

Koncept socijalnih investicija u zdravstvenom sustavu

Šimunković, Gordana; Babić, Zdenko

Source / Izvornik: **Revija za socijalnu politiku, 2022, 29, 367 - 391**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

<https://doi.org/10.3935/rsp.v29i3.1813>

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:223895>

Rights / Prava: [In copyright](#)/[Zaštićeno autorskim pravom.](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-13**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Koncept socijalnih investicija u zdravstvenom sustavu

GORDANA ŠIMUNKOVIĆ*
Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet,
Rijeka, Hrvatska

Pregledni rad
UDK: 364.69:614
doi: 10.3935/rsp.v29i3.1813
Prilježeno: veljača 2021.

ZDENKO BABIĆ
Studijski centar socijalnog rada,
Pravni fakultet Sveučilišta u Zagrebu,
Zagreb, Hrvatska

Usmjeravanjem na ljudski kapital socijalne investicije daju odgovor na socijalne izazove s kojima se suočava socijalni razvoj posljednjih nekoliko desetljeća. U kontekstu ljudskog kapitala, ulaganje u zdravlje ima višestruke kanale utjecaja osobito ako je ono prisutno od rane dobi: osoba će ostati duže aktivna, bit će produktivnija i doprinosit će ekonomiji i društvu. Rad je usmjeren na stjecanje uvida koliko je zdravstvena politika Hrvatske usklađena s idejom socijalnih investicija prezentiranom kroz dokument Europske komisije Investing in Health koji se nadovezuje na temeljni dokument Europske unije o socijalnim investicijama: Towards Social Investment for Growth and Cohesion. U tu svrhu koristi se analiza strateških dokumenata hrvatske zdravstvene politike te komparativna analiza podataka o ulaganjima u zdravstveni sustav kako iz baze Eurostata tako i iz domaćih izvora. Također se donosi i detaljna komparativna analiza (ne)jednakosti pristupa zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj u kontekstu Europske unije te važnosti pojedinih komponenti zdravstvene zaštite iz rakursa socijalnih investicija. Uočava se da zdravstvena politika Hrvatske prati ideju socijalnog ulaganja opisanu kroz dokument Investing in Health uz nedostatke, ali pomake prema nadvladavanju određenih nedostataka kao što je npr. evaluacija realizacije pojedinih mjera i programa.

Ključne riječi: ulaganje u zdravlje, socijalne investicije, ljudski kapital, zdravstvena politika.

UVOD

Socijalne investicije paradigma je koja se javlja 90-ih godina prošlog stoljeća kao odgovor na situaciju višestrukih izazova na području ekonomije i socijalne zaštite (Morel, Palier i Palme, 2012.a; Hemerjick, 2012.). U području socijalne zaštite javlja-

ju se izazovi nošenja s novim socijalnim rizicima: porast udjela žena na tržištu rada, transformacija obitelji (porast samačkih kućanstava i jednoroditeljskih obitelji, slabljenje obiteljskih veza), smanjen fertilitet, produženo očekivano trajanje života, porast udjela starije populacije, migracije i dr. (Ba-

* Gordana Šimunković, Sveučilište u Rijeci, Medicinski fakultet / University of Rijeka, Faculty of Medicine, Braće Branchetta 20, 51000 Rijeka, Hrvatska / Croatia, gordana.simunkovic@medri.uniri.hr

bić i Baturina, 2015.; Morel, Palier i Palme, 2012.a; Puljiz i sur., 2005.; Esping-Andersen i sur., 2002.). Svoj odgovor na navedene probleme, pristup socijalnih investicija nudi usmjeravanjem na ljudski kapital (Morel, Palier i Palme, 2012.a; Morel, Palier i Palme, 2012.b) dajući dvostruki povrat: financijski i socijalni (Babić i Baturina, 2015.). Odnosno, prepoznaje se značaj pripreme pojedinca za nošenje s navedenim rizicima i promjenama na tržištu rada. Da bi pristup socijalnih investicija bio uspješan, prepoznaje se da je ključno uvažavanje kvalitete (poslova i usluga), jednakosti (pristupa i prihoda), zahvaćanje cjelokupne populacije i lanca dionika, zadržavanje funkcije zaštite, te oblikovanje socijalne politike utemeljene na nekoliko stupova: ulaganjima u ljudski kapital, socijalnoj zaštiti i aktivaciji (Morel, Palier i Palme, 2012.b). Na koncept socijalnih investicija možemo gledati kao na jedan od alata kojim se može s jedne strane ispunjavati odgovornost socijalne države, ali s druge strane usmjeravati socijalnu državu prema njenom daljnjem razvoju.

U konceptu socijalnih investicija istraživanja o ulaganju u zdravlje pokazala su višestruke koristi, kroz različite kanale utje-

caja, osobito ako su ta ulaganja prisutna od najranije dobi, uključujući i majčinstvo: osobe će ostati duže aktivne, bit će produktivnije i doprinositi društvu s većim prihodom (Gumbau Albert, 2020.; Bloom, Kuhn, Prettner, 2020.; Bloom, Canning, Sevilla, 2004.). Prepoznajući kako ulaganje u zdravlje može doprinijeti pametnom, održivom i uključivom rastu, Europska komisija kreirala je dokument *Investing in Health* (EU, 2013.) koji se nadovezuje na temeljni dokument o socijalnom ulaganju: *Towards Social Investment for Growth and Cohesion*. U dokumentu je jasno istaknuto da je zdravlje vrijednost za sebe, temeljni preduvjet za ekonomski razvoj, kroz porast ljudskog kapitala i rast produktivnosti. Razmatrajući ulaganje u zdravlje, dokument *Investing in Health* (EU, 2013.) razrađuje: a) ulaganje u održivi zdravstveni sustav, b) ulaganje u zdravlje kao ljudski kapital, c) ulaganje u smanjenje zdravstvenih nejednakosti te d) ulaganje u zdravlje kroz adekvatnu podršku sredstvima Europske unije (Tablica 1.). Prepoznaje se ključnim dobivanje više vrijednosti za novac kroz reforme i ulaganje gdje samo ulaganje ne znači nužno i rast ukupnih izdataka već racionalniju raspodjelu ukupno uloženi sredstava.

Tablica 1.
Područja dokumenta *Investing in Health* i njihovi glavni segmenti

Područja dokumenta	Segmenti
Održivi zdravstveni sustav	Održivost zdravstvenog sustava
	Pomoć članicama u kreiranju reformi i unaprjeđenju učinkovitosti zdravstvenog sustava
	Unaprjeđenje financijske učinkovitosti kroz inovacije
	Razvoj alata za bolje vrednovanje učinkovitosti zdravstvenog sustava
Zdravlje kao ljudski kapital	Doprinosi zapošljivosti i omogućavanje osobama da što duže ostanu aktivni
	Promocija zdravlja
	Zapošljivost u zdravstvenom sektoru
Smanjenje zdravstvenih nejednakosti	Prioritiziranje skupina s manje mogućnosti
Zdravlje kroz adekvatnu podršku sredstvima Europske unije	Zdravstveni program EU-a Kohezijska politika i njeni fondovi Obzor 2020. – program Europske unije za istraživanje i inovacije za razdoblje od 2014. do 2020.

Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. od 2027. (MZ, 2021.) izdvaja pozornost prema ljudskim resursima kao najvažnijem resursu u okviru zdravstvenog sustava, ne izdvajajući njegov utjecaj na gospodarstvo. Nacionalna strategija razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012. – 2020. (MZ, 2012.), kao mnogo bogatiji dokument, pod jednim od prioriteta imala je izdvojeno jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu i pri tome je jasno prepoznavala povezanost zdravlja, sustava zdravstva i razvoj gospodarstva te da je ljudski kapital povezan sa zdravljem ljudi (jer zdrav pojedinac može maksimalno iskoristiti svoj radni potencijal i povećati produktivnost). Prepoznavala je i četiri kanala kroz koje zdravlje može utjecati na gospodarstvo: produktivnost, ponuda rada, obrazovanje i štednja raspoloživa za ulaganje u fizički i intelektualni kapital. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. (MZ, 2012.) nije pojašnjavala pojedine kanale, no takvim prepoznavanjem slijedila je razmatranja Suhrcke i sur. (2005.).

Suhrcke i sur. (2005.) u kontekstu produktivnosti izdvajaju da zdraviji pojedinci mogu proizvesti više po satu rada. Njihova produktivnost je veća zbog pojačane tjelesne i mentalne aktivnosti, a kao aktivniji pojedinci mogu učinkovitije koristiti tehnologiju, strojeve i opremu. Povezanost s ponudom rada pojašnjava se time da dobro zdravlje smanjuje broj dana koje pojedinac provodi na bolovanju, što rezultira povećanjem broja zdravih dana provedenih na poslu što se pozitivno odražava na ukupnu ponudu rada. Djeca s boljim zdravljem postižu veći akademski uspjeh, imaju manje izostanaka i prekida školovanja te se time indirektno ulaganjem u ranim godinama doprinosi produktivnosti u budućnosti (Babić, 2020.). Pojedinci dobrog zdravlja u svom dužem životnom vijeku mogu ostvariti dobrobit od ranije

edukacije, a istom će imati i veći poticaj za ulaganje u edukaciju. U kontekstu štednje, Suhrcke i sur. (2005.) naglašavaju da će stanje zdravlja utjecati na raspodjelu štednje i potrošnje te raspoloživosti za ulaganja. Pojedinci dobrog zdravlja imat će veću štednju od onih lošijeg zdravlja, s obzirom da se s lošijim zdravljem smanjuju prihodi, a povećavaju troškovi vezani uz zdravlje.

Iz navedenog se može prepoznati da je temeljnim dokumentima hrvatske zdravstvene politike od 2012. godine ulaganje u zdravlje prepoznato kroz opisani koncept socijalnog ulaganja. U nastavku teksta nakon prikazanog cilja istraživanja i metodologije slijede još tri glavna poglavlja koja obuhvaćaju ulaganje u održivi zdravstveni sustav, zdravlje kao ulaganje u ljudski kapital te poglavlje koje analizira zdravstvene nejednakosti. Svako poglavlje sadržajno obuhvaća segmente sukladno dokumentu *Investing in Health*. Tako su u poglavlju Ulaganje u održive zdravstvene sustave obuhvaćeni segmenti: održivost zdravstvenih sustava, pomoć članicama u reformama i unaprjeđenju učinkovitosti zdravstvenog sustava te unaprjeđenje financijske učinkovitosti kroz inovacije i razvoj alata za bolje vrednovanje učinkovitosti zdravstvenog sustava. Kroz poglavlje Zdravlje kao ulaganje u ljudski kapital obuhvaćene su teme: doprinosi zapošljivosti i omogućavanje osobama da što duže ostanu aktivne, promocija zdravlja i ljudski resursi u zdravstvenom sektoru. U posljednjem poglavlju Smanjivanje zdravstvenih nejednakosti razmatraju se zdravstvene nejednakosti uz pregled prepoznatih prioritetnih skupina te čimbenici nejednakog pristupa zdravstvenim uslugama. Na kraju rada donosi se zaključak s nalazima iz provedenog istraživanja i određenim preporukama.

CILJ ISTRAŽIVANJA I METODOLOGIJA

Temeljni cilj ovog rada usmjeren je na stjecanje uvida koliko je zdravstvena politika Hrvatske usklađena s idejom socijalnog ulaganja predstavljenom kroz dokument *Investing in Health* (EU, 2013.). U ostvarivanju postavljenog cilja, napravljen je uvid u relevantne strateške dokumente zdravstvene politike na razini Hrvatske i Europske unije. U obzir su uzeti strateški dokumenti zdravstvene politike na razini Hrvatske za posljednje desetljeće. Provedena je detaljna komparativna analiza dostupnih zdravstvenih podataka iz baze Eurostata, Državnog zavoda za statistiku, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo i drugih relevantnih baza prema područjima dokumenta *Investing in Health*. Napravljen je komparativna analiza kako ukupnih izdvajanja za zdravstvenu zaštitu tako i izdvajanja po glavi stanovnika između Hrvatske i zemalja članica Europske unije. Uporabom *ad hoc* modula *European Union Survey on Income and Living Conditions – EU-SILC* napravljena je detaljna komparativna analiza razlika u (ne) jednakom pristupu građana zdravstvenim uslugama Hrvatske i zemalja članica EU-a. Kombinacijom domaćih izvora kao što su podaci Državnog zavoda za statistiku i Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo s podacima Eurostata, detaljnije se analizira struktura zdravstvenih izdataka. Poseban se naglasak pri toj analizi stavlja na komponente izdataka koji u najvećoj mjeri odgovaraju pristupu socijalnih investicija kao što su izdaci na prevenciju te iskoristivost, očuvanje i izgradnju ljudskog kapitala kroz podatke o bolovanjima i izostancima s posla zbog bolesti, ozljede na radu te podatke o broju liječnika i medicinskog osoblja. Na kraju se nakon provedene analize zaključuje o usklađenosti hrvatskog zdravstvenog sustava s idejom socijalnog ulaganja temeljenog na pristupu krovnog

EU dokumenta iz ovog područja *Investing in Health*.

ULAGANJE U ODRŽIVI ZDRAVSTVENI SUSTAV

Pod područjem ulaganje u održivi zdravstveni sustav, prate se segmenti: održivost, reforme i unaprjeđenje učinkovitosti, učinkovitosti kroz inovacije i alat za vrednovanje učinkovitosti.

Razmatranjem ulaganja u **održivi zdravstveni sustav** na razini Hrvatske uočavaju se izazovi s obzirom na generalne značajke zdravstvenog sustava. Zdravstveni sustav, unutar kojeg se odvija većinski dio zdravstvene zaštite, prepoznaje se uz mirovinski sustav kao jedan od najvećih sustava unutar sustava socijalne zaštite (Matković i Zrinščak, 2006.) koji konzumira relativno velik udio u ukupnim javnim troškovima (EU, 2013.). Izdaci za bolest/zdravstvenu skrb u Hrvatskoj u preglednom periodu od deset godina bilježe rast i čine kontinuirani udio od 1/3 ukupnih socijalnih izdataka (Tablica 2.). U 2008. godini izdaci za bolest/zdravstvenu skrb u Hrvatskoj iznose 691,12 eura po glavi stanovnika, a deset godina kasnije, u 2018. godini 903 eura po glavi stanovnika. Rast se uočava i u ukupnim socijalnim izdacima (s 2 097,68 eura 2008. godine na 2 734,06 eura 2018. godine).

Tablica 2.

Izdaci za ukupne socijalne troškove i izdaci za funkciju bolest/zdravstvena skrb po stanovniku u Hrvatskoj (2008. - 2018.)

	Ukupni socijalni izdaci (euro)	Funkcija bolest/zdravstvena skrb (euro)	Udio izdataka za funkciju bolest/zdravstvena skrb u ukupnim socijalnim troškovima (%)
2008.	2 097,68	691,12	32,95
2009.	2 202,41	738,82	33,55
2010.	2 233,83	740,53	33,15
2011.	2 199,61	731,28	33,25
2012.	2 221,59	761,13	34,26
2013.	2 197,89	708,49	32,24
2014.	2 237,00	697,02	31,16
2015.	2 312,06	750,35	32,45
2016.	2 440,13	782,80	32,08
2017.	2 564,75	839,17	32,72
2018.	2 734,06	903,44	33,04

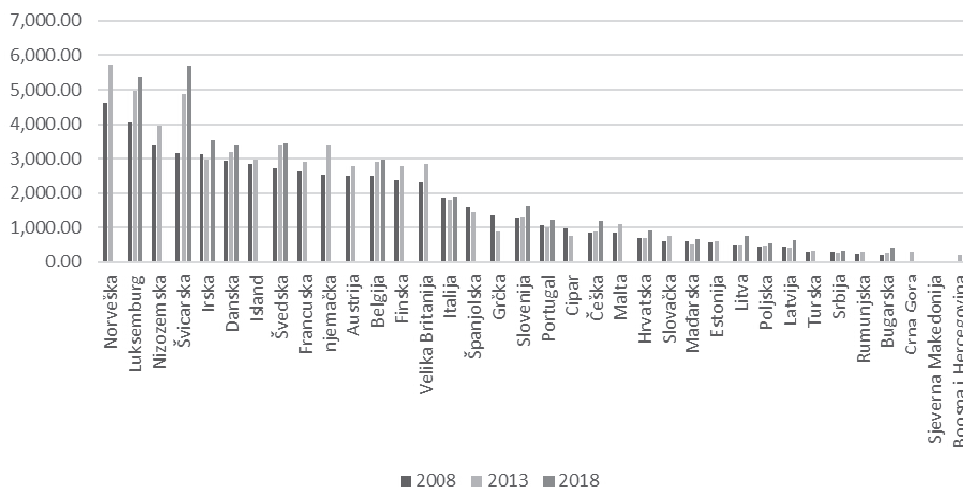
Izvor: EUROSTAT (2020). *Social protection expenditure*. Dostupno na: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr_exp_sum&lang=en (Pristup: 25. 9. 2020.).

U usporedbi s drugim zemljama Europske unije, Hrvatska se nalazi u skupini zemalja s nižim izdvajanjima po glavi stanovnika za zdravstvo (Slika 1.). Povećanje u izdacima postoji kod većine zemalja, pa tako i kod Hrvatske. U izdacima prednjače Norveška, Luksemburg, Nizozemska i

Švicarska. Skandinavske zemlje (Norveška, Danska, Švedska, Finska) predvodnice su ulaganja u programe socijalnih investicija (Babić i Baturina, 2016.; Morel i sur., 2012.) te ne iznenađuje da su i kod izdataka za bolest/zdravlje pozicionirane među zemljama s najvišim izdacima.

Slika 1.

Izdaci za funkciju bolest/zdravstvenu skrb u zemljama članicama Europske unije (2008., 2013 i 2018., u EUR po glavi stanovnika)



Izvor: EUROSTAT (2020). *Social protection expenditure*. Dostupno na: https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=spr_exp_sum&lang=en (Pristup: 25. 9. 2020.).

Istraživanja o izdacima vezanima za zdravlje ukazala su na moguću pozitivnu povezanost porasta izdataka za zdravstvo i rasta ekonomije (Raghupathi i Raghupathi, 2020.; Bloom, Canning, Sevilla, 2004.). Raghupathi i Raghupathi (2020.) istraživali su povezanost izdataka za javno zdravstvo s ekonomskim učinkom širom Sjedinjenih Država. Njihovi rezultati sugeriraju da postoji pozitivna povezanost između potrošnje zdravstvene zaštite i ekonomskih pokazatelja produktivnosti rada, osobnog dohotka, BDP-a po stanovniku i ostale potrošnje. Bloom, Canning, Sevilla (2004.) procjenjivali su model proizvodne funkcije agregatnog gospodarskog rasta (uz obuhvat dvije varijable identificirane kao temeljne sastavnice ljudskog kapitala: radno iskustvo i zdravlje). Rezultati su pokazali da dobro zdravlje ima pozitivan, značajan i statistički značajan učinak na ukupnu proizvodnju čak i kada se kontrolira iskustvo radne snage.

Izdaci u području zdravstva i održivost koja se veže uz njih aktualna je okupacija nekoliko **zdravstvenih reformskih valova** u Hrvatskoj. U 2000. glavni cilj reforme bilo je ograničavanje rasta zdravstvene potrošnje iz javnih izvora i smanjivanje stope doprinosa za obavezno zdravstveno osiguranje te povećanje efikasnosti zdravstva, odnosno rješavanje financijskih problema zdravstvenog sustava te reorganizacija sustava. Od 2006. postoji i dalje usredotočenost na obuzdavanje rasta troškova i u 2012. godini prepoznaje se da zdravstveni sustav nije financiran održivo i da je u stalnom deficitu, što je pitanje koje se pojavljuje u kontinuitetu sve do danas. Uz konstantno niže stope zaposlenosti od europskog prosjeka mali je broj onih koji plaćaju zdravstveni doprinos, a osim o razini zaposlenosti, sustav ovisi i o visini plaća koje su također relativno niske u europskom kontekstu. Dodatni izazov ovakvom modelu financiranja je aktualni proces demografske tranzicije i starenja stanovništva

te pada udjela radno aktivnog stanovništva) (MZ, 2021., 2012.; Mihaljek, 2007.; Stubbs i Zrinščak, 2018.; Džakula i sur., 2014.). U Izmjenama i dopunama Strateškog plana Ministarstva zdravstva za razdoblje 2020. – 2022 (MZ, 2020.) pod reformskom mjerom naglašava se unaprjeđenje učinkovitosti upravljanja u sustavu zdravstva, kao jedan od ciljeva i **osiguranje financijske održivosti zdravstvenog sustava**. Prepoznaje se da je mnogim reformama nedostajalo sveobuhvatnih implementacijskih planova i da nisu bile popraćene evaluacijama (Džakula i sur., 2014.) što bi mogao biti dio odgovora na problem financijske održivosti koji je i nadalje vrlo aktualan.

Može se uočiti kako osnovni strateški dokumenti u području zdravstva na razini Hrvatske prate glavna područja strukturnih reformi i porasta učinkovitosti identificiranih od strane Europske komisije i Odbora ekonomske politike (EU, 2013.), izdvojenih i dokumentom *Investing in Health* kao što su: poticanje isplativijeg pružanja i korištenja zdravstvenih usluga, osiguravanje uravnotežene kombinacije vještine zaposlenih i predviđanje potreba zdravstvenog osoblja zbog starenja, smanjenje nepotrebne upotrebe specijalističke i bolničke njege, bolja promocija zdravlja i prevencija bolesti u i izvan zdravstvenog sektora, poboljšanje prikupljanja podataka, sustavnije korištenje procjene zdravstvene tehnologije za procese donošenje odluka te osiguravanje financijski učinkovitog korištenja lijekova.

Poticanje isplativijeg pružanja i korištenja zdravstvenih usluga te smanjenje nepotrebne upotrebe specijalističke i bolničke skrbi uz istodobno poboljšanje usluge primarne zdravstvene zaštite bilo je vidljivo i u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012. – 2020. (MZ, 2012.) kroz prioritet 4: *Reorganizacija ustroja i djelovanja zdravstvenih ustanova* i prioritet 7: *Očuvanje financijske stabilnosti zdravstva*. Osiguravanje uravnotežene kombinacije vještina

osoblja i predviđanje potreba vezanih uz osoblje, vidljivo je kroz prioritet 2: *Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu* i kroz Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020. Bolja promocija zdravlja i prevencija bolesti uočava se kroz prioritet 6: *Jačanje preventivnih aktivnosti*. Područje unaprjeđenja prikupljanja podataka vidljivo je kroz prioritet 1: *Razvoj informatizacije i eZdravstva*, a područje sustavnijeg korištenja zdravstvenih tehnologija i učinkovitijeg korištenja lijekova kroz prioritet 5: *Poticanje kvalitete u zdravstvenoj zaštiti* i strateški pravac 5.9. *Jačanje procjene zdravstvenih tehnologija*.

Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. od 2027. (MZ, 2021.), prati smjerove postavljene ranijom strategijom. Unaprjeđenje financijske održivosti zdravstvenog sustava izdvojeno je pod posebnim ciljem 5. s izdvojenom mjerom: *Izrada strateškog okvira za održivo financiranje zdravstva*. Ljudski resursi u zdravstvu zahvaćeni su posebnim ciljem 4. *Učiniti sustav poželjnim mjestom za rad* gdje se mjerom 1. predviđa *Izrada strateškog okvira razvoja ljudskih resursa*. Promociji zdravlja dana je pozornost kroz posebni cilj 1: *Bolje zdrave životne navike i učinkovitija prevencija bolesti*. *Jačanje procjene zdravstvenih tehnologija*, kao mjera smještena je pod posebni cilj 2. *Unaprjeđenje sustava zdravstvene zaštite*. Prikupljanje podataka izdvojeno je u uvodnom dijelu dokumenta uz naznaku da će se vezano uz to nastaviti rad na Katalogu informacijskih standarda u zdravstvu koji je nešto više zahvaćen mjerom *Informatičko povezivanje svih pružatelja zdravstvenih usluga*, pod posebnim ciljem 2.

Jednaka je situacija i za **inovacije** koje dokument *Investing in Health* u temi ulaganja u održivi zdravstveni sustav izdvaja u kontekstu unaprjeđenja financijske učinkovitosti. Opisuje ih kao primarne pokretače troškova u zdravstvenoj skrbi, ali ih prepoznaje i da doprinose financijskoj učinkovi-

tosti te time i održivosti (EU, 2013.). Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. (MZ, 2012.) inovacije je prepoznala u sklopu prioriteta 1: *Informatizacija i eZdravstvo* i razrađene su zasebno kroz Strateški plan razvoja eZdravlja u Republici Hrvatskoj – SpeZ (MZ i HZZO, 2014.). Dokument se bavio njima i kroz zasebno poglavlje u temi znanosti, istraživanja i inovacija u biomedicini. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. od 2027. (MZ, 2021.), inovacije zahvaća sporredno izdvajajući ih kod mjere *Uspostava sveobuhvatnog nacionalnog sustava kvalitete i sigurnosti zdravstvene zaštite* (mjera 8, posebni cilj 2). Prateći pokazatelji rezultata mjera ne sadrže inovacije. Kako se kao pokazatelj izdvaja objava nacionalnog okvira unaprjeđenja kvalitete i sigurnosti, moguće je za pretpostaviti da će inovacije potencijalno biti detaljnije zahvaćene njime.

Razvoj **alata za bolje vrednovanje učinkovitosti** zdravstvenog sustava, kao posljednji segment izdvojen u dokumentu *Investing in Health* kod područja ulaganja u održive zdravstvene sustave, dovest će nas do razmatranja uspjeha i učinka i vratiti nas na problematiku evaluacije. Isključivo pregled izdataka u području zdravstva govorit će o količini izdvajanja, ali ne i o ostvarenim učincima u području na koje se izdaci referiraju i čimbenicima koji se odražavaju na stanje izdataka. Postavlja se i pitanje: što se podrazumijeva pod uspjehom i učinkovitošću vezanom uz izdatke? Europska komisija (EU, 2013.) izdvaja tri glavna metodološka izazova kada je u pitanju vrednovanje učinkovitosti izdataka: a) potvrditi da su dokazi o učinkovitosti i unaprjeđenjima valjani i kada se koriste različite definicije zdravstvenih ishoda, b) razdvojiti utjecaj zdravstvenog sustava na zdravstvene ishode od utjecaja drugih odrednica zdravlja stanovništva te c) izbjeći pogreške u zaključcima zbog vremenskog pomaka

od promjena politike do njena utjecaja na zdravstvene ishode. Za navedeno je potrebno jasno definiranje indikatora, razumijevanje međudjelovanja zdravstvenog sustava i zdravstvenih ishoda i utjecaja zdravstvene politike na zdravstvene ishode.

Problematika mjerenja uspjeha u području zdravlja nalazi se u radovima za područje Hrvatske, a ista se slijedom nedostatka jedinstvenog i jednoznačnog mjerila, nastojala nadvladati kombiniranjem različitih mjerila (Zrinščak, 2007.; Zrinščak i Matković, 2006.). Kako se prepoznaje da generalno za razinu Hrvatske nedostaje sustavnih evaluacija i vrednovanja zdravstvenog sustava (Džakula i sur., 2014.), ostaje izazov usmjeravanja pozornosti toj temi. Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. (MZ, 2012.), pod strateškim problemom nedovoljne učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenog sustava, izdvajala je da sustav nadzora, uključujući i sustav prikupljanje informacija, nije dovoljan za uočavanje i sprječavanje neučinkovitosti i nedjelotvornosti. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. od 2027. (MZ, 2021.) izdvaja da je Ministarstvo zdravstva započelo proces izrade okvira za mjerenje učinkovitosti zdravstva, koji će doprinijeti uspostavi ključnih indikatora za mjerenje učinkovitosti prema utvrđenoj metodologiji, povezanih s postupkom povezivanja mjera s ciljevima zadanim u nacionalnim aktima strateškog planiranja i reformama, pravovremenošću podataka, te unaprijediti praćenje zdravstvenih ishoda¹.

ZDRAVLJE KAO ULAGANJE U LJUDSKI KAPITAL

Pod područjem ulaganje u ljudski kapital, prate se segmenti: zapošljivost i omogućavanje osobama da ostanu što duže aktivne, promocija zdravlja i zapošljivost u zdravstvenom sektoru.

U kontekstu doprinosa **zapošljivosti i omogućavanju osobama da ostanu što duže aktivne**, Hrvatska kroz period od deset godina bilježi kontinuirani porast odsustva osoba u dobi od 20 do 64 godina s posla zbog bolesti ili invaliditeta (Slika 2.). U 2019. godini taj broj iznosio je 162 000 osoba, a u 2018. godini 159 000 osoba.

Prema Anketi o radnoj snazi (DZS, 2020.) u 2018. godini u Hrvatskoj je prosječno po kvartalu bilo 1 655 000 zaposlenih osoba, a u 2019. godini 1 679 500 osoba². Sukladno podacima o odsustvu s posla, to bi značilo da je u 2018. godini zbog bolesti ili invaliditeta bilo odsutno 9,61%, a u 2019. godini 9,65% zaposlenih osoba. Prema Europskoj zdravstvenoj anketi u Hrvatskoj 2014. – 2015. (HZJZ, 2016.), najveći dio izostanaka s posla zbog zdravstvenih tegoba čine izostanci 4-15 dana (oko 80% izostanaka)³. Od 5 446 zahvaćenih osoba anketom, 17,3% muškaraca i 21,9% žena je izostalo s posla tijekom posljednjih 12 mjeseci. Promatrano prema danima izostanka s posla po zaposleniku na godišnjoj razini, u Hrvatskoj se taj broj kreće od 8 do 10 dana, za razliku od 11 dana na razini članica Europske unije⁴ (Slika 3.). U 2019. godini, proizlazi da je s

¹ Vidjeti i: Ministarstvo zdravstva (2022.): Akcijski plan za izradu izvješća o procjeni učinkovitosti hrvatskog zdravstvenog sustava. Dostupno na: [https://zdravlje.gov.hr/?id=5622&pregled=1&datum=Mon%20Jun%2027%202022%2009:44:44%20GMT+0200%20\(srednjoeuropsko%20ljetno%20vrijeme\)](https://zdravlje.gov.hr/?id=5622&pregled=1&datum=Mon%20Jun%2027%202022%2009:44:44%20GMT+0200%20(srednjoeuropsko%20ljetno%20vrijeme)) (Pristup: 1.8.2022.).

² Izračun autora prema podacima Ankete o radnoj snazi (DZS, 2020.).

³ Na pitanja o izostancima s posla zbog zdravstvenih tegoba odgovorili su samo ispitanici koji su u vrijeme anketiranja bili zaposleni. Ova pitanja odnosila su se na izostanke s posla zbog svih vrsta zdravstvenih problema. Bilježio se ukupan broj dana izostanka s posla zbog vlastitih zdravstvenih problema i nisu uključeni izostanci s posla radi njege druge osobe. Pri tome nije bilo važno je li osoba formalno koristila bolovanje ili ne.

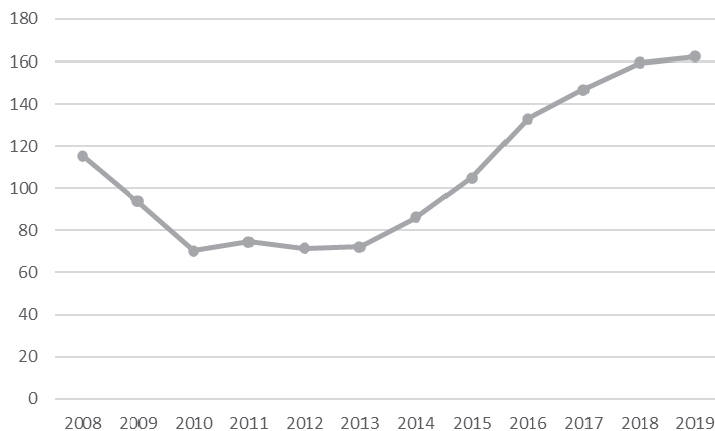
⁴ U prikazanim podacima nisu uključeni podaci o porodiljnom dopustu. Za pojedine zemlje kao što su Cipar, Irska i Bugarska nije bilo raspoloživih podataka.

obzirom na ukupan broj dana privremene nesposobnosti i broja aktivnih osiguranih, svaki zaposlenik na razini Hrvatske

tijekom 2019. godine bolovao prosječno 10,98 dana (HZZO, 2020.).

Slika 2.

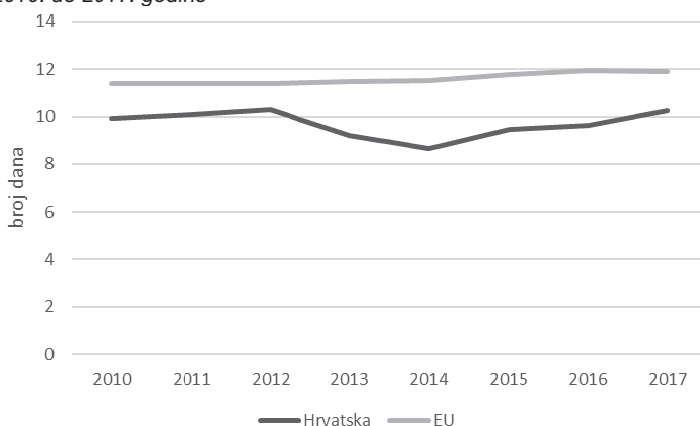
Odsustvo s posla zbog bolesti ili invaliditeta u Hrvatskoj osoba dobi od 20 do 64 godine (u 000)



Izvor: EUROSTAT (2021). *Absence from work by main reason, sex and age group*. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat> (Pristup: 8.1.2021.)

Slika 3.

Prosječan broj dana odsutnosti s posla zbog bolesti po zaposleniku na godišnjoj razini, usporedba Hrvatska i EU-a od 2010. do 2017. godine



Izvor: WHO – European Health Information Gateway (2021). *Absenteeism from work due to illness, days per employee per year*. Dostupno na: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_411-2700-absenteeism-from-work-due-to-illness-days-per-employee-per-year/ (Pristup: 15.2.2021.).

Prema dostupnim podacima EUROSTAT-a (2020.), u 2011. godini u Hrvatskoj je bilo zaposleno 258 72 osoba koje su imale dugoročne zdravstvene probleme

ili teškoće. Zbog nepovoljnog kretanja stope bolovanja do 42 dana, početkom 2017. godine Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje je intenzivirao redovne

kontrole bolovanja, a organiziran je i rad posebnih povjerenstava za izvanrednu kontrolu bolovanja te rad povjerenstava za kontrolu bolovanja po dijagnozama vezanima uz duševne poremećaje i poremećaje ponašanja (MZ, 2019.).

Ozljeđe i bolest vezane uz posao rezultiraju gubitkom od 3,9% godina izgubljenog zdravog života (DALY) na globalnoj razini i 3,3% svih godina izgubljenog zdravog života (DALY) na razini EU28, što je ekvivalentno trošku od 476 milijardi eura na razini EU28, tj. 2 680 milijardi na globalnoj razini (ILO prema Elsler, Takala i Remes, 2017.). Maškarin Ribarić (2019.) je korištenjem metode kalkulacije gubitka produktivnosti (*Human Capital Approach – HCA*) izračunala da troškovi izgubljene produktivnosti za Hrvatsku u 2016. godini iznose nešto više od 3,7 milijardi kuna, što je 1,276 % ostvarene nacionalne bruto dodane vrijednosti u istoj godini. Podaci za Hrvatsku za 2015. godinu govore da su troškovi poslodavca (medicinski troškovi, gubici u produktivnosti, invalidske

mirovine, naknada za tjelesno oštećenje, administrativni troškovi i pravni troškovi, mjere zaštite na radu) u pogledu profesionalnih bolesti i ozljeda na radu bili dvostruko veći od državnih (604,6 milijuna nasuprot 297 milijuna kuna), a ukupno su činili 0,3% BDP-a (Bađun, 2017.). U 2019. godini, na razini Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, ukupni izdaci za naknade i pomoći iznosili su 2 750 776 288 kuna što je bilo za 5,30% više u odnosu na 2018. godinu pri čemu je najveći udio (47,80%) vezan uz naknade zbog bolesti i invalidnosti. Naknade privremene nesposobnosti za rad zbog priznate ozljede na radu i profesionalne bolesti činile su u strukturi troška 6,78% (Tablica 3.). Isti izvor upućuje da dnevno, zbog privremene nesposobnosti za rad, prosječno ukupno izostaje 56 123 osoba, a od toga na teret poslodavca zbog bolesti dnevno izostaje s posla 27 440 osoba (2,68% više u odnosu na prethodnu godinu), pri čemu je prosjek trajanja privremene nesposobnosti za rad manji.

Tablica 3.

Izdaci za naknade Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u 2018. i 2019. g.

Naknade	2018.		2019.	
	kn	%	kn	%
Naknade zbog bolesti i invalidnosti	1 232 553 757	47,18	1 314 910 336	47,80
Rodiljne naknade – obvezni rodiljni dopust	961 556 828	36,81	1 011 166 499	36,76
Naknade plaća hrvatskim braniteljima	11 413 305	0,44	12 891 183	0,47
Ostale naknade	190 938 405	7,31	198 623 548	7,22
Specijalizacije, pripravnici, rad pod nadzorom doktora medicine bez specijalizacije	34 050 918	1,30	26 784 404	0,97
Naknade privremene nesposobnosti za rad zbog priznate ozljede na radu i profesionalne bolesti	181 895 747	6,96	186 400 318	6,78
		Stopa na teret HZZO-a		Stopa na teret HZZO-a
Bolest	764 746 043	1,18	826 804 236	1,24
Pratnja	2 910 643	0,01	3 343 481	0,00
Njega člana obitelji	89 126 982	0,12	95 60 066	0,12
Komplikacije u trudnoći	375 770 089	0,44	389 154 553	0,43
UKUPNO	2 612 408 960	1,75	2 750 776 288	1,79

Izvor: HZZO, 2020.

Izdaci za bolovanje mogu se razmatrati u okviru apsentizma i prezentizma na radnom mjestu za koje Brborović i Mustajbegović (2016.) u razmatranju problematike u skupini zdravstvenih djelatnika, izdvajaju da se u prvom redu rješavaju osvještavanjem problema i istraživanjem njihova razmjera te mjerama prevencije pri čemu naglašavaju važnost edukacije i promocije zdravlja na radnom mjestu. Bađun (2017.), u kontekstu troškova poslodavaca, prepoznaje potrebu ulaganja u prevenciju, transparentnost izdataka Hrvatskoga zavoda za zdravstveno osiguranje, raspoloživost podataka o izgubljenim radnim danima po industrijama, uzrocima ozljede itd. te učinkovitije javno-zdravstvene politike kroz bolje targetiranje, prioritiziranje i integriranje. S obzirom na zakonsku regulativu u Hrvatskoj⁵, prema kojoj je poslodavac obavezan organizirati i provoditi zaštitu na radu, vodeći računa o prevenciji (uključujući procjenjivanje rizika te njihovo sprječavanje), obavještavanju i osposobljavanju radnika, organizaciji rada i sredstvima rada. Zaključuje se da je prvi korak usmjeravanje prema provedbi zakonske regulative uz njen monitoring i nadogradnju prema uočenome. U Hrvatskoj je uloga praćenja, analize i ocjene sustava i politika zaštite na radu u djelokrugu Nacionalnog vijeća za zaštitu na radu.

Hrvatska je slijedom međunarodnih direktiva uskladila regulativu s područja unapređivanja sigurnosti i zaštite zdravlja radnika i osoba na radu gdje je Zakon o zaštiti na radu (NN, 71/2014., 118/2014., 94/2018. i 96/2018.) centralni dokument. U regulativi se uočava paradigma poimanja odnosa

zdravlja i rada, prisutna od kraja prošlog stoljeća, kod koje je klasični fokus zdravlja i dobrobiti na radnom mjestu proširen i na upravljanje rizicima po zdravlje (Harrison i Dawson, 2016.). Procjena bazirana na iskustvu govori o potrebi jednog liječnika i dvije sestre na 5 000 radnika ovisno o industrijskoj grani, veličini radnog mjesta i zemljopisnoj raspodijeljenosti (Rantanen, 2005.). U Hrvatskoj se u 2019. godini bilježi 156 timova u djelatnosti medicine rada (145 puno radno vrijeme, 11 dio radnog vremena) s ukupno 167 doktora medicine od kojih su 156 specijalisti medicine rada i prosječno 1 554 330 aktivnih osiguranih (HZJZ, 2020.). Pregledom podataka za doktore medicine po granama specijalnosti sa zaposlenjem u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj u 2019. godini bilo je 246 specijalista medicine rada i športa (26 specijalizanata i 220 specijalista). Oba podatka drže nas ispod danog kriterija (gledano i po prosječnom broju osiguranih u 2018. godini i prema prosječnom kvartalnom broju zaposlenih osoba u 2019. godini).

Adekvatno upravljanje rizicima po zdravlje na radnom mjestu samo je mali dio vezan uz omogućavanje osobama da ostanu duže aktivne. Jedan dio također možemo pratiti kroz socijalne politike prema starijim ljudima vezano uz aktivno starenje. Aktivno i zdravo starenje zaokuplja istraživače i prostor javnih politika s prepoznatom potrebom kontinuiranog unaprjeđenja s obzirom i na mogućnosti iskorištavanja potencijala starenja na ekonomski učinkovit i održiv način (Dajak i Orešković, 2018.; Puljiz, 2016.; Jedvaj, Štambuk i

⁵ Zakon o zaštiti na radu (NN, 71/2014., 118/2014., 94/2018., 96/2018.); Pravilnik o izradi procjene rizika (NN, 112/2014., 29/2019.); Pravilnik o obavljanju poslova zaštite na radu (NN, 126/2019.); Pravilnik o osposobljavanju iz zaštite na radu i polaganju stručnog ispita (NN, 112/2014.); Pravilnik o pregledu i ispitivanju radne opreme (NN, 16/2016.); Pravilnik o ispitivanju radnog okoliša (NN, 16/2016.); Pravilnik o zaštiti na radu za mjesta rada (NN, 105/2020.); Pravilnik o uporabi osobnih zaštitnih sredstava (NN, 39/2006.); Pravilnik o sigurnosti i zaštiti zdravlja na radu trudne radnice, radnice koja je nedavno rodila i radnice koja doji (NN, 91/2015.); Pravilnik o sigurnosnim znakovima (NN, 91/2015., 102/2015., 61/2016.); Pravilnik o pružanju prve pomoći radnicima na radu (NN, 56/1983.); Pravilnik o poslovima s posebnim uvjetima rada (NN, 5/1984.).

Rusac, 2014.). U okviru Plana i programa mjera zdravstvene zaštite 2020. – 2022. (NN, 142/2020.) uočava se spomen aktivnog starenja najviše pod područjem 3.2.4. *Zdravstvena zaštita starijih osoba* i to u kontekstu kreiranja programa⁶, zdravstvenog prosvjećivanja⁷, praćenja i evaluacije pokazatelja⁸ te mjera primarne prevencije.⁹ Izdvojeni Plan i program daje mjere za djelovanje u zaštiti i očuvanju zdravlja svih dobnih skupina pa se može reći da djeluje sukladno cilju da se produži očekivano trajanje zdravog života i kvaliteta života za sve osobe kako stare (WHO, 2002.). Plan i program izdvaja u istom ranije istaknutom području, u sklopu indikatora¹⁰ *Vodič/ 15 uputa za aktivno zdravo starenje* i to kod mjere *Priprema i izrada stručnog zdravstvenog sadržaja za potrebe zdravstvenog prosvjećivanja starijih osoba*¹¹ i mjere *Izradba, promicanje i evaluacija Programa mjera aktivnog zdravog starenja i prevencije bolesti u starijih od 65 godina*¹². Promicanje zdravlja i aktivnog života svih dobnih

skupina građana, navedeno je kao prioritet u sklopu Nacionalnog plana razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. od 2027. (MZ, 2021.), no ta prioritetnost nije vidljiva kroz razrađene mjere.

Promocija zdravlja, kao još jedan segment zastupljen dokumentom *Investing in Health* pod područjem zdravlja kao ulaganja u ljudski kapital, jedna je od glavnih funkcija javnog zdravstva (Breslow, 2002.) i glavni instrument »unapređenja zdravlja, produženja i unapređenja kvalitete života naroda kroz zdravstveno prosvjećivanje, sprječavanje bolesti te druge oblike zdravstvenih i drugih intervencija« (MZ, 2013., 140). Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. od 2027. (MZ, 2021.) pod Posebnim ciljem 1: *Bolje zdrave životne navike i učinkovitija prevencija bolesti*, razrađuje promociju i prevenciju zdravlja kroz šest mjera. Time nastavlja prioritetni pravac *Jačanje preventivnih aktivnosti* prethodnog strateškog

⁶ Mjera: »Izradba, promicanje i evaluacija Programa mjera aktivnog zdravog starenja i prevencije bolesti u starijih od 65 godina «; aktivnost: »Promicanje mjera aktivnog zdravog starenja upućivanjem na pozitivno zdravstveno ponašanje«.

⁷ Mjera: »Zdravstveno prosvjećivanje kroz rad u malim i velikim skupinama osiguranika po dobnim skupinama (ranija, srednja, duboka starost)«; aktivnost: »Priprema za starost i mirovinu, očuvanje psihičkog i tjelesnog zdravlja i funkcionalne sposobnosti, primjeni smjernica prehrane za starije, te promocija zdravog aktivnog produktivnog starenja, utvrđivanje rizičnih čimbenika bolesnog starenja, samačkog domaćinstva i upućivanje za sprječavanje i prepoznavanja zlostavljanja starijih«.

⁸ Mjera: »Utvrdivanje, evidencija, praćenje, analiza, evaluacija, izvješćivanje o gerontološko-javnozdravstvenim pokazateljima po županijama, Gradu Zagrebu i Hrvatskoj te planiranje zdravstvenih potreba i pojavnosti razine funkcionalne sposobnosti u starijoj populaciji po dobnim skupinama ranije (65 – 74 g.), srednje (75 – 84 g.) i duboke starosti (85 i više g.)«; aktivnost: »Utvrdivanje, praćenje, proučavanje, evaluacija, izvješćivanje te planiranje zdravstvenih potreba i funkcionalne sposobnosti gerontološko-javnozdravstvenih pokazatelja po županijama, Gradu Zagrebu i u Hrvatskoj u cilju kontinuiranog zdravstvenog planiranja preventivnih i gerontoloških i gerijatrijskih zdravstvenih mjera za starije sa svrhom unapređivanja zdravlja i očuvanja funkcionalne sposobnosti te učinkovite zdravstvene zaštite starijih uz promociju aktivnog zdravog produktivnog starenja.«

⁹ Mjera: »Zdravstvene mjere primarne prevencije za starije u izvaninstitucijskoj skrbi za starije – domicilne lokalne zajednice gdje stariji ljudi borave«; aktivnost: »Edukacija o ... aktivnom zdravom produktivnom starenju«.

¹⁰ U Planu i programu koristi se naziv: »Broj optimalno provedenih postupaka po timu u mjesec dana.«

¹¹ »Optimalno u mjesec dana jedna (1) primjena i promocija Programa mjera aktivnog zdravog starenja (Vodiča 15 uputa za aktivno zdravo starenje) u stručnim i popularnim medijima za starije osobe u skrbi.«

¹² »Broj provedenih postupaka po gerontološko-javnozdravstvenom timu ovisno o utvrđenoj i evaluiranoj pojavnosti rizičnih čimbenika nastanka bolesnog starenja i zdravstvenih potreba starijih osoba uključuje barem 3 dopune stručnog zdravstvenog sadržaja u okviru Vodiča 15 uputa za aktivno zdravo starenje za objavu u stručnim-medicinskim medijima i popularnim medijima...«

dokumenta, Nacionalne strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. (MZ, 2012.).

U Hrvatskoj se kroz godine uočava porast ulaganja u prevenciju pri čemu izda-

ci za prevenciju čine udio od 2% do 3% u ukupnoj tekućoj zdravstvenoj potrošnji (Tablica 4.).

Tablica 4.

Struktura izdataka u tekućoj zdravstvenoj potrošnji prema pojedinoj funkciji zdravstvene zaštite (svi financijeri) u Hrvatskoj (2011. -2018., u milijunima kuna)

	Godina*							
	2011.	2012.	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Liječenje	11,994.80	11,689.60	10,910.90	10,272.50	12,434.8	12,572.6	13,188.1	13,817.6
Rehabilitacija	764.5	742.8	722.2	664.2	787.1	852.6	892.8	991.8
Dugotrajna njega	144.7	157	511.7	595.2	680.3	751.0	771.6	792.5
Pomoćne usluge u zdravstvu	1938.6	1,975.60	2,134.80	2,008.00	2,253.3	2,380.7	2,456.5	2,554.3
Lijekovi, medicinski proizvodi i pomagala za izvanbolničke pacijente	7,220.60	7,205.60	8,324.70	7,055.60	7,051.9	7,018.3	5,760.4	6,071.5
Preventiva	452.2	526.4	575.9	628.9	688.2	746.1	776.3	827.0
Zdravstvena administracija i osiguranje	584	626	685.5	602.3	661.0	650.0	671.3	703.5
Nespecificirano	176.1	214.7	169.4	466.3	159.1	255.9	243.4	386.9
Funkcije u zdravstvenoj zaštiti								
Tekuća zdravstvena potrošnja	23 275,60	23,275.60	23,137.70	24,035.10	22,292.90	24,715.8	25,227.1	24,760.5
Investicije u ustanove pružatelje zdravstvene zaštite	667.9	633.3	616.3	733.2	653.1	621.7	605.7	894.2

* Daje se prikaz od 2011. do 2018. sukladno dostupnim podacima iz korištenih izvora. Izvor: HZJZ, 2019., 2018., 2017., 2016., 2015., 2014., 2013.

Izdvajanjem od 2% do 3% za prevenciju u ukupnoj tekućoj zdravstvenoj potrošnji, Hrvatska je u skladu s prosječnim izdvajanjem za prevenciju u Europskoj uniji (EUROSTAT, 2020.), no kada se gledaju podaci o izdvajanjima za prevenciju prema glavi stanovnika, kada je prosjek za Europsku uniju iznosio 82 eura, Hrvatska se nalazila na 19. mjestu sa 27 eura po glavi stanovnika (EUROSTAT, 2020.) izdatka za prevenciju. Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2013.) s druge strane naglašava da se radi o iznosu koji govori

da većina zemalja članica ne koristi priliku za sustavne dobitke u prevenciji i promociji zdravlja (naglašava da se radi o iznosu od »samo oko 3% ukupnih zdravstvenih troškova«).

Pregledom preventivnih zdravstvenih usluga kroz period od 2013. do 2018. godine, uočava se da su najviše rasli izdaci za programe cijepljenja (Tablica 5.) i programe provjere zdravlja. Programi cijepljenja uključuju troškove programa cijepljenja (kampanjski ili u okviru konti-

nuiranog programa), troškove osoblja koje provodi cijepljenje te troškove nabavke cjepiva. Programi provjere zdravlja uk-

ljučuje aktivno praćenje zdravlja koje nije fokusirano na određenu bolest, uključuje i sistematske preglede svih dobnih skupina.

Tablica 5.

Struktura izdataka za preventivu u tekućoj zdravstvenoj potrošnji prema pojedinoj preventivnoj zdravstvenoj usluzi (svi financijeri) u Hrvatskoj (2013. - 2018., u milijunima kuna)

Funkcija u zdravstvenoj zaštiti	2013.		2014.		2015.		2016.		2017.		2018.	
	milijuna kn	%	milijuna kn	%	milijuna kn	%	milijuna kn	%	milijuna kn	%	milijuna kn	%
Preventiva - Ukupno	576.5	100.00	633.8	100.00	689.1	100.00	746.1	100.00	776.3	100.00	827.0	100.00
Informiranje, edukacija i komunikacija	176.7	30.65	175.3	27.66	202.2	29.34	208.2	27.91	207.1	26.68	219.6	26.55
Programi cijepljenja	63	10.93	85.6	13.51	108.8	15.79	152.1	20.39	139.1	17.92	145.9	17.64
Programi ranog otkrivanja bolesti	51.5	8.93	64.2	10.13	68.1	9.88	71.4	9.57	66.3	8.54	82.5	9.98
Programi provjere zdravlja	217.5	37.73	223.6	35.28	230.6	33.46	234.1	31.38	284.2	36.61	292.4	35.36
Epidemiološki nadzor te programi kontrole rizika i bolesti	67.1	11.64	75.8	11.96	78.6	11.41	79.4	10.64	78.9	10.16	86.4	10.45
Priprema za hitne intervencije i intervencije u slučaju katastrofe	0.7	0.12	9.3	1.47	0.8	0.12	0.8	0.11	0.8	0.10	0.3	0.04

Izvor: Uhernik i Mišić, 2020.; Uhernik i Mišić, 2019.; Uhernik i Mišić, 2018.; Uhernik i Mišić, 2017.; Uhernik i Mišić, 2016.; Uhernik i Mišić, 2015.

S obzirom da se cijepljenje pokazuje kao visoko financijski učinkovita intervencija (WHO, 2014.), ne iznenađuje odabir povećanja ulaganja upravo u cijepljenje. Npr. istraživanja ukazuju na povrat uloženog iznosa od 1,3 £ za svaki 1 £ kod ciljanog cijepljenja od gripe koje se povećava na 12 £ ukoliko se cijepu zdravstveni radnici (Scuffham i West, 2002.; Burls et al., 2006., prema WHO, 2014.). Nadalje, program obaveznog cijepljenja u Hrvatskoj prepoznat je kao najvažniji i najuspješniji preventivni program (Džakula i sur., 2014.). Evidentno je da se cijepljenjem smanjuje rizik za bolest i ujedno se smanjuju potencijalni izostanci s posla zbog bolesti. Pogled prema prevenciji vodi nas prema uzrocima koji mogu oču-

vati zdravlje i tu ćemo se susresti sa širokom lepezom odrednica zdravlja (WHO, 2010.) i primjedbom Svjetske zdravstvene organizacije da se nedovoljno koristi moguća dobit od prevencije (WHO, 2013.). Istraživanja ukazuju na visoku isplativost ulaganja u prevenciju (WHO, 2014.), no ono što se ne uočava u adekvatnoj mjeri je evaluacija preventivnih napora. Naglašava se i da mnoge ekonomske i komercijalne politike koje imaju značajan utjecaj na zdravlje nisu analizirane iz perspektive zdravlja (Dahlgren i Whitehead, 2006.). Svjetska zdravstvena organizacija (WHO, 2014.) u svom izvještaju o ulaganju u javno zdravstvo izdvaja da se veća potencijalna učinkovitost intervencija može dobiti jačanjem cjelokupnog funkcioniranja

usluga javnog zdravstva u kontekstu pristupa zdravstvenim sustavima. Cijepljenje i skrining programi pokazali su se visoko financijski učinkoviti, a pristup usmjeren na populaciju pet puta jeftiniji od individualnih intervencija.

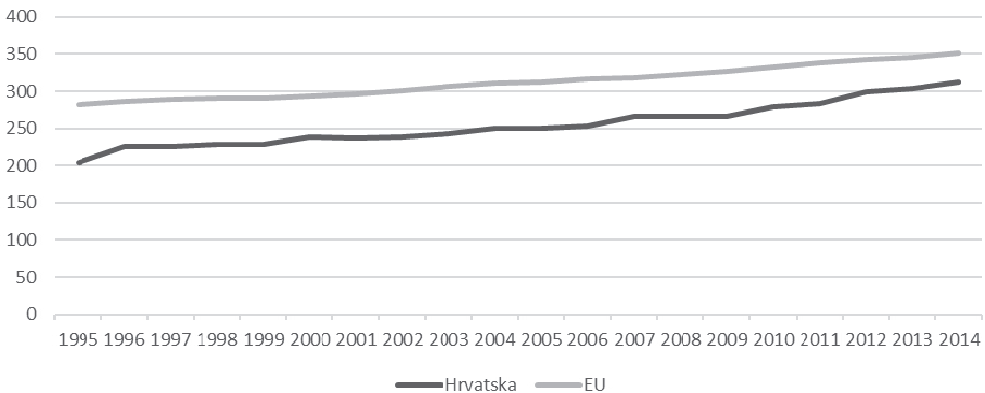
Zapošljavanje u sektoru zdravstva, kao treća preporuka od značaja za ulaganje u ljudski kapital u dokumentu *Investing in Health* (EU, 2013.), bilo je zastupljeno kroz Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva 2012. – 2020., prioritetom: *Jačanje i bolje korištenje ljudskih resursa u zdravstvu* i kroz Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020. Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015. – 2020., ciljano je predlagao mjere za učinkovito upravljanje ljudskim resursima u sustavu zdravstva koje će pomoći u postizanju efektivnog, pravednog i održivog sustava zdravstvene zaštite (MZ, 2015.: 5). Reformska mjera Ministarstva zdravstva za period 2020. – 2022. je unapređenje upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu s ciljem utvrđivanja okvira za

jedinstveno praćenje, procjenu i planiranje ljudskih resursa u sustavu zdravstva, na svim razinama zdravstvene zaštite i u skladu s realnim potrebama stanovništva za zdravstvenom zaštitom, kao i za nagrađivanje zdravstvenih radnika za natprosječne rezultate rada kako bi se smanjio odlazak stručnjaka u inozemstvo (MZ, 2019.). Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. od 2027. (MZ, 2021.) navodi zdravstvene radnike kao stratešku snagu za održivost zdravstvenog sustava i održavanje visoke razine kvalitete zdravstvene zaštite, razrađuje mjere pod Posebnim ciljem 4. *Učiniti zdravstveni sustav poželjnim mjestom za rad* nastavljajući raniji smjer.

Zapošljavanje u sektoru zdravstva ključno je pitanje u kontekstu dostupnosti pristupa zdravstvenoj skrbi slijedom kontinuiranog odlaska liječnika u inozemstvo i povećanjem prosječne dobi liječnika (Stubbs i Zrinščak, 2018.). Hrvatska ima kontinuirani rast broja liječnika no i dalje je ispod prosjeka na razini EU-a (Slika 4.).

Slika 4.

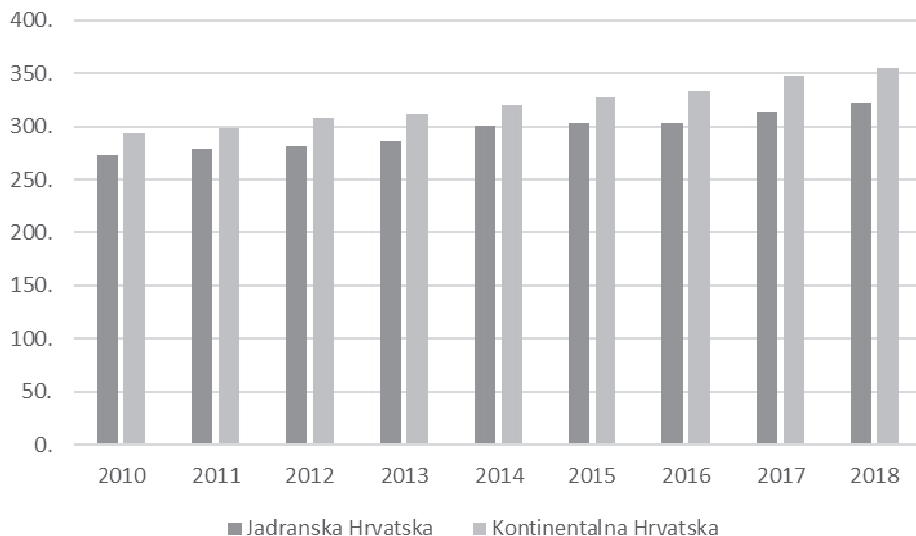
Broj liječnika na 100 000 stanovnika u Hrvatskoj i EU (1995. - 2014.)



Izvor: WHO (2020). *Physicians per 100 000*. Dostupno na: https://gateway.euro.who.int/en/indicators/hfa_494-5250-physicians-per-100-000/ (Pristup: 16.2.2021.).

Slika 5.

Broj liječnika na 100 000 stanovnika u jadranskoj i kontinentalnoj Hrvatskoj (2010. -2018.)



Izvor: EUROSTAT (2020). *Physicians or doctors by NUTS 2 regions*. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/tgs00062>. (Pristup: 16.2.2021.).

Usporedbom podataka za obalni dio Hrvatske i kontinentalni dio Hrvatske, uočava se manji broj liječnika na 100 000 stanovnika u obalnom dijelu, iako je vidljiv njihov rast (Slika 5.) što može upućivati na aktualnost izazova nedostatka liječnika na otocima (Džakula i sur, 2014.). Mjera unapređenja upravljanja ljudskim resursima u zdravstvu postavljena od strane Ministarstva zdravstva za period 2020. – 2022. s ciljem utvrđivanja okvira za jedinstveno praćenje, procjenu i planiranje ljudskih resursa u sustavu zdravstva, djeluje kao dobar okvir no ostaje, kao i kod ostalih mjera, pratiti njenu provedbu.

SMANJIVANJE ZDRAVSTVENIH NEJEDNAKOSTI

Pod područjem smanjivanje zdravstvenih nejednakosti, prati se segment: *skupine s manje mogućnosti*.

Smanjivanje zdravstvenih nejednakosti veže se na odrednice zdravlja i od vi-

talnog je značaja za ekonomiju. Pri tome, određene skupine osoba zaslužuju posebnu pažnju. Nužnost djelovanja u smjeru smanjivanja zdravstvenih nejednakosti podcrtana je i uz implementaciju zasebnog dokumenta Europske komisije iz 2009. godine: *Commission Communication - Solidarity in Health: Reducing Health Inequalities in the EU*. Mackenbach i Meerding (2011.) svojim istraživanjem ukazuju da gubitak radne produktivnosti uzrokovane zdravstvenim nejednakostima odnose 1,4% BDP-a svake godine, te da gubici vezani uz zdravstvene nejednakosti čine 20% ukupnih troškova u zdravstvu i 15% ukupnih troškova socijalnog osiguranja (eng. *social security benefits*). Marmot i sur. (2010.: 16) u svom izvještaju o zdravstvenim nejednakostima navode da su one »pitanje života i smrti, zdravlja i bolesti, dobrobiti i bijede« i da nastaju zbog nejednakosti u društvu, u uvjetima u kojima su ljudi rođeni, rastu, žive, rade i stare. Takvo razmišljanje nadovezuje se

na generalnu poruku Dahlgren i Whitehead (2006.) da se smanjenje zdravstvenih nejednakosti treba gledati generalno kao integralni dio politika socioekonomskog razvoja i specifičnih programa i politika javnog zdravstva.

Nacionalna strategija razvoja zdravstva Republike Hrvatske 2012. – 2020 (MZ, 2012.), dajući posebnu pozornost zaštiti vulnerabilnih skupina i smanjivanju nejednakosti, izdvajala je djecu, mlade, starije, osobe s invaliditetom, branitelje, Rome te osobe u ruralnim područjima i na otocima. Neke od tih skupina obuhvaćene su u temi zdravlja i kroz druge strategije (npr. Nacionalni plan za prava djece u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2022. do 2026. godine, Nacionalni plan za uključivanje Roma za razdoblje od 2021. do 2027. godine i dr.). Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. (MZ, 2021.), izdvaja kao prioritet unaprjeđenje zdravstvene zaštite za ranjive skupine, no one nisu jasno vidljive kroz postavljene mjere i pokazatelje provedbe mjera. U temi zdravstvenih nejednakosti uočava se nekolicina radova za područje Hrvatske: istraživanje o jednoroditeljskim obiteljima (Subotić, Šogorić, Vuletić, 2018.), o ranom razvoju djece (Vočanec, Šogorić, Vajagić, 2018.), o djeci i roditeljima koji žive u uvjetima siromaštva (Šućur, Kletečki Radović, Družić Ljubotina, Babić, 2015.), o beskućnicima (Družić Ljubotina, Kletečki Radović i Ogresta, 2016.), o osobama koje žive na otocima (Rehberg i sur., 2018.; Stipčić i sur., 2015.) i dr. Uz gore navedene skupine, u tematskom izvještaju o nejednakostima u pristupu zdravstvenoj skrbi (Stubbs i Zrinščak, 2018.), uz sve

navedene rizične skupine, posebno se navode još i osobe s niskim primanjima i s niskim obrazovanjem.

Pristup zdravstvenim uslugama osnovno je pravo promovirano zakonskom regulativom u području zdravstva na razini Hrvatske¹³ i jedno od ključnih načela Europskog stupa socijalnih prava¹⁴. Dahlgren i Whitehead (2006.: 67), razmatrajući zdravstvene nejednakosti naglašavaju da je negiranje ili ograničavanje pristupa efektivnoj zdravstvenoj skrbi »negiranje ljudskih prava u civiliziranom društvu«. Bobinac (2017.), analizirajući pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj i bazirajući se na podacima o nezadovoljenoj potrebi za zdravstvenom skrbi koju ispitanici sami za sebe ocjenjuju kroz *European Union Survey on Income and Living Conditions – EU-SILC*, izdvaja da postoji problem u pristupu zdravstvenim uslugama u skupinama s najnižom razinom obrazovanja, odnosno dohotka te da pristup ponajviše onemogućava geografska udaljenost pružatelja zdravstvene skrbi. Kao problematično, izdvaja i pristup kvalitetnim zdravstvenim uslugama s obzirom na vrlo loše ishode u liječenju karcinoma. Ograničen je pristup inovativnim lijekovima i izostaje sustav upravljanja postavljen na kriterijima troškovne učinkovitosti i medicine temeljene na dokazima.

Uvidom u podatke dodatnih, *ad hoc* modula *European Union Survey on Income and Living Conditions – EU-SILC*, uočava se kod upitnika o pristupu zdravstvenim uslugama iz 2016. godine da je u posljednjih 12 mjeseci od trenutka provedbe upitnika, većina kućanstava na razini Europe bila u mogućnosti lako

¹³ Vidjeti npr. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (NN, 100/2018., 125/2019., 147/2020.).

¹⁴ Vidjeti: European commission (2020) *European Pillar of Social Rights*. Dostupno na: <https://ec.europa.eu/info/european-pillar-social-rights> (Pristup: 11.2.2021.)

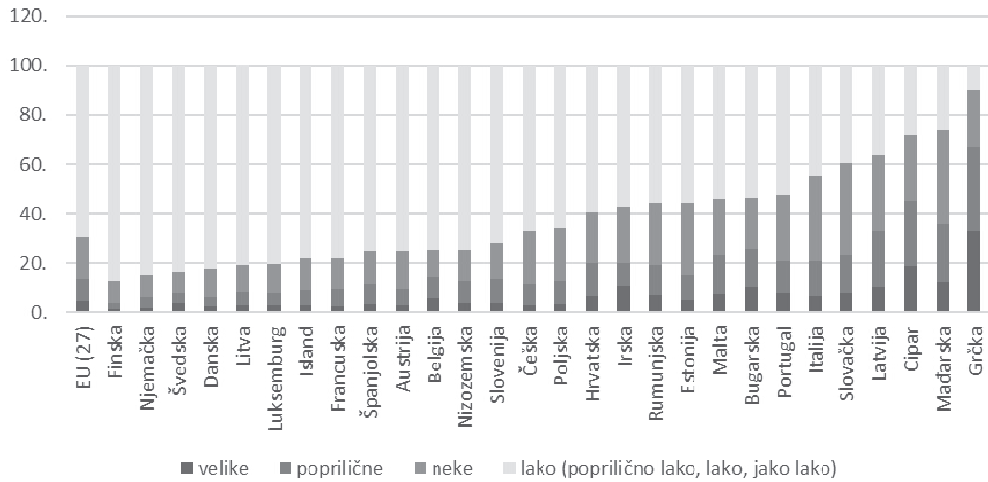
¹⁵ Zdravstvene usluge ovdje uključuju sve usluge s primarnom svrhom poboljšanja, održavanja i sprečavanja pogoršanja zdravstvenog stanja osoba i ublažavanja posljedica lošeg zdravlja. Troškovi zdravstvenih usluga uključuju konzultacije, liječenje (ambulantno i hospitalizaciju) i propisane lijekove (EU, 2018.).

koristiti usluge zdravstvene skrbi¹⁵ ako se gleda prema stupnju teškoće priuštivosti usluge (Slika 6.), pri čemu je Hrvatska na 16. mjestu (60% građana izjavljuje da si lako može priuštiti usluge zdravstvene skrbi, EU prosjek 69%) i nalazi se ispod EU prosjeka. Najbolje je pozicionirana Finska u kojoj 87% građana procjenjuje da

si lako mogu priuštiti usluge zdravstvene skrbi, odmah iza je Njemačka gdje više od 85% građana izjavljuje isto. Najlošije stoji Grčka gdje samo 10% građana izjavljuje da si lako može priuštiti zdravstvene usluge, 33% građana izražava veliki stupanj teškoće, a 34% poprilične teškoće u priuštivosti zdravstvenih usluga.

Slika 6.

Korištenje usluga zdravstvene skrbi u zemljama EU-a prema stupnju teškoća priuštivosti usluge (2016.)



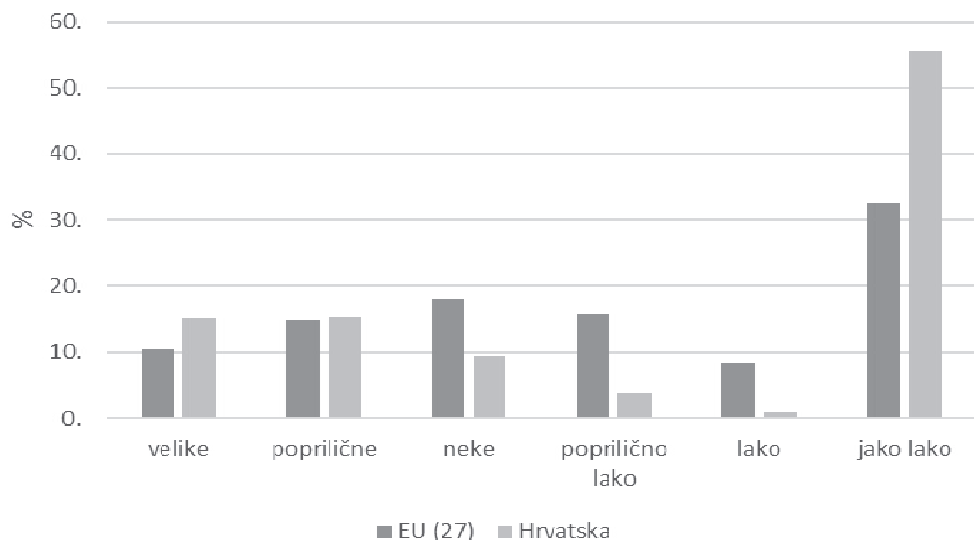
Izvor: EUROSTAT (2019). *Persons using health care services by household type, income group and level of difficulty to afford care services* Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_at12. Pristup: 11.2.2021.)

U Hrvatskoj je najveći udio osoba koje su imale teškoće u korištenju usluga zdravstvene skrbi iz skupine koja se nalazi ispod praga rizika od siromaštva (Slika

7.). Ujedno se radi i o skupini koja je u najvećem dijelu procjenila da je vrlo lako ostvarivala korištenje zdravstvenih usluga.

Slika 7.

Korištenje usluga zdravstvene skrbi u Hrvatskoj i EU27 u 2016. godini, prema stupnju teškoća priuštivosti usluge za osobe u riziku siromaštva



Izvor: EUROSTAT (2019). *Persons using health care services by household type, income group and level of difficulty to afford care services*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_at12. Pristup: 11.2.2021.).

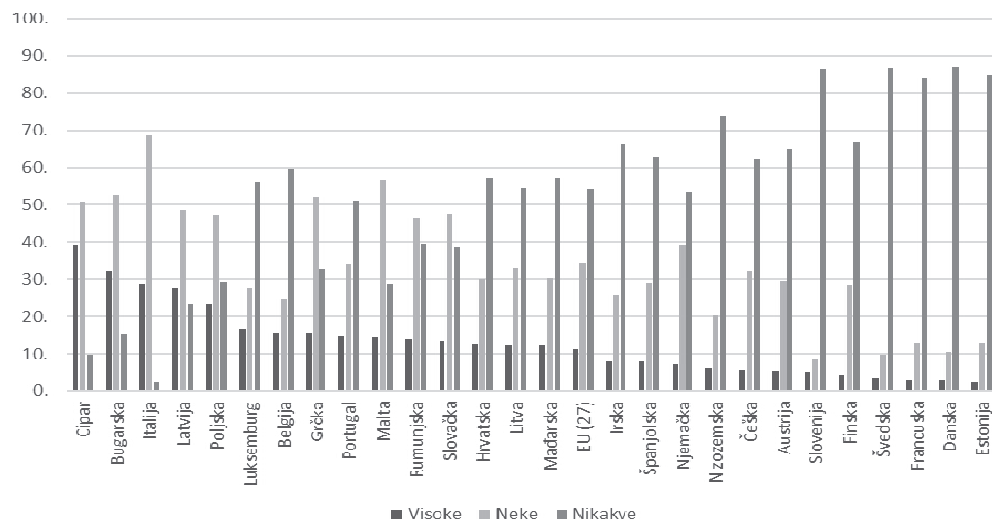
Upitnik o zdravlju i zdravlju djece, proveden je 2017. godine u sklopu *ad hoc* modula *European Union Survey on Income and Living Conditions – EU-SILC*, prema procjeni stupnja financijskog tereta medicinske skrbi¹⁶ (kategorije: *visoke, neke, nikakve*). U zadnjih 12 mjeseci od trenutka provedbe upitnika, Hrvatska je na 13. mjestu prema udjelu osoba koje imaju visok financijski teret i time je po-

zicionirana nešto iznad prosjeka na razini Europe. Pregledom drugih zemalja na razini Europske unije, prisustvo visokog financijskog tereta uočava se kod Cipra za 40% ispitanika i Bugarske za 30% ispitanika dok je za Hrvatsku oko 12% ispitanika izjavilo da ima visok financijski teret priuštivosti zdravstvene usluge, dok su za Estoniju i Dansku postoci financijske opterećenosti bili najmanji.

¹⁶ Medicinska skrb ovdje ne obuhvaća dentalnu skrb i lijekove. Odnosi se na pojedinačne zdravstvene usluge (preglede ili tretmane) koje pruža ili pod izravnim nadzorom liječnika, tradicionalnih i komplementarnih liječnika ili njima sličnih zanimanja prema nacionalnim zdravstvenim sustavima. Obuhvaćeno: zdravstvena skrb za različite svrhe (kurativa, rehabilitacija, dugotrajna zdravstvena skrb) i različiti načini pružanja (stacionarna, ambulatna, dnevna i kućna njega), zaštita mentalnog zdravlja i preventivne medicinske usluge (EU, 2019.).

Slika 8.

Korištenje usluga medicinske skrbi prema stupnju teškoća priuštivosti usluge u zemljama EU (2017.)



Izvor: EUROSTAT (2019). *Persons with financial burden of health care by type of health care, level of burden, degree of urbanization and quantile*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_hch02 (Pristup: 11.2.2021.).

Smatra se da su prikazani podaci na razini Hrvatske, koji su nešto malo ispod prosjeka Europske unije, odraz toga što se zdravstvene usluge financiraju većinom iz javnih izvora (Bobinac, 2017.; Džakula i sur., 2014.), odnosno što Hrvatska ima zdravstveni sustav zasnovan na Bismarkovom modelu osiguranja proširenom i na stanovništvo koje ne radi, čime se dobiva univerzalni sustav u smislu pokrivenosti (Stubbs i Zrinščak, 2018.). Cipar koji se pokazao kao zemlja s najvećom teškoćom priuštivosti medicinskih usluga, zemlja je koja ima veći postotak direktnih izdavanja što ukazuje da veće oslanjanje na direktno plaćanje zdravstvenih usluga otežava pristup zdravstvenim uslugama, a visoka

razina javnog financiranja zdravstva omogućava održavanje jednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama (Bobinac, 2017.).

Ukoliko se promatra raspodjela prema stupnju urbanizacije (Tablica 6.), uočava se da je procjena priuštivosti za ruralno područje nešto manja od ostalih područja¹⁷. Raspodjelom financijskog tereta prema stupnju urbanizacije, Hrvatska oscilira oko prosjeka i Europske Unije

¹⁷ Stupanj urbanizacije klasificira lokalne administrativne jedinice kao gradove (eng. *cities*), gradove i predgrađa (eng. *towns and suburbs*) ili ruralna područja (eng. *rural areas*) na temelju kombinacije zemljopisne povezanosti i gustoće naseljenosti, mjereno minimalnim pragovima naseljenosti primijenjenim na mrežne ćelije od 1 km². Gradovi su gusto naseljena područja i gradovi i predgrađa su srednje gustoće naseljenosti i ruralna područja su slabo naseljena područja. EUROSTAT (2018) *Glossary: Degree of urbanisation*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Glossary:Degree_of_urbanisation (Pristup: 10.2.2021.)

Tablica 6.

Udio građana RH i EU kojima zdravstveni troškovi predstavljaju određeno financijsko opterećenje, prema stupnju urbanizacije (2017.)

Financijski teret	Stupanj urbanizacije - Hrvatska			
	Ukupno %	Gradovi %	Gradovi i predgrađa %	Ruralna područja %
visok	12,4	9,0	14,2	13,6
neki	30,0	30,5	26,4	32,8
nema ga	57,5	60,5	59,3	53,6
Ukupno	100	100	100	100
Financijski teret	Stupanj urbanizacije – EU 27			
	Ukupno %	Gradovi %	Gradovi i predgrađa %	Ruralna područja %
visok	11,3	10,6	11,4	12,2
neki	34,4	32,8	36,1	34,6
nema ga	54,3	56,6	52,5	53,3
Ukupno	100	100	100	100

Izvor: EUROSTAT (2019). *Persons with financial burden of health care by type of health care, level of burden, degree of urbanization and quantile*. Dostupno na: https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/ilc_hch02 (Pristup: 11.2.2021.).

Osobe koje žive u ruralnim područjima u Hrvatskoj prepoznate su kao skupina kojoj treba posvetiti dodatnu pozornost (Stubbs i Zrinščak, 2018.; Džakula i sur., 2014.; MZ, 2012.). Uvijek je upitno s čime se još nose osobe u toj skupini te postoje li dodatna preklapanja različitih rizika koji će otežavati ostvarivanje punog kapitala ljudskog resursa. Dodatno navedenom, moguće je istaknuti da prema podacima što se tiče zdravstvenih nejednakosti, Hrvatska se ne izdvaja bitno od europskog prosjeka. Ipak, prema nalazima Stubbsa i Zrinščaka (2018.), u Hrvatskoj je dvostruko više onih u najvišem dohodovnom kvintilu koji si plaćaju dodatno osiguranje te stoga ne plaćaju nadoplate određenih zdravstvenih usluga i lijekova, a što se onda posljedično odražava na percepciju teškoća priuštivosti usluga kod onih siromašnijih u donjem dohodovnom kvintilu. Uz to, potencijalno se vežu i uvjeti poput npr. dugih lista čekanja, lijekova na listi skupih lijekova koje će osobe iz skupine s višim primanjima zaobići koristeći privatne usluge (Stubbs i Zrinščak, 2018.; Džakula i sur., 2014.).

Sveukupno, »kombinacija formalno univerzalnog prava na pristup zdravstvenim uslugama i nedostaci u financiranju rastućih troškova« i u Hrvatskoj posljednje vrijeme kreiraju nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama, što može imati negativne implikacije na ljudski kapital skupina koje su pogođene nižim pristupom zdravstvenim uslugama. U tom pravcu na tragu koncepta socijalnih investicija važno je djelovati na smanjivanje nejednakosti u pristupu zdravstvenim uslugama određenim novčanim transferima i prioritizacijom pacijenata iz skupina pogođenih tim rizikom s ciljem zaštite njihovog zdravlja i ukupnog ljudskog kapitala.

ZAKLJUČAK

Uvidom koliko je zdravstvena politika Hrvatske usklađena s idejom socijalnog ulaganja opisanom kroz dokument *Investing in Health* moguće je pratiti usmjerenost zdravstvenog sustava prema ideji njegovanja ljudskog resursa kao ljudskog kapitala. Nacionalna strategija razvoja

zdravstva 2012. – 2020. sadrži mnogo više informacija koje govore u prilog usklađenosti od Nacionalnog plana razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. od 2027. Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. od 2027. svojim opsegom je manji od svog prethodnika, što može biti jedan od razloga manje zastupljenosti i manje vidljivosti jasne usklađenosti izdvojenih prioriteta s postavljenim mjerama.

Kako je zdravstveni sustav izuzetno kompleksan, važno je napore koncentrirati u sinergijskom djelovanju različitih sastavnica sustava zdravstva i realizacije ciljeva iz strateških dokumenata kako oni ne bi bili (samo) liste želja s niskim potencijalom provedbe. S obzirom da se Hrvatska kontinuirano kroz nekoliko reformi nosi s izazovom unaprjeđenja učinkovitosti upravljanja u sustavu zdravstva, a pitanje financijske održivosti sve više postaje pitanje primarnog značaja, potrebno je koncentrirati fokus i napore na rješavanju istog. Potrebno je napraviti sustavnu evaluaciju dosadašnjih provedenih koraka i razvijati alate za bolje vrednovanje učinkovitosti zdravstvenog sustava. Time, najavljena inicijativa izrade okvira za mjerenje učinkovitosti zdravstva dolazi kao dugo očekivani korak unaprjeđenja.

Prema danima izostanka s posla, Hrvatska je nešto malo ispod prosjeka na razini članica Europske unije, no ovdje bi se trebalo težiti cilju da taj broj bude što manji kako bi imali što manje kratkoročnih i dugoročnih gubitaka za pojedinca, poslodavca i cjelokupnu zajednicu. Iz prezentiranih podataka također se može zaključiti da je prevencija nedovoljno korištena potencijal u Hrvatskoj, ali i u EU zemljama. Preventivni učinci socijalnih programa kao takvi prepoznati su i u konceptu socijalnih investicija te bi potencijal prevencije u budućnosti trebalo adekvatnije koristiti. Dodatno navedenom, promocija zdravlja može dobiti povećani fokus sukladno nje-

noj učinkovitosti i nedovoljnoj dosadašnjoj iskoristivosti. U tom kontekstu, i njegovanje aktivnog i zdravog starenja trebalo bi dodatno poticati te jasnije istaknuti vezu ulaganja u zdravlje i ukupnog broja aktivnih i produktivnih osoba starije životne dobi. Zapošljavanje u sektoru zdravstva i dalje ostaje izazov jer bez kvalitetnih djelatnika teško možemo očekivati realizaciju zacrtanih strateških ciljeva u zdravstvenom sustavu. Kako mjere u području zapošljavanja postoje, ostaje voditi brigu da budu provedene uz razrađene implementacijske planove s konkretnim indikatorima koji će biti praćeni i evaluirani.

Rješavanje zdravstvenih nejednakosti koje su vezane uz socijalne odrednice traži veću suradnju različitih sektora i preuzimanje odgovornosti zajedničkog djelovanja. Pristup zdravstvenim uslugama jedan je od uzroka nejednakosti, koji kao takav govori koliko je omogućeno ostvarivanje jednog temeljnog prava te jednog od ključnih načela Europskog stupa socijalnih prava. Dobri segmenti koji pri tome postoje na razini Hrvatske (npr. univerzalnost u smislu pokrivenosti zdravstvenim osiguranjem) traže da se nadograde rješavanjem uvjeta koji smanjuju pristup zdravstvenim uslugama pojedinim skupinama, primjerice, osobama s niskim prihodima, osobama iz ruralnih područja i s otoka (duge liste čekanja, skupi lijekovi, regionalna pokrivenost uz uvažavanje stupnja urbanizacije i dr.).

Da bi se najviši potencijal zdravlja mogao ostvariti, nužno je izgraditi održivi i učinkoviti zdravstveni sustav kroz funkcionalne reforme i pri tome unaprijediti financijsku učinkovitost kroz inovacije, evaluaciju učinkovitosti zdravstvenog sustava, osnažiti doprinos zapošljivosti i omogućavanju osobama da ostanu što duže aktivne te voditi računa o uzrocima zdravstvenih nejednakosti i njihovom uklanjanju uz posebnu pažnju skupinama s povećanim rizikom. Uzimajući socijalne investicije

kao noviji pristup modernizaciji socijalne države, povećanje ulaganja u zdravlje i održive javne zdravstvene sustave predstavlja nezaobilazni dio ukupne reforme socijalne države na tragu koncepta socijalnih investicija. Tu se može istaknuti dvosmjerna veza gdje ulaganje u zdravlje doprinosi izgradnji održive zajednice koja onda povratno biva u većoj mogućnosti omogućiti razvoj zdrava pojedinca.

LITERATURA

- Babić, Z. (2020). Ulaganje u djecu kao visoko isplativa socijalna investicija. *Paediatrica Croatica*, 6(2), 56–65. <https://hrcak.srce.hr/243758>
- Babić, Z. (2010). Izdaci za socijalnu zaštitu u Hrvatskoj – usporedba sa zemljama Europske unije. *Revija za socijalnu politiku*, 17(3), 427–431. <https://doi.org/10.3935/rsp.v17i3.971>
- Babić, Z., & Baturina, D. (2016). Koncept socijalnih investicija kao odgovor na krizu i nove izazove socijalne države: trendovi i perspektive. *Revija za socijalnu politiku*, 23(1), 39–60. <https://doi.org/10.3935/rsp.v23i1.1280>
- Badun, M. (2017). Costs of occupational injuries and illnesses in Croatia. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju*, 68(1), 66–73. <https://doi.org/10.1515/aiht-2017-68-2899>
- Baeten, R., Spasova, S., Vanhercke, B., & Coster, S. (2018). *Inequalities in access to healthcare. A study of national policies 2018*. Brussels: European Commission.
- Bloom, D., Canning, D., & Sevilla, J. (2004). The effect of health on economic growth: A production function approach. *World Development*, 32(1), 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.worlddev.2003.07.002>
- Bloom, D. E., Kuhn, M., & Prettnner, K. (2020). The contribution of female health to economic development. *Economic Journal*, 130(630), 1650–1677. <https://doi.org/10.1093/ej/ueaa061>
- Bobinac, A. (2017). *Pristup zdravstvenim uslugama u Hrvatskoj. Policy izvještaj*. Zagreb: Centar za mirovne studije. Dostupno na: https://www.cms.hr/system/publication/pdf/95/Pristup_zdravstvenim_uslugama_u_Hrvatskoj.pdf
- Brborović, H., & Mustajbegović, J. (2016). Mogućnost prevencije prezentizma i apsentizma zdravstvenih djelatnika. *Sigurnost*, 58(2), 137–144. <https://doi.org/10.31306/s.58.2.2>
- Breslov, L. (Ed.). (2002). *Encyclopedia of public health* – Volume 1. New York: Macmillan Reference USA.
- Dahlgren, G., & Whitehead, M. (2006). *European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part 2*. Copenhagen: WHO.
- Dajak, L., & Orešković, S. (2018). Nedostatan korištenje ekonomskih potencijala demografskog starenja u Hrvatskoj. *Revija za socijalnu politiku*, 25(1), 99–105. <https://doi.org/10.3935/rsp.v25i1.1528>
- Družić Ljubotina, O., Kletečki Radović, M., & Ogresta, J. (2016). *Slika podrške beskućnicima u Hrvatskoj*. Zagreb: Gradski ured za socijalnu zaštitu i osobe s invaliditetom.
- Državni zavod za statistiku. (2020). *Anketa o radnoj snazi*. Podaci vezani za Prve rezultate Ankete o radnoj snazi dostupni su u Statistici u nizu, u tablici Zaposlenost – Aktivno stanovništvo. Dostupno na <https://www.dzs.hr/>
- Džakula, A., Sagan, A., Pavić, N., Lončarek, K., & Sekelj-Kauzlarić, K. (2014). Croatia: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 16(3), 1–162. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/128604>
- Elsler, D., Takala, J., & Remes, J. (2017). *An international comparison of the cost of work-related accidents and illnesses*. European Agency for Safety and Health at Work. Available at <https://osha.europa.eu/en/publications/international-comparison-cost-work-related-accidents-and-illnesses/view>
- Esping-Andersen, G. (1999). *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Esping-Andersen, G., Gallie, D., Hemerijck, A., & Myles, J. (2002). *Why we need a new welfare state*. Oxford: Oxford University Press.
- European Union. (2013). *Investing in Health. Commission Staff Working Document Social Investment Package*. Brussels: EU.
- European Union. (2018). *2016 EU-SILC Module „Access to services“*. Assessment of the implementation. Available at <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/database/modules>
- European Union. (2019). *2017 EU-SILC Module „Health and Children’s Health“*. Assessment of the implementation. Available at <https://ec.europa.eu/eurostat/web/income-and-living-conditions/database/modules>
- Eurostat. (2019a). *European system of integrated social protection statistics – ESSPROS*. Manual and User guidelines. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat. (2019b). *Eurostat regional yearbook - 2019 edition*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

- Eurostat. (2020a). *Employed people having a long-standing health problem or a difficulty in basic activities*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Eurostat. (2020b). *Health care expenditure by function*. Available at https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics
- Gumbau Albert, M. (2020). The impact of health status and human capital formation on regional performance: Empirical evidence. *Papers in Regional Science*, 100(1), 123–139. <https://doi.org/10.1111/pirs.12561>
- Harrison, J., & Dawson, L. (2016). Occupational health: Meeting the challenges of the next 20 years. *Safety and Health at Work*, 7(2), 143–149. <https://doi.org/10.1016/j.shaw.2015.12.004>
- Hemerjick, A. (2012). Two or three ways of welfare state transformation. In N. Morel, B. Palier & J. Palme (Eds.), *Towards a social investment welfare state? Ideas, policies and challenges* (pp. 33–61). Bristol: The Policy Press.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2014). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2013. godinu*. Zagreb: HZJZ.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2015). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2014. godinu*. Zagreb: HZJZ.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2016). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2015. godinu*. Zagreb: HZJZ.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2017). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2016. godinu*. Zagreb: HZJZ.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2018a). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2017. godinu*. Zagreb: HZJZ.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. (2018b). *Svjetski tjedan cijepjenja*. Dostupno na <https://www.hzjz.hr/sluzbaza-epidemiologija-zarazne-bolesti/svjetski-tjedan-cijepjenja/>
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2019). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2018. godinu*. Zagreb: HZJZ.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2020). *Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis za 2019. godinu*. Zagreb: HZJZ.
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. (2020). *Izješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu*. Zagreb: HZZO. Dostupno na <https://hzzo.hr/wp-content/uploads/2020/07/IZVJE%C5%A0%C4%86E-O-POSLOVANJU-HZZO-a-za-2019.pdf>
- Jafarov, E., & Gunnarsson, V. (2008). Učinkovitost državne socijalne potrošnje u Hrvatskoj. *Financijska teorija i praksa*, 32(3), 291–322. <https://hrcak.srce.hr/29521>
- Jedvaj, S., Štambuk, A., & Rusac, S. (2014). Demografsko starenje stanovništva i skrb za starije osobe u Hrvatskoj. *Socijalne teme*, 1(1), 135–154. <https://hrcak.srce.hr/177570>
- Mackenbach J. P., Meerding W. J., & Kunst A. E. (2011). Economic costs of health inequalities in the European Union. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 65(5), 412–419. <https://doi.org/10.1136/jech.2010.112680>
- Marmot, M., Allen, J., Goldballat, P., Boyce, T., McNeish, D., Grady, M., & Geddes, I. (2010). *Fair society, healthy lives. Strategic review of health inequalities in England post-2010. The Marmot Review*. London: University College.
- Maškarin Ribarić, H. (2019). Razmjeri i efekti bolovanja u hrvatskom ugostiteljstvu – osvrt na produktivnost. *Oeconomica Jadertina*, 9(1), 24–33. <https://hrcak.srce.hr/220759>
- Mihaljek, D. (2007). Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?. U K. Ott (ur.), *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji – izazovi sudjelovanja* (str. 265–308). Zagreb: Institut za javne financije & Zaklada Friedrich Ebert.
- Morel, N., Palier, B., & Palme, J. (2012). Beyond the welfare state as we knew it?. In N. Morel, B. Palier & J. Palme (Eds.), *Towards a social investment Welfare state? Ideas, policies and challenges* (pp. 1–24). Bristol: The Policy Press.
- Ministarstvo zdravlja. (2012). *Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012–2020*. Zagreb: MZ.
- Ministarstvo zdravlja. (2015). *Strateški plan razvoja ljudskih resursa u zdravstvu 2015–2020*. Zagreb: MZ.
- Ministarstvo zdravlja. (2019). *Strateški plan Ministarstva zdravstva za razdoblje 2020–2022*. Zagreb: MZ.
- Ministarstvo zdravstva. (2020). *Izmjene i dopune Strateškog plana Ministarstva zdravstva za razdoblje 2020–2022*. Zagreb: MZ.
- Ministarstvo zdravlja. (2021). *Nacionalni plan razvoja zdravstva 2021–2027*. Zagreb: MZ.
- Ministarstvo zdravlja & Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. (2014). *Strateški plan razvoja e-zdravlja u Republici Hrvatskoj – SpeZ*. Zagreb: MZ & HZZO.
- Odluka o Planu i programu mjera zdravstvene zaštite 2020.–2022. *Narodne novine*, br. 142/2020.
- Petak, Z. (2007). Javne politike: razvoj discipline u Hrvatskoj i svijetu. U M. Kasapović (ur.), *Izlazak iz množine? Stanje hrvatske političke znanosti* (str.

- 187–215). Zagreb. Fakultet političkih znanosti.
- Puljiz, V. (2016). Starenje stanovništva – izazov socijalne politike. *Revija za socijalnu politiku*, 23(1), 81–98. <https://doi.org/10.3935/rsp.v23i1.1281>
- Puljiz, V., Bežovan, G., Šućur, Z., & Zrinščak, S. (2005). *Socijalna politika*. Zagreb: Pravni fakultet.
- Rantanen, J. (2005). Basic occupational health services - their structure, content and objectives. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, (Suppl. 1), 5–15. Available at <https://www.sjweh.fi/article/927>
- Rehberg, J., et al. (2018). Mortality patterns in Southern Adriatic islands of Croatia: a registry-based study. *Croatian medical journal*, 59(3), 118–123. <https://doi.org/10.3325/cmj.2018.59.118>
- Stipčić, A., Čorić, T., Erceg, M., Mihanović, F., Kolčić, I., & Polašek, O. (2015). Socioeconomic inequalities show remarkably poor association with health and disease in Southern Croatia. *International Journal of Public Health*, 60, 417–426. <https://doi.org/10.1007/s00038-015-0667-x>
- Stubbs, P., & Zrinščak, S. (2015). *ESPN Thematic Report on Social Investment Croatia*. Brussels: European Commission.
- Stubbs, P., & Zrinščak, S. (2018). *ESPN Thematic Report on Inequalities in access to healthcare*. Brussels: European Commission.
- Subotić, A., Šogorić, S., & Vuletić, S. (2018). Utvrđivanje potreba jednoroditeljskih obitelji u hrvatskim zdravim gradovima - akcijsko istraživanje hrvatske mreže zdravih gradova. *Acta medica Croatica*, 72(2), 161–169. <https://hrcak.srce.hr/199521>
- Suhrcke, M., McKee, M., Sauto Arce, R., Tsovala, S., & Mortensen, J. (2005). *The contribution of health to the economy in the European Union*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Šućur, Z. (2008). Socijalna pomoć i socijalna skrb. U V. Puljiz, G. Bežovan, T. Matković, Z. Šućur & S. Zrinščak (ur.), *Socijalna politika Hrvatske* (str. 219–277). Zagreb: Pravni fakultet.
- Šućur, Z., Kletečki Radović, M., Družić Ljubotina, O., & Babić, Z. (ur.). (2015). *Siromaštvo i dobrobit djece predškolske dobi u Republici Hrvatskoj*. Zagreb: UNICEF.
- Uhernik, A. I., & Mišić, T. (2015). *Izješće o financijskim zdravstvenim pokazateljima za Hrvatsku u 2013. godini prema metodologiji sustava zdravstvenih računa*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Uhernik, A. I., & Mišić, T. (2016). *Izješće o financijskim zdravstvenim pokazateljima za Hrvatsku u 2014. godini prema metodologiji sustava zdravstvenih računa*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Uhernik, A. I., & Mišić, T. (2017). *Izješće o financijskim zdravstvenim pokazateljima za Hrvatsku u 2015. godini prema metodologiji sustava zdravstvenih računa*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Uhernik, A. I., & Mišić, T. (2018). *Izješće o financijskim zdravstvenim pokazateljima za Hrvatsku u 2016. godini prema metodologiji sustava zdravstvenih računa*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Uhernik, A. I., & Mišić, T. (2019). *Izješće o financijskim zdravstvenim pokazateljima za Hrvatsku u 2017. godini prema metodologiji sustava zdravstvenih računa*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Uhernik, A. I., & Mišić, T. (2020). *Izješće o financijskim zdravstvenim pokazateljima za Hrvatsku u 2018. godini prema metodologiji sustava zdravstvenih računa*. Zagreb: Hrvatski zavod za javno zdravstvo.
- Vočanec, D., Šogorić, S., & Vajagić, M. (2018). Kako planirati sveobuhvatne intervencije u Republici Hrvatskoj? Prikaz modela razvoja javne politike ulaganja u rani razvoj djece. *Acta medica Croatica*, 72(2), 225–231. <https://hrcak.srce.hr/199529>
- World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2010a). *A conceptual framework for action on social determinants of health*. Geneva: WHO. Available at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44489>
- World Health Organization. (2010b). *The World health report 2010. Health systems financing: The path to universal coverage*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2014). *The case for investing in public health: The strengthening public health services and capacity - A key pillar of the European regional health policy framework Health 2020*. Geneva: WHO.
- Zrinščak, S. (2005). Zdravstvena politika. U V. Puljiz, G. Bežovan, Z. Šućur, S. Zrinščak, *Socijalna politika. Povijest, sustavi, pojmovnik* (str. 199–238). Zagreb: Pravni fakultet.
- Zrinščak, S. (2007). Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. *Revija za socijalnu politiku*, 14(2), 193–220. <https://doi.org/10.3935/rsp.v14i2.697>
- Zrinščak, S., & Matković, T. (2006). Struktura troškova i usluga hrvatskoga zdravstvenog sustava. *Revija za socijalnu politiku*, 13(1), 115–123. <https://doi.org/10.3935/rsp.v13i1.436>

Summary

THE CONCEPT OF SOCIAL INVESTMENT IN HEALTH SYSTEM

Gordana Šimunković

University of Rijeka, Faculty of Medicine
Rijeka, Croatia

Zdenko Babić

Faculty of Law, University of Zagreb
Social Work Study Centre
Zagreb, Croatia

Focusing on human capital, social investments provide an answer to the social challenges facing social development in recent decades. In the context of human capital, investing in health has multiple channels of influence especially if it is present from an early age: a person will stay active longer, be more productive and contribute to the economy and society. The paper aims to gain an insight into the extent to which Croatia's health policy is in line with the concept of social investment presented through the European Commission's document Investing in Health, which builds on the basic document on social investment: Towards Social Investment for Growth and Cohesion. For this purpose, the analysis of strategic health policy documents and the comparative analysis of data on investments in the health system from both the Eurostat database and domestic data sources are used. There is also a detailed comparative analysis of (in) equality of access to health services in Croatia in the EU context, and of the importance of individual components of health care from the perspective of social investment. It is noticed that the Croatian health policy follows the idea of social investment described in the document Investing in Health with certain shortcomings, but there is a shift towards overcoming some shortcomings such as, for example, a serious lack of evaluation in the implementation of certain measures and programs adopted.

Key words: health investment, social investments, human capital, health policy.