European Commission









State of Health in the EU

Hrvatska

Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019

OECD
BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO

Serija pregleda stanja zdravlja i zdravstvene zaštite

Profili zemalja iz serije *State of Health in the EU* sadržavaju politički relevantan sažeti prikaz zdravlja i zdravstvenih sustava u EU-u / Europskom gospodarskom prostoru. U njima se ističu posebnosti i izazovi svake zemlje te se navode usporedbe raznih zemalja. Svrha profila je oblikovateljima politika i utjecajnim osobama omogućiti uzajamno učenje i dobrovoljnu razmjenu iskustava.

Ti su pregledi plod zajedničkog rada OECD-a i European Observatory on Health Systems and Policies, koji se odvijao u suradnji s Europskom komisijom. Radna skupina zahvalna je na dragocjenim komentarima i prijedlozima mreže Health Systems and Policy Monitor, odbora za zdravlje OECD-a i stručne skupine EU-a za zdravstvene informacije.

Sadržaj

1. GLAVNA OBILJEŽJA 3
2. ZDRAVLJE U HRVATSKOJ 4
3. ČIMBENICI RIZIKA 7
4. ZDRAVSTVENI SUSTAV 9
5. RAD ZDRAVSTVENOG SUSTAVA 13
   5.1. Učinkovitost 13
   5.2. Pristupačnost 16
   5.3. Otpornost 19
6. GLAVNI ZAKLJUČCI 22

Izvori podataka i informacija

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

Izračunani prosjeci EU-a ponderirani su prosjeci 28 država članica, osim ako je drukčije navedeno. Ti prosjeci EU-a ne uključuju Island i Norvešku.

Ovaj je pregled izrađen u kolovozu 2019 na temelju podataka dostupnih u srpnju 2019.

Za preuzimanje proračunske tablice u Excelu koja sadržava sve tablice i grafikone iz ovog pregleda u internetski preglednik unesite sljedeću poveznicu URL: http://www.oecd.org/health/Country-Health-Profiles-2019-Croatia.xls

Demografski i društveno-gospodarski kontekst u Hrvatskoj 2017.

Demografski čimbenici	Hrvatska	EU
Broj stanovnika (procjena sredinom godine)	4 130 000	511 876 000
Udio stanovništva starijeg od 65 (%)	19,6	19,4
Stopa plodnosti[1]	1,4	1,6
Društveno-gospodarski čimbenici		
BDP po stanovniku (PKM[2] EUR)	18 500	30 000
Relativna stopa siromaštva[3] (%)	20,0	16,9
Stopa nezaposlenosti (%)	11,0	7,6

1. Broj rođene djece po jednoj ženskoj osobi u dobi od 15 do 49 godina. 2. Paritet kupovne moći (PKM) definira se kao stopa za konverziju valute kojom se izjednačuje kupovna moć različitih valuta uklanjanjem razlika u cijenama između pojedinih zemalja. 3. Postotak osoba koje imaju manje od 60 % srednje vrijednosti (medijana) ekvivalentnog raspoloživog dohotka.
Izvor: baza podataka Eurostata.

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

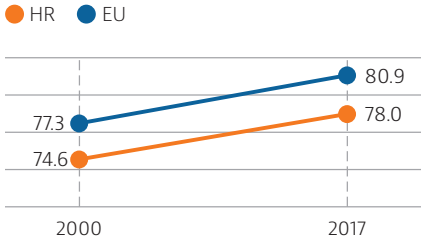
Ovim se dokumentom i svim njegovim podatcima i kartama ne dovode u pitanje status i suverenitet nekog državnog područja, određivanje međunarodnih granica niti nazivi državnih područja, gradova ili manjih područja.

Dodatne izjave o ograničenju odgovornosti Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) dostupne su na poveznici http://www.who.int/bulletin/disclaimer/en/

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2019

1 Glavna obilježja

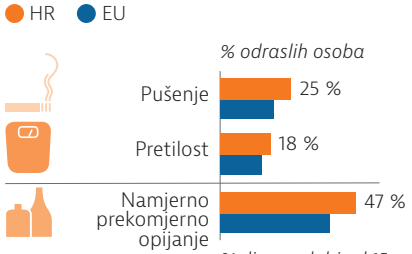
Očekivani životni vijek u Hrvatskoj raste, ali i dalje zaostaje za prosjekom EU-a. Čini se da su društvene nejednakosti u očekivanom životnom vijeku u Hrvatskoj manje izražene no u mnogim drugim zemljama EU-a. Sustav obveznog zdravstvenog osiguranja pruža velik broj usluga cijelom stanovništvu, a za neke je od njih potrebno sudjelovati u troškovima. Nedavne su reforme bile usmjerene i na primarnu i na sekundarnu razinu skrbi, ali dosad su ostvarile tek ograničen uspjeh. Prepoznata je potreba za poboljšanjem kvalitete skrbi, ali za to je potreban konkretan odgovor politike. U nekim hrvatskim županijama nema dovoljno zdravstvenih radnika, a dodatni je problem njihovo iseljavanje.



Očekivani životni vijek pri rođenju, godine

Zdravstveno stanje

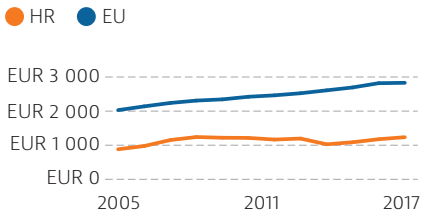
Očekivani životni vijek pri rođenju u Hrvatskoj porastao je 2017. na 78 godina, što je ispod prosjeka EU-a od 80,9 godina. Ishemijska bolest srca i moždani udar dva su najčešća uzroka smrti. Rak pluća najčešći je uzrok smrti od raka, a stopa smrtnosti od te bolesti nije se smanjila od 2000. Povećala se i stopa smrtnosti od dijabetesa. Hrvati u dobi od 65 godina mogu očekivati da će živjeti još 17,4 godine, što je dvije godine više nego 2000., iako će 12 od tih godina živjeti s nekom kroničnom bolešću.



% djece u dobi od 15 i 16 godina, 2015.

Čimbenici rizika

Mnogo je prostora za uklanjanje promjenjivih čimbenika rizika. Četvrtina je odraslih osoba u Hrvatskoj 2014. svakodnevno pušila, što je iznad prosjeka EU-a. Iako je namjerno prekomjerno opijanje ispod prosjeka EU -a za odrasle osobe, javlja se kao problem među adolescentima: mnogo je više tinejdžera izvijestilo o barem jednom slučaju prekomjerne konzumacije alkohola u prethodnom mjesecu nego u većini zemalja EU-a. Stope pretilosti više su od prosjeka EU-a i nastavljaju rasti, posebno među djecom.



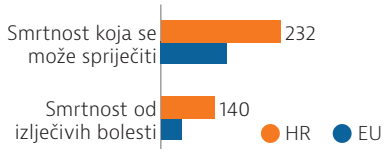
Potrošnja po stanovniku (PKM EUR)

Zdravstveni sustav

Izdatci za zdravstvo po stanovniku 2017. iznosili su 1272 EUR te su bili među najnižima u EU-u, gdje su prosječni izdatci iznosili 2884 EUR. U Hrvatskoj je zdravstvu namijenjeno 6,8 % BDP-a, dok je prosjek EU-a 9,8 %. S druge strane, udio javnih sredstava od 83 % viši je od prosjeka EU-a. Obvezno osiguranje uključuje raznovrsne usluge zdravstvene zaštite, ali naplaćuje se participacija, zbog čega brojni Hrvati ugovaraju dopunsko zdravstveno osiguranje. Izravna plaćanja, koja ne obuhvaćaju dopunsko zdravstveno osiguranje, ukupno su činila 10,5 % izdataka za zdravstvo 2017., što je ispod prosjeka EU-a od 15,8 %.

Učinkovitost

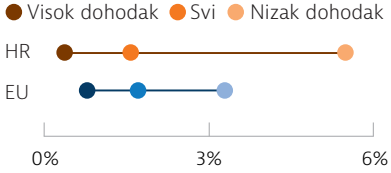
Slabe međusektorske politike za uklanjanje glavnih uzroka lošeg zdravlja pridonose visokim stopama smrtnosti od bolesti koje su se mogle spriječiti i liječiti. Kvaliteta skrbi još je jedan od problema, a nastoji ga se riješiti nacionalnom strategijom.



Dobno standardizirana stopa smrtnosti na 100 000 stanovnika, 2016.

Pristupačnost

Ispitanici su naveli da imaju dobar pristup zdravstvenoj zaštiti, s niskom nezadovoljenošću potreba za zdravstvenom zaštitom. Međutim, postoje znatne razlike među dohodovnim skupinama te su potrebe češće nezadovoljene u starijih osoba. Prepreka pristupačnosti je i zemljopisna udaljenost.



% osoba koje izvješćuju o nezadovoljenim zdravstvenim potrebama, 2017.

Otpornost



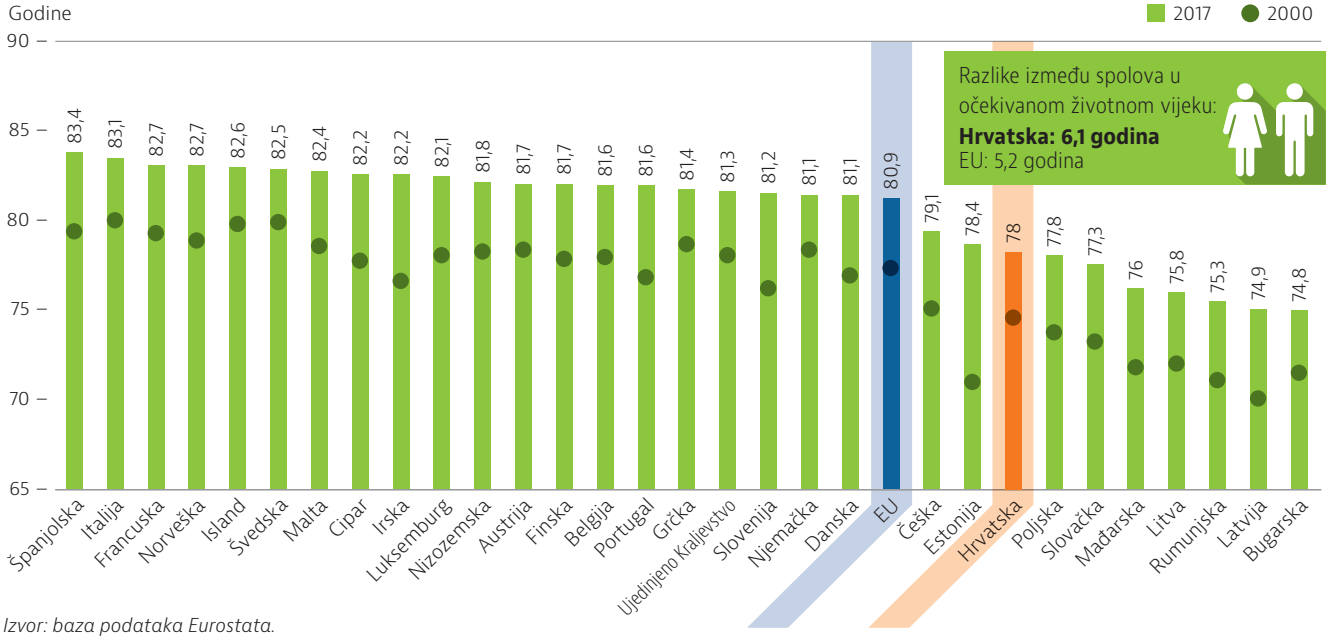
Doprinose socijalnom zdravstvenom osiguranju uplaćuje ograničeni broj subjekata, što je u kombinaciji s visokim bolničkim dugom razlog za zabrinutost u pogledu financijske održivosti zdravstvenog sustava. Jačanje upravljanja i pridobivanje potpore dionika bit će ključni za provedbu reformi.

2 Zdravlje u Hrvatskoj

Očekivani je životni vijek ispod prosjeka EU-a

Iako se u razdoblju od 2000. do 2017. očekivani životni vijek pri rođenju u Hrvatskoj produljio za 3,4 godine, sa 74,6 na 78 godina, razlika spram prosjeka EU-a gotovo se i nije promijenila te iznosi 2,9 godina (slika 1.). Kad je riječ o očekivanom životnom vijeku u Hrvatskoj, razlike između spolova veće su nego u EU-u te žene u prosjeku žive 6,1 godinu dulje no muškarci, dok u Europi ta razlika iznosi 5,2 godine.

Slika 1. Očekivani životni vijek pri rođenju oko tri je godine kraći od prosjeka EU-a



Izvor: baza podataka Eurostata.

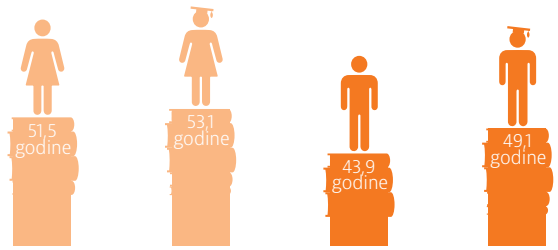
Društvene nejednakosti u očekivanom životnom vijeku uvelike se razlikuju između žena i muškaraca

Čini se da su društvene nejednakosti u očekivanom životnom vijeku manje izražene u Hrvatskoj nego u mnogim drugim zemljama EU-a. Bez obzira na to, muškarci s niskim stupnjem obrazovanja žive oko 5,2 godine kraće od onih koji su završili tercijarno obrazovanje (slika 2.). Razlika kod žena (1,6 godina) daleko je ispod prosjeka EU-a (4,1 godina).

Smrtnost uzrokovana dijabetesom, kroničnom opstruktivnom bolesti pluća i nekim vrstama raka sve je veća

Ishemijska bolest srca 2016. je uzrokovala više od petine svih smrtnih slučajeva (slika 3.). Za razliku od većine zemalja EU-a, stopa smrtnosti od tih bolesti tek se neznatno smanjila u razdoblju od 2000. do 2016. (slika 3.). Unatoč znatnom smanjenju stope smrtnosti, moždani udar i dalje je drugi najčešći uzrok smrti u Hrvatskoj. Rak pluća najčešći je uzrok smrti od raka za Hrvate, a stopa smrtnosti od te bolesti nije se smanjila od 2000. Štoviše, stope smrtnosti od raka pluća, raka dojke i raka debelog crijeva u Hrvatskoj više su nego u ostatku EU-a. Osim toga, stope smrtnosti od dijabetesa i kronične opstruktivne bolesti pluća znatno su se povećale od 2000. Povećanje smrtnosti od izlječivih bolesti, kao što su kronična opstruktivna bolest pluća, rak dojke i rak debelog crijeva, razlog je za zabrinutost (odjeljak 5.1.).

Slika 2. Razlike u obrazovanju kod muškaraca u dobi od 30 godina dovode do razlike od pet godina u očekivanom životnom vijeku



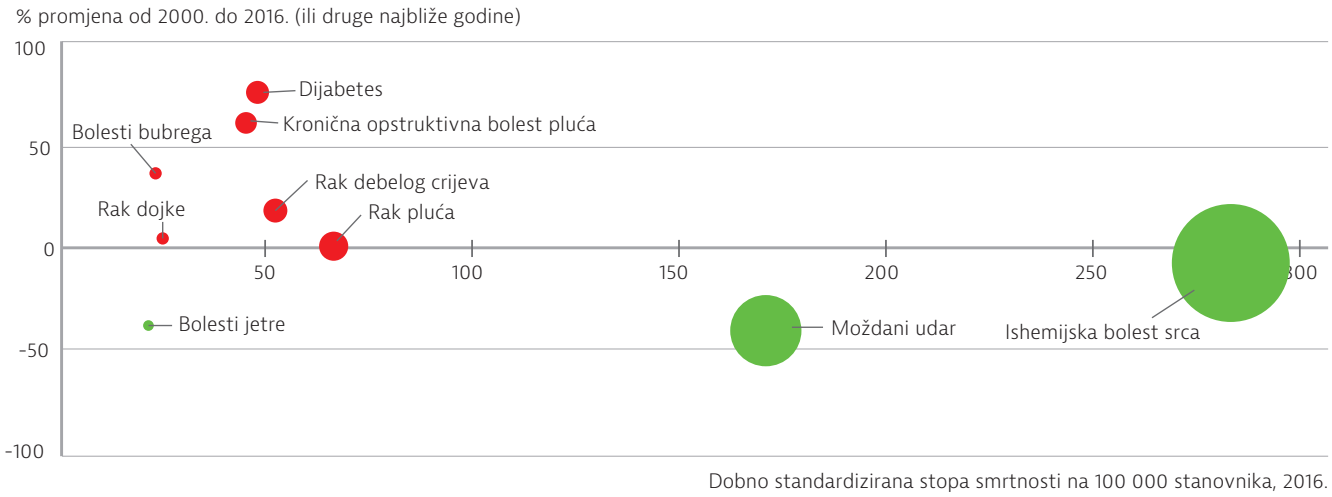
Razlike u obrazovanju pri očekivanom životnom vijeku u dobi od 30 godina:

Hrvatska: 1,6 godine
EU21: 4,1 godine

Hrvatska: 5,2 godine
EU21: 7,6 godine

Napomena: podatci se odnose na očekivani životni vijek u dobi od 30 godina. Visoki stupanj obrazovanja imaju osobe koje su završile tercijarno obrazovanje (ISCED 5–8), dok niski stupanj obrazovanja imaju osobe koje nisu završile sekundarno obrazovanje (ISCED 0–2).
Izvor: baza podataka Eurostata (podatci se odnose na 2016.).

Slika 3. Bolesti srca i krvnih žila glavni su uzroci smrti u Hrvatskoj



Napomena: veličina oblačića razmjerna je stopama smrtnosti 2016.
Izvor: baza podataka Eurostata.

Udio Hrvata koji navode da su dobrog zdravlja niži je no u većini zemalja EU-a

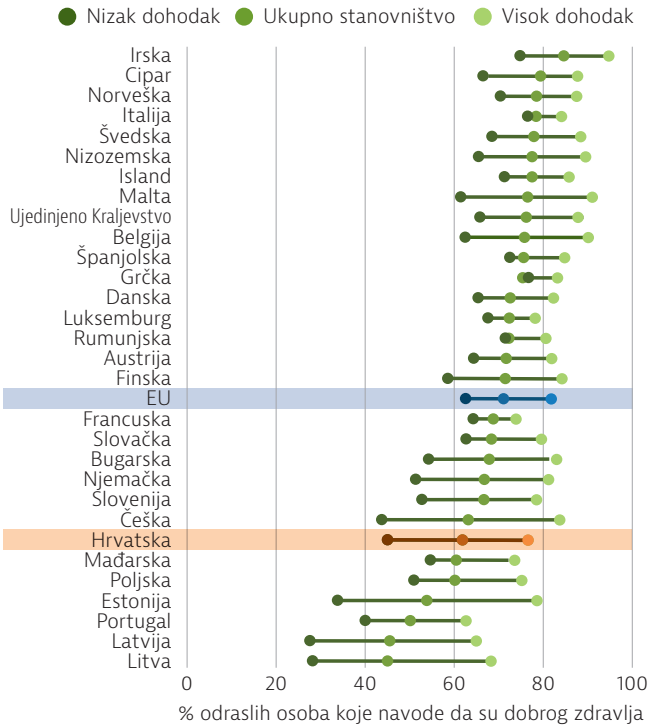
U Hrvatskoj je udio osoba (61 %) koje su 2017. navele da su dobrog zdravlja bio ispod prosjeka EU-a (70 %). Osim toga, razlike u ocjenama vlastitog zdravlja osoba iz različitih dohodovnih skupina relativno su velike (slika 4.). Tri četvrtine osoba iz kvintila s najvišim dohotkom smatra da su dobrog zdravlja, dok to isto tvrdi manje od polovine (44 %) osoba iz kvintila s najnižim dohotkom.

Više od 70 % života nakon 65. godine provodi se uz zdravstvene probleme i poteškoće

U 2017., Hrvati u dobi od 65 godina mogli su očekivati još 17,4 godine života, dvije godine više no 2000. Međutim, više od 12 godina života u tom se razdoblju provodi uz zdravstvene poteškoće (slika 5.). Razlike između spolova u očekivanom životnom vijeku pri dobi od 65 godina (oko 3,5 godina) idu u korist žena (18,9 godina u odnosu na 15,5 godina za muškarce). Međutim, nema razlika između spolova kad je riječ o godinama zdravog života[1] jer žene uglavnom veći dio života nakon 65. godine provode sa zdravstvenim problemima i poteškoćama.

Tri od pet (60 %) Hrvata starijih od 65 godina navode da boluju od barem jedne kronične bolesti, što je više od prosjeka u EU-u. Većina ljudi može nastaviti živjeti samostalno u starijoj dobi, ali svaka peta osoba navodi da se susreće s određenim ograničenjima pri osnovnim svakodnevnim aktivnostima (to su, na primjer, kupanje, lijeganje ili ustajanje iz kreveta), zbog čega bi joj mogla biti potrebna dugotrajna skrb. Taj je udio sličan prosjeku EU-a.

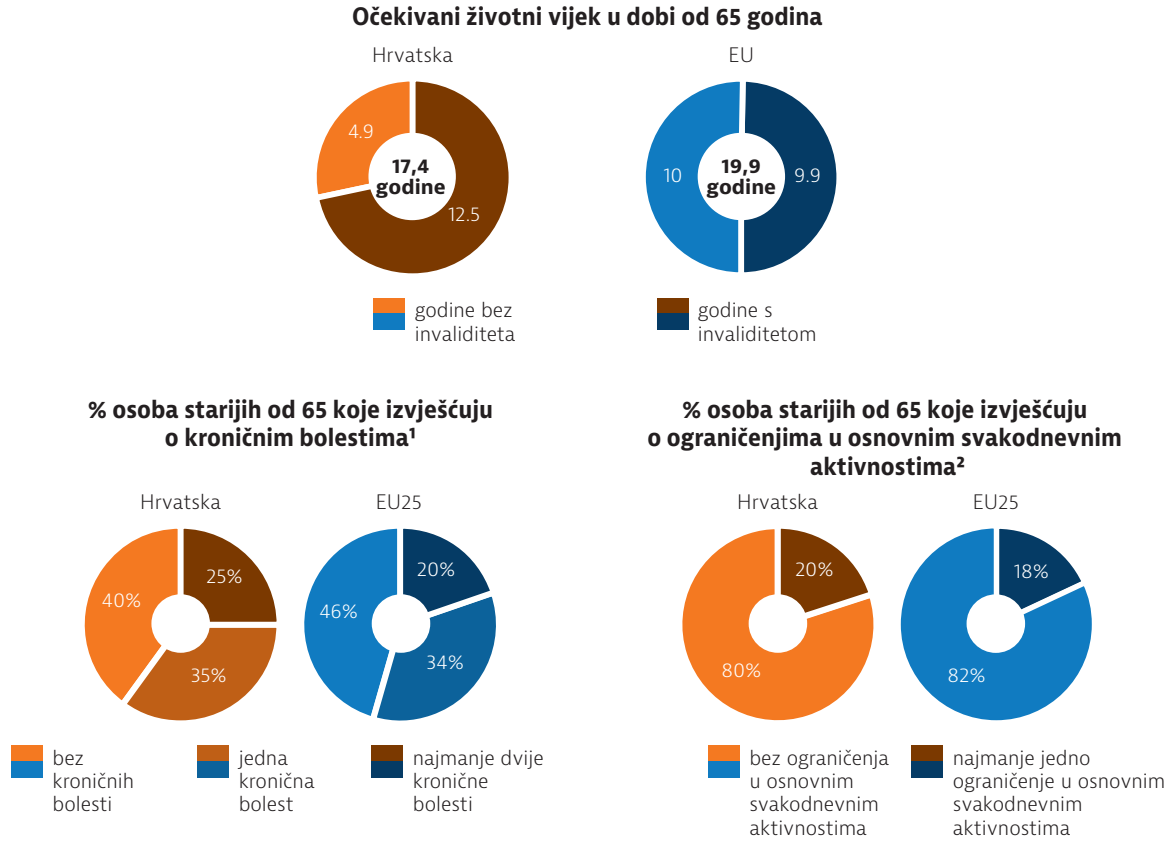
Slika 4. Nejednakosti u ocjeni vlastitog zdravlja po razinama dohotka u Hrvatskoj se znatno razlikuju



Napomena: 1. Udjeli za cijelo stanovništvo i stanovnike s niskim dohotkom otprilike su isti.
Izvor: baza podataka Eurostata, na temelju istraživanja EU-SILC (podatci se odnose na 2017.).

1: *„Godine zdravog života" su godine života tijekom kojih osobe mogu očekivati život bez poteškoća bez obzira na dob.*

Slika 5. Tri od pet osoba starijih od 65 godina navode da boluju od barem jedne kronične bolesti



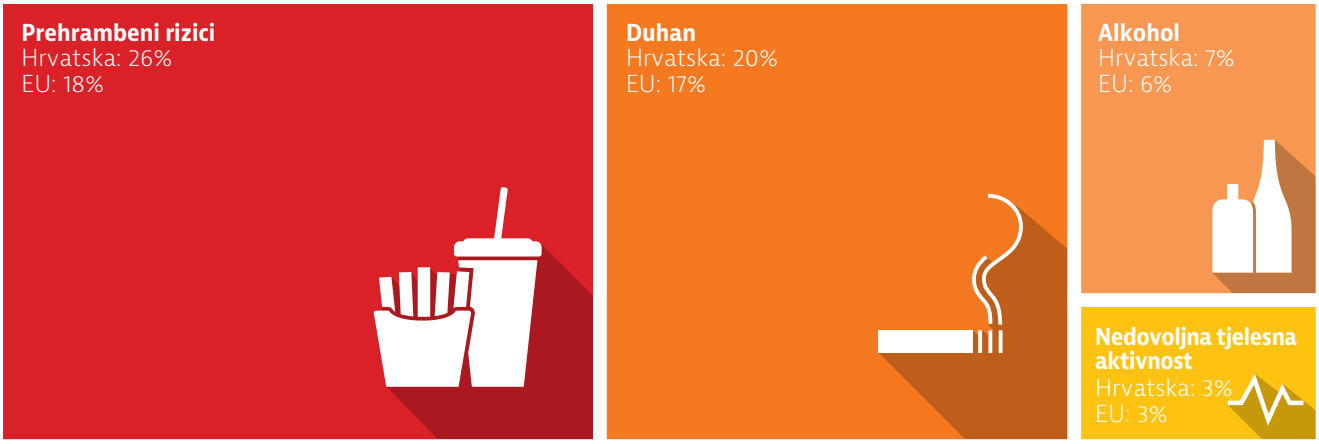
Napomene: 1 Kronične su bolesti, među ostalim, srčani udar, moždani udar, dijabetes, Parkinsonova bolest, Alzheimerova bolest i reumatoidni artritis ili osteoartritis. 2 Osnovne su aktivnosti svakodnevnog života odijevanje, hodanje prostorijom, kupanje ili tuširanje, hranjenje, lijeganje ili ustajanje iz kreveta te upotreba toaleta.
Izvori: baza podataka Eurostata o očekivanom životnom vijeku i godinama zdravog života (podatci se odnose na 2017.). Istraživanje SHARE o drugim pokazateljima (podatci se odnose na 2017.).

3 Čimbenici rizika

Čimbenici rizika povezani s ponašanjem zaslužni su za više od polovine svih smrtnih slučajeva

Nešto više od polovine svih smrtnih slučajeva u Hrvatskoj može se pripisati čimbenicima rizika povezanima s ponašanjem, među kojima su prehrambeni čimbenici, pušenje, konzumacija alkohola i nedovoljna tjelesna aktivnost. Prisutnost tih čimbenika veća je od prosjeka EU-a, posebno kad je riječ o prehrambenim rizicima i duhanu (slika 6.). Četvrtina svih smrtnih slučajeva 2017. može se pripisati rizicima povezanima s prehranom (uključujući nedovoljnu konzumaciju voća i povrća te prekomjernu konzumaciju šećera i soli). Konzumacija duhana (izravna konzumacija i pasivna izloženost dimu) drugi je po redu čimbenik rizika za zdravlje povezan s ponašanjem te je uzrok petine smrtnih slučajeva. Oko 7 % smrtnih slučajeva može se pripisati konzumaciji alkohola, a 3 % smrtnih slučajeva nedovoljnoj tjelesnoj aktivnosti.

Slika 6. Prehrambeni rizici i duhan glavni su čimbenici koji utječu na smrtnost



Napomena: ukupan broj smrtnih slučajeva povezanih s tim čimbenicima rizika (24 281) manji je od zbroja svakog od njih zasebno (28 899) jer se isti smrtni slučajevi mogu pripisati više no jednom čimbeniku rizika. Prehrambeni rizici obuhvaćaju 14 sastavnica kao što su nedovoljna konzumacija voća i povrća te prekomjerna konzumacija pića s visokim udjelom šećera.
Izvor: IHME (2018.), Global Health Data Exchange (procjene se odnose na 2017.).

Pušenje među tinejdžerima u Hrvatskoj treće je po učestalosti u EU-u

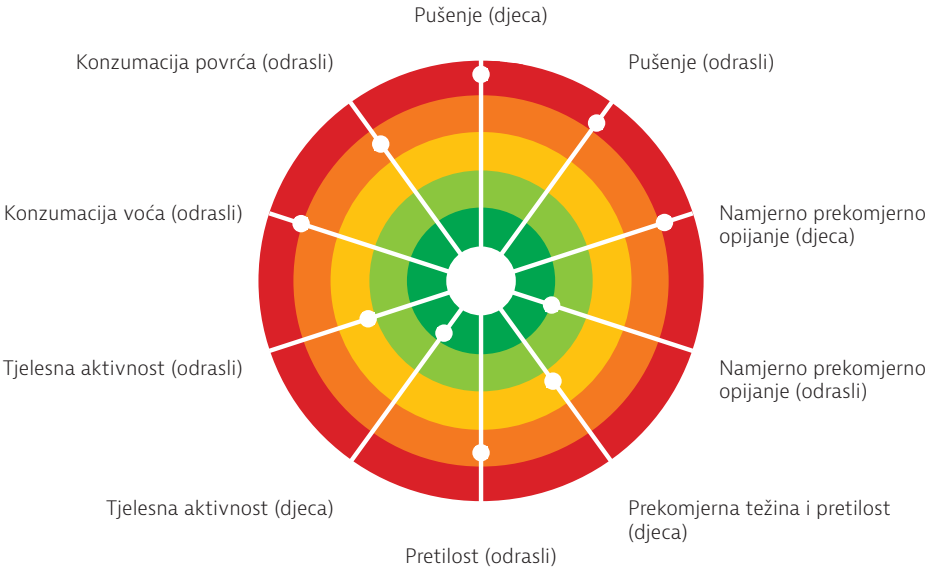
Konzumacija duhana ozbiljno je pitanje javnog zdravstva u Hrvatskoj i kod odraslih osoba i kod djece. Postignut je tek neznatan napredak u smanjenju stopa pušenja, a razlog tome su općenito slabe politike protiv pušenja (odjeljak 5.1.). Oko 25 % odraslih Hrvata 2014. je izjavilo da svakodnevno puši, što je više od prosjeka EU-a (19 %). Svaka peta žena izjavila je 2014. da svakodnevno puši, što je treća najviša stopa u EU-u, nakon Austrije i Grčke. Zabrinjava i redovita potrošnja duhana među tinejdžerima. Trećina dječaka i djevojčica u dobi od 15 i 16 godina izjavila je 2015. da su u prethodnom mjesecu pušili, što je treća najviša stopa u EU-u (slika 7.).

Iako se ukupna konzumacija alkohola smanjila, polovina adolescenata namjerno se prekomjerno opija

Više od polovine (51 %) dječaka u dobi od 15 i 16 godina 2015. je izjavilo da su se barem jednom namjerno prekomjerno opili[2] tijekom prethodnog mjeseca (42 % djevojčica). Ti su udjeli mnogo veći od prosjeka EU-a. Kad je riječ o odraslim osobama, svaka je deseta osoba izjavila da se namjerno prekomjerno opija barem jedanput mjesečno, što je ispod prosjeka EU-a (10,9 % u odnosu na 19,9 %). Međutim, kao i u slučaju mnogih drugih čimbenika rizika, razlika između muškaraca i žena iznimno je izražena (19 % za muškarce i 4 % za žene). Konzumacija alkohola po stanovniku u Hrvatskoj smanjila se s 14 litara 2000. na 10 litara 2016., što je blizu prosjeka EU-a (9,9 litara po stanovniku).

2: Namjerno prekomjerno opijanje definira se kao konzumacija šest ili više alkoholnih pića u jednoj prigodi za odrasle osobe te pet ili više alkoholnih pića za djecu.

Slika 7. Brojni čimbenici rizika za zdravlje u Hrvatskoj su veći nego u većini zemalja EU-a



Napomena: što je točka bliža središtu, to je zemlja uspješnija u odnosu na druge zemlje EU-a. Nijedna od zemalja ne nalazi se u bijelom „ciljnom području" jer u svim zemljama ima prostora za napredak u svim područjima.
Izvori: izračuni OECD-a na temelju istraživanja ESPAD iz 2015. i istraživanja HBSC iz 2013.–2014. za pokazatelje koji se odnose na djecu te istraživanja EU-SILC iz 2017., EHIS 2014. i statističkih podataka OECD-a o zdravstvu iz 2019. za pokazatelje koji se odnose na odrasle osobe.

Petina odraslih osoba je pretila, a stope pretilosti među djecom ubrzano rastu

Gotovo je svaka peta odrasla osoba u Hrvatskoj 2017. bila pretila, što je više od prosjeka EU-a (18 % u odnosu na 15 %). Pretilost je sve veći problem i kod djece. Dok je stopa prekomjerne težine i pretilosti među 15-godišnjacima slična prosjeku EU-a, u razdoblju 2013.–2014. dosegla je 16,5 %, što je znatno povećanje u odnosu na razdoblje 2001.–2002. Prehrambene navike u Hrvatskoj mogu se poboljšati na brojne načine, među ostalim smanjenjem unosa soli i masnoće (posebno trans masti) te povećanjem unosa voća i povrća. Više od polovine odraslih osoba (54 %) ne jede voće svakodnevno, a i konzumacija povrća na vrlo je niskoj razini jer gotovo 45 % odraslih ne jede povrće svakodnevno (slika 7.).

Društveno-gospodarska nejednakost štetno utječe na rizike za zdravlje

Kao i u mnogim drugim zemljama EU-a, velike su razlike u stopama pretilosti između osoba s najnižim i najvišim stupnjem obrazovanja ili razinom dohotka. Za osobe s niskim stupnjem sekundarnog obrazovanja gotovo je dvostruko vjerojatnije da će biti pretile od onih sa sveučilišnim obrazovanjem (22,5 % u odnosu na 12 % 2017.). Isto tako, broj pušača u kvintilu s najnižim dohotkom (30,1 %) 2014. bio je puno veći nego u kvintilu s najvećim dohotkom (21,5 %). Zdravstvene su nejednakosti istaknute u nekoliko dokumenata o nacionalnoj zdravstvenoj politici, no dosad je proveden tek mali broj konkretnih mjera.

4 Zdravstveni sustav

Obvezno javno osiguranje nadopunjuje se dopunskim zdravstvenim osiguranjem

Ministarstvo zdravstva ima upravljačku ulogu u zdravstvenom sustavu i glavno je regulatorno tijelo odgovorno za brojne funkcije, među ostalim razvoj, planiranje i evaluaciju zdravstvene politike, programe javnog zdravstva, regulatorne standarde i osposobljavanje zdravstvenih stručnjaka. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) jedini je osiguravatelj i glavni kupac u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja. Ima ključnu ulogu u ugovaranju zdravstvenih usluga. Dopunsko zdravstveno osiguranje, uglavnom namijenjeno plaćanju participacije za opseg zdravstvenih usluga, dobrovoljno je i kupuje se pojedinačno od HZZO-a (glavni pružatelj usluge) ili nekog od privatnih osiguravatelja. Više od 60 % stanovništva ima dopunsko osiguranje. Posljednjih je godina pokrenuto nekoliko zdravstvenih reformi, ali njihova provedba često stagnira (okvir 1.).

Obuhvaćeno je cjelokupno stanovništvo, a prava uključuju relativno raznovrsne usluge

HZZO pruža zdravstveno osiguranje cjelokupnom stanovništvu i nije moguće izaći iz tog sustava. Uzdržavani članovi obitelji pokriveni su doprinosima zaposlenih članova obitelji, a osobe koje nisu gospodarski aktivne (umirovljenici i nezaposlene osobe) i pripadnici osjetljivih skupina (osobe s invaliditetom te one s niskim dohotkom) oslobođeni su plaćanja doprinosa i pokriveni prijenosima iz državnog proračuna. Opsegusluga je raznolik i obuhvaća većinu vrsta zdravstvenih usluga. Iako je posljednjih godina uvedeno plaćanje participacije, osjetljive skupine od njega su oslobođene te im se tako osigurava određen stupanj financijske zaštite (odjeljak 5.2.).

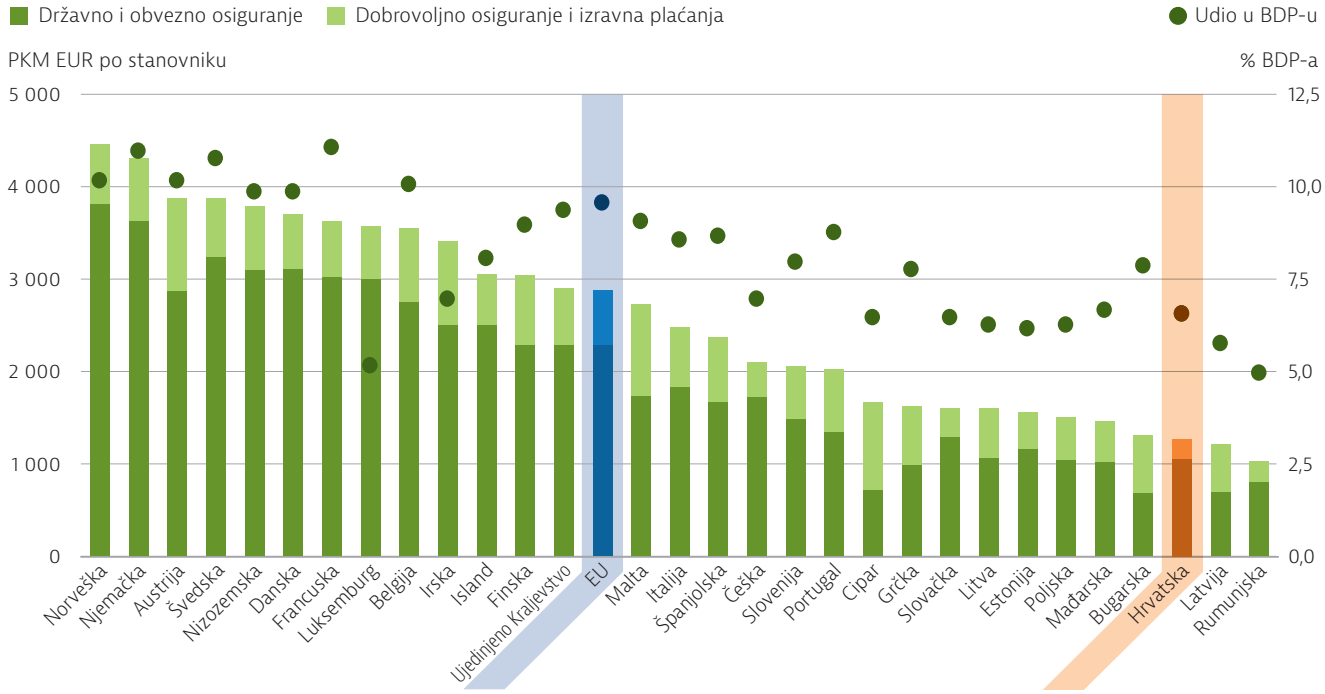
Okvir 1. Reforme su usmjerene i na primarnu i na sekundarnu razinu skrbi

Reforme se u Hrvatskoj nastoje provesti na temelju Nacionalne strategije razvoja zdravstva za razdoblje 2012.–2020., u kojoj su utvrđeni strateški problemi i prioriteti reformi zdravstvenog sektora. Osim toga, u nacionalnim programima reformi (najnoviji je donesen u travnju 2019.) navode se konkretne mjere koje Vlada planira provesti na godišnjoj osnovi. U Strategiji za razdoblje 2012.–2020. predviđa se razvoj i provedba sveobuhvatnog plana za bolnice kako bi se racionalizirale i modernizirale bolničke usluge, ali njegova provedba zaostaje, a inicijative zdravstvenih reformi loše su koordinirane (odjeljak 5.3.). Kad je riječ o primarnoj razini skrbi, najnovijom inicijativom (2018.) dodatno se uređuju privatne prakse u primarnoj skrbi i postavlja ograničenje za domove zdravlja u skladu s kojim 25 % liječnika mora raditi u javnim domovima zdravlja.

Potrošnja za zdravstvo po stanovniku i dalje je niska u odnosu na većinu drugih zemalja EU-a

Posljednjih su nekoliko godina u Hrvatskoj zabilježene velike fluktuacije u potrošnji za zdravstvo po stanovniku. Hrvatska je 2017. bila jedna od tri zemlje s najnižom potrošnjom u EU-u, a ona je iznosila 1272 EUR (prilagođeno za razlike u kupovnoj moći). Potrošnja je kao postotak BDP-a 2017. iznosila 6,8 %, što je ispod prosjeka EU-a od 9,8 %, ali više nego u osam drugih zemalja EU-a (slika 8.). Javni udio u potrošnji za zdravstvo iznosio je 83 %, više nego u većini zemalja s usporedivim razinama potrošnje (odjeljak 5.2.). Izravna plaćanja činila su sveukupno 10,5 % potrošnje za zdravstvo 2017. (izrazito manje od prosjeka EU od 15,8 %), a komponenta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja iznosila je puno više nego što je uobičajeno u zemljama EU-a (6,5 % 2017.).

Slika 8. Hrvatska na zdravstvo po stanovniku troši manje od polovine prosjeka EU-a

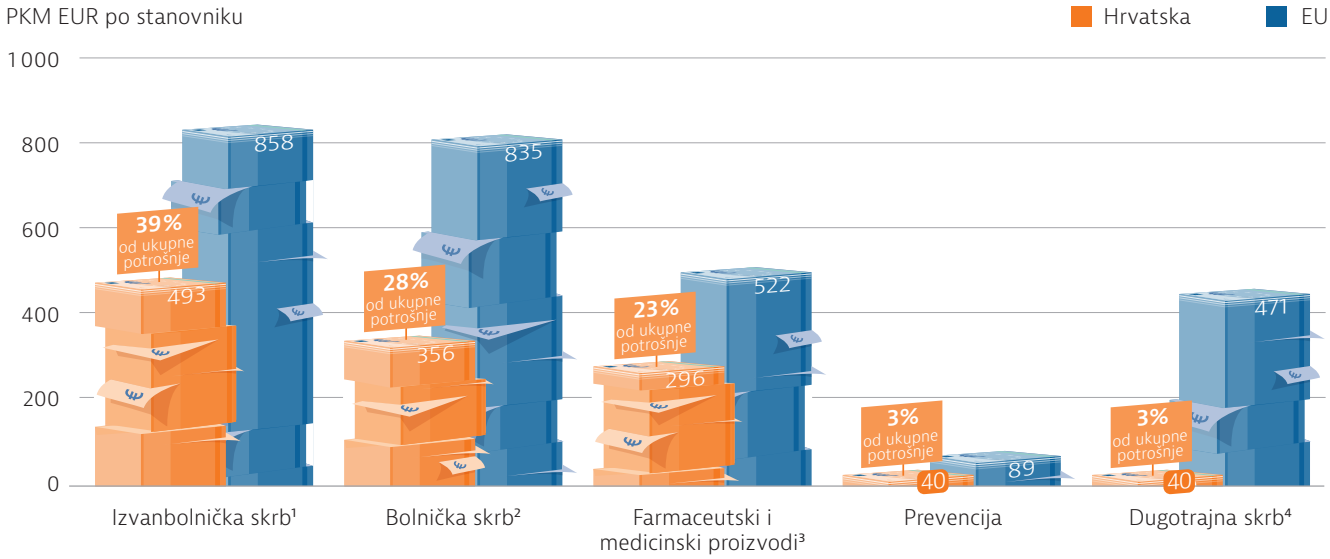


Izvor: statistički podatci OECD-a o zdravstvu iz 2019. (podatci se odnose na 2017.).

Farmaceutski proizvodi čine znatan udio potrošnje za zdravstvo

Više od trećine (38,8 %) ukupne potrošnje za zdravstvo u Hrvatskoj odnosi se na izvanbolničke (ambulantne) usluge (koje čine primarna skrb i specijalistička izvanbolnička skrb koje se obično pružaju na odjelima za ambulantno liječenje). Međutim, u Hrvatskoj se na farmaceutske i medicinske proizvode odnosi mnogo veći dio potrošnje za zdravstvo nego što je to slučaj u mnogim drugim zemljama EU-a, iako je u apsolutnim iznosima (296 EUR po osobi) ispod prosjeka EU-a (slika 9.; vidjeti odjeljak 5.2.). Takva je potrošnja iznosila 23,3 % potrošnje za zdravstvo 2017. (u odnosu na prosjek EU-a od 18,1 %). Za razliku od toga, sredstva za dugotrajnu skrb u Hrvatskoj su činila tek 3,1 % potrošnje za zdravstvo, što je mnogo niže od prosjeka EU-a od 16,3 %, iz čega je vidljivo da formalna dugotrajna skrb još nije dovoljno razvijena i pruža se uglavnom u ustanovama. Potrošnja po stanovniku namijenjena prevenciji manja je od polovine prosjeka EU-a, ali iznosi 3,1 % ukupne potrošnje, što odgovara prosjeku EU-a.

Slika 9. Velik udio sredstava za zdravstvo utrošen je na izvanbolničku skrb i farmaceutske proizvode



Napomene: administrativni troškovi nisu uključeni. 1. Uključuje kućnu njegu; 2. Uključuje liječenje i rehabilitaciju u bolnicama i drugim ustanovama; 3 Uključuje samo izvanbolničko tržište; 4 Uključuje samo zdravstvenu komponentu.
Izvori: statistički podatci OECD-a o zdravstvu iz 2019.; baza podataka Eurostata (podatci se odnose na 2017.).

Zdravstveni sustav i dalje se oslanja na bolničku skrb

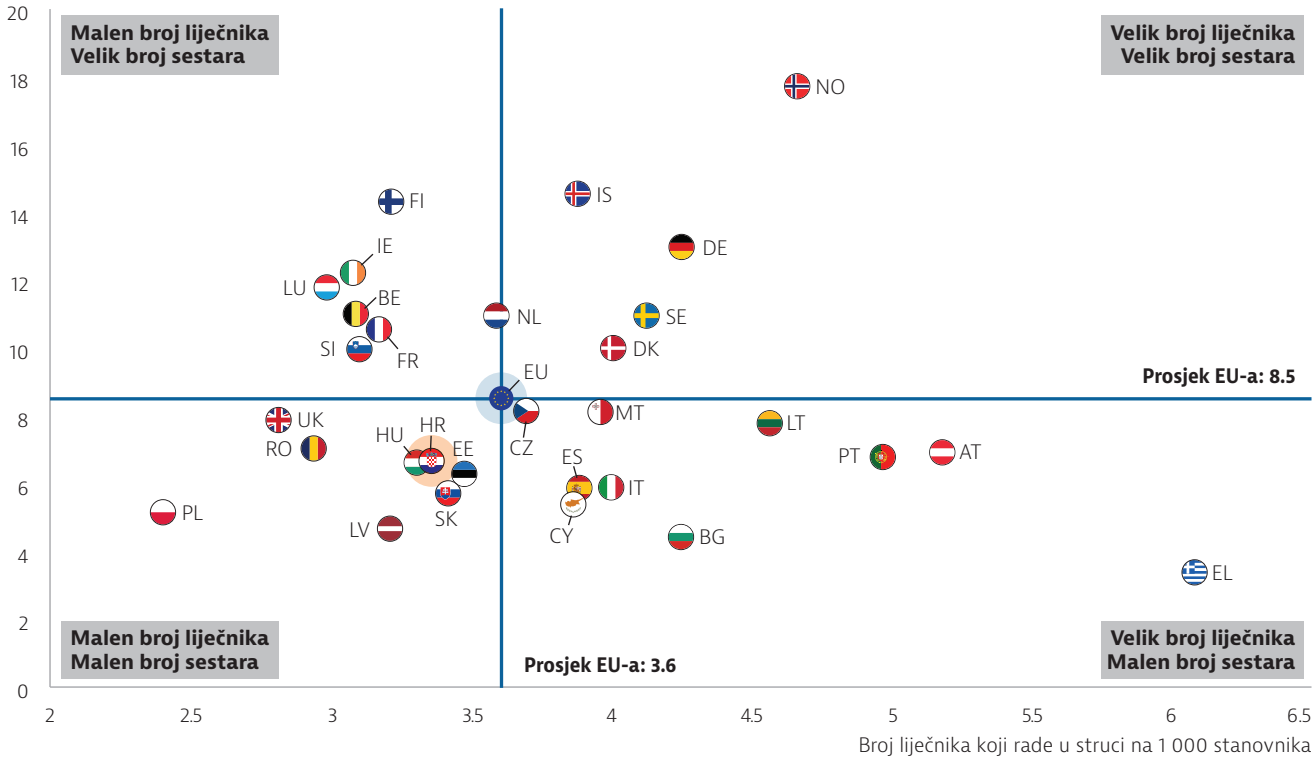
Broj bolničkih kreveta 2017. smanjio se na 5,5 kreveta na 1000 stanovnika sa 6,0 kreveta 2000. U istom se razdoblju broj bolničkih kreveta u EU-u smanjio sa 6,3 na 5,0, što pokazuje da u Hrvatskoj ima još prostora za pružanje usluga izvan bolnica (odjeljak 5.3.). U odnosu na druge države članice EU-a, Hrvatska ima velik broj kreveta u rehabilitacijskim bolnicama i bolnicama za dugotrajnu skrb. Postoje i poteškoće s otpuštanjem pacijenata s akutne na dugotrajnu skrb ili kućnu njegu, koje još nisu dovoljno razvijene.

Prosječna duljina boravka u bolnici posljednjih se godina nastavila smanjivati te je 2017. iznosila 8,4 dana, iako je to i dalje bilo iznad prosjeka EU-a od 7,9 dana, te bi se mogla dodatno smanjiti. Na primjer, kad je riječ o otpuštanjima povezanima s trudnoćom, porođajem i oporavkom, prosječni boravak u bolnici dulji je nego u svim drugim državama članicama EU-a. Broj otpuštanja iz bolnice na 1000 stanovnika sličan je prosjeku EU-a, ali u Hrvatskoj na godišnjoj razini ima manje konzilijarnih pregleda kod liječnika po osobi (6,4 u odnosu na prosjek EU-a od 7,2), što ukazuje na to da ima prostora za premještanje većeg broja usluga na primarnu razinu skrbi.

Povećava se broj liječnika, a posebno broj medicinskih sestara

Hrvatska je u prošlosti imala manje liječnika i medicinskih sestara od mnogih drugih zemalja EU-a, točnije samo 6,6 medicinskih sestara na 1000 stanovnika 2016. (u odnosu na prosjek EU-a od 8,5) i 3,4 liječnika u usporedbi s prosjekom EU-a od 3,6 (slika 10.). Unatoč zabrinutosti zbog posljedica pristupanja Hrvatske EU-u 2013. te potencijalnom iseljavanju zdravstvenih stručnjaka, u razdoblju od 2013. do 2017. porastao je broj liječnika i sestara u odnosu na stanovništvo.

Slika 10. U Hrvatskoj ima manje medicinskih sestara i liječnika nego u mnogim drugim zemljama EU-a



Napomena: kad je riječ o Portugalu i Grčkoj, podatci se odnose na sve liječnike s licencijom za rad, što dovodi do znatno precijenjenog broja liječnika (na primjer, za oko 30 % u Portugalu). U Austriji i Grčkoj broj medicinskih sestara podcijenjen je jer obuhvaća samo sestre zaposlene u bolnicama.
Izvor: baza podataka Eurostata (podatci se odnose na 2017. ili najbližu godinu).

Liječnici primarne skrbi upućuju pacijente na više razine skrbi

Liječnici primarne skrbi, kao što su liječnici obiteljske medicine, pedijatri i ginekolozi, obično su za pacijente prva kontaktna točka u zdravstvenom sustavu te ih upućuju na specijalističku i bolničku skrb (odjeljak 5.2.). Pacijenti se moraju upisati kod liječnika obiteljske medicine (za odrasle osobe) ili pedijatra (za djecu), ali sami biraju liječnika kojeg žele. Većina je liječnika primarne skrbi samozaposlena i radi u vlastitim ordinacijama. HZZO ugovara njihove usluge, a platni okvir uključuje mješovita plaćanja na temelju pokazatelja uspješnosti i kvalitete. U nekoliko se navrata pokušalo provesti reforme sektora primarne skrbi te ukinuti fragmentaciju. Prema posljednjoj reformi s početka 2019. 25 % liječnika primarne skrbi mora biti zaposleno u javnim domovima zdravlja umjesto da rade samostalno u vlastitim ordinacijama.

Većina je bolnica za sekundarnu skrb u vlasništvu županija

Bolnička skrb pruža se u mreži općih i specijalističkih bolnica, a većina je njih u vlasništvu županija. Visoko specijaliziranu tercijarnu skrb pružaju bolnice u vlasništvu središnje države. Specijalizirane izvanbolničke usluge, kao što su konzilijarni pregledi kod specijalista za sekundarnu skrb, uglavnom se pružaju u odjelima bolnica za izvanbolničko liječenje. Od 2009. bolnicama koje imaju ugovor s HZZO-om plaća se na osnovi sustava dijagnostičko-terapijskih skupina (DTS), a cilj je smanjiti troškove i povećati učinkovitost.

Palijativna skrb posljednjih je godina poboljšana

Strategija palijativne skrbi donesena je za razdoblje 2014.–2016., a nakon nje uslijedila je nova strategija za razdoblje 2017.–2020. Te su strategije znatno unaprijedile kapacitete palijativne skrbi, i to poboljšanjem integracije i koordinacije, a ne zahvaljujući razvoju novih struktura. Donesene su smjernice i uvedene usluge za palijativnu skrb u bolničkom i izvanbolničkom okruženju. U strategiji za razdoblje 2017.–2020. predviđa se da sve županije donesu planove za palijativnu skrb na razini županije.

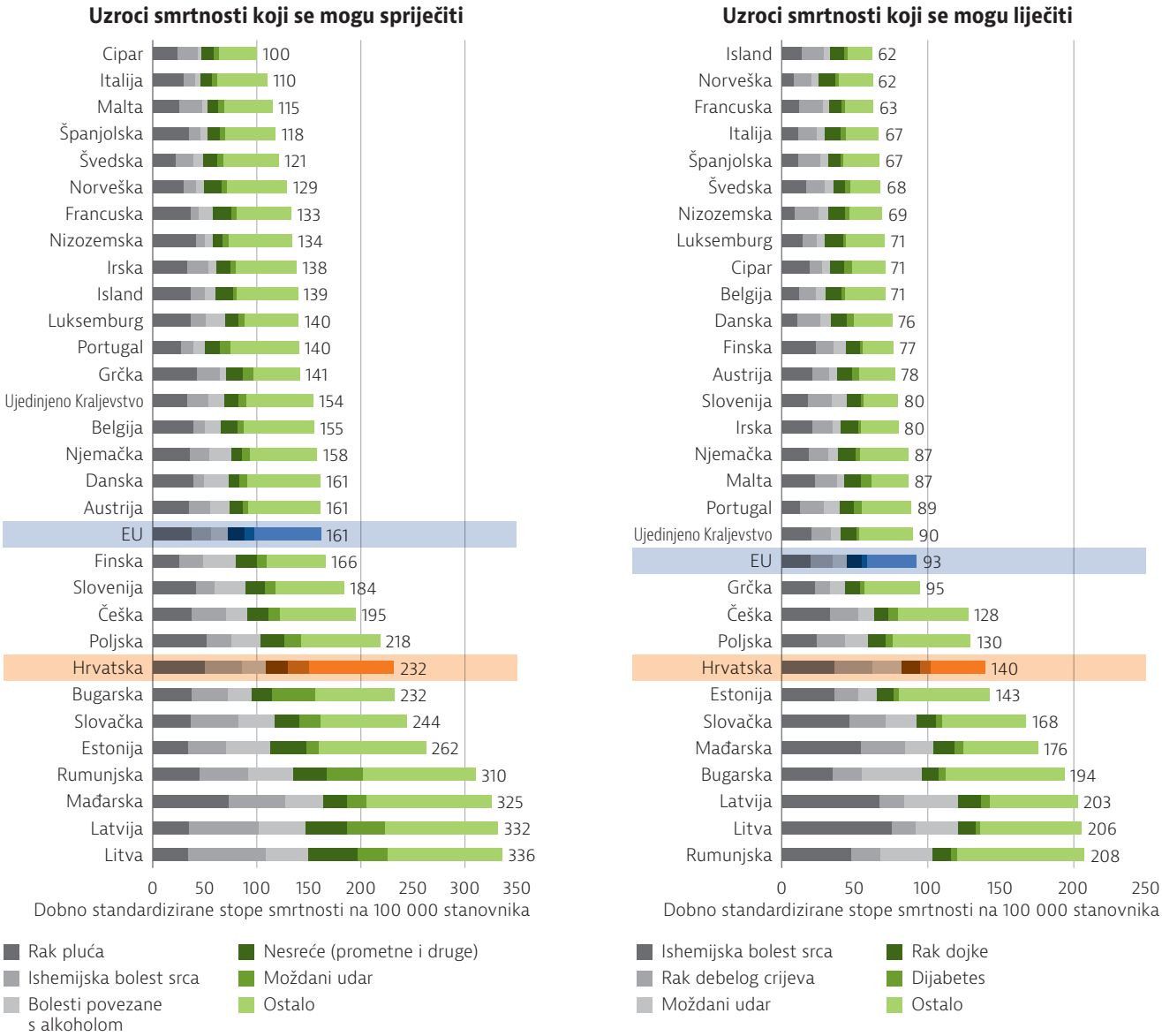
5 Rad zdravstvenog sustava

5.1. Učinkovitost

Stopa smrtnosti koja se može spriječiti posebno je visoka za rak pluća

Stopa smrtnosti koja se može spriječiti znatno je veća od prosjeka EU-a (232 u odnosu na 161 na 100 000; slika 11.). Razlog tomu su djelomično slabe međusektorske politike za uklanjanje glavnih uzroka lošeg zdravlja, kao što su pušenje i loša prehrana (odjeljak 3.). Kako je navedeno u odjeljku 2., rak pluća izaziva zabrinutost. Stopa smrtnosti koja se može spriječiti, a konkretno ona povezana s rakom pluća, treća je najviša u EU-u te je 2016. iznosila 49 na 100 000 stanovnika, što je više od prosjeka EU-a od 37. Ta je visoka stopa djelomično povezana s činjenicom da su politike protiv pušenja u Hrvatskoj i dalje slabe, nema dovoljno nepušačkih zona, a medijske kampanje protiv konzumacije duhana nisu dovoljno razvijene (SZO, 2017.).

Slika 11. Stopa smrtnosti od bolesti koje se mogu spriječiti i liječiti viša je nego u većini drugih zemalja EU-a



Napomena: smrtnost koja se može spriječiti definira se kao smrtni slučajevi koji se mogu izbjeći zahvaljujući intervencijama javnog zdravstva i prevencije u okviru primarne skrbi. Smrtnost od izlječivih bolesti (ili onih koje se mogu izbjeći) definira se kao smrtni slučajevi koji se uglavnom mogu izbjeći zahvaljujući intervencijama zdravstvene zaštite, uključujući preglede i liječenje. Oba se pokazatelja odnose na prijevremenu smrtnost (prije dobi od 75 godina). Podatci se temelje na revidiranim popisima OECD-a/Eurostata.
Izvor: baza podataka Eurostata (podatci se odnose na 2016.).

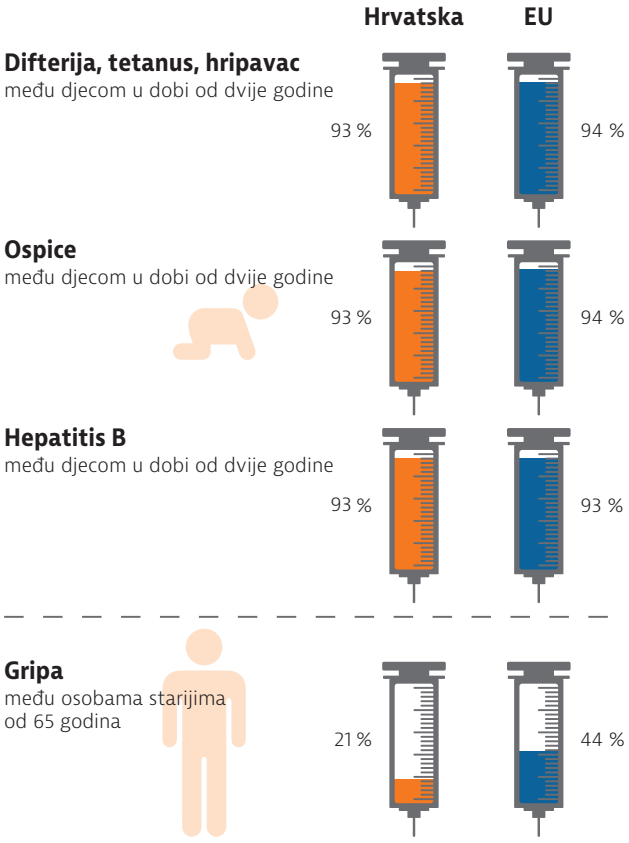
Bolesti srca, konzumacija alkohola i nesreće drugi su važni uzroci smrtnosti koja se može spriječiti

Kad je riječ o ishemijskoj bolesti srca i moždanom udaru, stopa smrtnosti koja se može spriječiti dvostruko je veća od prosjeka EU-a, na što djelomično utječe visoka i sve češća pretilost u Hrvatskoj. Centar za zdravu prehranu i tjelesnu aktivnost otvoren je 2014., a nacionalni plan za smanjenje prekomjernog unosa soli za razdoblje 2015.–2019. donesen je 2014. Unatoč tome ima još mnogo prostora za proširenje preventivnih programa. Broj smrtnih slučajeva uzrokovanih bolestima povezanima s alkoholom i uslijed prometnih nesreća isto tako prelazi prosjek EU-a. Donesene su politike za nadzor konzumacije alkohola, a to uključuje određivanje minimalne dobi od 18 godina za kupnju alkohola u ugostiteljskim objektima ili u trgovinama, no ima prostora za dodatna ograničenja. Hrvatska je donijela Nacionalni program sigurnosti cestovnog prometa za 2011.–2020. koji uključuje niz mjera za sprječavanje prometnih nesreća sa smrtnim posljedicama.

Stope cijepljenja starijih osoba niske su, a smanjuju se i stope cijepljenja djece

Procijepljenost djece smanjuje se posljednjih godina te je 2018. iznosila 93 % za prvu dozu cjepiva protiv ospica kod dvogodišnjaka i 93 % za cjepivo protiv difterije, tetanusa i hripavca (slika 12.), a obje su te stope ispod prosjeka EU-a i ciljne stope od 95 % potrebne za postizanje kolektivnog imuniteta, koju preporučuje SZO. Tako je unatoč činjenici da je cijepljenje djece u Hrvatskoj obvezno i u potpunosti obuhvaćeno sustavom zdravstvenog osiguranja. HZZO osigurava i cijepljenje osoba starijih od 65 godina protiv gripe. Međutim, procijepljenost je i dalje niska te je 2016. iznosila 21 %, što je znatno ispod prosjeka EU-a od 44 % te još i više ispod ciljne stope od 75 % koju preporučuje SZO (slika 12.). Jedna je od glavnih prepreka za procijepljenost pojava snažnog pokreta protiv cijepljenja posljednjih godina. Dosad nije donesena jasna strategija za rješavanje te situacije (Rechel, Richardson & McKee, 2018.).

Slika 12. Stope cijepljenja 2018. bile su niske



Napomena: podatci se odnose na treću dozu cjepiva za difteriju, tetanus, hripavac i hepatitis B te na prvu dozu cjepiva za ospice.
Izvori: podatci portala SZO-a i UNICEF-a za praćenje globalne zdravstvene situacije za djecu (WHO/UNICEF Global Health Observatory Data Repository) (podatci se odnose na 2018.); Statistički podatci OECD-a o zdravstvu iz 2019. i baza podataka Eurostata (za osobe starije od 65 godina) (podatci se odnose na 2018. ili najbližu godinu).

Smrtnost od izlječivih bolesti smanjila se, ali i dalje je viša nego u većini država članica EU-a

Stope smrtnosti od izlječivih bolesti (onih koje se mogu izbjeći) i dalje su vrlo visoke u Hrvatskoj i znatno iznad prosjeka EU-a (140 u odnosu na 93 na 100 000 stanovnika), ali smanjile su se od 2011. Kao i u slučaju smrtnosti od bolesti koje se mogu spriječiti, bolesti srca i krvnih žila imaju veliku ulogu te uzrokuju 40 % smrtnih slučajeva koji su se mogli izbjeći pravodobnim i odgovarajućim liječenjem. Broju smrtnih slučajeva znatno pridonose i rak debelog crijeva te rak dojke, koji uzrokuju 28 % smrtnih slučajeva od izlječivih bolesti (slika 11.).

Obuhvat programâ probira raka raznolik je te je zabilježeno blago poboljšanje stope preživljavanja

Hrvatska je 2006. predstavila svoj prvi program probira raka, usmjeren na rak dojke. Programi probira za rak debelog crijeva i rak vrata maternice pokrenuti su 2007. odnosno 2012. Trenutačno se izrađuje novi nacionalni plan za rak, čiji se početak realizacije očekuje tijekom 2019. Stope obuhvata probira za rak dojke 2017. bile su slične prosjeku EU-a (60 % žena u dobi od 50 do 69 godina izjavilo je da su u posljednja 24 mjeseca bile na pregledu). Kad je riječ o raku vrata maternice, stope probira bile su više od prosjeka EU-a (77,1 % žena u dobi od 20 do 69 godina 2014. izjavilo je da su se podvrgnule brisu vrata maternice u posljednja 24 mjeseca, u odnosu na 66 % žena u EU-u), dok su stope probira za rak debelog crijeva bile niže (13,4 % osoba u dobi od 50 do 74 godine izjavilo je 2014. da su se podvrgnule testu za rak debelog crijeva u posljednjih 12 mjeseci, u odnosu na prosjek EU-a od 18,7 %, na temelju podataka EHIS-a). Međutim, podatci za treći ciklus programa probira za rak debelog crijeva u Hrvatskoj (koji je započeo u travnju 2016. i završio u listopadu 2018. te je obuhvatio osobe rođene između 1941. i 1965.) pokazuju da je testirano 31 % ciljnog stanovništva. Stope petogodišnjeg preživljavanja oboljelih od raka u Hrvatskoj niže su od prosjeka EU-a (slika 13.), iako su zabilježena poboljšanja u razdoblju 2000.–2004. i 2010.–2014.: stope su se povećale s 47 % na 51 % za rak debelog crijeva, sa 74 % na 79 % za rak dojke te sa 66 % na 81 % za rak prostate.

Slika 13. Stope petogodišnjeg preživljavanja oboljelih od raka u Hrvatskoj niže su od prosjeka EU-a



Rak prostate
Hrvatska: 81 %
EU26: 87 %

Rak dojke
Hrvatska: 79 %
EU26: 83 %

Rak debelog crijeva
Hrvatska: 51 %
EU26: 60 %

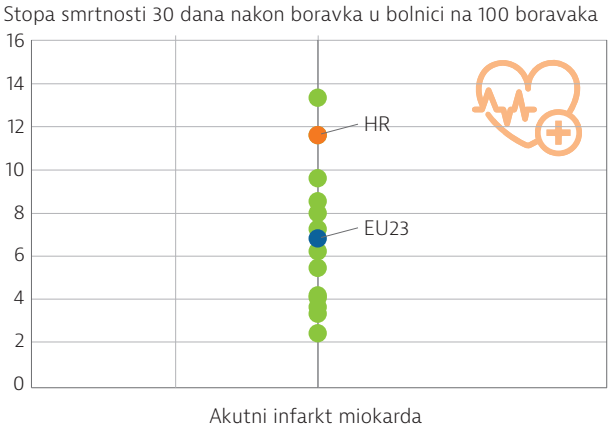
Rak pluća
Hrvatska: 10 %
EU26: 15 %

Napomena: podatci se odnose na osobe kojima je rak dijagnosticiran između 2010. i 2014.
Izvor: program CONCORD, London School of Hygiene & Tropical Medicine.

Kvaliteta skrbi može se uvelike poboljšati

Jedan od strateških ciljeva Nacionalne strategije razvoja zdravstva za razdoblje 2012.–2020. je poboljšati djelotvornost i učinkovitost zdravstvenog sustava, a jedan od prioriteta je poboljšati kvalitetu skrbi, među ostalim nadzorom, izobrazbom, kliničkim smjernicama, akreditacijom, plaćanjem prema kvaliteti te procjenom zdravstvenih tehnologija. Iako je provedena tek nekolicina tih mjera, Agencija za kvalitetu i akreditaciju (sada djeluje u okviru Ministarstva zdravstva) objavila je 2018. rezultate revizije provedene u 28 bolnica tijekom 2016. i 2017. Informacije o stopi smrtnosti u bolnicama u slučaju akutnog infarkta miokarda (AMI ili srčani udar) pokazuju da je stopa smrtnosti viša nego u mnogim drugim zemljama EU-a (slika 14.). To pokazuje da se kvaliteta bolničke skrbi može uvelike poboljšati. Osim toga, antimikrobna otpornost (npr. u slučaju Acinetobacter spp. otpornost u Hrvatskoj veća je nego u svim drugim zemljama EU-a) i dalje je problematično područje (ECDC, 2018.).

Slika 14. Visoka stopa smrtnosti tijekom 30 dana nakon hospitalizacije zbog srčanog udara



Napomena: prikaz se temelji na podatcima o prijemu u bolnicu i standardiziran je prema dobi i spolu za stanovništvo OECD-a koje je 2010. bilo starije od 45 godina i hospitalizirano je zbog srčanog udara.
Izvor: statistički podatci OECD-a o zdravstvu iz 2019. (podatci se odnose na 2017. ili najbližu godinu).

5.2. Pristupačnost

Obvezno osiguranje pokriva raznovrsne usluge

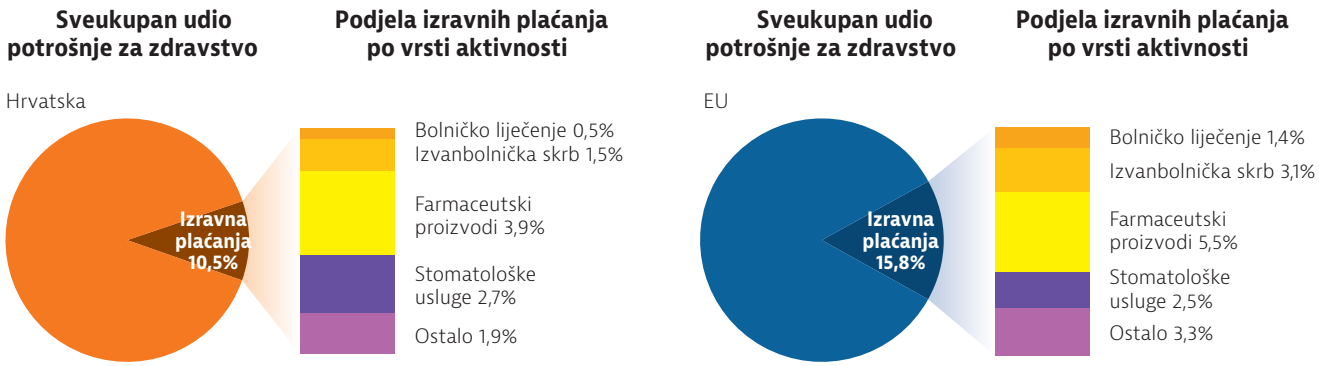
Opseg usluga obuhvaćenih sustavom obveznog zdravstvenog osiguranja uključuje većinu vrsta zdravstvenih usluga (odjeljak 4.). Usluge koje nisu obuhvaćene navedene su na negativnom popisu, osim farmaceutskih proizvoda, za koje se na pozitivnim popisima navodi koji se farmaceutski proizvodi izdaju bez naknade, a za koje pacijenti moraju platiti participaciju (odjeljak 5.3.). Farmaceutske proizvode propisane izvanbolničkim pacijentima koji nisu uvršteni na pozitivan popis moraju u potpunosti plaćati pacijenti.

Uvedene su participacije, ali one uglavnom ne utječu negativno na pristupačnost

Sudjelovanje u troškovima uvedeno je 2003. te je tako smanjen opseg obuhvaćenih usluga (odjeljak 4.). Participacija se sada plaća za dane provedene u bolnici, posjete liječnicima primarne skrbi i farmaceutske proizvode propisane izvan bolničkog okruženja. Međutim, farmaceutski proizvodi koji se propisuju u bolnicama besplatni su, a maksimalni je iznos sudjelovanja u troškovima bolničkog liječenja 2000 HRK (oko 264 EUR) po jednom slučaju bolesti u ustanovi sekundarne ili tercijarne zdravstvene zaštite. Oko 20 % stanovnika Hrvatske oslobođeno je plaćanja troškova. Plaćanja participacije oslobođene su određene skupine stanovnika (npr. djeca, učenici i studenti, osobe s invaliditetom te osobe s niskim dohotkom) te osobe koje su u postupku liječenja određenih bolesti (rak, zarazne bolesti, kronična psihijatrijska bolest, liječenje neplodnosti i prenatalna skrb).

Kako je navedeno u odjeljku 4., unatoč niskoj ukupnoj potrošnji za zdravstvo, Hrvatska velik dio javnih rashoda namjenjuje zdravstvu te su rashodi za izravna plaćanja (10,5 %) uvelike ispod prosjeka EU-a (slika 15.).

Slika 15. Izdatci za izravna plaćanja u Hrvatskoj niži su od prosjeka EU-a

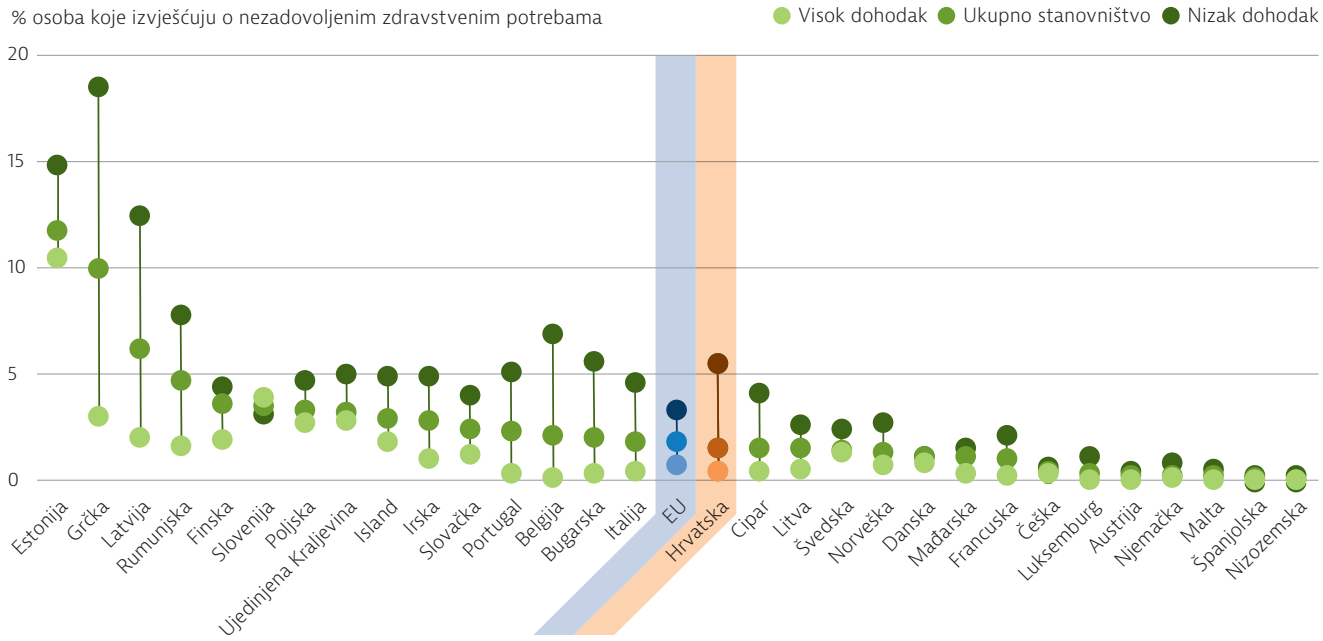


Izvori: statistički podatci OECD-a o zdravstvu iz 2019. (podatci se odnose na 2017.).

Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom skrbi i izdatci koji bi mogli ozbiljno ugroziti životni standard općenito su niski

U Hrvatskoj je zabilježena vrlo niska stopa nezadovoljenih zdravstvenih potreba u skladu s navodima ispitanika (1,6 %). Unatoč oslobođenju od plaćanja participacije, stopa nezadovoljenih potreba mnogo je viša kod skupina s malim dohotkom nego onih s velikim dohotkom (slika 16.). Osim razine dohotka, samoprijavljene nezadovoljene zdravstvene potrebe razlikuju se i ovisno o stupnju obrazovanja, dobi i spolu. Na primjer, stopa nezadovoljenih potreba kod osoba starijih od 65 godina među najvišima je u EU-u. Te razlike mogu ukazivati na probleme u pristupačnosti skrbi.

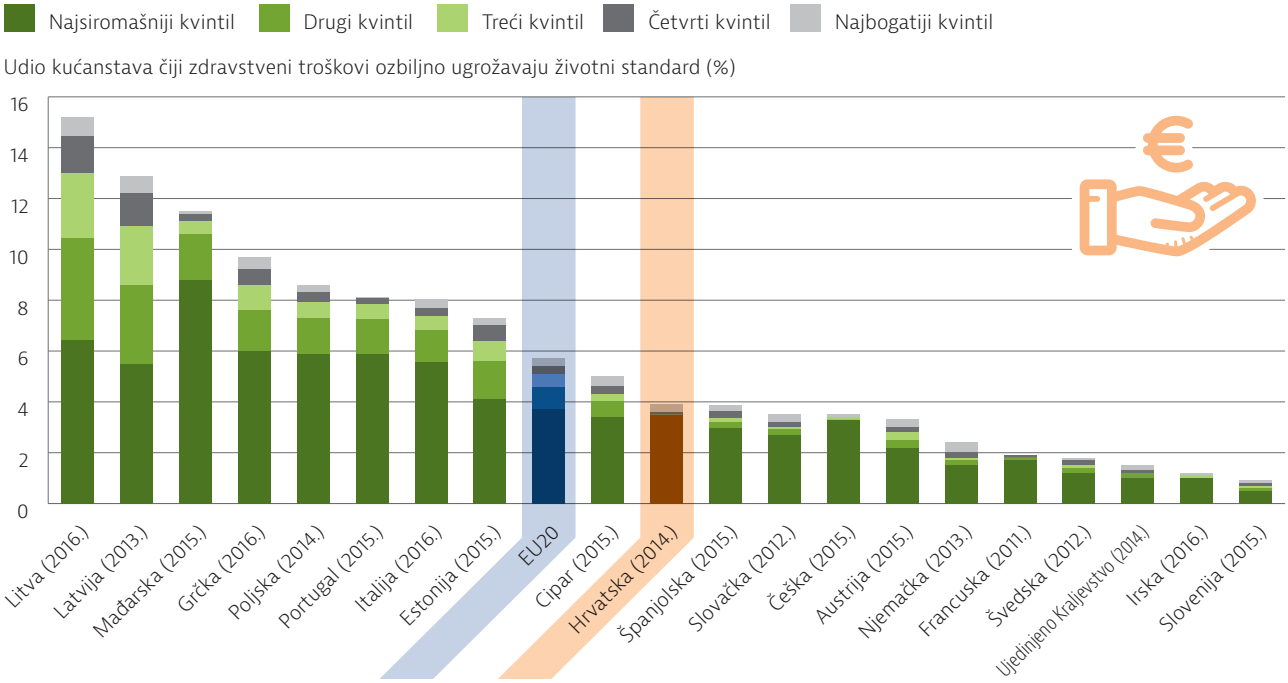
Slika 16. Nezadovoljene zdravstvene potrebe u prosjeku su niže no u EU-u, ali veće su razlike između dohodovnih skupina



Napomena: podatci se odnose na neizvršene liječničke preglede ili neobavljeno liječenje zbog visine troškova, udaljenosti do zdravstvene ustanove ili vremena čekanja. Podatke iz različitih zemalja treba pažljivo uspoređivati jer se korišteni anketni upitnici donekle razlikuju.
Izvor: baza podataka Eurostata, na temelju istraživanja EU-SILC (podatci se odnose na 2017.).

Ukupna zastupljenost izdataka koji bi mogli ozbiljno ugroziti životni standard[3] u Hrvatskoj je relativno niska te je 2014. (posljednja godina za koju su dostupni podatci za Hrvatsku) iznosila 4,0 % (slika 17.). Ta je razina vjerojatno toliko niska zbog niskih razina sudjelovanja u troškovima, oslobođenja od plaćanja te velikog broja ugovorenih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja za plaćanje participacije (Thomson, Cylus & Evetovits, 2019.).

Slika 17. Zdravstveni troškovi koji ozbiljno ugrožavaju životni standard u Hrvatskoj su relativno niski zahvaljujući instrumentima financijske zaštite



Izvor: Regionalni ured SZO-a za Europu, 2019.

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

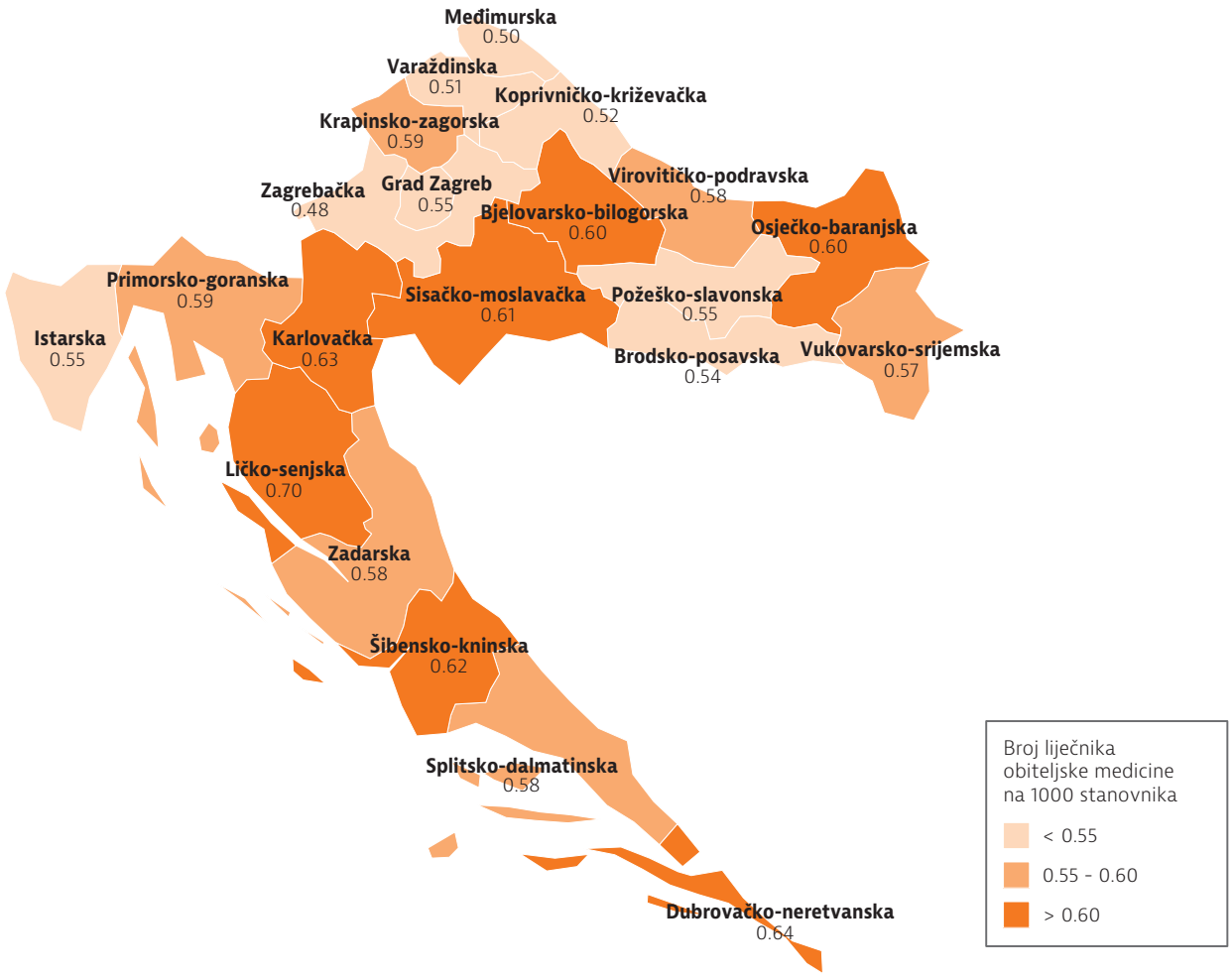
U perifernim područjima ima manje ustanova i zdravstvenih radnika

Zemljopisna raspoređenost zdravstvenih infrastruktura i ljudskih resursa znatno varira. Središnja Hrvatska (uglavnom Zagrebačka županija i Grad Zagreb) ima najveći broj ustanova i zdravstvenih radnika, dok u udaljenim područjima, kao što su jadranski otoci i ruralna područja središnje i istočne Hrvatske, ima manje ustanova i zdravstvenih radnika. Raspoređenost liječnika obiteljske medicine isto se tako znatno razlikuje u cijeloj zemlji (slika 18.). U tri od dvadeset županija nedostaje liječnika primarne zdravstvene skrbi, zbog čega postojeći liječnici rade prekovremeno. Više osoba u Hrvatskoj (0,7 %) nego u bilo kojoj drugoj državi članici EU-a navodi da njihove zdravstvene potrebe nisu zadovoljene zbog udaljenosti, pri čemu je prosjek EU-a 2017. iznosio 0,1 %. Istodobno mnoge bolnice smještene relativno blizu jedna drugoj nude iste vrste usluga. Radi rješavanja tog pitanja pokrenuto je nekoliko reformi, ali one nisu provedene (odjeljak 5.3.).

Poboljšava se pristup primarnoj skrbi u slabije pokrivenim područjima

Hrvatska je provela nekoliko inicijativa za poboljšanje pristupa skrbi u slabije pokrivenim područjima. Sredstva Europskog socijalnog fonda upotrebljavaju se za financiranje medicinskog osposobljavanja i povećanje broja specijalista obiteljske medicine, pedijatrije, kliničke radiologije, hitne medicine te ginekologije i porodništva na tim područjima. Sufinanciranje iz Europskog fonda za regionalni razvoj koristi se za poboljšanje usluga primarne skrbi u četiri od dvadeset županija. Na lokalnoj razini HZZO je uspostavio posebne standarde za male zajednice, a županije su poduzele dodatne mjere za privlačenje i zadržavanje zdravstvenih radnika, kao što su veće plaće ili osiguravanje stanova, ali još nije izvršena evaluacija učinka tih mjera.

Slika 18. Liječnici obiteljske medicine nejednako su raspoređeni po zemlji



Napomena: iz grafičkog je prikaza vidljiv broj liječnika opće prakse koje ugovara HZZO na 1000 stanovnika 2019.
Izvor: HZZO, Podatci o liječnicima (liječnicima opće prakse), 2019.

Planiranje ljudskih resursa u ranoj je fazi razvoja

Planiranje ljudskih resursa i dalje je ograničeno, iako se Hrvatska suočava s nedostatkom liječnika i medicinskih sestara u određenim dijelovima zemlje te prekomjernim brojem nekih drugih vrsta zdravstvenih stručnjaka. Dodatno zabrinjavaju i moguće iseljavanje zdravstvenih stručnjaka nakon pristupanja zemlje EU-u 2013. te niske plaće. Hrvatska ta pitanja nastoji riješiti poticanjem mladih na studij medicine te povećanjima plaća. Vlada je u svibnju 2015. donijela Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu za 2015.–2020., čiji je cilj uspostaviti sustav upravljanja ljudskim resursima, ali dosad je postignut tek ograničen uspjeh.

Uvedene su ubrzane liste čekanja za specijalističko liječenje

Dodatni su problem duge liste čekanja za specijalističko i bolničko liječenje. Da bi se riješilo to pitanje, Ministarstvo zdravstva uvelo je 2017. prioritetnu listu čekanja . U okviru tog novog sustava pacijentima za koje se sumnja da boluju od teških bolesti (kao što je rak) osigurava se ubrzan pristup specijalističkom pregledu nakon što ih na takav pregled uputi liječnik obiteljske medicine. Specijalistički pregled mora se izvršiti u roku od tri dana od tog upućivanja, a liječenje mora započeti u roku od mjesec dana. Zasad dostupne informacije pokazuju da sustav funkcionira kako treba te da većina pacijenata upućenih na specijalistički pregled u okviru tog novog sustava zaista boluje od teških bolesti.

5.3. Otpornost[4]

Javni dug ograničava javnu potrošnju

Hrvatska se još oporavlja od učinaka gospodarske krize zbog koje se u razdoblju od 2008. do 2014. BDP smanjio za više od 12 % te naglog porasta stope nezaposlenosti. Iako se gospodarstvo oporavilo, a stopa nezaposlenosti 2017. smanjila na 11 %, visoke razine javnog duga i dalje znatno ograničavaju javnu potrošnju. Starenje stanovništva više nema toliko veliku ulogu, iako se predviđa da će se zbog njega rashodi za zdravstvo povećati za 0,7 % BDP-a do 2070. (Europska komisija – Odbor za ekonomsku politiku, 2018.). Europska komisija zaključila je da hrvatsko gospodarstvo kratkoročno ne očekuju fiskalni rizici, ali su zbog visokog udjela duga u BDP-u i ranjivosti na moguće makrofiskalne šokove prisutni srednjoročni i dugoročni rizici (Europska komisija, 2019.a).

Bolnički dugovi ugrožavaju financijsku održivost

U Hrvatskoj je već neko vrijeme očito da je potrebno provesti dodatnu reformu sustava plaćanja bolnicama (Europska komisija, 2019.b). Sustav zdravstvenog osiguranja ne prima dovoljno sredstava kako bi se iz njega plaćale javno financirane bolničke usluge, zbog čega nastaju dugovi za HZZO i za bolnice, koji su sredinom 2017. iznosili 1,1 milijardu EUR. Dugovi se zatim plaćaju povremenim prijenosima iz državnog proračuna u sustav. Zbog toga postoji zabrinutost da bi financijska održivost zdravstvenog sustava mogla biti ugrožena gomilanjem duga u sustavu (Europska komisija, 2019.c).

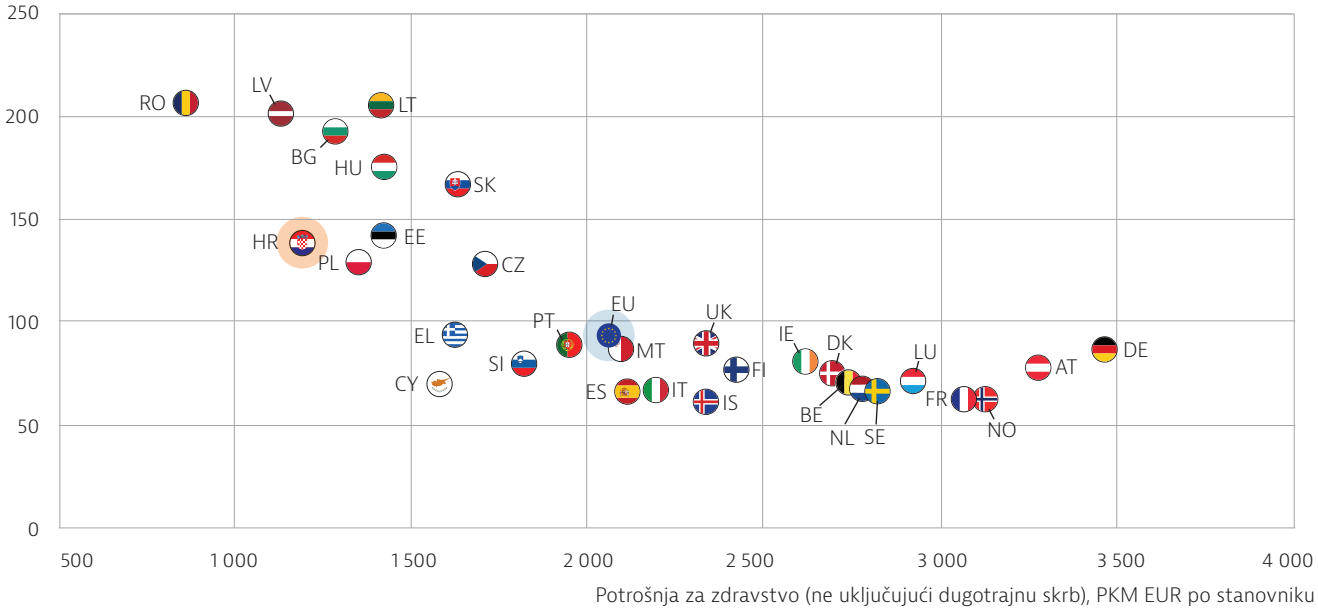
Reforme kojima se nastoji poboljšati učinkovitost većinom su usmjerene na bolnički sektor, ali ostvaren je tek neznatan napredak

Na slici 19. jasno je vidljivo da je Hrvatska u relativno dobrom položaju kad je riječ o stopama smrtnosti od izlječivih bolesti u odnosu na potrošnju za zdravstvo po stanovniku. Ipak, ima mnogo prostora za poboljšanje učinkovitosti zdravstvenog sustava. Bolnički sektor jedno je od glavnih područja u kojima su nužne reforme. Izrađeno je nekoliko nacionalnih planova za bolnice, ali njihov je uspjeh bio vrlo ograničen zbog spore provedbe (Europska komisija, 2019.c).

Nacionalni plan razvoja bolnica za razdoblje 2015.–2016. izrađen je uz potporu EU-a i Svjetske banke, a usmjeren je na poboljšanje djelotvornosti i učinkovitosti putem načela „funkcionalne integracije" (smanjivanje organizacijske složenosti, fiksnih i varijabilnih troškova) i „supsidijarnosti" (umjesto u bolnicama, usluge će se obavljati u izvanbolničkim ustanovama). Osim toga, izrađeni su i planovi za reorganizaciju bolničke skrbi oko četiri klinička centra (Zagreb, Rijeka, Split i Osijek). Budući da je provedba zaustavljena, vlada je 2018. predstavila novi plan razvoja bolnica za razdoblje 2018.–2020. u koji su uključena ista načela i ciljevi za poboljšanje kvalitete.

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

Slika 19. Hrvatski zdravstveni sustav funkcionira relativno dobro kad je riječ o razinama potrošnje, ali ima prostora za unaprjeđenje učinkovitosti



Napomena: prosjek EU-a nije ponderiran samo za podatke o potrošnji za zdravstvo.
Izvor: baza podataka Eurostata: statistički podatci OECD-a o zdravstvu iz 2019.

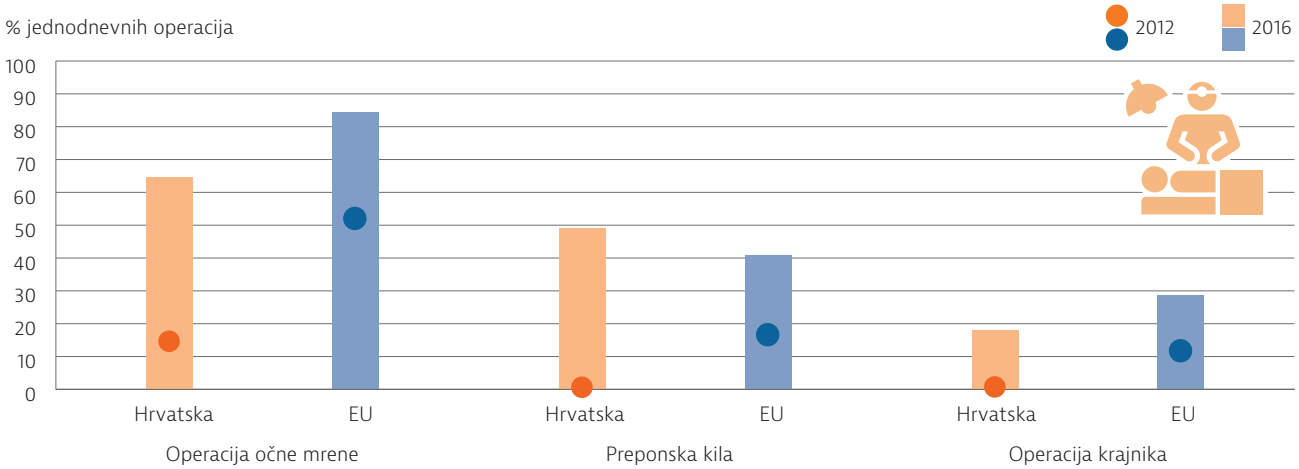
Reformirani su sustavi plaćanja bolnicama

Promjene su uspješno uvedene u sustav plaćanja bolnicama, u kojem su se 2002. počela primjenjivati plaćanja po kliničkom slučaju. Međutim, te promjene same po sebi nisu bile dovoljne za ostvarivanje znatnih ušteda i učinkovitosti. U studiji objavljenoj prije deset godina utvrđeno je da je zahvaljujući novom sustavu plaćanja smanjena prosječna duljina boravka u bolnici, ali nastupile su tek neznatne promjene u broju obrađenih slučajeva i kvaliteti usluga kad se uzmu u obzir ponovni prijemi u bolnicu. Mehanizam plaćanja bolnicama izmijenjen je 2015. te se bolnicama sada unaprijed plaća samo dio njihova mjesečnog prihoda (trenutačno 90 % bolničkog limita), dok se ostatak plaća nakon obavljenih usluga. Bolnice su zato dodatno smanjile prosječnu duljinu boravka. Izrazito su porasli i broj ambulantnih kirurških zahvata (slika 20.) te broj izvanbolničkih pacijenata.

Procjena i akreditacija zdravstvenih tehnologija još su u ranoj fazi razvoja

Hrvatska je 2007. osnovala Agenciju za kvalitetu i akreditaciju u zdravstvu, a jedna od njezinih odgovornosti je i procjena zdravstvenih tehnologija. Službene aktivnosti procjene zdravstvenih tehnologija započele su 2009., ali s ograničenim sredstvima za procjenu novih lijekova ili medicinskih proizvoda[5].

Slika 20. Broj jednodnevnih kirurških zahvata u Hrvatskoj naglo je porastao



Izvori: Statistički podatci OECD-a o zdravstvu iz 2018.; baza podataka Eurostata.

5: *Agencija je trebala imati ključnu ulogu u akreditaciji bolnica, ali ta funkcija nikad nije pokrenuta.*

Agencija od siječnja 2019. djeluje u okviru Ministarstva zdravstva i još nije točno definirana njezina uloga u budućnosti. Odluke o cijenama i nadoknađivanju troškova za lijekove trenutačno donosi HZZO na temelju definiranih kriterija. Daljnji razvoj procjene zdravstvenih tehnologija mogao bi znatno doprinijeti poboljšanju učinkovitosti i transparentnosti zdravstvenog sustava. Imajući to na umu, Hrvatska sudjeluje u zajedničkoj akciji EUnetHTA, europskoj suradnji za promicanje aktivnosti procjene zdravstvenih tehnologija.

Politike kojima se nastojalo smanjiti rashode za farmaceutske proizvode polučile su raznolike rezultate

Unatoč relativno visokom udjelu potrošnje za farmaceutske proizvode (odjeljak 4.), Hrvatska i dalje ima poteškoća s omogućivanjem pristupa vrlo skupim lijekovima (okvir 2.). Visok udio rashoda znak je i nedovoljne učinkovitosti. Međutim, mjere nije moguće provesti zbog nedostatka dijela dokaza: za Hrvatsku nisu dostupni usporedivi podatci o udjelu generičkih lijekova na tržištu farmaceutskih proizvoda.

Provedene su neke mjere kojima se nastoji riješiti pitanje rashoda za farmaceutske proizvode. Među njima su promjene u određivanju cijena i nadoknađivanju troškova, ažuriranje popisa referentnih zemalja za utvrđivanje vanjskih usporednih cijena te praćenje i korekcija količine farmaceutskih proizvoda koje propisuju liječnici. Hrvatska sudjeluje i u prekograničnoj suradnji za zajedničke pregovore s farmaceutskom industrijom o određivanju cijena u okviru skupine iz Vallette (s Ciprom, Grčkom, Irskom, Italijom, Maltom, Portugalom, Rumunjskom, Slovenijom i Španjolskom). Međutim, središnja nabava lijekova namijenjenih bolnicama, važna mjera preporučena u okviru projekta Poboljšanje kvalitete i učinkovitosti zdravstvenog sustava u razdoblju 2014.–2018. uz potporu Svjetske banke, zasad je ostvarena tek djelomično.

Nema strategije za pružanje dugotrajne skrbi

Jedno od područja kojima se treba posvetiti jest razvoj sveobuhvatne strategije za dugotrajnu skrb. Za sustav dugotrajne skrbi zadužene su razne zdravstvene ustanove i ustanove socijalne skrbi te je on zbog fragmentacije često neučinkovit, a to u kombinaciji sa stanovništvom koje ubrzano stari može izazvati velika financijska opterećenja. Zbog nedovoljne dostupnosti usluga u zajednici članovi obitelji, uglavnom žene, preuzimaju na sebe teret pružanja skrbi, što smanjuje njihovo sudjelovanje na tržištu rada (Europska komisija, 2019.b). Osim toga, dugotrajna se skrb pruža i u bolnicama, što bi moglo predstavljati neučinkovito iskorištavanje resursa.

Okvir 2. Nacionalni fond za pomoć pri kupnji vrlo skupih lijekova

Vlada je 2017. uspostavila poseban račun u državnom proračunu na koji pojedinci i organizacije mogu uplaćivati privatne donacije za pomoć financiranju vrlo skupih lijekova koje ne pokriva HZZO. Prikupljena sredstva strogo su namijenjena plaćanju određenih lijekova za liječenje rijetkih ili teških bolesti, a poseban odbor ocjenjuje i odobrava kupnju tih lijekova za svakog pojedinačnog pacijenta.

Rješenja e-zdravstva nisu dovoljno razvijena

Određena rješenja e-zdravstva znatno su poboljšana. Na primjer, primjena e-recepata sada je posve funkcionalna i raširena, a elektronički recepti čine 80 % recepata u ljekarnama. Međutim, elektroničke uputnice i zdravstveni kartoni još su u razvojnoj fazi. Očekuje se da će se planiranim ulaganjima u domove zdravlja poboljšati kapaciteti za daljnji razvoj usluga e-zdravstva (Europska komisija, 2019.c).

Nacionalni planovi za zdravstvo okvir su za donošenje odluka o pružanju usluga

U Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva za razdoblje 2012.–2020. utvrđeni su opća vizija, prioriteti i ciljevi zdravstvenog sustava do 2020. Međutim, dosad nije provedena evaluacija njezine provedbe, a u okviru nekoliko inicijativa (usmjerenih, primjerice, na bolnice i primarnu skrb) pokrenute su nekoordinirane reforme raznih podsektora zdravstvenog sustava. Strategija je većim dijelom usmjerena na restrukturiranje bolničkog sektora, no u tom je području ostvaren tek mali broj konkretnih rezultata.

Nacionalni plan za zdravstvo instrument je za srednjoročno planiranje (s vremenskim okvirom od oko tri godine), a u njemu su utvrđeni općenite zadaće i ciljevi, prioritetna područja i zdravstvene potrebe određenih skupina stanovništva. U Nacionalnom planu za zdravstvo utvrđeni su i odgovornosti za provedbu, rokovi i referentni kriteriji. Umjesto na podrobnim procjenama potreba ti se ciljevi temelje na osnovnom praćenju zdravlja i postojećim strukturama zdravstvenog sustava, no svejedno pružaju okvir unutar kojeg se s pomoću instrumenata godišnjeg planiranja utvrđuje koje bi zdravstvene usluge trebalo pružati stanovništvu.

6 Glavni zaključci

- Očekivani životni vijek u Hrvatskoj sve je dulji, ali i dalje zaostaje za prosjekom EU-a oko tri godine. Jedan je od razloga za tu postojanu razliku nedovoljna učinkovitost intervencija javnog zdravstva. Politike protiv pušenja nedovoljno su razvijene, pušenje u zatvorenim javnim prostorima i dalje je rašireno, a stopa tinejdžera pušača treća je najviša u EU-u. Stope pretilosti su u porastu, posebno među djecom. Smrtnost koja se može spriječiti daleko je iznad prosjeka EU-a.

- Hrvatska je 2017. na zdravstvo potrošila 6,8 % svojeg BDP-a, što je mnogo manje od prosjeka EU-a od 9,8 %. Iako je istodobno i jedna od tri zemlje s najnižom potrošnjom u EU-u kad je riječ o potrošnji za zdravstvo po stanovniku, Hrvatska je zadržala relativno visok udio javne potrošnje, čime je postignuta visoka razina financijske zaštite. Međutim, razine javnog duga i dalje znatno ograničavaju javnu potrošnju za zdravstvo. Osim toga, samo je oko trećina stanovnika obvezna plaćati doprinose za zdravstveno osiguranje, čime se smanjuje osnovica prihoda zdravstvenog sustava.

- Na farmaceutske se proizvode odnosi velik udio potrošnje za zdravstvo, koji je mnogo viši od prosjeka EU-a. Među političkim inicijativama kojima se nastoji riješiti to pitanje je i uvođenje središnje nabave za bolnice, ali postoji mnogo prostora za dodatne mjere, kao što je povećanje udjela generičkih lijekova. Za razliku od toga, vrlo malen dio potrošnje za zdravstvo odnosi se na dugotrajnu skrb, koja je općenito nedovoljno razvijena. Imajući na umu starenje stanovništva, bit će važno povećati dostupnost dugotrajne skrbi u zajednici.

- Udio nezadovoljenih potreba za zdravstvenom skrbi u Hrvatskoj je manji od prosjeka EU-a, ali postoje znatne razlike među dohodovnim skupinama, što je znak mogućih problema u dostupnosti. Konkretno, nezadovoljene potrebe zbog zemljopisne udaljenosti u Hrvatskoj su veće nego u bilo kojoj drugoj državi članici. Osim toga, nezadovoljene potrebe među starijim osobama veće su od prosjeka EU-a. Moguće je poboljšati strateško planiranje ljudskih resursa. Iako je broj liječnika i medicinskih sestara posljednjih godina porastao, oni su nejednako raspoređeni po zemlji, a mnogi odlaze u inozemstvo ili će se uskoro umiroviti.

- Primarna skrb fragmentirana je i, po svemu sudeći, nedovoljno iskorištena u usporedbi s bolničkom i izvanbolničkom skrbi. Dodatni su problem duge liste čekanja za sekundarno i tercijarno liječenje. Ministarstvo zdravstva uvelo je 2017. sustav kojim se pacijentima za koje postoji sumnja da boluju od teških bolesti (kao što je rak) omogućuje ubrzan pristup specijalističkom pregledu nakon što ih na njega uputi liječnik obiteljske medicine. Prema trenutačno dostupnim informacijama, sustav je uspješno proveden.

- Nema dovoljno podataka o kvaliteti skrbi i učinkovitosti zdravstvenih tehnologija. Agencija za kvalitetu i akreditaciju osnovana je 2007., ali odnedavno djeluje u okviru Ministarstva zdravstva te ima ograničenu ulogu i kad je riječ o osiguravanju kvalitete i kad je riječ o akreditaciji. Dostupne informacije o kvaliteti skrbi pokazuju da ima mnogo prostora za poboljšanje zdravstvenog sustava.

- Ključni su problemi strateško planiranje i financiranje bolnica jer bolnice sustavno gomilaju znatne dugove. Iako je sustav plaćanja bolnicama reformiran, nekoliko pokušaja racionalizacije i restrukturiranja cijelog tog sektora stoji na mjestu, što je potaknulo izradu novog plana razvoja bolnica za razdoblje 2018.–2020.

Ključni izvori

Džakula A et al. (2014), *Croatia: Health system review. Health Systems in Transition*, 16(3):1–162.

OECD, EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle.* OECD Publishing, Paris, https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm

Literatura

ECDC (2018), *Surveillance of antimicrobial resistance in Europe 2017 – Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net) 2017.* European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.

European Commission (2019a), *Fiscal Sustainability Report 2018.* Institutional Paper 094. European Commission, Brussels.

European Commission (2019b), *Joint report on health care and long-term care systems and fiscal sustainability – Country documents 2019 update.* Institutional Paper 105. European Commission, Brussels.

European Commission (2019c), *Country Report Croatia 2019. 2019 European Semester.* European Commission, Brussels, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/file_import/2019-european-semester-country-report-croatia_en.pdf

European Commission (DG ECFIN)-EPC (AWG) (2018), *The 2018 Ageing Report – Economic and budgetary projections for the EU Member States (2016-2070).* Institutional Paper 079. May 2018. European Commission, Brussels.

Rechel B, Richardson E, McKee M, eds. (2018), *The organization and delivery of vaccination services in the European Union.* European Observatory on Health Systems and Policies and European Commission, Brussels, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/386684/vaccination-report-eng.pdf?ua=1

Thomson S, Cylus J, Evetovits T (2019), *Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe.* WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

WHO (2017), *WHO Report on the global tobacco epidemic, 2017. Country profile Croatia.* World Health Organization, Geneva.

Popis oznaka zemalja

Austrija	AT	Estonija	EE	Island	IS	Malta	MT	Rumunjska	RO
Belgija	BE	Finska	FI	Italija	IT	Nizozemska	NL	Slovačka	SK
Bugarska	BG	Francuska	FR	Latvija	LV	Njemačka	DE	Slovenija	SI
Češka	CZ	Grčka	EL	Litva	LT	Norveška	NO	Španjolska	ES
Cipar	CY	Hrvatska	HR	Luksemburg	LU	Poljska	PL	Švedska	SE
Danska	DK	Irska	IE	Mađarska	HU	Portugal	PT	Ujedinjeno Kraljevstvo	UK

European Commission

State of Health in the EU
Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019

Profili zemalja važan su sastavni dio ciklusa posredovanja u prikupljanju znanja pod nazivom *State of Health in the EU,* koji je pokrenula i provodi Europska komisija uz financijsku potporu Europske unije. Profili su rezultat zajedničkog rada Organizacije za gospodarsku suradnju i razvoj (OECD) i European Observatory on Health Systems and Policies, koji se odvijao u suradnji s Europskom komisijom.

Sažeti, politički relevantni pregledi zemalja izrađeni su s pomoću transparentne i dosljedne metodologije uz upotrebu kvantitativnih i kvalitativnih podataka, a usto su primjereno prilagođeni kontekstu svake države članice EU-a/EGP-a. Svrha profila je oblikovateljima politika i osobama koje na te politike utječu omogućiti uzajamno učenje i dobrovoljnu razmjenu iskustava.

U svakom profilu zemlje se iznosi sažeti prikaz:

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

Glavne zaključke iznesene u profilima zemalja Komisija nadopunjuje popratnim izvješćem.

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

Pri citiranju se ova publikacija navodi u sljedećem obliku: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019.), *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2019.*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/ European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264389953 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)

OECD BETTER POLICIES FOR BETTER LIVES

European Observatory on Health Systems and Policies
a partnership hosted by WHO