

Usporedba zdravstvenog sustava Hrvatske, Sjedinjenih Američkih Država i Kube

Mikić, Eugen

Undergraduate thesis / Završni rad

2015

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Economics and Business / Sveučilište u Zagrebu, Ekonomski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:148:249158>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported/Imenovanje-Nekomercijalno-Dijeli pod istim uvjetima 3.0](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-04-23**



Repository / Repozitorij:

[REPEFZG - Digital Repository - Faculty of Economics & Business Zagreb](#)



Sveučilište u Zagrebu
Ekonomski fakultet

**USPOREDBA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA HRVATSKE,
SJEDINJENIH AMERIČKIH DRŽAVA I KUBE**

ZAVRŠNI RAD

Kolegij: Financiranje društvenih djelatnosti

Mentor: Izv.prof.dr.sc. Hrvoje Šimović

Autor: Eugen Mikić

Broj indeksa autora (JMBAG): 0067455523

Zagreb, srpanj 2015.

SADRŽAJ

1. UVOD.....	1
2. ULOGA I VRSTE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U DRŽAVI	2
2.1. Zdravstveni sustav i država blagostanja	2
2.2. Modeli financiranja zdravstvenog sustava.....	3
3. PREGLED ZDRAVSTVENOG SUSTAVA HRVATSKE, SJEDINJENIH AMERIČKIH DRŽAVA I KUBE	4
3.1. Zdravstveni sustav Hrvatske	4
3.1.1. Povijesni pregled zdravstvenog sustava Hrvatske	4
3.1.2. Organizacija zdravstvenog sustava Hrvatske	5
3.1.3. Zdravstveno osiguranje i financiranje zdravstvenog sustava u Hrvatskoj	6
3.1.4. Problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava	8
3.2. Zdravstveni sustav Sjedinjenih Američkih Država	10
3.2.1. Povijesni pregled zdravstvenog sustava Sjedinjenih Američkih Država	10
3.2.2. Organizacija zdravstvenog sustava Sjedinjenih Američkih Država.....	11
3.2.3. Zdravstveno osiguranje i financiranje zdravstvenog sustava u Sjedinjenim Američkim Državama.....	11
3.2.4. Problemi i izazovi zdravstvenog sustava Sjedinjenih Američkih Država	17
3.3. Zdravstveni sustav Kube	17
3.3.1. Besplatna zdravstvena zaštita u Kubi	17
3.3.2. Povijesni pregled zdravstvenog sustava Kube	18
3.3.3. Organizacija zdravstvenog sustava Kube	19
3.3.4. Problemi i izazovi zdravstvenog sustava Kube	21
4. USPOREDBA STATISTIČKIH POKAZATELJA HRVATSKE, SJEDINJENIH AMERIČKIH DRŽAVA I KUBE VEZANIH ZA ZDRAVSTVENI SUSTAV	24
4.1. Demografski pokazatelji	24
4.2. Ekonomski i financijski pokazatelji	26
4.3. Pokazatelji zdravstvenih kapaciteta i zdravlja	32
5. ZAKLJUČAK.....	35
LITERATURA.....	37
POPIS GRAFIKONA	42

1. UVOD

Jedna od najvažnijih komponenti blagostanja pojedinca je svakako zdravlje. Ono je bitno kako za društveni, tako i za gospodarski razvoj neke zemlje jer država sa zdravom populacijom ima bolje mogućnosti za razvoj nego ona u kojoj među stanovništvom postoje ozbiljni zdravstveni problemi, a tamo gdje postoji društveni i gospodarski razvoj, vjerojatno je da će postojati i politički mir. Stoga, postoji mnogo razloga zašto država treba voditi brigu o zdravstvenom sustavu. Kroz povijest su se zdravstveni sustav i njegova uloga razvijali, ovisno o kulturi i društveno-političkim zbivanjima, a to je dovelo do toga da danas postoje razne varijante zdravstvenog sustava. Neki zdravstveni sustavi se financiraju uz veliku podršku države, dok se drugi više oslanjaju na privatne izvore. U ovom radu se daje pregled zdravstvenog sustava Hrvatske, Sjedinjenih Američkih Država i Kube. Svaki od tih sustava je specifičan i na neki način je odraz društvenih i političkih događanja u tim zemljama kroz povijest, ali i ideologije kojom se svaka od tih zemalja vodi.

Na početku se ukratko definira zdravstveni sustav i njegova uloga u socijalnoj politici, odnosno u državi blagostanja. Potom se daje pregled vrsta zdravstvenih sustava i njihovih osnovnih karakteristika s obzirom na način financiranja koje u velikoj mjeri ima utjecaj na samo funkcioniranje i kvalitetu zdravstvenog sustava. Zatim se prelazi na opis zdravstvenog sustava svake pojedine države: Hrvatske, Sjedinjenih Američkih Država i Kube. U opisima se nastoji prikazati zdravstvene sustave kroz njihove osnovne karakteristike i specifičnosti, a da bi se bolje razumjela sadašnja situacija pojedinog zdravstvenog sustava daje se i kratak povijesni pregled okolnosti koje su dovele do njegovog današnjeg oblika. Nakon pregleda pojedinih zdravstvenih sustava prelazi se na usporedbu statističkih pokazatelja. Najprije demografskih pokazatelja, zatim ekonomskih i financijskih pokazatelja vezanih za zdravstveni sustav te konačno pokazatelja zdravstvenih kapaciteta i zdravlja, nakon čega slijedi zaključak.

2. ULOGA I VRSTE ZDRAVSTVENOG SUSTAVA U DRŽAVI

2.1. Zdravstveni sustav i država blagostanja

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (World Health Organization, u daljnjem tekstu: WHO), zdravstveni sustav uključuje izvore, sudionike i institucije koji se odnose na financiranje, regulaciju i opskrbu zdravstvenih akcija. Zdravstvena akcija je tako definirana kao „skup aktivnosti čiji je primarni cilj poboljšanje ili održavanje zdravlja”. Navode se tri glavna cilja koja bi dobar zdravstveni sustav trebao imati:

1. zdravlje u smislu poboljšanja zdravstvenog stanja populacije i smanjenja zdravstvenih nejednakosti,
2. odgovornost koja uključuje poštovanje pojedinaca i orijentaciju na klijente,
3. pravednost u financiranju što predstavlja osiguranje financijske zaštite za svakoga, s troškovima distribuiranim prema mogućnostima plaćanja koje imaju pojedinci (Murray i Frenk, 2000: 4-9).

Socijalna država, odnosno država blagostanja jamči svojim građanima određenu razinu socijalne sigurnosti i socijalnog osiguranja (Smerdel, 2013). Osnovna postavka države blagostanja je da blagostanje građana ne ovisi o pojedincu, zajednici ili privatnom sektoru već poglavito o vladi, dakle o državi. Blagostanje građana ovdje predstavlja određenu razinu njihovih osnovnih životnih uvjeta. Prema tome, u državi blagostanja, uloga vlade je osigurati za građane razne usluge kao što su zdravstvena zaštita, naknade za nezaposlenost, potpore obiteljima, mirovinsko osiguranje itd., a sredstva za te programe vlada prikuplja kroz poreze i naknade za osiguranje (Subberwal, 2009). Dakle, dostupnost zdravstvene zaštite je jedan od ključnih ciljeva države blagostanja. Ako se zdravstveni sustav definira kao „bilo koja kombinacija elemenata za koje društvo prepoznaje da pomažu u promicanje zdravlja i zdravstvene zaštite za članove društva” (Matcha, 2003: 4), može se zaključiti kako je pružanje zdravstvene zaštite u većoj ili manjoj mjeri ovisno o zdravstvenom sustavu. Iz toga proizlazi da bi vlada nastojeći ostvariti državu blagostanja trebala težiti što bolje uređenom zdravstvenom sustavu.

Iako možda ne ključnu, ali svakako značajnu ulogu tu igra i ideologija kojom se vodi vlada odnosno neko drugo vrhovno državno upravljačko tijelo ili osoba (za državna uređenja drukčija od demokracije). U tom smislu, razvitak države blagostanja se može pratiti kroz

klasičnu tenziju između kapitalizma i socijalizma. Tu se s pravom može postaviti pitanje Sjedinjenih Američkih Država (u daljnjem tekstu: SAD) kao države blagostanja, uzimajući u obzir njihov opozicijski stav prema međunarodnim institucionalizacijama programa države blagostanja. S druge strane, mnogi branitelji i kritičari države blagostanja vide upravo socijalizam kao cilj razvijanja države blagostanja. Socijalistički model zemalja istočnog komunističkog bloka s kojima bi se mogla svrstati i Kuba, uključuje pružanje socijalnih prava svima na posebno opsežnoj skali te se na taj način podudara s modelom države blagostanja. „Trećim putem” se smatra onaj kojim su pošle ponajviše zapadno-europske zemlje, ali i Hrvatska koja bi se mogla opisati kao post-komunistička zemlja, smještena upravo u tu sredinu, između tenzije kapitalizma i socijalizma (Kaufmann, 2012). Ovisno o načinu ostvarivanja države blagostanja ili socijalne politike, a time i (socijalnih) prava građana koja uključuju zdravstvenu zaštitu, razlikuje se i zdravstveni sustavi.

2.2. Modeli financiranja zdravstvenog sustava

Iako se u raznim državama primjenjuju isti ili slični modeli financiranja zdravstvenog sustava, oni se bez obzira na to mogu ipak značajno razlikovati. U određenom smislu, zdravstveni sustav neke zemlje je odraz kulturnih vrijednosti i obilježja te zemlje. Osim toga, na zdravstveni sustav utječu i drugi čimbenici, poput ekonomskog razvitka te političkih težnji i običaja. Prema klasifikacija koju daje Matcha (2003) razlikuju se 4 glavna modela financiranja zdravstvenih sustava;

1. tržišni model koji je karakteriziran interakcijom pružatelja zdravstvenih usluga i osiguravatelja ili drugim riječima međudjelovanjem tržišnih sila ponude i potražnje (npr. SAD);
2. Bismarckov model u kojem postoji partnerstvo između javnog i privatnog sektora u svrhu osiguranja pružanja zdravstvene zaštite, a gdje se financiranje kombinira iz državnih sredstava te iz doprinosa (npr. Francuska, Njemačka, Austrija, Japan);
3. Beveridgeov model financiran iz poreza, a prema kojem se zdravstvene usluge i pristup njima trebaju smatrati građanskim pravom (Ujedinjeno Kraljevstvo, Norveška, Švedska);
4. te model državnog upravljanja koji se primjenjivao u bivšim komunističkim državama poput Sovjetskog Saveza i Čehoslovačke (nazivan i Semaško model).

Zdravstveni sustavi Hrvatske, SAD-a i Kube svrstavaju se u različite modele financiranja, a također se razlikuju i po nekim drugim obilježjima koja proizlaze iz već prethodno spomenutih političkih faktora i ekonomskog razvitka.

3. PREGLED ZDRAVSTVENOG SUSTAVA HRVATSKE, SJEDINJENIH AMERIČKIH DRŽAVA I KUBE

3.1. Zdravstveni sustav Hrvatske

Prema članku 1. Ustava Republike Hrvatske, Hrvatska je određena kao socijalna država te kao takva jamči svojim građanima određenu socijalnu, dakle i zdravstvenu sigurnost. Nadalje, Ustavom Republike Hrvatske svakome se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom (čl. 59., Narodne novine 85/10). Zdravstvena zaštita je definirana Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (u daljnjem tekstu: ZZZ) kao sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju (čl. 2., Narodne novine 150/08, 155/09, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 154/14). Dakle, zdravstvena zaštita je jedna od ključnih komponenti hrvatske socijalne politike.

Hrvatski zdravstveni sustav se temelji na principima uključenosti, kontinuiranosti i pristupačnosti. Svi građani Republike Hrvatske imaju pravo na usluge zdravstvene zaštite kroz čitav život. Prema tome, mreža pružatelja zdravstvene zaštite bi trebala biti organizirana na način da zdravstvena zaštita bude približno jednako dostupna svim građanima (Vončina, Džakula i Mastilica, 2007).

3.1.1. Povijesni pregled zdravstvenog sustava Hrvatske

U Hrvatskoj postoji duga tradicija organizirane zdravstvene zaštite za koju je značajan Bismarckov model. On vuče korijene iz zakona o zdravstvenom osiguranju koji su doneseni u Pruskoj krajem 19. stoljeća, za vrijeme kancelara Otto von Bismarcka (Ott, 2007). Vrlo brzo se utjecaj tih zakona prenio i na Austriju, a potom i na ostale zemlje Austro-Ugarske Monarhije, tako da već krajem 19. st. počela jača intervencija države u zdravstveni sustav Hrvatske (Zrinščak, 2007). U 1922. godini uvedeno je zdravstveno osiguranje koje se vršile tri odvojene privatne organizacije: Bratska riznica za rudare, Središnji ured za osiguranje radnika za radnike i druge zaposlenike te Merkur uglavnom za državne službenike. Ta tri osiguravatelja imala su vlastite pružatelje zdravstvene zaštite. Andrija Štampar, jedan od osnivača Svjetske zdravstvene organizacije (World Health Organization, WHO), zaslužan je

za uvođenje javnih zdravstvenih usluga 1920-im i 1930-im god. te za uspostavu centara primarne zdravstvene zaštite. Godine 1945. uvedeno je obvezno zdravstveno osiguranje koje je pokrivalo većinu populacije. Tijekom 1980-ih godina, hrvatski zdravstveni sustav je bio značajno decentraliziran. Karakterizirali su ga visok nivo autonomije lokalnih autoriteta i činjenica da su zdravstveni radnici i korisnici sudjelovali u donošenju odluka. Model je bio dizajniran na način da radnici aktivno sudjeluju u javnim uslugama, ali u praksi su politička tijela donosila većinu upravljačkih odluka i bilo je malo ili nimalo nadzora i inspekcije (Voncina et. al., 2006). Zdravstveni sustav iz toga vremena bi se mogao opisati kao hibridan; kao kombinacija zdravstvenog osiguranja i državne kontrole nad zdravstvom (Zrinščak, 2007). Postojao je zamjetan broj tržišnih elemenata, ali i problemi poput loše organizacije, pomanjkanja menadžerstva u zdravstvu te općenito neučinkovitosti (Healy, 1999 u Ott, 2007). Također, postojala je i prevelika potrošnja te neučinkovita decentralizacija (Zrinščak, 2007). Primarna (preventivna) zdravstvena zaštita nije bila dovoljno razvijena pa su pacijenti imali naviku odlaziti specijalistima i na bolničku njegu (Ott, 2007), a to je skupa sa zlouporabom prava iz zdravstvenog osiguranja (npr. prava na novčana davanja) vodilo nepotrebnim troškovima (Zrinščak, 2007).

Početkom 90-ih, raspadom socijalističke Jugoslavije, dolazi do promjene na političkom planu Hrvatske, a to se odrazilo i na zdravstveni sustav. Nekadašnji decentralizirani sustav s velikim viškom osoblja te regionalnim neravnotežama u financiranju i standardima zdravstvene zaštite preobražen je u centraliziraniji, bolje financirani i općenito efikasniji sustav, a u pružanju zdravstvenih usluga sve više sudjeluje, osim javnoga, i privatni sektor. Unatoč tome, i dalje su prisutni brojni problemi koji nisu riješeni provedenim reformama (Mihaljek, 2006).

3.1.2. Organizacija zdravstvenog sustava Hrvatske

Na najvišem mjestu u organizaciji hrvatskog zdravstvenog sustava nalazi se Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, a drugi sudionici su županijske i gradske zdravstvene vlasti, Hrvatska liječnička, stomatološka i farmaceutska komora, Hrvatski liječnički zbor i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO) [Mihelja Žaja, 2012]. Ministarstvo zdravlja nadležno je za:

1. zdravstvenu politiku, planiranje i evaluaciju, uključujući izradu zakona i regulaciju standarda zdravstvenih usluga i obuke,

2. javne zdravstvene programe, uključujući nadgledanje i nadzor zdravstvenog statusa, promociju zdravlja, sigurnost hrane i lijekova te provođenje sanitacije okoliša,
3. regulaciju kapitalnih ulaganja u davatelje zdravstvenih usluga u javnom vlasništvu.

HZZO je osnovan 1993. godine, a ima odgovoran je za upravljanje Fondom zdravstvenog osiguranja i ugovaranje usluga zdravstvene zaštite. On je glavni kupac zdravstvenih usluga i kao takav ima važnu ulogu u zdravstvenom sustavu. Također bitna institucija hrvatskog zdravstvenog sustava je i Hrvatski zavod za javno zdravstvo (u daljnjem tekstu: HZJZ), a zadužen je za djelatnosti prikupljanja, analize i prezentacije statističkih i epidemioloških podataka, promociju zdravlja te zdravstvenu edukaciju na državnom nivou. Zajedno su Ministarstvo zdravlja i HZJZ odgovorni za nacionalnu strategiju javnog zdravstva, određenje nacionalnih i godišnjih ciljeva, mjerenje i nadzor izvođenja postavljenih ciljeva i, skupa s općinskim javnim zavodima za javno zdravstvo, organizaciju i dostavu preventivnih i promotivnih zdravstvenih usluga (Voncina et. al., 2006).

Prema ZZZ-u, zdravstvena djelatnost u Hrvatskoj se obavlja na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini. Primarna razina obuhvaća preventivne i informativno-obrazovne aktivnosti te liječenje jednostavnijih bolesti, a obavlja se u domovima zdravlja. Zdravstvena djelatnost na sekundarnoj razini obuhvaća specijalističko-konzilijarnu i bolničku djelatnost te se provodi u poliklinikama i bolnicama. Specijalističko-konzilijarna djelatnost u odnosu na zdravstvenu djelatnost na primarnoj razini obuhvaća složenije mjere i postupke u pogledu prevencije, dijagnosticiranja te liječenja bolesti i ozljeda, provođenja ambulantne rehabilitacije te medicinske rehabilitacije u kući korisnika, odnosno štićenika u ustanovama za socijalnu skrb. Tercijarna razina zdravstvene zaštite uz djelatnosti sekundarne razine, obuhvaća i pružanje najsloženijih oblika zdravstvene zaštite iz specijalističko-konzilijarnih i bolničkih djelatnosti, znanstveni rad te izvođenje nastave za potrebe nastavnih ustanova zdravstvenog usmjerenja. Ona se provodi u klinikama, kliničkim bolnicama i kliničkim bolničkim centrima (čl. 25.-32., Narodne novine 150/08, 155/09, 71/10, 139/10, 22/11, 84/11, 154/11, 12/12, 70/12, 144/12, 82/13, 159/13, 154/14).

3.1.3. Zdravstveno osiguranje i financiranje zdravstvenog sustava u Hrvatskoj

U Hrvatskoj zdravstveno osiguranje može biti obvezno i dobrovoljno (Mihelja Žaja, 2012). Prema Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju sve osobe s prebivalištem u Republici

Hrvatskoj i stranci s odobrenim stalnim boravkom u Republici Hrvatskoj su obveznici zdravstvenog osiguranja (čl. 4., st. 1.-2., Narodne novine 80/13, 137/13). Obveznim zdravstvenim osiguranjem kojeg provodi HZZO, svim osiguranim osobama osiguravaju se prava i obveze iz obveznog zdravstvenog osiguranja na načelima uzajamnosti, solidarnosti i jednakosti. Obvezno zdravstveno osiguranje daje prava na zdravstvenu zaštitu i prava na novčane naknade. Prava na zdravstvenu zaštitu obuhvaćaju prava na:

- primarnu zdravstvenu zaštitu,
- specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu,
- korištenje lijekova s liste lijekova HZZO-a,
- dentalno-protetsku pomoć,
- ortopedska i druga pomagala,
- zdravstvenu zaštitu u inozemstvu i dr.

Dobrovoljno zdravstveno osiguranje obuhvaća:

1. dopunsko zdravstveno osiguranje (pokriće troškova zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja),
2. dodatno (viši standard zdravstvene zaštite i veći opseg prava nego u obveznom zdravstvenom osiguranju) i
3. privatno zdravstveno osiguranje (osiguranje zdravstvene zaštite fizičkim osobama koje borave u RH, a nisu se dužne obvezno osigurati) [Mihelja Žaja, 2012].

Današnji model financiranja zdravstvenog sustava koji se primjenjuje u Hrvatskoj po obilježjima je najbliži Bismarckovom modelu financiranja. Može se opisati kao model obveznog socijalnog zdravstvenog osiguranja koji se temelji na solidarnosti zaposlenih glede njihova izdvajanja za zdravstvenu zaštitu čitave populacije u kojem se kao glavni financijski instrument javlja doprinos (Barić, 2011). No, pošto dio financijskih sredstava dolazi i iz proračuna sustav financiranja hrvatskog zdravstva može se opisati i kao mješovit (Ott, 2007). Dakle, provizije i financiranje zdravstvenih usluga su većinom javni, iako privatni pružatelji i osiguravatelji također postoje na tržištu. Zdravstvenim sustavom dominira jedan javni zdravstveni fond, a to je HZZO (Voncina et. al., 2006).

Zdravstvena zaštita u Hrvatskoj se financira iz doprinosa obveznog zdravstvenog osiguranja koje plaćaju zaposlenici i poslodavci (13 % na bruto plaću i 0,5 % za slučaj ozljede na radu ili profesionalne bolesti), nadoplata, premija dobrovoljnog osiguranja, premija privatnog osiguranja, državnog proračuna te proračuna lokalne samouprave (Mihelja Žaja, 2012).

Doprinosi od obveznog zdravstvenog osiguranja prikuplja država u državni proračun (Voncina et. al., 2006). Sredstva za obavljene zdravstvene usluge se bolnicama doznaju temeljem ugovora sklopljenih sa HZZO-om, a za ostalu zdravstvenu zaštitu sredstva se HZZO-u doznaju iz državnog proračuna otkuda se dalje obavljaju plaćanja (Ott, 2007). Za proračunske transfera HZZO-u i Ministarstvu zdravlja nadležno je Ministarstvo financija. Proračun za obvezno zdravstveno osiguranje se godišnje određuje i dodjeljuje HZZO-u (Voncina et. al., 2006).

Priljevi privatnih sredstava i korisničkih naknada u hrvatskom zdravstvenom sustavu imaju četiri izvora: privatno zdravstveno osiguranje, participacije pružateljima zdravstvene zaštite koji imaju ugovor s HZZO-om, plaćanja iz vlastitog džepa (gotovinska plaćanja) pružateljima zdravstvene zaštite koji nemaju ugovor s HZZO-om i neformalna (ilegalna) plaćanja (Vončina, Džakula i Mastilica, 2007). Privatno zdravstveno osiguranje se nudi u nekoliko desetaka varijanti i primarno se oglašava i prodaje grupama zaposlenika kao što su banke i velika poduzeća. Sve više takvi paketi privlače međunarodne kompanije s domaćim i međunarodnim radnicima. Privatne ustanove mogu sklopiti ugovore sa HZZO-om i postati dio javno financiranog zdravstvenog sustava. Osim toga, mogu raditi samostalno i naplaćivati naknade ili sklopiti ugovore s privatnim osigurateljima i naplaćivati usluge dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (Voncina et. al., 2006).

3.1.4. Problemi i izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava

Glavni izazovi hrvatskog zdravstvenog sustava u 1990-im godinama su bili visoki troškovi i kontinuirana financijska kriza (Voncina et. al., 2006). Od stjecanja neovisnosti 1991. godine, u hrvatskom zdravstvenom sustavu se javlja neusklađenost između dostupnih javnih resursa i stalno rastućih troškova. Odonda su provedene brojne reforme. U početku se reformama centralizirao prijašnji decentralizirani sustav prikupljanja sredstava i razdvojen je prethodno ujedinjeni regionalni sustavi upravljanja pružateljima zdravstvene zaštite od prikupljanja obveznog zdravstvenog osiguranja, da bi se olakšala državna kontrola nad menadžmentom i financijama. Daljnje reforme su se usredotočile na ograničavanje troškova pa je njima smanjen opseg besplatnih zdravstvenih usluga koje su građani prije koristili u sklopu obveznog zdravstvenog osiguranja i uvedeno je privatno zdravstveno osiguranje za usluge koje nisu bile pokrivene obveznim zdravstvenim osiguranjem. Hrvatska iz bivše komunističke države nije naslijedila pretjerano izgrađen sustav zdravstvene zaštite, za razliku od nekih

drugih bivših komunističkih europskih država. Prije tranzicije u tržišno gospodarstvo, zdravstveni sustav je bio karakteriziran visokim nivoom jednakosti i usluge su bile praktički besplatne. Uvođenje tržišnih elemenata i mjera za smanjenje troškova je izazvalo je nezadovoljstvo građana. (Vončina, Džakula i Mastilica, 2007).

Unatoč pomacima ostvarenim kroz reforme, njihovi ciljevi su tek djelomično ostvareni, ne rješavajući tako krizu hrvatskog zdravstvenog sustava koju se okarakterizirali brojni problemi poput problema naslijeđenih iz bivšeg socijalističkog sustava, teritorijalne neujednačenosti kapaciteta sekundarne zdravstvene zaštite, koncentracije specijalističko-konzilijarnih usluga unutar ustanova tercijarne zaštite, pretjerane koncentracije zdravstvenih ustanova u glavnom gradu, nepostojanja kategorizacije bolnica, redukcije uloge primarne zdravstvene zaštite i smanjenja broja preventivnih pregleda (Zrinščak, 2007). Još neki od problema hrvatskog zdravstvenog sustava su opća financijska nelikvidnost HZZO-a, nepostojanje odgovarajućeg sustava planiranja i upravljanja sustavom, koncentracija specijalističke medicine u velikim gradovima, nedostatak liječnika, neracionalno i nedovoljno korištenje zdravstvene zaštite (Barić, 2011), loša organizacija vođenja zdravstvenih ustanova, nedostatak brige stanovništva o vlastitom zdravlju (nekvalitetna prehrana, alkoholizam, zloraba droga, prekomjerna težina i sl.), trend neformalnog plaćanja (korupcija), nejednaka dostupnost zdravstvene zaštite, duge liste čekanja na lijekove i operacije, nezadovoljstvo korisnika zdravstvenim uslugama te razni financijski problemi. Doprinosi na zdravstveno osiguranje plaća samo oko trećina stanovništva, dok druge dvije trećine sastavljene od umirovljenika, članova obitelji osiguranika, nezaposlenih i drugih neaktivnih osoba ne plaćaju doprinose, iako na njih otpada oko dvije trećine zdravstvenih troškova (Ott, 2007). Kao glavni problemi u financiranju hrvatskog zdravstvenog sustava mogu se istaknuti: visoki troškovi, neodgovarajući financijski izvori, kontinuirani deficiti HZZO-a, nedostatak transparentnosti u financiranju i starenje populacije (Vončina, Džakula i Mastilica, 2007).

Hrvatski sustav zdravstvenog osiguranja se suočava s nekoliko izazova koji dovode u pitanje njegovu održivost. Broj onih koji aktivno doprinose fondu zdravstvenog osiguranja je nizak u usporedbi s brojem ukupnih korisnika, a pošto sustav još uvijek ovisi o prinosima iz plaća, visoko je ovisan o situaciji na tržištu radne snage. Neprestano oslanjanje vlade na povećanje privatnog financiranja zdravstvenog sustava dovodi u pitanje njegove osnovne društvene postavke. Plaćanja iz vlastitog džepa narušavaju jednakost u sustavu jer stavljaju veći pritisak

na kućanstva s nižim prihodima, nasuprot onima s višim blagostanjem (Vončina, Džakula i Mastilica, 2007).

Zadnjih godina se polako razvija zdravstveni turizam. Iako specijalne bolnice i lječilišta u Hrvatskoj spadaju u neprofitni sektor, neke pokušavaju ponuditi dio svojih usluga na tržištu zdravstvenog turizma. Do nedavno, organizacije hrvatskog zdravstvenog sustava su djelovale gotovo isključivo unutar neprofitnog sektora. U takvim okolnostima, marketinški koncepti koji se fokusiraju na potrebe klijenata nisu bili primjenjivani. Za vrijeme privatizacije u 1990-im godinama, ustanovljene su klinike u privatnom vlasništvu koje su se, da bi stvorile konkurentne prednosti, orijentirale na tržište i počele nuditi svoje usluge u skladu s potrebama potrošača. Ipak, zakonska ograničenja zadnjih desetljeća otežavaju razvoj zdravstvenog turizma (Marković, Lončarić i Lončarić, 2014).

3.2. Zdravstveni sustav Sjedinjenih Američkih Država

SAD spada u ekonomski najrazvijenije države svijeta. Sastoji se od 50 država koje imaju lokalnu autonomiju u skladu sa saveznim ustavom. Organizacija zdravstvenog sustava je u nekoj mjeri odraz njegove državne organizacije. Primarni cilj zdravstvenog sustava SAD-a je pružiti kombinaciju zdravstvenih usluga koja optimizira zdravlje stanovništva. Za postizanje toga cilja ključnima se smatraju naponi kojima se poboljšava kvaliteta zdravstvenih usluga (Teleki, 2006). Na vrhu piramide zdravstvenog sustava SAD-a se nalazi savezna vlada koja usklađuje čitav sustav (Sadeghi et. al., 2012) koji je mješavina javnog i privatnog zdravstva, s naglaskom na privatno.

3.2.1. Povijesni pregled zdravstvenog sustava Sjedinjenih Američkih Država

Zdravstveni sustav SAD-a se u razdoblju od 1750. do 2000. godine, razvio od jednostavnog sustava kućnih lijekova i putujućih doktora s malo obuke u kompleksni, znanstveni, tehnološki i birokratski sustav često nazivan kompleks medicinske industrije. Kompleks je izgrađen na medicinskoj znanosti i tehnologiji i na autoritetu profesionalaca. Prije 1800. godine, medicina je se u SAD-u obavljala unutar obitelji. Od žena se očekivalo da preuzmu brigu u slučaju bolesti u obitelji, a liječnici bi se zvali samo u slučaju ozbiljnih, smrtonosnih bolesti. S vremenom liječnici su počeli biti sve osposobljeniji i u 19. st. dolazi do sve veće gradnje bolnica koje su postale ili javne ili privatne. U ranom 20. st. dolazi do osnivanja

raznih zdravstvenih udruga, a poslodavci i radničke unije su počeli nuditi plaćenu zdravstvenu zaštitu za radnike. Nacionalno zdravstveno osiguranje, kao ono koje se javilo u Europi, se povezivalo sa socijalizmom, tako da je taj koncept postao nepopularan u SAD-u. Umjesto toga, došlo je do razvitka privatnog zdravstvenog osiguranja. Nakon Prvog svjetskog rata dolazi do osnivanja prve velike kompanije za zdravstveno osiguranje. U 1960-im godinama ustanovljeni su socijalni programi za stare (Medicare) i siromašne (Medicaid), a prije njih i razni drugi zdravstveni programi i institucije. U 1980-im i 1990-im godinama dolazi do jačanja Organizacija za održavanje zdravlja (Health Maintenance Organizations, u daljnjem tekstu: HMOs). U 1990-ima raste interes za alternativnu medicinu, poput akupunkture, biljnih pripravaka i vitaminskih terapija, što se može vidjeti kao reakcija protivljenja kompleksu medicinske industrije (Fillmore, 2000).

3.2.2. Organizacija zdravstvenog sustava Sjedinjenih Američkih Država

U SAD-u država ima važnu ulogu u zdravstvenom sustavu. Ona izdaje dozvole za rad liječnicima, nadgleda zdravstvene rizike u okolišu, posjeduje neke bolnice, financira istraživanja za sprječavanje bolesti, ostvaruje imunološke programe za djecu itd. Također sudjeluje i u promociji privatnog zdravstvenog osiguranja preko poslodavaca (Rosen i Guyer, 2010). Zdravstveno osiguranje je u SAD-u regulirano i na nivou država i na saveznom nivou (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013). S vremenom su ustanovljeni brojni entiteti za regulaciju raznih područja zdravstva. Danas su najutjecajniji regulatori Odjel za zdravlje i ljudske usluge SAD-a (*US Department of Health and Human Services*), Centri za Medicare i Medicaid usluge (*Centers for Medicare & Medicaid Services*), Ustanova za hranu i lijekove (*Food and Drug Administration*) i Centri za kontrolu i prevenciju bolesti (*Centers for Disease Control and Prevention*) [Sadeghi et. al., 2012]. Njihov cilj je da snize troškove ili maksimiziraju koristi (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013).

3.2.3. Zdravstveno osiguranje i financiranje zdravstvenog sustava u Sjedinjenim Američkim Državama

SAD nema jedan sustav zdravstvenog osiguranja za cijelu naciju. Zdravstveno osiguranje se pribavlja na privatnom tržištu ili ga pruža vlada za određene grupe. Privatno zdravstveno osiguranje se može kupiti od raznih komercijalnih osiguravatelja ili od neprofitnih osiguravatelja. Također postoji i zdravstveno osiguranje povezano s radnim mjestom, a ono

omogućuje uštede kroz grupne planove koji se mogu kupiti od poslodavca (Ridic, Gleason i Ridic, 2012). Financiranje zdravstvenog sustava SAD-a se može podijeliti na plaćanja javnog sektora (savezna vlada, države i lokalne vlade), privatnog sektora (privatni osiguravatelji i poslodavci) i potrošača (plaćanje iz vlastitog džepa i samofinanciranje) [Sadeghi et. al., 2012]. Javno financiranje zdravstvenog sustava SAD-a uključuje savezne izvore: Medicare i Medicaid programe, Zdravstvenu upravu za veterane, Ministarstvo obrane SAD-a te države i lokalne programe. Privatno financiranje uključuje plaćanje iz vlastitog džepa, privatno osiguranje i filantropiju (Sadeghi et. al. 2012).

Dva glavna tipa programa javnog zdravstvenog osiguranja u SAD-u su Medicare i Medicaid (Ridic, Gleason i Ridic, 2012). Oba su kreirana 1965. godine za vrijeme predsjednika Johnsona (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013).

Medicare je ujednačen nacionalni javni program zdravstvenog osiguranja za stare i nepokretne pojedince. Njime upravlja savezna vlada i predstavlja najvećeg zdravstvenog osiguravatelja u zemlji (Ridic, Gleason i Ridic, 2012). Primarni cilj Medicare programa je povećanje pristupa kvalitetnoj zdravstvenoj zaštiti starijih osoba. Njime je pokrivena gotovo cijela populacija osoba starih 65 i više godina (Rosen i Guyer, 2010). Medicare se dijeli na A, B, C i D dijelove. Medicare A dio je obvezan i pruža zdravstveno osiguranje za bolničku njegu, ograničenu kućnu njegu i neke zdravstvene usluge (Ridic, Gleason i Ridic, 2012). Većina korisnika A Medicare dijela plaća programu porez na plaću za vrijeme radnog vijeka, a to im omogućuje da sudjeluju u Medicare hospitalizacijskom programu kada navrše 65 godina starosti (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013). Medicare B dio je dobrovoljan ili naknadan plan koji pruža koristi liječničkih usluga, ambulantnih bolničkih usluga, ambulantnih laboratorija, usluga radiologije i usluga kućne njege (Ridic, Gleason i Ridic, 2012), a mogu ga odabrati Medicare A korisnici u dobi od 65 i više godina. Medicare C i D police korisnicima daju zaštitu od zdravstvenih troškova koje Medicare A i B ne pokrivaju. Medicare dio C je dodan u program 1997. godine, a korisnicima pruža opciju primanja Medicare koristi kroz određeni broj privatnih participacijskih zdravstvenih planova, uključujući pune usluge HMOs-a. To funkcionira na isti način kao i drugi planovi kontrolirane skrbi, u smislu da se nastoje smanjiti troškovi ograničavajući broj pružatelja koji se mogu izabrati. Medicare D je nastao dodavanjem pokrića lijekova na recept Medicare C dijelu (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013). Medicare pacijenti također mogu i kupiti Medigap osiguranje. Medigap je privatni plan zdravstvenog osiguranja što ga nude komercijalni osiguravatelji koji plaćaju zdravstvene

troškove koji nisu u potpunosti pokriveni s Medicare programom (Ridic, Gleason i Ridic, 2012). Za razliku od velikog broja radne populacije SAD-a s privatnim zdravstvenim osiguranjem, Medicare korisnici mogu tražiti zdravstvenu njegu kada god to odluče, što predstavlja model naknada za uslugu (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013).

Troškovi Medicare se pretežno plaćaju iz poreza na plaće, općih prihoda, doprinosa i oporezivanja naknada socijalnog osiguranja (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013) pa se tako Medicare A financira iz Medicare poreza, a Medicare B iz mjesečnih premija i općih poreza (Ridic, Gleason i Ridic, 2012). Medicare ima dva glavna računa za upravljanje financiranjem: Zaklada za bolničko osiguranje (*Hospital Insurance Trust Fund*) koja plaća Medicare A dio i Zaklada za dopunsko zdravstveno osiguranje (*Supplementary Medical Insurance Trust Fund*) koja plaća Medicare dio B i dio D. Problem predstavljaju prognoze da će se Zaklada za bolničko osiguranje iscrpiti do 2029. godine (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013).

Drugi tip javnog programa zdravstvenog osiguranja je Medicaid i on predstavlja najveći javni program zdravstvenog osiguranja za siromašne (Rosen i Guyer, 2010). Njime se osigurava zdravstvena zaštita za određene grupe u lošem ekonomskom položaju (Ridic, Gleason i Ridic, 2012) kao što su oni s niskim prihodima i malo imovine (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013).

Financiraju ga savezna i državne vlade (Ridic, Gleason i Ridic, 2012). Savezna vlada dodjeljuje državnoj vladi određeni dio odgovarajućih sredstava radi pokrića troškova. Medicaid programom upravlja svaka država pojedinačno (Rosen i Guyer, 2010). Da bi pojedine države primile savezna financijska sredstva, Medicaid mora pokrivati pojedince koji su stari, slijepi, invalidi ili članovi obitelji s uzdržavanom djecom (Ridic, Gleason i Ridic, 2012). Države imaju diskrecijsko pravo odrediti kvalifikacijske uvjete za pristup programu, što je među državama dovelo do razlika u tome tko može koristiti Medicaid (Rosen i Guyer, 2010). Dakle, postoji velika razlika diljem zemlje tko ima pravo na Medicaid, koje su usluge pokrivena i koliko će liječnici i bolnice biti plaćeni za liječenje Medicaid pacijenata (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013). Pacijenti pokriveni Medicaid programom teoretski imaju pristup vrlo bogatom paketu zdravstvenih usluga te imaju pravo na primanje usluga zdravstvene zaštite kroz iste javne i privatne bolnice koje služe široj javnosti. No, u stvarnosti je njihov pristup privatnim liječnicima često ograničen uobičajeno vrlo niskim Medicaid razinama plaćanja, čineći tako pružatelje zdravstvene zaštite nevoljnima za prihvaćanje Medicaid pacijenata (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013).

Osim Medicare i Medicaid programa zdravstvene zaštite pod nadzorom savezne vlade SAD-a, postoje i drugi. TRICARE je civilni program kojim upravlja Ministarstvo obrane SAD-a, a odvija se na sličan način kao i Medicare. Kroz njega se pruža zdravstvena zaštita vojnom osoblju SAD-a i njihovim obiteljima. Zdravstvena uprava za veterane (*Veterans Health Administration*) predstavlja centralizirano upravljani civilni sustav s bolnicama i osobljem u javnom vlasništvu koji se nalazi pod nadzorom Odjela za veteranske poslove SAD-a (*US Department of Veterans Affairs*), a namijenjen je umirovljenim vojnicima i njihovim obiteljima. Služba za zdravlje Indijanaca (*Indian Health Service*) je program javne zdravstvene zaštite koji pokriva područje indijanskih rezervata. Često se kritizira zbog kroničnog nedostatka financijskih sredstava i loše usluge. Državni program za zdravstvenu zaštitu djece (*State Children's Health Insurance Program*) je ustanovljen 1997. godine radi pružanja zdravstvene zaštite neosiguranoj djeci, a ima, kao i Medicaid s kojim je blisko povezan, problem niske razine plaćanja pružateljima zdravstvene zaštite. Centri za zdravlje zajednice (*Community Health Centers*) su privatne, neprofitne ustanove koje pružaju visokokvalitetnu, isplativu i opsežnu primarnu i preventivnu zdravstvenu zaštitu neosiguranima i zdravstveno zanemarenima. Kao dio zdravstvene reforme, administracija predsjednika Obame se fokusirala na povećanje djelokruga Centara za zdravlje zajednice, smatrajući njihov rada važnim za zdravlje i gospodarstvo SAD-a. Program zdravstvene zaštite saveznih zaposlenika (*Federal Employees Health Benefits Program*) je pod nadzorom Neovisnog ureda za menadžment zaposlenika (*Office of Personnel Management*), a djeluje kao kupovni kooperant za vladine civilne službenike i visoko je cijenjen (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013).

Do ranih 1980-ih većina polica osiguranja je pružateljima zdravstvenih usluga jamčila isplate na temelju stvarnog troška tretmana za pacijenta, a to je bilo poznato kao sustav naknade za uslugu (Rosen i Guyer, 2010). On je pacijentima davao pravo posjeta liječniku ili bolnici po njihovom izboru. S povećanjem troškova zdravstvenog osiguranja u 1980-im i 1990-im, mnogi poslodavci su angažirali zdravstvene planove kontrolirane skrbi kojima su dobili mogućnost upravljanja zdravstvenom zaštitom svojih zaposlenika kroz kontrolu pristupa liječenju i snižavanje troškova (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013). Paketima kontrolirane skrbi ograničava se korištenje zdravstvene zaštite i cijene na strani ponude se održavaju niskima (Rosen i Guyer, 2010). Kako je plaćanje po sistemu naknada za uslugu postalo sve rjeđe, liječnici su počeli sve više raditi za korporacije koje ostvaruju profit iz unaprijed plaćene zdravstvene zaštite, smanjujući troškove zdravstvene zaštite, pažljivo ograničavajući usluge i

fokusirajući se na preventivnu zdravstvenu zaštitu. Sustav plaćanja naknada za uslugu je polako zamijenjen glavarinama, sustavom koji liječnicima daje skup naknada za sve pacijente, i zdrave i bolesne (Fillmore, 2000).

Kontrolirana skrb se odnosi na institucionalno uređenje koje postavlja upravitelje i nadzornike zadužene za vođenje pacijenata kroz mrežu zdravstvene zaštite s ciljem upravljanja troškovima. Kroz glavarine kontrolirana skrb je plaćena po osobi, a ne po usluzi, što znači da organizacije kontrolirane skrbi ne postavljaju naknade za plaćanje za pojedine usluge. Pacijenti često moraju tražiti dopuštenje prije nego posjete specijalista ili prime postupak liječenja (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013).

U SAD-u također postoji i zdravstveno osiguranje koje se ostvaruje preko poslodavca (Rosen i Guyer, 2010). Ono se razvilo nakon Drugog svjetskog rata kada su poslodavci nudili zdravstvene pogodnosti da bi bili konkurentniji na tržištu rada, pošto takve pogodnosti nisu bile pod saveznom kontrolom (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013). Kod zdravstvenog osiguranja preko poslodavca poslodavci sponzoriraju planove zdravstvenog osiguranja, a ponekad, umjesto kupnje police osiguranja od vanjskog osiguravatelja, poslodavac i zaposlenik dogovaraju interni plan zdravstvenog osiguranja. Neka poduzeća u potpunosti pokrivaju zdravstveno osiguranje svojih zaposlenika i tako snose sav rizik, a neka samo djelomično, ograničavajući rizik kupovinom određenih pokrića osiguranja koja ih štite od pojave troškova iznad određenog maksimalnog iznosa. U svakom slučaju, poduzeće obično sklapa ugovor s trećom stranom koja upravlja programom zdravstvenog osiguranja (Ridic, Gleason i Ridic, 2012). Iako rastući troškovi zdravstvene zaštite otežavaju poslodavcima nuđenje zdravstvenog osiguranje, zdravstveno osiguranje vezano uz radno mjesto je još uvijek dominantan način na koji većina stanovnika SAD-a prima zdravstvenu zaštitu (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013). Ono također smanjuje vjerojatnost da će pojedinci napuštati svoja radna mjesta, pošto će tada napustiti i zdravstveno osiguranje (Rosen i Guyer, 2010). Zadnjih godina, mnogi poslodavci su se okrenuli paketima kontrolirane skrbi koji im omogućavaju bolju kontrolu troškova (Ridic, Gleason i Ridic, 2012).

Poslodavci koji nude zdravstveno osiguranje mogu postati članovi kooperative nabave zdravstvene zaštite. To su javne ili privatne organizacije koje osiguravaju pokriće zdravstvenog osiguranja za zaposlenike svih poslodavaca koji su članovi. Cilj im je učvrstiti nabavnu odgovornost da bi se postigla veća snaga u pregovorima sa zdravstvenim

osigurateljima, planovima i nabavljačima, u svrhu smanjenja administrativnih troškova kupnje, prodaje i organizacije polica osiguranja (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013).

Organizacije kontrolirane skrbi predstavljaju sustave koji integriraju financiranje i dostavu prikladnih usluga zdravstvene zaštite pojedincima. Postoje dva osnovna tipa takvih organizacija: Organizacije za održavanje zdravlja (HMOs) i Organizacije prioritetnog pružatelja (*Preferred Provider Organizations*, u daljnjem tekstu: PPOs) [Ridic, Gleason i Ridic, 2012]. HMOs kombiniraju financiranje i isporuku zdravstvene njege u jednu organizacijsku cjelinu, pružajući članovima zdravstvenu zaštitu u zamjenu za njihove unaprijed plaćene premije. U njima grupa liječnika radi samo za pojedinačni plan osiguranja i pacijenti mogu ići jedino liječnicima propisanim svojim planom (Rosen i Guyer, 2010). PPOs su treća strana u plaćanju i klijentima koji odaberu zdravstvenu zaštitu s trenutne liste liječnika i bolnica nude financijske pogodnosti poput niskih cijena (Ridic, Gleason i Ridic, 2012). U PPOs grupa liječnika prihvaća niže naknade u zamjenu za stabilan priljev pacijenata koji im jamči zajednička mreža. Članove se nižim troškovima motivira da idu liječnicima unutar mreže. Planovi mjesta usluge (*Point-of-service*, u daljnjem tekstu: POS) su slični PPO-ima po tome što daju poticaje za odlazak doktorima iz mreže. No, POS planovi upućuju članove i na liječnike opće prakse (Rosen i Guyer, 2010).

Računi zdravstvene štednje (*Health Savings Accounts*, u daljnjem tekstu: HSAs) predstavljaju štednju s poreznim olakšicama koja se kombinira s kvalificiranim HSA planom osiguranja (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013). Preko HSAs sustava pojedinac ili poslodavac u ime pojedinca kupuje policu osiguranja za slučaj teške bolesti. Zatim se otvori štedni račun iz kojega se kroz godinu otplaćuju nepokriveni iznosi osiguranja i participacija, a na njega novce može uplaćivati i poslodavac. Sav novac koji se stavi na HSAs račun, izuzet je od plaćanja poreza na dohodak. Novac s računa koji se nije potrošio na pokriće medicinskih troškova iz vlastitog džepa može se prebaciti u iduću godinu, a zarađena kamata također nije oporeziva. Nakon umirovljenja preostala sredstva na računu se mogu upotrijebiti za medicinske usluge ili za izdatke nevezane za zdravstvo, no tada se pri podizanju novca s računa plaća porez. HSAs čine napredak u smanjenju problema moralnog hazarda koji nastaje jer se za zdravstvene troškove pokrivenne osiguranjem pacijentima naplaćuje malo ili nimalo (Rosen i Guyer, 2010). Pojedince se kroz HSAs motivira da budu štedljivi i da ne koriste zdravstvene usluge ako za njih zaista nema potrebe.

3.2.4. Problemi i izazovi zdravstvenog sustava Sjedinjenih Američkih Država

U SAD-u velik broj građana nema zdravstveno osiguranje. U to su uključeni i pojedinci između poslova koji koriste zdravstveno osiguranje radnog mjesta, kao i pojedinci s visokim dohotkom i nerezidenti. No, značajan dio njih si jednostavno ne može priuštiti zdravstveno osiguranje, a tu je veći broj Afroamerikanaca i Hispanoamerikanaca, nego bijele populacije (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013). To ne znači da su ti pojedinci bez pristupa uslugama zdravstvene zaštite. Mnogi neosigurani ljudi primaju usluge zdravstvene zaštite kroz javne klinike i bolnice, državne ili lokalne zdravstvene programe ili privatne pružatelje koji financiraju zdravstvenu zaštitu kroz donacije i prebacivanje troškova na druge platioce. Ipak, nedostatak zdravstvenog osiguranja može uzrokovati neosiguranim kućanstvima financijske probleme i nesigurnost. (Ridic, Gleason i Ridic, 2012). Mnogo je onih koji će čekati do kasnih faza bolesti prije nego potraže liječniku pomoć jer u stvarnosti oni imaju pouzdan pristup samo hitnoj, a ne preventivnoj zdravstvenoj zaštiti. Takvo ponašanje vodi većim troškovima, pošto je skuplje liječiti kasnije faze bolesti, nego ranije (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013).

Iako se za zdravstvene usluge u SAD-u smatra da su visokokvalitetne, zdravstveni sustav ipak ima problema (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013). Neki, poput rastućih troškova i neosiguranih građana su već spomenuti. Također se javlja i otežan pristup i korištenje zdravstvene zaštite i to kao nusproizvod troškovnog pristupa zdravstvene industrije SAD-a. Naime, rastući troškovi su doveli do toga da pojedinci i njihove obitelji plaćaju veći udio troškova u obliku povećanih premija, viših zaloga i drugih plaćanja iz vlastitog džepa (Sadeghi et. al. 2012). Pošto države sve više pružaju Medicaid kroz programe kontrolirane skrbi, porast broja ljudi koje pokriva Medicaid kroz Zakon o pristupačnoj zaštiti (*Affordable Care Act*) vodi do neizvjesnosti oko toga hoće li države moći nastaviti financirati isti nivo zdravstvene zaštite (Irvine, Clarke i Bidgood, 2013).

3.3. Zdravstveni sustav Kube

3.3.1. Besplatna zdravstvena zaštita u Kubi

Kubansko gospodarstvo je socijalistički uređeno i država Kuba pridaje veliku važnost zdravstvenom sustavu. Prema Ustavu Kube, zdravstvena zaštita je pravo svakog građanina i odgovornost vlade (Xie, 2014). Kao neki od glavnih ciljeva kubanske socijalne politike se

navode pristup osnovnim prehrambenim potrebama i univerzalni i slobodan pristup zdravstvenim i obrazovnim uslugama. Kubanski zdravstveni sustav je besplatan i daje prednost preventivnoj medicini (Castell-Florit Serrate et. al., 2007). Zdravstvena zaštita u Kubi je nacionalizirani javni program. Sustav je kombinacija javnog zdravstva i medicine. Opća struktura i njene komponente su bazirane na principima Zakona o javnom zdravstvu iz 1983. godine, a odgovaraju Ustavu Kube:

- društvena medicina kao odgovornost vlade,
- besplatan univerzalan pristup,
- naglasak na prevenciji i sudjelovanju javnosti,
- inteligentno korištenje tehnoloških prednosti,
- ukupna integracija svih sustava i nivoa zaštite te
- medicinska kooperacija s drugim zemljama (Sanchez, 1999 u Hauge, 2007).

Politička volja, uvjerenje i stvarna želja da se zdravstvena zaštita uvede u praksu su dovele do toga da je zdravstvo u Kubi postalo visoko cijenjeno društveno dobro i jedna od vladinih glavnih odgovornosti, kao i jedno od temeljnih građanskih prava (Castell-Florit Serrate et. al., 2007).

3.3.2. Povijesni pregled zdravstvenog sustava Kube

Tijekom 1930-ih do 1950-ih u Kubi je bio raširen mutualizam, unaprijed plaćani zdravstveni plan kroz koji se pružala opsežna zdravstvena zaštita članovima društava koja su ga provodila. Krajem 1950-ih, uoči revolucije, Kuba je bila među prvima u Latinskoj Americi s obzirom na pokazatelje zdravstvene zaštite. No, klinike i kooperative koje su postojale unutar toga sustava su uglavnom bile locirane u velikim gradovima i postojale su značajne razlike između urbanog i ruralnog sektora. Kubanska vlada je s vremenom uspješno smanjila te razlike. Revolucija je imala pozitivne učinke na zdravstvenu zaštitu i smanjene su mnoge razlike između regija, posebno što se tiče pitke vode i sanitacije (Sixto, 2002). Kroz 1960-e glavne značajke pristupa zdravstvu su bile povećanje pokrivenosti, pristupa i društvene participacije. Stvoreni su zdravstveni odbori koji su predstavljali tijela zajednice i međusektorska tijela. Najveći je naglasak bio na preventivno-kurativnoj aktivnosti usmjerenoj prema pojedincima, obiteljima i zajednici. Povećan je broj zdravstveno osposobljenih djelatnika koji su razaslani diljem zemlje, uključujući udaljena i zanemarena područja, naročito ruralna područja (Castell-Florit Serrate et. al., 2007). Također su snižene cijene lijekova, nacionalizirane farmaceutske kompanije, privatne bolnice i zajedničke kooperative

te je proširena mreža zdravstvenih institucija. Te mjere su prouzrokovale egzodus oko dvije trećine svih stručnih zdravstvenih djelatnika (Sixto, 2002). S dolaskom poliklinika 1964. godine, uvedeni su koncepti koji se odnose na opsežnu preventivno-kurativnu medicinu, a to je popraćeno podjelom populacije u zdravstvena područja da bi se uveli osnovni programi i zdravstveni model zajednice, sa stvaranjem obrazovnih poliklinika. Njihov razvoj je doveo do današnjeg modela obiteljskih liječnika i bolničara, pristupa i jednakosti u zdravstvenom sustavu (Castell-Florit Serrate et. al., 2007). U 1970-im godinama, mnoge prijašnje politike su pojačane, a nove uvedene, kao što su uspostava poliklinika (pružatelja primarne zdravstvene zaštite) i stvaranje Zajedničkog zdravstvenog programa (Sixto, 2002). 1970-e i 1980-e godine obilježene su novim rastom u kvaliteti, prvo sa sveobuhvatnim klinikama i klinikama zajednice, a potom i s uvođenjem programa obiteljske medicine (Castell-Florit Serrate et. al., 2007). Program obiteljskog liječnika je započet 1984. godine, a cilj mu je bio smjestiti liječnika i tim bolničara u svaku četvrt (Sixto, 2002). Godine 1991. kada je došlo do raspada Sovjetskog Saveza, Kuba je pogođena ekonomskom krizom koja je imala negativan utjecaj na uvoz zdravstvene opreme, rezervnih dijelova i lijekova. Nedostatak opskrbe skupa s pogoršanjem osnovne infrastrukture (pitka voda i sanitacija) je doveo do prepreka pružanju zdravstvene zaštite. Jačanje embarga SAD-a u drugoj polovici 1990-ih godina je dodatno pridonijelo tim problemima. Kao odgovor na to, vlada je uvela mnoge mjere štednje skupa s upotrebom razne organske hrane i programima biljne medicine (Sixto, 2002). Kuba se u pogledu zdravstvenog sustava razlikovala od drugih socijalističkih zemalja jer se kubanska vlada orijentirala prvenstveno na pružanje zdravstvene zaštite ruralnom, a ne urbanom industrijskom sektoru (Sixto, 2002). Zadnje godine su obilježene s naglim procesom jačanja međusektorske aktivnosti, uvođenjem velikog broja tehnoloških elemenata i stvaranjem kulture širokog prihvaćanja novih prednosti i mogućnosti (Castell-Florit Serrate et. al., 2007).

3.3.3. Organizacija zdravstvenog sustava Kube

Nivoi organizacije kubanskog zdravstvenog sustava odgovaraju nivoima državne organizacije. Svaka razina financira i upravlja inicijativama ovisno o procjenama potreba zajednice, konstitutivnim interesima i zdravstvenim pokazateljima (Hauge, 2007). Prema tome, kubanski zdravstveni sustav se sastoji od tri nivoa koja odgovaraju političkoj i administrativnoj podjeli. Prvi (nacionalni) nivo predstavlja Ministarstvo javnog zdravlja (u daljnjem tekstu: MINSAP) koje je vodeća organizacija s metodološkim, regulatornim, koordinacijskim i kontrolnim funkcijama (Castell-Florit Serrate et. al., 2007). Ono je

Zakonom o javnom zdravstvu iz 1980-ih određeno kao agencija za upravljanje nacionalnim zdravstvenim sustavom. Ustanove koje se nalaze na tom nivou su sveučilišni centri, medicinski istraživački centri i medicinsko-farmaceutska i distribucijska industrija (Sixto, 2002). Druga dva nivoa su predstavljena provincijskim i općinskim zdravstvenim upravama koje obuhvaćaju zdravstvene institucije u njihovim sferama nadležnosti i koje se, kao i centralna razina, administrativno podređene vladinim strukturama na različitim organizacijskim nivoima (Castell-Florit Serrate et. al., 2007). Na drugom nivou se tako nalaze provincijske uprave pod koje spadaju provincijski javni zdravstveni uredi koji su pod direktnom financijskom i administracijskom kontrolom provincijskih odbora. Zdravstvene ustanove na toj razini su provincijske i među-općinske bolnice, banke krvi, provincijski zdravstveni i epidemiološki centri te centri za obuku zdravstvenih djelatnika. Treći i najniži nivo je onaj općinski. Općinski javni zdravstveni uredi nadziru poliklinike, seoske, lokalne i općinske bolnice, klinike za oralnu njegu, institucije socijalne skrbi starih, mentalno bolesnih i invalidnih osoba i druge ustanove (Sixto, 2002).

Kubanski zdravstveni model je prošao kroz tri faze koje su se razvile tijekom vremena: 1. oblik baziran na bolesti, 2. oblik baziran na riziku i 3. oblik baziran na obitelji i potpunoj pokrivenosti zdravstvenom zaštitom (Castell-Florit Serrate et. al., 2007).

Danas se zdravstvena zaštita u Kubi pruža na tri nivoa: primarni, sekundarni i tercijarni (Hauge, 2007), a njima odgovaraju tri tipa institucija zdravstvene zaštite kroz koje građani mogu dobiti medicinski tretman. Građani se prvo mogu obratiti jedinicama obiteljskog liječnika koje se nalaze u njihovoj četvrti da bi primili primarnu dijagnozu i hitne tretmane. Zatim, ako postoji potreba, pacijenti upućuje ih se u polikliniku u svojoj okolini gdje mogu obaviti daljnje pretrage i dobiti dijagnoze. Ako je situacija previše ozbiljna ili komplicirana za poliklinike, pacijenti se šalje u bolnicu (Xie, 2014). Naročito je važna uloga poliklinika koja je potvrđena u planiranju, organiziranju, menadžmentu i kontroli rada na nivou primarne zaštite (Castell-Florit Serrate et. al., 2007).

Dakle, primarna razina zdravstvene zaštite osigurava promociju i zaštitu zdravlja skupa s rješavanjem manjih zdravstvenih problema. Ona se provodi u klinikama, poliklinikama te domovima pacijenata (Hauge, 2007). Na toj razini se nalaze obiteljski liječnici koje angažiraju poliklinike. Oni pružaju primarnu razinu zdravstvene zaštite, a osim toga daju i zdravstvene savjete te se na taj način smanjuje vjerojatnost da poliklinike budu preopterećene

s brojem pacijenata (Xie, 2014). Na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite provodi se hospitalizacija (Hauge, 2007). Ustanove koje se nalaze na toj razini su poliklinike i njihova je uloga da zajednici pruže bolji pristup javnoj zdravstvenoj zaštiti. One djeluju poput organizatora usluga zdravstvene zaštite zajednice. Svaka poliklinika je poput male medicinske škole u kojoj su liječnici učitelji (Xie, 2014). Tercijarna razina zdravstvene zaštite je određena za liječenje pacijenata u situacijama kada se jave ozbiljne komplikacije u bolesti te se provodi u specijalnim bolnicama i institutima diljem zemlje (Hauge, 2007). U njih se pacijenti šalju u slučaju kada je liječenje previše komplicirano i ozbiljno pa ga poliklinike ne mogu provesti. Postoji ograničen broj bolnica u svakoj provinciji, pošto se očekuje da se većina zdravstvenih usluga obavi na prvoj i drugoj razini zdravstvene zaštite. Nakon boravka u bolnicama, pacijente se vraća natrag na niže razine pružanja zdravstvene zaštite (Xie, 2014).

U kubanskom zdravstvenom sustavu postoji jako međusektorsko djelovanje, a ono je izraženo kroz dvije dimenzije; jednu baziranu na povezanosti obiteljskog liječnika sa sektorima koji se odnose na zdravstvene odrednice populacije za koju je liječnik odgovoran; druga se odnosi na bilateralne odnose koje liječnik uspostavlja sa školama i radnim mjestima gdje se nudi preventivna i kurativna zdravstvena zaštita (Castell-Florit Serrate et. al., 2007).

3.3.4. Problemi i izazovi zdravstvenog sustava Kube

Nakon što je 1959. godine u Kubi revolucijom zbačena Batistina vlada, uveden je socijalistički režim. Politički odgovor SAD-a je došao u obliku embarga koji je uveden 1961. godine i kojim je u velikoj mjeri spriječena daljnja trgovina, razmjena hrane, lijekova i medicinskog materijala između Kube i SAD-a. Otežana mogućnost uvoza lijekova je dovela do toga da Kuba sama proizvodi gotovo sve svoje lijekove i cjepiva, uz kontinuirano nastojanje da se poveća broj dostupnih lijekova (Hauge, 2007).

U kubanskom zdravstvenom sustavu vlada jasno razlikuje preventivnu i kurativnu zdravstvenu zaštitu. Tako se preventivna zdravstvena zaštita fokusira na uklanjanje faktora koji vode do bolesti, intervenciju u zajednici te pojedinačna savjetovanja u ranim fazama bolesti, dok se kurativne mjere usmjeravaju na one faktore koji se teže mogu promijeniti ili koji su već postali ozbiljni (Xie, 2014). Kao ključna komponenta uspješnog javnog zdravstvenog plana se vidi naglasak na uvjetima života i sanitaciji (Hauge, 2007). Uzevši u obzir tešku gospodarsku situaciju u Kubi (dijelom izazvanu embargom SAD-a), nije neobično

što Kuba stavlja naglasak na primarnu zdravstvenu zaštitu i prevenciju. Naime, prema ekonomici zdravstva preventivna zdravstvena zaštita isplativija nego kurativna. Važnost koja se pridaje dijagnozi i tretmanu na prvoj razini, dakle prevenciji bolesti, je dovela do toga da kubanski zdravstveni sustav ima iznenađujuće niske troškove. Zbog zahtijeva za visokim sudjelovanjem zajednice, preventivna zdravstvena zaštita je radno, a ne kapitalno i tehnološki intenzivna pa je za radno intenzivnu zemlju poput Kube, preventivna zdravstvena zaštita troškovno učinkovitija nego kurativna. Još jedan razlog zašto je preventivna zdravstvena zaštita isplativija je što dio preventivnih aktivnosti provodi sama zajednica, a to pomaže smanjiti potražnju za zdravstvenim djelatnicima. U Kubi, zajednice su uključene u dijagnozu svojih zdravstvenih problema i identifikaciju zdravstvenih prioriteta (Xie, 2014).

Kuba je od vremena revolucije ostvarila mnogo na području zdravstvene zaštite: pristup zdravstvenoj zaštiti je proširen na gotovo sto posto, poboljšani su zdravstveni indikatori, osposobljen je velik broj zdravstvenih djelatnika, smanjene su urbano-ruralne razlike i iskorijenjene su mnoge bolesti (Sixto, 2002). Ipak, kubanski zdravstveni sustav se suočava i s nekim problemima. Naime, postoji veliki nedostatak lijekova, a povezano s tim i nejednakost među društvenim grupama s raznim nivoima dohotka. Iako je zdravstvena zaštita potpuno besplatna, lijekovi nisu besplatni, a ni dostupni svim kubanskim građanima. Nejednakost u pristupu lijekovima je možda i rezultat kubanske dualne ekonomije i valutnog sustava. Lijekovi i oprema su dostupni, ali samo ako se plate u američkim dolarima (USD) koje siromašni i srednja klasa vjerojatno neće imati, pošto nemaju prihode u stranoj valuti. S druge strane, ljekarne koje prihvataju kubanske pesose (CUC) i lokalne državne bolnice često nemaju dovoljne zalihe lijekova i opreme. Od lijekova što ih Kuba proizvodi, malo njih ostaje u zemlji jer se izvoze u zamjenu za financijska sredstva koja kubanska vlada koristi za razvoj drugih područja osim zdravstvene zaštite (Xie, 2014).

Prema Sixto (2002) problemi s kojima se suočava kubanski zdravstveni sustav se mogu sažeti na sljedeće:

- visoki i rastući troškovi u odnosu na BDP,
- neučinkovita raspodjela resursa,
- višak i niske stope popunjenosti bolničkih kreveta,
- višak liječnika i ekstremno niske plaće,
- pogoršanje osnovne infrastrukture,
- oskudnost lijekova i drugih medicinskih inputa, kao i opreme i rezervnih dijelova,

- preostale urbano-ruralne i provincijske razlike.

Rješavanju problema nejednakosti u zdravstvu kubanska vlada posvećuje veliku pažnju. Najveći izazov za kubanski zdravstveni sustav predstavljaju ekonomske poteškoće koje su snažno povezane s embargom SAD-a, pošto iz njih proizlaze mnogi postojeći problemi kubanskog zdravstvenog sustava. No, unatoč problemima, u Kubi su ljudi vrlo zadovoljni s besplatnom zdravstvenom zaštitom koju osigurava vlada (Xie, 2014).

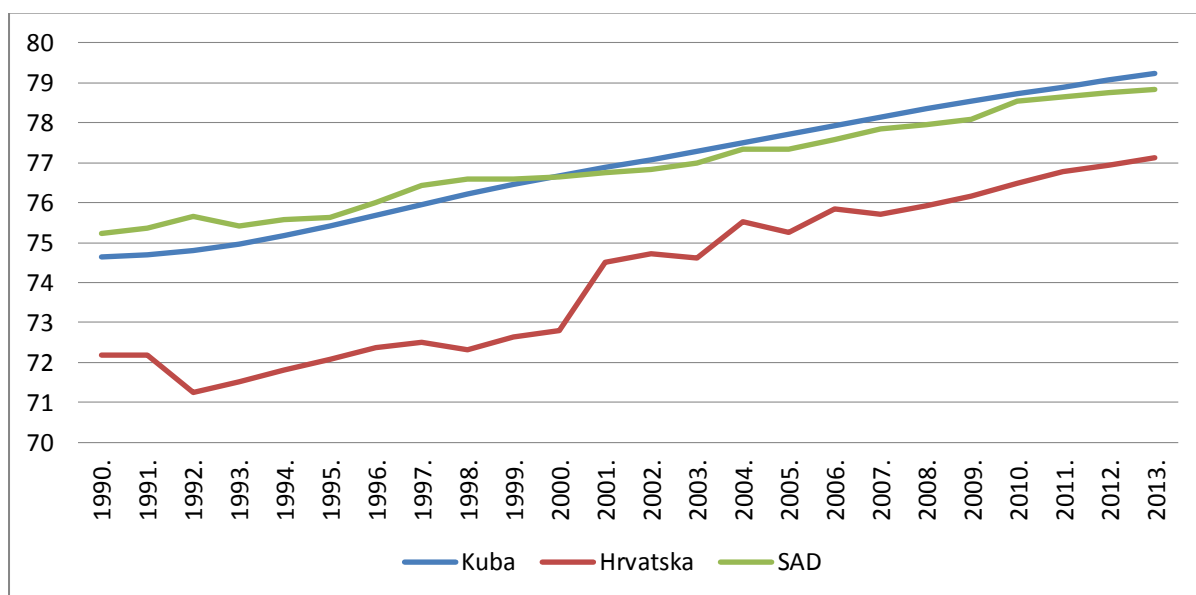
4. USPOREDBA STATISTIČKIH POKAZATELJA HRVATSKE, SJEDINJENIH AMERIČKIH DRŽAVA I KUBE VEZANIH ZA ZDRAVSTVENI SUSTAV

4.1. Demografski pokazatelji

Neki od ključnih demografskih pokazatelja slike zdravstvenog stanja i sustava u nekoj državi su očekivana životna dob pri rođenju, stopa mortaliteta dojenčadi i stopa neonatalnog mortaliteta. Na Grafikonu 1 se vidi kretanje očekivane životne dobi za Kubu, Hrvatsku i SAD u razdoblju od 1990. do 2013. godine. Početkom razdoblja SAD je imao najveći očekivani životni vijek za novorođenčad i to preko 75 godina, a slijedila ga je Kuba s nešto manje od 75 godina. Hrvatska je imala najniži očekivani vijek koji je iznosio nešto više od 72 godine. U prvoj polovici 1990-ih dolazi do raspada Sovjetskog Saveza, što snažno pogađa kubansko gospodarstvo i zdravstveni sustav. Na području Hrvatske u tom vremenu se vodio rat te stoga ne čudi što je došlo do naglog pada očekivane životne dobi pri rođenju. Tijekom razdoblja Kuba je prestigla SAD, a na kraju razdoblja 2013. godine sve tri zemlje su imale veću očekivanu životnu dob u odnosu na onu na početku razdoblja, s tim da je najveći rast ostvarila Hrvatska, premda i dalje na posljednjem mjestu. Kuba je imala najvišu očekivanu životnu dob pri rođenju i iznosila je preko 79 godina, dok je za SAD iznosila nešto malo manje od 79 godina.

Grafikon 1

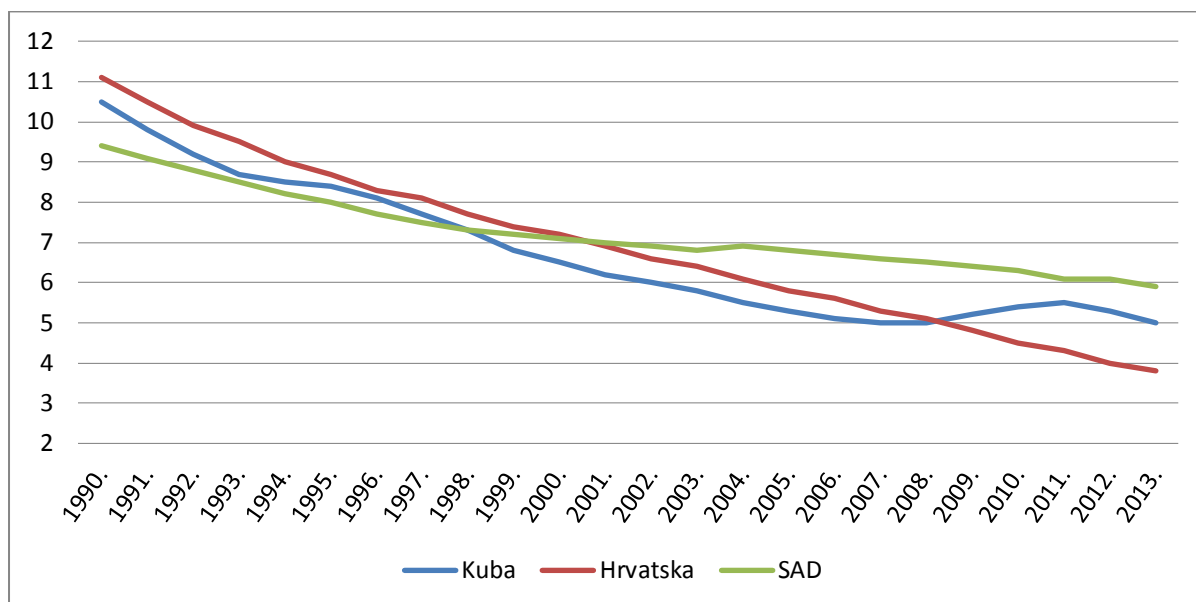
Očekivana životna dob pri rođenju u razdoblju 1990.-2013. godine



Izvor: The World Bank (2015)

Grafikon 2

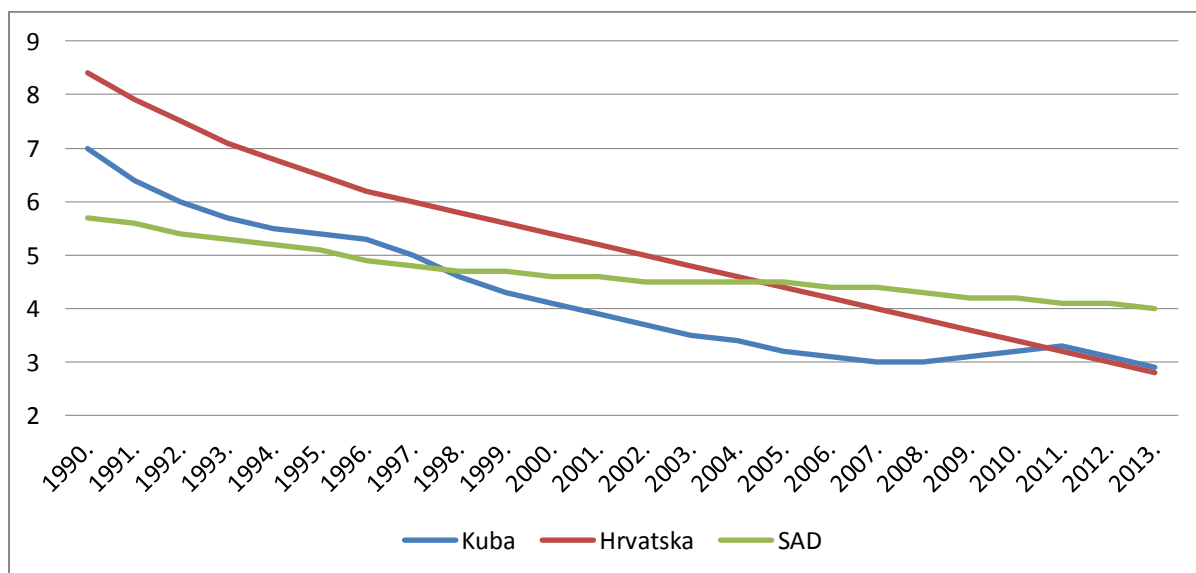
Stopa mortaliteta dojenčadi u razdoblju 1990.-2013. godine (na 1000 živorođenih)



Izvor: The World Bank (2015)

Grafikon 3

Stopa neonatalnog mortaliteta u razdoblju 1990.-2013. godine (na 1000 živorođenih)



Izvor: The World Bank (2015)

Grafikon 2 pokazuje stopu mortaliteta dojenčadi na 1000 živorođenih u razdoblju 1990.-2013. godine. Na početku razdoblja 1990. godine, najvišu stopu mortaliteta dojenčadi je imala Hrvatska od preko 11 %, a slijedila ju je Kuba s 10,5 % i SAD s 9,4 %. Tijekom razdoblja stopa mortaliteta dojenčadi je najbrže padala u Hrvatskoj pa je tako Hrvatska na kraju

razdoblja 2013. godine imala stopu mortaliteta dojenčadi od 3,8 ‰, slijedila ju je Kuba s 5 ‰, dok je za SAD stopa mortaliteta dojenčadi iznosila 5,9 ‰. Sve tri zemlje su značajno snizile mortalitet dojenčadi u odnosu na početak razdoblja. Na Grafikonu 3 su prikazane stope neonatalnog mortaliteta. Neonatalni mortalitet se odnosi na mortalitet živorođene djece do 28 dana starosti. Početkom razdoblja 1990. godine, Hrvatska je s 8,4 ‰ imala najvišu stopu neonatalnog mortaliteta, Kuba je bila u sredini sa 7 ‰, a SAD na najnižoj razini s 5,7 ‰. Kroz razdoblje do 2013. godine svaka zemlja je snizila stopu neonatalnog mortaliteta pa je tako SAD imao najvišu stopu i to od 4 ‰, dok su Kuba i Hrvatska imale podjednake stope; Kuba 2,9 ‰; a Hrvatska 2,8 ‰.

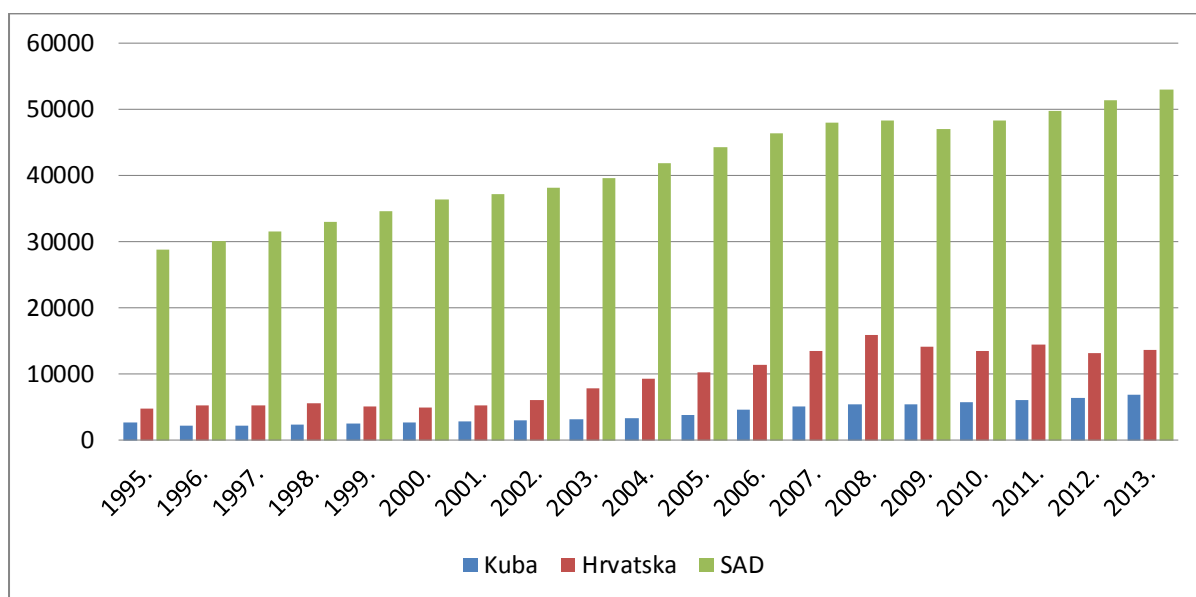
Na temelju prikazanih demografskih pokazatelja može se uvidjeti da je Hrvatska od 1990. do 2013. godine ostvarila najveće pomake u smjeru smanjenja mortaliteta djece u najranijoj dobi i povećanju njihovog očekivanog životnog vijeka, što je išlo paralelno s promjenom i reformama zdravstvenog sustava. Najmanje pomake je ostvario SAD koji je na početku uzetog razdoblja imao najbolje pokazatelje, dok je Kuba na kraju razdoblja najbolje stajala. To bi moglo ukazivati na to da je Kuba, kao i Hrvatska, ostvarila više pozitivnih promjena u zdravstvenom sustavu i pružanju zdravstvene zaštite od SAD-a koji, iako pokazuje pozitivne pomake, nije imao tako brz i značajan napredak.

4.2. Ekonomski i financijski pokazatelji

Među najvažnijim makroekonomskim pokazateljima je svakako bruto domaći proizvod (u daljnjem tekstu: BDP), a njime se mjeri gospodarska aktivnost neke zemlje, odnosno koliko je u nekoj zemlji proizvedeno ukupnih dobara i usluga u jednoj godini. Kada se promatra financiranje zdravstvenog sustava, postoji nekoliko bitnih pokazatelja, a neki od njih su pokazatelji o izdacima za zdravstvo (javnim i privatnim). Na Grafikonu 4 je prikazan nominalni BDP po stanovniku u USD za razdoblje od 1995. do 2013. godine. Na početku razdoblja se mogu opaziti velike razlike između Kube, Hrvatske i SAD-a. Naime, nominalni BDP po stanovniku za Kubu je 1995. godine iznosio 2783 USD, Hrvatsku 4795 USD, a SAD čak 28782 USD. Kroz razdoblje se nominalni BDP po stanovniku povećao za sve tri zemlje pa je na kraju razdoblja 2013. godine SAD i dalje imao vodeću poziciju s 52980 USD, slijedila ga je Hrvatska s 13598 USD, dok je Kuba bila na posljednjem mjestu s 6848 USD. Jasno je da je od sve tri zemlje SAD gospodarski daleko razvijeniji i od Hrvatske i od Kube koja je najsiromašnija. Hrvatska se nalazi negdje između ove dvije zemlje.

Grafikon 4

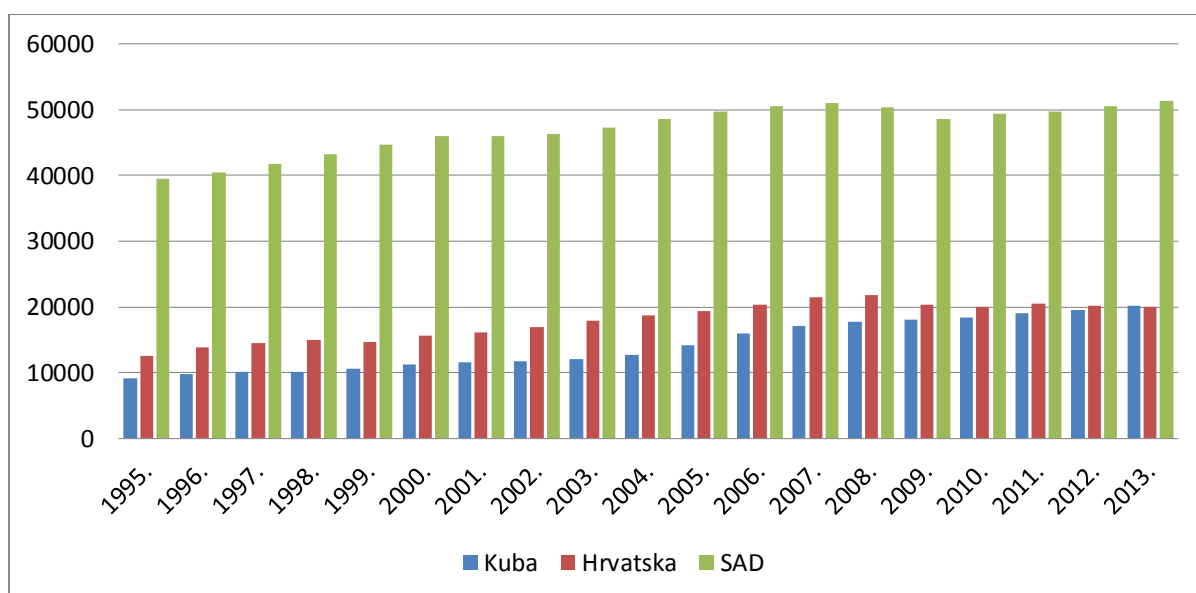
Nominalni BDP po stanovniku u razdoblju 1995.-2013. godine (u USD)



Izvor: The World Bank (2015)

Grafikon 5

BDP prema paritetu kupovne moći (PPP) po stanovniku za period 1995.-2013. godine (u USD iz 2011. godine)



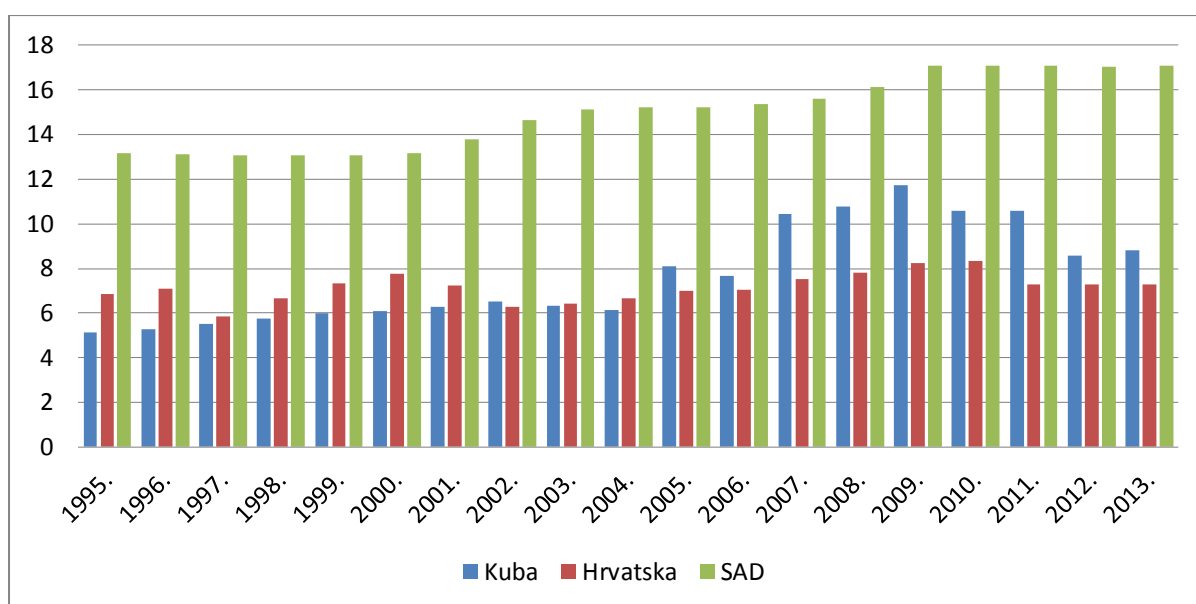
Izvor: The World Bank (2015)

BDP prema paritetu kupovne moći (*Purchasing power parity*, u daljnjem tekstu: PPP) pokazuje realniju sliku od nominalnog BDP-a pošto se kroz PPP korigiraju razlike u cijenama i tečajevima između pojedinih zemalja. Na Grafikonu 5 je prikazan BDP prema PPP po

stanovniku u periodu od 1995. do 2013. godine, izražen u USD iz 2011. godine. Kao i kod nominalnog BDP-a, SAD pokazuje ekonomsko vodstvo, no razlike između SAD-a, Hrvatske i Kube su ipak nešto manje nego kod nominalnog BDP-a. Krajem razdoblja 2013. godine Hrvatska i Kuba su podjednako stajale, dok je iznos BDP-a prema PPP-u za SAD bio više nego duplo veći od Hrvatske i Kube. Kod pregleda sljedećih pokazatelja vezanih za financiranje zdravstvenog sustava treba imati na umu gospodarsku snagu pojedine države, pošta ona određuju u kojoj mjeri neka zemlja može podnijeti zdravstvene troškove.

Grafikon 6

Ukupni izdaci za zdravstvo kao postotak BDP-a za period 1995.-2013. godine



Izvor: The World Bank (2015)

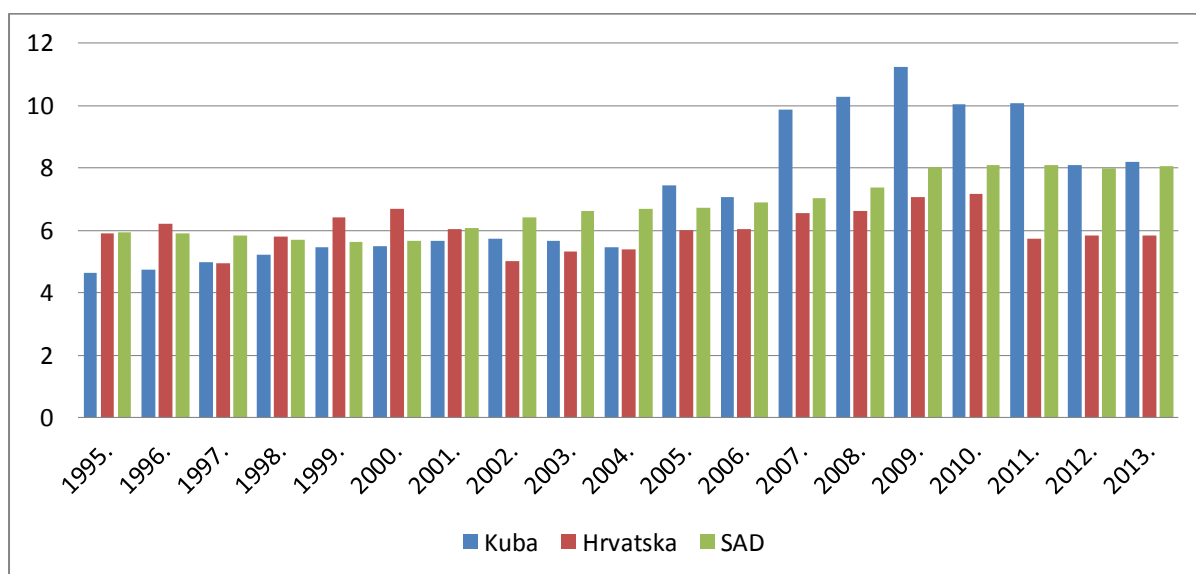
Grafikon 6 prikazuje ukupne izdatke za zdravstvo Kube, Hrvatske i SAD-a kao postotak BDP-a u periodu od 1995. do 2013. godine. Na početku perioda 1995. godine udio izdataka za zdravstvo u BDP-u je bio najmanji za Kubu i iznosio je 5,2 %. Za Hrvatsku je bio nešto veći te je iznosio 6,9 %, dok je SAD imao najveće izdatke za zdravstvo i to 13,2 % BDP-a. Krajem perioda 2013. godine Kuba je prestigla Hrvatsku u odnosu na početak perioda te su joj izdaci za zdravstvo iznosili 8,8 % BDP-a. Za Hrvatsku su iznosili 7,3 % BDP-a, a najviši su bili za SAD i to čak 17,1 % BDP-a.

Izdaci za zdravstvo se sastoje od javnih i privatnih izdataka. Na Grafikonu 7 su prikazani javni izdaci za zdravstvo kao postotak BDP-a u razdoblju od 1995. do 2013. godine. Početkom razdoblja 1995. godine najniže javne izdatke za zdravstvo je imala Kuba i iznosili

su 4,7 % BDP-a. Hrvatska i SAD su bile podjednake pa su tako javni izdaci za zdravstvo i za Hrvatsku i za SAD iznosili skoro 6 % BDP-a. Na kraju razdoblja 2013. godine javni izdaci za zdravstvo su se u odnosu na početak razdoblja povećali za Kubu i SAD, dok su za Hrvatsku bili podjednaki pa su tako za Kubu iznosili 8,2 % BDP-a, za SAD 8,1 % BDP-a, a za Hrvatsku 5,8 % BDP-a.

Grafikon 7

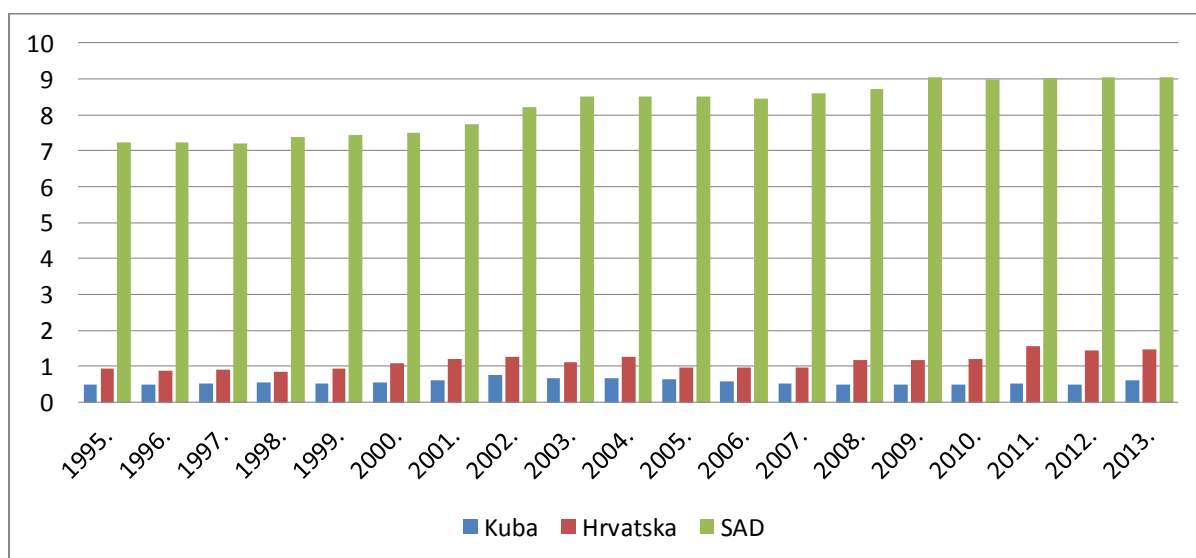
Javni izdaci za zdravstvo kao postotak BDP-a u razdoblju 1995.-2013. godine (u %)



Izvor: The World Bank (2015)

Grafikon 8

Privatni izdaci za zdravstvo kao postotak BDP-a za period 1995.-2013. godine (u %)

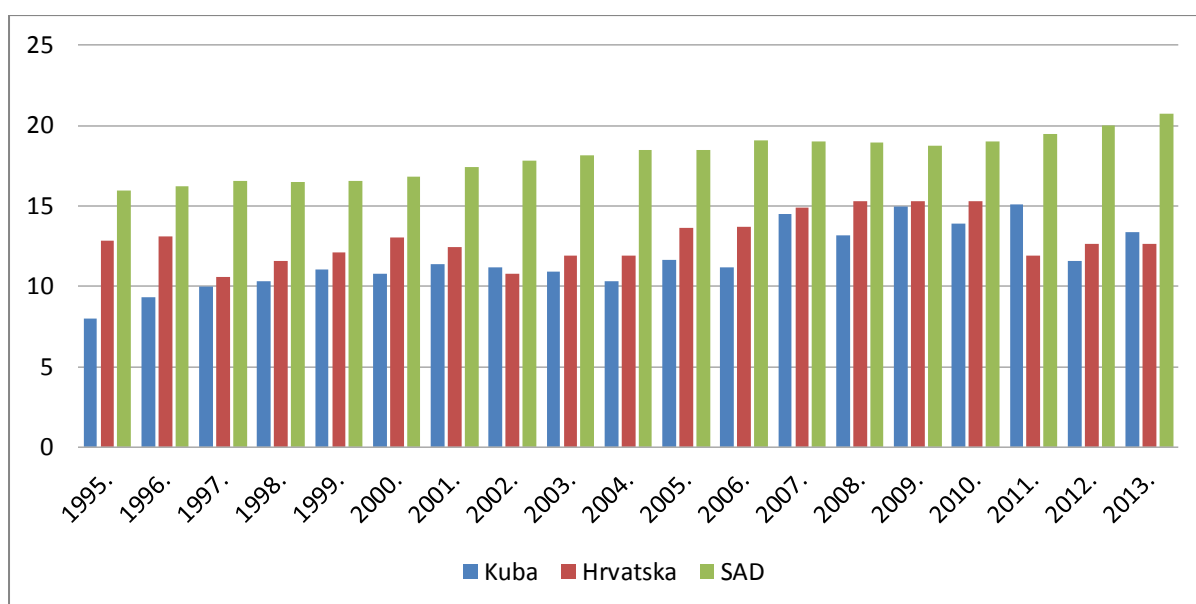


Izvor: The World Bank (2015)

Privatni izdaci za zdravstvo kao udio u BDP-u u razdoblju od 1995. do 2013. godine su prikazani na Grafikonu 8. Početkom razdoblja 1995. godine najniži su bili u Kubi gdje su iznosili samo 0,5 % BDP-a. Za Hrvatsku su iste godine iznosili 0,9 % BDP-a, dok su za SAD bili najviši te su iznosili 7,2 % BDP-a. Krajem razdoblja 2013. godine SAD je i dalje imao najviše privatne izdatke za zdravstvo i to u iznosu od 9,1 % BDP-a. Za Hrvatsku su iznosili 1,5 % BDP-a, dok su za Kubu još uvijek bili na najnižoj razini od 0,6 % BDP-a.

Grafikon 9

Javni izdaci za zdravstvo kao postotak državne potrošnje u razdoblju 1995.-2013. godine (u %)



Izvor: The World Bank (2015)

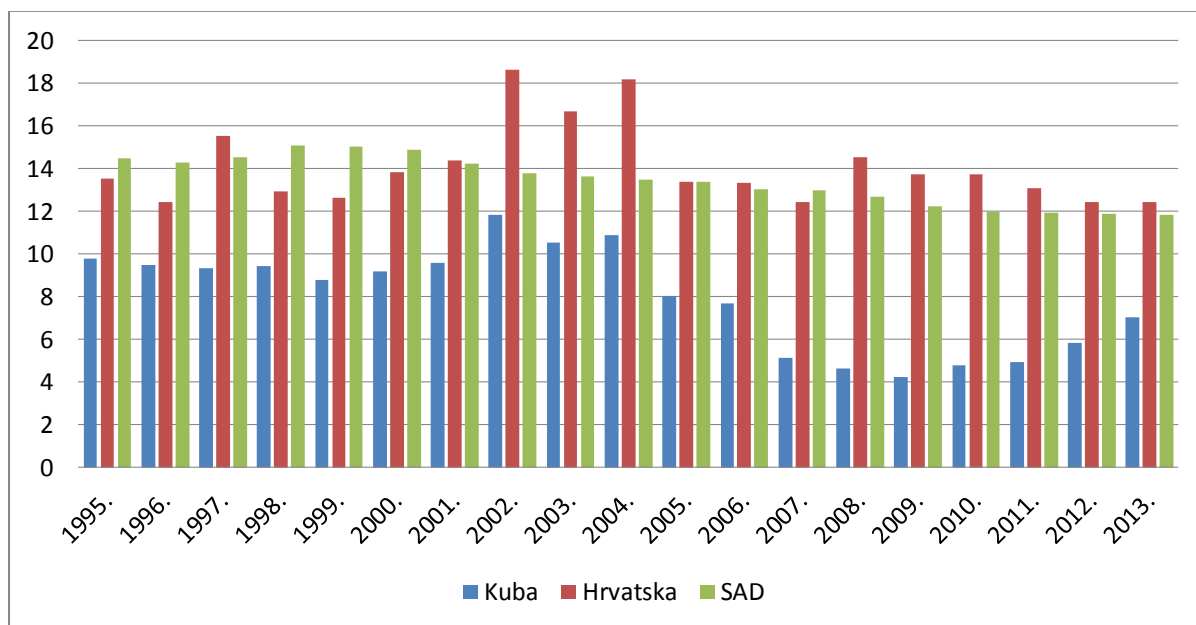
Na Grafikonu 9 su prikazani javni izdaci za zdravstvo kao postotak državne potrošnje u razdoblju od 1995. do 2013. godine. Početkom razdoblja najmanje državne potrošnje je odlazilo na zdravstvo u Kubi čineći 8 % državne potrošnje. U Hrvatskoj su izdaci za zdravstvo činili 12,8 %, a u SAD-u 16 % državne potrošnje. Krajem razdoblja 2013. godine u Hrvatskoj su izdaci za zdravstvo činili 12,7 % državne potrošnje, što je podjednako kao i na početku razdoblja. Za Kubu i SAD su se povećali pa su tako u Kubi činili 13,4 %, a u SAD-u 20,7 % državne potrošnje.

Plaćanja za zdravstvo iz vlastitog džepa pokazuju koliko pojedinci sami plaćaju za zdravstvene usluge. Ona su prikazana na Grafikonu 10 i to kao postotak ukupnih izdataka za zdravstvo u periodu od 1995. do 2013. godine. Na početku perioda 1995. godine plaćanja iz

vlastitog džepa su činila najmanji dio ukupnih izdataka za zdravstvo u Kubi u iznosu od 9,8 %. U Hrvatskoj su plaćanja iz vlastitog džepa činila 13,5 %, a u SAD-u 14,5 % ukupnih izdataka za zdravstvo. Na kraju perioda 2013. godine ona su se u odnosu na početak perioda smanjila za sve tri zemlje pa su tako u Kubi plaćanja iz vlastitog džepa činila 7,1 %, u Hrvatskoj 12,5 %, a u SAD-u 11,8 % ukupnih izdataka za zdravstvo.

Grafikon 10

Plaćanja iz vlastitog džepa kao postotak ukupnih izdataka za zdravstvo za period 1995.-2013. godine (u %)



Izvor: The World Bank (2015)

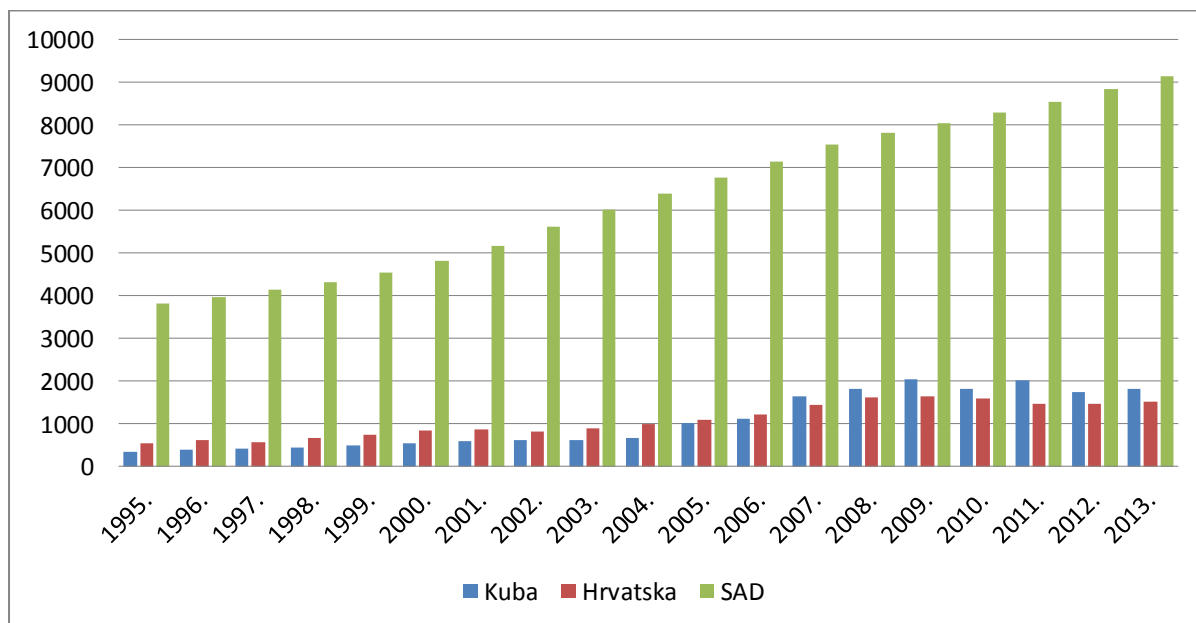
Grafikon 11 prikazuje izdatke za zdravstvo po stanovniku prema PPP-u u USD iz 2011. godine za razdoblje od 1995. do 2013. godine. Oni su tijekom cijelog razdoblja bili najviši za SAD. Početkom razdoblja 1995. godine su bili najniži za Kubu te su iznosili 339 USD. Za Hrvatsku su iznosili 548 USD, a za SAD 3810 USD. Tijekom vremena oni su se povećavali za sve tri zemlje pa su krajem razdoblja 2013. godine za Kubu iznosili 1828 USD, za Hrvatsku 1517 USD, a za SAD 9146 USD.

Ukratko, iz danih prikaza se može vidjeti da najviše izdatke za zdravstvo ima SAD koji je ujedno i gospodarski najrazvijenija zemlja, ne samo u odnosu na Hrvatsku i Kubu, već i na svijet. Hrvatska uglavnom ima nešto više izdatke za zdravstvo od Kube, iako prema nekim pokazateljima Kuba na zdravstvo troši više nego Hrvatska, no tu se radi o javnim izdacima,

pošto se zdravstvena zaštita u Kubi primarno financira iz javnih sredstava. U slučaju privatnih izdataka, Hrvatska troši na zdravstvo više od Kube, pogotovo kada se radi o plaćanjima iz vlastitog džepa koja u Hrvatskoj, kao i u SAD-u, čine znatan dio izdataka za zdravstvo.

Grafikon 11

Izdaci za zdravstvo po stanovniku prema paritetu kupovne moći (PPP) u razdoblju 1995.-2013. godine (u USD iz 2011. godine)



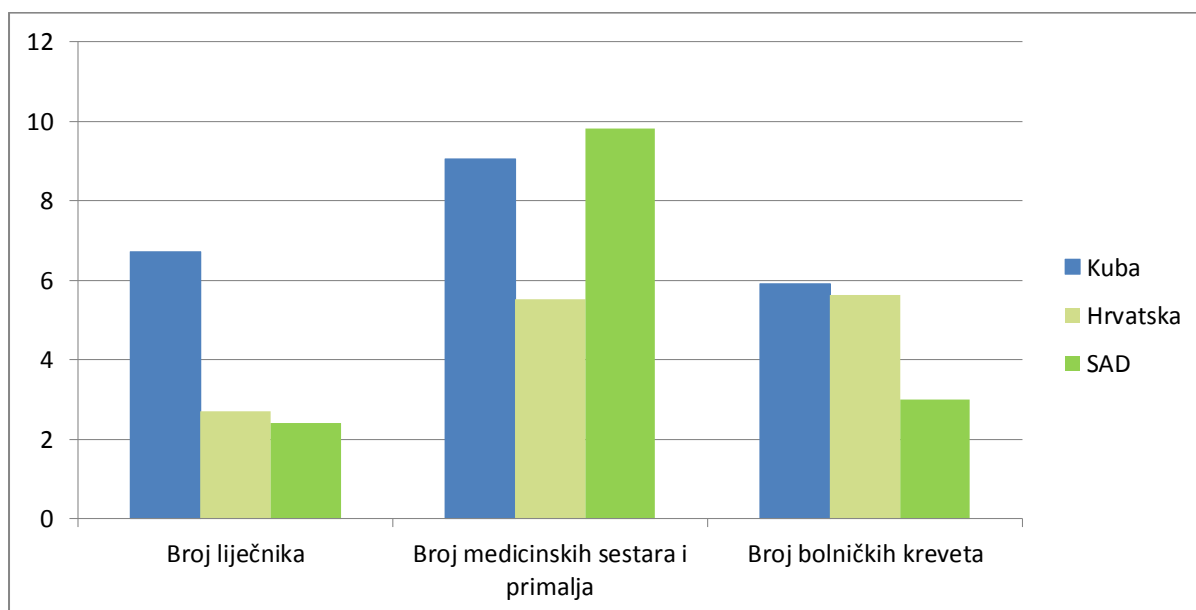
Izvor: The World Bank (2015)

4.3. Pokazatelji zdravstvenih kapaciteta i zdravlja

Neki od pokazatelja zdravstvenih kapaciteta su broj liječnika, medicinskih sestara, bolničkih kreveta, bolnica i drugih zdravstvenih ustanova, zdravstvenih osiguranika itd. Oni ukazuju na prilike koje pojedinci imaju pri liječenju i korištenju zdravstvene zaštite. Pokazatelji zdravlja mogu pokazivati vrste bolesti, zdravstvene navike, brigu o zdravlju itd. koji su prisutni u nekoj populaciji. Grafikon 12 prikazuje broj liječnika, medicinskih sestara i primalja te bolničkih kreveta na 1000 stanovnika u 2010. godini. Najviše liječnika je bilo u Kubi, koja je imala 6,7 liječnika na 1000 stanovnika. Hrvatska je na 1000 stanovnika imala 2,7 liječnika, dok ih je SAD imao 2,4. Broj medicinskih sestara i primalja je bio najviši u SAD-u te je na 1000 stanovnika iznosio 9,8. U Hrvatskoj je iznosio 5,5 medicinskih sestara i primalja na 1000 stanovnika, a u Kubi 9,1. Najveći broj bolničkih kreveta imala je Kuba i to 5,9 kreveta na 1000 stanovnika. Slijedila ju je Hrvatska s 5,6 kreveta, a potom i SAD s 3 kreveta.

Grafikon 12

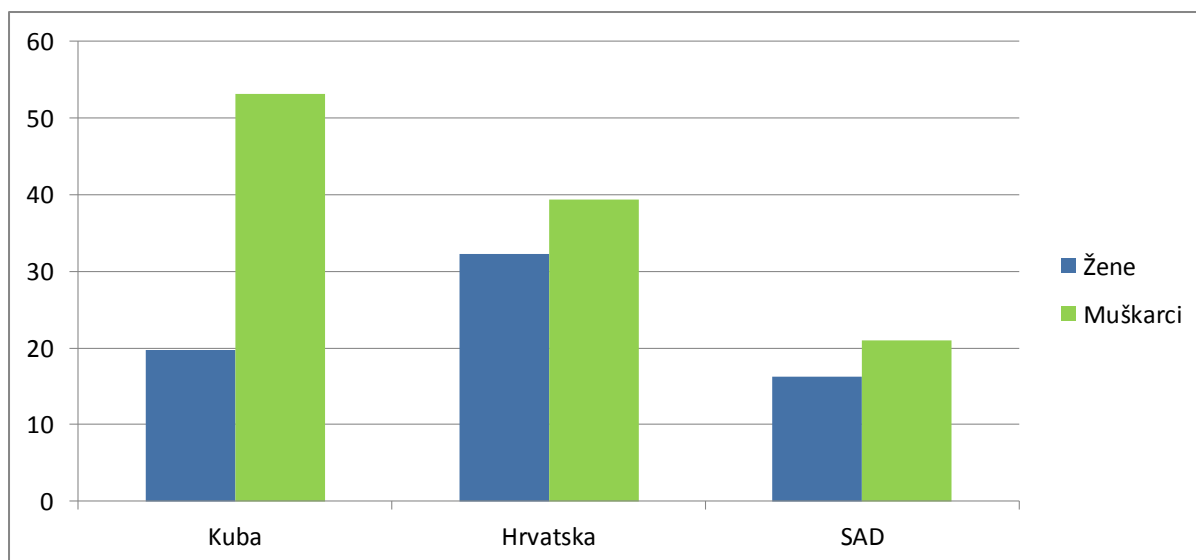
Broj liječnika, medicinskih sestara i primalja i bolničkih kreveta 2010. godine (na 1000 stanovnika)



Izvor: The World Bank (2015)

Grafikon 13

Učestalost pušenja žena i muškaraca kao postotak osoba starijih od 15 godina u 2012. godini (u %)



Izvor: The World Bank (2015)

Na Grafikonu 13 je prikazana učestalost pušenja žena i muškaraca kao postotak osoba starijih od 15 godina u 2012. godini. U Kubi muškarci puše puno više nego žene i više nego u

Hrvatskoj i SAD-u te njihov udio iznosi čak 53,2 % muške populacije starije od 15 godina. Učestalost pušenja je najniža u SAD-u gdje i žene i muškarci puše manje nego u Hrvatskoj i Kubi. U Hrvatskoj je učestalost pušenja među muškarcima između one u Kubi i SAD-u, dok je učestalost pušenja žena viša nego u Kubi i SAD-u te iznosi 32,3 % ženske populacije starije od 15 godina.

Prema navedenim podacima u Kubi pojedinci imaju najbolje prilike za dobivanje usluga zdravstvene zaštite, pošto ima visok broj zdravstvenih djelatnika i bolničkih kapaciteta u odnosu na broj stanovnika. U Hrvatskoj u odnosu na broj stanovnika, ima manje zdravstvenih djelatnika, ali više bolničkih kreveta nego u SAD-u. Što se tiče svjesnosti o štetnosti pušenja na zdravlje, ona je najizraženija u SAD-u, dok je najmanje izražena među muškarcima u Kubi i ženama u Hrvatskoj.

5. ZAKLJUČAK

Iz danog prikaza zdravstvenog sustava Hrvatske, Sjedinjenih Američkih Država i Kube jasno je da je svaki od njih specifične organizacije i načina financiranja, ovisno o društveno-političkom uređenju i gospodarskoj situaciji. Zdravstveni sustav Kube je posebno zanimljiv pošto Kuba uz vrlo lošu gospodarsku situaciju ima neke demografske i zdravstvene pokazatelje bolje nego SAD koji daleko više troši na zdravstvo. Hrvatska je nekada imala socijalističko gospodarstvo koje je u izvjesnoj mjeri odredilo i njen zdravstveni sustav. Nakon tranzicije na tržišnu ekonomiju, došlo je do promjena i u zdravstvenom sustavu, no on još uvijek ima neke socijalističke elemente slične kao i Kuba. Naime, postoji raširena svijest o tome da zdravstvena zaštita treba biti široko dostupna, a to znači jeftina ili besplatna. Nasuprot toga, u SAD-u postoji svijest o tome da zdravstvenu zaštitu treba plaćati kao i svako drugo dobro. Glavni problemi u SAD-u su vrlo visoki izdaci za zdravstvo, dok je u Kubi to loša gospodarska situacija, u dobroj mjeri izazvana i embargom SAD-a. No, to je možda i dovelo do toga da su se u Kubi počele primjenjivati mjere koje nastoje izvući maksimalnu korist iz uloženog, uz zadržavanje besplatne zdravstvene zaštite. Ipak, lijekovi i medicinska oprema nisu besplatni i svima dostupni te si ih oni siromašniji članovi kubanskog društva ne mogu priuštiti, a to vodi do nejednakosti u društvu, odnosno zdravstvenom sustavu. U SAD-u također postoje nejednakosti u dostupnosti zdravstvene zaštite, no situacija je možda složenija nego u Kubi, pošto postoje razne varijante zdravstvenih osiguranja i načina dobivanja zdravstvene zaštite. Hrvatska ima probleme s previsokim troškovima. Taj problem se nastojalo riješiti kroz nekoliko reformi, no one su se više bavile posljedicama nego uzrocima, prevaljujući sve veći trošak na građane. Ipak, Hrvatska ima relativno dobre zdravstvene pokazatelje i u kvaliteti zdravstvenih usluga i zdravlju populacije može se mjeriti i sa SAD-om, unatoč puno manjim izdacima za zdravstvo.

Svaki od ovih zdravstvenih sustava ima pred sobom izazove. Za SAD je to pronaći način da se smanje troškovi i da zdravstvena zaštita postane jednako dostupna svima, dakle i društvenim grupama koje si ne mogu priuštiti zdravstveno osiguranje. Kuba ima izazove poboljšanja svoje gospodarske situacije, a s time povezano i izdvajanja većih sredstava za zdravstveni sustav, pošto su mnogi problemi kubanskog zdravstvenog sustava proizašli upravo iz financijskih problema. Hrvatska treba riješiti uzroke koji su doveli do financijskih problema u zdravstvenom sustavu, ali i riješiti prostorno nejednaku dostupnost zdravstvene zaštite te vrlo raširena neformalna plaćanja (korupciju). U godinama što dolaze naziru se novi

problemi, poput prevelikog opterećenja zdravstvenih sustava zbog starenja populacije. Naime, u Hrvatskoj je mali broj onih koji plaćaju doprinose za zdravstveno osiguranje, a sa starenjem populacije će ih biti sve manje zbog smanjenja radno aktivnog stanovništva. U SAD-u se kroz zdravstvene reforme predsjednika Obame nastoji zdravstvenim osiguranjem pokriti veći broj socijalno ugroženog stanovništva, što može dovesti do stvaranja dodatnog financijskog tereta u već ionako preskupom zdravstvenom sustavu SAD-a. Kubanske vlasti ustraju u besplatnom zdravstvenom sustavu kao jednom od temeljnih prava kubanskih građana, no pitanje je koliko dugo će se takav sustav održati. U svakom slučaju, čini se potrebnim naći ravnotežu, da bi se riješile postojeće poteškoće i izbjeglo stvaranje novih, odnosno da bi se ostvario napredak u općem blagostanju.

LITERATURA

Članci

Hauge, S. (2007) Primary Care in Cuba. *The Einstein Journal of Biology and Medicine*, 23 (1), str. 37-42.

Marković, S., Lončarić, D. i Lončarić, D. (2014) Service Quality and Customer Satisfaction in the Health Care Industry - Towards Health Tourism Market. *Tourism & Hospitality Management*, 20 (2), str. 155-170.

Murray, C. J. i Frenk, J. (2000) A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6), str. 717-731.

Ridic, G., Gleason, S. i Ridic, O. (2012) Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. *Materia Socio-Medica*, 24 (2), str. 112-120.

Sixto, F. E. (2002) An Evaluation of Four Decades of Cuban Healthcare. *Cuba in Transition* [online], 12, str. 325-343. Dostupno na: <http://www.ascecuba.org/c/wp-content/uploads/2014/09/v12-sixto.pdf> [8. srpnja 2015.]

Vončina, L., Džakula, A. i Mastilica, M. (2007) Health care funding reforms in Croatia: a case of mistaken priorities. *Health Policy*, 80 (1), str. 144-157.

Zrinščak, S. (2007) Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. *Revija za socijalnu politiku* [online], 14 (2). Dostupno na: <http://www.rsp.hr/ojs2/index.php/rsp/issue/view/47> [18. prosinca 2014.]

Izvori podataka online

The World Bank. Dostupno na: <http://www.worldbank.org> [12. srpnja 2015.]

Knjige

Barić, V. (2011) *Socijalna infrastruktura i razvitak hrvatskog gospodarstva*. U: Čavrak, V., ur., *Gospodarstvo Hrvatske*. Zagreb: Politička kultura, str. 226-270.

Fillmore, R. (2000) *The Evolution of the U.S. Healthcare System*. U: Schlager, N. i Lauer, J., ur., *Science and Its Times: Understanding the Social Significance of Scientific Discovery*. Farmington Hills: The Gale Group, str. 336-338. Sv. 7. 2000.

Kaufmann, F.-X. (2012) *Variations of the Welfare State: Great Britain, Sweden, France and Germany Between Capitalism and Socialism*. New York: Springer.

Matcha, D. A. (2003) *Health Care Systems of the Developed World: How the United States' System Remains an Outlier*. Westport: Praeger.

Mihaljek, D. (2006) *Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: Kako vidjeti šumu od drveća?* U: Ott, K., ur., *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji: izazovi sudjelovanja, sv. 4*. Zagreb: Institut za javne financije, Zaklada Friedrich Ebert, str. 265-308.

Mihelja Žaja, M. (2012) *Sustavi socijalnog osiguranja i skrbi*. U: Šimurina, N. i Šimović, H., ur., *Javne financije u Hrvatskoj*. Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, str. 51-82.

Ott, K., ur. (2007) *Javne financije u Hrvatskoj*. 3. izd. Zagreb: Institut za javne financije.

Rosen, S. H., Gayer T. (2010) *Javne financije*. 8. izd. Zagreb: Institut za javne financije.

Sadeghi, S. et. al. (2012) *Integrating Quality and Strategy in Health Care Organizations*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.

Smerdel, B. (2013) *Ustavno uređenje europske Hrvatske*. Zagreb: Narodne novine d.d.

Subberwal, R. (2008) *Dictionary of Sociology*. New Delhi: Tata McGraw Hill Publications.

Pravni akti

Narodne novine (2008) *Zakon o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (150). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2008_12_150_4097.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2009) *Uredba o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (155). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2009_12_155_3824.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2010) *Ustav Republike Hrvatske (pročišćeni tekst)*. Zagreb: Narodne novine [online], (85). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_07_85_2422.html [18. prosinca 2014.]

Narodne novine (2010) *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (71). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_06_71_2138.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2010) *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (139). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_12_139_3535.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2011) *Uredba o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (154). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_12_154_3211.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2011) *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (22). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_02_22_454.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2011) *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (84). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2011_07_84_1798.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2012) *Uredba o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (144). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_12_144_3088.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2012) *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (12). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_01_12_338.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2012) *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (70). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_06_70_1642.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2012) *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (70). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2012_06_70_1642.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2013) *Uredba o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (159). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_12_159_3332.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2013) *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju*. Zagreb: Narodne novine [online], (80). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_11_137_2944.html [9. siječnja 2015.]

Narodne novine (2013) *Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (82). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_06_82_1736.html [9. srpnja 2015.]

Narodne novine (2013) *Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju*. Zagreb: Narodne novine [online], (80). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2013_06_80_1666.html [9. siječnja 2015.]

Narodne novine (2014) *Uredba o izmjenama i dopunama Zakona o zdravstvenoj zaštiti*. Zagreb: Narodne novine [online], (154). Dostupno na: http://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2014_12_154_2908.html [9. srpnja 2015.]

Publikacije međunarodnih organizacija

Castell-Florit Serrate, P. et. al. (2007) *Study on Intersector Practices in Health in Cuba: Report to the Pan American Health Organization*. Washington D.C.: PAHO.

Irvine, B., Clarke, E. i Bidgood, E. (2013) *Healthcare Systems: The USA*. London: CIVITAS.

Teleki, S. S. et. al. (2006) *Research Colloquium on Workers' Compensation Medical Benefit Delivery and Return to Work* [online]. Santa Monica: RAND Corporation. Dostupno na: http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/conf_proceedings/2006/RAND_CF214.pdf [11. srpnja 2015.]

Voncina, L. et. al. (2006) Croatia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 8 (7).

Stručni radovi

Xie, Y. (2014) *Community Healthcare Services in Cuba: Cuba's Contribution to the World* [online]. Pittsburgh: University of Pittsburgh. Dostupno na: <http://www.crsp.pitt.edu/sites/default/files/Paper%20-%20Community%20Healthcare%20Services%20-%20Xie.pdf> [8. srpnja 2015.]

POPIS GRAFIKONA

Grafikon

Stranica

1. Očekivana životna dob pri rođenju u razdoblju 1990.-2013. godine.....	24
2. Stopa mortaliteta dojenčadi u razdoblju 1990.-2013. godine (na 1000 živorođenih)	25
3. Stopa neonatalnog mortaliteta u razdoblju 1990.-2013. godine (na 1000 živorođenih)	25
4. Nominalni BDP po stanovniku u razdoblju 1995.-2013. godine (u USD).....	27
5. BDP prema paritetu kupovne moći (PPP) po stanovniku za period 1995.-2013. godine (u USD iz 2011. godine)	27
6. Ukupni izdaci za zdravstvo kao postotak BDP-a za period 1995.-2013. godine.....	28
7. Javni izdaci za zdravstvo kao postotak BDP-a u razdoblju 1995.-2013. godine (u %).....	29
8. Privatni izdaci za zdravstvo kao postotak BDP-a za period 1995.-2013. godine (u %).....	29
9. Javni izdaci za zdravstvo kao postotak državne potrošnje u razdoblju 1995.-2013. godine (u %)	30
10. Plaćanja iz vlastitog džepa kao postotak ukupnih izdataka za zdravstvo za period 1995.-2013. godine (u %).....	31
11. Izdaci za zdravstvo po stanovniku prema paritetu kupovne moći (PPP) u razdoblju 1995.-2013. godine (u USD iz 2011. godine)	32
12. Broj liječnika, medicinskih sestara i primalja i bolničkih kreveta 2010. godine (na 1000 stanovnika)	33
13. Učestalost pušenja žena i muškaraca kao postotak osoba starijih od 15 godina u 2012. godini (u %).....	33