

# O zdravstvu iz ekonomske perspektive - prikaz knjige

---

**Bajo, Anto**

*Source / Izvornik:* **Odabrani prijevodi, 2015, 6, 1 - 4**

**Journal article, Published version**

**Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)**

<https://doi.org/10.3326/op.31>

*Permanent link / Trajna poveznica:* <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:242:353815>

*Rights / Prava:* [Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International/Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerada 4.0 međunarodna](#)

*Download date / Datum preuzimanja:* **2024-11-09**



*Repository / Repozitorij:*

[Institute of Public Finance Repository](#)



Institut za  
javne financije

Smičiklasova 21 | Zagreb  
www.ijf.hr | ured@ijf.hr  
T: 01/4886-444 | F: 01/4819-365

## ODABRANI PRIJEVODI

ISSN 1847-7445

BR. 31/15

citirati: Bajo, A. 2015. O zdravstvu iz ekonomske perspektive (Health care from an economic perspective) / M. Vehovec – prikaz knjige. *Financial Theory and Practice*, 39 (2), str. 237-243. <http://www.fintp.hr/upload/files/ftp/2015/3/bajo.pdf>

Svi *Odabrani prijevodi* dostupni su na:  
[http://www.ijf.hr/hr/publikacije/ca\\_sopisi/12/odabrani-prijevodi/111/](http://www.ijf.hr/hr/publikacije/ca_sopisi/12/odabrani-prijevodi/111/)

## O ZDRAVSTVU IZ EKONOMSKE PERSPEKTIVE

MAJA VEHOVEC (UR.)

EKONOMSKI INSTITUT ZAGREB, 2014., 356 STR.

DR. SC. ANTO BAJO

PRIKAZ KNJIGE\*  
DOI: 10.3326/op.31

Knjiga “O zdravstvu iz ekonomske perspektive” rezultat je dvogodišnjeg rada tima ekonomista s Ekonomskog instituta i njihovih vanjskih suradnika. Urednica knjige je prof. dr. sc. Maja Vehovec, a priložima je sudjelovalo 13 istraživača. Knjiga ima 356 stranica koju čini odgovarajući predgovor, biografije autora te 56 tablica i 92 slike. Simpatična ilustracija na naslovnici ukazuje i na karakter zaključaka usmjerenih na potrebu štednje, razboritog ponašanja i kvalitetnijeg upravljanja sustavom zdravstva. Knjiga je podijeljena u pet dijelova s 13 tematskih priloga. Svi radovi pokušavaju odgovoriti na pet ključnih pitanja ekonomike hrvatskog zdravstvenog sustava.

Na prvo pitanje **Kako se financira zdravstvo i što možemo očekivati u budućnosti?** odgovaraju Dubravko Mihaljek u radu “*Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize?*” te Tanja Broz i Sandra Švaljek u radu “*Financiranje zdravstva: od reforme do reforme*”. Mihaljek naglašava da rast zdravstvene potrošnje u dugom roku nije moguće zaustaviti, ali financiranje zdravstva može biti učinkovitije. Od 1960. očekivano trajanje života produljilo se za 11 godina – na skoro 80 godina što će utjecati na kontrolu troškova i poboljšanje učinkovitosti. Političari zanemaruju tu činjenicu zbog kratkoročnog horizonta razmišljanja. Samo od 2000. do 2010. u visokorazvijenim zemljama prisutan je trend rasta potrošnje u zdravstvu s 9,9 na 12,4% BDP-a. Raste udio državne i smanjuje se udio privatne potrošnje. Veća je uloga privatnih osiguranja, ali se i smanjuje udio osobnih izdataka za zdravstvo. U Hrvatskoj u posljednjih deset godina zdravstvena potrošnja stagnira (7,8% BDP-a). Država bilježi natprosječan udio u potrošnji za zdravstvo čak 85% (središnja Europa 72, a zapadna 73%). Raste udio državnog proračuna i smanjuje se udio zdravstvenog osiguranja na 67% u 2010. U Hrvatskoj postoje brojne nepoznanice o strukturi financiranja zdravstva – različiti su podaci domaće statistike i one koju objavljuje Svjetska zdravstvena organizacija. Mihaljek smatra da Hrvatska treba poduzeti makro i mikroekonomske mjere koje će obuzdati rast državnih rashoda za zdravstvo. Te mjere su provodile razvijene zemlje, a mogle bi koristiti i Hrvatskoj. Na makroekonomskoj razini treba uvesti proračunska ograničenja i snažnije kontrolirati količine ili cijene resursa i usluga u zdravstvu. Mikroekonomske mjere su: reorganizacija dijelova zdravstvenog sustava, transparentan sustav

\* Prilježeno: 10. prosinca 2014.  
Prihvaćeno: 11. prosinca 2014.

naplaćivanja usluga (plaćanje prema dijagnostičkim grupama, veće mogućnosti biranja liječnika i zdravstvenih ustanova kod ugovaranja usluga od dobavljača), ispravljanje neravnoteža primarne i sekundarne zaštite. Mihaljek naglašava i potrebe većeg sudjelovanja privatnog sektora u opskrbljivanju zdravstvenih ustanova i veće konkurencije među osiguravajućim kompanijama.

Broz i Švaljek analiziraju provedene reforme u sustavu zdravstva i pružaju informacije za moguću ocjenu njihovih učinaka. U Hrvatskoj su obavljene brojne sanacije zdravstva (uglavnom bolnica). Samo od 1994. do 2007. za sanacije je utrošeno oko 9,7 mlrd. kuna. Pored sanacija, povećane su participacije, a uvedeno je i dopunsko osiguranje. Međutim i unatoč provedenim mjerama zdravstvene institucije nastavile su gomilati gubitke. Tako je samo u 2012. i 2013. za sanacije dugova HZZO-a i bolnica utrošeno 6,5 mlrd. kuna. Od 2004. rastu cijene lijekova. Na žalost, brojne reforme nisu bile praćene razrađenim strateškim dokumentom. Reformom iz 2008. pokušalo se obuzdati javne rashode i rast cijena lijekova uvođenjem međunarodnih javnih natječaja za posebno skupe lijekove, smanjenje referentnih cijena lijekova na recept. Pored toga, centralizirana je nabava medicinske opreme, poboljšana je kontrola naknada za bolovanje i plaćanja bolnicama prema dijagnostičko-terapijskim skupinama. Reforma je iscrpila sve moguće načine prikupljanja dodatnih izvora financiranja zdravstvenog sustava. U Hrvatskoj je potrebna daljnja liberalizacija tržišta zdravstvenog osiguranja i smanjenje broja korisnika na teret državnog proračuna. Većina je reformi još uvijek na strani prihoda. Potrebne su reforme na strani rashoda te povećanja privatnih zdravstvenih osiguranja jer su kapaciteti javnih prihoda iscrpljeni. Do sličnog zaključka dolazi se analizom privatnih izdataka za zdravstvo.

Na drugo pitanje **Što moramo znati o zdravstvenom osiguranju i privatnim izdacima za zdravstvo?** odgovaraju Danijel Nestić i Ivica Rubil u prilogu “*Privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj*” te Mario Puljiz u prilogu “*Dobrovoljno zdravstveno osiguranje: Hrvatska i Europa*”. Nestić i Rubil navode da su ukupni privatni izdaci za zdravstvo u Hrvatskoj od oko 1,2% BDP-a, izrazito niski i malo se zna o njihovim socio-ekonomskim obilježjima. Za dobivanje takvih informacija koristili su podatke iz Ankete o potrošnji kućanstava. Privatni izdaci su oko 15% od ukupnih izdataka. U Hrvatskoj je nizak udio privatnog osiguranja u ukupnim privatnim izdacima za zdravstvo (samo 0,5% BDP-a). Bolničko liječenje uglavnom se financira iz javnih izvora. Istraživanje na uzorku hrvatskih kućanstava potvrđuje već ranije poznate rezultate iz sličnih istraživanja u svijetu. Na visinu privatnih izdataka za zdravstvo pored visine dohodaka, utječe razina obrazovanja (visoka ili pak jako niska razina obrazovanja), dob (starija) ali i spol (žene u prosjeku više troše za zdravstvo) kao i urbana naselja. Sklonost kupnji dopunskog osiguranja pod utjecajem je spola (žene su sklonije), obrazovanja (više razine), dohotka (viši dohodak). U Hrvatskoj nije predviđeno snažnije restrukturiranje sustava zdravstva kroz izvore financiranja i ono se uglavnom promatra kroz prizmu državnog proračuna. *Puljiz* napominje da u Hrvatskoj privatno osiguranje ne može biti zamjena za obvezno. Potrebno je definirati košarice usluga koje pokriva javno i košarice usluga koje pokriva dopunsko osiguranje. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje sudjeluje samo s 2,44% u ukupnoj zaračunatoj premiji svih osiguranja što ukazuje na nerazvijenost tržišta. Potrebna je daljnja liberalizacija i smanjenje korisnika na teret državnog proračuna kroz rast dodatnog privatnog osiguranja. Rast interesa građana za dodatne i dopunske proizvode zdravstvenog osiguranja mogao bi se potaknuti uvođenjem poreznih olakšica.

Na treće pitanje **Koji su ključni segmenti zdravstvene potrošnje i kakve su njihove specifičnosti?** odgovore nude Ivana Rašić Bakarić u poglavlju “*Primarna zdravstvena zaštita između učinkovitosti i dostupnosti*” te grupa koautorica Maja Vehovec, Ivana Rašić Bakarić i Sunčana Sljepčević koje ukazuju na ključni problem hrvatskog zdravstva “*Bolnice pred izazovima restrukturiranja*”. Sunčana Sljepčević pruža pregled “*Ocjena tehničke efikasnosti bolnica*” dok Tanja Broz analizira “*Potrošnju lijekova i specifičnost funkcioniranja tržišta lijekova*”.

Rašić Bakarić utvrdila je da se izdaci za primarnu zdravstvenu zaštitu kreću na razini 2,95 mlrd. kuna. Domovi zdravlja trebaju postati nositelji zdravstvene zaštite na primarnoj razini. Problem je mali broj preventivnih pregleda, rast upućivanja pacijenata specijalistima te relativno visok dnevni broj posjeta pacijenata. Svaki se sedmi pacijent upućuje na specijalistički pregled. Tako liječnika opće prakse dnevno posjeti 53,1 pacijent kojemu je sposoban posvetiti 8 minuta svoga radnog vremena. Nedefinirana je košarica usluga kod timova opće/obiteljske medicine zbog čega su financijske kalkulacije različite. Primarna zdravstvena zaštita nije preuzela ulogu čuvara sustava. U većini zemalja EU-a primarna zdravstvena zaštita riješi oko 70 do 80% zdravstvenih slučajeva, a u Hrvatskoj tek oko 50%. Prebacivanja iz primarnog na specijalistički oblik usluge rezultat je slabosti postojećeg modela financiranja u kojem nema utvrđenih standarda.

Vehovec, Rašić Bakarić i Sljepčević objašnjavaju staru boljku hrvatskog zdravstvenog sustava – slab uvid u troškove i netransparentnost koja je naročito prisutna u bolnicama koje imaju najveći udio u rashodima zdravstva – iznad prosjeka zemalja EU-a. Nezadovoljavajući je omjer broja liječnika u bolnicama prema broju stanovnika – ispod prosjeka EU-a (163 liječnika na 100.000 stanovnika). Isti je slučaj i s bolničkim posteljama (56) na 10.000 stanovnika kao i broju bolnica (1,3) na 100.000 stanovnika. Po dužini liječenja Hrvatska je pri vrhu zemalja EU-a od 7,2 dana. Ispodprosječna pokrivenost liječnicima prisutna je čak u 14 županija – dostupnost usluga nije jednaka. Rashodi bolnica su oko 11,3 mlrd., a najveći dio (53%) su rashodi za zaposlene, visoki su materijalni rashodi (lijekovi i utrošena energija u bolnicama). Jedan od glavnih problema je položaj HZZO-a, koji transferira sredstva iz proračuna u bolnice, a ne može autonomno odlučivati o vođenju osiguravateljske politike zdravstvene zaštite temeljem prikupljenih sredstava iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Opća je impresija (potvrđena intervjuom) da ravnatelji bolnica znaju rješenja i čak nude preporuke za reforme. Međutim pitanje je kako prijedloge pretočiti u praksu te žele li zdravstveni djelatnici reforme? Ravnatelji bolnica općenito imaju negativan stav o *outsourcingu* nezdravstvenih djelatnosti. Ne vide svoju odgovornost za prekoračenje troškova plaća kao i materijalnih troškova – smatraju to problemom sustava. Prihodi bolnica netransparentno su povezani s modelom iskazivanja troškova. Limiti čine glavninu proračuna bolnica, ali nije jasno kako se određuju – na povijesnom modelu troškova ili dodatnim nepoznatim uvjetima. Bolnice su do sada prepoznate po dobrim liječnicima, a manje po uspješnom menadžmentu. Financiranje bolnica treba vezati uz pokazatelje ishoda, pojačati informatizaciju, propisati standarde, procedure i protokole, te donijeti strateški plan ustanove.

Sljepčević je u temi “*Ocjena tehničke efikasnosti bolnica*” obavila analizu učinkovitosti 54 bolnice na podacima iz 2010. Neki od nalaza su naročito zanimljivi. Najveći broj specijaliziranih bolnica i kliničkih bolničkih centara zapošljava iznadprosječno veliki broj administrativno-tehničkih djelatnika. Broj medicinskih sestara se povećava, ali je još uvijek manji od prosjeka EU-a. Nisu dostupni podaci o broju ispisanih pacijenata po bolnicama niti o stopi izliječenih pacijenata, a te informacije su korisne za analizu ostvarenih rezultata i mjerenja efikasnosti bolnica. U 2010. (prema izračunu autorice) bilo je sedam bolnica na granici efikasnosti (jedna klinička, tri opće i tri specijalne). Čak 9,8% bolnica koristi 40 do 50% više inputa od efikasnih bolnica, 3,9% bolnica može smanjiti korištene resurse za 30 do 40% što bi mogle biti značajne uštede u sustavu. Četiri klinička bolnička centra imaju različite razine efikasnosti bez obzira na njihove slične karakteristike. Isto vrijedi i za ostale bolnice (klinike, kliničke bolnice, opće i specijalizirane).

Broz analizira “*Potrošnju lijekova i specifičnost funkcioniranja tržišta lijekova*” te zaključuje da se u Hrvatskoj na lijekove troši i više nego to opravdava visina BDP-a. Tržište lijekova nema dovoljno detaljne i transparentne baze statističkih podataka. Udio javnih izdataka za lijekove je oko 80%, što Hrvatsku svrstava u kategoriju zemalja EU-a s iznadprosječnim udjelom javnih izdataka za lijekove u ukupnim izdacima za zdravstvo. Izdaci za lijekova rastu s 3,8 mlrd. u 2004. na 5,1 mlrd. kuna u 2013.

U uvjetima nekontrolirane potrošnje i nepostojanja standarda značajno je pitanje **Koliko su korisnici uključeni u ocjenu zdravstvenih usluga?** odgovore daju Jelena Budak i Edo Rajh u intrigantnoj temi “*Korupcija u zdravstvu u Hrvatskoj: mit ili stvarnost?*”. Rad Jelene Budak usmjeren je na temu “*Ocjena pacijenata o kvaliteti rada zdravstvenog osoblja*” dok Maja Vehovec piše o “*Međunarodnoj usporedbi kvalitete zdravstvene zaštite iz perspektive njenih korisnika*”.

Budak i Rajh smatraju da je korupcija prisutna zbog čega postoji i neravnopravan tretman pacijenata. Korupcija je prisutna i zastupljenija u bolnicama kao rezultat njihove neučinkovitosti (dugih lista čekanja) i slabe organizacije zdravstvenog sustava. Najlakša provediva mjera suzbijanja korupcije u odnosu pacijenta i liječnika je transparentno informiranje pacijenata o javnom zdravstvu. Poznavanje prava pacijenata smanjuje neformalna plaćanja, posebice upoznavanje s obuhvatom usluga pokrivenih osiguranjem i službenih cijena zdravstvenih usluga. Privatizacija zdravstva kojom se ukida monopol na tržištu zdravstvenih usluga može biti korisna mjera za dokidanje korupcije. Najvažnija je svrha istraživanja osvještavanja problema.

Budak naglašava da u Hrvatskoj ne postoje istraživanja javnog mnijenja u kojima građani iznose svoje stavove o kvaliteti javnog zdravstva. Korisno sredstvo je anketa o percepcijama javnosti o kvaliteti rada liječnika.

Vehovec je interpretacijom rezultata Europskog indeksa zaštite potrošača zdravstva pružila pregled međunarodne usporedbe kvalitete zdravstvene zaštite iz perspektive njenih korisnika. Po tom indeksu Hrvatska se nalazi u sredini skupine zemlja prema ocjeni korisnika o kvaliteti zdravstvene zaštite.

Na pitanje **Jesu li ekonomske evaluacije u zdravstvu alternativa ili nužnost?** odgovaraju Ana Bobinac u radu “*Uvod u ekonomske evaluacije u zdravstvu*” i Dubravka Jurlina Alibegović koja ukazuje na “*Ulogu javno-privatnog partnerstva u ekonomskoj procjeni racionalnog korištenja resursa u zdravstvu*”. Ekonomske evaluacije (analiza troškovne učinkovitosti, analiza troškovne korisnosti i analiza troškova i koristi) jesu sredstva za poboljšanje učinkovitosti sustava i nužne su za provedbu reformi. Naravno, odluka o provedbi evaluacija kao i provedbi reformi i dalje ostaje u području politika. Korisno sredstvo za povećanje učinkovitosti može biti i javno-privatno partnerstvo – model koji bi tek mogao naći svoju veću primjenu u sustavu zdravstva.

Autori knjige prepoznali su glavne makroekonomske probleme sustava zdravstva u Hrvatskoj te otvorili prostor bavljenju mikroekonomskim temama koje preispituju i pomažu poboljšanju učinkovitosti. Ključne teme za buduća istraživanja ekonomike zdravstva u Hrvatskoj su: (a) ocjena uspješnosti sanacija bolnica, (b) analize učinkovitosti provedene decentralizacije, (c) način određivanja minimalnih financijskih standarda, (d) upravljanje i vrednovanje imovine, (e) visina struktura i dospijeća obveza, (f) kapitalna ulaganja (analiza do 2015. i planovi do 2020.), (g) financijska analiza poslovanja domova zdravlja, ljekarni, bolnica (po imenu i vrsti), te (h) organizacija i praksa financijskog upravljanja bolnicama.

Nema dileme, knjiga je vrijedno djelo koje će tek naći mjesto u analizama rashoda i mogla bi poslužiti kao praktični vodič za planiranje reformskih koraka u sustavu zdravstva. Istraživanje i preispitivanje učinkovitosti sigurno može povećati odgovornosti unutar sustava zdravstva. Hrvatska treba više ekonomije u zdravstvu kao i više zdravstvenih djelatnika koji se bave ekonomijom.