

Dr. sc. Ana Bobinac, dipl.oec.

Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj

Policy izvještaj

Listopad 2017.

Naručitelj:

Centar za mirovne studije

Projekt "Public interest is not for sale/Javni interes nije na prodaju - PINS II"

Kuća ljudskih prava Zagreb



VJETRENJAČA



Ovaj materijal nastao je uz finacijsku podršku Europske unije, u okviru IPA projekta „Javni interes nije na prodaju – PINS II“. Za sadržaj je isključivo odgovoran Centar za mirovne studije i ne može se smatrati službenim stavom Europske unije i Ureda Vlade Republike Hrvatske za udruge.

SADRŽAJ

1. UVOD	4
2. (NE)ZADOVOLJENA POTREBA ZA ZDRAVSTVENOM SKRBI	5
3. NEZADOVOLJENE POTREBE ZA ZDRAVSTVENOM SKRBI U HRVATSKOJ I EU	8
4. FINANCIRANJE ZDRAVSTVA	17
4.1. RAZINA I IZVORI FINANCIRANJA I PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA	17
4.2. TROŠKOVNA UČINKOVITOST, MEDICINA TEMELJENA NA DOKAZIMA, KVALITETA ZDRAVSTVENIH ISHODA I PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA	28
5. PERSPEKTIVA PACIJENTA	37
5.1. PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA U SMISLU JEDNOSTAVNOSTI I RAZUMIJEVANJA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA ZA PACIJENTE	37
5.2. DOSTUPNOST USLUGA U SMISLU LISTA ČEKANJA I PRISTUP ZDRAVSTVENIM USLUGAMA	38
6. OMOGUĆENOST ZDRAVSTVENIH USLUGA	42
6.1. GEOGRAFSKA UDALJENOST OD ZDRAVSTVENIH USTANOVA	42
6.2. RASPOLOŽIVOST MEDICINSKOG OSOBLJA	43
6.3. RASPOLOŽIVOST I DOSTUPNOST INOVATIVNIH LIJEKOVA I KAPITALNE MEDICINSKE OPREME (MRI, CT)	46
REFERENCE	55

SAŽETAK

Pristup zdravstvenim uslugama nije jednoznačan pojam koji se mjeri točno određenim indikatorom. Zdravstveni sustav je kompleksan i heterogen, a dionici u zdravstvu (pacijenti, liječnici, ugovaratelji usluga, itd.) imaju različite i nerijetko neusklađene motivacije koje određuju i njihovo ponašanje, i ponudu i potražnju za zdravstvenim uslugama. Da bi analizirali razinu pristupa zdravstvenim uslugama, te *jednakost* u pristupu zdravstvenim uslugama koju građani Hrvatske ostvaruju, ovo istraživanje uzima u obzir različite direktne, ali i indirektne indikatore razine i (ne)jednakosti pristupa koji su u stručnoj literaturi prihvaćeni kao relevantni. Osim što identificira potencijalne barijere u pristupu zdravstvenoj skrbi na različitim razinama, istraživanje nudi i prijedloge za poboljšanje razine pristupa. Rezultati pokazuju da postoji problem u pristupu zdravstvenim uslugama, posebno u skupinama s najnižom razinom obrazovanja, odnosno dohotka. Pristup ponajviše onemogućava geografska udaljenost pružatelja zdravstvene skrbi. Pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama je također identificiran kao problematičan, ako se uzmu u obzir vrlo loši ishodi u liječenju karcinoma. Pristup inovativnim lijekovima je, u odnosu na druge europske države vrlo ograničen. Sustav upravljanja postavljen na kriterijima troškovne-učinkovitosti i medicine temeljene na dokazima za sada izostaje, što uvjetuje loše ishode liječenja. Za održanje jednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama za sve građane ključno je održanje visoke razine javnog financiranja zdravstva.

SUMMARY

Access to health services is not an unambiguous term that can be measured using a specific indicator. The health care system is complex and heterogeneous, and healthcare stakeholders (patients, doctors, service providers, etc.) have varying and often mismatched motivations that determine their behaviour as well as the supply and demand for health services. In order to analyze the level of access to health services and the equality of access to health services that Croatian citizens can achieve, this study analyses different direct and indirect indicators. In addition to identifying potential barriers to access to health care at various levels, this research also offers suggestions for improving the level of access. The results identified various issues hindering the accessibility of health services in Croatia, especially in the groups with the lowest level of education or income. Access to *good quality* healthcare services (measured using disease-related mortality rates) was also identified as problematic, especially in the domain of cancer treatment. Access to innovative medicines is, in comparison to other European countries, very limited. Health care management system based on cost-effectiveness and evidence based medicine has not yet been established, which is conducive to poor treatment outcomes. To maintain *equal* access to health services for all citizens, it is crucial to maintain a high level of public health financing.

Citirati kao/Quote as:

Bobinac, A. (2017) Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj. Centar za mirovne studije, Zagreb.

1. Uvod

Razina pristupa zdravstvenim uslugama nije jednoznačan pojam koji se mjeri točno određenim indikatorom. Zdravstveni sustav je kompleksan i heterogen, a dionici u zdravstvu (pacijenti, liječnici, ugovaratelji usluga, itd.) imaju različite i nerijetko neusklađene motivacije koje određuju i njihovo ponašanje, i ponudu i potražnju za zdravstvenim uslugama. Da bi analizirali razinu pristupa zdravstvenim uslugama, te *jednakost* u pristupu zdravstvenim uslugama koju građani Hrvatske ostvaruju, za potrebe ovog izvješća koristit ćemo se direktnim, ali i indirektnim indikatorima razine i (ne)jednakosti pristupa koji su u stručnoj literaturi prihvaćeni kao relevantni. Podatke za Hrvatsku usporediti ćemo s podacima za EU-28, gdje god to bude moguće.

Prvi dio ovog izvješća bavi se pojmom pristupa zdravstvenim uslugama, definira kakva usluga mora biti kako bi se smatrala «pristupačnom» i predstavlja konceptualni okvir za razmatranje pitanja pristupa zdravstvenim uslugama. Sljedeća poglavlja analiziraju različite dimenzije pristupačnosti (financijska, geografska, itd.) te potencijalne uzroke nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama. Analize se uglavnom temelje na podacima Eurostat-a i OECD-a, te na pregledu stručne literature. Prezentirat će se i podaci o razini samoprijavljene nezadovoljene zdravstvene potrebe u Hrvatskoj i EU.

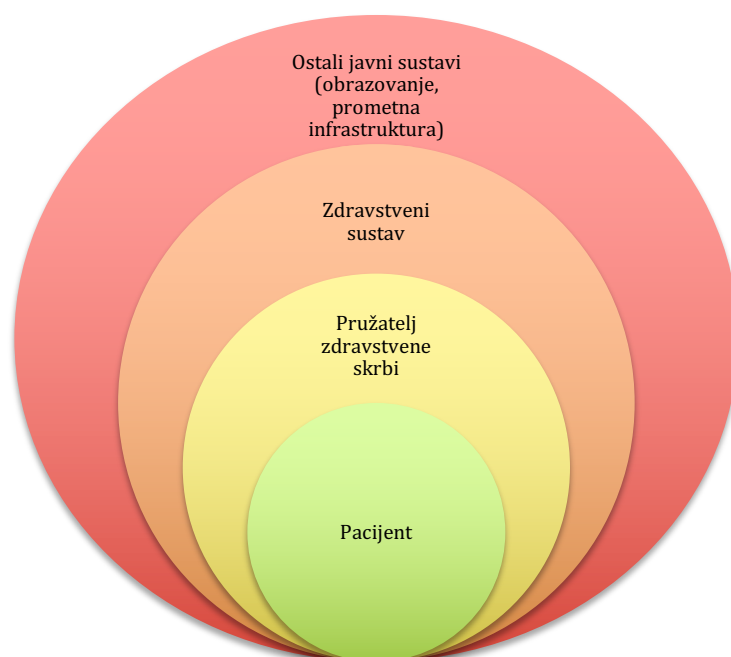
Cilj ovog izvještaja je analizirati pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj. Ovaj dokument nije niti ne može uzeti u obzir sve aspekte i pokazatelje zdravstvenog sustava, njegovog funkcioniranja i kvalitetu ishoda.

2. (Ne)zadovoljena potreba za zdravstvenom skrbi

Mnogo je faktora koji mogu dovesti do nemogućnosti ostvarenja zdravstvene skrbi u situaciji kada stvarna potreba postoji i kada tu potrebu osoba izrazi (naravno, neizraženu ili neizrečenu potrebu zdravstveni sustav ne može ni zadovoljiti). Barijere ili prepreke ostvarenju ili realizaciji zdravstvene skrbi mogu postojati na razini samog pojedinca, na razini pružatelja zdravstvene skrbi ili cjelokupnog zdravstvenog sustava (Graf 1). Barijere građanima mogu postavljati i javne politike u područjima izvan zdravstvenog sustava, poput obrazovanja ili prometa (primjerice, onemogućavanjem adekvatnog javnog prijevoza građanima do zdravstvenih ustanova).

Također, prepreke koju građani iskuse pri ostvarenju zdravstvene skrbi koreliraju međusobno, i to tijekom vremena. Primjerice, osoba koja je naišla na barijeru pri ostvarenju zdravstvene skrbi danas (primjerice, zbog loše komunikacije s liječnikom), sljedeći put možda ni ne pokuša zatražiti skrb za isti zdravstveni problem. Barijere mogu biti iste za čitave skupine ljudi, poput osoba s invaliditetom, pripadnika manjinskih zajednica ili migranata.

Graf 1: Barijere u pristupu zdravstvenim uslugama na različitim razinama



Izvor: Autor prema Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Report on Access to Health Services in the European Union (2016)

Prepreke u pristupu zdravstvenim uslugama na razini pacijenta (korisnika)

Osobe s različitim karakternim osobinama, različitim stavovima o zdravlju, različitom razinom zdravstvene pismenosti, komunikacijskim vještinama, različitim razinama dohotka i koje žive u različitim krajevima Hrvatske vjerojatno će osjećati i izraziti svoj «objektivni» zdravstveni problem na različiti način te će na različiti način izraziti i svoju potrebu za zdravstvenom uslugom pa će i iskustvo i mogućnost pristupa zdravstvenoj predstavljati barijere (ili prednosti) u pristupu zdravstvenim uslugama kojima je cilj zadovoljiti zdravstvenu potrebu.

Prepreke u pristupu zdravstvenim uslugama na razini pružatelja zdravstvene skrbi

Prepreke na razini pružatelja zdravstvene skrbi odnose se na veličinu, kvalitetu, sastav i karakteristike zdravstvenih djelatnika, kao i na razinu njihovog obrazovanja, vještina, preferencija, predrasuda, zadovoljstva (Goddard i Smith, 2001). Dobra komunikacija između liječnika i pacijenta povezana je s boljim ishodima liječenja, boljom adherencijom, većim zadovoljstvom pacijenata (Verlinde et al 2012; Jensen et al 2010). S druge strane, loša komunikacija može spriječiti pacijenta da, ponukan lošim iskustvom, ubuduće zatraži pravovremenu zdravstvenu skrb i da izbjegava odlazak liječniku, što opet utječe na razinu pristupa zdravstvenim uslugama.

Prepreke u pristupu zdravstvenim uslugama na razini zdravstvenog sustava

Kako bi smanjili prepreke u pristupu zdravstvenim uslugama za sve građane i povećali jednakost u pristupu zdravstvenim uslugama, donositelji odluka u zdravstvu moraju voditi računa o mnogo različitih faktora te kvalitetnim politikama urediti djelovanje u različitim domenama. Da bi se zdravstvenoj usluzi moglo nesmetano pristupiti, zdravstveni sustav mora formirati uslugu koja će biti pravilno *omogućena* pacijentima (u smislu dovoljne količine opreme, infrastrukture, zdravstvenih radnika, lijekova raspoređenih na pravilan način), *dostupna* pacijentima (bez financijskih, geografskih i organizacijskih prepreka), *prihvatljiva* pacijentima (u smislu da su pacijenti voljni koristiti uslugu i da nema diskriminacije) i *učinkovita* za pacijente (da je zdravstvena usluga točno onakva kakva je potrebna kako bi unaprijedila zdravlje pacijenta, a u isto vrijeme i troškovno-účinkovita) (EXPH, 2016; Graf 2).

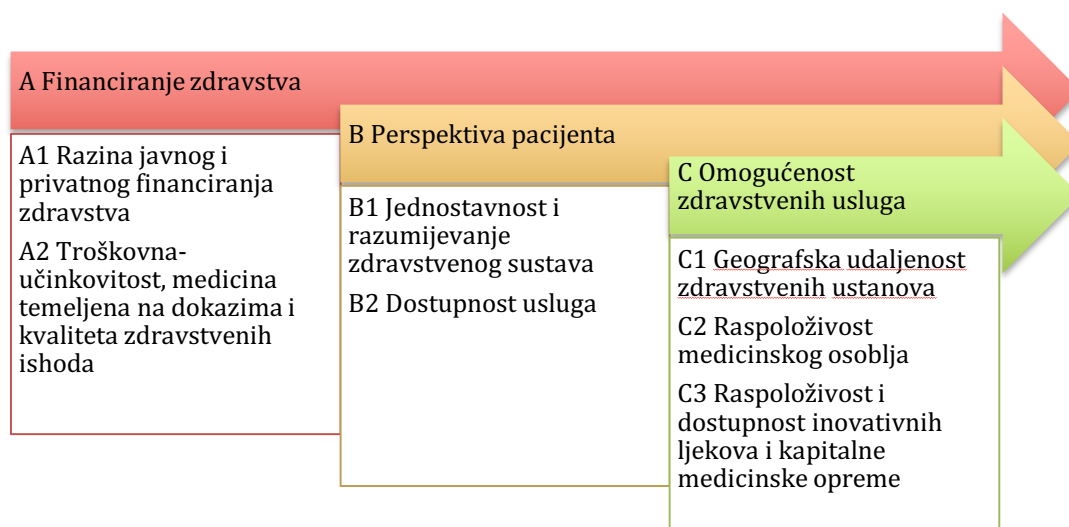
Graf 2: Karakteristike pristupačne zdravstvene usluge koju kreira zdravstveni sustav



Prepreke u pristupu zdravstvenim uslugama na razini ostalih javnih sustava

Fiskalna politika, socijalna davanja, razina zaposlenosti i nezaposlenosti, prometna politika i drugi sektori koji su uređeni javnim politikama mogu znatno utjecati na pristup, razinu, kvalitetu, dostupnost te ponudu i potražnju za zdravstvenim uslugama. Te «nezdravstvene» politike uvjetuju i ponašanje pacijenata. Primjerice, kvaliteta javnog prijevoza određuje može li osoba bez automobila doći do ambulante. Zaposlenje omogućuje pristup zdravstvenom osiguranju dok nezaposlenost može rezultirati gubitkom zdravstvenog osiguranja.

Graf 3: Faktori koji utječu na *jednakost* pristupa zdravstvenim uslugama



Izvor: Autor prema Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH), Report on Access to Health Services in the European Union (2016)

Graf 3 može poslužiti kao svojevrsni “check-list” kojim se može provjeriti jesu li svi faktori koji utječu na *jednakost* pristupa zdravstvenim uslugama optimalno uređeni te podsjetnik da je adekvatan pristup uslugama uvjetovan najrazličitijim faktorima koji se moraju uzimati u obzir pri uređivanju zdravstvene politike. U sljedeća tri poglavlja analizira se kako (A) financiranje zdravstva, (B) perspektiva (odnosno iskustvo) pacijenta i (C) razina omogućenosti zdravstvenih usluga utječe na jednakost pristupa zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj. No prije toga, predstaviti će se podaci o razini nezadovoljene zdravstvene potrebe u Hrvatskoj.

3. Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom skrbi u Hrvatskoj i EU

Podaci o nezadovoljenoj potrebi za zdravstvenoj skrbi (eng. *unmet medical need*) u EU prikupljaju su putem upitnika pod nazivom European Union Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC), dostupnog putem Eurostat-a. Podaci se prikupljaju svake godine od 2004. u EU-27 i od 2010. godine u Hrvatskoj (EU-28), tvoreći veliku reprezentativnu bazu podataka o dohotku i uvjetima života u EU¹. U Hrvatskoj godišnje oko 14,500 ispitanika popunjava EU-SILC upitnik. EU-SILC upitnikom prikupljaju se podaci i o nezadovoljenoj potrebi za zdravstvenoj skrbi koju ispitanici sami za sebe ocjenjuju. SHARE baza podataka (EU Survey of Health, Aging and Retirement) također prikuplja podatke o nezadovoljenoj medicinskoj potrebi, ali je ograničena na osobe starije od 50 godina i podaci se ne prikupljaju svake godine pa će se analiza za potrebe ovog istraživanja koristiti EU-SILC bazom podataka.

U EU-SILC upitniku, ispitanici stariji od 16 godina odgovorom DA ili NE označavaju jesu li u proteklih 12 mjeseci trebali pregled ili liječenje za određeni zdravstveni problem, ali ga nisu primili ili zatražili iz jednog od 3 razloga: financijskog razloga (previsoka cijena), preduge liste čekanja ili prevelike udaljenosti zdravstvene ustanove. «Zdravstvena skrb» se ovdje odnosi na skrb liječnika ili drugog medicinskog djelatnika na bilo kojoj razini zdravstvenog sustava, sukladno pravilima zdravstvenog sustava u svakoj državi. EU-SILC definira zdravstveni problem kao bilo koji ne-dentalni zdravstveni problem. Podaci o nezadovoljenoj potrebi za skrbi u segmentu dentalnih usluga prikupljaju se odvojeno i nisu predmet ovog izvješća.

Prema podacima EU-SILC-a, u 2015. godini otprilike 16,3 milijuna građana EU-28 (3.2% populacije) prijavilo je nezadovoljenu potrebu za zdravstvenom skrbi zbog jednog od tri razloga: visoke cijene, duljine putovanja ili duljine čekanja. Ipak, između 2005 godina i 2015. godine, u zemljama EU-27 (a onda i EU-28) značajno se smanjio ukupan broj osoba mil (3.2%) u 2015. godini (Tablica 1). Zadnjih godina, zemlje EU bilježe relativno konstantnu stopu nezadovoljne potrebe od oko 3.5% (Graf 4). Ipak, valja naglasiti da je ova prosječna stopa nezadovoljne potrebe za zdravstvenom uslugom u EU-28 ovisna o velikim razlikama između podataka prikupljenima u zapadnim zemljama EU koje bilježe

¹EU-SILC baza podataka je «cross-sectional» baza podataka u domeni u kojoj se ispituje razina nezadovoljene zdravstvene potrebe. Uzorak je reprezentativan za populaciju svake države EU-28, pa tako i Hrvatske. Uzorak je odabran metodom stratifikacije (eng. multi-stage stratification). U Hrvatskoj je upitnik svake godine ispunilo oko 14,500 stanovnika. Podaci nisu standardizirani za zdravstvenu potrebu. Više o EU-SILC bazi podataka u Arora et al. (2015).

vrlo niske udjele nezadovoljne potrebe i istočnim članicama koje bilježe znatno lošije rezultate (Tablica 1, Graf 3). Najnižu razinu nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama bilježe zemlje koje su i najbogatije i koje izdvajaju relativno najviše za zdravstvo, a to su Nizozemska i Austrija² (Tablica 1, Graf 3). U Nizozemskoj i Austriji udio ispitanika s nezadovoljenom potrebom od 2005. godine nije prešao 1%, čak ni tijekom gospodarske krize 2008-2009. godine, dok je u 2015. godini taj je udio samo 0.1% što što govori o otpornosti zdravstvenog sustava i sposobnosti da odgovori na sve potrebe stanovništva, neovisno o trenutnoj gospodarskoj situaciji.

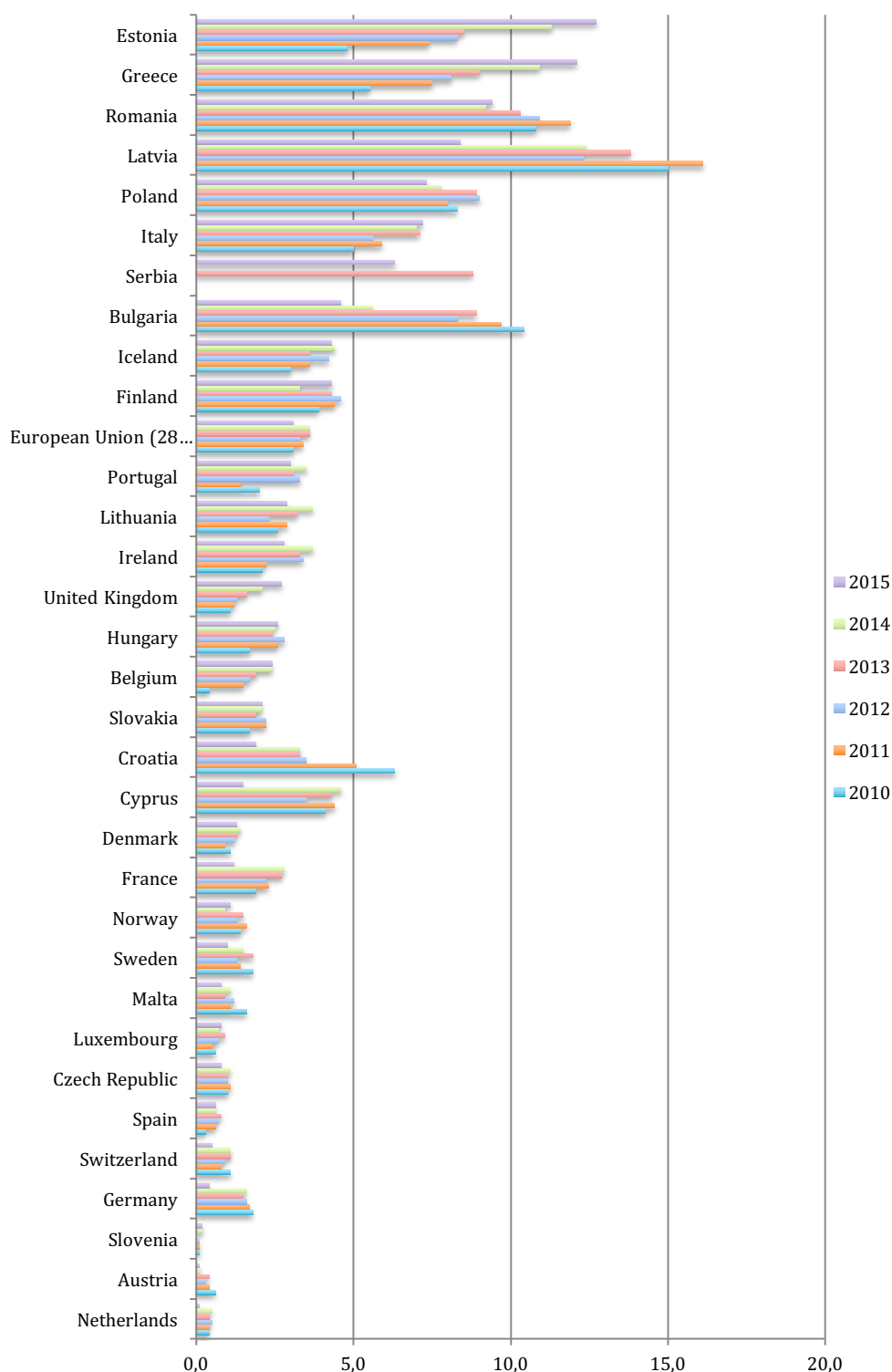
Iako se podaci za Hrvatsku prikupljaju od 2010. godine, podaci za 2010. i 2011. godinu donekle su nepouzdana (prema tvrdnji Eurostata) pa ih treba uzeti s dozom opreza. Stoga, ovo izvješće se primarno fokusira na trendove i relativne odnose u razini nezadovoljene potrebe između zemalja i u Hrvatskoj nego na njihove apsolutne vrijednosti.

Tablica1: Udio (%) stanovnika sa nezadovoljenom potrebom za zdravstvenim uslugama u Europi

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
EU-28	:	:	:	:	3.1	3.4	3.3	3.6	3.6	3.1
Belgija	0.5	0.3	0.5	0.6	0.4	1.5	1.7	1.9	2.4	2.4
Bugarska	19.0	18.4	15.3	10.2	10.4	9.7	8.3	8.9	5.6	4.6
Češka	0.7	0.8	0.7	0.6	1.0	1.1	1.0	1.0	1.1	0.8
Danska	0.2	0.3	0.6	1.5	1.1	0.9	1.2	1.3	1.4	1.3
Njemačka	5.0	3.5	2.2	2.1	1.8	1.7	1.6	1.5	1.6	0.4
Estonija	7.1	8.9	7.3	4.3	4.8	7.4	8.3	8.5	11.3	12.7
Irska	1.8	2.4	1.8	2.0	2.1	2.2	3.4	3.3	3.7	2.8
Grčka	5.7	5.4	5.5	5.5	5.5	7.5	8.1	9.0	10.9	12.1
Španjolska	0.6	0.1	0.4	0.5	0.3	0.6	0.7	0.8	0.6	0.6
Francuska	1.5	1.4	1.9	1.9	1.9	2.3	2.2	2.7	2.8	1.2
Hrvatska	:	:	:	:	6.3	5.1	3.5	3.3	3.3	1.9
Italija	4.6	4.6	5.2	5.3	5.0	5.9	5.6	7.1	7.0	7.2
Cipar	3.1	3.6	2.8	3.5	4.1	4.4	3.5	4.3	4.6	1.5
Latvija	14.9	12.3	9.8	9.9	15.0	16.1	12.3	13.8	12.4	8.4
Litva	7.9	7.1	5.5	3.1	2.6	2.9	2.3	3.2	3.7	2.9
Luksemburg	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6	0.5	0.7	0.9	0.7	0.8
Mađarska	2.3	2.6	3.4	2.0	1.7	2.6	2.8	2.4	2.5	2.6
Malta	1.8	0.8	0.7	1.4	1.6	1.1	1.2	0.9	1.1	0.8
Nizozemska	0.4	0.4	0.3	0.3	0.4	0.4	0.5	0.4	0.5	0.1
Austrija	0.4	0.6	0.7	0.5	0.6	0.4	0.3	0.4	0.1	0.1
Poljska	9.1	7.0	6.0	7.6	8.3	8.0	9.0	8.9	7.8	7.3
Portugal	4.9	9.7	1.1	3.3	2.0	1.4	3.3	3.1	3.5	3.0
Rumunjska	:	11.9	10.7	8.5	10.8	11.9	10.9	10.3	9.2	9.4
Slovenija	0.2	0.2	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.0	0.2	0.2
Slovačka	2.7	1.4	1.3	1.7	1.7	2.2	2.2	1.9	2.1	2.1
Finska	2.5	0.5	0.8	3.7	3.9	4.4	4.6	4.3	3.3	4.3
Švedska	2.8	3.0	2.4	2.0	1.8	1.4	1.3	1.8	1.5	1.0
Ujedinjeno Kraljevstvo	1.9	1.4	1.0	1.2	1.1	1.2	1.3	1.6	2.1	2.7
Island	1.0	2.1	1.6	2.2	3.0	3.6	4.2	3.6	4.4	4.3
Norveška	1.4	1.2	1.3	1.3	1.4	1.6	1.3	1.5	0.9	1.1
Švicarska	:	0.9	1.0	1.0	1.1	0.8	0.9	1.1	1.1	0.5

²Što bi, teoretski, i bilo za očekivati pa pridonosi teoretskom validitetu podataka

Graf 3: Udio (%) stanovništva sa nezadovoljenom potrebom za zdravstvenim uslugama u Europi (poredano prema podacima iz 2015. godine)

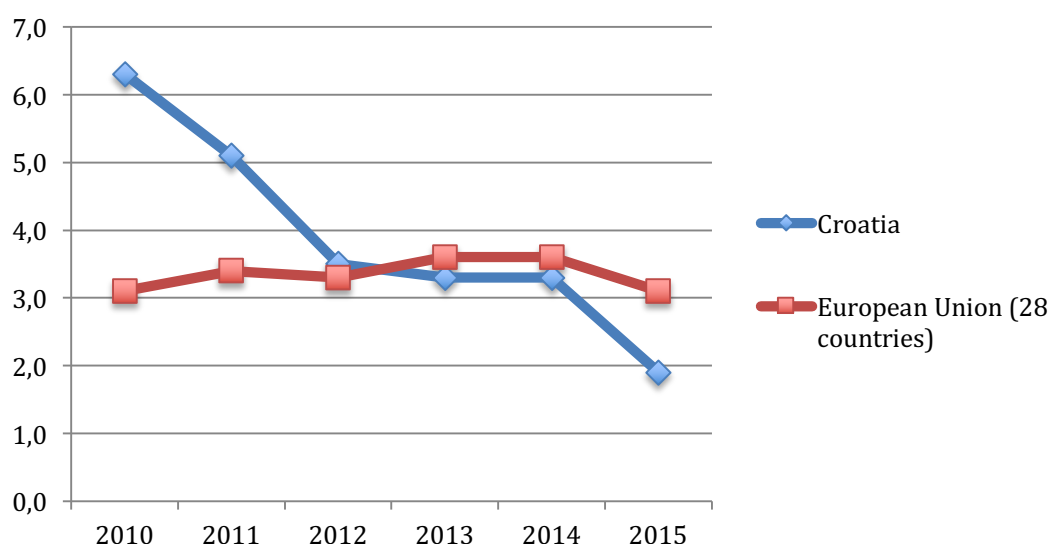


Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Dok u Nizozemskoj i Austriji gotovo da i nema nezadovoljenih zdravstvenih potreba, Estonija, Latvija, Poljska te Grčka u 2015. godini bilježe najviše stope u EU-28, čak iznad 10% (Tablica 1, Graf 3). Nije ohrabrujući ni trend koji se bilježi u Grčkoj i Estoniji gdje se broj ispitanika koji su prijavili nezadovoljenu potrebu značajno povećao zadnjih godina.

Hrvatska je u 2010. godini, od kad se prikupljaju podaci, bilježila jedan od najviših udjela nezadovoljene zdravstvene potrebe u Europi, posebno visok u odnosu na prosjek zemalja EU-27. Međutim, postotak ispitanih koji je prijavio nezadovoljenu medicinsku potrebu svake se godine smanjivao i to s visokih 6.3% u 2010. godini na 1.9% u 2015. godini, čime je Hrvatska došla ispod prosjeka EU-28, na razinu usporedivu s Ciprom i Slovačkom (Graf 3 i Graf 4). Čak i ako su podaci za 2010. i 2011. godinu nepouzdana (kako navodi Eurostat), trend smanjenja razine nezadovoljene potrebe bilježi se i u godinama nakon 2011. pa ga se može smatrati relevantnim.

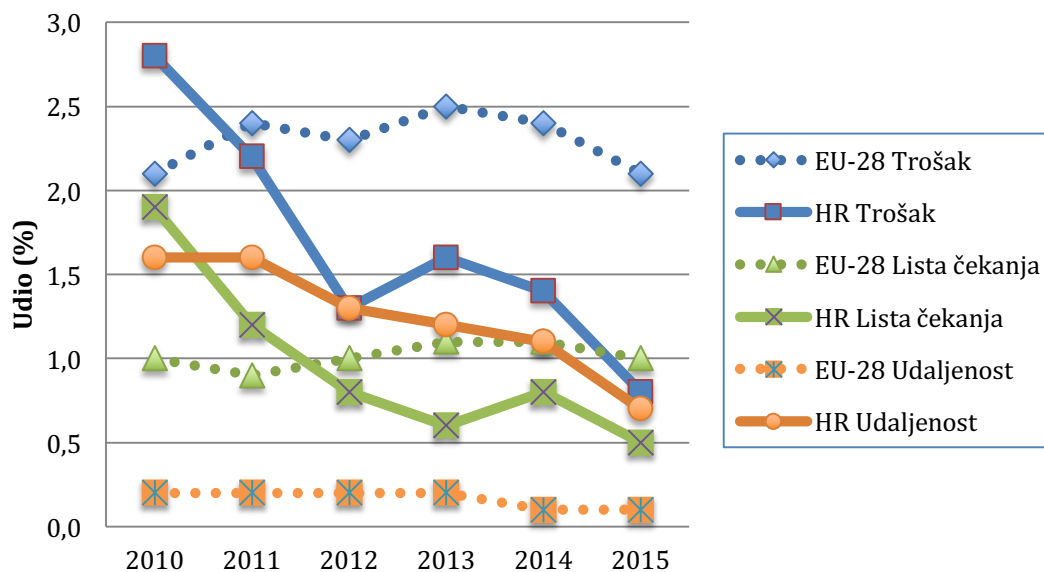
Graf 4: Udio (%) stanovništva s nezadovoljenom zdravstvenom potrebom u Hrvatskoj i EU-28



Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia)

Osim prosječne razine nezadovoljene potrebe, EU-SILC upitnikom se prikupljaju podaci i o uzroku, odnosno razlogu za nezadovoljenje zdravstvene potrebe, i to: previsoka cijena, prevelika udaljenost do zdravstvene ustanove i preduga lista čekanja. U Hrvatskoj je čini se najveća prepreka ostvarenju zdravstvenih usluga previsoki trošak povezan sa zdravstvenom uslugom (Graf 5), nakon čega slijedi geografska udaljenost zdravstvene ustanove dok je duljina liste čekanja na trećem mjestu. Prema razini nezadovoljene potrebe uzrokovane previsokim troškom i duljinom liste čekanja, Hrvatska je ispod prosjeka EU-28. Međutim, prosječni udio nezadovoljene potrebe uzrokovane geografskom udaljenosti je u EU-28 vrlo je mali i u 2015. godini gotovo je ravan nuli dok je u Hrvatskoj značajno viši (o tome će biti više riječi u nastavku).

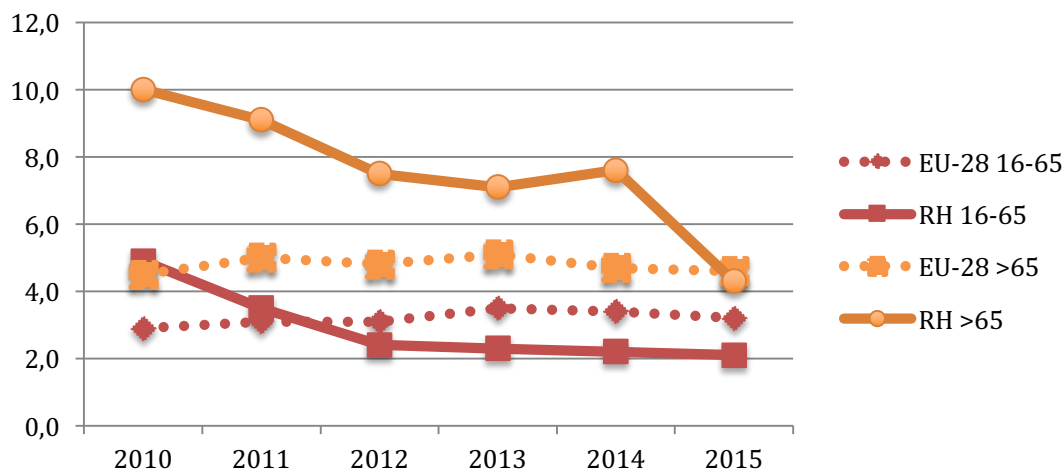
Graf 5: Udio (%) stanovništva s nezadovoljenom zdravstvenom potrebom u Hrvatskoj i EU-28, prema razlozima (previsok trošak, preduga lista čekanja, prevelika udaljenost ustanove)



Izvor: Eurostat

U odnosu na ostale dobne skupine, udio osoba najviše životne dobi (iznad 65 godina) koje u Hrvatskoj nisu mogle zadovoljiti sve zdravstvene potrebe dvostruko je viši u odnosu na osobe mlađe od 65 (Graf 6).

Graf 6: Udio (%) stanovništva s nezadovoljenom zdravstvenom potrebom u Hrvatskoj i EU-28 prema dobi (16-65 godina, iznad 65 godina i ukupno)

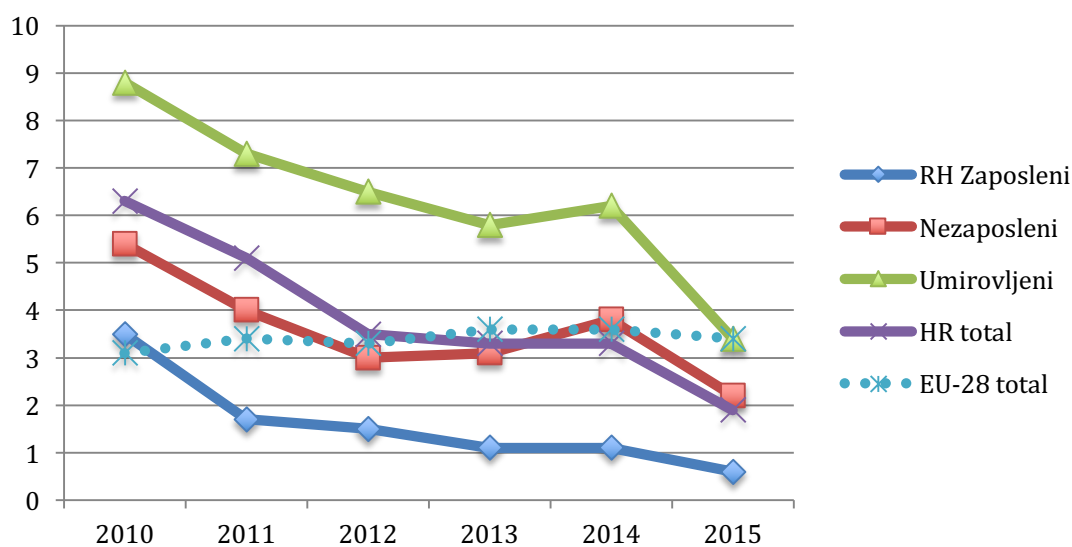


Izvor: Eurostat

Slično je i s udjelom stanovništva koje je prijavilo nezadovoljenu potrebu u Hrvatskoj i EU-28 prema statusu zaposlenosti (Graf 7), gdje ponovo najviše nezadovoljenih potreba imaju oni relativno stariji, a to su umirovljenici, a slijede ih nezaposleni. U odnosu na Graf 6 i podjelu prema dobi, podjela prema zaposlenosti mogla je dati i drugačije rezultate (jer je u Hrvatskoj mnogo umirovljenika mlađih od 65 godina), ali se ipak ocrtava isti trend – dakle, **najveći udio neostvarene potrebe nalazimo među starijima i relativno**

siromašnijim građanima. Ohrabrujući je negativan trend, odnosno trend smanjenja udjela nezadovoljnih potreba između 2010. i 2015. godine u Hrvatskoj, u različitim skupinama (Graf 6 i Graf 7). Također, udio stanovništva s nezadovoljenom zdravstvenom potrebom u Hrvatskoj je u svim kategorijama (zaposleni, nezaposleni i umirovljenici) u pravilu niži od prosjeka EU-28, što je ohrabrujuće s obzirom da su umirovljenici i nezaposleni u svim državama uglavom u lošijem položaju. Potrebno je i ovdje naglasiti da je razina prosječnog udjela u EU-28 determinirana velikim razlikama između razina udjela po zemljama gdje zapadne zemlje EU bilježe vrlo niske udjele (čak i do 0%) dok su istočne zemlje zabilježile znatno lošije rezultate (preko 10%, Tablica 1, Graf 5).

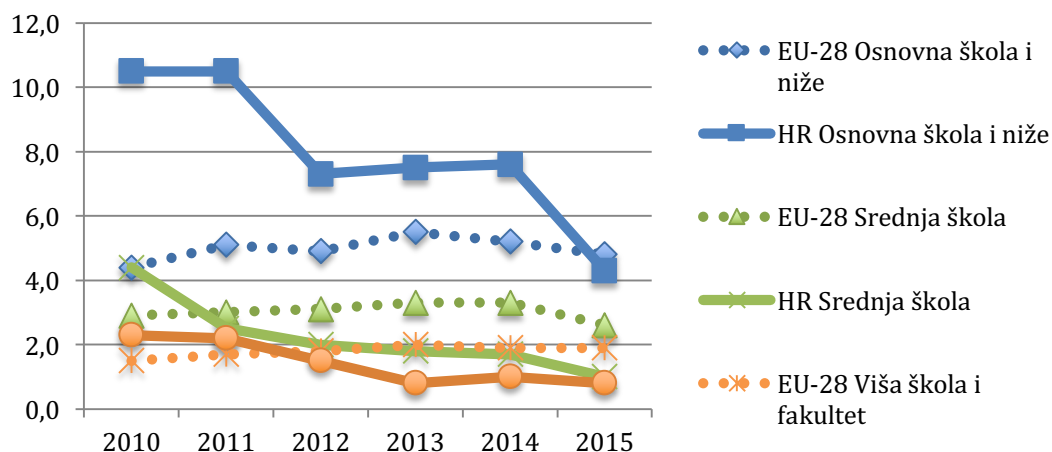
Graf 7: Udio (%) stanovništva s nezadovoljenom zdravstvenom potrebom u Hrvatskoj i EU-28 prema zaposlenju



Izvor: Eurostat

Kada se podaci raščlane prema stupnju obrazovanja (Graf 8) jasno je da u dijelu stanovništva s najnižim stupnjem obrazovanja – dakle osnovnom školom ili čak nezavršenom osnovnom školom – postoji i najviši udio onih koji su prijavili nezadovoljenu zdravstvenu potrebu u odnosu na osobe s višim stupnjem obrazovanja, kako u Hrvatskoj tako i u EU-28. U razdoblju od 2010. godine do 2015. godine, u Hrvatskoj se također bilježi pad udjela nezadovoljne medicinske potrebe, a važno je istaknuti da se razlika između razine nezadovoljene potrebe u različitim obrazovnim skupinama sve više smanjuje između 2010. i 2015. godine, i to ponajviše zbog relativno najbržeg smanjenja upravo u najnižoj obrazovnoj skupini gdje se postotak građana koji su prijavili nezadovoljenu medicinsku potrebu smanjio s visokih 10,5% na gotovo 4% u 2015. godini (Graf 8). U skupini sa srednjoškolskim obrazovanjem, udio se smanjio s 4% na 1% u 2015. godini i time izjednačio s postotkom nezadovoljene zdravstvene potrebe u skupini najobrazovanijih građana u 2015. godini. Ohrabrujuće je također što je u 2015. godini, u svakoj obrazovnoj skupini, udio stanovništva s nezadovoljenom potrebom manji je od prosječnog udjela u svakoj obrazovnoj skupini koje se bilježi na razini EU-28.

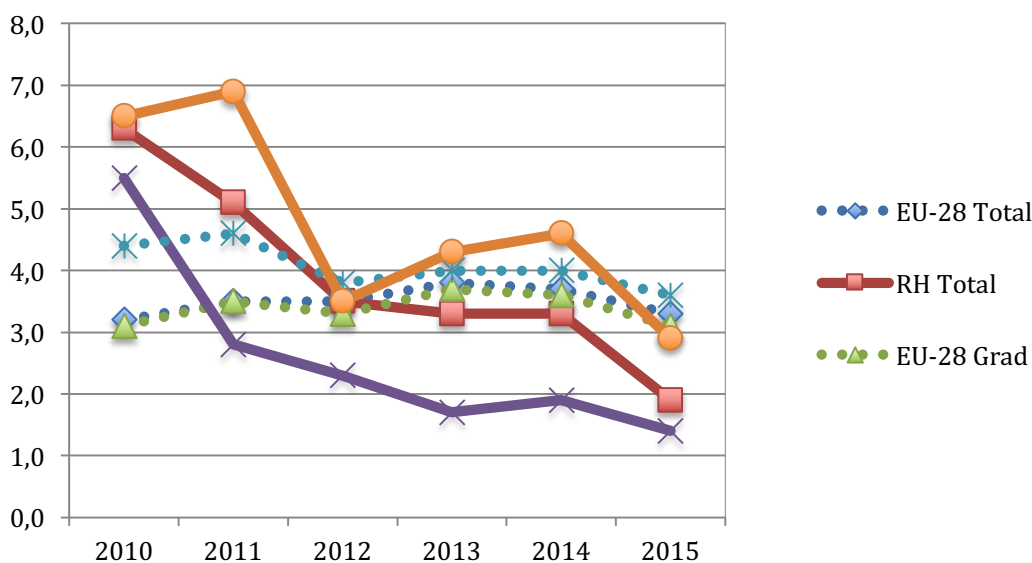
Graf 8: Udio (%) stanovništva s nezadovoljenom zdravstvenom potrebom u Hrvatskoj i EU-28, prema stupnju obrazovanja



Izvor: Eurostat

Kada podatke za Hrvatsku sagledamo kroz prizmu podjele s obzirom na mjesto stanovanja (odnosno stupanj urbanizacije, i to grad naspram ruralnog kraja, Graf 9) također seuočavaju nejednakosti, kako u Hrvatskoj tako i u EU-28. U Hrvatskoj je udio stanovništva koji je prijavio nezadovoljenu medicinsku potrebu dvostruko niži u gradu nego u ruralnim krajevima (tj., na selu). U 2015. godini, gotovo 3% stanovništva na selu prijavilo je nezadovoljene potrebe, u odnosu na 1,5% u gradu, što je i niže od prosjeka za Hrvatsku (Graf 9). U EU-28 također postoji razlika između prosječnog udjela nezadovoljene zdravstvene potrebe na selu u odnosu na grad, ali je ta razlika značajno niža nego u Hrvatskoj.

Graf 9: Udio (%) stanovništva s nezadovoljenom zdravstvenom potrebom u Hrvatskoj i EU-28, prema stupnju urbanizacije

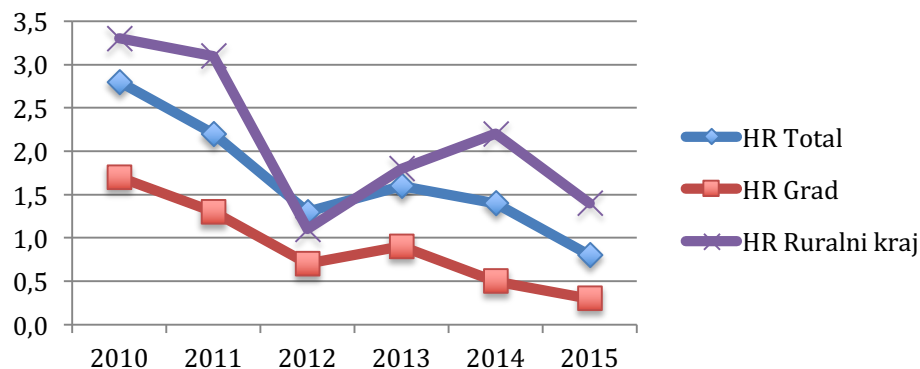


Izvor: Eurostat

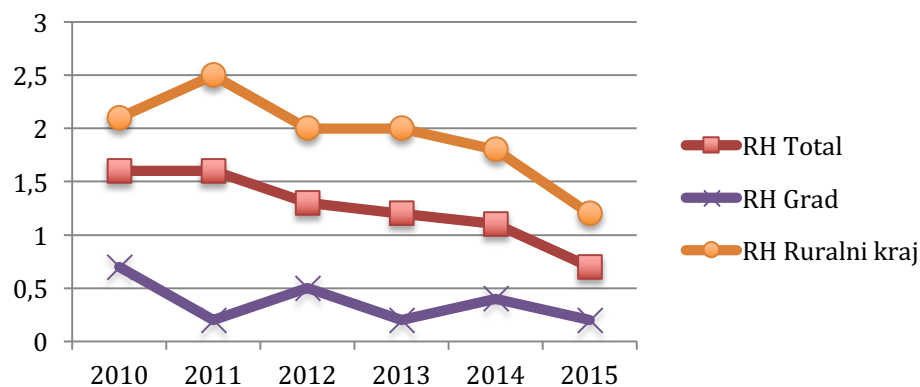
Kada se podaci o udjelu nezadovoljne zdravstvene potrebe raščlane prema stupnju urbanizacije (grad-selo) i prema razlozima za nezadovoljenje potrebe koje ispitanici

navode (udaljenost, cijena, lista čekanja), vidimo da je ruralni kraj najviše zakinit prevelikom geografskom udaljenosti zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj, a tek nešto manje većom nemogućnošću plaćanja zdravstvenih usluga (Graf 10.1 – 10.3). Duljina lista čekanja gotovo je jednak problem i za osobe koje žive na selu i u gradovima.

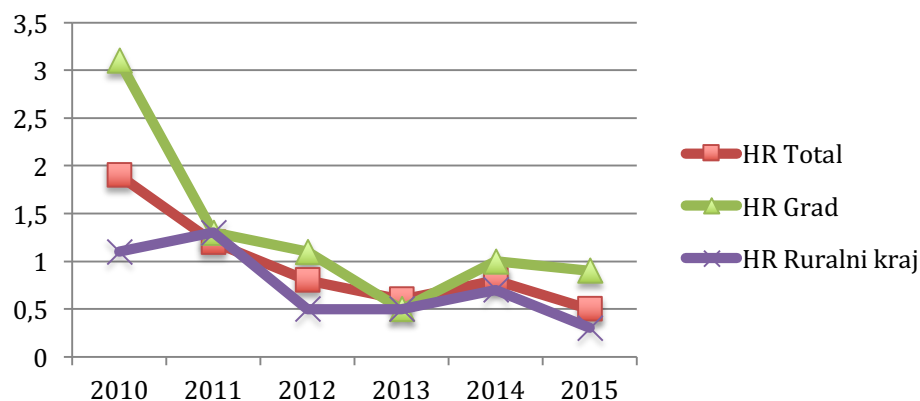
Graf 10.1: Razlog: previsoka cijena



Graf 10.2: Razlog: prevelika udaljenost zdravstvene ustanove



Graf 10.3: Razlog: Preduga lista čekanja



Izvor: Eurostat

Zaključci

1. U 2015. godini, prema podacima EU-SILC-a, gotovo 2% stanovnika Hrvatska (otprilike 80,000 osoba) nije moglo ostvariti svu potrebnu zdravstvenu skrb, a to se osobito odnosi na starije osobe, osobe koje žive u ruralnom kraju, osobe s nižim stupnjem obrazovanja te nezaposlene osobe
2. Previsoka cijena zdravstvenih usluga, odnosno nemogućnost plaćanja, najvažniji je uzrok nezadovoljenoj zdravstvenoj potrebi u Hrvatskoj, a slijedi geografska udaljenost zdravstvenih ustanova.
3. Geografska udaljenost zdravstvenih ustanova najčešći je uzrok nezadovoljenja zdravstvenih potreba osoba koje žive u ruralnom kraju

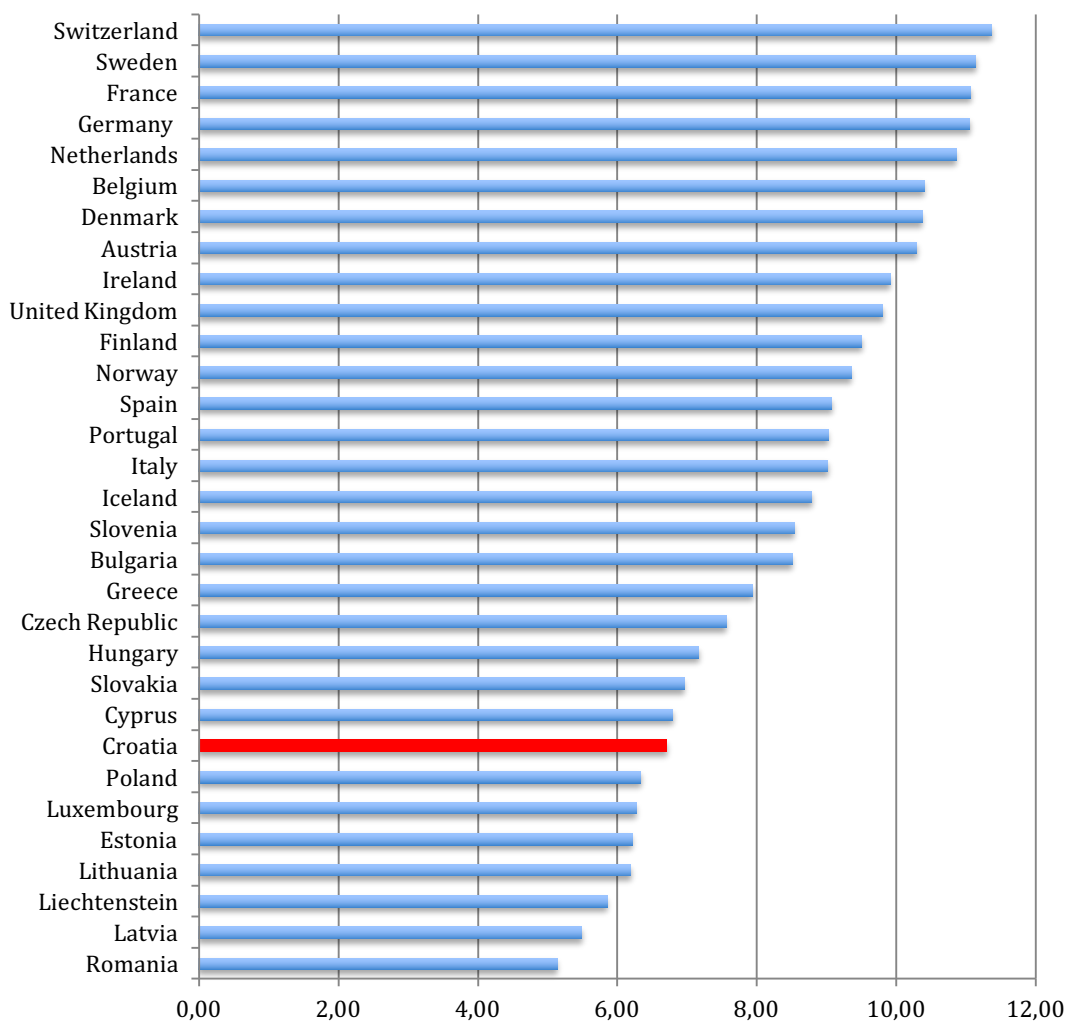
Nakon analize podataka o razini nezadovoljene potrebe za zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj, u sljedeća tri poglavlja analizirat će se kako (A) financiranje zdravstva, (B) perspektiva (odnosno iskustvo) pacijenta i (C) razina omogućenosti zdravstvenih usluga utječu na jednakost pristupa zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj, a time i na razinu nezadovoljene zdravstvene potrebe u Hrvatskoj.

4. Financiranje zdravstva

4.1. Razina i izvori financiranja i pristup zdravstvenim uslugama

Razina pristupa zdravstvenim uslugama snažno je uvjetovana visinom izdvajanja za zdravstvo i načinom financiranja zdravstva odnosno udjelu pojedinih izvora financiranja u ukupnoj razini financiranja zdravstva. U 2014. godini, Hrvatska je izdvojila 6.71% BDP-a za zdravstvo, računajući sve izvore financiranja (Graf 12). U usporedbi s ostalim zemljama EU-28, to je relativno skromno, odnosno dvostruko manji udio od udjela koji se za zdravstvo izdvaja primjerice u Švicarskoj ili Njemačkoj, gdje prelazi i 12% BDP-a. Razina financiranja zdravstva u Hrvatskoj (Graf 12) usporediva je s razinom financiranja na Cipru i u Slovačkoj.

Graf 12: Ukupni izdaci za zdravstvo kao udio (%) BDP-a u EU-28 (2014)



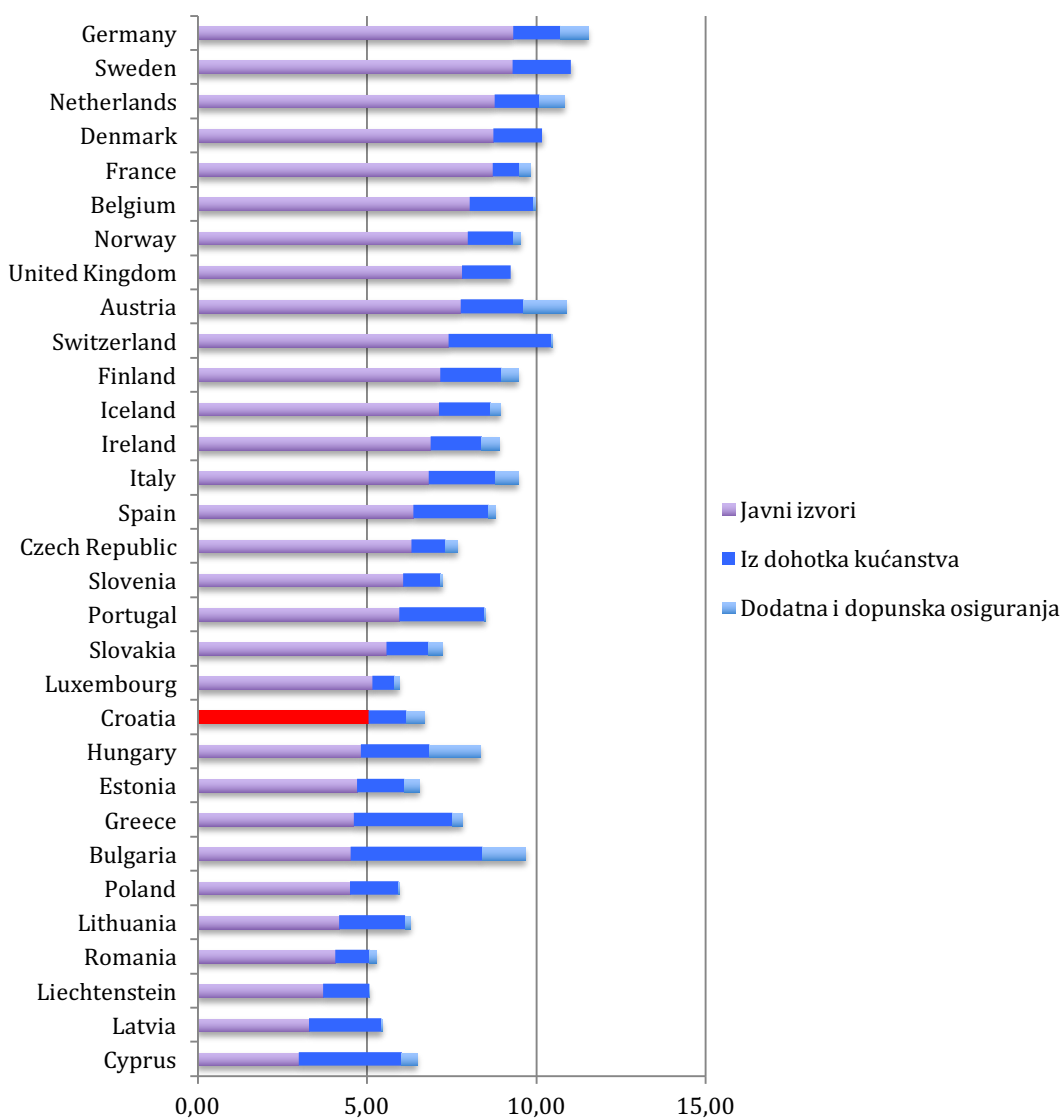
Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Važno je naglasiti da se ovdje radi o podacima koji nisu uvjetovani *visinom* BDP-a jer se radi o *udjelu* u BDP-u, a ne o apsolutnoj visini izdvajanja za zdravstvo pa stoga ni argument da bogatiji mogu izdvajati više *samo zato* što su bogatiji nužno ne stoji. Udio BDP-a kojeg će svaka zemlja izdvajati za zdravstvo politička je odluka te odraz – između ostalog – i prioriteta u proračunskom financiranju.

U Hrvatskoj se većina troškova u zdravstvu financira iz javnih izvora (Graf 13) odnosno obveznim osiguranjem i vladinim programima (5.04% BDP-a), dok se manji dio financira kroz privatna (dakle, dopunska i dodatna) osiguranja (0.54% BDP-a), a nešto više direktnim plaćanjima građana u trenutku korištenja usluge (eng. *out-of-pocket payments*; 1.2% BDP-a). Međutim, dok se u zemljama EU-28 koje relativno najviši udio BDP-a izdvajaju za zdravstvo udio osobne potrošnje za zdravstvo kreće oko 1.5% BDP-a (čime je usporediv s Hrvatskom), udio financiranja iz javnih izvora skoro je i dvostruko veći nego udio javnih izdataka za zdravstvo u Hrvatskoj (Graf 13). Drugim riječima, zemlje koje izdvajaju za zdravstvo čak i dvostruko više od Hrvatske, izdvajaju dvostruko više *javnih* sredstava za zdravstvo, ne privatnih.

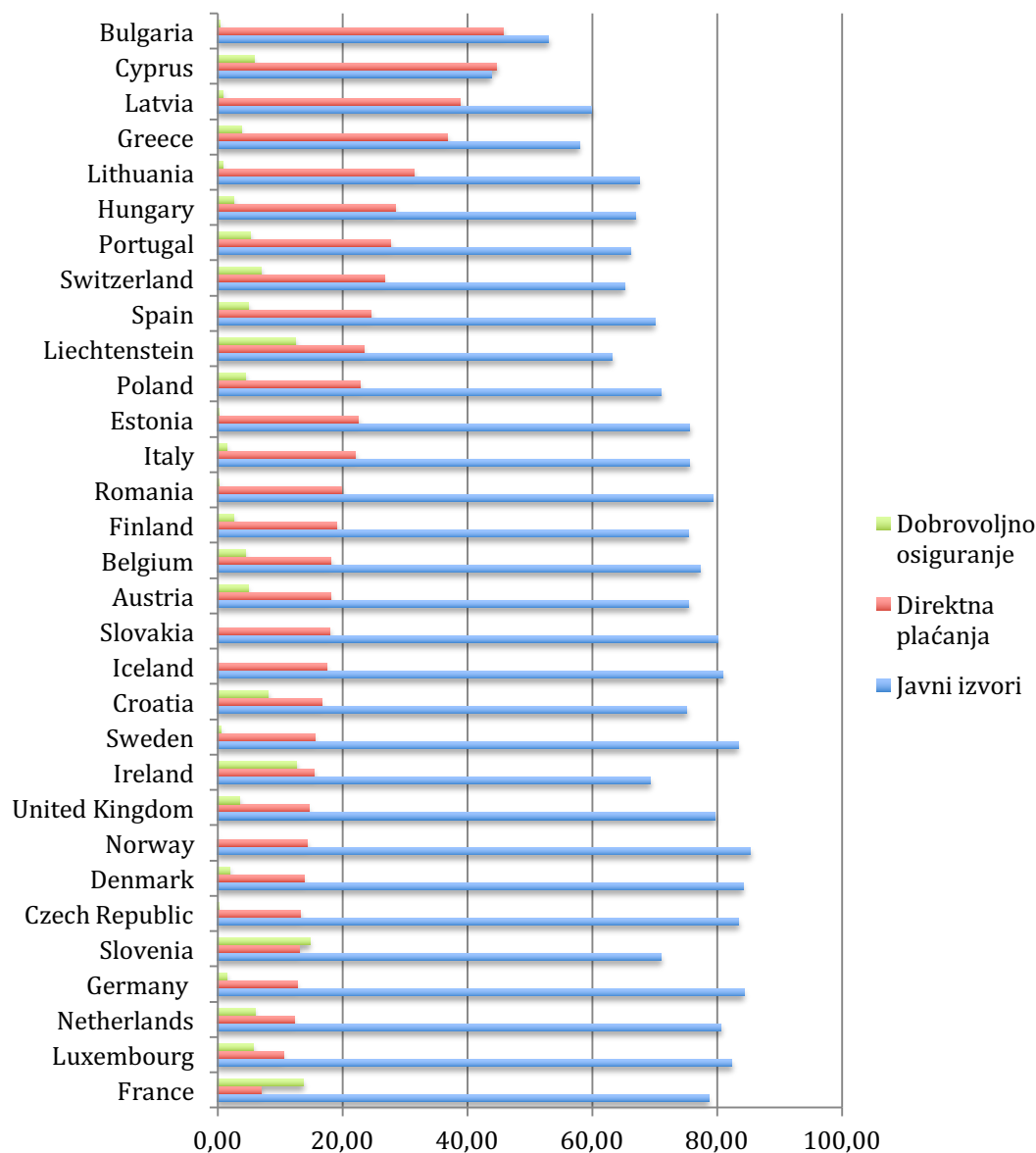
U svim zemljama EU-28 zdravstvo se većinom financira kroz javne izvore (Graf 13), a i u Hrvatskoj je to oko 75% svih troškova zdravstva (Graf 14). Uglavnom vrijedi pravilo da viša razina javnog financiranja prati nižu stopu financiranja kroz privatna osiguranja ili direktna plaćanja (Graf 14). Drugim riječima, zemlje koje javnim sredstvima izdašnije financiraju zdravstvene sustave uglavnom imaju i nižu razinu direktnih plaćanja (Graf 14, Graf 15). Iz aspekta jednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama, što je viša razina direktnih plaćanja u trenutku korištenja zdravstvene usluge, to je za očekivati i višu razinu nezadovoljne zdravstvene potrebe, a posebno u siromašnijih građana (dakle, umirovljenici, nezaposleni, oni najnižeg obrazovnog razreda), kao što smo ranije pokazali.

Graf 13: Izvor financiranja zdravstva: udio (%) javnog financiranja, direktnog financiranja iz dohotka kućanstva i dodatnih-dopunskih osiguranja u BDP-u, 2014, EU-28 (poredano prema visini izdvajanja kroz javne izvore financiranja)



Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Graf 14: Udio (%) javnog financiranja, direktnih plaćanja i dobrovoljnih osiguranja u ukupnim godišnjim izdacima za zdravstvo, EU-28, 2014



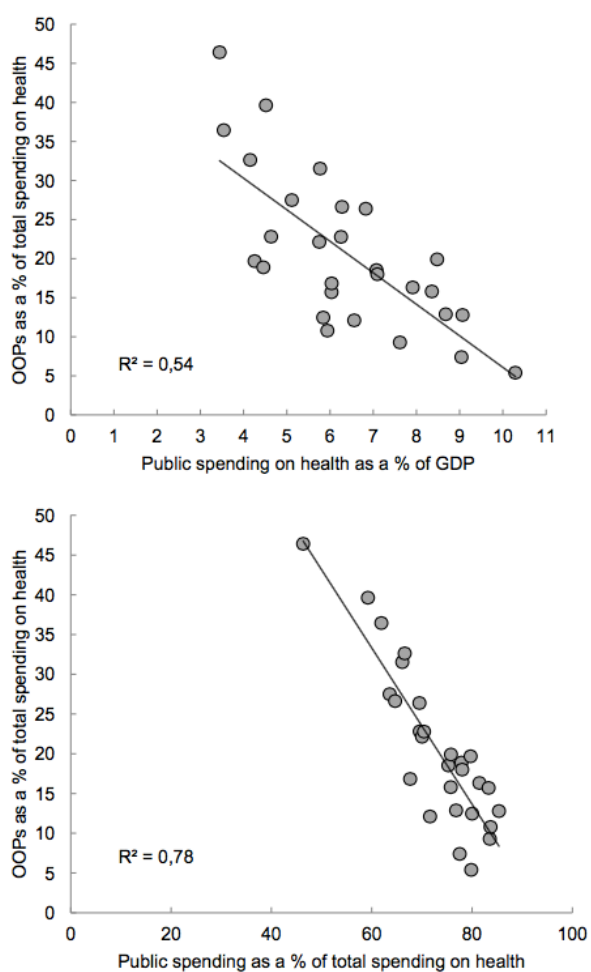
Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Zemlje EU značajno se razlikuju prema zastupljenosti izvora financiranja zdravstva. Dok je razina direktnih plaćanja manja od 10% u, primjerice, Francuskoj, ona iznosi preko 35% svih davanja za zdravstvo u Grčkoj, Latviji, Bugarskoj i na Cipru. Upravo te zemlje imaju i najveće stope nezadovoljene zdravstvene potrebe (Graf 3) i to je važna poruka:

povećanjem visine naknada i participacija otežava se pristup zdravstvu. U Hrvatskoj direktna plaćanja za zdravstvo pokrivaju oko 17% svih troškova zdravstva (Graf 14), što Hrvatsku stavlja u sredinu ljestvice EU-28 po nezadovoljenoj zdravstvenoj potrebi (Graf 3).

Razina financiranja zdravstva putem direktnih plaćanja važan je dakle indikator (ne)pristupačnosti zdravstvenom sustavu. Mnogi empirijski dokazi potvrđuju da ako je financiranje zdravstva iz javnih izvora nedovoljno (u apsolutnom smislu) ili se nedovoljno izdvaja za zdravstvo iz javnih izvora (u odnosu na druge izvore financiranja), razina direktnih plaćanja će se povećati (Graf 15). Ako korisnici zdravstvenih usluga moraju plaćati korištenje zdravstvenih usluga iz neto osobnog dohotka ili dohotka kućanstva u trenutku korištenja usluga, građani će teže ostvarivati pristup zdravstvenim uslugama, pri čemu će siromašniji građani biti u najtežem položaju. Dakle, da bi osigurali adekvatan pristup zdravstvenim uslugama, velika većina troškova u zdravstvu mora se financirati iz javnih izvora, a ti javni izvori moraju biti dovoljno izdašni i pravilno usmjereni.

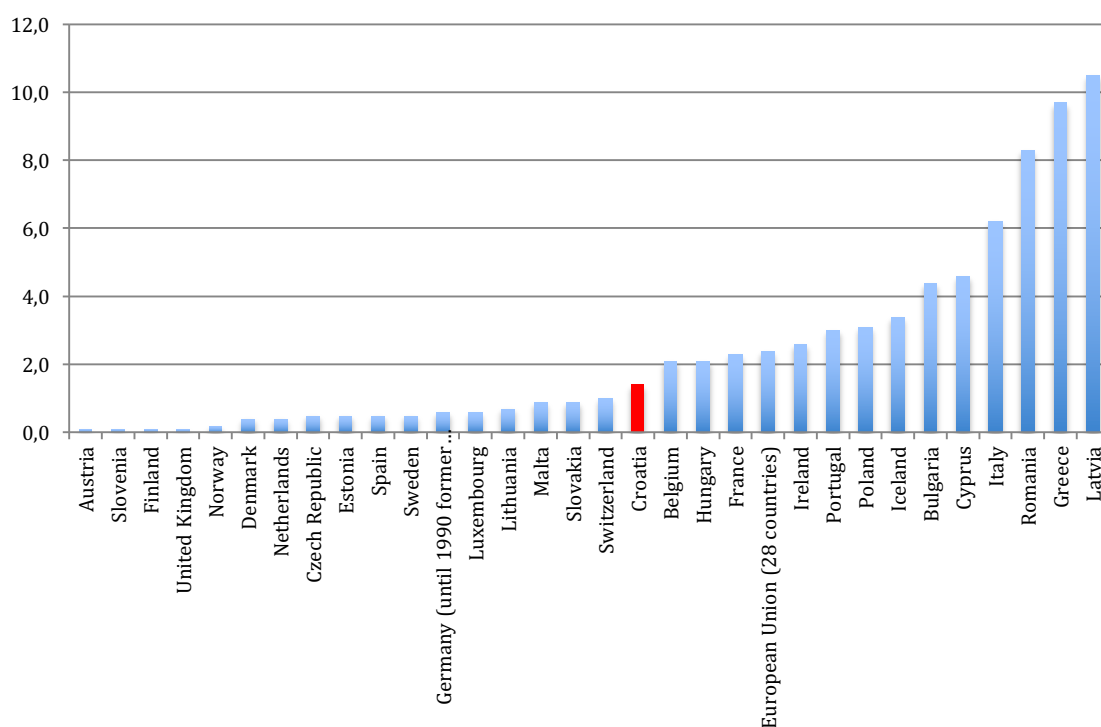
Graf 15: Odnos visine direktnih plaćanja za zdravstvo i visine izdvajanja za zdravstvo, kao udio u BDP-u i kao udio u ukupnim izdvajanjima za zdravstvo (2014)



Izvor: OECD, 2014

Omjer javnog financiranja zdravstva i direktnih plaćanja za zdravstvene usluge u trenutku korištenja usluge najnepovoljniji je upravo u zemljama koje imaju najvišu razinu nezadovoljene zdravstvene potrebe zbog previsoke cijene usluge – tamo gdje se značajan dio zdravstvenih troškova plaća izravno iz «džepa» građana (Graf 16), a najmanje iz javnih izvora financiranja, dakle u Grčkoj, Bugarskoj, Latviji, Rumunjskoj, na Cipru. Hrvatska se i po udjelu direktnih plaćanja u financiranju zdravstva i po udjelu nezadovoljene zdravstvene potrebe uzrokovane nemogućnošću plaćanja (zbog previsoke cijenom) nalazi pri sredini pokazatelja za zemlje EU-28 (Graf 14 i Graf 16).

Graf 16: Udio (%) nezadovoljene zdravstvene potrebe uzrokovane previsokom cijenom zdravstvene usluge (2014)



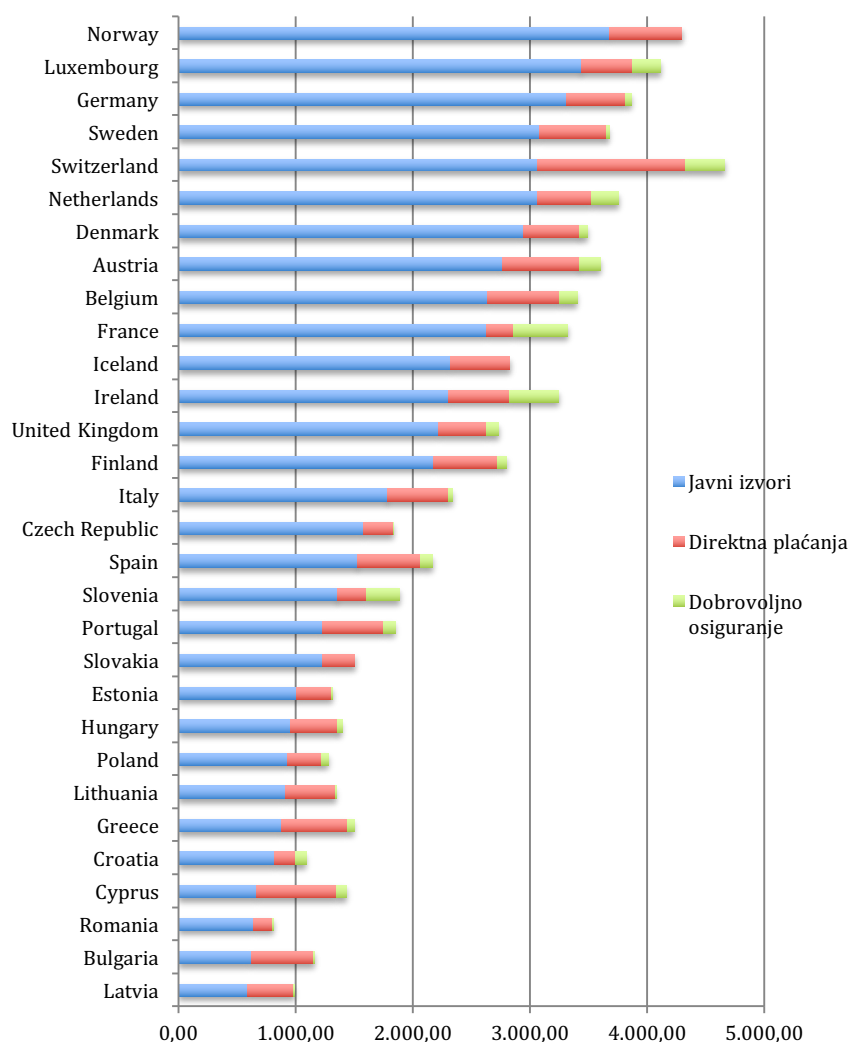
Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

U apsolutnom iznosu, po glavi stanovnika (izraženo u PPP, dakle korigirano za razliku u kupovnoj moći), Hrvatska izdvaja 1088 Eura godišnje za zdravstvo (2014. godina, Graf 17). S obzirom na udio izvora financiranja prikazanih Grafom 14, godišnje se po glavi stanovnika za zdravstvo izdvaja 181 eura direktno iz kućnog proračuna, 818 eura iz javnih izvora i 88 eura putem privatnog (dodatnog i dobrovoljnog) osiguranja. To je smanjenje u odnosu na 2013. godinu kada se izdvojilo ukupno 1149 Eura po glavi stanovnika (PPP). S tom razinom privatnog i javnog izdvajanja za zdravstvo, Hrvatska se nalazi na samom dnu EU-28, što je prikazano Grafom 17. Ohrabrujuće je što je udio javnog financiranja naspram ostalih oblika financiranja relativno povoljan pa iako se u apsolutnom smislu malo izdvaja (Graf 17), ipak se relativno manji dio financira direktno plaćanjem građana (Graf 14) pa je i razina pristupa zdravstvenim uslugama relativno mali problem za veliku većinu

građana (Graf 3).

Graf 17 otkriva i da bogatije države, osim što najveći udio zdravstvenih troškova financiraju iz javnih izvora, imaju i relativno viši udio troškova financiran putem privatnih osiguranja, što upućuje na zaključak da privatna osiguranja *nisu supstitut već komplement* visokoj razini javnog izdvajanja za zdravstvo. Budući da su najbogatije države ujedno i one s najmanjim problemom pristupa zdravstvenim uslugama, može se zaključiti da se osiguranje adekvatnog pristupa zdravstvenim uslugama najučinkovitije osigurava većim izdvajanjem javnog novca kojeg tek tada mogu komplimentirati (a ne supstituirati) privatna osiguranja, i to u posebno strogo definiranim i nadziranim uvjetima za što su potrebni kvalificirani stručnjaci (kako ne bi dovele do povećanja nejednakosti).

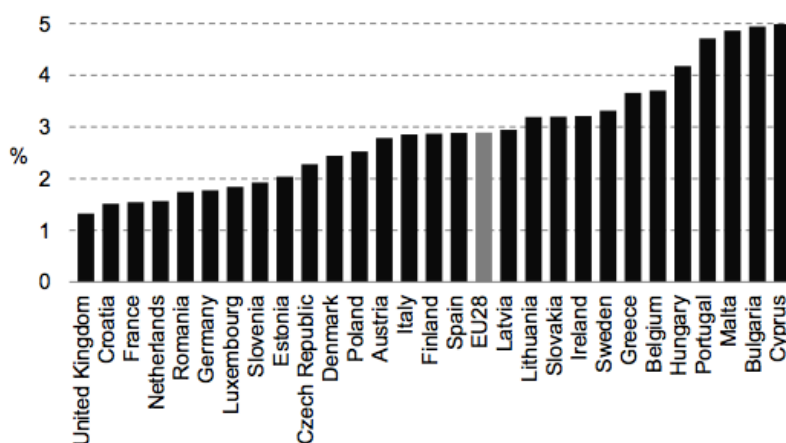
Graf 17: Ukupni izdaci za zdravstvo po glavi stanovnika, prema izvoru financiranja, u EU-28, preračunato u PPP (2014)



Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

U Hrvatskoj se relativno mali udio zdravstvenih troškova financira privatnim zdravstvenim osiguranjem, gotovo najniži udio u EU-28 (Graf 17). Dakle, relativno mala javna ulaganja u zdravstvo u Hrvatskoj se za sada ne nadomještaju privatnim osiguranjima. Razina direktnih plaćanja za zdravstvo kao udio (%) u ukupnim izdacima kućanstva u Hrvatskoj su također jedna od najnižih u Europi i značajno niža nego u ostalim zemljama jugoistočne Europe, usporediva s udjelom u najrazvijenijim zemljama EU (Graf 18) (iako je, kao što je ranije rečeno, udio financiranja iz javnih izvora skoro i dvostruko veći u najrazvijenijim zemljama EU nego u Hrvatskoj, Graf 13). Ovaj omjer direktnih plaćanja za zdravstvo u ukupnim troškovima kućanstva predstavlja vrlo jednostavan indeks kojim se mjeri socijalna zaštićenost stanovništva. Analize pokazuju da se pojavnost katastrofičnih plaćanja i osiromašenja uslijed bolesti snažno povećava kada razina direktnih plaćanja za zdravstvo kao udio (%) u ukupnim izdacima kućanstva naraste iznad 15%, što znači da je iz te perspektive stanovništvo u Hrvatskoj dobro zaštićeno od katastrofičnih financijskih posljedica bolesti (Xu et al 2010).

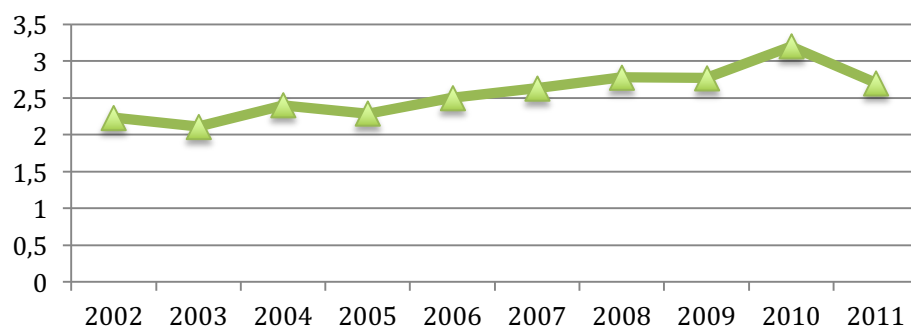
Graf 18: Prosječan udio (%) direktnih plaćanja za zdravstvo u ukupnim izdvajanjima kućanstva u EU-28 (2012)



Izvor: OECD. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Iako je razina direktnih plaćanja za zdravstvo kao udio (%) u ukupnim izdacima kućanstva u Hrvatskoj jedna od najnižih u Europi (Graf 18), važno je naglasiti da se u Hrvatskoj razina privatne potrošnje na zdravstvo kontinuirano povećava od 1995. godine (Graf 19), unatoč kontinuiranom godišnjem povećanju prosječnog dohotka, te je potrebno nadzirati ovaj trend u budućnosti.

Graf 19: Udio (%) privatnih izdataka za zdravstvo u ukupnoj potrošnji kućanstva



Izvor: Anкета o potrošnji kućanstva (2012) (http://www.dzs.hr/Hrv_Eng/publication/2012/14-01-01_01_2012.htm)

Otvorena pitanja

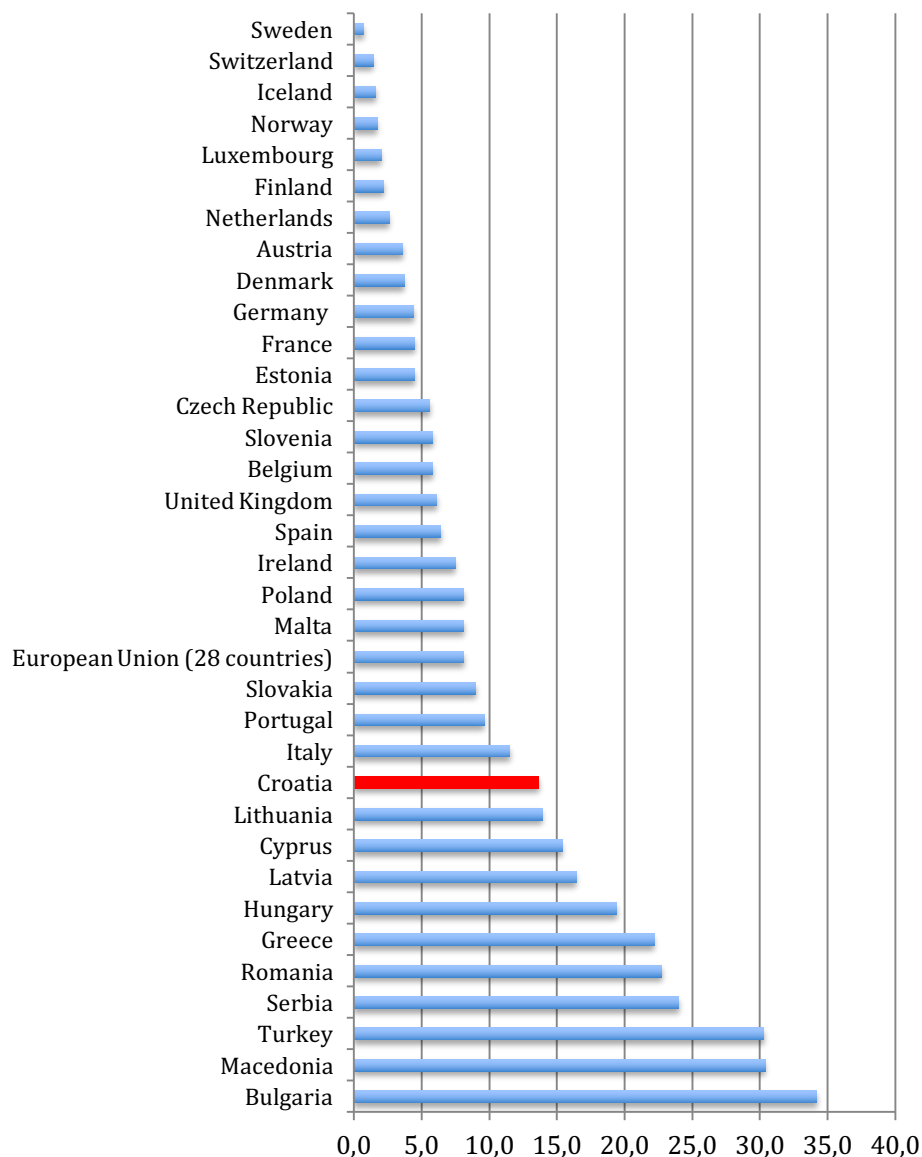
1. Javno ili privatno financiranje zdravstva?

Osobna potrošnja za zdravstvo i dobrovoljna zdravstvena osiguranja ponekad se doživljavaju kao način da se popuni proračunska rupa u zdravstvu. Međutim, različite naknade i participacija pri korištenju zdravstvenih usluga (dakle, različiti oblici direktnih plaćanja bez kojih ostvarenje usluge nije moguće) negativno utječu na pristup uslugama i zdravstvene ishode u siromašnijih građana, čak i kad siromašniji građani plaćaju manje cijene ili su oslobođeni plaćanja (Swartz, 2010).

Dobrovoljna zdravstvena osiguranja ne samo da više koristi donose bogatijim osobama već u nekim slučajevima mogu dodatno onemogućiti pristup zdravstvenim uslugama osobama koje ovise samo o javnim izvorima financiranja (primjerice, u situacijama u kojima dobrovoljna osiguranja korisnicima omogućuju kraće čekanje na preglede ili liječenje jer to dovodi do duljeg čekanja za one koji si ne mogu priuštiti dobrovoljno zdravstveno osiguranje) (OECD 2004; Thomson and Mossialos 2009). Zbog kompleksne interakcije između javne i privatne zdravstvene ponude (i javnih i privatnih zdravstvenih ustanova, i javnih i privatnih interesa) te javnog i privatnog financiranja zdravstvenih usluga, te zbog nedovoljno promišljenih zdravstvenih politika, povećanje prisutnosti dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja može dovesti do diskriminacije siromašnijih građana, uz grupiranja usluga i dostupnosti usluga na strani bogatijih građana te stvaranja jaza između zdravstvenih potreba građana i njihove mogućnosti da kvalitetnu i pravovremenu zdravstvenu uslugu ostvare. A u Hrvatskoj postoji značajan broj građana (gotovo 14% populacije ili 575,000 građana) koji već sada živi u uvjetima teške materijalne deprivacije, odnosno u teškom siromaštvu, za koji bi povećanje zdravstvenih prava kroz dobrovoljna osiguranja ostalo nedostižno (Graf 20). Razina siromaštva u Hrvatskoj jedna je od najviših u EU-28 i zato se čini – iz perspektive očuvanja jednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama – nepoželjno povećati količinu novca namijenjenu financiranju zdravstva prikupljanjem putem dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja. Ako se želi povisiti izdvajanje za zdravstvo, iz perspektive očuvanja jednakosti u pristupu,

povećanje izdvajanja za zdravstvo bilo bi poželjno financirati povećanjem općih poreza ili doprinosa za zdravstvo, ili pronaći načine za povećanje učinkovitosti u sustavu i tako stvoriti višak (o tome je riječ u nastavku). Poticanje građana na privatno osiguravanje kroz porezne olakšice za dobrovoljna zdravstvena osiguranja ponovo više koriste bogatiji građani, a uz to porezne olakšice predstavljaju troškovno-neučinkovit način korištenja javnog novca.

Graf 20: Udio (%) osoba koji živi u teškoj materijalnoj deprivaciji (siromaštvu) u Europi (2015)



Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

2. Visina izdvajanja za zdravstvo?

Ne postoji međunarodno priznati standard kojim bi se odredila jedna jedina i ispravna razina (javnog) financiranja zdravstva, niti postoji točno određeni indikator kojim bi se odredilo je li zdravstveni proračun dovoljan za zadovoljenje zdravstvenih potreba stanovništva. Financiranje zdravstva trebalo bi biti povezano s konkretnim zdravstvenim potrebama stanovništva i uzimati u obzir promjene u potrebama koje su se zbile u odnosu na neko prošlo proračunsko razdoblje te promjene koje će se tek dogoditi, a koje se već sada mogu predvidjeti i za koje je potrebna posebna prilagodba (npr. starenje stanovništva, sve veća pojavnost kroničnih bolesti i karcinoma). Za potrebe izrade ovog izvješća nisu pronađeni dokazi koji bi ukazivali na eksplicitnu povezanost identificiranih zdravstvenih potreba stanovništva s razinom javnog financiranja zdravstva u Hrvatskoj, odnosno nisu pronađeni dokumenti koji analiziraju stvarne zdravstvene potrebe i kao takvi su podloga zdravstvenom proračunu.

Unatoč nepostojanju «zadane» razine financiranja potrebne svakom zdravstvenom sustavu, poznato je da niža razina javnog financiranja zdravstva povećava razinu osobne potrošnje na zdravstvo (Graf 15) što – kao što je ranije rečeno – najviše pogađa najsiromašnije građane i dodatno ih ograničava u pristupu zdravstvenim uslugama.

3. Kriterij za raspodjelu javnog novca u zdravstvu?

Kako bi se jačala sposobnost upravljanja sustavom, mnoge zemlje EU-28 odmaknule su se od alokacije zdravstvenog proračuna temeljenog na broju kreveta, djelatnika u zdravstvu i ostalih fiksnih indikatora, i okrenule se financiranju na osnovi stvarnih potreba stanovništva (što uključuje i ulaganja u rješavanje geografske deprivacije pojedinih krajeva). Također, zapadne zemlje EU odmiču se sve više i od retrospektivnog plaćanja troškova pružateljima usluga (temeljem obavljenih dijagnostičkih ili terapijskih postupaka) i sve češće temelje visinu isplata pružateljima usluga (npr. bolnicama) na objektivnim pokazateljima kvalitete rada (plaćanje je povezano s ostvarenim zdravstvenim ishodima).

Kako bi se uspostavio sustav raspodjele sredstava prema stvarnim potrebama stanovništva i sustav plaćanja prema ishodima, potreban je prije svega informacijski sustav putem kojeg će se rutinski prikupljati podaci o stvarnim troškovima u zdravstvenom sustavu na nacionalnoj, regionalnoj i subregionalnoj razini te povezivanje e-kartona pacijenata (koji moraju imati jedinstveni broj) sa središnjim sustavom koji će pratiti ishode liječenja (i kliničke ishode i ishode u smislu kvalitete života i procesne indikatore). Ishodi moraju biti točno definirani. U Hrvatskoj takav sustav za sada ne postoji.

Budući da ni jedan proračun nema dovoljno sredstava za zadovoljenje *baš svih* zdravstvenih potreba stanovništva (koje su, moglo bi se reći, neograničene), važno je da se iz javnog proračuna primarno financiraju *troškovno učinkovite* zdravstvene usluge. Time se bavi sljedeće poglavlje.

4.2. Troškovna učinkovitost, medicina temeljena na dokazima, kvaliteta zdravstvenih ishoda i pristup zdravstvenim uslugama

Kvalitetan pristup zdravstvenim uslugama ne znači da sve zdravstvene tehnologije (odnosno sve intervencije, svi lijekovi, oprema, usluge,...) moraju biti dostupne svima u svakom trenutku. Naprotiv, proračun zdravstva je ograničen i budući da se sve dostupne intervencije ne mogu financirati, pravo je pitanje kako odlučiti koju zdravstvenu tehnologiju financirati, a koju ne. Najrazvijeniji zdravstveni sustavi zapadne Europe (Švedska, Velika Britanija, Nizozemska) prihvatili su kriterij troškovne-učinkovitosti kao jedan od kriterija koji se razmatra pri donošenju odluke o tome što iz ograničenog proračuna financirati, a što ne. Prednost pri financiranju daje se tehnologijama dokazane troškovne učinkovitosti. Osigurati da se novac (uglavnom) ulaže u troškovno-učinkovite intervencije omogućava ostvarenje **najvećeg broja zdravstvenih ishoda po novčanoj jedinici uloženoj u zdravstvo.**

Razmatranje **kriterija troškovne-učinkovitosti** pri donošenju odluka o raspodjeli sredstava u zdravstvu nije način kako će se zdravlje pretvoriti u robu ili obezvrijediti, već način kako ćemo od zadane količine novca ostvariti *najviše* zdravstvenih koristi (ishoda) za *najveći* broj pacijenta. Ustvari, budući da je ulaganje u zdravstvo ulaganje u ljudski kapital, samo je po sebi razumljivo da društvo želi ostvariti najviše zdravlja za uloženi novac pa je za očekivati da će društvo biti vrlo zainteresirano pratiti troškovno-učinkovitost investiranja u zdravstvo. Osim što može povećati ukupnu količinu zdravstvenih ishoda u populaciji, uvođenje kriterija troškovne-učinkovitosti u odlučivanje doprinosi transparentnosti i sistematičnosti u donošenju odluka.

Budući da je proračun zdravstva ograničen, neki oblik prioritizacije mora postojati u *svim* zdravstvenim sustavima, pa tako i u Hrvatskoj. Prioriteti u financiranju zdravstvenih usluga mogu biti određeni eksplicitno, dakle da budu jasni i transparentni (poput kriterija troškovne-učinkovitosti), ili implicitni, dakle da budu nevidljivi neupućenom promatraču. Iz prijašnjih odluka ili kliničkih smjernica mogu se iščitati određeni oblici prioritizacije. Navodimo nekoliko primjera. U Hrvatskoj pacijent nakon 55. godine ne može biti kandidat za inovativnu terapiju za multiplu sklerozu dok mlađi pacijenti mogu. Dakle, osnova za prioritizaciju je, u ovom slučaju, dob pacijenta. Postoje i drugi kriteriji. U liječenju hepatitisa C, prioritet u liječenju određuje se prema stadiju fibroze, riziku progresije prema uznapredovaloj bolesti, prisutnosti ekstrahepatalnih manifestacija i komorbiditeta. Međutim, prema preporukama Klinike za infektivne bolesti «dr. Fran Mihaljević», pacijenti s ograničenim životnim vijekom zbog drugog komorbiditeta nisu kandidati za liječenje hepatitisa C. Kriteriji za prioritizaciju u ovom slučaju su težina bolesti i očekivano trajanje života pacijenta³ - ako je prekratko, pacijent nije kandidat za liječenje (ali nije definirano što znači «prekratko» i tko to određuje).

Svaki oblik prioritizacije diskriminira određenu skupinu pacijenata i onemogućuje im pristup zdravstvenoj usluzi, na nekoj osnovi (npr. narkomani i alkoholičari koji ne apstiniraju nisu kandidati za liječenje hepatitisa C određenim lijekovima). Zbog osjetljivosti prioritizacije u zdravstvu (koja je, ipak, nužna s obzirom na ograničena sredstva) bilo bi poželjno kriterije prioritizacije utvrditi na transparentan način,

³ <http://www.hepatos.hr/terapija/terapija-za-hepatitis-c/raspodjele-terapije-za-lijeenje-hepatitisa-c-u-hrvatskoj.html>

uzimajući u obzir troškovnu učinkovitost intervencije kao kriterij (ne samo kliničku učinkovitost, ili samo cijenu)⁴.

U Hrvatskoj je sustav procjene troškovne učinkovitosti nerazvijen⁵. Pravilnik o mjerilima za stavljanje lijekova na osnovnu i dopunsku listu HZZO-a ne nalaže da podnositelj zahtjeva informira HZZO o troškovnoj-učinkovitosti lijeka već je to opcionalno (pri tome Pravilnik ne navodi koju vrstu analize ili metodologiju se smatra prihvatljivom). Pravilnikom HZZO propisuje tek izradu analize utjecaja na proračun (engl. *budget-impact analiza*–BIA) koja se primarno fokusira na troškove te sagledava njihov utjecaj na proračun u apsolutnom smislu, ali ih ne dovodi u direktni omjer s ostvarenim koristima i je ka niti ih uspoređuje s omjerom koristi i troškova ostalih intervencija koje se već financiraju iz proračuna. Poželjno bi bilo BIA analizu izrađivati uz analizu troškovne učinkovitosti. Bez analize troškovne učinkovitosti moguće da jeftini lijek male korisnost bude financiran (ako je dovoljno jeftin), a skupe ali vrlo učinkovite terapije ne mogu dobiti financiranje zato što su skupe (analiza troškovne učinkovitosti mogla bi utvrditi da su skupe a učinkovite intervencije u stvari troškovno učinkovitije od marginalno-učinkovitih, a jeftinih intervencija). Ako se kriterij troškovne-učinkovitosti ne uzima u obzir pri odlučivanju, teško je ostvariti najveći broj zdravstvenih ishoda po jedinici uloženog novca u zdravstvu, što znači da zdravstveni sustav generira suboptimalne ishode na svakoj razini proračunske potrošnje, odnosno propušta pružiti opsežniju i/ili kvalitetniju skrb.

Osim kriterija troškovne učinkovitosti, kliničke učinkovitosti i utjecaja na proračun koji su raspravljani u ovom tekstu, zapadne zemlje EU uzimaju i druge faktore eksplicitno pri odlučivanju o financiranju usluga u zdravstvu. Jedan od kriterija su i kriteriji pravičnosti (*equity considerations*), što bi se odnosilo na kriterije poput dobi pacijenta, težine bolesti i slično. Ostali kriteriji prikazani su tablicom:

Kriterij	Austrija	Belgija	Njemačka	Finska	Francuska	Nizozemska	Norveška	Švedska	Velika Britanija
Klinička korisnost	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Korist za pacijente	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Troškovna učinkovitost	x	x		x		x	x	x	x
Utjecaj na proračun		x		x	x	x	x		x
Inovativni karakter	x				x	x			x
Dostupnost terapijske alternative	x	x				x			x
Društvena pravednost		x			x				x
Javnozdravstveni učinak					x				x
Istraživanje i razvoj				x					x

Izvor: Sorenson et al. (2008)

⁴Analiza troškovne učinkovitosti jest metoda kojom se mogu razumjeti i dovesti u odnos složeni ishodi liječenja. Primjerice, ako pacijent ne dobije jednu (npr. skuplju) terapiju, ne znači da neće dobiti drugu (npr. jeftiniju) terapiju pa je važno uzeti u obzir ne samo cijenu terapije koju se razmatra (skupa terapija) već i sve ostale terapije koje pacijent dobija (uz skupu terapiju, ili umjesto skupe terapije). Terapije imaju i nuspojave koje treba liječiti, troškove hospitalizacija zbog neučinkovitih intervencija i ostale troškove koje treba razumjeti. Sve ove aspekte liječenja na sustavan i smislen način mogu se prikazati i razumjeti sustavnim analizama troškovne-učinkovitosti. Informacijske tehnologije mogu omogućiti *sustavno* praćenje stvarnih troškova i stvarnih ishoda intervencija, dugoročno, a tada je potrebno i rapolagati dovoljnim brojem obrazovanih stručnjaka koji će moći ove podatke interpretirati.

⁵Iako je na razini Europske unije osnovana EUnetHTA, Europska mrežna institucija za procjenu zdravstvenih tehnologija (<http://www.eunetha.eu>), s ciljem povećanja učinkovitosti resursanijenjenih HTA agencijama u zemljama EU-a, stvaranje održivog HTA sustava te disperziranje informacija u zemljama Hrvatskoj izostaje.

Uporaba **kliničkih protokola (postupovnika) temeljenih na dokazima** ima za svrhu, između ostalog, ujednačavati zdravstvenu skrb na određenom geografskom području, poboljšavati kvalitetu zdravstvene skrbi (Grimshaw et al 2004a, Grimshaw et al 2004b), a čak i povećati učinkovitost i smanjiti troškove zdravstvene skrbi (Legido-Quigley et al 2013). Iz tih je razloga razina i način uporabe kliničkih protokola važna u analizi razine pristupa zdravstvenim uslugama. U Hrvatskoj postoji relativno mali broj kliničkih protokola, što može značajno utjecati na razlike u liječničkoj praksi, a samim time i na različit pristup zdravstvenim uslugama i kvalitetu zdravstvene usluge koju pacijent dobije ovisno o mjestu gdje se liječi. Nedavni pregled literature identificirao je 51 klinički protokol razvijen u Hrvatskoj u razdoblju 2004-2014, a njihovu kvalitetu ocijenio relativno niskom (Kovačević et al., 2016). Analiza protokola (Kovačević et al, 2016) pokazala je da se relativno niska kvaliteta 51-og objavljenog protokola u Hrvatskoj odnosi prvenstveno na nisku utemeljenost protokola na dokazima (*evidence-based quality*) pa autori ukazuju na potrebne promjene i poboljšanja u metodologiji izrade protokola, ali i u broju objavljenih i prihvaćenih protokola. Korištenjem protokola povećala bi se jednakost u vrsti i kvaliteti zdravstvene usluge koju pacijenti mogu primiti za isti zdravstveni problem neovisno u kojem gradu ili bolnici se liječe pa su zato vrlo važni za osiguranje jednakosti pristupa zdravstvenim uslugama. Protokoli su i način kako rasteretiti liječnike koji se suočavaju s teškim odlukama. Primjerice, Hrvatski liječnički zbor priznaje da problemi postoje pa se tako (govoreći o karcinomu dojke) navodi da *«zbog straha od povrata bolesti liječnici su izloženi velikom pritisku bolesnika, što utječe na neracionalan broj često vrlo skupih dijagnostičkih postupaka. Povećan broj pretraga, ovisno o nalazu, dodatno generira nove pretrage. Sve to utječe na kvalitetu života bolesnika, povećava rizik od nastanka komplikacija, smanjuje broj radnih sati radno sposobnih preživjelih bolesnika i znatno povećava troškove zdravstvenog sustava (Šeparović et al., 2016).»*

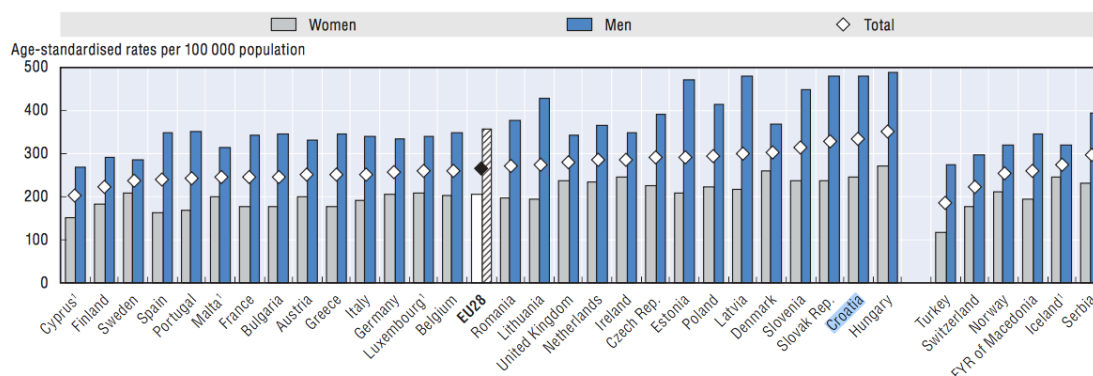
Kao što je ranije spomenuto, mjerenje **ishoda liječenja** u Hrvatskoj nije sustavno riješeno (ishodi su, primjerice, duljina preživljenja, kvaliteta života, broj (re)hospitalizacija, broj dana bez simptoma i slično). Uvidom u e-karton pacijenta moguće je vidjeti postavljenu dijagnozu, koje lijekove je pacijent primio ili kojim zahvatu je bio podvrgnut u posljednje vrijeme, ali ne i analizirati ishode liječenja po pojedinoj kategoriji, bolesti ili terapiji. Prikupljanje informacija o pacijentima i rezultatima liječenja je i fragmentirano i neujednačeno u cijeloj zemlji.

Važno je također naglasiti da ako se sustavno ne prate ishodi liječenja, nije moguće pacijentima dati na uvid podatak o tome koja bolnica ili ustanova ostvaruje bolje ishode u nekoj terapiji ili postupku (npr. u operaciji kuka ili liječenju karcinoma) i tako omogućiti pacijentima da se liječe u ustanovama koje bi im omogućile bolje izgleda za uspjeh liječenja. Ovako se može dogoditi da iako svi pacijenti formalno ostvaruju pravo na zdravstvenu skrb, kvaliteta skrbi može se značajno razlikovati od ustanove do ustanove. Iz perspektive pristupa zdravstvenim uslugama, važno je napraviti distinkciju između nemogućnosti pristupa zdravstvenim uslugama i nemogućnosti pristupa *kvalitetnoj* zdravstvenoj usluzi. Naime, pristup nekvalitetnoj zdravstvenoj usluzi može se smatrati problematičan jednako kao i onemogućen pristup zdravstvenoj usluzi, a pacijenti bi morali biti obaviješteni o možebitnim razlikama.

Podaci o ishodima liječenja karcinoma koje objavljuje Eurostat pokazuje da Hrvatska, uz

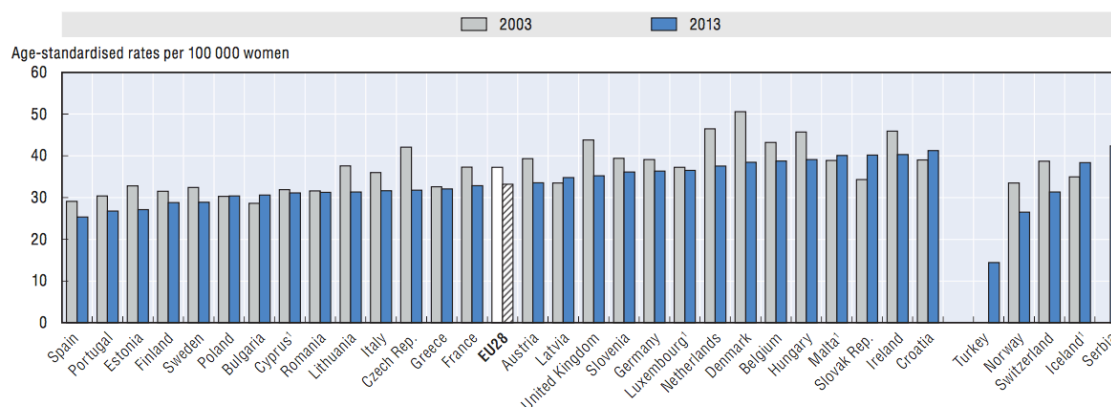
Mađarsku, ima najvišu stopu smrtnosti od karcinoma u Europi (Graf 21). Pojedinačno, Hrvatska ima najvišu stopu smrtnosti od karcinoma dojke u Europi, s tim da se smrtnost povećala u 2013. godini u odnosu na 2003. godinu (Graf 22). Hrvatska, uz Mađarsku i Slovačku, ima najvišu stopu smrtnosti od karcinoma prostate u Europi, s tim da se i tu smrtnost povećala u 2013. godini u odnosu na 2003. godinu (Graf 23). To su ujedno i jedino od najčešćih karcinoma, za koje postoji prevencija (dakle nisu rijetki karcinomi za koje ne postoje relativno učinkoviti načini liječenja ili dijagnoze).

Graf 21: Smrtnost od karcinoma ukupno (dob-standardizirana stopa smrtnosti na 100,000 osoba), prosjek za tri godine 2011-2013



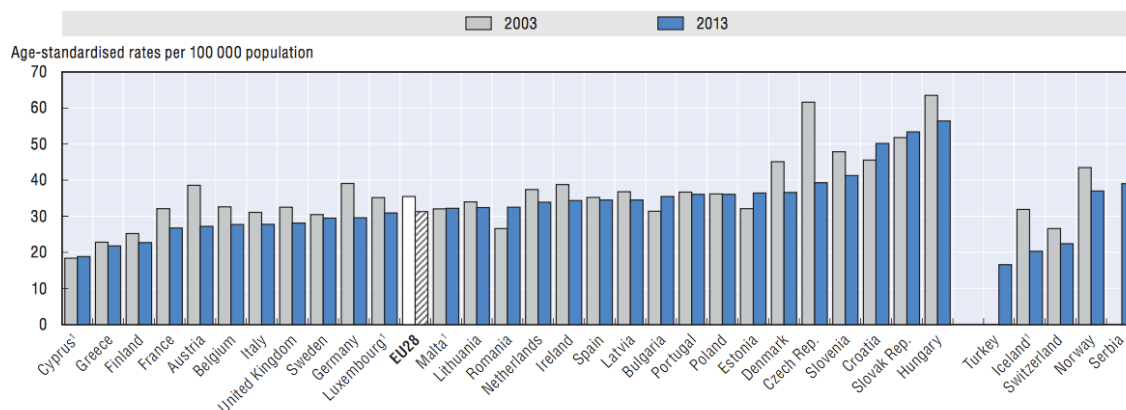
Izvor: OECD/EU (2016), Health at a Glance. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Graf 22: Smrtnost od karcinoma dojke (dob-standardizirana stopa smrtnosti na 100,000 žena) u 2003. i 2013. godini



Izvor: OECD/EU (2016), Health at a Glance. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Graf 23: Smrtnost od karcinoma prostate (dob-standardizirana stopa smrtnosti na 100,000 muškaraca) u 2003. i 2013. godini



Izvor: OECD/EU (2016), Health at a Glance. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

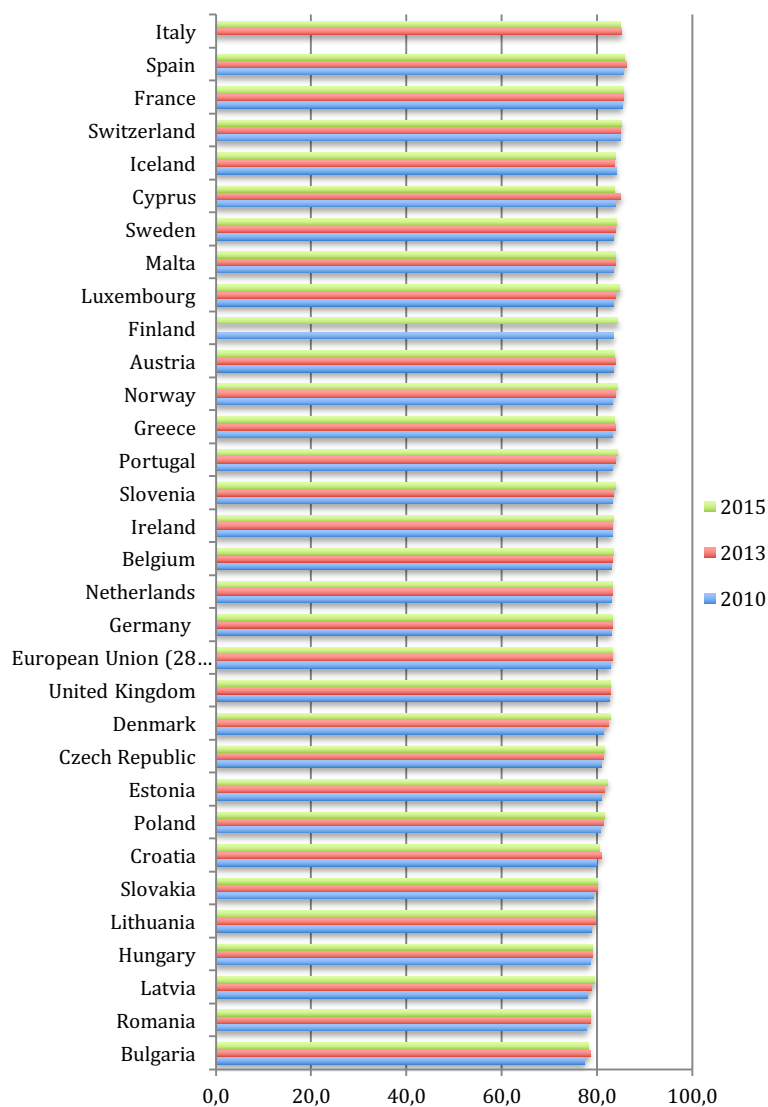
S obzirom na visoku razinu smrtnosti, relativno mali odaziv na programe ranog otkrivanja karcinoma koje HZZO financira s preko 30 milijunakuna godišnje, te s obzirom na vrlo visoka izdvajanja za liječenje raka dojke (tema koju se obrađuje u nastavku), u pitanje se dovodi način upravljanja ovim velikim, skupim i vrlo smrtonosnim zdravstvenim problemima. U Hrvatskoj nije identificirana razvijena onkološka mreža za liječenje karcinoma, klinički registri i registri ishoda iz kojih bi bilo vidljivo u kojem stadiju bolesti pacijenti započinju terapiju i koji su točni ishodi liječenja (uz praćenje preživljenja pacijenata), kao ni akreditacija ustanova u kojima se trebaju liječiti onkološki pacijenti. U tome vjerojatno i leži dio uzroka visoke smrtnosti od karcinoma u Hrvatskoj jer se kirurški zahvati nerijetko izvode u bolnicama koje imaju relativno malo pacijenata (pa posljedično i malo iskustva) te male proračune za lijekove, doprinoseći tako i visokoj smrtnosti od karcinoma i nejednakosti u pristupu kvalitetnoj skrbi na području cijele Hrvatske.

Na razini populacije, jedan od osnovnih zdravstvenih indikatora je očekivano trajanje života, koje je u Hrvatskoj jedno od najnižih u EU-28. Prosječno trajanje života smanjeno je u 2015. godini u odnosu na 2013. godinu (Graf 24 prikazuje očekivano trajanje života za žene). Očekivana životna dob najdulja je u mediteranskim zemljama EU-28, neovisno o količini novca uloženog u zdravstvo (npr. na Cipru koji ulaže relativno mali udio BDP-a u zdravstvo).

Eurostat prikuplja i podatke o samoocijenjenom zdravstvenom stanju (Graf 25). U Hrvatskoj je najveći udio (%) onih koji svoje zdravlje ocjenjuju lošim u odnosu na druge zemlje EU-28. Naime, 15% stanovnika u Hrvatskoj ocjenjuje svoje zdravlje lošim, u odnosu na 7,7% koliki je prosjek EU-28, i u odnosu na tek 3% u Irskoj. Visoki postotak osoba koje svoje zdravlje opisuju lošim u Hrvatskoj nije uzrokovan posebno visokim stopama kroničnih bolesti u populaciji, kao što bi se moglo očekivati. Graf 26 prikazuje da je udio (%) stanovnika s kroničnom bolesti u Hrvatskoj upravo na razini prosjeka EU i

kreće se oko 33 %, što je slično mnogim zemljama koje imaju značajno niži udio osoba koje svoje zdravlje ocjenjuju lošim. Visoki udio samoocijenjenog lošeg zdravlja korelira s relativno kratkom očekivanom duljinom trajanja života i relativno niskim per capita dohotkom te niskim izdvajanjem za zdravstvo⁶.

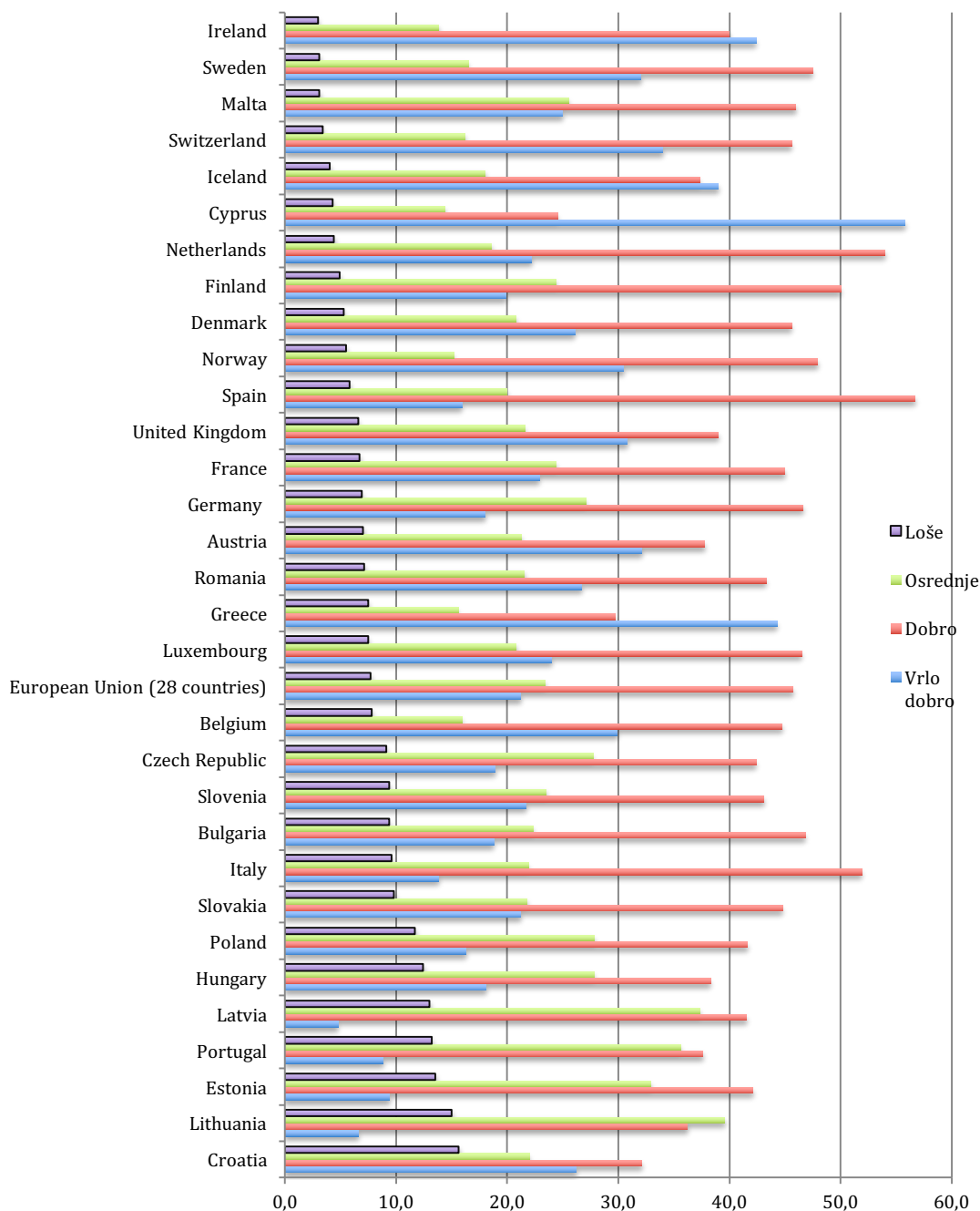
Graf 24: Očekivano trajanje života u EU-28, žene (2010, 2013 i 2015. godina)



Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

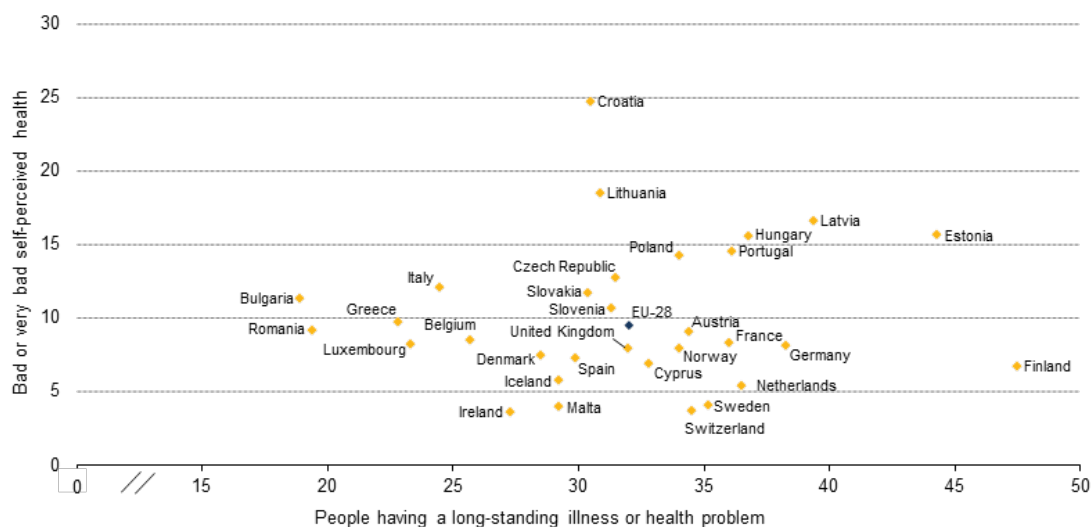
⁶Najveći broj onih koji svoje zdravlje ocjenjuju lošim su siromašniji građani Hrvatske, svih dobnih skupina. Njih četvrtina (26%) ocjenjuje svoje zdravlje lošim (što je najviše udio u EU-28), dok četiri puta manje najbogatijih građana (6,5%) ocjenjuje svoje zdravlje lošim. Ovdje treba naglasiti da sva istraživanja pokazuju da su uzroci razlike u zdravstvenom statusu između bogatih i siromašnih prije svega uzrokovani različitim odnosom prema zdravlju i različitim raznom ulaganja u vlastito zdravlje bogatih i siromašnih (povezano s stupnjem obrazovanja, a onda i vrstom posla i dohotkom) i samo su jednim dijelom determinirani aktivnostima i kvalitetom zdravstvenog sustava.

Graf 25: Samoprocijenjeno zdravstveno stanje (kategorije: vrlo dobro, dobro, osrednje, loše) u EU-28 (2015), poredano po udjelu (%) građana s lošim zdravljem



Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Graf 26: Odnos udjela (%) stanovnika s kroničnom bolesti i udjela (%) stanovnika s lošim zdravljem



Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Zaključak:

1. Ukupna izdvajanja za zdravstvo po glavi stanovnika (ukupno svi izvori financiranja) u Hrvatskoj su jedna od najnižih u Europi
2. Ohrabrujuće je da je razina direktnih plaćanja za zdravstvo kao udio (%) u ukupnim izdacima kućanstva jedna od najnižih u Europi, iako to također govori u prilog malom ulaganju u zdravstvo. Ovaj odnos između udjela izvora financiranja bilo bi dobro zadržati, a povećati samo javna izdvajanja za zdravstvo
3. Povećanje izdvajanja za zdravstvo kroz jačanje privatnih osiguranja otežat će pristup najugroženijim skupinama stanovništva, koje već i sada imaju otežan pristup (i lošije ishode) u odnosu na bogatije građane
4. Mala ulaganja u zdravstvo dovode i do loših ishoda poput relativno kratkog očekivanog trajanja života i visoke smrtnosti od karcinoma
5. Ishodi liječenja se sustavno ne prate, pa ni u domeni karcinoma
6. Bez razvijenog informacijskog sustava, teško je analizirati troškovnu-učinkovitost intervencije i unaprijediti sustav odlučivanja u zdravstvu

PREPORUKE za osiguranje financijske pristupačnosti i nesmetanog pristupa zdravstvu za sve skupine u društvu:

- osigurati da je velika većina troškova u zdravstvu pokrivena javnim izdvajanjem
- osigurati da je potreba za direktnim plaćanjima i participacijom u zdravstvu što niža
- povećati učinkovitost zdravstvenog sustava tako da se analizira sastav osnovne košarice usluga, identificira i de-investira troškovno-neučinkovite intervencije te prioritizira ulaganja u troškovno-učinkovite intervencije
- osigurati da pružatelji zdravstvenih usluga (liječnici, bolnice,...) nemaju motiva tretirati različite ljude različito (odnosno, npr., da se ne daje prednost privatno osiguranim korisnicima, da se ne usluge ne mogu ostvariti «preko veze»)
- prije uvođenja dodatnih plaćanja (participacije, dopunskog osiguranja i slično) razmisliti (1) da li su troškovi prikupljanja novca prihvatljivi (odnosno da li su administrativni troškovi dovoljno mali), posebno kad se uzmu u obzir razna oslobađanja i iznimke, (2) da li se tim nametima otežava pristup troškovno-učinkovitim intervencijama, (3) da li se tim troškovima ugrožava sam zdravstveni ishod ili odgađa skrb za pacijenta?
- ulagati u informacijski sustav koji će omogućiti korištenje e-kartona i mobilnih tehnologija u zdravstvu kako bi prikupljalo i analiziralo kliničke ishode intervencija i ishode u smislu iskustva pacijenata (npr. kvalitetu života prije i poslije operacija), i to dugoročno, jer bez takvih podataka nema ni zaključaka o stvarnoj kliničkoj učinkovitosti i troškovnoj učinkovitosti, a samim time ni mogućnosti optimizacije ulaganja u zdravstvo temeljenog na troškovnoj učinkovitosti
- identificirati i objavljivati razlike u kliničkoj praksi i ishodima liječenja u različitim bolnicama ili regijama kako bi se pomoglo pacijentima odlučiti gdje se i kako liječiti, ali i kako bi se pomoglo donositi ponekad i teške reformske odluke (primjerice, o ukidanju pojedinih odjela)
- iskoristiti sredstva dostupna Hrvatskoj u fondovima EU kako bise povećala ulaganja u zdravstvo te kako bi se gradio hrvatski HTA sustav, prilagođen potrebama i mogućnostimahrvatskog zdravstvenog sustava
- financirati i osigurati pristup uslugama (1) koje odgovaraju na stvarne potrebe stanovništva, uključujući financiranje lijekova za rijetke bolesti, (2) koje dokazano djeluju i koje su najučinkovitije za svakog pojedinog pacijenta te (3) čije koristi nadmašuju troškove (a u situaciji gdje postoje alternativne intervencije za isti zdravstveni problem, financirati relativno troškovno-učinkovitije intervencije). Financirati usluge koje se neučinkovite, ne odgovaraju potrebama pacijenata i nepotrebno su skupe znači da pacijenti neće dobiti skrb kakvu trebaju, neće ozdraviti koliko bi mogli, a javnog novca za financiranje troškovno-učinkovitih intervencija bit će (još) manje.

5. Perspektiva pacijenta

5.1. Pristup zdravstvenim uslugama u smislu jednostavnosti i razumijevanja zdravstvenog sustava za pacijente

Informacije o zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj nisu dostupne građanima na cjelovit i jednostavan način. U Hrvatskoj, za razliku od mnogih europskih zemalja, ne postoji telefonski centar ili interaktivna službena internet stranica dostupna 24 sata i na području cijele zemlje, putem kojeg građani mogu besplatno dobiti informacije o zdravstvenim uslugama ili objašnjenja vezana uz funkcioniranje zdravstvenog sustava (primjerice, kako dogovoriti pregled kod specijaliste, kako prebaciti karton kod drugog liječnika, provjera određenih prava pacijenata i slično). U istraživanju provedenom na razini EU (Bjornberg, 2015), pokazalo se da 19 zemalja EU-28 pruža građanima ovakvu uslugu, dok se ona ne pruža između ostalog u Mađarskoj, Češkoj, Grčkoj, Irskoj, Rumunjskoj, u Bugarskoj, na Cipru i u Hrvatskoj.

Zdravstvena pismenost odnosi se na znanje, motivaciju i kompetencije potrebne da bi se pristupilo, razumjelo, vrednovalo i primijenilo informacije vezane u zdravlje kako bi se donijele prosudbe i odluke o zdravstvenoj skrbi, prevenciji i promociji zdravlja i tako očuvalo i unaprijedilo vlastitu kvalitetu života i kvalitetu života osoba oko nas (Sorensen et al., 2012). Zdravstvena pismenost može se definirati kao osobne, kognitivne i socijalne vještine koje određuju sposobnost pojedinca da dobije pristup, razumije i koristi (medicinske) informacije za promicanje i održavanje dobrog zdravlja (Nutbeam, 2000). Niska zdravstvena pismenost je povezana s greškama u uzimanju lijekova, lošom adherencijom, rjeđem korištenju preventivnih zdravstvenih usluga poput cijepljenja i probira, većim postotkom hospitalizacija, gorim zdravstvenim ishodima, većim rizikom od smrti (Omachi et al., 2013). Dakle, povezana je s problemima u pravodobnom i adekvatnom pristupu zdravstvenim uslugama.

Istraživanje zdravstvene pismenosti u Republici Hrvatskoj, provedeno na području Primorsko-goranske županije na 520 ispitanika (nereprezentativan uzorak, Dukić et al., 2013), pokazalo je da je 14% ispitanika nedostatkne zdravstvene pismenosti te je ukazalo na povezanost više razine obrazovanja i dohotka te mlađe dobi s višom razinom zdravstvene pismenosti. Također, istraživanje je pokazalo kako razine zdravstvene pismenosti (adekvatna i neadekvatna) mogu objasniti razlike između ispitanika u razumijevanju uputa o korištenju lijekova (oni s adekvatnom razinom pismenosti mogli su razumjeti uputu o korištenju, dok ostali nisu). Ovaj zaključak je od velike važnosti u smislu ušteda u zdravstvenoj potrošnji jer nepropisno korištenje lijekova može dovesti do smanjenja efektivnosti zdravstvenih usluga, što posljedično implicira povećanje troškova javne zdravstvene zaštite (Dukić, 2014). Također, razina zdravstvene pismenosti u negativnoj je korelaciji sa sposobnošću pacijenata za donošenje autonomnih i informiranih odluka vezanih uz vlastito zdravlje (čak i kad je temeljena na suradnji s liječnikom) te tako nedovoljna zdravstvena pismenost postaje važan uzrok neefikasnosti zdravstvenog sustava (Nutbeam, 2000).

Osim zdravstvene pismenosti i komunikacijskih vještina (dakle, razumijevanja zdravstvenog sustava i potreba), pojedinci sa određenim zdravstvenim potrebama ponekad ne traže zdravstvene usluge i zbog raznih **psihosocijalnih razloga** poput miopičnosti, ali i nedostatka potpore obitelji i financijskih resursa koji nisu vezani uz plaćanje usluge već uz indirektno troškove liječenja poput bolovanja ili nemogućnosti brige za djecu uslijed bolesti. Ovaj problem može se ilustrirati problemom niskog odaziva na javnozdravstvene programe ranog otkrivanja karcinoma koji se od strane Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, Ministarstva zdravstva i ostalih ustanova provode u Hrvatskoj još od 2006. godine. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, odaziv na Program ranog otkrivanja raka dojke, odnosno na mamografiju, je oko 60% na razini Hrvatske, a potreban je odaziv od bar 70% kako bi se ostvarili ciljevi programa (smanjenje mortaliteta od raka, povećanje kvalitete života pacijentica, otkrivanje raka u početnoj fazi). Treba imati na umu da je smrtnost od raka dojke u Hrvatskoj najviša u EU, kako smo ranije pokazali, i predstavlja prvorazredni (javno)zdravstveni problem. Program ranog otkrivanja raka debelog crijeva bilježi odaziv manji od 20%, a potreban je odaziv od barem 45% kako bi se ispunili ciljevi programa. Program ranog otkrivanja vrata maternice umjesto potrebnih 85% bilježe i odaziv manji od 15%. Kvalitativna istraživanja provedena u Belgiji (Driessens et al., 2015) s ciljem razumijevanja uzroka niskog odaziva na mamografiju pokazuju da edukacija žena *ne povećava odaziv* već da postoje niz prepreka većem odazivu (tj. pristupu dostupnoj javnozdravstvenoj usluzi) koje nadilaze problem nedovoljne informiranosti ili obrazovanja, ali nadilaze i zdravstveni sustav kao takav (naglašavajući pritom važnost multidimenzionalnog shvaćanja problema pristupa zdravstvenim uslugama koji je spomenut ranije). Riječ je o preprekama poput straha od ishoda mamografije, teškoća u ostalim aspektima života koje dovode do nedostatne energije za brigu o vlastitom zdravlju te nedostatak podrške obitelji. Istraživanja su pokazala da su intervencije namijenjene uklanjanju isključivo *stvarnih* prepreka zaista i pomogle povećati odaziv žena na mamografiju (umjesto edukacijskih kampanja, primjerice putem televizije; Willems 2005).

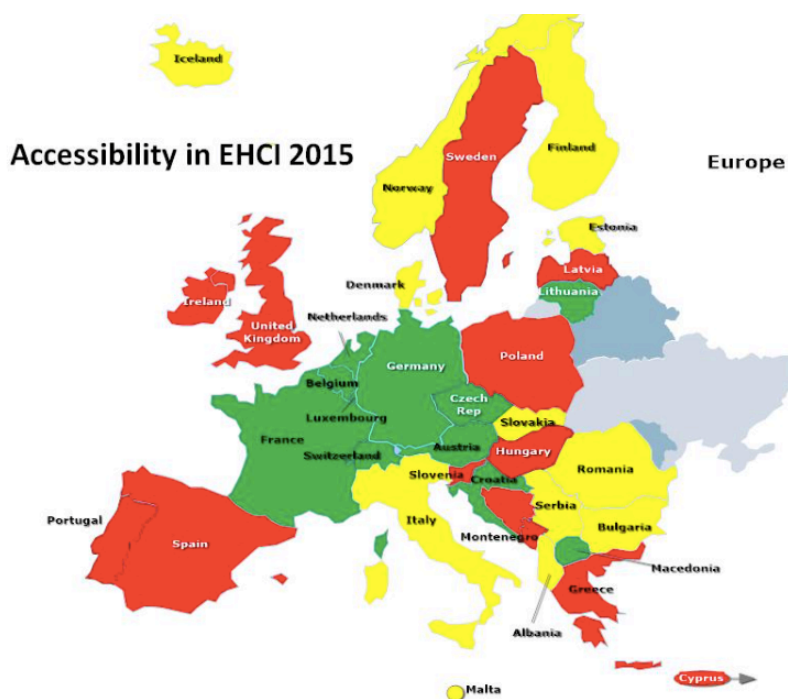
Razina demokratičnosti zdravstvenog sustava mjerena brojem dokumenata koji izričito pozivaju ili propisuju sudjelovanje građana u odlučivanju je niska (primjerice, nije pronađen ni jedan dokument koji bi izričito pozivao ili propisivao sudjelovanje građana u procesima odlučivanja u zdravstvu). Zakon o zaštiti prava pacijenata, donesen 2004. godine, pacijentima ne pruža okvir za sudjelovanje u odlučivanju i sukreiranju zdravstvenog sustava, i ne nameće poznavanje osnovnih obveza, odnosno dužnosti, kako prema vlastitom zdravlju ni prema zdravstvenom sustavu.

5.2. Dostupnost usluga u smislu lista čekanja i pristup zdravstvenim uslugama

Kada zdravstvena usluga nije odmah dostupna pacijentima, stvara se lista čekanja. Lista čekanja nije nužno loša sama po sebi (neki pacijenti primjerice tijekom čekanja shvate da ne žele zahvat za kojeg čekaju), ali u drugim slučajevima čekanje može izazvati stres, bol i pogoršanje zdravstvenog stanja, posebno u kroničnih bolesnika, a pacijenti mogu i umrijeti čekajući. Neki pacijenti odluče potražiti skrb u privatnom sektoru, umjesto čekanja, a to ih može mnogo koštati pa posljedice čekanja mogu biti i financijske.

Podaci o duljinama lista čekanja su poprilično šturi na razini EU. Oni podaci koji postoje, pokazuju da postoje velike razlike u duljini lista čekanja među zemljama EU (Graf 27). Prema dostupnim podacima (EHCI, 2015), u Hrvatskoj se liste čekanja čine relativno manjim problemom nego u drugim, čak i najbogatijim članicama EU, što se i ranije moglo vidjeti iz podataka o uzrocima nezadovoljene zdravstvene potrebe.

Graf 27: Karta Europe prema prosječnoj duljini lista čekanja za sve zdravstvene usluge (crveno predstavlja najdulje liste čekanje, zeleno najkraće liste čekanja)



Izvor: ECHI, 2016. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

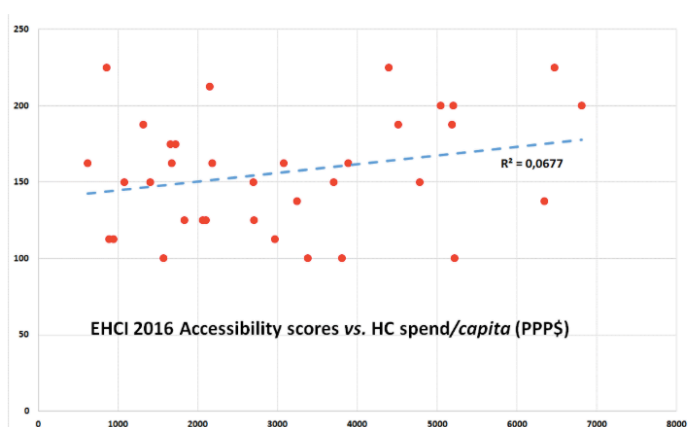
S druge strane, prema podacima HZZO-a, primjerice za operaciju endoproteze kuka u Hrvatskoj u 2017. godini čekalo se u prosjeku 184 dana (od 84 do 290, ovisno o kategoriji bolnice) (HZZO, 2017). Za istu operaciju, u Nizozemskoj se u 2015. godini čekalo u prosjeku manje od 50 dana, u Velikoj Britaniji 150 dana, a u Estoniji 300 dana (OECD Health at a glance, 2016). Ovi podaci ne odgovaraju podacima prikazanim na Grafom 27. Također, postoje dokazi koji govore kako su i liste HZZO-a nedovoljno dobro ažurirane, a često ni sami pružatelji usluga ne znaju koliko je stvarno duga lista čekanja. Stoga, podatke o duljini lista čekanja u Hrvatskoj (iz bilo kojeg izvora) treba uzeti s rezervom. A to znači i da rasprava na temu utjecaja duljine lista čekanja na pristup zdravstvenim uslugama nema pravo uporište u podacima pa neće biti obrađena u ovom istraživanju.

Ipak, važno je naglasiti da liste čekanja stvaraju dodatni *trošak* zdravstvenom sustavu, umjesto uštede (kao što se ponekad u medijima čuje). To je zato što je zdravstvo «procesna» industrija, a svaki proces je učinkovitiji i jeftiniji kada je kontinuiran, a ne isprekidan. Osim što su indikator isprekidanog procesa rada, liste čekanja same po sebi

koštaju jer ih je potrebno administrirati, a pogoršanje zdravstvenog stanja pacijenta zbog liste čekanja je često skuplje nego ulaganje u smanjenje lista čekanja nabavkom opreme ili zapošljavanjem dodatnog kadra, odnosno duljim radnim vremenom ili većim brojem obrađenih pacijenata. Liste čekanja rezultat su kompleksne interakcije između ponude i potražnje za zdravstvenim uslugama gdje upravo liječnici igraju ključnu ulogu u stvaranju lista čekanja, i na strani ponude (broj liječnika, broj obrađenih pacijenata, itd.) i na strani potražnje (broj uputnica koje se propisuju definiraju raznu potražnje za uslugama).

Da liste čekanja nisu rezultat nedovoljnog financiranja zdravstvenog sustava pokazuje Graf 30. Naime, istraživanja pokazuju da visina ukupnog ili per capita izdvajanja za zdravstvo *nema veze* s prosječnim duljinama liste čekanja, kao što se može vidjeti na Grafu 27 i Grafu 28 (gdje korelacijski koeficijent od 0.067 znači da nema korelacije između duljine lista čekanja i visine zdravstvene potrošnje po glavi stanovnika u EU-28). Dokaz u prilog ovoj tezi su duge liste čekanja koje se bilježe u Švedskoj. Dakle, u slučaju Hrvatske, ako duljina liste čekanja ugrožava pristup zdravstvenim uslugama, odgovor na ovaj problem treba primarno tražiti u boljoj organizaciji i planiranju rada te opremljenosti ustanova.

Graf 28: Korelacija između duljine čekanja i visine zdravstvene potrošnje po glavi stanovnika u EU-28 (u PPP), 2016



Izvor: ECHI, 2016

Zaključak:

1. Zdravstveni sustav nema jednostavno korisničko sučelje koje bi pružilo građanima relevantne informacije o zdravstvenom sustavu
2. Zdravstvena pismenost je niska u jednom dijelu populacije
3. Odaziv na javnozdravstvene programe ranog otkrivanja karcinoma je nizak, a stvarni uzroci niskog odaziva moraju se istražiti i onda sustavno adresirati
4. Demokratičnost zdravstvenog sustava može se smatrati niskom
5. Liste čekanja nisu povezane s visinom ulaganja u zdravstvo već su primarno rezultat organizacije rada i djelovanja liječnika, a duljina liste čekanja predstavlja dodatni trošak zdravstvenom sustavu

PREPORUKE za poboljšanje pristupa zdravstvu kroz poboljšanje iskustva pacijenta:

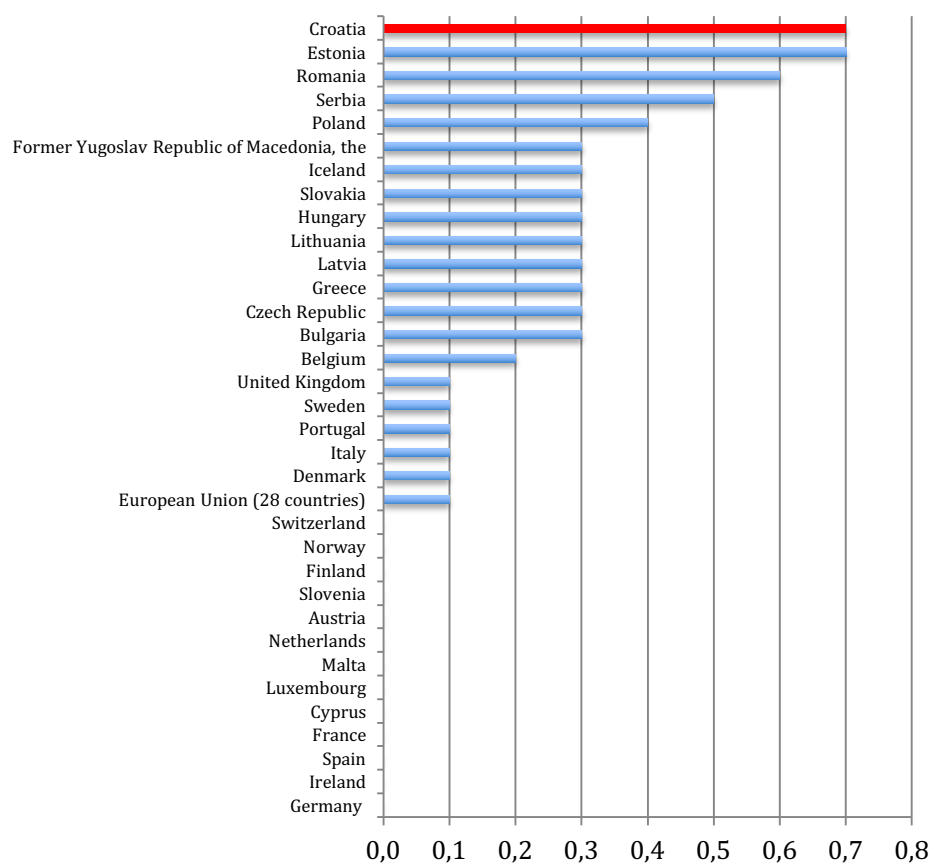
- uključiti građane i pacijente u odlučivanje u zdravstvu te tako demokratizirati zdravstveni sustav. Građani moraju biti suodgovorni za zdravstveni sustav i aktivni dionici u održanju zdravlja te u liječenju
- olakšati pristup zdravstvenom sustavu osobama s invaliditetom, uključivo i gluhe te slijepe osobe i osobe s mentalnim oštećenjima
- zdravstvene ustanove moraju uzeti u obzir komunikacijske probleme osoba s niskom razinom zdravstvene pismenosti
- povećati zdravstvenu pismenost, što je prepoznato kao ključna dimenzija poboljšanja zdravlja u populaciji (WHO 2020 policy framework)
- zdravstvene ustanove mogu osigurati promjene u radnom vremenu koje će se bolje uskladiti s radnim vremenom pacijenata (primjerice, rad popodne) i tako smanjiti liste čekanja
- zdravstvene ustanove mogu poboljšati pristup uslugama u geografski izoliranim područjima koristeći alate telemedicine. Međutim, brojne sistematične analize pokazuju da stvarni dokazi o troškovnoj učinkovitosti telemedicine još uvijek nedostaju stoga je potreban oprez pri razvoju i implementaciji rješenja iz domene telemedicine (Nordheim et al 2014, Hasselberg et al 2014, Mistry et al 2014). Telemedicina treba rješavati stvarne probleme pacijenata, koji stoga moraju biti direktno uključeni u njezin razvoj (npr. otočani trebaju biti uključeni u razvoj telemedicinskih rješenja namijenjenih upravo njima)
- istražiti i adresirati stvarne uzroke neodaziva na javnozdravstvene preventivne preglede
- unaprijediti komunikacijske vještine djelatnika unutar zdravstvenog sustava i tako poboljšati iskustvo pacijenta u zdravstvenom sustavu. Trenutno komunikacijske vještine nisu dio obrazovanja medicinskih djelatnika iako je komunikacija prema pacijentu jedna od glavnih zadaća medicinskog osoblja. Loša komunikacija (nedostatak objašnjenja, ne uključivanje pacijenta u proces odlučivanja o vlastitom liječenju, neinformiranje pacijenta i obitelji,...) može imati pogubne posljedice pod zdravlje i kvalitetu života pacijenta te dovesti do sudskih tužbi
- provoditi redovno ispitivanje među korisnicima zdravstvenog sustava o njihovom iskustvu, po uzoru na slične upitnike iz Velike Britanije i Švedske, kao način kontrole i podlogu za unapređenje sustava
- u raspravama o reformi zdravstva ne smije se zanemariti mjesto i uloga građana kao korisnika zdravstvenog sustava, a samim time kao potencijalnog partnera zdravstvenim djelatnicima, odnosno kao aktivnog sudionika u zdravstvenom sustavu i aktivnog sudionika u vlastitom liječenju (i održanju vlastitog zdravlja). Bez sagledavanja uloge pacijenata i građana unutar zdravstvenog sustava, nemoguće je stvoriti okvir za *cjelovite* promjene u sustavu

6. Omogućenost zdravstvenih usluga

6.1. Geografska udaljenost od zdravstvenih ustanova

U 2015., građani u Hrvatskoj prijavili su najveći broj nezadovoljenih zdravstvenih potreba uzrokovanih prevelikom udaljenosti zdravstvenih ustanova (ordinacija, bolnica) u odnosu na sve ostale zemlje EU-28, čak i u odnosu na zemlje u susjedstvu koje još nisu članice EU (Graf 29). Udio stanovništva s nezadovoljenom zdravstvenom potrebom uzrokovanom prevelikom udaljenosti zdravstvene ustanove u Hrvatskoj je sedam puta viši od prosjeka EU-28. Problemom geografske udaljenosti zdravstvene ustanove pogođeni su najviše stanovnici ruralnih krajeva.

Graf 29: Udio (%) stanovništva s nezadovoljenom zdravstvenom potrebom u Hrvatskoj i EU-28 uzrokovana prevelikom udaljenosti zdravstvene ustanove (2015. godina)



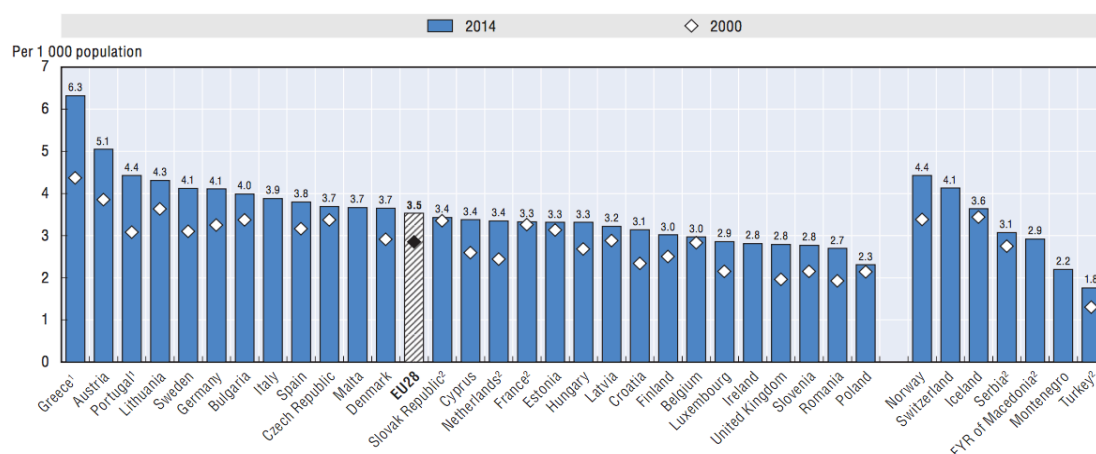
Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

6.2. Raspoloživost medicinskog osoblja

U Hrvatskoj se često raspravlja o problemu nedostatnog broja liječnika i medicinskih sestara, a isti problem javlja se diljem EU. Potražnja za zdravstvenim uslugama se povećava (i nastavit će se povećavati) jer stanovništvo stari, broj dostupnih zdravstvenih tehnologija sve je veći, dok incidencija i prevalencija karcinoma i kroničnih bolesti rastu. Zdravstveni radnici imaju relativno teške uvjete rada, a u današnje vrijeme je lako pronaći bolje uvjete rada u zapadnim zemljama EU pa iseljavanje medicinskih djelatnika iz Hrvatske nije neočekivano. Manji broj medicinskih radnika u Hrvatskoj može značiti da će ubuduće biti sve teže zadovoljiti zdravstvene potrebe stanovništva u Hrvatskoj (posebno u geografski izoliranim krajevima koji ne nude mnogo u smislu kvalitete života ne samo liječnicima već i njihovim obiteljima). Međutim, do koje je mjere problem nejednakog pristupa zdravstvenim uslugama uvjetovan brojem i stupnjem obrazovanja zdravstvenih djelatnika nije sasvim jasno.

Graf 30 prikazuje broj liječnika s licencom, u radu, na 1000 stanovnika u Europi, u 2000 i 2014. godini (dakle, ne prikazuje se apsolutan broj liječnika u nekoj državi već broj liječnika na 1000 stanovnika, čineći podatke usporedivima). Graf 30 pokazuje da je **broj liječnika u Hrvatskoj** na 1000 stanovnika niži od prosjeka EU-28. Također prikazuje i da je broj liječnika u Hrvatskoj narastao od 2000. do 2014. godine, s 2.1 na 3.1, dakle za oko 30%. Broj liječnika na 1000 stanovnika najviši u Grčkoj (vjerojatno uvjetovano i inače izdašnim zapošljavanjem u javnim službama), a indikativno je da Grčka nema ni približno najbolje ishode liječenja u EU. Također, važno je naglasiti da je broj liječnika na 1000 stanovnika u Hrvatskoj veći nego primjerice u Velikoj Britaniji, Belgiji, Finskoj ili Sloveniji. Stoga, razina pristupa zdravstvenoj skrbi i kvaliteta zdravstvene skrbi ne mora nužno biti u snažnoj korelaciji s brojem liječnika na 1000 stanovnika.

Graf 30: Broj liječnika s licencom, u radu, na 1000 stanovnika u Europi (2000 i 2014)

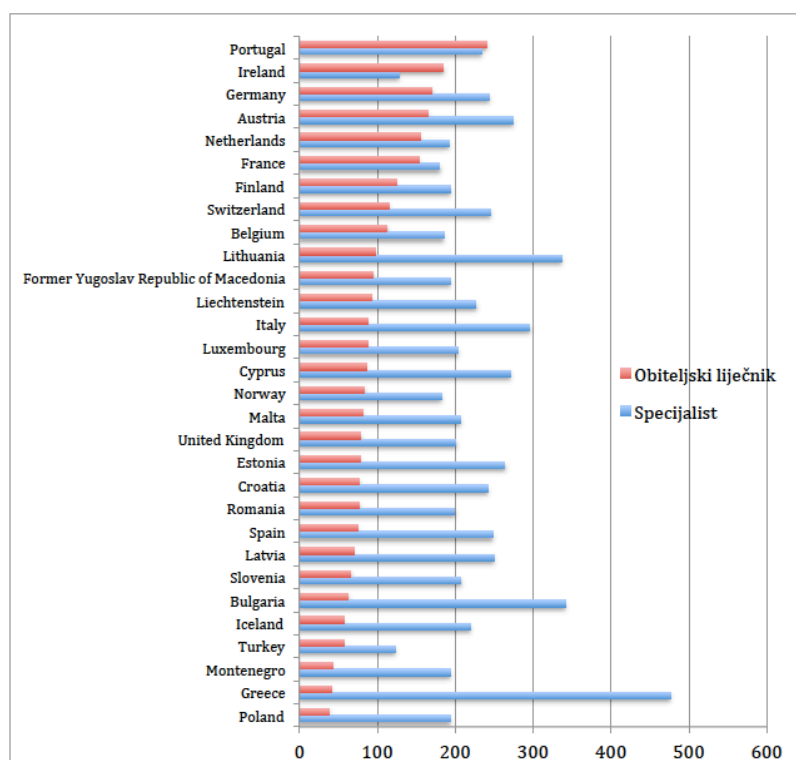


Izvor: OECD, Health at a glance (2016). Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Iako ima manji broj liječnika na 1000 stanovnika u odnosu na prosjek EU-28 (ubrajaju se liječnici specijalisti, opće medicine i obiteljske medicine), Hrvatska ima relativno visok udio liječnika specijalista na 100,000 stanovnika, i to 242. Nizozemska, zemlja s vrlo uređenim i izdašnim zdravstvenim sustavom ima 190 liječnika specijalista na 100,000 stanovnika. I Velika Britanija koja se diči izvrsnim zdravstvenim ishodima i pokazateljima učinkovitosti broji manje liječnika specijalista na 100,000 stanovnika u odnosu na Hrvatsku (201).

U pravilu sve zemlje imaju više liječnika specijalista nego liječnika obiteljske medicine na 100,000 stanovnika, baš kao i Hrvatska (Graf 31). Graf 31 pokazuje i da zemlje koje imaju veći broj liječnika obiteljske medicine, često imaju i manji broj liječnika specijalista, i obratno. Ipak, razlika između broja liječnika specijalista i liječnika obiteljske medicine u Hrvatskoj je dosta visoka, za razliku od većine najrazvijenijih zemalja EU gdje je broj specijalista u odnosu na broj obiteljskih liječnika ipak manji. Primjerice u Švicarskoj je broj specijalista na 100,000 stanovnika jednak kao u Hrvatskoj, uz gotovo dvostruko veći broj liječnika obiteljske medicine. Veći broj liječnika obiteljske medicine i relativno manji broj liječnika specijalista je posebno prisutan u sustavima gdje se većina medicinskih potreba rješava na razini primarne zdravstvene zaštite, poput Nizozemske, što je troškovno-najučinkovitiji način pružanja zdravstvene skrbi pa je i potreban manji broj specijalista.

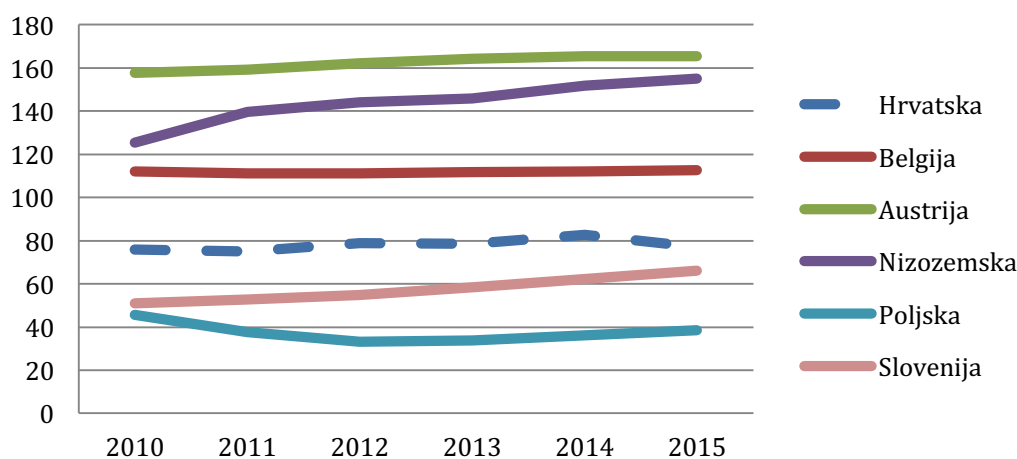
Graf 31: Broj liječnika specijalista i obiteljskih liječnika na 100,000 stanovnika (2015)



Izvor: Eurostat. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Posljedica manjeg broja liječnika obiteljske medicine može značajno utjecati na pristup zdravstvenim uslugama, stvarajući duge redove u čekaonicama, što može mnogim građanima predstavljati prepreku pristupu zdravstvenim uslugama, odnosno odlasku liječniku i rješavanju zdravstvenih problema, što dugoročno može pogoršati zdravstvene ishode i povećati troškove zbrinjavanja na sekundarnoj razini. Mali broj liječnika obiteljske medicine znači i da je u geografski izoliranim krajevima liječnika teško pronaći. Budući da se liječniku specijalistu u Hrvatskoj dolazi uglavnom preko uputnice, odnosno preporukom liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, manji broj liječnika (primarno) obiteljske medicine može značiti i da će građani teže dolaziti do specijalista, a da će to stvarati veći pritisak na prijeme hitne medicine kao ulazne točke za specijalističku skrb. Međutim, kao što prikazuje Graf 32, relativno mali broj liječnika obiteljske medicine na 100,000 stanovnika nije problema koji se pojavio nedavno već on kontinuirano postoji dulji niz godina.

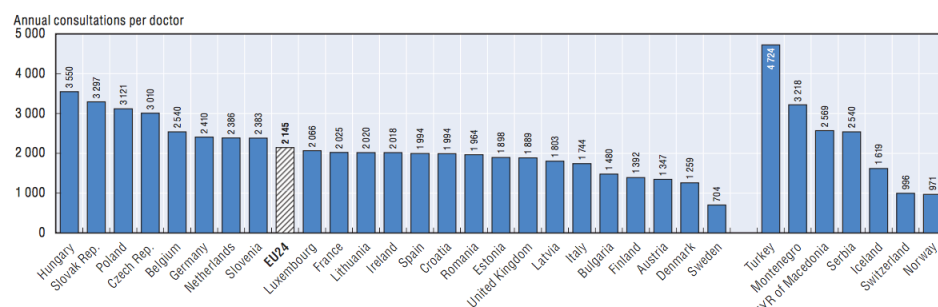
Graf 32: Broj liječnika obiteljske medicine na 100,000 na stanovnika



Izvor: Eurostat (2017)

Pristup zdravstvenim uslugama determiniran je ne samo brojem liječnika već i prosječnim brojem liječničkih konzultacija s pacijentima. Iako vrlo rudimentarni pokazatelj učinkovitosti rada, nije nevažno spomenuti da u Hrvatskoj liječnik u prosjeku primi oko 1900 pacijenata godišnje dok je prosjek EU-28 preko 2100 pacijenata (podaci OECD-a).

Graf 33: Prosječan broj konzultacija po liječniku godišnje (2014)

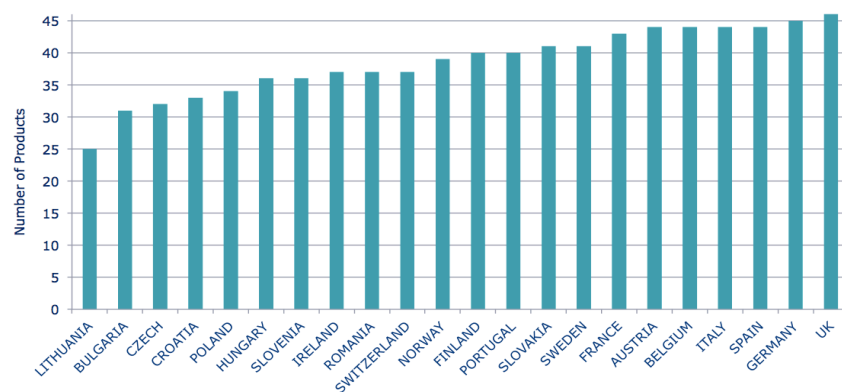


Izvor: OECD/EU, Health at a glance (2016). Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

6.3. Raspoloživost i dostupnost inovativnih lijekova i kapitalne medicinske opreme (MRI, CT)

Tvrtka IMS u 2013. godini analizirala je dostupnost 46 inovativna lijeka u zemljama EU, u skupini antikoagulanata, antidiabetika i lijekova za hepatitis C⁷. Od 46 lijekova, 2013. godini u Hrvatskoj je na tržištu bilo prisutno 33 od 46 (Graf 34). Manje inovativnih lijekova bilo je prisutno samo u Bugarskoj, Češkoj i Litvi. Na inovativne lijekove (u ovom uzorku od 46 lijekova u 3 terapijske skupine) potrošeno je manje od 5 eura po glavi stanovnika u 2013., a manje je potrošeno samo u Poljskoj i Litvi. Za usporedbu, u Sloveniji je potrošeno 4 puta više po glavi stanovnika na ove skupine inovativnih lijekova (Graf 35).

Graf 34: Ukupan broj proizvoda (u skupini inovativnih antikoagulanata, antidiabetika i lijekova za hepatitis C) prisutnih na tržištu u 3. kvartalu 2013 (od ukupno 46)

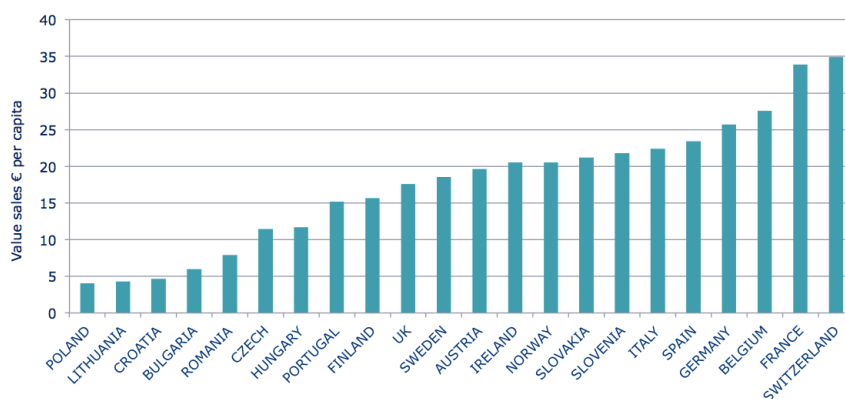


Izvor: IMS Health MIDAS Q2-2013. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska

⁷¹Anti-koagulantni: proizvodi koji su ne samo klinički učinkovitiji već i sigurniji od standardne terapije varfarinom. 2)Anti-diabetici (tip II): inovacija je u mehanizmu djelovanja, dodatno se utječe na smanjenje tjelesne težine, a oralna primjena DPP4 je puno prohodljivija pacijentima od primanja inzulina putem injekcije, te tako poboljšava adherenciju.3)Hepatitis C: standardna terapija je neučinkovita u nekih pacijenata, ali kada se koristi u kombinaciji s inovativnom terapijom, značajno se smanjuje prisutnost virusa u organizmu, što je trenutno cilj terapije

(Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

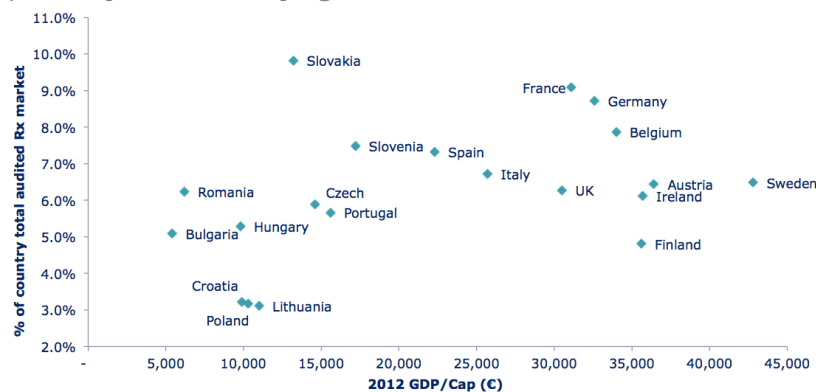
Graf 35: Vrijednost prodaje 46 inovativnih lijekova po glavi stanovnika (prije rabata i popusta, cijena proizvođača), 3. kvartal 2013



Izvor: IMS Health MIDAS Q2-2013. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

U principu, korištenje i financiranje inovativnih lijekova je samo djelomično povezano s visinom BDP-a (Graf 36). Hrvatska ima jedan od najnižih BDP-a u EU i jedna je od zemalja gdje inovativni lijekovi čine relativno najniži udio u ukupnoj potrošnji za lijekove, usporediv sa udjelom zabilježenim u Poljskoj i Litvi. Međutim, zemlje u okruženju sa približno jednakim ili čak i nižim BDP-om po glavi stanovnika relativno veći udio svojeg proračuna za lijekove troše na inovativne lijekove nego što je slučaj u Hrvatskoj, što znači da je odluka o ulaganju u inovativnu terapiju samo djelomično ovisna o visini BDP-a.

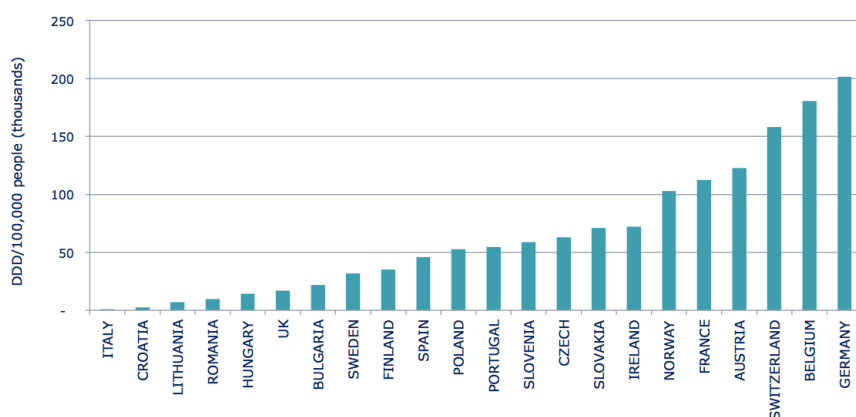
Graf 36: Vrijednost ostvarene prodaje 46 inovativnih lijekova kao % od ukupne prodaje lijekova, prema BDP-u po glavi stanovnika



Izvor: IMS Health MIDAS Q2-2013. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

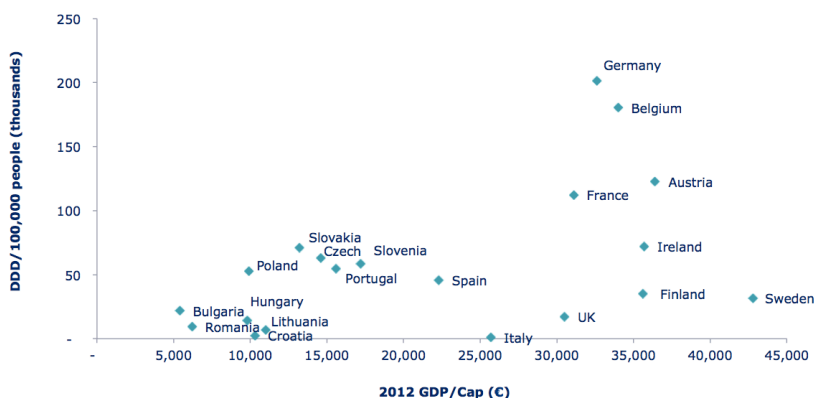
Hrvatska je u 2013. godini bila na samom začelju EU po broju osoba koje su imale pristup inovativnoj antikoagulantskoj terapiji (Graf 37). I tu je važno naglasiti da to nije uzrokovano (samo) niskom razinom BDP-a (Graf 38) jer postoje i druge zemlje EU s relativno niskim BDP-om koje više ulažu u inovativnu terapiju.

Graf 37: Broj osoba (na 100,000 stanovnika) koje primaju inovativnu antikoagulantsku terapiju (2013)



Izvor: IMS Health MIDAS Q2-2013. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Graf 38: Broj osoba koje primaju inovativnu antikoagulantsku terapiju na 100,000 stanovnika, prema BDP po glavi stanovnika

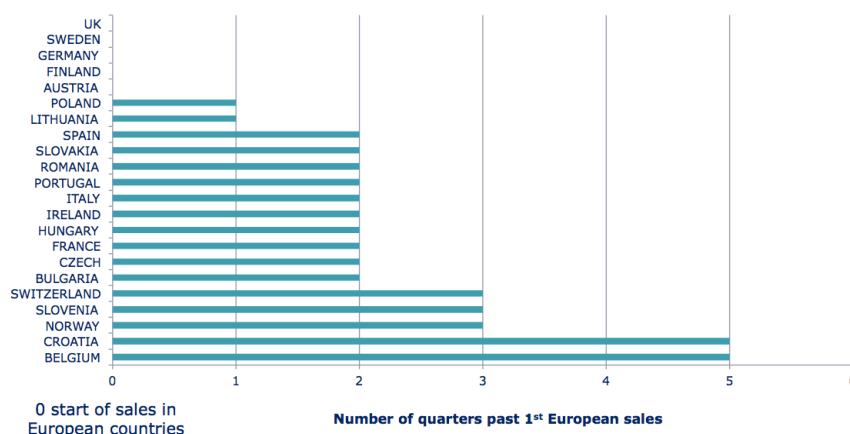


Izvor: IMS Health MIDAS Q2-2013. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Graf 38 ilustrira činjenicu da zemlje s jednakim, usporedivim ili čak nižim BDP-om od Hrvatske ulažu više od Hrvatske u inovativne lijekove protiv koagulacije. Italija je tu bila jedina iznimka. Međutim, više ne znači uvijek i bolje, odnosno mala ulaganja ne moraju ujedno (ili *a priori*) biti i neopravdana. Zanimljivo je da Velika Britanija ulaže relativno malo u ovu skupinu inovativnih lijekova (Graf 38). Velika Britanija je zemlja koje ima vrlo razvijen sustav procjene troškovne učinkovitosti i moguće je da je njihova odluka o relativno niskoj razini financiranja motivirana nepovoljnom troškovnom učinkovitosti ovih lijekova u nekim skupinama pacijenata. U Hrvatskoj ne postoje podaci u troškovnoj učinkovitosti ovih lijekova pa se ni odluka da li ove lijekove financirati ili ne, ne može eksplicitno temeljiti na kriteriju troškovne učinkovitosti. U Njemačkoj, s druge strane, sve inovativne tehnologije brzo i u velikom obimu nalaze put k pacijentima. Njemački zdravstveni sustav počiva na premisi da sve mora biti dostupno svima, i dosljedno se ta politika i provodi (što objašnjava i Graf 38, i visoka ulaganja u zdravstvo kao udio u BDP-u prikazana ranije).

Hrvatska je bila sklona čekati s uvođenjem inovativne terapije u ovoj terapijskoj skupini, čak najdulje u EU (Graf 39). U 2013., Velika Britanija je među zemljama s najkraćim vremenom uvođenja inovativnih antikoagulanata što znači da razmatranje troškovne-učinkovitosti ne treba biti prepreka adopciji inovativne tehnologije – dapače!

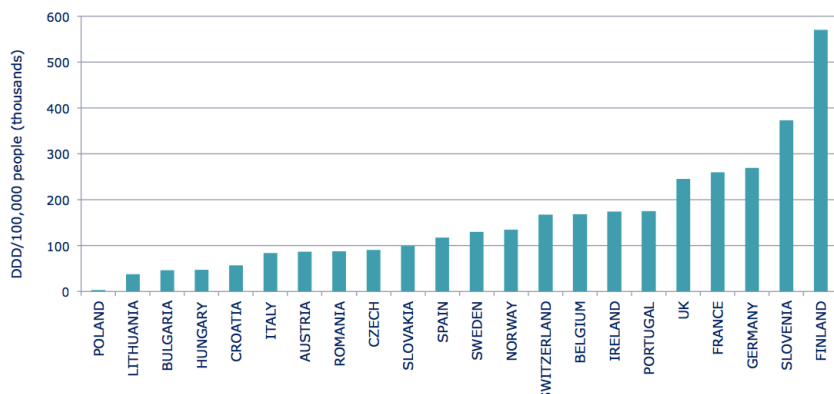
Graf 39: Duljina čekanja prije uvođenja terapije inovativnim antikoagulantima mjereno brojem kvartala od trenutka uvođenja prve inovativne terapije na tržište (2013)



Izvor: IMS Health MIDAS Q2-2013. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

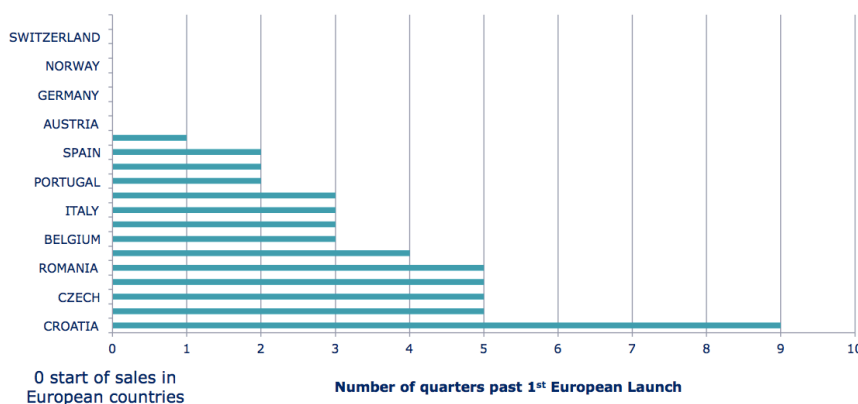
Kada se analiziraju podaci vezani u primjenu inovativnih antidiabetika, situacija u Hrvatskoj u 2013. bila je slična kao i kod terapije antikoagulantima. Hrvatska je bila na začelju EU po broju osoba koje primaju inovativnu terapiju (Graf 40), a vrijeme potrebno za uvođenje inovativne terapije antidiabeticima na tržište (Graf 41) bilo je ponovo najdulje u EU.

Graf 40: Broj osoba (na 100,000 stanovnika) koje primaju inovativnu terapiju antidiabeticima (2013)



Izvor: IMS Health MIDAS Q2-2013. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Graf 41: Duljina čekanja prije uvođenja terapije inovativnim antidiabeticima mjereno brojem kvartala od trenutka uvođenja prve inovativne terapije na tržište (2013)



Izvor: IMS Health MIDAS Q2-2013. Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

U Hrvatskoj je na **posebno skupe lijekove** potrošeno 933,513.000 kn u 2016. godini, što je povećanje od 24% u odnosu na 2015. godinu, a što čini tek 4% od ukupnih rashoda i izdataka HZZO-a (Izvešće HZZO-a za 2016). Prema izvješću HALMED-a⁸, najskuplja kategorija lijekova koja se potroši u bolnicama u Hrvatskoj (gledajući ukupni trošak lijeka u godini dana) otpada na trastuzumab, odnosno lijek za liječenje raka dojke (gotovo 84

⁸ http://www.halmed.hr/Novosti-i-edukacije/Publikacije-i-izvjesca/Izvjesca-o-potrosnji-lijekova/Izvjesce-o-prometu-lijekova-u-Republici-Hrvatskoj-u-2014/#Tablica_1

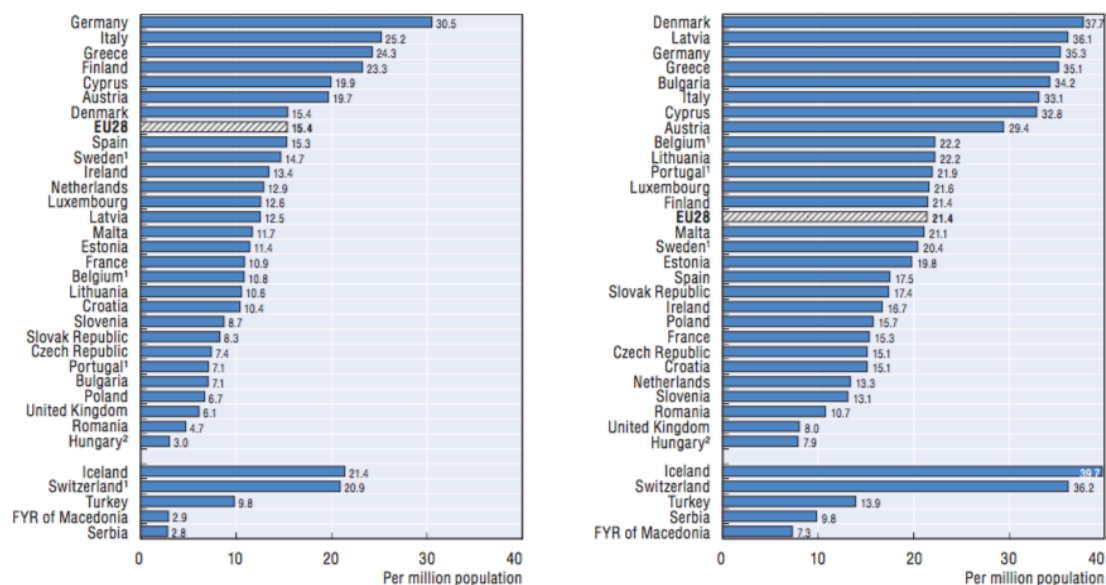
milijuna kn u 2014. godini), a slijedi ga rituksimab, također lijek za karcinom (ne-Hodgkinov limfom) i reumatoidni artritis (54 milijuna kn) te imatinib, odnosno biološka terapija za karcinome (50 mil kn). Slijedi bevacizumab, kemoterapija, koja godišnje košta 48 milijuna kn i adalimumab (biološka terapija za reumatoidni artritis, 43 mil kn) te sunitinib (biološka terapija za neke vrste karcinoma, 39 mil). Većina najskupljih lijekova koje se financiraju javnim sredstvima kroz bolnice otpada dakle na lijekove za liječenje karcinoma, reumatoidnog artritisa, ali i hepatitisa C. Liječenje karcinoma, čini se, za sada ima prednost u odnosu na financiranje inovativnih terapija u domeni dijabetesa ili drugih bolesti. I to predstavlja oblik prioritiziranja pri alokaciji sredstava u zdravstvu.

Dostupnost inovativnih lijekova mogla bi se povećati sudjelovanjem pacijenata u **kliničkim ispitivanjima**. Nedavno istraživanje je pokazalo da među zemljama srednje i istočne Europe, u Hrvatskoj se provodi najmanji broj kliničkih ispitivanja (Šolić et al., 2017). Na relativno malom nereprezentativnom uzorku onkoloških pacijenata utvrđeno je da iako većina pacijenata zna da klinička ispitivanja postoje, samo njih 15% bilo je informirano o mogućnosti sudjelovanja u kliničkom istraživanju, a samo 6% je sudjelovalo u kliničkom ispitivanju. Prema podacima EU registra za klinička ispitivanja, u Hrvatskoj su u razdoblju od 2007-2017. godine održana ukupno 238 kliničkih ispitivanja (uključivo i ona otkazana, nedovršena i dovršena te ona koja su upravo u tijeku) dok su primjerice u Danskoj (zemlji s približno jednakim brojem stanovnika) u deset godina održana 2362 klinička ispitivanja, gotovo deset puta više.

Neke terapije ili procedure nije moguće ostvariti u Hrvatskoj pa HZZO u nekim slučajevima odobrava plaćanje liječenja u inozemstvu. Na **liječenje u inozemstvu** potrošeno je visokih 300 milijuna kuna u 2016. godini (Izvešće o radu, 2016). Viša kvaliteta liječenja u inozemstvu, bolja raspoloživost lijekova, bolji ishodi liječenja i slično nisu uvjet za odobrenje HZZO-a za liječenje u inozemstvo o trošku HZZO-a, već samo raspoloživost pružatelja usluge u Hrvatskoj u vremenu koji je «razuman», a o čemu odlučuje HZZO.

Što se tiče opremljenosti zdravstvenih ustanova uređajima za magnetsku rezonancu (MRI) i CT uređajima, Hrvatska se nalazi u donjem dijelu EU (Graf 42). Sa stopom od 10 do 15 uređaja na milijun stanovnika, Hrvatska se može usporediti s brojem uređaja u Sloveniji i Češkoj.

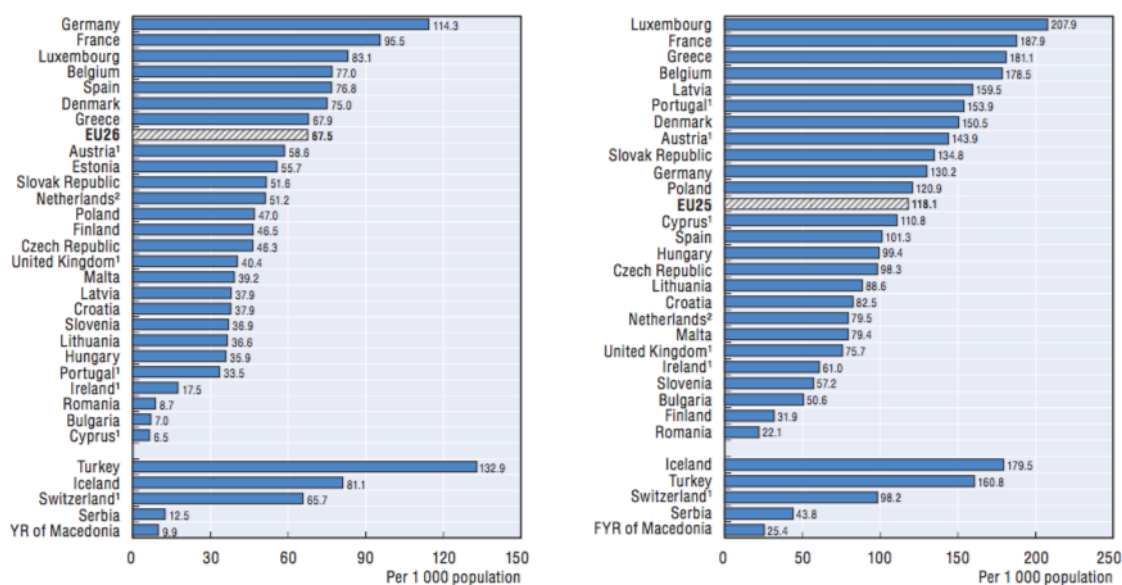
Graf 42: Broj MRI uređaja (desno) i CT uređaja (lijevo) koji se nalaze u javnim bolnicama na milijun stanovnika (2014)



Izvor: OECD/EU Health at a glance (2016). Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Zanimljivo je da najviše uređaja na milijun stanovnika imaju među ostalima Grčka i Cipar, zemlje s relativno lošim pokazateljima organizacije zdravstva i uopće niskom razinom izdvajanja za zdravstvo (ali i velikim brojem liječnika specijalista!), dok Velika Britanija ima relativno malo uređaja na milijun stanovnika (i manji broj liječnika specijalista nego Hrvatska!). Razlog zašto Velika Britanija ima relativno malo ove skupe dijagnostičke opreme jest vrlo strukturiran pristup propisivanju pregleda korištenjem skupe dijagnostičke opreme koji je definiran protokolima koje izdaje poseban odbor za dijagnostiku pri organizaciji NICE (Diagnostic Advisory Committee). Ovaj odbor izdaje protokole ili postupovnike kojima se točno propisuje korištenje dijagnostičke opreme i testova i povezuje ih s intervencijama i terapijama te se tako smanjuje broj propisanih pretraga i ukupan broj skupih uređaja u zdravstvenom sustavu (koji je ispod broja uređaja u Hrvatskoj, a koja u isto vrijeme ima lošije zdravstvene ishode). U Hrvatskoj se učini relativno manji broj pregleda korištenjem MRI i CT uređaja nego što je prosjek EU, ponovo usporedivo sa Slovenijom i Češkom (Graf 43).

Graf 43: Broj pregleda obavljenih MRI uređajima (desno) i CT uređajima u javnim bolnicama na 1000 stanovnika (lijevo) (2014)



Izvor: OECD, EU Health at a glance (2016). Prijevod: Hrvatska (Croatia), Estonija (Estonia), Grčka (Greece), Nizozemska (Netherlands), Austrija (Austria), Slovenija (Slovenia), Njemačka (Germany), Switzerland (Švicarska), Češka (Czech Republic), Španjolska (Spain), Luksemburg (Luxembourg), Malta (Malta), Švedska (Sweden), Norveška (Norway), Finska (Finland), Belgija (Belgium), Portugal (Portugal), Italija (Italy), Slovačka (Slovakia), Poljska (Poland), Mađarska (Hungary), Latvija (Latvia), Litva (Lithuania), Danska (Denmark), Island (Iceland), Bugarska (Bulgaria), Rumunjska (Romania), Irska (Ireland), Cipar (Cyprus), Francuska (France)

Zaključak:

1. Hrvatska ulaže malo novca u inovativne lijekove i uvodi ih značajno kasnije od većine zemalja u EU
2. Hrvatska relativno najviše novca za lijekove troši na skupe lijekove za karcinome, dok u isto vrijeme ima najvišu stopu smrtnosti od karcinoma u EU i nedovoljnu stopu odaziva na javnozdravstvene programe ranog otkrivanja karcinoma
3. Hrvatska ima relativno visok broj liječnika specijalista, a relativno nizak broj liječnika obiteljske medicine – obrnuto od poželjnog, s obzirom na trendove u EU i cijenu skrbi koju može pružiti primarna zdravstvena zaštita u odnosu na specijalistiku
4. Broj MRI i CT uređaja u Hrvatskoj je manji od prosjeka EU, ali i broj pregleda obavljenih tim uređajima je manji od EU prosjeka, dok za ove preglede postoje liste čekanja

PREPORUKE za osiguranje adekvatne omogućenosti uslugai nesmetanog pristupa zdravstvu za sve skupine u društvu

- zdravstveni sustav mora pružiti uvjete rada zdravstvenim djelatnicima kakvi će osigurati njihov dostatan broj, posebno u krajevima koji su geografski i ekonomski deprivirani. Tu se ne radi samo o visini plaće već o uvjetima rada i mogućnošću napredovanja i učenja, profesionalnog razvoja i mentorstva
- ako postoji manjak liječnika, ili država želi povećati broj liječnika, mora se pozabaviti ponudom i potražnjom na tržištu rada. Potražnja za liječnicima od strane pacijenata nije isto što i potražnja države za liječnicima. Rješenja su ili u domeni povećanja plaća (što je problematično s obzirom na visinu proračuna i visinu plaća ostalih visokokvalificiranih djelatnika koje država zapošljava) ili poboljšanja uvjeta rada i uređenosti sustava. Država može povećati i kvote upisa na fakultete, ali to bi moglo biti neučinkovito jer dodatna radna snaga koja se tako stvori lako napušta državu
- snažniji razvoj u domeni obrazovanja specijalista-tehničara (ili specijaliziranih medicinskih sestara) koji mogu obavljati specijalizirane poslove umjesto liječnika smanjit će pritisak na liječnike i osigurati bolji pristup uslugama
- potrebno je dugoročno planiranje obrazovanja medicinskih stručnjaka (liječnika, tehničara, specijalista) odnosno dugoročna strategija razvoja ljudskih potencijala u zdravstvu
- EU sredstva mogu se iskoristiti za učenje i unapređenje sustava upravljanja ljudskim potencijalom u zdravstvu u Hrvatskoj – primjerice kroz Expert group on European health workforce i Joint action on Health workforce planning and forecasting

Reference

Arora V, Karanikolos M, Clair A, Reeves A, Stuckler D, McKee M (2015) Data Resource Profile: The European Union Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILC). *International Journal of Epidemiology*. doi:10.1093/ije/dyv069.

Banta, D. i B.Luce (1993) *Health Care Technology and its Assessment: An International Perspective*, Oxford: Oxford University Press.

Berger, M., K. Bingefors, E. Hedblom, C. Pashosi, G. Torrance (2003) *Health Care Cost, Quality, and Outcomes: ISPOR Book of Terms*, Lawrenceville, NJ: International Society for Pharmacoeconomics & Outcomes Research.

Björnberg A (2015). *Euro Health Consumer Index 2014 Report*. Stockholm: Health Consumer Powerhouse.

Drieskens S, Charafeddine R, Demarest S, Gisle L, Tafforeau J, Van der Heyden J (2015) *Health Interview Survey, Belgium, 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013: Health Interview Survey Interactive Analysis*. Brussels: WIV-ISP.

Dukić, N. (2014) *VREDNOVANJE IZREČENIH PREFERENCIJA U FUNKCIJI POBOLJŠANJA PREVENTIVNIH PROGRAMA JAVNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE*. Doktorska dizertacija. Sveučilište u Rijeci, Ekonomski fakultet.

Dukić, N., Arbula Blecich, A., Cerović, Lj. (2013) *Economic Implications of Insufficient Health Literacy*, *Ekonomika istraživanja*, Special Issue, vol. 26, pp. 117-132.

Euro Health Consumer Index (ECHI) 2015 Report. Stockholm: Health Consumer <https://healthpowerhouse.com/en/news/euro-health-consumer-index-2015/>

Expert Panel on effective ways of investing in Health (EXPH) (2016) *Report on Access to Health Services in the European Union*. Available at: https://ec.europa.eu/health/expert_panel/sites/expertpanel/files/015_access_healthservices_en.pdf

Goddard M, Smith P (2001) *Equity of access to health care services: theory and evidence from the UK*. *Soc Sci Med* 53(9): 1149-1162.

Grimshaw J, Eccles M, Tetroe J (2004a) *Implementing clinical guidelines: current evidence and future implications*. *J Contin Educ Health Prof* 24(Suppl 1): S31-7.

Grimshaw J, Thomas R, MacLennan G, et al (2004b) *Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies*. *Health Technol Assess* 8(6): III-IV, 1-72.

HZZO Podaci o listama čekanja. Available at <http://www.hzzo->

net.hr/dload/eListe/Broj_pacijenata_na_listi_narudzbi_po_ustanovama_prvi_pregledi_dijag_ter_postupaka.html

IMS Health MIDAS Q2-2013. The Global Outlook on Medicines. Available at https://www.imshealth.com/files/web/IMSH%20Institute/Reports/The%20Global%20Use%20of%20Medicines%20Outlook%20Through%202016/Medicines_Outlook_Through_2016_Report.pdf

HZZO Izvješće o radu za 2016.

Available at:

<https://vlada.gov.hr/UserDocsImages//Sjednice/2017/03%20ožujak/28%20sjednica%20Vlade%20Republike%20Hrvatske//28%20-%2021.pdf>

Jensen JD, King AJ, Guntzviller LM, Davis LA (2010) Patient-provider communication and low-income adults: age, race, literacy, and optimism predict communication satisfaction. *Patient Educ Couns* 79: 30-35.

Kovačević, T et al. (2016) Quality of evidence-based practice guidelines published in Croatia, 2004-2014: evaluation using the AGREE II tool. 8th Croatian Cochrane Symposium / Cochrane Croatia (ur.). - Split : Cochrane Croatia , 2016. 7-7. ISPOR, 2014, <http://www.ispor.org/Terminology/Default.asp>.

Legido-Quigley H, Panteli D, Car J, McKee M, Busse R, eds (2013) *Clinical guidelines for chronic conditions in the European Union*, Copenhagen: WHO/European Observatory on Health Systems and Policies.

Mauskopf, J., S. Sullivan, L. Annemans, J. Caro, D. Mullins, M. Nuijten, E. Orlewska, J. Watkins iP. Trueman(2007) Principles of Good Practice for BudgetImpact Analysis: Report of the ISPOR Task Force on Good Research Practices-Budget Impact Analysis, *Value in Health*, 10(5), str. 336-347.

Nutbeam D (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int* 15(3): 259-267.

OECD (2004) *Private health insurance in OECD countries*. OECD Publishing.

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

Omachi, TA et al (2013) Lower Health Literacy is Associated with Poorer Health Status and Outcomes in Chronic Obstructive Pulmonary Disease. *Journal of General Internal Medicine* 28(1): 74-81.

Sorenson et al. (2008) *Ensuring Value of Money in Healthcare: the role of HTA in the EU*. European observatorz on health systems and policies. Copenhagen: WHO.

Swartz K (2010) *Cost-sharing: effects on spending and outcomes*. Princeton: Robert Wood Johnson Foundation.

Šeparović et al. (2016) PRAĆENJE ONKOLOŠKIH BOLESNIKA – KLINIČKE PREPORUKE HRVATSKOG DRUŠTVA ZA INTERNISTIČKU ONKOLOGIJU HLZ-a 1. dio: rak dojke, rak tijela maternice, rak vrata maternice, rak jajnika. Liječnički Vijesnik, 2016

Šolić I, Stipčić A, Pavlicevic I, Marušić A. (2017). Transparency and public accessibility of clinical trial information in Croatia: How it affects patient participation in clinical trials. *Biochemia Medica*. 27. 259-269. 10.11613/BM.2017.027.

Thomson S, Mossialos E (2009) Private health insurance in the European Union. Brussels: European Commission.

Verlinde E, De Laender N, De Maesschalck S, Deveugele M, Willems S (2012) The social gradient in doctor-patient communication. *International Journal for Equity in Health* 11: 12.

Willems S, De Maesschalck S, Deveugele M, Derese A, De Maeseneer J (2005) Socio-economic status of the patient and doctor-patient communication: does it make a difference? *Patient Educ Couns* 56(2): 139-146.

Xu K, Saksena P, Jowett M, Carrin G, Kutzin J, Evans D (2010) Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. *World Health Report 2010 Background Paper 19*. Geneva: World Health Organization.