivao kolaps zdravstvenog sustava, to se ipak nije dogodilo, a nije došlo niti do masovnih

¹⁰ Prema istraživanju Mastilice i Babić-Bosanac (2002) hrvatski građani daju jaku podršku univerzalnog zdravstvenom osiguranju, bez obzira na visinu doprinosa za zdravstvo.

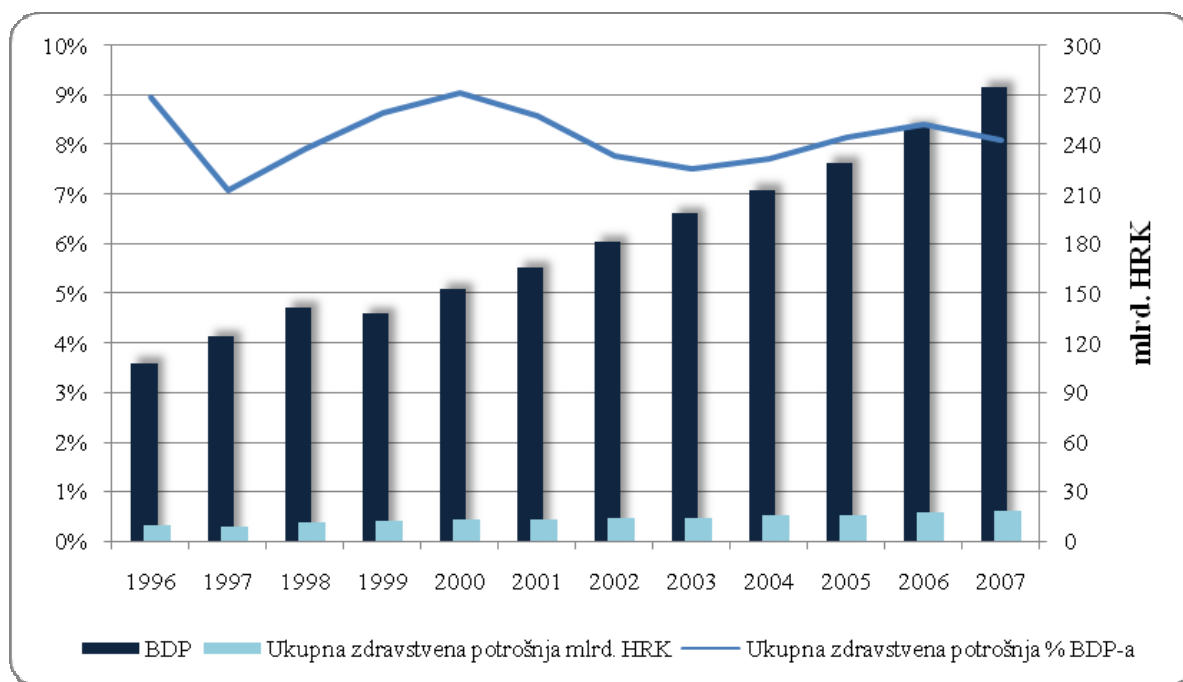
¹¹ Postoje tri osnovna izvora sredstava za financiranje zdravstvenog sustava: doprinosi socijalnog osiguranja čija se razina utvrđuje dogovorom između Ministarstva zdravstva, Ministarstva financija i HZZO-a; HZZO i Ministarstva zdravstva i financija (državni proračun).

¹² Prosječna zdravstvena potrošnja EU8 (nove članice EU) u 2007. Iznosila je 6,9% BDP, a u EU15 8,8% BDP.

otpuštanja i zatvaranja zdravstvenih ustanova (Health Care Systems in Transition, 1999, 45).

Na slici 4.1 prikazane su stope rasta zdravstvene potrošnje u razdoblju 1996.-2007., s najvećim rastom u razdoblju 1997.-2000. godine, iznad stopa rasta BDP-a. Rast potrošnje u spomenutom razdoblju zabilježen je u svim kategorijama zdravstvene potrošnje: primarnoj zaštiti, bolničkim uslugama i potrošnji lijekova. Nakon 2000. godine zdravstvena se potrošnja relativno stabilizirala na razini oko 8% BDP-a i prati stope rasta dohotka. Prema strukturi potrošnje, u 2007. godini u ukupnoj zdravstvenoj potrošnji na bolničku (stacionarnu) zaštitu odnosilo se 49%, lijekove 23%, primarnu zaštitu 19%, te izvanbolničko liječenje 4% sredstava. Takva struktura može se naći u ostalim tranzicijskim zemljama koje su po dohotku veoma slične Hrvatskoj. Tako se, primjerice, u Poljskoj na bolničku zaštitu odnosi oko 40% zdravstvene potrošnje, u Slovačkoj 38%, Mađarskoj 41% ili Latviji 59,4%. Nešto je bolja situacija s potrošnjom lijekova u Hrvatskoj koja se još nije približila razini 30% ukupne zdravstvene potrošnje, što je slučaj u mnogim zemljama EU8. Prema podacima za 2007. godinu, hrvatsko farmaceutsko tržište vrijedilo je 4,17 mlrd. kuna, a od toga na lijekove na recept otpada 3,49 mlrd. kuna, lijekove u bolnicama 0,7 mlrd. kuna (Vončina et al., 2007). Potrošnja lijekova u Hrvatskoj stavka je koja bilježi najveći rast, u prosjeku 12,5% u razdoblju 2003.-2007. godine. Tako visok rast potrošnje lijekova zabilježen je npr. još samo u Irskoj (12,8%), Koreji (12,7%) u razdoblju 1998.-2003. godine (Svjetska banka, 2006, 110). Osnovni cilj reforme zdravstva od 2006. godine bilo je smanjenje "darežljivosti" HZZO-a prilikom refundacije troškova lijekova. Uvedena su fiksna plaćanja na mjesečnoj razini za lijekove na recept, dvije liste lijekova (originalni i zamjenski generički) sa sve većim oslanjanjem na generičke lijekove, no već na početku 2008. godine neke od tih odluka su suspendirane.

Slika 4.1: Kretanje BDP i ukupne zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj



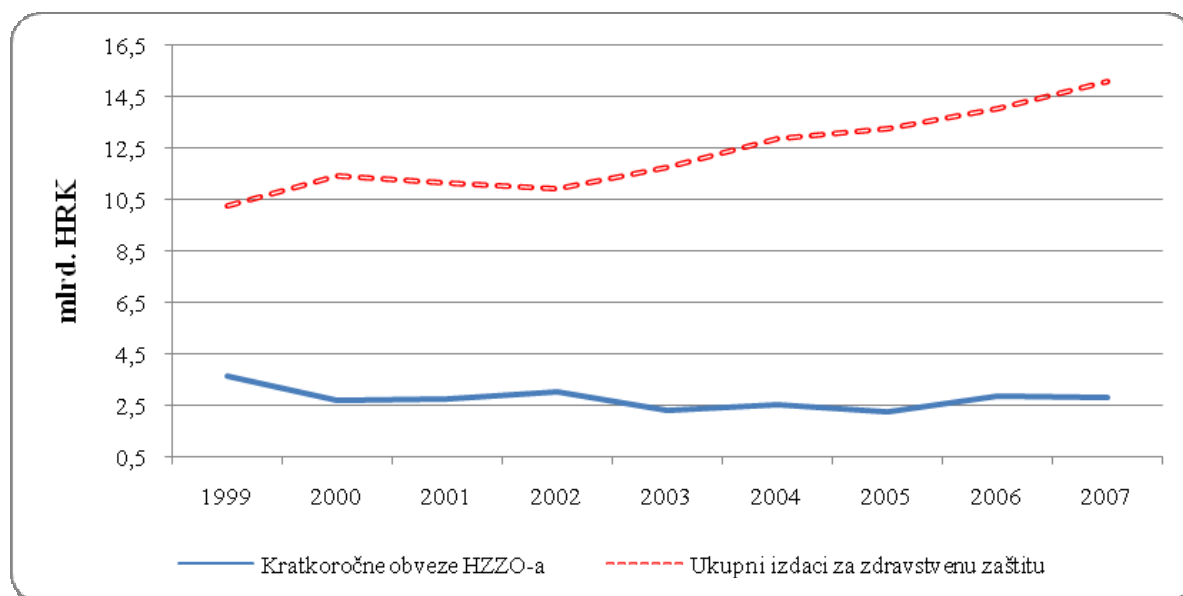
Izvor: Izrada autora prema podacima HZZO-a, Ministarstva zdravstva RH i WHO, European Health for All Database.

Kada se govori o izdatcima za javno zdravstvo, oni u Hrvatskoj obuhvaćaju izdatke HZZO-a, te državne izdatke za javno zdravstvo, istraživanja i zdravstvenu administraciju. Dio javnih izdataka za zdravstvo otpada na lokalne jedinice, koji bilježe stalan rast.¹³ Što se tiče privatne potrošnje, ona iznosi oko 2% BDP-a tj. oko 20% ukupnih izdataka za zdravstvo.¹⁴

Glavni subjekt koji upravlja fondom socijalnog osiguranja, HZZO, ima udio 94% u ukupnim javnim izdatcima za zdravstvo, te oko 80% od ukupne zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj. Stopa doprinosa HZZO-u trenutno je postavljena na razinu 15,5% bruto plaće koju plaćaju poslodavci. Važno je napomenuti da samo 30% stanovništva plaća doprinose (oko 1,45 milijuna zaposlenih) za 4,3 milijuna osiguranih, a samo 55% stanovništva podliježe dopunskim plaćanjima zdravstvenih usluga.

Do 2000. godine potrošnja HZZO-a je rasla brže od BDP-a, kao što je već spomenuto, ali je tada taj trend djelomično zaustavljen. Posljedice toga su visoki deficiti u zdravstvu koji se redovito pokrivaju iz središnjeg državnog proračuna.

Slika 4.2: Iznos kratkoročnih obveza (tekućeg deficita) HZZO-a¹⁵



Izvor: Izrada autora prema podacima HZZO-a.

Na slici 4.2 prikazano je kretanje kratkoročnih obveza HZZO-a u razdoblju od 1999.-2007. godine. Možemo reći da je zadnjih nekoliko godina uspostavljen određen stupanj kontrole zaduživanja, odnosno prebacivanja tekućih obveza u narednu fiskalnu godinu. Posebno teško stanje bilo je prije 2000. godine kada su kratkoročne obveze dosezale i do 4 mlrd. kuna. Od tada se taj iznos stabilizirao na oko 2,5-3,0 mlrd. kuna. Razlozi tome djelomično potječu od reforme zdravstva 2002. godine, čiji je cilj bilo poboljšanje financijske stabilnosti sustava. Glavne crte reforme bile su smanjenje opsega pokrivenih usluga, reor-

¹³ Izdatci za programe zdravstvene zaštite još su daleko od iznosa koji se izdvajaju za obrazovanje na lokalnoj razini, stoga se može reći da je zdravstveni sektor još uvijek značajno centraliziran.

¹⁴ Procjenjuje se da je udio privatne potrošnje veći od 2% zbog nezabilježene privatne zdravstvene potrošnje.

¹⁵ Kratkoročne obveze su dugovanja za kupnju obavljenu u tekućoj fiskalnoj godini, ali plaćenu u sljedećoj fiskalnoj godini.

ganizacija sustava participacije, poticanje kupnje dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja i definiranje proračuna središnje i lokalnih vlasti (Svjetska banka, 2003, 24-26).

Zakon od 2002. prvi je značajniji korak u racionalizaciji sustava financiranja zdravstva, ali ima svojih nedostatka. Nedostatci se očituju u prevelikom izuzeću iz sustava participacije određenih skupina populacije i negativnoj selekciji (eng. *adverse selection*) kod DZO-a.¹⁶ Negativna selekcija podrazumijeva da će dobrovoljno zdravstveno osiguranje kupovati oni najbolesniji i visokorizični pacijenti. Zakon od 2002. godine negativno je utjecao na razvoj privatnog zdravstvenog osiguranja. Prije ovog zahvata u zdravstvenom sektoru, treba spomenuti reformu od 1993. godine i uvođenje glavarine u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te uvođenje općih proračunskih ograničenja za bolnice i referentnih cijena lijekova 1999. godine. Uspjeh tih dviju reformi ipak je bio ograničen, pogotovo u poticanju produktivnosti i kvalitete zdravstvenog proizvoda (Svjetska banka, 2003, 34).

Potrošnju u zdravstvu veoma je teško kontrolirati, a problem je daleko od rješenja. Dug bolnica i HZZO-a ne pokazuje ozbiljnije znakove smanjenja, a razlika između ukupnih rashoda i prihoda dostiže 1% BDP-a. Slična situacija visokog duga zdravstva prisutna je i u nekim drugim tranzicijskim zemljama, Mađarskoj 1.6% i Slovačkoj 2% BDP-a (u 2003. godini). Za razliku od Hrvatske, te su zemlje već poduzele reforme na strani ponude (srednjoročne) i na strani potražnje (kratkoročne).

Teret zdravstvenog sustava u Hrvatskoj su neefikasnosti na strani potražnje i ponude. Dodatna plaćanja koja u Hrvatskoj iznose samo 1% ukupne zdravstvene potrošnje među najmanjima su u Europi.¹⁷ Sljedeći je problem izuzeće brojnih skupina stanovništva od dodatnih plaćanja (nezaposleni, studenti do 26 godina, ratni veterani itd.). Visoko pokriće lijekova na recept (95%) od strane HZZO-a i pokriće troškova za visoke stope bolovanja samo su neki od značajnijih problema u kontroli zdravstvene potrošnje. Na strani ponude ističu se neefikasnosti bolnica u malim gradskim centrima i preopterećenost bolnica u nekoliko velikih gradova (Svjetska banka, 2007). Svi navedeni čimbenici idu u prilog kompleksnosti problema zdravstvene potrošnje u Hrvatskoj i upućuju na potrebu daljnjeg provođenja reformi.

Tijekom proteklih deset godina hrvatska Vlada pokušala je stimulirati politike kontrole troškova. Najčešće korištene mjere odnosile su se na pružatelje usluga, uključujući racionalizaciju usluga, penale za pretjerano propisivanje recepata, reducirane liste lijekova, ograničenja bolničkih proračuna itd. Navedene su mjere imale sa ograničeni uspjeh kako na strani pružatelja zdravstvene zaštite tako i kod javnosti (Jurlina-Alibegović et al., 2006, 155).

5. ZAKLJUČAK

Trenutno se ukupna zdravstvena potrošnja u Hrvatskoj može prilagoditi razini tekućeg dohotka, dobnoj strukturi stanovništva i zdravstvenom proizvodu. Međutim, budući izazovi na ovim poljima naglašavaju problem održivosti sustava. Budući porast dohotka, očekivanog trajanja života, starenja i porasta dobne ovisnosti populacije, dovest će do rasta potražnje i više nego proporcionalnog rasta zdravstvene potrošnje. Cilj zdravstvene politike tre-

¹⁶ Dobrovoljno zdravstveno osiguranje razlikuje se od dodatnog zdravstvenog osiguranja u nekim zemljama zapadne Europe (npr. Francuskoj) po obliku i opsegu pokrića.

¹⁷ Dodatna plaćanja kreću se od 7% u Luksemburgu do 33% u Švicarskoj.

bao bi biti eliminiranje potražnje koja ne dovodi do povećanja zdravstvenog proizvoda. Razlog rješavanju ovog problema nije samo ekonomska efikasnost već sustav koji s odmjerenim poticajima može proizvesti bolje zdravstvene usluge za one koji ih trebaju.

Hrvatski se zdravstveni sustav može opisati kao razvijen u odnosu na promatrane tranzicijske zemlje i po apsolutnoj potrošnji i zdravstvenim pokazateljima, ali još dosta zaostaje za razvijenim europskim zemljama. S obzirom na gospodarsku razvijenost, Hrvatska za zdravstvo izdvaja iznad svojih mogućnosti. Postoji problem neefikasnog korištenja zdravstvenih resursa. Provedene reforme zdravstvenog sustava nisu ozbiljnije stale na kraj ekspanziji duga u zdravstvu niti općoj neefikasnosti. Posebno se to odnosi na tzv. "mekana" budžetska ograničenja, kada se dogovoreni financijski limiti redovito premašuju, a teret sanacije duga pada na državni proračun. Za stabilizaciju zdravstvenog sustava bit će potrebne daljnje reforme usmjerene prvenstveno na mehanizme plaćanja bolnica, racionalizaciju potrošnje lijekova i smanjenje transfera HZZO-a kućanstvima. Jedino dosljedno provođenje reformi može u srednjem roku dovesti do potpune stabilizacije i veće efikasnosti zdravstvenog sustava.

LITERATURA

1. Carrion y Silvestre, J. L. (2005) *Health care expenditure and GDP: Are they broken stationary?*; Journal of health economics 24: 839-40.
2. Chawla, M. et al. (2005) Current issues in fiscal reform in Central Europe and the Baltic states 2005: Controlling Health Expenditures.
3. Clemente, J. et al. (2004) *On the international stability of health care expenditure functions: are government and private functions similar?*; Journal of health economics 23: 589-613.
4. Dulitzky, D. i Hou, X. (2007) Health. U: Gray, C., Lane, T. i Varoudakis, A. (eds.), Fiscal policy and economic growth – Lessons for Eastern Europe and Central Asia. Washington DC: World Bank: 179-216.
5. Eurostat (2007) *Europe in figures, Eurostat yearbook 2006-07*. European Commission. Luxembourg.
6. Fries, F. et al. (1998) *Beyond health promotion: Reducing need and demand for medical care*; Health affairs 17(2): 70-84.
7. Getzen, T. E. (2006) *Aggregation and the measurement of health care costs*; Health services research 41(5): 1938-54.
8. Health Care Systems in Transition - Croatia (1999). European Observatory on Health Care Systems, Copenhagen.
9. Henderson, J. W. (2007) *The Ageing of the Population: Medical Care Costs for the Elderly*. U: Henderson, J. W., *Health Economics & Policy*. Mason, Ohio: Thomson South-Western: 280-285.
10. Hitiris, T. (1997) Health care expenditure and integration in the countries of the European Union: *Applied Economics*, 29: 1-6.
11. Jurlina-Alibegović, D. et al. (2006) *Social Protection and Social Inclusion in Croatia*. Ekonomski Institut Zagreb.

12. Nestić, D. (2006) *Equity analysis of household spending on health* (draft). U: Living standard and regional inequalities: 1-19.
13. Or, Z. (2000) *Determinants of health outcomes in industrialized countries: a pooled, cross-country, time-series analysis*; OECD Economic Studies, OECD Publications and Information Centre.
14. Svjetska Banka (2005) Current Issues in Fiscal Reform in Central Europe and the Baltic States 2005: Controlling health expenditures, 105-10.
15. Svjetska Banka (2003, 2007) *Studija financiranja u hrvatskom zdravstvu*. Svjetska Banka, Washington D.C.
16. Vončina, L. et al. (2007) Study on the sources of inefficiencies and fiscal deficit in the Croatian health care system. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.