European Commission

State of Health in the EU

Hrvatska

Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021

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 problemi svake zemlje koji se promatraju u kontekstu usporedbe među zemljama. Svrha im 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 6
4. ZDRAVSTVENI SUSTAV 8
5. RAD ZDRAVSTVENOG SUSTAVA 12
   5.1 Efektivnost 12
   5.2 Dostupnost 15
   5.3 Otpornost 18
6. GLAVNI ZAKLJUČCI 22

Izvori podataka i informacija

Podaci i informacije iz ovih profila zemalja uglavnom se temelje na službenoj nacionalnoj statistici dostavljenoj Eurostatu i OECD-u, a potvrđeni 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 podaci dobiveni su i iz Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Europskog centra za sprečavanje i kontrolu bolesti (ECDC), na temelju rezultata anketa u istraživanju o zdravstvenom ponašanju učenika (HBSC), iz Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) te iz ostalih nacionalnih izvora.

Izračunani prosjeci EU-a ponderirani su prosjeci 27 država članica, osim ako je navedeno drukčije. Ti prosjeci EU-a ne uključuju Island i Norvešku.

Ovaj pregled izrađen je u rujnu 2021. na temelju podataka dostupnih krajem kolovoza 2021.

Demografski i društveno-gospodarski kontekst u Hrvatskoj 2020.

Demografski faktori	Hrvatska	EU
Stanovništvo	4 058 165	447 319 916
Udio stanovništva starijeg od 65 (%)	21,0	20,6
Stopa fertiliteta[1] (2019.)	1,5	1,5
Društveno-gospodarski faktori		
BDP po stanovniku (PKM[2] EUR)	19 103	29 801
Relativna stopa siromaštva[3] (%, 2019.)	18,3	16,5
Stopa nezaposlenosti (%)	7,5	7,1

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. Za EU27, 2020. 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.

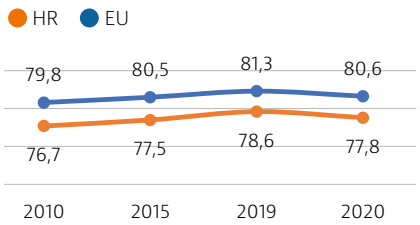
Ovim se dokumentom i svim njegovim podacima i kartama ne dovode u pitanje status i suverenitet nekog državnog područja, određivanje međunarodnih granica ni nazivi državnih područja, gradova ili manjih područja.

Dodatne izjave o ograničenju odgovornosti primjenjuju se za Svjetsku zdravstvenu organizaciju (WHO).

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Glavna obilježja

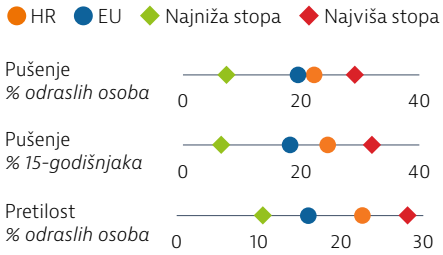
Očekivani životni vijek u Hrvatskoj i dalje je ispod prosjeka EU-a te se 2020. privremeno dodatno smanjio zbog smrtnih slučajeva tijekom pandemije bolesti COVID-19. Iako hrvatski zdravstveni sustav omogućuje jednak pristup širokom rasponu usluga, nezadovoljene potrebe vjerojatno su se povećale za vrijeme pandemije. Zahvaljujući dostatnoj razini fizičke infrastrukture i broju zdravstvenih djelatnika Hrvatska je brzo odgovorila na prvi val pandemije bolesti COVID-19, ali je oklijevala pri ponovnom uvođenju strožih mjera u sljedećim valovima. Stope smrtnosti od uzroka koji se mogu spriječiti i izliječiti prije pandemije bile su relativno visoke, što ukazuje na to da ima prostora za jačanje javnozdravstvenih politika i poboljšanje zdravstvene skrbi.



Očekivani životni vijek pri rođenju, godine

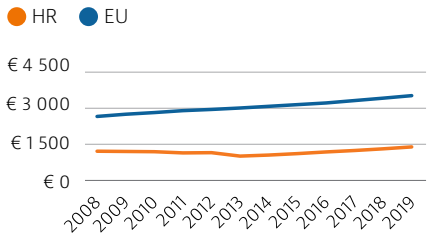
Zdravstveno stanje

Očekivani životni vijek u Hrvatskoj je 2020. bio gotovo tri godine kraći od prosjeka EU-a. Jedan je od razloga za tu postojanu razliku činjenica da je smrtnost od raka u Hrvatskoj među najvišima u EU-u. Bolest COVID-19 postala je treći vodeći uzrok smrtnosti u 2020. Očekivani životni vijek u razdoblju se od 2019. do 2020. privremeno smanjio za nešto više od devet i pol mjeseci na 77,8 godina, što je neznatno više od prosječnog pada na razini EU-a.



Rizični čimbenici

Hrvatska može učiniti mnogo toga da ublaži promjenjive čimbenike rizika za zdravlje, uključujući nezdravu prehranu, pušenje, konzumaciju alkohola i nedostatak tjelesne aktivnosti. Stope pušenja među odraslima su visoke, a među adolescentima među najvišima u EU-u, a velik je i udio pretilih osoba.



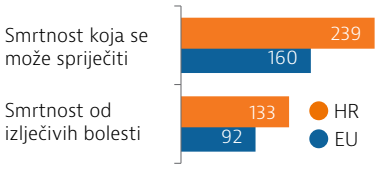
Potrošnja po glavi stanovnika (PKM EUR)

Zdravstveni sustav

Potrošnja za zdravstvo po glavi stanovnika niža je u Hrvatskoj nego u većini drugih zemalja EU-a i posljednjih je godina relativno stabilna. Međutim, javni udio u ukupnim rashodima 2019. iznosio je 81,9 %, odnosno bio je viši nego u većini zemalja EU-a s usporedivim razinama rashoda. Udio javnog financiranja bio je veći od prosjeka EU-a za sva područja skrbi, posebno u područjima dentalne skrbi i lijekova.

Efektivnost

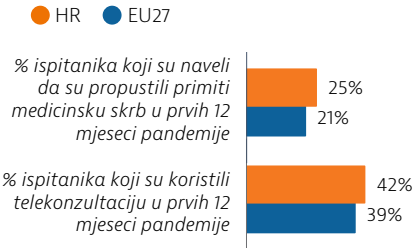
Stope smrtnosti od uzroka koji se mogu spriječiti i izliječiti u Hrvatskoj su daleko iznad prosjeka EU-a. Razlog tome dijelom su slabe međusektorske politike usmjerene na glavne uzroke lošeg zdravlja, kao što su pušenje i loša prehrana, te nedostatno pružanje pravovremene i efektivne skrbi.



Dobno standardizirana stopa smrtnosti na 100 000 stanovnika, 2018.

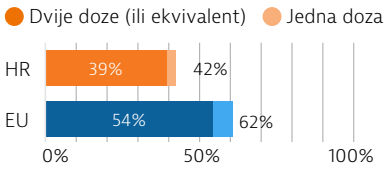
Dostupnost

U prvih 12 mjeseci pandemije znatan udio osoba naveo je da njihove potrebe za zdravstvenom skrbi nisu zadovoljene. S druge strane, udio osoba koji je uslugama pristupao putem telekonzultacija bio je veći nego u EU-u.



Otpornost

Hrvatska je za vrijeme prvog vala pandemije brzo uvela mjere za njezino suzbijanje i uložila dodatne resurse. Drugi ju je val teže pogodio. Do kraja kolovoza 2021. barem jednu dozu cjepiva protiv bolesti COVID-19 primilo je 42 % stanovništva.



Udio ukupnog stanovništva cijepljenog protiv bolesti COVID-19 do kraja kolovoza 2021

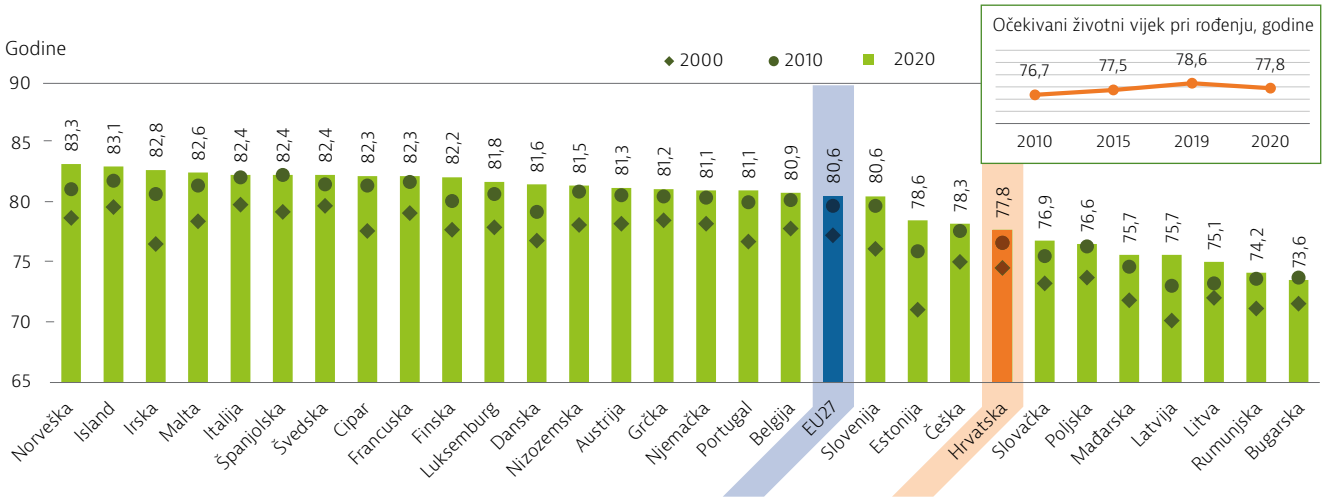
2 Zdravlje u Hrvatskoj

Očekivani životni vijek 2020. smanjio se zbog bolesti COVID-19

Očekivani životni vijek pri rođenju u Hrvatskoj porastao je sa 74,6 godina u 2000. na 77,8 godina u 2020. Najveći rast očekivanog životnog vijeka, za 2,1 godinu, zabilježen je u razdoblju od 2000. do 2010., a u sljedećem je desetljeću nastupilo znatno usporavanje. Od izbijanja pandemije bolesti COVID-19 očekivani se životni vijek u razdoblju od 2019. do 2020. privremeno smanjio za 9,6 mjeseci. To je smanjenje neznatno veće od prosječnog pada od 8,5 mjeseci na razini EU-a. Očekivani životni vijek u Hrvatskoj i dalje je gotovo 3 godine kraći od prosjeka EU-a (slika 1.).

Razlike između spolova u pogledu očekivanog životnog vijeka u Hrvatskoj neznatno su veće nego u EU-u te žene u prosjeku žive 6,2 godine dulje nego muškarci, dok u Europi ta razlika iznosi 5,6 godina.

Slika 1. Očekivani životni vijek u Hrvatskoj i dalje je ispod prosjeka EU-a



Napomena: Prosjek EU-a je ponderiran. Podaci za Irsku odnose se na 2019.
Izvor: baza podataka Eurostata.

Ishemijske bolesti srca i moždani udar najčešći su uzroci smrtnosti

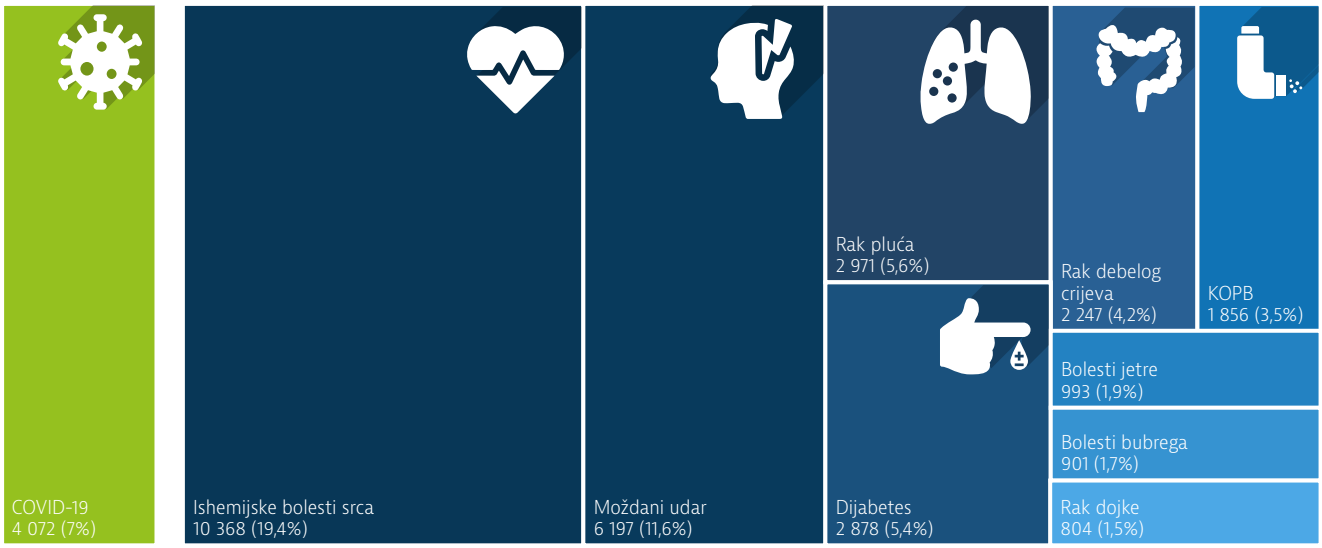
Ishemijske bolesti srca 2018. su uzrokovale gotovo petinu svih smrtnih slučajeva u Hrvatskoj (slika 2.). Za razliku od većine zemalja EU-a (u kojima je taj trend u opadanju), stopa smrtnosti od tih bolesti u razdoblju od 2000. do 2018. bila je relativno stabilna. Moždani udar drugi je najčešći uzrok smrti, pa na njega, unatoč znatnom smanjenju od 2000., otpada gotovo 12 % svih smrtnih slučajeva. Rak pluća najčešći je uzrok smrti od raka, sa 67 smrtnih slučajeva na 100 000 stanovnika 2018. (u usporedbi s prosjekom EU-a od 53), a smrtnost od te vrste raka prilično je stabilna posljednjih desetljeća (pad se bilježi među muškarcima, no među ženama raste). Stope smrtnosti od raka debelog crijeva (52 smrtna slučaja na 100 000 stanovnika 2018., u usporedbi s prosjekom EU-a od 31) u Hrvatskoj su među najvišima u EU-u.

Smrtni slučajevi koji se pripisuju bolesti COVID-19 bili su 2021. mnogo brojniji od prosjeka EU-a.

Bolest COVID-19 u Hrvatskoj je 2020. uzrokovala više od 4000 smrtnih slučajeva (7 % svih smrtnih slučajeva). Do kraja kolovoza 2021. zabilježen je još 4331 smrtni slučaj. Kumulativna stopa smrtnosti od bolesti COVID-19 do kraja kolovoza 2021. u Hrvatskoj je bila gotovo 30 % viša od prosjeka zemalja EU-a te je iznosila 2050 na milijun stanovnika naspram 1590 na milijun stanovnika u Uniji.

Širi pokazatelj prekomjerne smrtnosti, koja se definira kao broj smrtnih slučajeva od svih uzroka koji premašuje očekivanu vrijednost utemeljenu na prethodnim godinama, ukazuje na to da će broj smrtnih slučajeva koji su izravno ili neizravno povezani s bolešću COVID-19 vjerojatno biti veći. Broj prekomjernih smrtnih slučajeva od ožujka do prosinca 2020. bio je otprilike za trećinu veći od evidentiranih smrtnih slučajeva od bolesti COVID-19 (oko 5451 u odnosu na 4072), što može ukazivati na nedovoljno prijavljivanje smrtnih slučajeva od bolesti COVID-19.

Slika 2. Ishemijske bolesti srca i moždani udar najčešći su uzroci smrtnosti



Napomena: Broj i udio smrtnih slučajeva uzrokovanih bolešću COVID-19 odnosi se na 2020., dok se broj i udio drugih uzroka odnosi na 2018. Veličina okvira za COVID-19 razmjerna je veličini ostalih najčešćih uzroka smrti 2018.
Izvori: Eurostat (za uzroke smrti 2018.); ECDC (za smrtne slučajeve uzrokovane bolešću COVID-19 u 2020., do 53. tjedna).

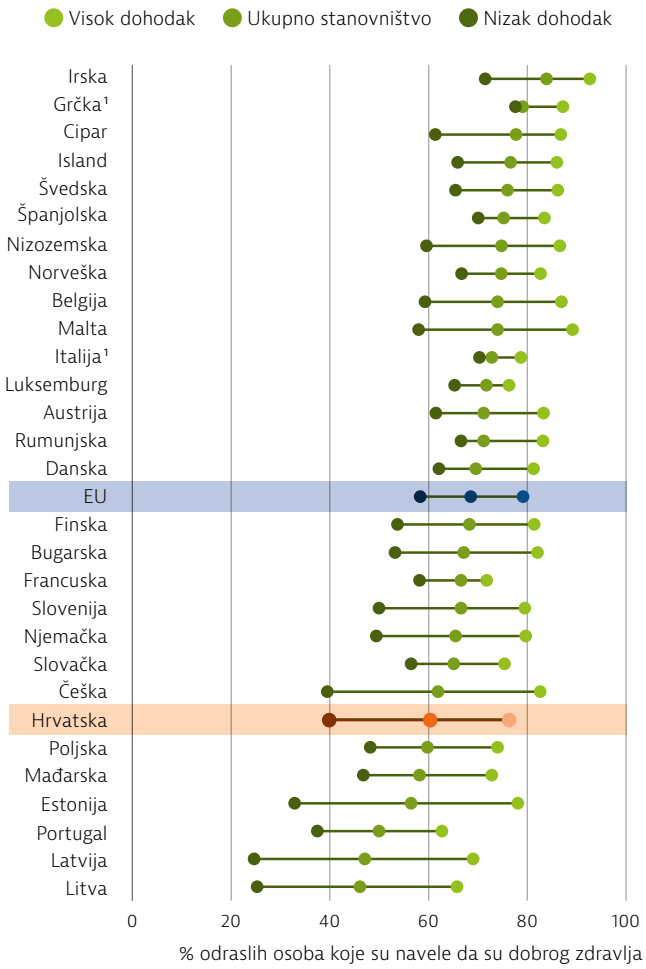
Broj osoba koje navode da su dobrog zdravlja u Hrvatskoj je manji nego u većini zemalja EU-a

Tri od pet osoba (60 % stanovništva) 2019. je navelo da su dobrog zdravlja, a taj je udio niži od prosjeka EU-a (69 %). Razlike u ocjenama vlastitog zdravlja među osobama iz različitih dohodovnih skupina zauzimaju peto mjesto u EU-u (slika 3.). Više od 75 % osoba iz kvintila s najvišim dohotkom smatra da su dobrog zdravlja, dok to isto tvrdi manje od 40 % osoba iz kvintila s najnižim dohotkom.

Više od trećine odraslih osoba u Hrvatskoj boluje od kroničnih bolesti

Više od trećine odraslih Hrvata (37 %) navelo je 2019. da boluje od barem jedne kronične bolesti, što je udio sličan onome u cijelom EU-u (36 %). Mnogi od tih kroničnih zdravstvenih problema povećavaju rizik od ozbiljnih komplikacija zbog bolesti COVID-19. Kao i kod ocjena vlastitog zdravlja, postoji razlika u prevalenciji kroničnih bolesti prema dohodovnoj skupini: više od polovine odraslih osoba (55 %) u skupini s najnižim dohotkom navodi da boluje od barem jedne kronične bolesti, dok to isto navodi tek svaka četvrta osoba (24 %) u skupini s najvišim dohotkom.

Slika 3. Nejednakosti u ocjenama vlastitog zdravlja po razinama dohotka u Hrvatskoj su znatne



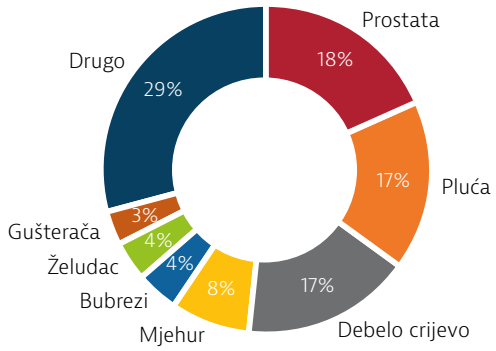
Napomena: 1. Udjeli za ukupno stanovništvo i stanovništvo s niskim dohotkom otprilike su isti.
Izvori: baza podataka Eurostata, na temelju istraživanja EU-SILC (podaci se odnose na 2019.).

Ukupna smrtnost od raka među najvišima je u EU-u

Prema procjenama Zajedničkog istraživačkog centra na temelju trendova incidencije i smrtnosti prethodnih godina, u Hrvatskoj se 2020. očekivalo oko 25 000 novih slučajeva raka i oko 14 000 smrtnih slučajeva uzrokovanih rakom[1]. Ukupna smrtnost od raka u Hrvatskoj među najvišima je u EU-u: Hrvatska je na petom mjestu, sa stopom smrtnosti standardiziranom prema dobi od 324 smrtna slučaja uzrokovana rakom na 100 000 stanovnika 2020., što je znatno iznad prosjeka EU-a, koji iznosi 264 smrtna slučaja na 100 000 stanovnika. Najčešća sijela raka u muškaraca su prostata (18 %), pluća (17 %) i debelo crijevo (17 %), a u žena su najčešći rak dojke (25 %), zatim debelog crijeva (13 %), pluća (8 %) i maternice (7 %) (slika 4.). Hrvatski Nacionalni plan protiv raka za razdoblje 2020. – 2030. donesen je u prosincu 2020. (vidjeti odjeljak 5.1.).

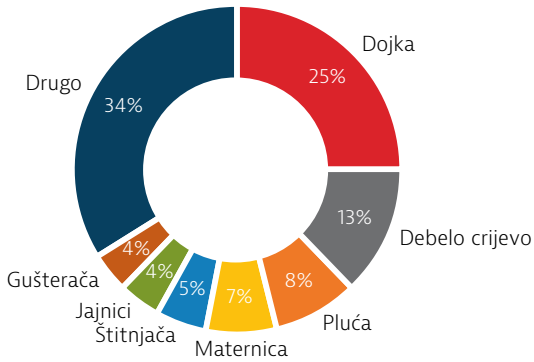
Slika 4. Procijenjeno je da će se 2020. u Hrvatskoj rak dijagnosticirati u 25 000 osoba

Muškarci
13 499 novih slučajeva



Dobno standardizirana stopa (sve vrste raka)
HR: 709 na 100 000 stanovnika
EU: 686 na 100 000 stanovnika

Žene
11 502 nova slučaja



Dobno standardizirana stopa (sve vrste raka)
HR: 467 na 100 000 stanovnika
EU: 484 na 100 000 stanovnika

Napomena: nemelanomski karcinom kože nije uzet u obzir. Rak maternice ne uključuje rak vrata maternice.
Izvori: ECIS – Europski informacijski sustav o raku.

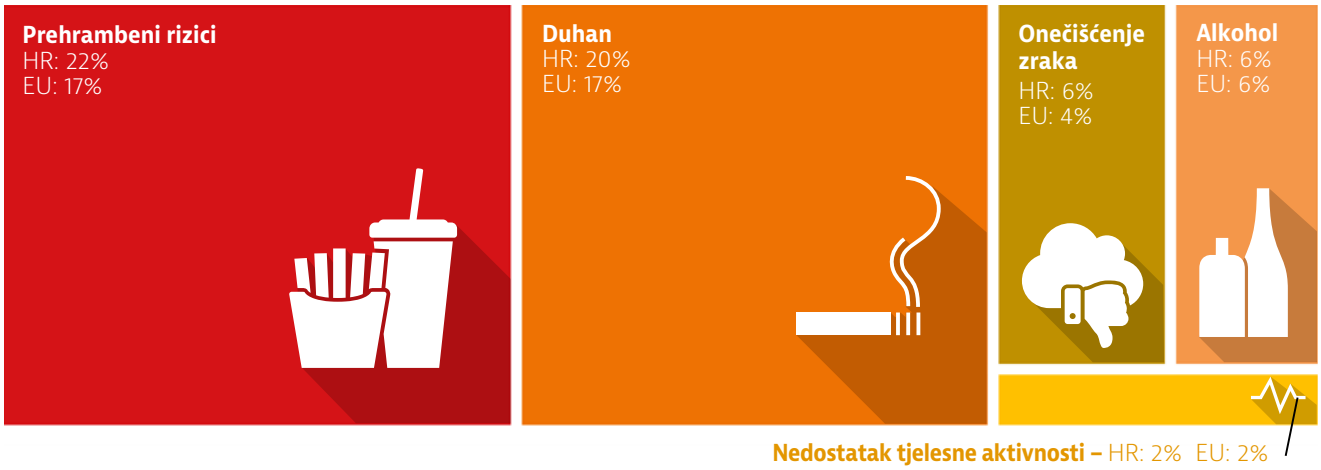
3 Čimbenici rizika

Bihevioralni i okolišni čimbenici rizika vodeći su uzroci smrtnosti

Bihevioralnim čimbenicima rizika, između ostaloga prehrambenim čimbenicima, pušenju, konzumaciji alkohola i nedostatku tjelesne aktivnosti, pripisuje se 44 % svih smrtnih slučajeva u Hrvatskoj 2019., što je iznad prosjeka EU-a (39 %). Više od petine (22 %) svih smrtnih slučajeva može se pripisati prehrambenim rizicima (uključujući nedovoljnu konzumaciju voća i povrća te prekomjeran unos šećera i soli), a taj udio znatno je veći od prosjeka EU-a od 17 % (slika 5.). Konzumacija duhana (izravna konzumacija i pasivna izloženost dimu) drugi je po redu bihevioralni čimbenik rizika koji pridonosi smrtnosti te je uzrok petine smrtnih slučajeva. Oko 6 % svih smrtnih slučajeva može se pripisati konzumaciji alkohola, a oko 2 % smrtnih slučajeva povezano je s nedostatkom tjelesne aktivnosti. Onečišćenje zraka u obliku izloženosti sitnim česticama ($PM_{2,5}$) i ozonu činilo je oko 6 % svih smrtnih slučajeva 2019., a taj je udio veći od prosjeka EU-a.

1. Treba napomenuti da su te procjene izrađene prije pandemije bolesti COVID-19, što može utjecati i na učestalost i na stopu smrtnosti od raka 2020.

Slika 5. Prehrambeni rizici i duhan vodeći su čimbenici koji utječu na smrtnost

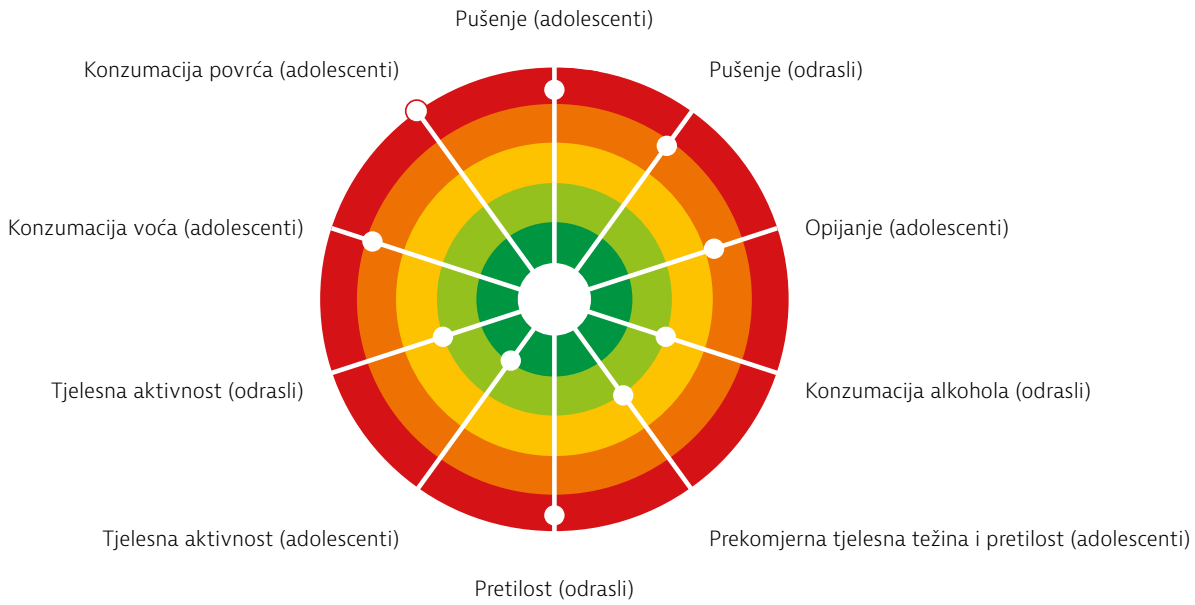


Napomena: ukupan broj smrtnih slučajeva povezanih s tim čimbenicima rizika manji je od zbroja svakog od njih zasebno jer se isti smrtni slučajevi mogu pripisati više no jednom čimbeniku rizika. Prehrambeni rizici obuhvaćaju 14 sastavnica kao što su nedovoljna konzumacija voća i povrća te prekomjerna konzumacija pića s visokim udjelom šećera. Onečišćenje zraka odnosi se na izloženost česticama $PM_{2.5}$ i ozonu.
Izvori: IHME (2020.), Global Health Data Exchange (procjene se odnose na 2019.).

Stope pušenja u Hrvatskoj među najvišima su u EU-u

Konzumacija duhana u Hrvatskoj ozbiljan je javnozdravstveni problem i za odrasle i za adolescente. Postignut je tek neznatan napredak u smanjenju stopa pušenja, a uzrok su tome općenito popustljive politike protiv pušenja (vidjeti odjeljak 5.1.). Više od petine (22 %) odraslih Hrvata 2019. je navelo da puši svakodnevno, a taj je udio viši od prosjeka EU-a, koji iznosi 20 %. Prevalencija pušenja u žena relativno je visoka jer je 2019. svaka peta žena navela da puši svakodnevno. To je treća po visini stopa pušenja među ženama u EU-u (jednaka kao u Grčkoj), iako redovito puši više muškaraca (26 %). Zabrinjava i redovita konzumacija duhana među tinejdžerima. Četvrtina petnaestogodišnjih dječaka i djevojčica navela je 2018. da su prethodnog mjeseca pušili, što je četvrta stopa po visini u EU-u (slika 6.).

Slika 6. Pušenje, pretilost i nezdrava prehrana u Hrvatskoj su češći nego u EU-u



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 anketa HBSC iz 2017.–2018. za pokazatelje koji se odnose na adolescente te istraživanja EU-SILC iz 2017., EHIS iz 2014. i 2019. za pokazatelje koji se odnose na odrasle osobe.

Ukupna se konzumacija alkohola smanjila, ali konzumacija među adolescentima razlog je za zabrinutost

Udio petnaestogodišnjaka koji su izjavili da su bili pijani više od jednom u životu u posljednjih se 15 godina smanjio, ali je 2018. ipak iznosio jednu četvrtinu, što je neznatno iznad prosjeka EU-a (22 %). Od odraslih osoba, njih je 16,6 % navelo da je 2019. namjerno prekomjerno pilo[2] najmanje jedanput mjesečno, što je neznatno ispod prosjeka EU-a (18,5 %). Kao i kod mnogih drugih čimbenika rizika, razlika između muškaraca i žena iznimno je izražena (25 % za muškarce i 10 % za žene). Ukupna konzumacija alkohola po odrasloj osobi u Hrvatskoj se u razdoblju od 2010. do 2019. smanjila za oko 10 % te se izjednačila s prosjekom EU-a za 2019.

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

U Hrvatskoj je 2019. gotovo svaka četvrta odrasla osoba (23 %) bila pretila, što je više od prosjeka EU-a, koji iznosi 16 %. Pretilost je sve veći problem i u djece i adolescenata. Stope prekomjerne težine i pretilosti među petnaestogodišnjacima 2018. su dosegnule 18 %, što je usporedivo s prosjekom EU-a.

Prehrambene navike u Hrvatskoj mogle bi se poboljšati na brojne načine, među ostalim smanjenjem unosa soli i masnoće (posebno trans masti) te većom konzumacijom voća i povrća. Oko 40 % odraslih i više od 70 % adolescenata 2019. nije konzumiralo nijedan komad voća dnevno, a vrlo je niska i stopa konzumacije povrća te je oko 39 % odraslih i 77 % adolescenata izjavilo da ne konzumira povrće svaki dan.

Socioekonomske nejednakosti uvelike se odražavaju na zdravstvene rizike

Kao i u mnogim drugim zemljama EU-a, i u Hrvatskoj postoje velike socioekonomske razlike kad je riječ o stopama pretilosti, a najugroženije su osobe s najnižim stupnjem obrazovanja ili najnižim dohotkom. Za osobe s niskim stupnjem sekundarnog obrazovanja gotovo je dvostruko vjerojatnije da će biti pretile u usporedbi s onima sa sveučilišnim obrazovanjem (23 % u odnosu na 12 % 2017.). Slično tome, broj pušača u kvintilu s najnižim dohotkom (30 %) 2014. bio je puno veći nego u kvintilu s najvećim dohotkom (22 %). Zdravstvene nejednakosti navedene su u nekoliko dokumenata o nacionalnoj zdravstvenoj politici, no provedene su tek malobrojne ciljane mjere.

4 Zdravstveni sustav

Obvezno zdravstveno osiguranje glavni je izvor javnog financiranja

Ministarstvo zdravstva ima upravljačku ulogu u zdravstvenom sustavu i glavno je regulatorno tijelo odgovorno za razvoj, planiranje i evaluaciju zdravstvene politike, javnozdravstvene programe, regulatorne standarde i osposobljavanje zdravstvenih stručnjaka. Odgovor na pandemiju bolesti COVID-19 koordinirao je Nacionalni stožer civilne zaštite pri Ministarstvu unutarnjih poslova u suradnji s Ministarstvom zdravstva i Ministarstvom vanjskih poslova (okvir 1.).

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) jedini je osiguravatelj i glavni kupac zdravstvenih usluga u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja. Ima ključnu ulogu u ugovaranju zdravstvenih usluga. Dopunsko zdravstveno osiguranje, uglavnom namijenjeno plaćanju participacije za usluge unutar paketa 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.

Okvir 1. Odgovor na pandemiju bolesti COVID-19 koordinirao je Nacionalni stožer civilne zaštite

Prije nego što su u Hrvatskoj zabilježeni prvi slučajevi zaraze bolešću COVID-19, osnovana je stručna skupina Ministarstva zdravstva za početak pripreme zdravstvenog sustava za pandemiju. Stručna skupina isprva je imala ulogu koordiniranja komunikacije sa svim dionicima u zemlji. Zbog sve većeg broja zaraženih i potrebe za nadzorom i koordinacijom na višoj razini, nepunih mjesec dana nakon toga osnovan je Nacionalni stožer civilne zaštite, zajedno s lokalnim stožerima civilne zaštite, koji je u veljači 2020. postao glavno koordinacijsko tijelo za odgovor na pandemiju bolesti COVID-19. Hrvatski zavod za javno zdravstvo glavno je tijelo koje regulira nadzor, komunikaciju i međunarodno izvješćivanje.

Izvori: Pregled odgovora zdravstvenih sustava na COVID-19.

2. *Namjerno prekomjerno pijenje definira se kao konzumacija šest ili više alkoholnih pića u jednoj prigodi za odrasle osobe.*

Hrvatska ima univerzalno zdravstveno osiguranje, a paket zdravstvenih usluga je opsežan

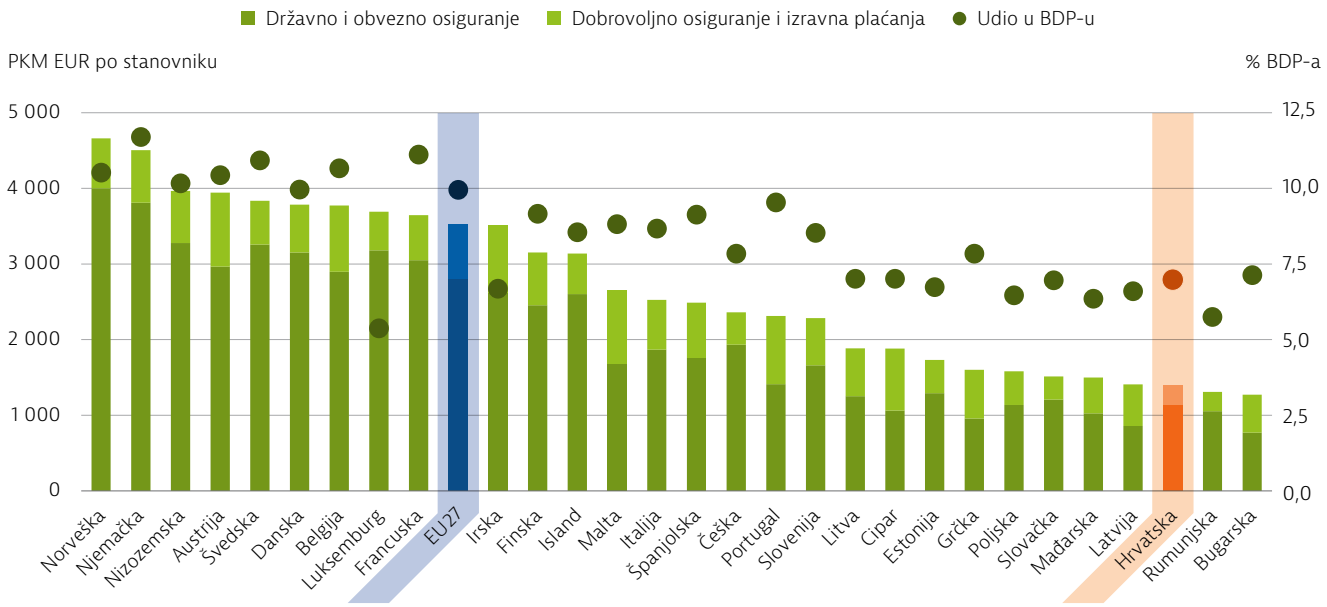
HZZO pruža obvezno zdravstveno osiguranje za cjelokupno stanovništvo. Uzdržavani članovi obitelji pokriveni su doprinosima zaposlenih članova obitelji, a osobe koje nisu poslovno aktivne (kao što su umirovljenici i nezaposlene osobe) i pripadnici ranjivih skupina (kao što su osobe s invaliditetom te one s niskim dohotkom) oslobođeni su od plaćanja doprinosa i pokriveni prijenosima iz državnog proračuna. Paket usluga je opsežan i obuhvaća većinu vrsta preventivnih i kurativnih zdravstvenih usluga. Participacija se plaća za većinu usluga pokrivenih obveznim zdravstvenim osiguranjem, ali ranjive skupine oslobođene su plaćanja, a na sudjelovanje u troškovima primjenjuju se gornje granice, pa se tako osigurava solidan stupanj financijske zaštite (vidjeti odjeljak 5.2.).

Potrošnja za zdravstvo po stanovniku vrlo je niska u usporedbi s većinom drugih zemalja EU-a

Hrvatska na zdravstvo po stanovniku troši manje od većine drugih zemalja EU-a. Potrošnja je 2019. iznosila 1392 EUR po stanovniku (prilagođeno za razlike u kupovnoj moći) i bila jedna od tri najniže u EU-u. Međutim, to je djelomično posljedica relativno niskog BDP-a po stanovniku u zemlji. Rashodi su 2019. činili 7,0 % BDP-a, što je ispod prosjeka EU-a od 9,9 %, ali više nego u sedam drugih zemalja EU-a (slika 7.).

Sveukupno gledajući, javni udio u ukupnim rashodima 2019. iznosio je 81,9 %, odnosno bio je viši nego u većini zemalja s usporedivim razinama rashoda (vidjeti odjeljak 5.2.). Izravna plaćanja činila su 11,5 % rashoda za zdravstvo, što je manje od prosjeka EU-a od 15,4 %, a komponenta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (6,6 % u 2019.) iznosila je više nego što je uobičajeno u zemljama EU-a (prosjek EU-a 4,9 %).

Slika 7. Javni udio u rashodima za zdravstvo veći je nego u većini zemalja s usporedivim razinama rashoda



Napomena: Prosjek EU-a je ponderiran.
Izvor: statistički podaci OECD-a o zdravstvu iz 2021. (podaci se odnose na 2019., osim za Maltu, u slučaju koje se odnose na 2018.).

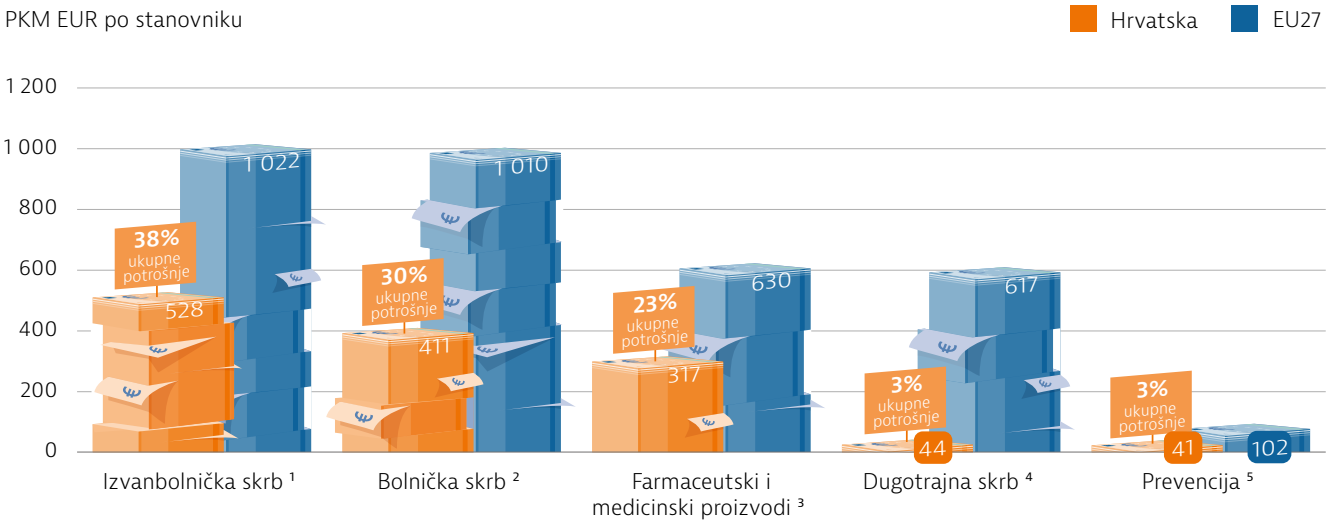
Potrošnja za zdravstvo većinom se odnosi na bolničku i izvanbolničku skrb te lijekove

Više od trećine (37,9 %) trenutačnih rashoda za zdravstvo u Hrvatskoj odlazi na izvanbolničke (ambulantne) usluge, koje obuhvaćaju primarnu skrb i specijalističku izvanbolničku skrb koja se obično pruža na bolničkim polikliničkim jedinicama. U Hrvatskoj na farmaceutske i medicinske proizvode otpada mnogo veći dio rashoda za zdravstvo nego što je to slučaj u mnogim drugim zemljama EU-a, iako je u apsolutnim iznosima (317 EUR po osobi) ispod prosjeka EU-a (slika 8.; vidjeti i odjeljak 5.2.). Takva potrošnja iznosila je 22,8 % rashoda za zdravstvo 2019. (u usporedbi s prosjekom EU-a od 18,4 %). Za razliku od toga, na dugotrajnu skrb u Hrvatskoj se odnosi tek 3,1 % rashoda za zdravstvo (u usporedbi s prosjekom 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 to znači da iznosi 3,0 % ukupnih rashoda, što je neznatno više od prosjeka EU-a, koji iznosi 2,9 %.

Kao odgovor na pandemiju bolesti COVID-19, u ožujku 2020. najavljena su dodatna sredstva u iznosu od 53 milijuna EUR i uložena u zdravstveni sustav. Sredstva za bolnice osigurana su iz državnog proračuna preko HZZO-a.

Slika 8. Većina potrošnje za zdravstvo odnosi se na bolničku i izvanbolničku skrb te lijekove



Napomena: Administrativni troškovi zdravstvenog sustava nisu uključeni. 1. Uključuje kućnu njegu i pomoćne usluge (npr. prijevoz pacijenata); 2. Uključuje liječenje i rehabilitaciju u bolnicama i drugim ustanovama; 3. Uključuje samo izvanbolničke usluge; 4. Uključuje samo zdravstvenu komponentu; 5. Uključuje samo rashode za organizirane programe prevencije. Prosjek EU-a je ponderiran.
Izvori: statistički podatci OECD-a o zdravstvu iz 2021., baza podataka Eurostata (podaci se odnose na 2019.).

Kapacitet bolnica prije pandemije bolesti COVID-19 bio je veći od kapaciteta EU-a općenito

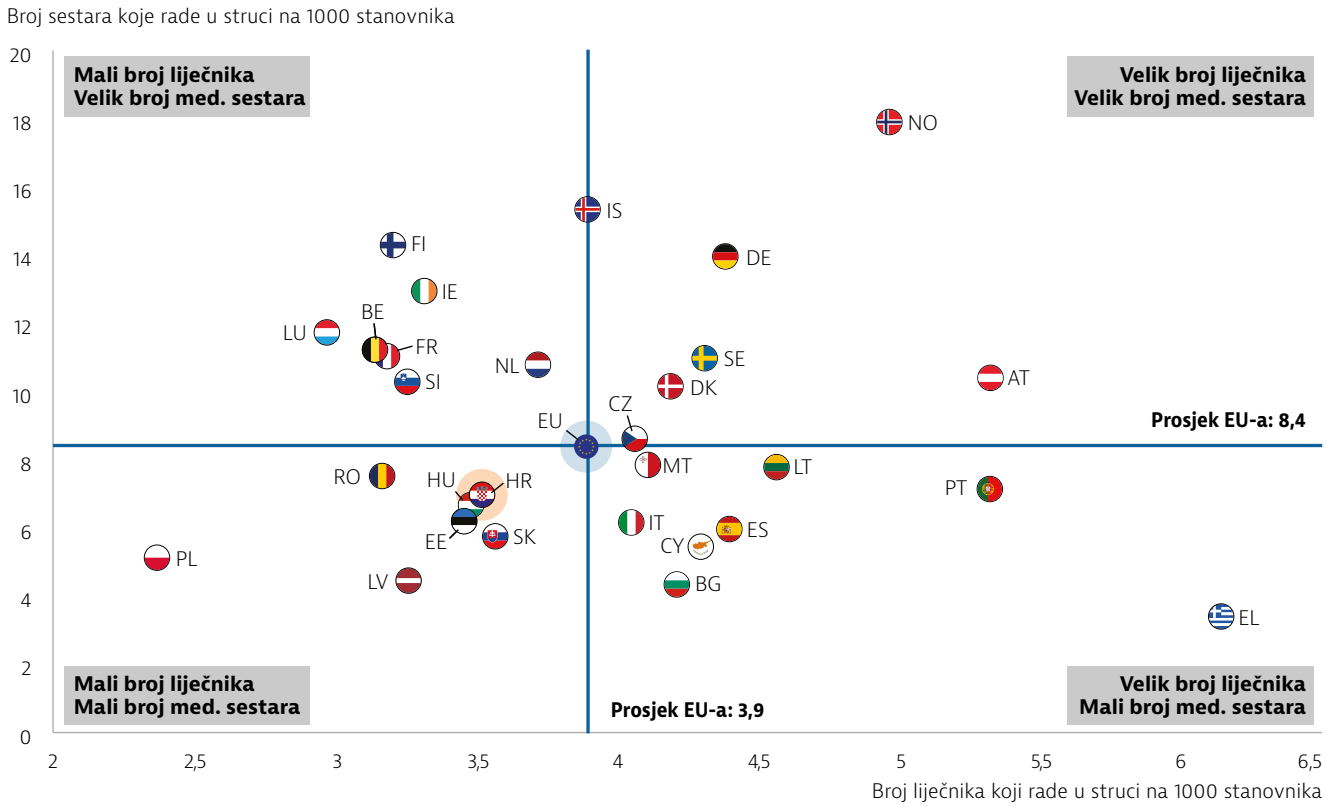
Broj bolničkih kreveta u Hrvatskoj tek se nedavno u 2019. smanjio na 5,7 kreveta na 1000 stanovnika, dok ih je 2000. bilo 6,0. Veći pad broja bolničkih kreveta po glavi stanovnika zabilježen je u cijelom EU-u, sa 6,2 u 2004. na 5,3 u 2019. Veći udio u Hrvatskoj mogao bi ukazivati na daljnje mogućnosti izmještanja usluga iz bolnica. U odnosu na druge države članice EU-a, Hrvatska ima velik broj kreveta u rehabilitacijskim bolnicama i bolnicama za dugotrajnu skrb, ali nije bilo velikih ulaganja u dugotrajnu skrb u zajednici. Za vrijeme pandemije bolesti COVID-19 nije zabilježen nedostatak opreme, pribora ni kapaciteta.

Prosječna duljina boravka u bolnici prije pandemije bolesti COVID-19 posljednjih se godina stalno smanjivala (dijelom zbog promjena sustava za plaćanje bolnicama) te je 2019. iznosila 8,1 dan, iako je to i dalje bilo iznad prosjeka EU-a od 7,4 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 pacijenata otpuštenih iz bolnice na 1000 stanovnika i konzultacija s liječnikom po osobi sličan je prosjeku EU-a.

Broj liječnika i medicinskih sestara je nizak, no stabilno se povećava

Hrvatska je u prošlosti imala manje liječnika i medicinskih sestara od mnogih drugih zemalja EU-a, točnije samo 6,8 medicinskih sestara na 1000 stanovnika 2019.,u usporedbi s prosjekom EU-a od 8,4 i 3,5 liječnika u usporedbi s prosjekom EU-a od 3,9 (slika 9.). Međutim, omjer liječnika i medicinskih sestara u odnosu na broj stanovnika u razdoblju se od 2013. do 2019. postupno povećavao unatoč bojazni zbog posljedica pristupanja Hrvatske EU-u 2013. i potencijalnog iseljavanja zdravstvenih stručnjaka.

Slika 9. Unatoč povećanjima, broj liječnika i medicinskih sestara u Hrvatskoj manji je od prosjeka EU-a



Napomena: Prosjek EU-a nije ponderiran. Podaci za Portugal i Grčku odnose na sve liječnike s licencijom za rad, što dovodi do znatno precijenjenog broja radno aktivnih liječnika (na primjer, za oko 30 % u Portugalu). U Grčkoj je broj medicinskih sestara podcijenjen jer obuhvaća samo sestre zaposlene u bolnicama.
Izvor: baza podataka Eurostata (podaci se odnose na 2019. ili najbližu godinu).

Većina liječnika primarne skrbi radi u vlastitim ambulantama.

Liječnici primarne skrbi, kao što su liječnici opće prakse, pedijatri i ginekolozi, obično su za pacijente prva kontaktna točka u zdravstvenom sustavu te su „čuvari ulaza“ prema specijalističkoj i bolničkoj skrbi. Otprilike četvrtina liječnika (23,7 % u 2019.) liječnici su opće prakse. Pacijenti se moraju upisati kod liječnika opće prakse (za odrasle osobe) ili pedijatra (za djecu), ali sami biraju liječnika kojeg žele. Većina liječnika primarne skrbi samozaposlena je i radi u vlastitim ambulantama. HZZO ugovara njihove usluge, a platni okvir uključuje mješovita plaćanja, koja uključuju pokazatelje uspješnosti i kvalitete. U nekoliko se navrata pokušalo provesti reforme sektora primarne skrbi te prevladati fragmentaciju. Međutim, postoji nacionalna gornja granica od 25 % liječnika i medicinskih sestara u sektoru primarne skrbi (tj. opća praksa, pedijatrija i ginekologija) koji mogu biti zaposleni u javnim domovima zdravlja. Najmanje 75 % radi samostalno u zajedničkim ili, uglavnom, vlastitim ambulantama.

Hrvatska se posebno usredotočila na jačanje palijativne skrbi

Uspostava palijativne skrbi bila je jedan od prioriteta nacionalne strategije zdravstvene skrbi za razdoblje 2012. – 2020. Zahvaljujući nacionalnim strategijama za razdoblja 2014. – 2016. i 2017. – 2020. znatno su poboljšani kapaciteti palijativne skrbi, i to tako što su poboljšane integracija i koordinacija, a ne nužno razvojem novih struktura. Donesene su smjernice i uvedene usluge za palijativnu skrb u bolničkom i izvanbolničkom okruženju. Očekivalo se da će sve županije do 2020. donijeti planove palijativne skrbi. Palijativnoj skrbi su 2021. u sektoru sekundarne skrbi bila namijenjena 353 kreveta, a u sektoru primarne skrbi sklopljene ugovore s HZZO-om imala su 22 mobilna palijativna tima i 29 koordinatora palijativne skrbi.

5 Rad zdravstvenog sustava

5.1 Efektivnost

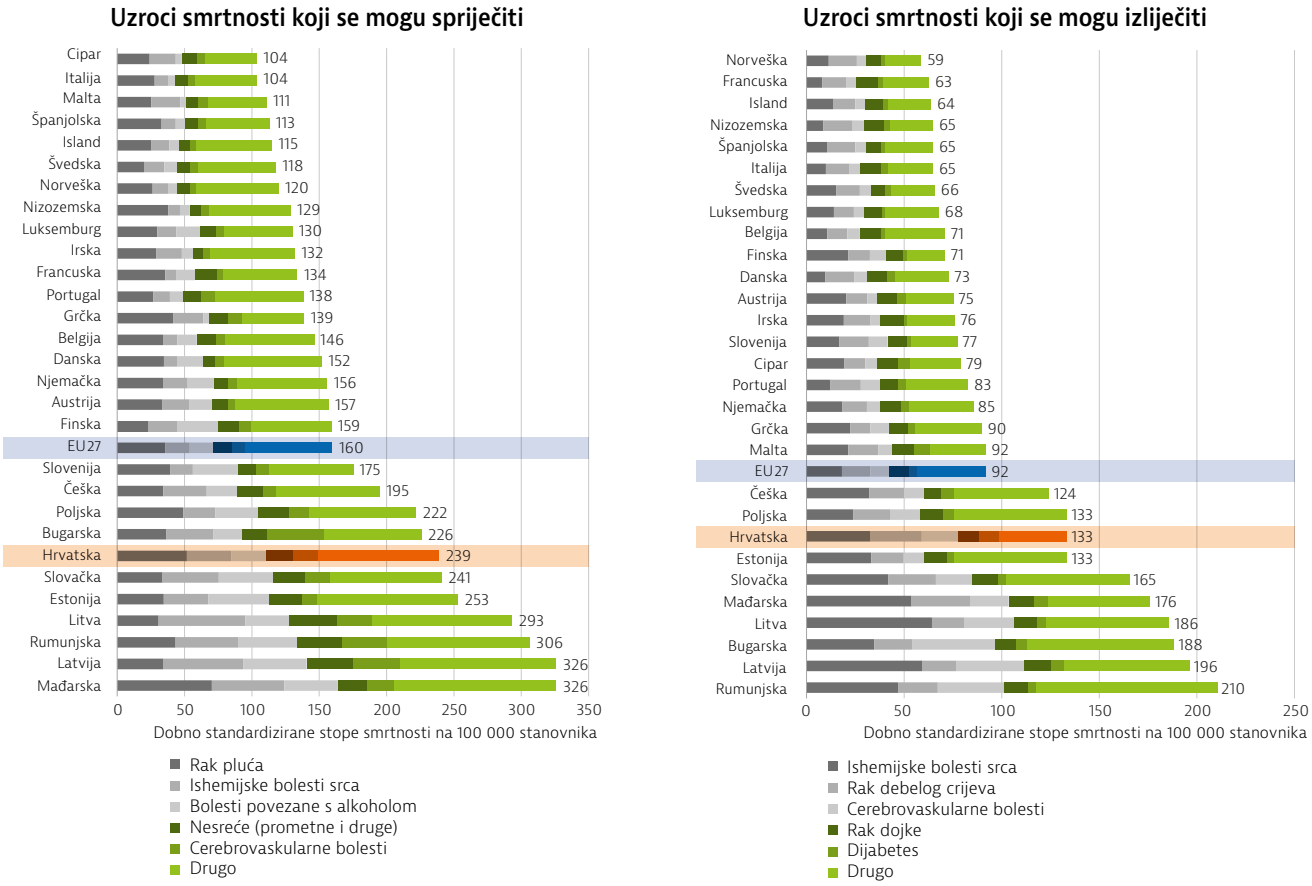
Smrtnost koja se može spriječiti daleko je iznad prosjeka EU-a.

Unatoč tome što se u posljednjem desetljeću smanjila, u Hrvatskoj je stopa smrtnosti zbog uzroka koji se mogu spriječiti 2018. bila znatno viša od prosjeka EU-a (239 u usporedbi sa 160 na 100 000; slika 10.). Razlog tome dijelom su slabe međusektorske politike usmjerene prema glavnim uzrocima lošeg zdravlja, kao što su pušenje i loša prehrana (vidjeti odjeljak 3.). Kako je navedeno u odjeljku 2., rak pluća razlog je za zabrinutost. Stopa smrtnosti od raka pluća druga je po redu u EU-u te je 2018. iznosila 67 na 100 000 stanovnika, što je više od prosjeka EU-a, koji iznosi 53 na 100 000 stanovnika. Ta visoka stopa posljedica je slabih politika protiv pušenja u Hrvatskoj, nedostatka nepušačkih zona i nedovoljno razvijenih medijskih kampanja protiv konzumacije duhana.

Iako se smanjuje, smrtnost od izlječivih uzroka daleko je iznad prosjeka EU-a

Broj smrtnih slučajeva koji su se mogli izbjeći pravodobnom i efektivnom zdravstvenom skrbi u Hrvatskoj su 2018. bili znatno iznad stope EU-a. Stopa smrtnosti od izlječivih uzroka iznosila je 133 na 100 000 stanovnika, dok je prosjek EU-a 92 na 100 000 stanovnika, ali se u razdoblju od 2011. smanjila. Kao i u slučaju smrtnosti od bolesti koje se mogu spriječiti, bolesti srca i krvnih žila imaju važnu ulogu te uzrokuju 39 % smrtnih slučajeva koji su se mogli izbjeći pravodobnim i odgovarajućim liječenjem. Broju smrtnih slučajeva znatno pridonose i rak debelog crijeva te rak dojke, koji zajedno uzrokuju 28 % smrtnih slučajeva od izlječivih uzroka.

Slika 10. Hrvatska bilježi veću smrtnost od uzroka koji se mogu spriječiti i izliječiti od većine drugih zemalja EU-a



Napomena: Smrtnost koja se može spriječiti definira se kao smrtni slučajevi koji se mogu izbjeći zahvaljujući javnozdravstvenim intervencijama i aktivnostima primarne prevencije.Smrtnost od izlječivih uzroka definira se kao smrtni slučajevi koji se uglavnom mogu izbjeći zahvaljujući intervencijama zdravstvene skrbi, uključujući screening i liječenje. Polovina svih smrtnih slučajeva od nekih bolesti (npr. ishemijska bolest srca i cerebrovaskularna bolest) pripisuje se uzrocima koji se mogu spriječiti, a druga polovina uzrocima koji se mogu izliječiti. Oba se pokazatelja odnose na prijevremenu smrtnost (prije dobi od 75 godina). Podaci se temelje na revidiranim popisima OECD-a/Eurostata.
Izvor: baza podataka Eurostata (podaci se odnose na 2018., osim za Francusku, u slučaju koje se odnose na 2016.).

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

Kad je riječ o ishemijskim bolestima srca i moždanom udaru, stopa smrtnosti koja se može spriječiti gotovo je dvostruko veća od prosjeka EU-a, na što djelomično utječe visoka i sve veća prevalencija pretilosti u Hrvatskoj. Hrvatska vlada poduzela je mjere za promicanje zdrave prehrane: Centar za pravilnu prehranu i tjelesnu aktivnost otvoren je 2014.; iste godine donesen je Nacionalni plan za smanjenje prekomjernog unosa soli za razdoblje 2015. – 2019., a 2015. donesen je Nacionalni program „Živjeti zdravo". Unatoč tome, ima još mnogo prostora za proširenje preventivnih programa za borbu protiv pretilosti.

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, među ostalim određivanje minimalne dobi od 18 godina za kupnju alkohola u ugostiteljskim objektima ili u trgovinama, no ima prostora za dodatna ograničenja, uključujući ona usmjerena na smanjenje maloljetničke konzumacije. Mnoge od tih politika vjerojatno će biti produljene nakon donošenja Nacionalnog plana razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027.

Stope cijepljenja starijih osoba protiv gripe posljednjih su godina porasle

Stope procijepljenosti protiv gripe među osobama starijima od 65 godina porasla je s niskih 19 % u 2014. na 29 % u 2019., iako je to još uvijek ispod prosjeka EU-a, koji je 2019. iznosio od 42 %, i znatno niže ispod ciljne stope od 75 % koju preporučuje WHO. Cijepljenje protiv gripe 2020. započelo je ranije, sredinom listopada, kako bi se izbjeglo moguće preklapanje epidemije gripe s pandemijom bolesti COVID-19. Ukupno je primijenjena 483 471 doza, a cijepljeno je 56,7 % osoba u dobi od 65 godina i više, iako nema podataka o cijepljenju protiv gripe na području Sisačko-moslavačke županije zbog potresa koji se dogodio u prosincu 2020.

Nedostaju ključni podaci za ocjenjivanje i poboljšanje kvalitete skrbi

Jedan je od strateških ciljeva hrvatske Nacionalne strategije razvoja zdravstva za razdoblje 2012. – 2020. poboljšati efektivnost i efikasnost zdravstvenog sustava, a jedan je od prioriteta poboljšati kvalitetu skrbi, među ostalim nadzorom, izobrazbom, kliničkim smjernicama, akreditacijom, plaćanjem prema kvaliteti te procjenom zdravstvenih tehnologija. Međutim, tek su neke od tih mjera provedene i nema dovoljno dokaza o kvaliteti zdravstvenih usluga.

Za Hrvatsku nedostaju ključni pokazatelji kvalitete primarne skrbi koji su dostupni za druge zemlje EU-a, kao što su hospitalizacije zbog kroničnih bolesti koje se mogu izbjeći, među ostalim zbog kronične opstruktivne bolesti pluća, kongestivnog zatajenja srca, dijabetesa i astme. Unatoč tome, dostupne su stope izdavanja uputnica za te bolesti, koje pokazuju pad s 26,2 % u 2008. na 15,1 % u 2017. Iako je bolja u odnosu na ranije, ta je stopa mnogo viša nego u zemljama s funkcionalnim sustavima primarne skrbi i znatno se razlikuje po županijama: stope su 2017. iznosile od 9,2 % do 23,4 % (Svjetska banka, 2019.).

Kad je riječ o kvaliteti bolničke skrbi, standardizirana 30-dnevna stopa smrtnosti od akutnog infarkta miokarda u bolnicama znatno je viša u Hrvatskoj nego u većini drugih zemalja EU-a i 2017. iznosila je 11,6 na 100 hospitalizacija. To je druga najviša stopa nakon Latvije (13,4 na 100 hospitalizacija) i znatno je viša od prosjeka EU-a od 6,8. Stope znatno variraju među bolnicama: 2016. iznosile su od 0 % do 34,2 % (Svjetska banka, 2019.).

Hrvatska ima nekoliko nacionalnih programa probira za rak, ali njihove se stope pokrivenosti razlikuju

Hrvatska je razvila nacionalne programe probira za rak i izradila Nacionalni plan protiv raka za razdoblje 2020. – 2030. (okvir 2.) U 2019. dosegnula je neznatno veću stopu pokrivenosti probira za rak dojke nego EU: 60 % žena u dobi od 50 do 69 godina izjavilo je da su bile na pregledu u posljednja 24 mjeseca, u usporedbi s njih 59 % u EU-u (slika 11.). I za rak vrata maternice stopa probira bila je viša od prosjeka EU-a: u 2019. ukupno 65,4 % žena u dobi od 20 do 69 godina izjavilo je da su se podvrgnule brisu vrata maternice u posljednja 24 mjeseca, u odnosu na njih 61,2 % u EU-u. Iako je nacionalni program probira za rak vrata maternice privremeno obustavljen zbog reorganizacije, Hrvatska ima dugogodišnju tradiciju provođenja oportunističkog probira za rak vrata maternice, što objašnjava visok postotak testiranih žena.

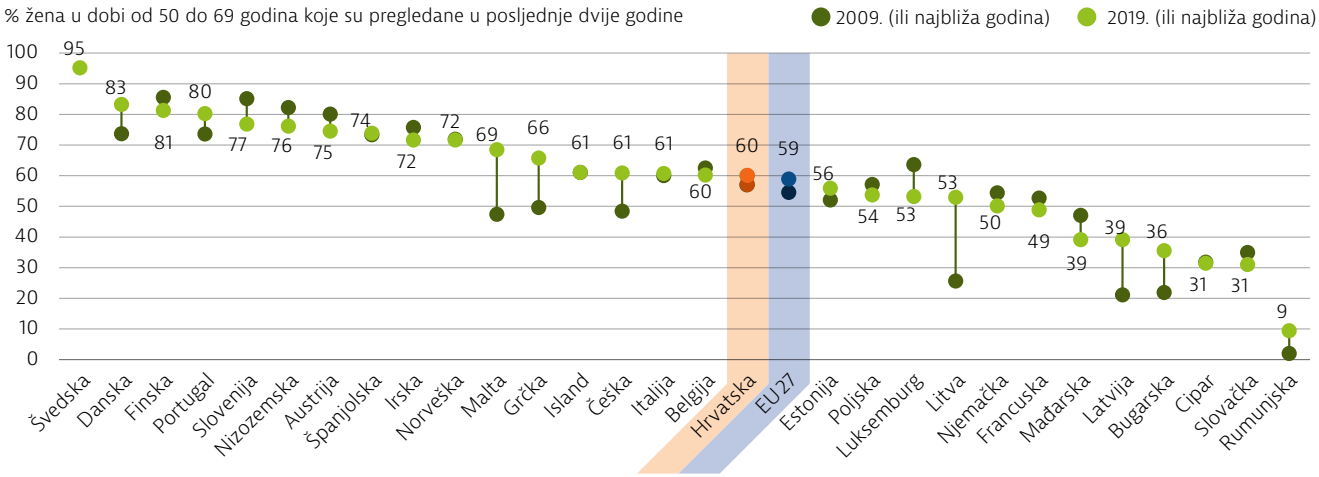
Za rak debelog crijeva stopa probira bila je niža. U 2019. ukupno 15,7 % osoba u dobi od 50 do 74 godine izjavilo je da su se podvrgnule probiru za rak debelog crijeva u posljednjih 12 mjeseci, u odnosu na prosjek EU-a od 19,5 %. Prema podacima za treći ciklus programa probira za rak debelog crijeva (koji je započeo u travnju 2016. i završio u listopadu 2018. te je obuhvatio osobe rođene između 1941. i 1965.), testiran je veći udio (31 %) ciljnog stanovništva.

Okvir 2. Hrvatska je izradila Nacionalni plan protiv raka za razdoblje 2020. – 2030.

Hrvatska je 2006. predstavila svoj prvi program probira za rak, usmjeren na rak dojke. Programi za probir stanovništva za rak debelog crijeva pokrenuti su 2007., za rak vrata maternice 2012., a za rak pluća početkom 2020.

U prosincu 2020. donesen je Nacionalni plan protiv raka za razdoblje 2020. – 2030., kojim se nastoji poboljšati zdravlje građana tijekom cijelog života. Njime se želi smanjiti incidencija i smrtnost od raka te produljiti život i poboljšati kvaliteta života oboljelih od raka u Hrvatskoj, kako bi dosegla razinu zapadnoeuropskih zemalja. To je u skladu s europskim planom za borbu protiv raka, koji je Europska komisija predstavila u veljači 2021. (Europska komisija, 2021.a). Europski plan borbe protiv raka obuhvaća četiri ključna područja djelovanja: prevenciju, rano otkrivanje, dijagnosticiranje i liječenje te poboljšanje kvalitete života.

Slika 11. Stopa probira za rak dojke u Hrvatskoj nešto je iznad prosjeka EU-a



Napomena: Prosjek EU-a nije ponderiran. Za većinu zemalja podaci se temelje na programima za probir, a ne na istraživanjima.
Izvori: statistički podatci OECD-a o zdravstvu iz 2021. i baza podataka Eurostata.

Zabilježen je blagi porast stope preživljavanja raka

Kako je navedeno u odjeljku 2., ukupna smrtnost od raka u Hrvatskoj među najvišima je u EU-u. Stope petogodišnjeg preživljavanja raka za nekoliko su vrsta raka niže od prosjeka EU-a (slika 12.), ali su u razdobljima od 2000. do 2004. te od 2010.do 2014. zabilježena poboljšanja: stope su porasle s 47 % na 51 % za rak debelog crijeva, sa 74 % na 79 % za rak dojke te sa 66 % na 81 % za rak prostate. Međutim, stopa preživljavanja raka pluća neznatno se smanjila s 11 % na 10 %.

Slika 12. Stope petogodišnjeg preživljavanja raka u Hrvatskoj niže su od prosjeka EU-a

Rak prostate
Hrvatska: 81 %
EU23: 87 %

Dječja leukemija
Hrvatska: 85 %
EU23: 85 %

Rak dojke
Hrvatska: 79 %
EU23: 82 %

Rak vrata maternice
Hrvatska: 63 %
EU23: 63 %

Rak debelog crijeva
Hrvatska: 51 %
EU23: 60 %

Rak pluća
Hrvatska: 10 %
EU23: 15 %

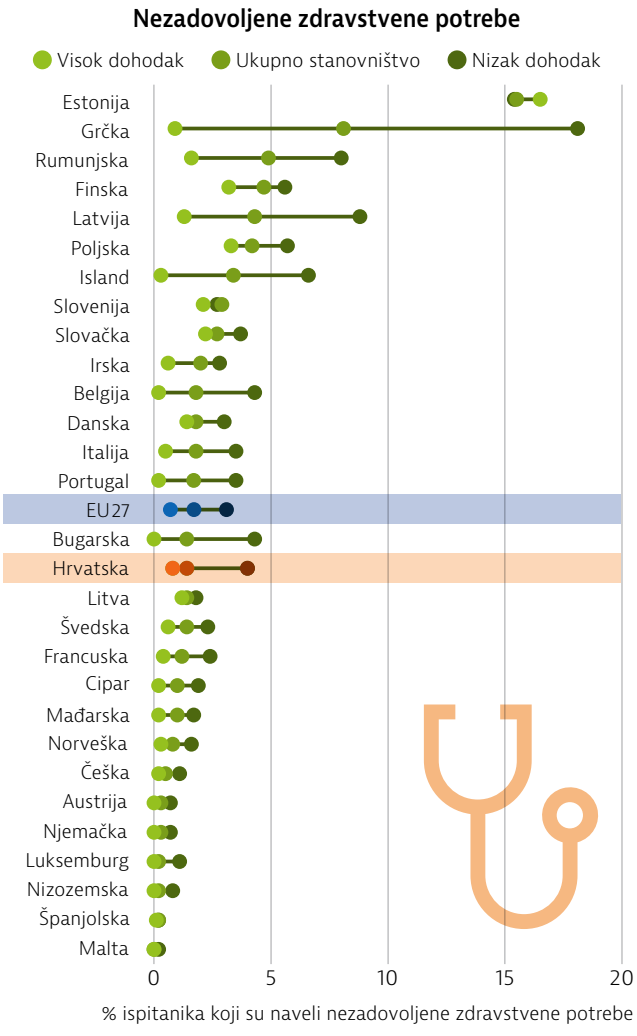
Napomena: podaci se odnose na osobe kojima je rak dijagnosticiran između 2010. i 2014. Dječja leukemija odnosi se na akutnu limfoblastičnu leukemiju.
Izvori: program CONCORD, London School of Hygiene and Tropical Medicine.

5.2 Dostupnost

Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom skrbi prije pandemije bolesti COVID-19 bile su relativno niske

U Hrvatskoj je 2019., prije pandemije bolesti COVID-19, zabilježena vrlo niska stopa nezadovoljenih zdravstvenih potreba (1,4 %). Unatoč tome što su oslobođeni od plaćanja participacije, stopa nezadovoljenih potreba bila je mnogo viša kod skupina s malim dohotkom (4,0 %) nego kod onih s velikim dohotkom (0,8 %) (slika 13.). Osim razine dohotka, samoprijavljene nezadovoljene zdravstvene potrebe razlikovale su 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 biti znak problema u dostupnosti zdravstvenih usluga.

Slika 13. Nezadovoljene zdravstvene potrebe 2019. bile su niže od prosjeka EU-a, ali postojale su znatne razlike među dohodovnim skupinama



Napomena: podaci 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.
Izvori: baza podataka Eurostata, na temelju istraživanja EU-SILC (podaci se odnose na 2019., osim za Island, u slučaju kojeg se odnose na 2018.).

Nezadovoljene potrebe za zdravstvenom skrbi porasle su u pandemiji bolesti COVID-19

Pandemija bolesti COVID-19 utjecala je na pristup zdravstvenim uslugama i povećala nezadovoljene potrebe za zdravstvenom skrbi. U prvih 12 mjeseci pandemije 25 % ispitanika u Hrvatskoj izjavilo je da nisu obavili potreban liječnički pregled niti dobili liječenje, što je iznad prosjeka EU-a od 21 % (Eurofound, 2021.)[3]. Čimbenici koji su tome pridonijeli uključuju odgađanje pružanja usluga koje nisu nužne i strah pacijenata od zaraze bolešću COVID-19.

Podaci o korištenju primarne skrbi pokazuju da se broj konzultacija 2020. nije znatno smanjio. Za vrijeme pandemije bolesti COVID-19 došlo je do smanjenja broja konzultacija uživo, ali je zabilježen znatan porast broja telekonzultacija (HZZO, 2021.). Oko 61 % ispitanika u Hrvatskoj izjavilo je da su im recepti izdani putem interneta ili telefonom (mnogo više od prosjeka EU-a od 43,2 %), a njih 42 % izjavilo je da su se s liječnicima konzultirali putem interneta ili telefonom (u usporedbi s prosjekom EU-a od 29 %) (Eurofound, 2021.).

Porasle su liste čekanja za specijalističku skrb i elektivne kirurške zahvate

Duge liste čekanja za specijalističke preglede i bolničko liječenje odavno predstavljaju problem u Hrvatskoj. Da bi riješilo to pitanje, Ministarstvo zdravstva uvelo je 2017. prioritetnu listu čekanja. Prema toj novoj listi, pacijentima za koje se sumnja da boluju od teških bolesti (kao što je rak) omogućuje se ubrzan pristup specijalističkoj skrbi nakon što ih na takav pregled uputi liječnik opće prakse. Novi sustav omogućuje da većina pacijenata koji se upućuju na specijalističko liječenje budu oni koji doista boluju od teških bolesti, no u razdoblju 2020. – 2021. liste čekanja zasigurno će porasti uslijed pandemije i reorganizacije resursa radi zadovoljavanja potreba pacijenata zaraženih bolešću COVID-19, iako o tome nema službenih podataka. Otvoren je pozivni centar za pacijente koji čekaju na liječenje raka za potrebe promjene termina dijagnostičkih postupaka i liječenja.

Paket usluga obuhvaća većinu vrsta kurativnih i preventivnih zdravstvenih usluga

Sustavom obveznog zdravstvenog osiguranja pokriven je opsežan paket koji obuhvaća većinu vrsta kurativnih i preventivnih zdravstvenih usluga. Usluge koje nisu obuhvaćene (kao neke vrste zahvata estetske kirurgije) 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. Farmaceutske proizvode propisane

3. *Podaci iz istraživanja koje je proveo Eurofound nisu usporedivi s onima iz istraživanja EU-SILC zbog metodoloških razlika.*

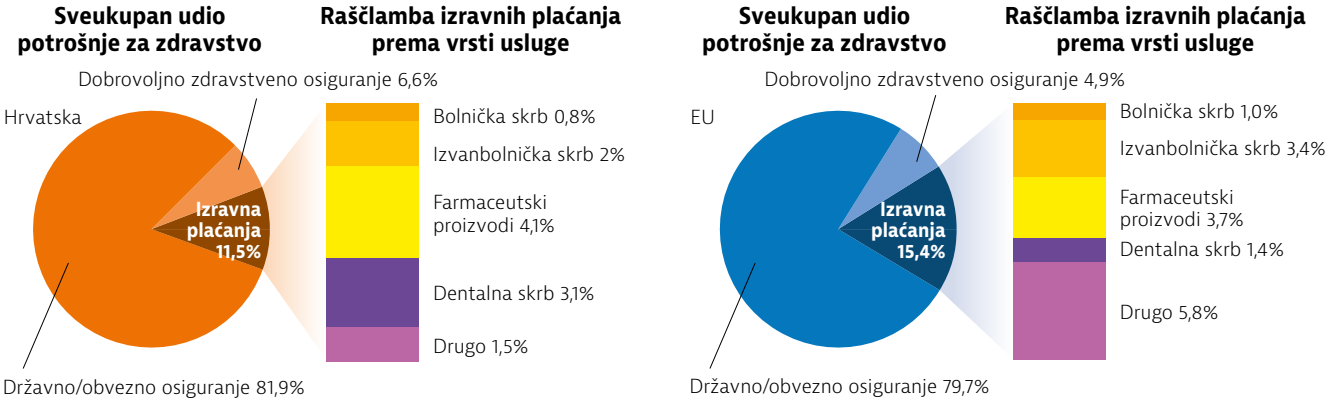
izvanbolničkim pacijentima koji nisu uvršteni na pozitivan popis moraju u potpunosti plaćati pacijenti. Sve zdravstvene usluge povezane s bolešću COVID-19, uključujući nužno testiranje, liječenje i bolovanje, pokrivene su obveznim zdravstvenim osiguranjem.

Utjecaj participacije nizak je zbog velike stope pokrivenosti javnih usluga i izuzeća

Participacija se u Hrvatskoj plaća od 90-ih godina 20. stoljeća, čime je smanjen paket obuhvaćenih usluga (vidjeti odjeljak 4.). Sudjelovanje u troškovima sada je potrebno 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 petine stanovnika Hrvatske oslobođeno je plaćanja troškova. Time su obuhvaćene određene skupine stanovništva (npr. djeca, učenici i studenti, osobe s invaliditetom te osobe s niskim dohotkom) i osobe koje se liječe od određenih bolesti, kao što su rak, zarazne bolesti i kronične psihijatrijske bolesti, neplodnost ili prenatalna skrb.

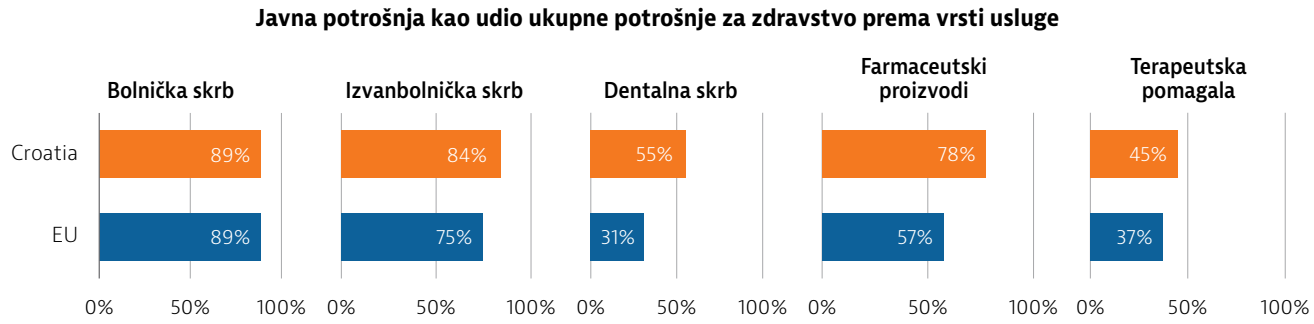
Udio izravnih plaćanja u tekućim izdacima za zdravstvo 2019. (11,5 %) bio je znatno ispod prosjeka EU-a od 15,4 % (slika 14.). U svim područjima skrbi, javni udio rashoda bio je veći nego u EU-u (slika 15.). Primjetno je da je ukupna zastupljenost izdataka koji bi mogli ozbiljno ugroziti životni standard[4] u Hrvatskoj relativno niska te je 2014. (posljednja godina za koju su dostupni podaci) iznosila 4,0 %. Smanjenju razine izdataka koji bi mogli ozbiljno ugroziti životni standard pridonosi kombinacija instrumenata financijske zaštite, kao što su niske razine sudjelovanja u troškovima, oslobođenje od plaćanja participacije te velik broj ugovorenih polica dopunskog zdravstvenog osiguranja (Thomson, Cylus & Evetovits, 2019.).

Slika 14. Izdaci za izravna plaćanja u Hrvatskoj su znatno niži od prosjeka EU-a



Napomena: Prosjek EU-a je ponderiran. Sustav dobrovoljnog zdravstvenog osiguravanja uključuje i mogućnost dobrovoljnog plaćanja unaprijed.
Izvori: statistički podatci OECD-a o zdravstvu iz 2021.; baza podataka Eurostata (podaci se odnose na 2019.).

Slika 15. Hrvatska iz javnih izvora za zdravstvo izdvaja veći udio od prosjeka EU-a u svim područjima skrbi



Napomena: izvanbolničke zdravstvene usluge uglavnom pružaju liječnici opće prakse i specijalisti u izvanbolničkom sektoru. Farmaceutski proizvodi uključuju lijekove na recept i bezreceptne lijekove te potrošne medicinske proizvode. Terapeutska pomagala obuhvaćaju proizvode za vid, slušna pomagala, invalidska kolica i druge medicinske proizvode.
Izvor: statistički podaci OECD-a o zdravstvu iz 2021. (podaci se odnose na 2019. ili najbližu godinu).

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

Politike kojima se nastoje smanjiti rashodi za farmaceutske proizvode, a lijekovi učiniti cjenovno pristupačnijima

Relativno velik udio hrvatske potrošnje na zdravstvo otpada na farmaceutske proizvode (vidjeti odjeljak 4.), iako je to dijelom posljedica relativno niskih izdataka po glavi stanovnika, s obzirom na to da potrošnja na farmaceutske proizvode iznosi manje od polovine prosjeka EU-a po stanovniku. Ipak, velik udio potrošnje na farmaceutske proizvode u Hrvatskoj mogao bi biti i pokazatelj neefikasnosti. To uključuje liječnike primarne skrbi koji izdaju recepte na temelju preporuka bolničkih specijalista i bolničkih povjerenstava za lijekove (umjesto neovisnih stručnih timova) koja odobravaju vrlo skupa bolnička liječenja (Svjetska banka, 2020.). Provedene su neke mjere kojima se nastoji riješiti pitanje rashoda za farmaceutske proizvode (okvir 3.). Među njima su promjene u određivanju cijena i nadoknađivanju troškova, ažuriranje popisa referentnih zemalja za utvrđivanje i praćenje vanjskih usporednih cijena te uravnoteženje količine farmaceutskih proizvoda koje propisuju liječnici. Ostvaren je i napredak u odnosu na središnju nabavu lijekova namijenjenih bolnicama, što je bila važna mjera preporučena u okviru projekta Poboljšanje kvalitete i efikasnosti zdravstvenog sustava u razdoblju 2014. – 2018., koji je poduprla Svjetska banka (Svjetska banka, 2020.).

Okvir 3. Donesene su strategije za smanjenje potrošnje na farmaceutske proizvode i poboljšanje dostupnosti

U studenome 2020. Europska komisija donijela je farmaceutsku strategiju za Europu (Europska komisija, 2020.) kako bi se pacijentima osigurao pristup inovativnim i cjenovno pristupačnim lijekovima te kako bi se poduprle konkurentnost, inovativnost i održivost farmaceutske industrije EU-a. Očekuje se da će se strategijom povećati sposobnost Europe da zadovolji svoje potrebe za farmaceutskim proizvodima, među ostalim u vrijeme krize, zahvaljujući snažnim lancima opskrbe. Uspostavlja se poboljšana suradnja nacionalnih tijela na politikama određivanja cijena, plaćanja i nabave radi poboljšanja pristupačnosti i troškovne učinkovitosti lijekova. U skladu s ciljevima te strategije, Hrvatska sudjeluje u prekograničnoj suradnji u okviru koje se zajednički pregovara s farmaceutskom industrijom o određivanju cijena, kroz Deklaraciju iz Vallette (u kojoj su još Cipar, Grčka, Irska, Italija, Malta, Portugal, Rumunjska, Slovenija i Španjolska).

U udaljenijim područjima manja je rasprostranjenost 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 ih u udaljenim područjima, kao što su jadranski otoci i ruralna područja središnje i istočne Hrvatske, ima manje. U Hrvatskoj je više osoba (0,7 %) nego u bilo kojoj drugoj državi članici EU-a navelo da njihove zdravstvene potrebe 2019. nisu zadovoljene zbog udaljenosti, dok je prosjek EU-a iznosio 0,1 %. S druge strane, mnoge bolnice smještene relativno blizu jedna drugoj nude iste vrste usluga. Kako bi se riješilo to pitanje, pokrenuto je nekoliko reformi, ali one nisu provedene.

Planiranje ljudskih resursa nije dovoljno razvijeno

Planiranje ljudskih resursa i dalje je ograničeno. Iako je ukupan broj zdravstvenih radnika u posljednja dva desetljeća u stalnom porastu (vidjeti odjeljak 4.), u nekim dijelovima zemlje nedostaje liječnika i medicinskih sestara. Hrvatska je počela rješavati ta pitanja poticanjem mladih na studij medicine te povećanjima plaća. Vlada je u svibnju 2015. donijela Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu za razdoblje 2015. – 2020., koji ima za cilj uspostaviti sustav upravljanja ljudskim resursima, ali provedba je dosad bila ograničena. Iako plan još nije produljen, Hrvatska je za vrijeme pandemije bolesti COVID-19 poduzela brojne mjere za poboljšanje zapošljavanja i zadržavanja osoblja (vidjeti odjeljak 5.3.).

5.3 Otpornost

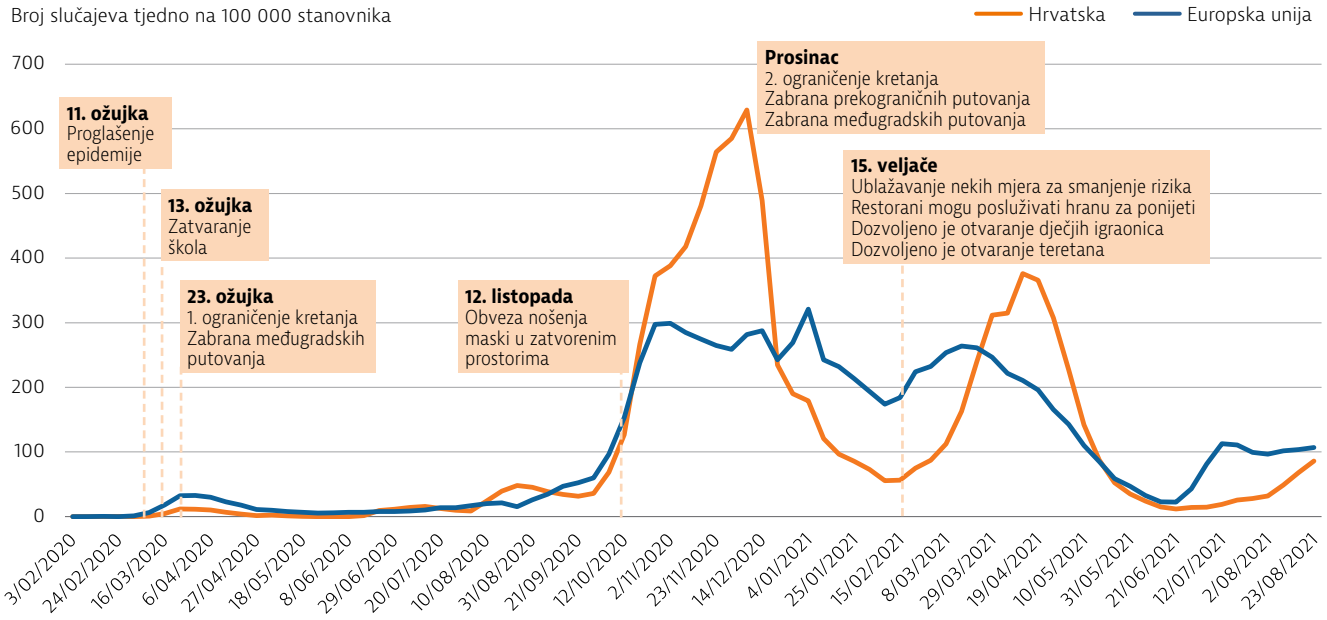
Ovaj odjeljak o otpornosti uglavnom se odnosi na učinke pandemije bolesti COVID-19 i odgovore na nju[5]. Kao što je navedeno u odjeljku 2., pandemija je 2020. uvelike utjecala na zdravlje i smrtnost stanovništva Hrvatske, jer je od siječnja 2020. do kraja kolovoza 2021. zabilježeno više od 8300 smrtnih slučajeva povezanih s bolešću COVID-19 (vidjeti odjeljak 2.). Mjere poduzete za suzbijanje pandemije imale su velike posljedice i na gospodarstvo: BDP Hrvatske 2020. je pao za 8,4 %, u odnosu na prosječni pad od 6,2 % u EU-u.

Hrvatska je brzo reagirala na prvi val pandemije

Hrvatska je prvim valom pandemije bolesti COVID-19 bila pogođena manje od nekih drugih europskih zemalja, primjerice Italije ili Španjolske. Međutim, drugi ju je val pogodio više od prosjeka EU-a, u smislu broja oboljelih i preminulih na 100 000 stanovnika (vidjeti odjeljak 2.). Država je brzo reagirala na prvi val i donijela brojne mjere za smanjenje rizika kako bi spriječila i zaustavila širenje virusa (slika 16.).

To je uključivalo zatvaranje obrazovnih ustanova, uvođenje karantene na pojedinim područjima, ograničenja međunarodnih putovanja, ograničenja kretanja na lokalnoj razini i mjere samoizolacije. Prvo potpuno ograničenje kretanja uvedeno je 23. ožujka 2020., a mjere su se postupno ublažavale u travnju i svibnju 2020. Suprotno tome, odgovor na drugi val bolesti COVID-19 (od rujna 2020.) bio je suzdržaniji i, kao u nekim drugim zemljama EU-a, obilježen nevoljkošću da se ponovno nametnu stroge mjere poduzete u prvom valu. Međutim, uvedene su neke mjere za smanjenje rizika, kao što je obveza nošenja maski u zatvorenim prostorima uvedena u listopadu 2020. te zatvaranje barova i restorana u studenome 2020. Drugo ograničenje kretanja uvedeno je u prosincu 2020. Broj slučajeva ponovno je porastao u travnju i svibnju 2021., ali nije uvedeno treće ograničenje kretanja.

Slika 16. Mjere za smanjenje rizika pridonijele su padu broja slučajeva



Napomena: Prosjek EU-a nije ponderiran (broj zemalja za izračun prosjeka varira ovisno o tjednu).
Izvor: ECDC za slučajeve zaraze bolešću COVID-19 i autori za mjere za suzbijanje širenja bolesti.

Hrvatska je bila relativno dobro pripremljena za suočavanje s javnozdravstvenom krizom

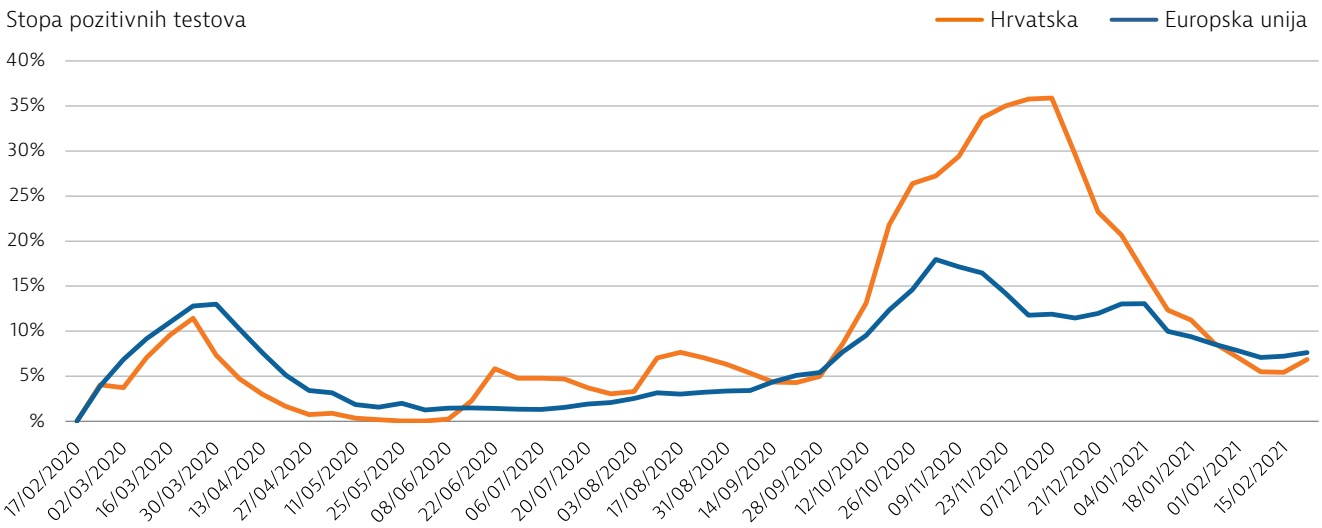
Hrvatska je imala opći plan odgovora na epidemiju prije pandemije bolesti COVID-19, koji je počela primjenjivati nakon što je 11. ožujka 2020. epidemija službeno proglašena. Promjena tog pravnog okvira pokrenuta je 17. ožujka 2020., kad je Vlada iznijela prijedloge zakona kojima se Nacionalni stožer civilne zaštite ovlašćuje za regulaciju javnog sektora, gospodarstva i aktivnosti svakodnevnog života. Nacionalni stožer civilne zaštite tada je postao glavno koordinacijsko tijelo za odgovor na pandemiju bolesti COVID-19 (vidjeti odjeljak 4.).

5. *U tom se kontekstu otpornost zdravstvenog sustava definira kao sposobnost pripreme za poremećaje, upravljanje njima (apsorbiranje, prilagođavanje i transformacija) i učenja iz njih (stručna skupina EU-a za procjenu uspješnosti zdravstvenih sustava, 2020.).*

Stope testiranja bile su niže od opće stope EU-a, a stopa pozitivnih testova bila je viša

Hrvatska je od početka pandemije provodila manje testova na COVID-19 po stanovniku od prosjeka EU-a. Stope pozitivnih testova u drugom su i trećem valu pandemije neprekidno bile više od prosjeka EU-a, što ukazuje na probleme s kapacitetom s obzirom na relativno malen broj testova u odnosu na utvrđene slučajeve (slika 17.). Do travnja 2021. u Hrvatskoj je otvoreno 28 lokacija za testiranje koje vrše RT-PCR analizu prikupljenih uzoraka zaraženih bolešću COVID-19. Svi obrađeni uzorci unose se u nacionalnu platformu HZZO-a i ti su podaci dostupni svim županijskim zavodima za javno zdravstvo. Nova metoda testiranja brzim antigenskim testovima počela se primjenjivati 2021. u nekoliko gradova i županija.

Slika 17. Visoka stopa pozitivnih testova u drugom valu pandemije ukazuje na nizak kapacitet testiranja



Napomena: Prosjek EU-a je ponderiran (broj zemalja uvršten u izračun prosjeka varira ovisno o tjednu).
Izvor: ECDC.

Hrvatska je predodredila infrastrukturu za suzbijanje pandemije

Početna raspoloživost i distribucija materijalnih resursa u Hrvatskoj bila je dobra, s dostatnim brojem kreveta na odjelima intenzivne njege. U prvom valu pandemije određene su bolnice, odjeli i ambulante predviđeni kao ustanove za COVID-19 i pripremljeni za primanje pacijenata prema potrebi. U Zagrebu je cijela jedna bolnica bila namijenjena oboljelima od bolesti COVID-19. U četiri regionalna centra bolnički kapaciteti pretvoreni su u respiratorne centre za potrebe pandemije bolesti COVID-19, dopunjene mobilnim medicinskim objektima (šatori, kontejneri itd.). Usto je svaka opća bolnica morala pripremiti zasebne puteve skrbi za pacijente kod kojih se sumnja na zarazu bolešću COVID-19. I dalje se nastojala pružati bolnička skrb hitnim i prioritetnim pacijentima, kao i ranjivim skupinama (djeci, trudnicama, starijim osobama i pacijentima na dijalizi), ali mnogi su elektivni zahvati odgođeni, a vrijeme čekanja je produljeno.

Velik broj usluga primarne skrbi počeo se pružati na daljinu

Pandemija bolesti COVID-19 promijenila je način pružanja primarne skrbi u Hrvatskoj. U ožujku 2020. Ministarstvo zdravstva izdalo je smjernice za pružatelje primarne skrbi u kojima se savjetuje da s pacijentima komuniciraju telefonom, e-poštom ili putem videokonferencije kad god je to moguće. Za upućivanje na specijalističku skrb korištene su elektroničke uputnice, čime je znatno smanjen broj osobnih posjeta pacijenata. Broj takvih uputnica koje su izdali liječnici opće prakse porastao je s 28 598 u 2019. na 72 969 u 2020.

Poduzete su mjere za osiguravanje opskrbe medicinskom opremom

Kako bi se proizvelo više medicinskih proizvoda na lokalnoj razini, uključujući osobnu zaštitnu opremu, respiratore i lijekove, Vlada je pokrenula nacionalne kampanje javne nabave. Hrvatska je sudjelovala u međunarodnom sporazumu o zajedničkoj javnoj nabavi organiziranom na europskoj razini. Sklopila je i bilateralni sporazum s Narodnom Republikom Kinom o nabavi dodatne zaštitne opreme i drugih medicinskih proizvoda. Hrvatska je primila i međunarodne donacije, među ostalim od Kine, Ujedinjenih Arapskih Emirata, Mađarske i UNICEF-a. Hrvatska je općenito uspjela osigurati dovoljno opreme i pribora.

Poduzeti su koraci za podršku preopterećenim zdravstvenim djelatnicima

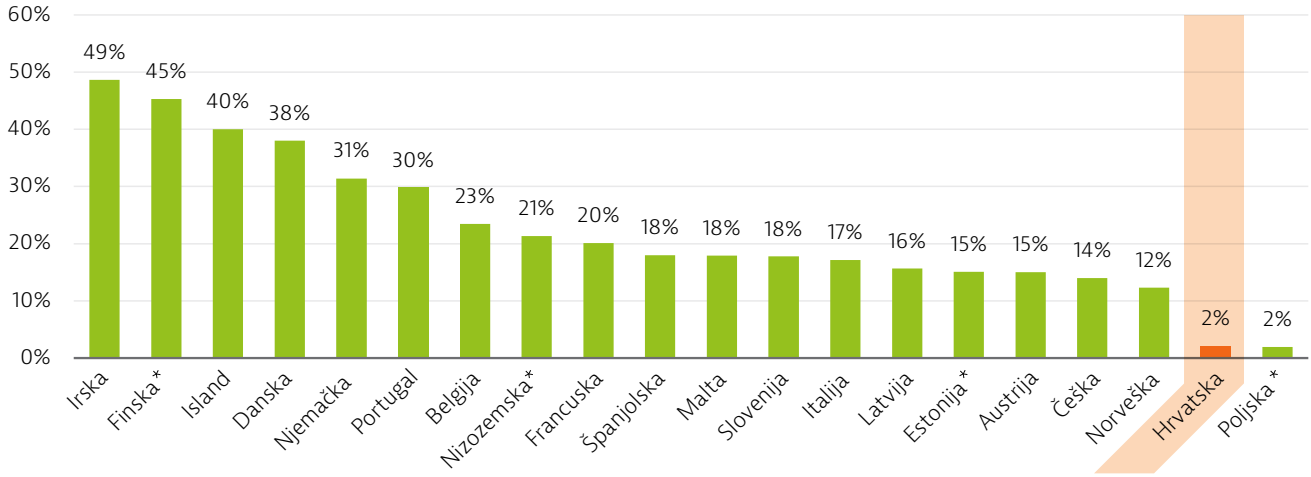
Hrvatska je poduzela brojne mjere za povećanje broja osoblja gdje je to potrebno i za zadržavanje postojećih zdravstvenih djelatnika. Mjere za povećanje broja osoblja uključivale su preraspodjelu liječnika i medicinskih sestara te angažiranje liječnika pripravnika. Mjere potpore zdravstvenim djelatnicima obuhvaćale su beneficije u obliku financiranja ili osiguravanja smještaja liječnicima koji rade s oboljelima od bolesti COVID-19. Iako su bolnice obučavale svoje zdravstvene djelatnike o prevenciji i kontroli zaraze te liječenju oboljelih od bolesti COVID-19, nema dokaza o aktivnim mjerama obuke za specijalističke djelatnosti izvan bolnica. U Nastavnom zavodu za javno zdravstvo „Dr. Andrija Štampar" uvedene su telefonske linije za pružanje psihološke pomoći i podrške zdravstvenim djelatnicima za vrijeme pandemije bolesti COVID-19, a slično su učinile i druge ustanove, primjerice Hrvatska psihološka komora i Klinika za psihijatriju Vrapče.

Hrvatska je sredinom 2020. uvela aplikaciju za praćenje kontakata

Hrvatska je 27. srpnja 2020. uvela aplikaciju za praćenje kontakata („Stop COVID-19"). Aplikacija je za prikupljanje podataka zahtijevala izričitu privolu korisnika i omogućila im odabir podataka koje žele podijeliti s nadležnim tijelima. Omogućila je i prekograničnu razmjenu podataka s drugim državama članicama EU-a pa tako i anonimno obavješćivanje kontakata u inozemstvu. Međutim, šire prihvaćanje aplikacije bilo je vrlo sporo i do veljače 2021. preuzelo ju je samo 2 % stanovništva (slika 18.). Mogući razlozi za njezino slabo prihvaćanje mogli bi biti loša komunikacija Vlade i nepovjerenje povezano s pitanjima privatnosti i Vladinim rješenjima informacijske tehnologije.

Slika 18. Hrvatska aplikacija za praćenje kontakata vrlo je slabo prihvaćena

% stanovnika koji su preuzeli aplikaciju



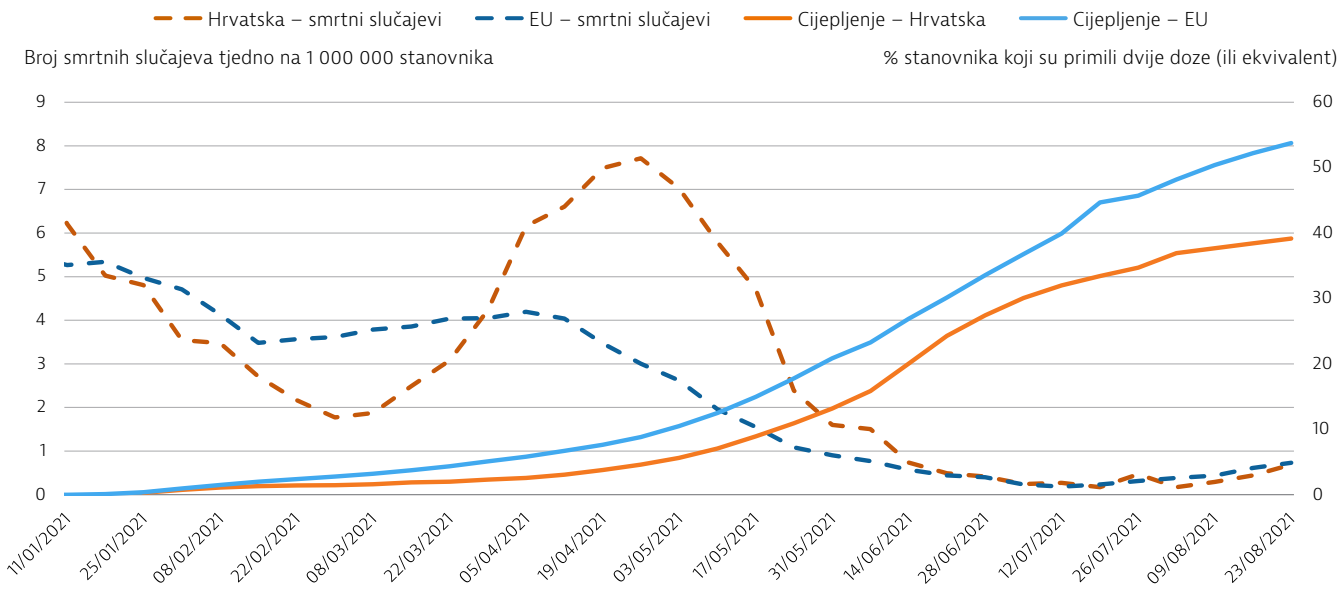
*Napomena: Podaci od travnja 2021. * Podaci do jeseni 2020.*
Izvori: Nacionalni podaci.

Cijepljenje protiv bolesti COVID-19 u Hrvatskoj provodi javni sektor

Hrvatska sudjeluje u zajedničkoj javnoj nabavi cjepiva protiv bolesti COVID-19 koju provodi Europska komisija. Cijepljenje je počelo krajem prosinca 2020., a provodi ga isključivo javni sektor. Prema planu koji je izradio Hrvatski zavod za javno zdravstvo, cijepljenje bi se provodilo u sljedećim fazama: a) zaposlenici i korisnici domova za starije osobe i drugih ustanova u sustavu socijalne skrbi te zdravstveni stručnjaci; b) osobe starije od 65 godina i osobe s kroničnim bolestima; c) opća populacija. Do kraja kolovoza 2021. dvije doze cjepiva (ili ekvivalent) primilo je ukupno 39 % stanovništva, u odnosu na prosjek EU-a od 54 % (slika 19.).

Cijepljenje zdravstvenih djelatnika obavljeno je na njihovu radnom mjestu. Cijepljenje štićenika i zaposlenika domova za starije i nemoćne (i drugih ustanova u sustavu socijalne skrbi) odvijalo se u domovima za starije osobe, a provodili su ga prvenstveno domski liječnici te medicinske sestre i tehničari. Cijepljenje osoba starijih od 65 godina i osoba s kroničnim bolestima organizirano je u okviru obiteljske medicine, a liječnici su cijepili pacijente na svojim listama. Osim toga, kako bi se ubrzao postupak cijepljenja, organizirani su punktovi za cijepljenje u domovima zdravlja.

Slika 19. Hrvatska kontinuirano napreduje u cijepljenju stanovništva



Napomena: Prosjek EU-a nije ponderiran (broj zemalja za izračun prosjeka varira ovisno o tjednu).
Izvor: ECDC za slučajeve zaraze bolešću COVID-19 i Our World In Data za stope procijepljenosti.

Zdravstveni informacijski sustavi organizirani su centralno

Pandemija bolesti COVID-19 pokazala je da su razmjena podataka između pružatelja zdravstvene skrbi i raspoloživost nacionalnih baza podataka ključni za dobro funkcioniranje i brzo reagiranje zdravstvenog sustava. Prije pandemije Hrvatska je uspostavila Nacionalni javnozdravstveni informacijski sustav u vlasništvu Ministarstva zdravstva, kojim upravlja HZZO. On obuhvaća sve ordinacije obiteljske, opće, pedijatrijske, ginekološke i dentalne medicine, ljekarne, laboratorije primarne skrbi, specijalističko-konzilijarne usluge te bolnice. Svi sudionici u stvarnom vremenu šalju podatke u središnju bazu podataka, u kojoj se provode redovita ažuriranja. Ta je inicijativa u skladu sa stvaranjem europskog prostora za zdravstvene podatke u EU-u (Europska komisija, 2021.b). Zajednički europski prostor za zdravstvene podatke promicat će bolju razmjenu i pristup različitim vrstama zdravstvenih podataka (npr. elektronički zdravstveni zapisi, podaci o genomici, podaci iz registara pacijenata itd.) kako bi se poduprlo pružanje zdravstvene skrbi te zdravstvena istraživanja i oblikovanje politika. Jedno od područja koje će se u Hrvatskoj morati dodatno razvijati su sustavi za prikupljanje i upotrebu podataka o kvaliteti skrbi i efektivnosti zdravstvenih tehnologija. Osnovana je Agencija za kvalitetu i akreditaciju, ali ona djeluje u okviru Ministarstva zdravstva te ima ograničenu ulogu kad je riječ o osiguravanju kvalitete i akreditaciji.

Pandemija bolesti COVID-19 u prvi je plan stavila važnost ulaganja u zdravstveni sektor

Kapitalna ulaganja činila su 3,4 % tekućih izdataka za zdravstvo 2018. Iako je postotak veći nego prethodnih godina, posebice u usporedbi s razdobljem 2007. – 2010., kad uopće nije bilo kapitalnih ulaganja, razina postignuta 2018. bila je ispod prosjeka EU-a (5,0 %).

Hrvatska u sklopu Nacionalnog plana za oporavak i otpornost vrijednog 6,4 milijarde EUR usmjerava ulaganja na pet prioriteta, a jedan je od njih zdravstvo. Zdravstvenom komponentom (u iznosu od 340 milijuna EUR) nastoji se pridonijeti pružanju kvalitetnih zdravstvenih usluga uz jačanje upravljanja u zdravstvenom sustavu. Mjerama se planira povećanje prevencije i ranog otkrivanja bolesti te razvoja telemedicine i medicinske robotike.

6 Glavni zaključci

- Prije pandemije bolesti COVID-19 očekivani životni vijek u Hrvatskoj bio je u porastu, iako za prosjekom EU-a i dalje zaostaje više od tri godine. Očekivani životni vijek pri rođenju 2020. privremeno se smanjio za nešto više od 9,5 mjeseci u odnosu na 2019., a taj je znatan pad jedna od posljedica pandemije bolesti COVID-19. Unatoč tome što je bolest COVID-19 uzrokovala velik broj smrtnih slučajeva 2020., vodeći su uzroci smrtnosti bili ishemijska bolest srca i moždani udar. Nadalje, stope smrtnosti od raka pluća i raka debelog crijeva u Hrvatskoj su među najvišima u EU.

- Velik udio smrtnih slučajeva u Hrvatskoj pripisuje se bihevioralnim čimbenicima rizika, a javnozdravstvene intervencije i dalje su nedovoljno razvijene. Politike protiv pušenja su slabe, pušenje u zatvorenim javnim prostorima i dalje je raširenо, a stopa tinejdžera pušača četvrta je po visini u EU-u. Stope pretilosti u porastu su, posebno među djecom. Smrtnost koja se može spriječiti daleko je iznad prosjeka EU-a.

- Prije pandemije Hrvatska je na zdravstveni sektor trošila 7,0 % BDP-a. Iako je Hrvatska jedna od tri države EU-a s najnižom potrošnjom za zdravstvo po glavi stanovnika, mjerenom kao udio u BDP-u, rashodi za zdravstvo viši su nego u sedam drugih država članica EU-a. Hrvatska je usto zadržala visok udio javne potrošnje za zdravstvo, što je rezultiralo visokom razinom financijske zaštite.

- Iako hrvatski zdravstveni sustav omogućuje pristup nizu različitih usluga, primarna skrb je fragmentirana i čini se nedovoljno iskorištenom u usporedbi s bolničkom skrbi i skrbi koja se pruža u polikliničko-konzilijarnim službama. Nema dovoljno podataka o kvaliteti skrbi i efektivnosti zdravstvenih tehnologija. Osnovana je Agencija za kvalitetu i akreditaciju, ali ona djeluje u okviru Ministarstva zdravstva te ima ograničenu ulogu kad je riječ o osiguravanju kvalitete i akreditaciji.

- Duge liste čekanja za sekundarnu i tercijarnu skrb i dalje su problem, a zbog pandemije bolesti COVID-19 vrijeme čekanja dodatno se produljilo. Prije pandemije udio nezadovoljenih potreba za zdravstvenom skrbi u Hrvatskoj bio je manji od prosjeka EU-a, ali postojale su znatne razlike među dohodovnim skupinama, ukazujući na moguće probleme u dostupnosti. Konkretno, nezadovoljene potrebe zbog geografske udaljenosti bile su veće nego u bilo kojoj drugoj državi članici EU-a, a nezadovoljene potrebe izraženije su bile među starijim osobama.

- Uvedene su brojne mjere kako bi se pokušalo suzbiti širenje bolesti COVID-19. Hrvatska je općenito bila manje pogođena prvim valom zaraze nego EU, ali teže drugim valom, i prema broju oboljelih i prema broju smrtnih slučajeva po stanovniku. Kako bi se očuvao pristup primarnoj skrbi za vrijeme pandemije, mnoge su se usluge počele pružati na daljinu. Hrvatska je poduzela brojne korake za povećanje broja zdravstvenog osoblja gdje je to bilo potrebno i za zadržavanje postojećih zdravstvenih djelatnika.

- Raspoloživost zdravstvene infrastrukture prije pandemije bolesti COVID-19 bila je dobra, s dostatnim brojem kreveta u jedinicama intenzivne njege. Određene bolnice, odjeli i izvanbolničke ustanove predodređene su kao ustanove za liječenje bolesti COVID-19. Međutim, Hrvatska je cijelo vrijeme provodila manje testova na COVID-19 po glavi stanovnika od prosjeka EU-a i imala veće stope pozitivnih testova, točnije više od 35 % u drugom valu pandemije, što ukazuje na probleme s kapacitetom. Postojeće ustanove u javnom sektoru pripremljene su za provedbu kampanje cijepljenja, među ostalim uspostavom punktova za cijepljenje u domovima zdravlja, angažiranjem liječnika opće prakse za cijepljenje starijih pacijenata na njihovim listama i primjenom cjepiva u domovima za starije i nemoćne.

Glavni izvori

Džakula A et al. (2021), *Croatia: Health system review.* Health Systems in Transition, 23(2): i-146.

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020 – State of Health in the EU Cycle.* Paris, OECD Publishing.

Literatura

CIPH (2021), *Health care utilisation within the family (general) medicine service in Croatia in 2020*, Zagreb.

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement.*

Eurofound (2021), *Living, working and COVID-19 survey, third round* (February-March 2021).

European Commission (2020), *A pharmaceutical strategy for Europe.*

European Commission (2021a), *Europe's Beating Cancer Plan.*

European Commission (2021b), *The European Health Data Space.*

Government of Croatia (2021), *Official government website for information on coronavirus*.

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

WHO Regional Office for Europe, European Commission, European Observatory on Health Systems and Policies (2021), COVID-19 Health Systems Response Monitor – Croatia.

World Bank (2019), *National Development Strategy Croatia 2030 policy note: health sector*, Washington DC.

World Bank (2020) *Draft Policy Note: Croatia – Value for Money in Spending on Pharmaceuticals*, Washington DC.

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		

European Commission

State of Health in the EU
Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021

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
- efektivnosti, 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 (2021), *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021.*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264658141 (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