Usporedba zdravstvenih sustava i pokazatelja zdravlja Republike Hrvatske i Kraljevine Norveške

Knežević, Tin

Master's thesis / Diplomski rad

2017

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, School of Medicine / Sveučilište u Zagrebu, Medicinski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:105:302855

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

Download date / Datum preuzimanja: **2024-03-29**



Repository / Repozitorij:

Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository







SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Tin Knežević

Usporedba zdravstvenih sustava i pokazatelja zdravlja Republike Hrvatske i Kraljevine Norveške

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
MEDICINSKI FAKULTET

Tin Knežević

Usporedba zdravstvenih sustava i pokazatelja zdravlja Republike Hrvatske i Kraljevine Norveške

DIPLOMSKI RAD

Zagreb, 2017.

Ovaj diplomski rad izrađen je na katedri Medicinske statistike, epidemiologije i medicinske informatike Škole narodnog zdravlja Medicinskog fakulteta sveučilišta u Zagrebu pod vodstvom doc.dr.sc. Sanje Musić Milanović, dr. med., spec. epidemiologije i predan je na ocjenu u akademskoj godini 2016./2017.

Kratice

BDP – bruto domaći proizvod

EEZ – Europska ekonomska zajednica

EU – Europska Unija

GINI – ginijev index

HDI – *eng. human development index* – ljudski razvojni indeks

HZJZ – Hrvatski zavod za javno zdravstvo

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

HSPM – Health Systems and Policy Monitor

NOR – Kraljevina Norveška

PPS – Standardizirana kupovna moć

RH – Republika Hrvatska

UN – Ujedinjeni Narodi

WHO – *eng. World Health Organization* – Svjetska zdravstvena organizacija

Sadržaj

Sažetak
Summary

Uvod.....1
Pokazatelji zdravlja.....12
Zdravstveni sustavi.....28

Zahvale.....32
Literatura.....33

Životopis

Sažetak

Naslov rada: „Usporedba zdravstvenih sustava i pokazatelja zdravlja Republike Hrvatske i Kraljevine Norveške“

Ime i prezime autora: Tin Knežević

Tekst sažetka:

U radu su uvodno uspoređeni opći sociološki i ekonomski parametri dviju država, a nakon toga bitni zdravstveni pokazatelji. Dio njih pokriva zdravlje žena i djece, a dio se odnosi na opću populaciju. Odabrani su parametri koji se ili bitno razlikuju u Hrvatskoj i Norveškoj ili koji pokazuju dinamiku u svojim trendovima. Pokazalo se da iako su dvije države u ekonomskom razvoju smislu drugačije, u mnogim zdravstvenim pokazateljima su usporedive i općenito gledajući imaju zdrava društva. Hrvatska nešto zaostaje u područjima u kojima bi preventivne aktivnosti dugoročno mogle pokazati pozitivne trendove, poput navika pušenja, kulture vožnje, a nažalost i smrtnosti od tumora dojki, prostate i dišnog sustava. No Hrvatska ima općenito nižu incidenciju pojave tumora, a i nižu stopu elektivnih abortusa i kongenitalnih malformacija. Što se organizacije zdravstvenih sustava tiče, obje države imaju općenito decentralizirani pristup organizaciji, no dok je Norveška općenito podijeljena u 4 regije, Hrvatska svoju decentralizaciju usklađuje sa 20 županijskih organizacija i Gradom Zagrebom. Obje su države socijalne države i građani imaju univerzalan pristup zdravstvenom sustavu, iako je to u Hrvatskoj donekle ograničeno regresivnim financiranjem zdravstva te općenitom ekonomskom nestabilnošću i nižim socioekonomskim standardom većeg broja stanovnika.

Ključne riječi: Hrvatska, Norveška, zdravstveni sustav, pokazatelji zdravlja

Summary

Title: „A comparison of healthcare systems and health indicators of the Republic of Croatia and the Kingdom of Norway“

Author: Tin Knežević

Summary:

The paper starts with a comparison of general social and economic parameters of the two countries and afterwards important health indicators are compared. Some indicators cover health of woman and children, and a part covers the health of the general population. The chosen parameters either differ considerably between Croatia and Norway or show a dynamic in their trends. It is shown that although the two countries are different in the sense of economic prosperity, they are comparable in many health indicators and generally speaking have healthy societies. Croatia lags in areas in which preventive measures could show positive results on the long run, such as smoking habits, culture of driving, and unfortunately breast, prostate and respiratory system cancers as well. However, Croatia generally has a lower incidence of tumors, as well as a lower rate of elective abortions and congenital malformations. As far as the organization of healthcare systems is concerned, both countries use a generally decentralized approach, however while Norway is divided into 4 regions, Croatia aligns its decentralization with 20 county organizations and the City of Zagreb. Both are welfare states and their citizens have universal healthcare access, although this is somewhat restricted in Croatia due to regressive healthcare financing as well as general economic instability and a lower socioeconomic standard of a significant part of the population.

Key words: Croatia, Norway, healthcare system, health indicators

1: Uvod

Republika Hrvatska (u daljnjem tekstu Hrvatska) i Kraljevina Norveška (u daljnjem tekstu Norveška) dvije su po mnogočemu slične zemlje; kao što je vidljivo na Tablici 1, usporedive su po broju stanovnika, urbane sredine glavnih im gradove tvore konglomerate od oko milijun stanovnika, a među njima postoji i geografska sličnost u smislu visoko litoralizirane obale te bogatstva prirodnim resursima, a poglavito vodom. Jedina naoko osjetljiva razlika jest što je u Norveškoj 20% populaciji više živi u urbanim sredinama, no taj je postotak u obje države veći od svjetskog prosjeka koji iznosi 54%.

Tablica 1 Osnovni demografski pokazatelji Republike Hrvatske i Kraljevine Norveške
Izvor: www.data.un.org

	Republika Hrvatska	**Kraljevina Norveška**
Broj stanovnika	4,225,000	5,272,000
Glavni grad	Zagreb	Oslo
Veličina glavnog grada	687,000 (bez okolnih naselja)	986,000
Udio urbane populacije	59%	80,5%

Što se društvenih sličnosti tiče, prva velika kulturološka sličnost jest duboko ukorjenjen osjećaj socijalne države koji je u skandinavskoj regiji svjetski poznat, a u Hrvatskoj nasljeđe gotovo utopističkog rada Andrije Štampara te društvenih kretanja iz razdoblja socijalizma.

Kulturološka sličnost vidi se i u povezanosti tradicije, vjere i društva. U Hrvatskoj se ta povezanost osjeća od osnutka moderne države i od tada je posebnim ugovorima povezana sa Svetom Stolicom po kojima Crkva u Hrvatskoj dobiva značajna sredstva od države iako je država po ustavu sekularna. S druge strane, Norveška je donedavno *de facto* bila teokracija u kojoj je Luteranska Crkva bila službena Crkva kraljevstva, a crkvene poglavare postavljale su državne institucije. Tek prijelazom stoljeća Norveška postepeno odvaja Crkvu od države i svećenici od 2017. više nisu državni službenici.

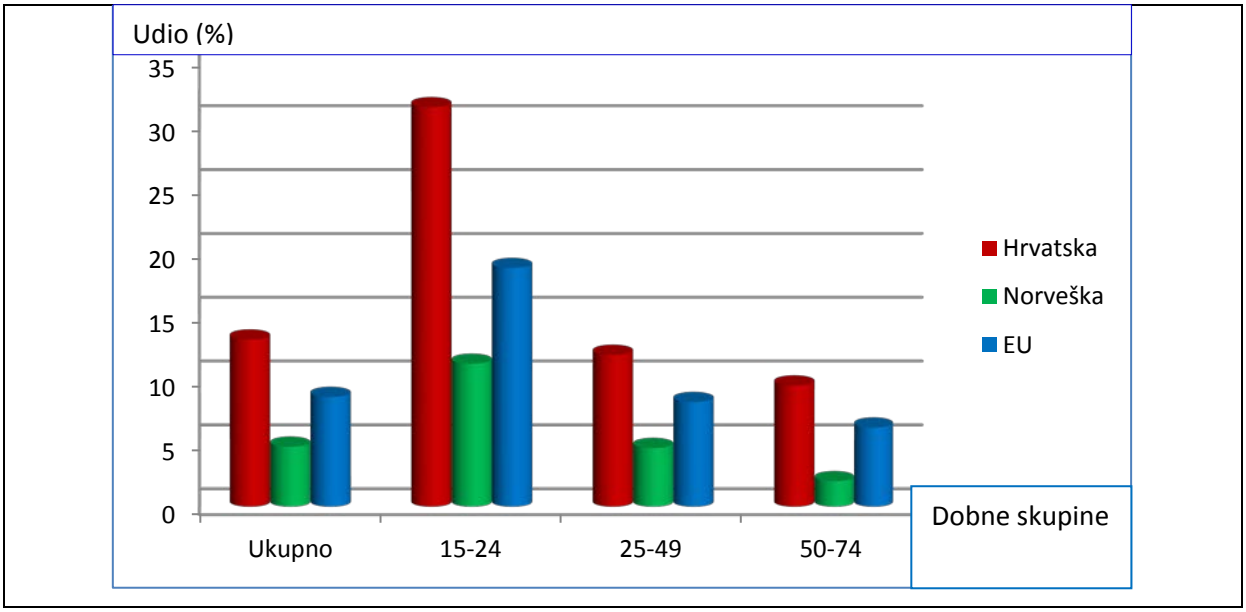
I tu bi mnogi rekli prestaje njihova sličnost. Jer, prema podacima Eurostata, ekonomski pokazatelji govore da je bruto domaći proizvod (BDP) po stanovniku Hrvatske oko 11 tisuća, a u Norveškoj oko 68 tisuća eura (više podataka u Tablici 2). A ako se ti brojevi standardiziraju prema prosjeku Europske Unije (EU), dobivamo da prosječni Hrvat raspolaže sa otprilike 60%, a prosječni Norvežanin 160% kupovne moći građanina Europske Unije (EU).

Tablica 2 Socioekonomski pokazatelji Republike Hrvatske i Kraljevine Norveške **Izvori:** http://ec.europa.eu/eurostat, http://data.un.org		
	Republika Hrvatska	**Kraljevina Norveška**
BDP *per capita* (2016.)	10.800,00	67.700,00
Stopa rasta u 2016.	2,9	1
Standardizirana kupovna moć *(eng. PPS)* (2015.) EU28=100	58	160
Ljudski razvojni indeks (*eng. HDI*)	0,827	0,949
Ginijev indeks (*eng. GINI*)	30,2	23,5
Izdvajanje za: **Školstvo** **Zdravstvo** **(% BDP-a u 2014.)**	 4,2% 7,8%	 7,4% 9,7%

Iako su razlike osjetne, valja napomenuti da je ovo usporedba Hrvatske s jednom od najprosperitetnijih zemalja na svijetu te da u analizi podataka, kako sada, a tako i dalje u radu, valja imati na umu da Hrvatska po svojim makroekonomskim pokazateljima spada u razvijene zemlje Svijeta, pa je tako po ljudskom razvojnom indeksu (*eng. HDI*) u prvoj i najvišoj od 4 razine razvijenosti, a po ginijevom indeksu (*eng. GINI*) spada u zemlje srednje razine nejednakosti prema razlici u dohotku među stanovništvom. Norveška je u *HDI-u* prva na svijetu, a po *GINI-ju* spada u zemlje sa malim razlikama.

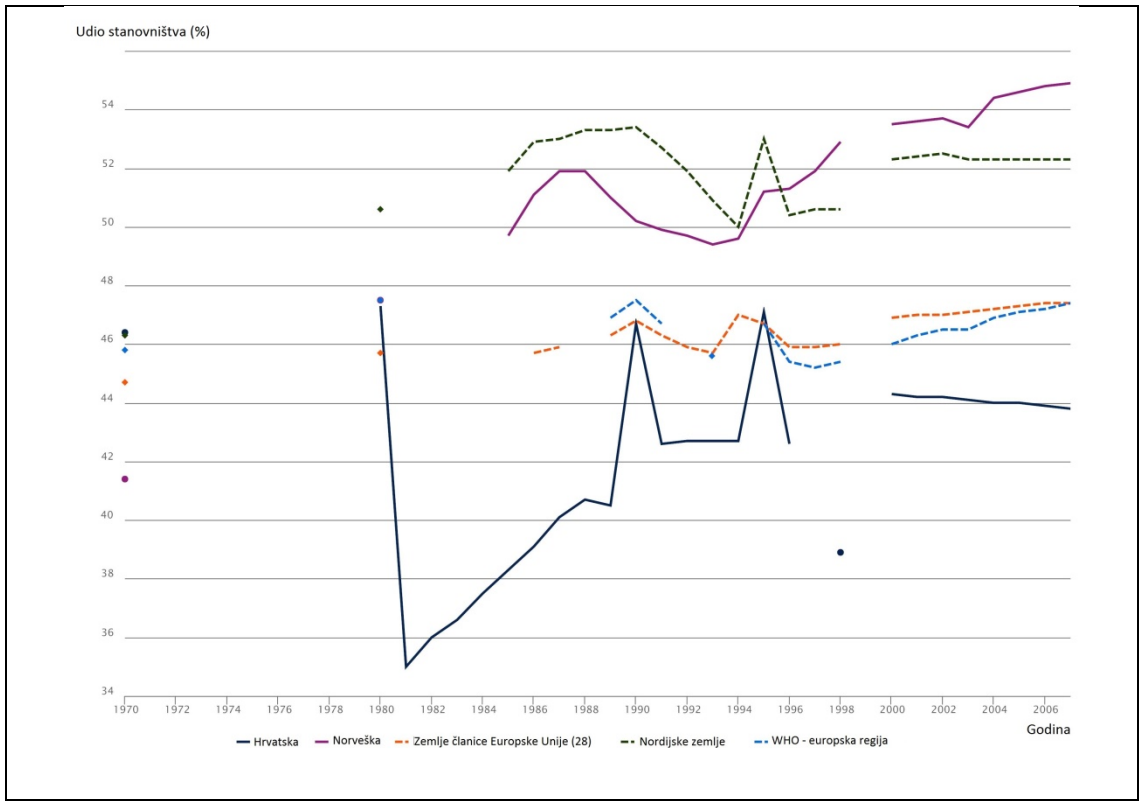
Nadalje, podaci o kupovnoj moći koje smo iznjeli koristeći eurostatov indeks standardizirane kupovne moći (*eng. PPS*) uspoređeni su sa prosjekom EU, ali ne i drugim regijama svijeta ili svjetskim prosjekom. To je zato jer su i Hrvatska i Norveška, svaka nasvoj način, uključene u europske integracije. Konkretno, Hrvatska je od 2013. članica EU, a Norveška je od 1994. članica Europske ekonomske zajednice (EEZ) i Schengenskog prostora od 2001.

Najzanimljiviji su vjerojatno podatci o broju zaposlenih i nezaposlenih koje možemo isčitati u grafikonima na Slikama 1, 2 i 3. Iz njih se jasno vidi da je nezaposlenost u Hrvatskoj znatno viša nego ona u Norveškoj, a ujedno i viša od prosjeka EU te da to najviše pogađa mlađe stanovništvo.



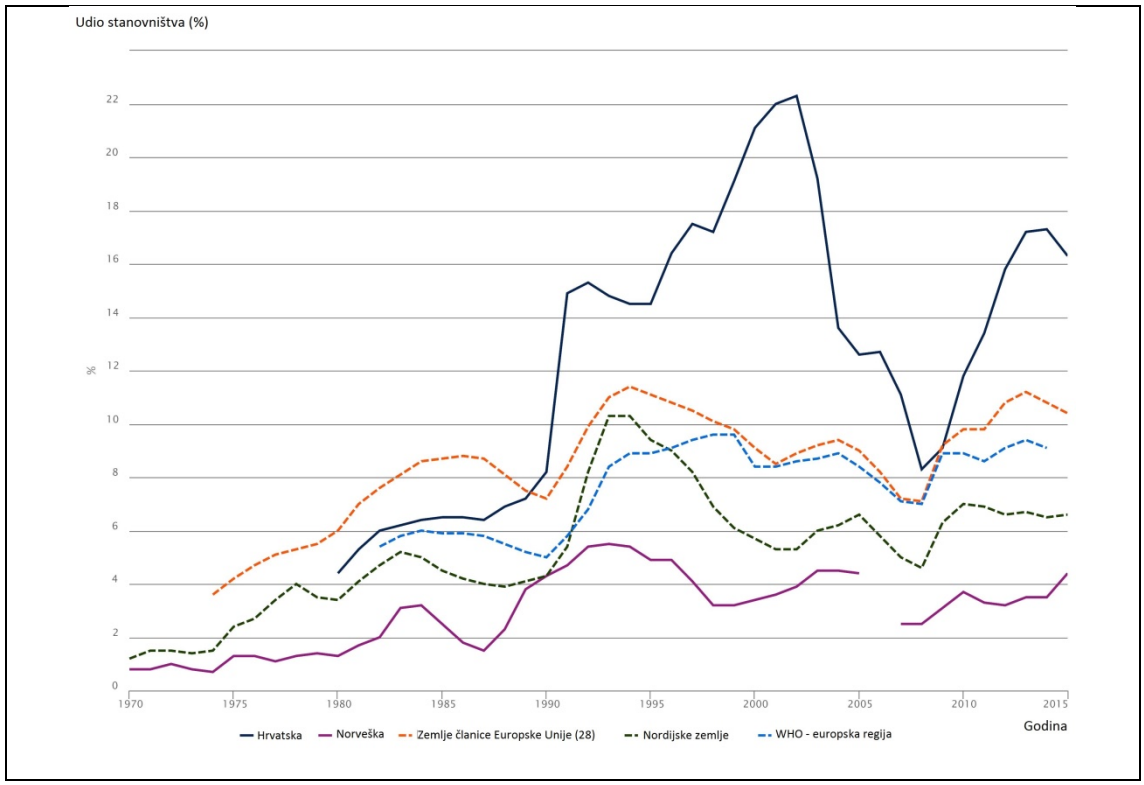
Slika 1 Udio nezaposlenih po dobnim skupinama

Izvor: http://ec.europa.eu/eurostat



Slika 2 Udio zaposlenih u općoj populaciji

Izvor: http://www.who.int



Slika 3: Udio nezaposlenih u općoj populaciji

Izvor: http://www.who.int

Zanimljivo je spomenuti da su stope nezaposlenosti kod imigranata i djece imigranata u Norveškoj nešto drugačije od onih domicilnog stanovništva, a pri čemu su one građana EU niže, a one imigranata iz Afrike i Azije više. Iako ta analiza nadilazi okvire ovog rada, vrijedno je spomenuti je radi mogućih razlika u zdravstvenim parametrima različitih društvenih skupina u Norveškoj.

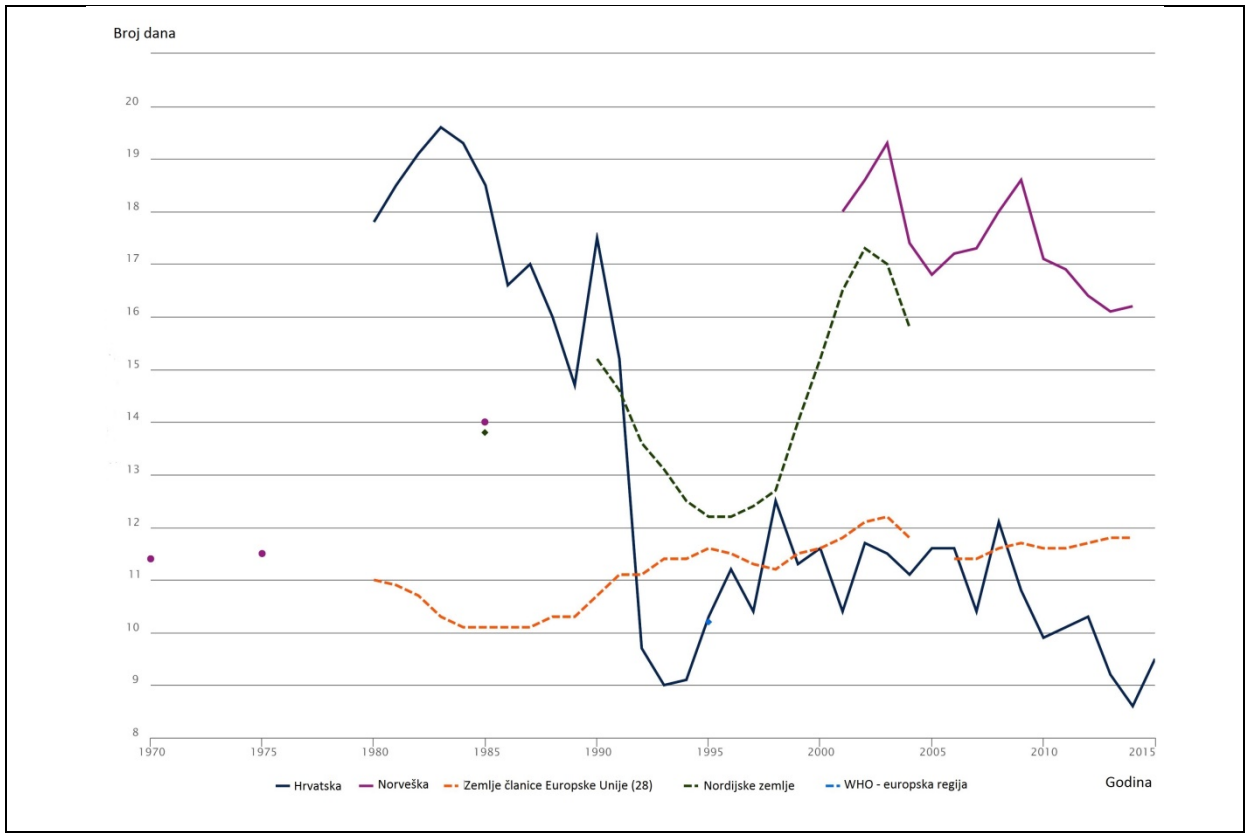
U Hrvatskoj se pak jasno vide dva snažna negativna trenda, a to je prije svega onaj vezan uz nasljeđe Domovinskog rata i snažan porast nezaposlenisti u ranim devedesetima uz, nažalost, kontinuirani uzlazni trend do prijelaza stoljeća. Trend tada ukazuje na pad i gotovo doseže granice iz 1990., no onda dolazi globalna ekonomska kriza iz 2007. koja posebno teško pogađa Hrvatsku (iz grafikona je vidljivo da kriza pogađa i druge zemlje, no u prosjeku daleko manje nego nas) i osjeća se do danas. Naravno, kakve će dugoročne posljedice ovo imati na zdravlje populacije teško je predvidjeti te će se, jednako kao što neke posljedice rata tek sada postaju evidentne, i posljedice financijske i gospodarske krize zbrajati još desetljećima.

Zanimljivo je vidjeti i porast broja nezaposlenih u svim europskim regijama početkom devedesetih, a to je vjerojatno vezano uz raspad SSSR-a i ratove na području bivše Jugoslavije, a što je rezultiralo općim smanjenjem ekonomskih aktivnosti te migracijama stanovništva prema zapadu.

Ovdje je vjerojatno zanimljivo spomenuti i stopu odsustva s posla, a koja govori o prosječnom broju dana na bolovanju po stanovniku. Govoreći napamet, mogli bi se navesti na zaključak da Hrvati češće prijavljuju bolovanje od svojih sjevernih susjeda. Naposlijetku, nekako je uvriježeno da su sjevernjaci revniji, a južnjaci znaju izbjegavati posao, no ako pogledamo grafikon na Slici 4, uvidjet ćemo upravo suprotne trendove. Naime, dok je prosjek EU postojan i iznosi oko 11 ili 12 dana bolovanja po zaposleniku godišnje, Hrvatska i Norveška svoja su mjesta u devedesetim godinama zamijenila. Tako je prosjek u Norveškoj početkom stoljeća dosezao i preko 19 dana bolovanja godišnje, da bi se sada kretao prema 16 dana godišnje. U Hrvatskoj je on daleko niži i od 2010. na ovamo u prosjeku je ispod 10 dana godišnje. A posebno je zanimljivo primjetiti da se vidi i trend opadanja istoga od početka financijske krize 2007.

Ovdje se postavlja pitanje jesu li ljudi u krizi primorani ići na posao i bolesni da bi zadržali posao i kako to općenito utječe na zdravlje u radnom kolektivu, no to nadilazi okvire ovog rada. Jednako kao i pitanje kako u stopi bolovanja stoje zdravstveni radnici, a koji, iz iskustva govoreći, i sami ne slijede svoje zdravstvene savjete te na posao dolaze bolesni.

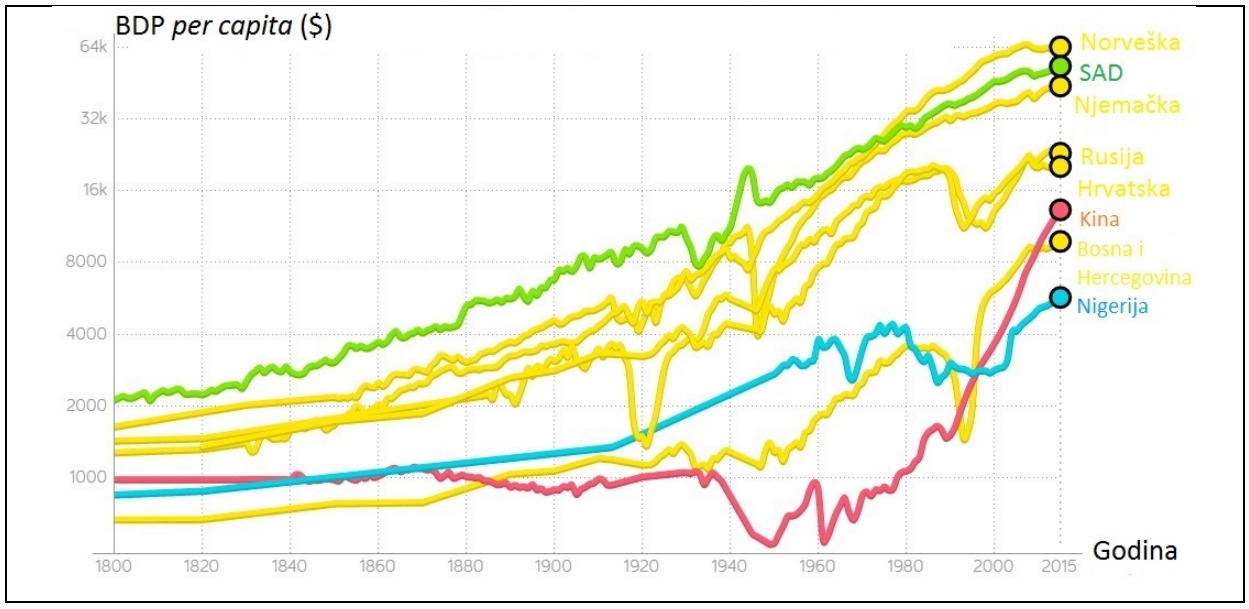
Naravno, ovo su čiste brojke i ne govore o efikasnosti odrađenog rada, no ipak zanimljive su same po sebi.



Slika 4 Prosječan broj dana bolovanja po zaposleniku

Izvor: http://www.who.int

Slijedeći važan podatak jest trend kretanja BDP-a koji možemo očitati na Slici 5. Na njoj su uz Hrvatsku i Norvešku stavljeni pojedini predstavnici nekoliko regija te naši susjedi, a što nam omogućava razumjevanje cijelog ovog rada kroz aspekt globalnih kretnji i globalnog blagostanja. Naime, kao što je već naglašeno, mi Hrvatsku čitavo vrijeme uspoređujemo s jednom od najprosperitetnijih zemalja Svijeta, no to ne znači da po mnogim pokazateljima ne spadamo u razvijene zemlje.

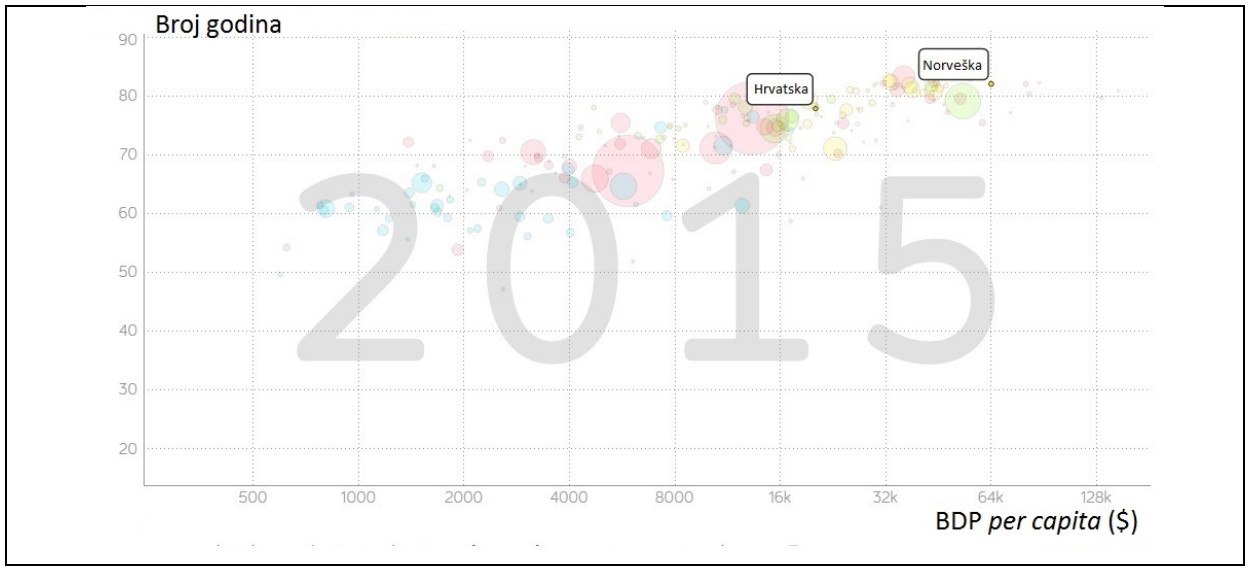


Slika 5: Kretanje BDP-a *per capita* odabranih zemalja od 1800. do 2015.

(prilagođeno za inflaciju)

Izvor: www.gapminder.org

Svi ovi pokazatelji dakako koreliraju i sa zdravstvenim pokazateljima, a možda najbolji primjer jest korelacija između razine BDP-a *per capita* i očekivane duljine trajanja života, a koju možemo isčitati s grafa na Slici 6 na kojem je jasno vidljiva pozitivna korelacija.



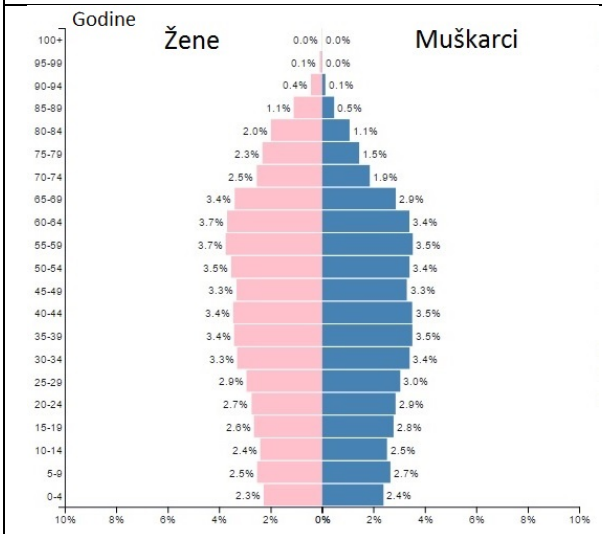
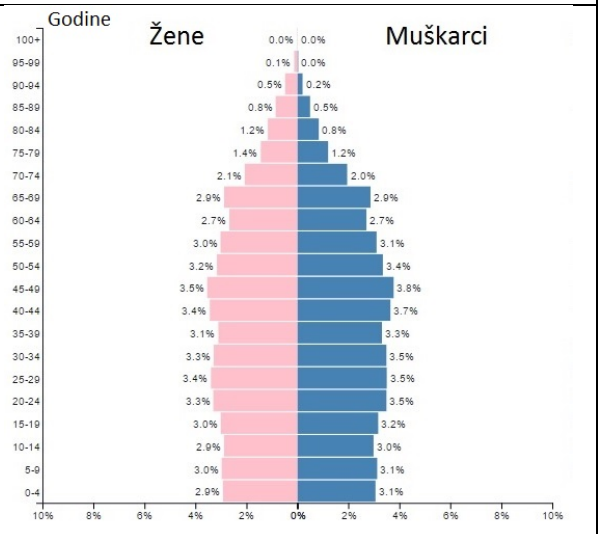
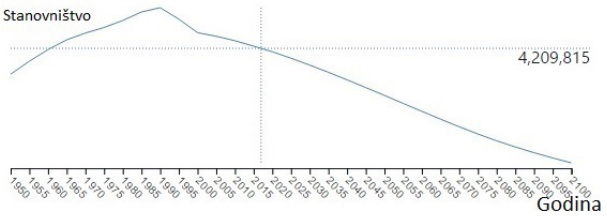
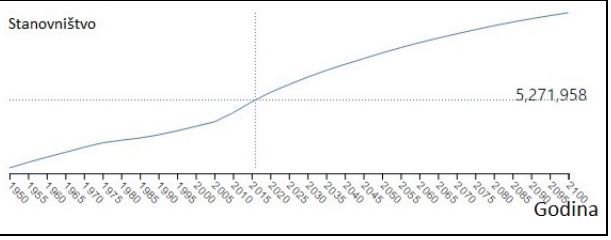
Slika 6 Povezanost razine BDP-a *per capita* i očekivanog životnog vijeka

(prilagođeno za inflaciju)

Izvor: www.gapminder.org

Pa prije nego što detaljnije krenemo analizirati zdravlje stanovništva, analizirajmo ukratko i strukturu istog.

Na Slici 7 vidimo piramide populacija obje države iz kojih se vidi da obje države spadaju u grupu država koje imaju strukturu stanovništva oblika cilindra, odnosno da su stacionarnog tipa. U slučaju Hrvatske nailazimo i na naznake konstrikcije, odnosno pada udjela mlađeg stanovništva.

Republika Hrvatska	Kraljevina Norveška
Piramida stanovništva	
	
Trendovi kretanja populacije	
	

Slika 7 Piramida stanovništva i trendovi kretanja populacije

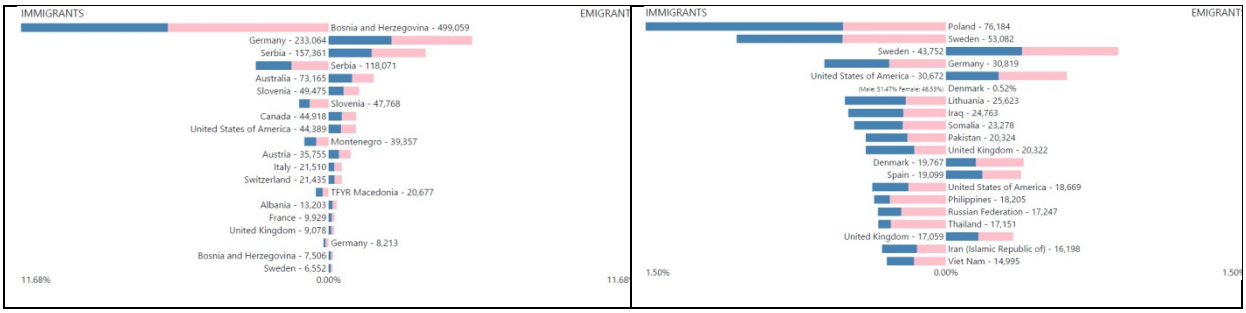
Izvori: www.populationpyramid.net, www.btlas.com

Ove naznake mogu se objasniti činjenicom da je natalitet u obje države relativno nizak, prirodni prirast u Hrvatskoj negativan, a da što se migracija tiče Hrvatska bilježi negativne, a Norveška pozitivne trendove. Detaljne brojke možemo vidjeti u Tablici 4, a možemo spomenuti i da je omjer stanovnika starosti 0-14 i 65+ na 100 stanovnika u Hrvatskoj 51, a u Norveškoj 52, što znači da je omjer radnog i uzdržavanog stanovništva u obje države relativno nepovoljan.

TABLICA 4 Odabrani demografski pokazatelji Republike Hrvatske i Kraljevine Norveške **Izvor:** www.data.un.org		
	Republika Hrvatska	**Kraljevina Norveška**
Broj stanovnika 1990	4,776,000	4,240,000
Broj stanovnika 2015	4,240,000	5,210,000
Fertilitet (prosjek 2010.-2015.)	1,5	1,8
Prosjek prirodnog prirasta za period 2010.-2015.	-0,4%	1,3%
Migranti (u tisućama/% populacije)	576.9/13.6 *značajan udio iz BiH	741.8/14.2 *značajan udio iz EU
Očekivani životni vijek (žene/muškarci)	80.4/73.6	83.4/79.2
Projekcije za 2050.	3,554,000	6,657,000

Zanimljivo je usporediti ukupne stope prirodnog prirasta. One u Norveškoj veće su u prosjeku za razdoblje između 2010.-2015. i iznose 1,3%, dok je Hrvatska u zoni negativne stope prirodnog prirasta i ona iznosi -0,4%.

No jasno je vidljivo da je ovdje važan faktor i migracija. Obje zemlje imaju oko 15% imigrantskog stanovništva, no u Hrvatskoj je to primarno posljedica raspada Jugoslavije, rata i velikih regionalnih migracija 90-tih kao i kontinuiranog doseljavanja građana Bosne i Hercegovine (koji čine glavninu imigrantske populacije), što znači da je struktura stanovništva kulturološki i jezično relativno homogena. Podaci vidljivi na grafovima na Slici 8.

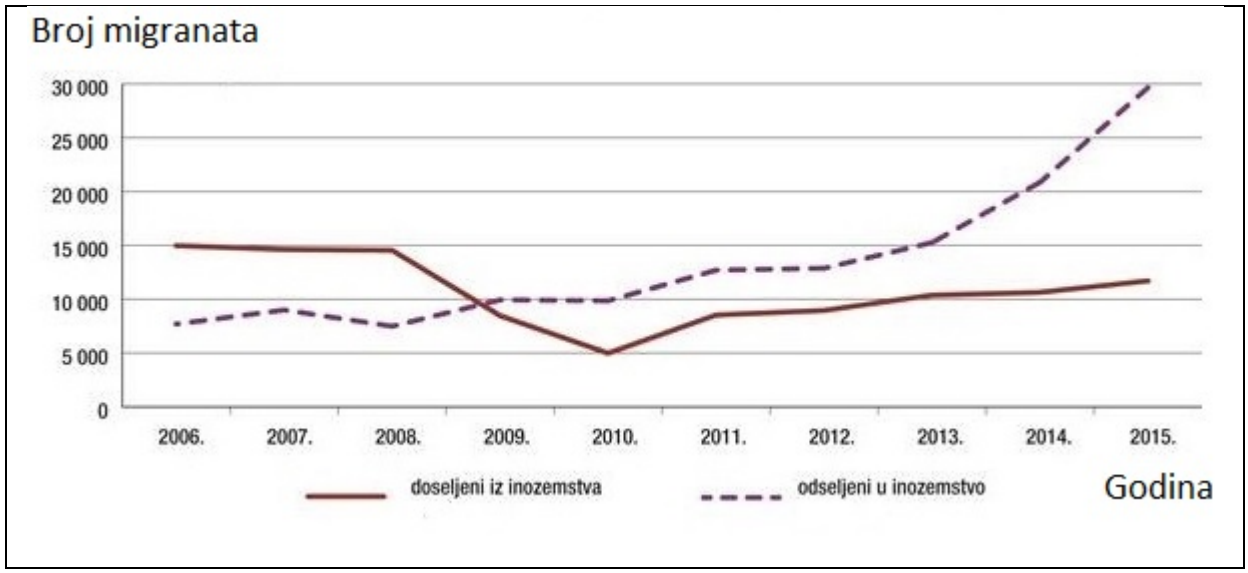


Slika 8 Struktura migranata u Hrvatskoj i Norveškoj

Izvor: www.btlas.com

Podaci iz 2013. godine (kada je Hrvatska ušla u EU) ukazuju da od tada na ovamo možemo očekivati određene promjene vezane kako za regionalna kretanja stanovništva, tako i za izbjegličku krizu koja je izbila nešto kasnije.

No ti podaci ne trebaju zavaravati, jer Hrvatska u poslijednjih nekoliko godina prolazi kroz snažan val emigracije pa podaci Državnog zavoda za statistiku govore da je samo u 2015. Hrvatsku napustilo gotovo 30 000 stanovnika te da se taj trend nastavlja i pokazuje rast, a imigracija je stabilna oko 10 000 ljudi godišnje (Slika 9). Situacija je u Norveškoj znatno drugačija i to do te mjere da sama imigracija značajno mijenja njihovu strukturu stanovništva jer imigranti čine čak više od 16,% norveškog stanovništva, no to stanovništvo je heterogenije. Većina te populacija sastoji se od stanovnika EU, ali značajan dio je i iz Azije i Afrike.



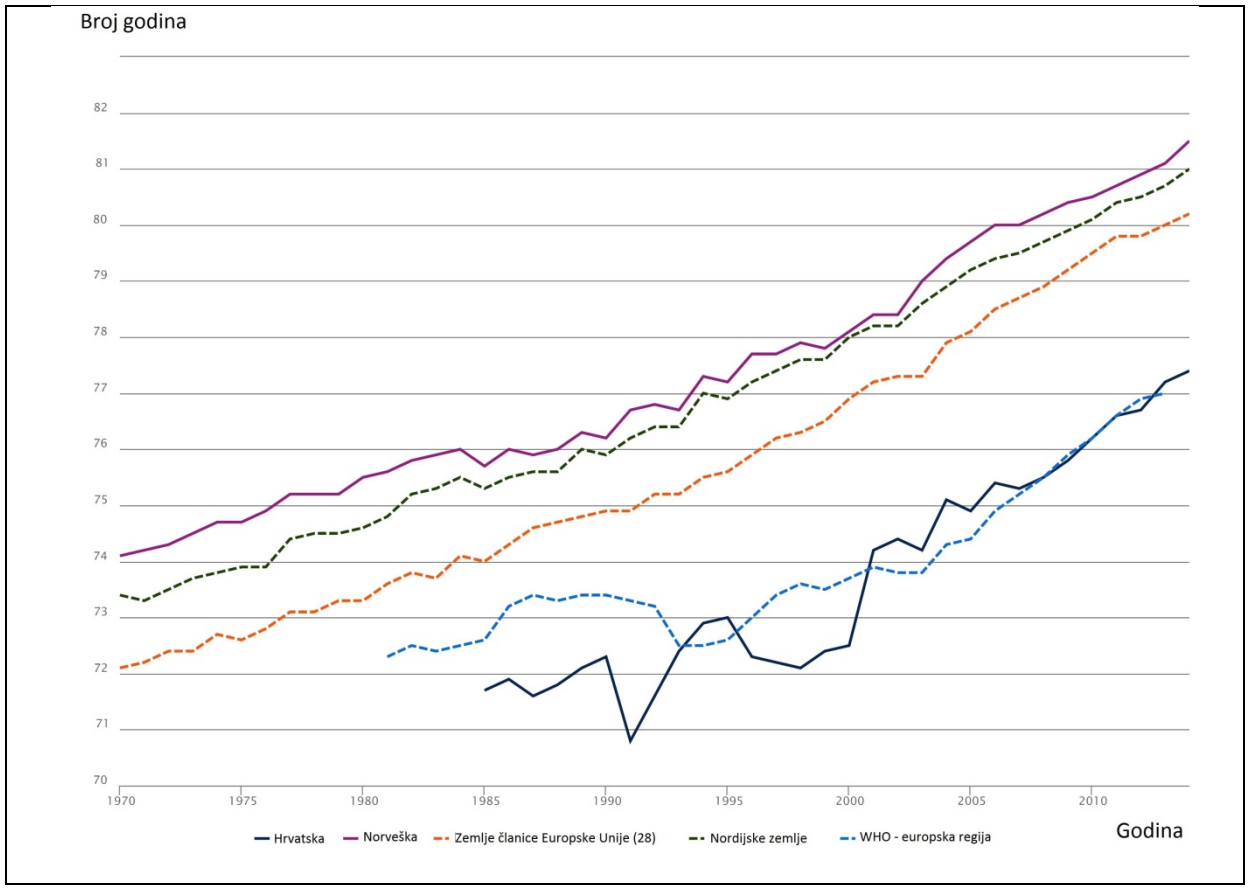
Slika 9 Trendovi migracije stanovništva (RH)

Izvor: Priopćenje Državnog zavoda za statistiku RH, 2016., broj 7.1.2., ISSN 1330-0350

Ovaj podatak valja imati na umu jer je ovo već značajan udio stanovništva koji su manje od tri generacije stanovnici Norveške pa je za očekivati da sa sobom donose i drugačija kulturno-tradicijska obilježja i navike. A što pak može biti faktor zabune u analizi zdravstvenih podataka ako se pokušava usporediti hrvate sa norvežanima.

Svi ovi podatci odaju dojam Norveške kao visoko razvijene zemlje, a Hrvatske kao post-tranzicijske zemlje koja nosi breme velikog broja problema, ali i izazova. No, je li dosta tako i možemo li temeljem ovih podataka očekivati i velike razlike u zdravstvenim pokazateljima?

Razlika zasigurno ima, no one bi nas u nekim slučajevima mogle i iznenaditi... Grafikon koji pokazuje trendove kretanja očekivanog životnog vijeka u dobi od jedne godine ukazuje da se u Hrvatskoj vrlo jasno vide kratkoročne posljedice rata i poraća koje su utjecale na inače jasne uzlazne trendove.



Slika 10 Trendovi kretanja očekivanog životnog vijeka

Izvor: http://www.who.int

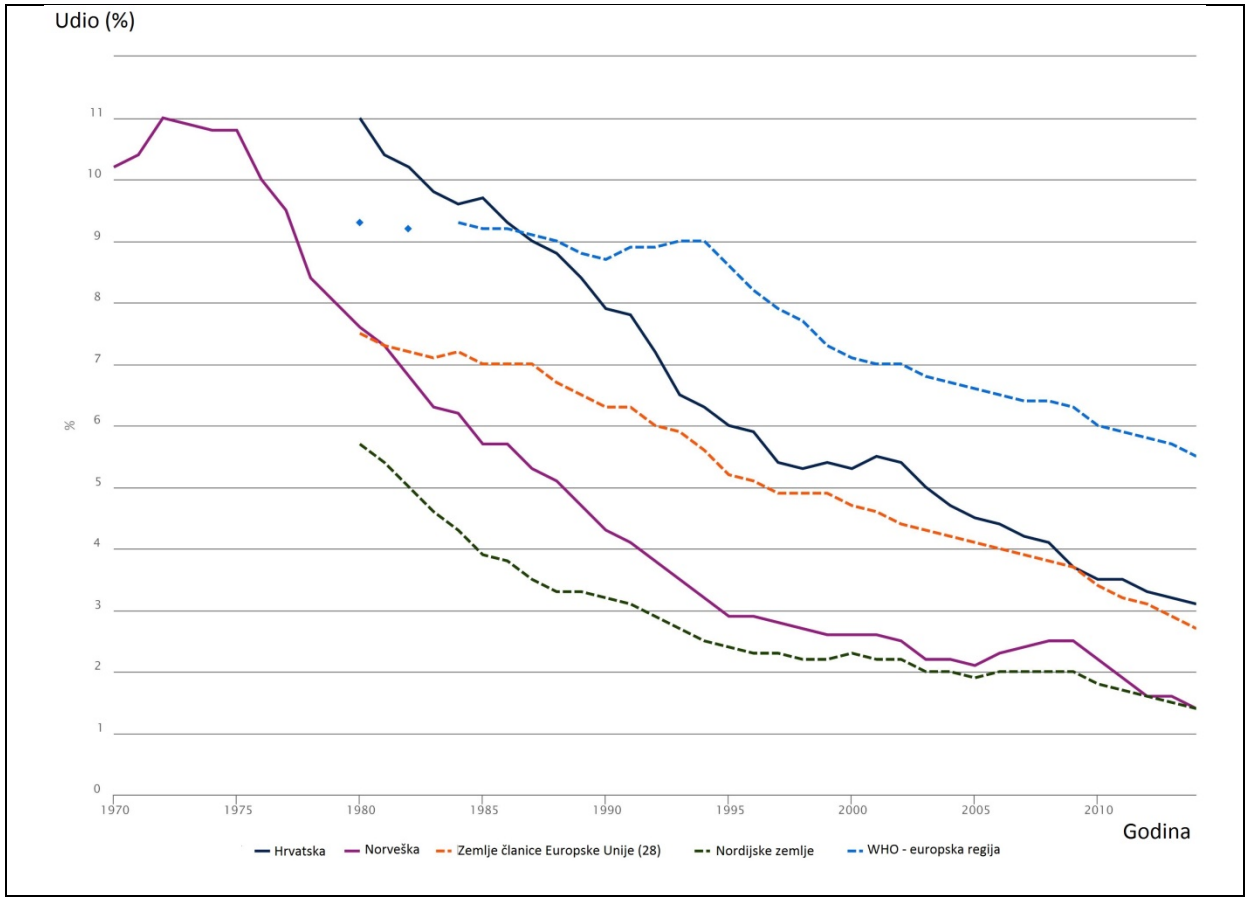
Zanimljivo je primjetiti da ako usporedimo različite države i regije, a koje se primarno razlikuju po socio-ekonomskom razvitku, da su ti trendovi generalno govoreći usporedni i usporedivi. Jednako tako, zanimljivo je primjetiti da je očekivani životni vijek u Hrvatskoj tek sada dostigao onaj iz sredine devedesetih godina u Norveškoj i drugim nordijskom zemljama.[1] Iz svega ovoga je jasno da ti trendovi prate socio-ekonomski napredak zajednice te da će se i oni Hrvatske u jednom trenutku izjednačiti s onima Norveške, a što će označiti dostizanje maksimuma biološkog potencijala duljine životnog vijeka naše vrste.

[1] Nordijske zemlje zemlje su članice Nordijskog Vijeća (Nordic Council), a to su Danska, Finska, Island, Norveška i Švedska, te pridružene članice Estonija, Latvija i Litva.

2: Pokazatelji zdravlja

2.1: Zdravlje majki i djece

Uz prirodne priraste i trendove kretanja populacija i neki drugi parametri koji govore o reproduktivnom zdravlju te zdravlju majki i djece. Porastom kvalitete socio-ekonomskih uvjeta u društvu raste i očekivani životni vijek pojedinca. Sličan, ali negativan trend vidljiv je i u udjelu žena koje su rodile prije 20te godine života, kao što je prikazano na Slici 11.



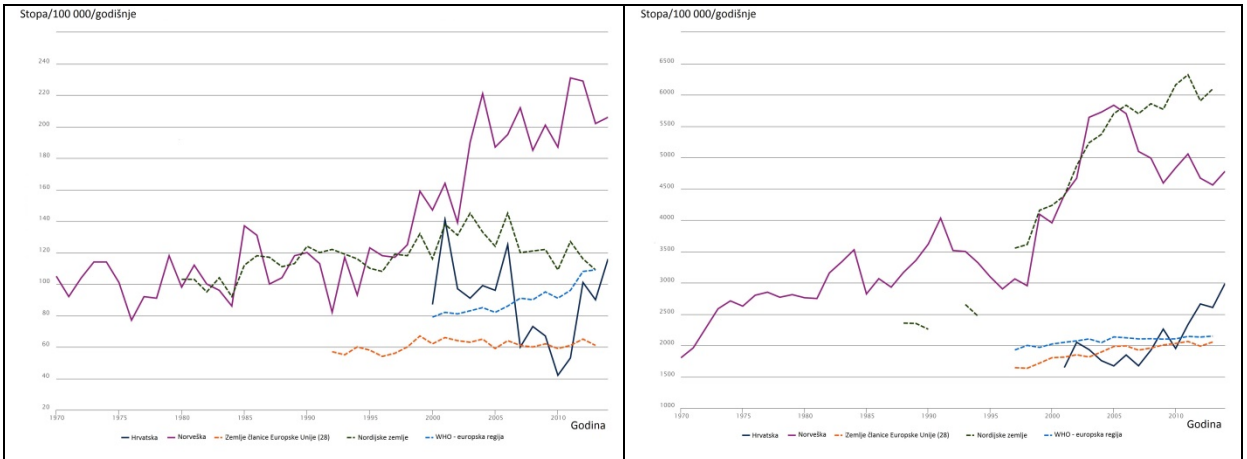
Slika 11 Udio majki rodilja mlađih od 20 godina

Izvor: http://www.who.int

Ove trendove može se objasniti većom razinom obrazovanja mladih žena s jedne strane i planiranjem obitelji s druge strane. Zanimljivo je primjetiti da Hrvatska prati trendove članica Europske Unije, no tek sada dolazimo do razine koju je Norveška dostigla već sredinom devedesetih godina, dok su te razlike krajem sedamdesetih i početkom osamdesetih godina bile manje.

Lagani silazni trend vidljiv je i u stopi mortaliteta rodilja koji je u Hrvatskoj pao s 10 na 100 000 u devedesetima na 7 na 100 000 stanovnika sada. U Norveškoj je on nešto manji i iznosi 5 na 100 000 stanovnika. Zanimljivo je spomenuti kako je stopa rođenja carskim rezom u Norveškoj vrlo niska i iznosi tek oko 165 na 1000 porođaja, a u Hrvatskoj je ona nešto viša i iznosi oko 195, dok je prosjek Europske Unije daleko veći i iznosi oko 275 na 1000 porođaja. Ovdje zasigurno postoje neki skriveni kulturološki faktori zavisni o regijama Europe koji rezultiraju takvim statističkim podacima.

Negativnije trendove pratimo u stopi rađanja djece s Down sindromom i drugim kongenitalnim malformacijama. Uočavaju se trendovi rasta što bi se donekle moglo objasniti sve većim udjelom majki starijih od 35 godina. Kretnje u Hrvatskoj od 2000. godine na ovamo ponešto su kaotične, no vrte se oko 100 na 100 000 živorođenih, što je u razini trendova nordijskih zemalja, a više od prosjeka EU koji iznosi 60 na 100 000. No taj podatak je relativan jer može značiti veću stopu medicinski indiciranih pobačaja u nekoliko većih zemalja Unije. Zanimljivo je ipak sagledati trendove u Norveškoj koji u ovom slučaju znatno odskaču od trendova nordijskih zemalja i iznose oko 200 na 100 000. Implicitno objašnjenje jest da su u Norveškoj majke spremnije rađati djecu sa sindromom Down, no opće stope pobačaja u Norveškoj usporedive su sa onima u ostalim nordijskom zemljama. Moglo bi se i zaključiti da su kod njih genetske malformacije nešto češće i da je tako incidencija sindroma Down u Norveškoj viša no u ostalim zemljama članicama, a da to ne vrijedi za ostale kongenitalne malformacij čije stope na 100 000 živorođenih u EU iznose oko 2000, u Hrvatskoj oko 3000, u Norveškoj oko 4750, a u ostalim nordijskom zemljama su više te iznose oko 5500. Svi spomenuti podaci vidljivi su na grafikonima na slici 12.



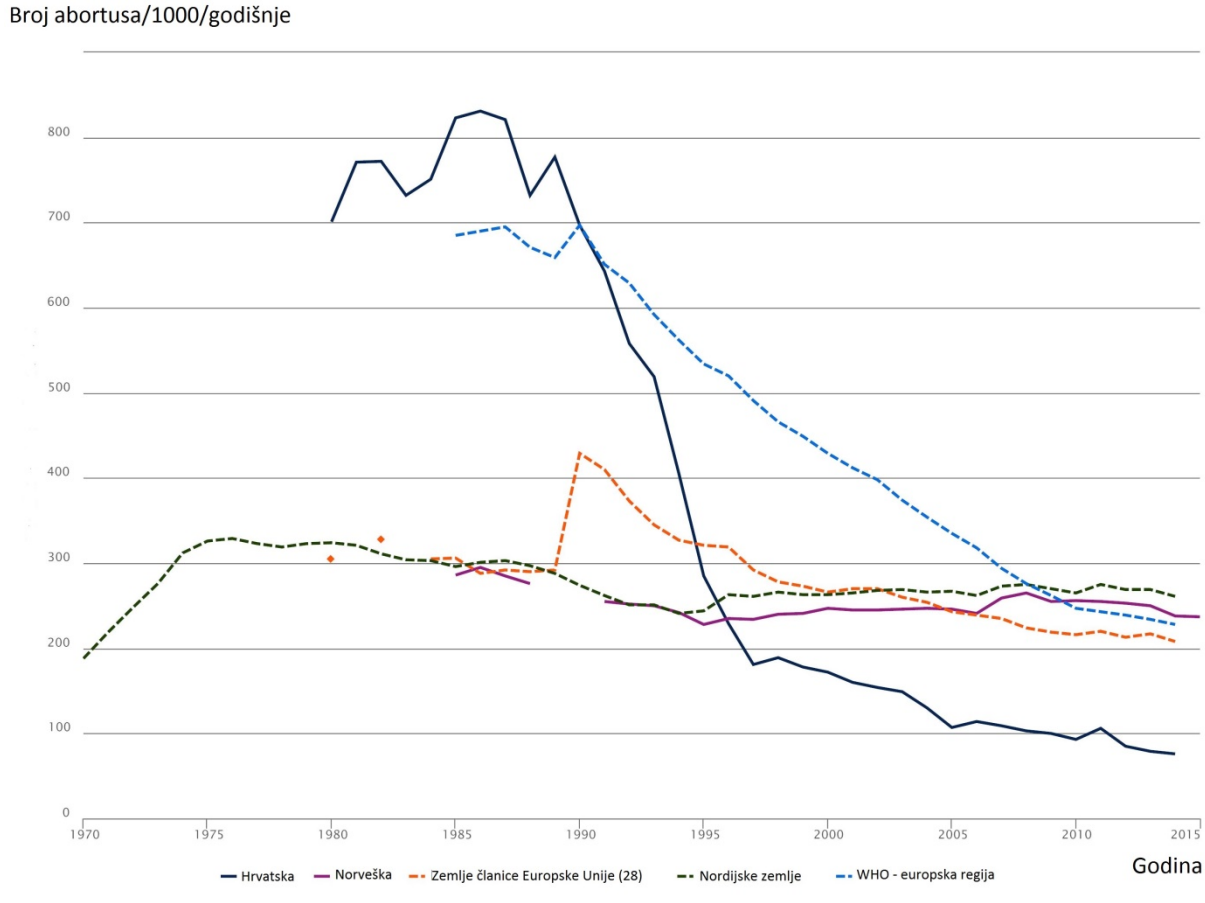
Stopa Down sindromoma na 100 000 živorođenih (a)	Stopa kongenitalnih malformacija na 100 000 živorođenih (b)

Slika 12 a, b Stope rođenih s Down sindromom i ostalim kongenitalnim malformacijama

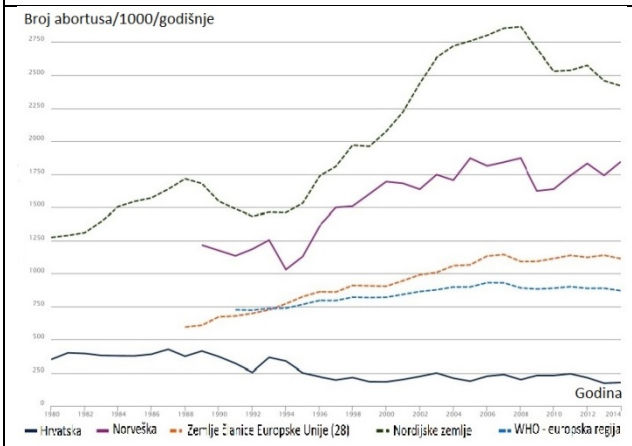
Izvor: http://www.who.int

U isto vrijeme trendovi općih stopa elektivnih pobačaja na 1000 živorođenih u istom razdoblju u svim nordijskim zemljama uključujući i Norvešku ostale su gotovo nepromijenjene i iznose oko 250. S druge strane, u Hrvatskoj su te stope doživjele snažan pad sa 750 na 1000 živorođenih u osamdesetima, na ispod 100 od 2010. do danas, odnosno stopa je dvostruko niža od one Europske Unije. I dok je situacija gotovo indentična za populaciju žena starijih od 35 godina, a što implicira da je planiranje trudnoće na ovaj ili onaj način postao dominantni faktor utjecaja na pojavu trudnoće u odraslih žena u Hrvatskoj, stanje u djevojaka mlađih od 20 godina u Hrvatskoj prati opće trendove, dok u nordijskim zemljama pokazuje trendove rasta.

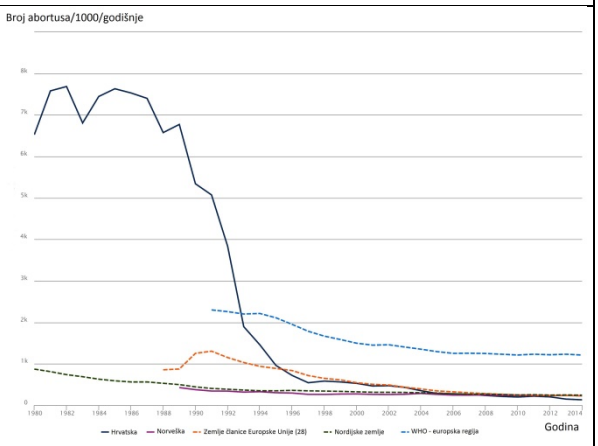
Prema podacima WHO-a za 2005., 88,4% oženjenih Norvežanki u dobi od 15 do 49 godina u planiranju obitelji koristi neki oblik medicinske kontracepcije, dok prema procjeni UN-a u Hrvatskoj to čini 50-70% žena.



a) Stope abortusa na 1000 živorođenih



b) Stope pobačaja u djevojaka mlađih od 20 godina



c) Stope pobačaja u žena starijih od 35 godina

Slika 13 a, b, c Opća stopa pobačaja (a), u mlađih od 20 godina (b) i u starijih od 35 godina (c)

Izvor: http://www.who.int

Trendovi stopa fetalne i perinatalne smrtnosti na 1000 rođenja u opadanju su u svim spomenutim regijama te iznose ispod 5 na 1000 i za Hrvatsku i za Norvešku i od 2010 se spuštaju ispod 4, dok je EU stopa fetalne smrti oko 5, a perinatalne smrtnosti oko 6 na 1000. Slično ukazuju i stopame rane neonatalne smrtnosti gdje su prosječne vrijednosti od 2010. za EU i Norvešku ispod 2, a Hrvatske oko 2,5 na 1000. Slična je situacija i s ranom smrtnošću, odnosno smrtnošću prije navršene 5. godine života, gdje trendovi padaju i gdje za Norvešku teže stopi od 2,5, a za Hrvatsku i EU onoj od 5 na 1000 rođenja. Situacija je samo nešto drugačija u kulturi dojenja, pa će tako svega pola hrvatica redovito dojiti dojenče u starosti od 3 mjeseca, dok će to raditi oko 85% norvežanki. Manje od petine hrvatica, ali oko dvije trećine norvežanki to će činiti s djecom od 6 mjeseci. [2]

Što se zdravlja djece tiče, valja spomenuti procjepljenost koja je za morbile, odnosno ospice u svim regijama Europe oko 95%. Procjepljenost je usporediva i za ostale zarazne bolesti za koje postoje cjepiva, no uzet je ovaj indkator zbog visoke kontagioznosti morbila, a zbog čega dolazi do pojave epidemije kada procijepljenost pada ispod 95%. A što smo, nažalost, i svjedoci da se događa diljem Europe u poslijednjih nekoliko godina.

[2] Podaci preuzeti sa stranica WHO: http://www.who.int

2.2: Opće zdravlje

Prehrana i tjelesna težina

Glede općeg zdravlja djece i odraslih vrijedi istaknuti da su i Hrvati i Norvežani među najvišim nacijama u svijetu, no za ovo su primarno zaslužni geni, a ne prehrana. Iako su obje zemlje pomorske i tradicionalno imaju poznato zdrave jelovnike s obiljem ribe i drugih zdravih namjernica, podaci govore da se hrvati ipak nešto nezdravije hrane kada je voće i povrće u pitanju te da ga jedemo oko 200 kilograma godišnje, dok se u EU prosječno konzumira oko 225 kilograma godišnje.

S ovime se u vezu može dovesti i pandemija debljine koja je u zapadnom svjetu zasigurno bolest modernog doba i uzrok velikog broja oboljenja kako krvožilnog, tako i lokomotornog sustava, ali i pojave šećerne bolesti tipa 2 sa prevalencijom od 5% stanovništva EU, odnosno 6% stanovništva Hrvatske, a što prate svi vezani komorbiditeta.

Jasno su vidljivi i dugoročni trendovi porasta prosječne tjelesne mase u populacijama, pa su tako prevalencije povećane tjelesne mase u odraslih (starijih od 18 godina) između 58,5 i 59%; najniže u Norveškoj, nešto više u Hrvatskoj, dok je prosjek EU najviši. Međutim, prosjek EU nešto je bolji kada je u pitanju pretilost, pa ona za odrasle iznosti 23%, a u Norveškoj i Hrvatskoj su u svakoj po nešto veće i približavaju se 23,5%.[3]

Ovo s jedne strane razbija predrasudu o tome da su građani Norveške barem što se tjelesne spreme tiče zdraviji ili pak da imaju zdravije navike, no treba se prisjetiti da je Norveška zemlja s velikim brojem imigranata iz drugih Europskih zemalja, pa je sasvim moguće da i oni dijelom utječu na ove podatke. Postoji i pozitivna korelacija između debljine i konzumacije alkohola, te negativna između debljine i konzumacije duhana, a što je utvrđeno i u Hrvatskoj[4] i što treba imati na umu obzirom na višu prevalenciju konzumacije alkohola u Hrvatskoj i Norveškoj.

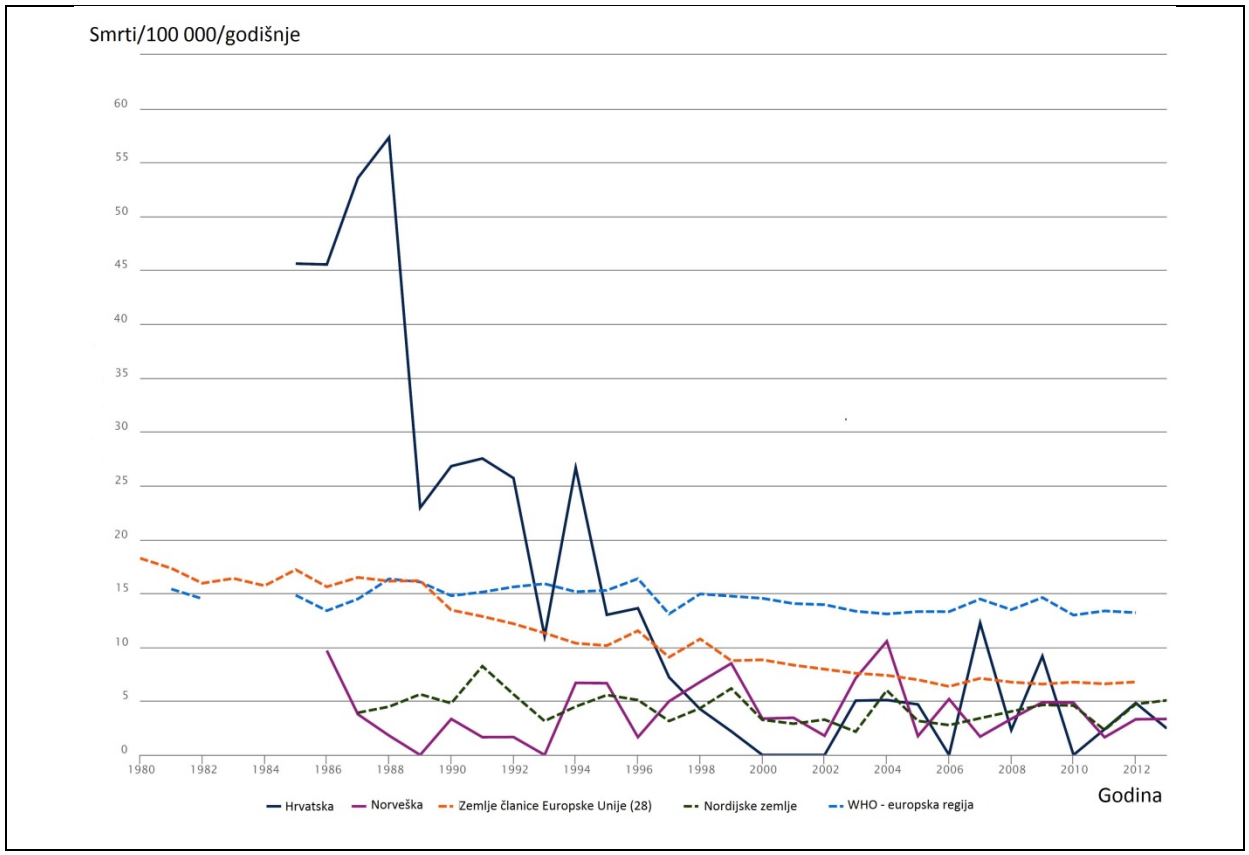
[3] WHO procjene

[4] S. Musić Milanović et al.: Health behavioral factors associated with obesity, Coll. Antropol. 33 (2009) Suppl.1

Kardiovaskularni sustav

Nadalje, treba spomenuti i kardiovaskularne bolesti. Prije svega, zanimljiva je slika 14 na kojoj je iz grafa vidljivo da je trenutno smrtnost od bolesti kardiovaskularnog sustava usporediva za Hrvatsku i Norvešku i iznosi oko 2,5, a za EU oko 7,5 na 100 000 stanovnika.

Graf je za nas zanimljiv i zbog očitog pada stope u Hrvatskoj od osamdesetih na ovamo.



Slika 14: Gruba stopa smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti

Izvor: http://www.who.int

Tjelesna aktivnost

Ne iznenađuje činjenica da je razina tjelesne aktivnosti i u Hrvatskoj i u Norveškoj ispod preporučene te da u Hrvatskoj čak 30,5% stanovništva u 2003. bilo tjelesno neaktivno[5], a do 2008. pokazuje se i tendencija pada intenziteta. U Norveškoj pak po podacima iz 2010. svega 20% populacije postiže 60 minuta umjerene tjelesne aktivnosti dnevno[6]. Ovo se dakako objašnjava sjedilačkim načinom života, koji je nažalost prevalentan.

Pušenje

Udio pušača starijih od 15 godina sredinom 90tih godina prošlog stoljeća bio je usporediv i gotovo identičan za Hrvatsku i Norvešku te su iznosili oko trećine populacije, što je bilo više od prosjeka EU i onog nordijskih zemalja koji su iznosili oko 28%. No, iako se vidi negativan trend i u nas i u ostalih, nordijske zemlje učinile su daleko najbolje javnozdravstvene akcije pa je tako udio pušača u njih oko 12,5%, u EU on iznosi 22,5%, a Hrvatska zadnjih desetak godina stagnira i zadržava se na oko 27,5%. Zanimljivo je reći da je 2003. taj udio bio usporediv i s onim u Norveškoj i s onim u EU te kako je EU od 2005. do 2010. vodila kampanju za prevencijom i prestankom pušenja (HELP Campaign[7]), koja je očito u EU imala učinka jer je udio pušača pao za 5%, a da je Norveška u tom periodu napravila značajno veće korake i smanjila postotak pušača na gotovo 10%. Još je značajniji podatak o prosječnoj godišnjoj konzumaciji broja popušenih cigareta po osobi, a koja u Hrvatskoj iznosi oko 1800, neznatno više od prosjeka EU, ali što je tri puta više nego u Norveškoj gdje je taj broj svega 600.

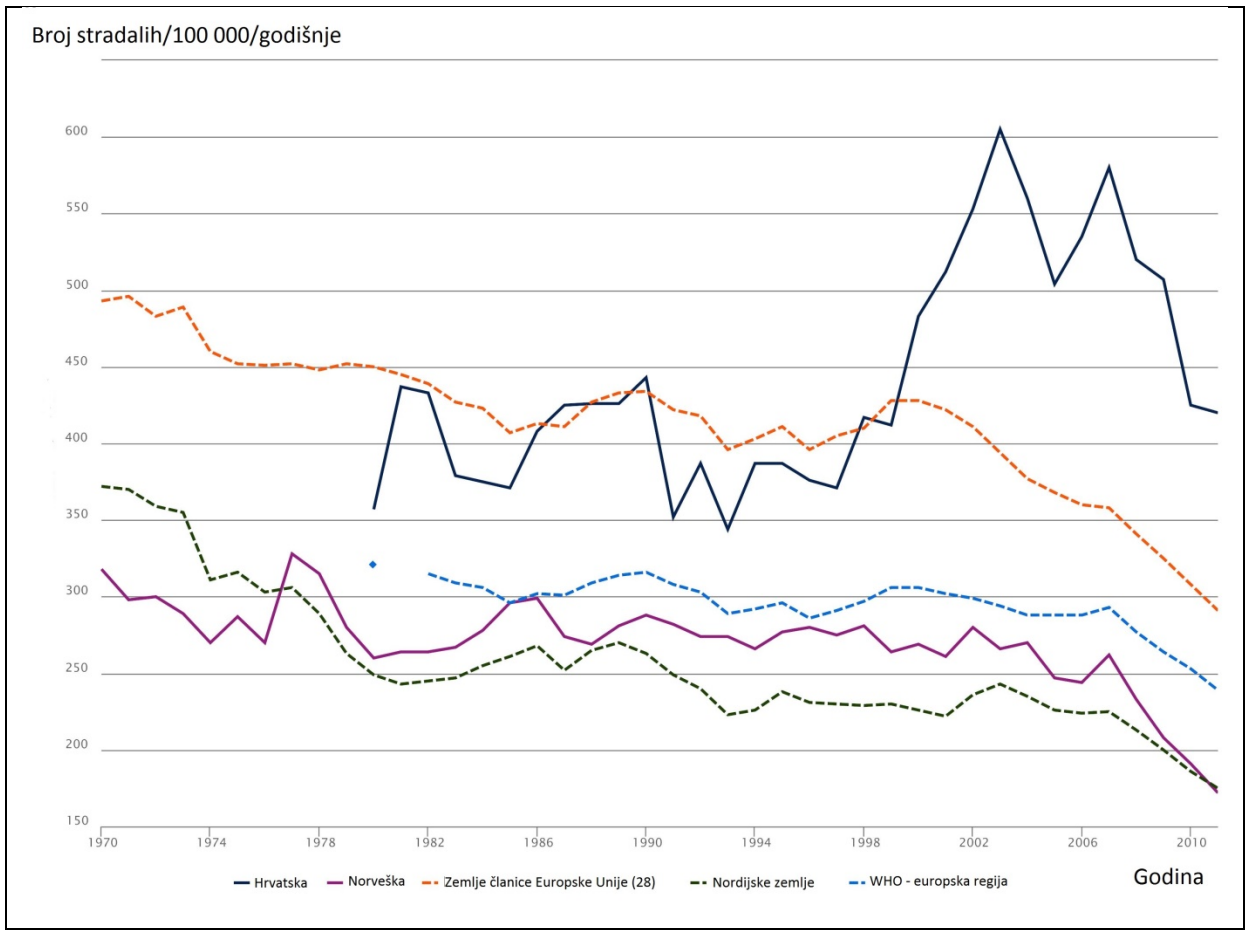
Konzumacija alkohola

Konzumacija čistog alkohola u populaciji starijoj od 15 godina u 2015. u Hrvatskoj dvostruko je veća od one u Norveškoj te iznosi oko 12 litara godišnje, dok je EU prosjek oko 10 litara godišnje. Važni podaci ovdje su činjenica da u Hrvatskoj postoji kultura konzumacije alkohola, a pogotovo vina te da se u većini države vino i rakija proizvode i za vlastite potrebe. U Norveškoj je situacija drugačija, a cijena alkohola u slobodnoj prodaji je daleko veća.

[5] Milošević et al., 2009.
[6] Hansen et al., 2012.
[7] https://ec.europa.eu/health/tobacco/help_en

Prometne nesreće

Kao što je vidljivo iz grafa na Slici 15, Hrvatska ovdje znatno odudara od norveških trendova i europskih trendova. Diljem Europe trendovi su silazni, a u Norveškoj oni su izrazito niski i od 2010. ispod 200 poginulih na 100 000 stanovnika godišnje. Hrvatska je s druge strane od kasnih devedesetih doživjela snažan rast broja poginulih te se prosječne stope kreću i iznad 500 poginulih na 100 000 stanovnika godišnje. Koliko je to povezano s općenitim nemarnim ponašanjem, konzumacijom alkohola u mladih, a koliko možda s izgradnjom autoputa koji je povezao zemlju i velikim priljevom turista tijekom ljetnih mjeseci je zanimljivo pitanje koje bi svakako bilo interesantno dublje istražiti.



Slika 15 Stopa poginulih ili stradalih u prometnim nesrećama

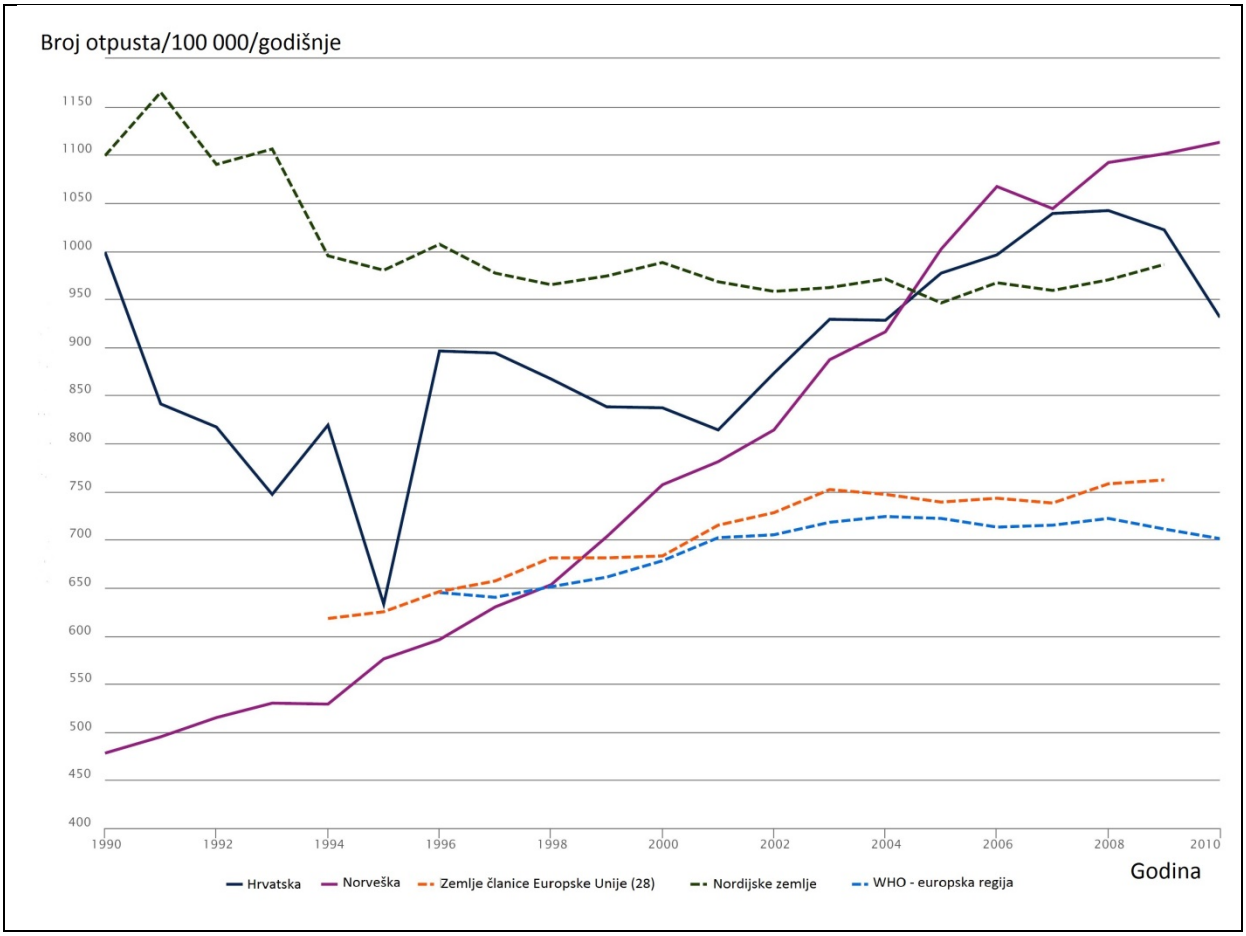
Izvor: http://www.who.int

Psihološki profil

Iz podataka o količini konzumiranog alkohola i broju poginulih na prometnicama, možda bi se indirektno moglo zaključiti nešto o psihološkom profilu nacije. S druge strane, očekivali bi da će isti u razvijenim zemljama biti kvalitetniji, a za samo Hrvatsku znamo da još danas nosi veliko psihološko breme rata.

No međutim, poznat je i podatak da su skandinavske zemlje među onima sa najvišom stopom samoubojstava na svijetu. Pa se postavlja pitanje gdje je ona očekivana korelacija između bogatstva nacije i njenog psihološkog stanja. Pogotovo ako imamo na umu da je GINI indeks u Skandinaviji vrlo nizak (odnosno da su razlike između slojeva društva relativno malene). Stoga, ako pogledamo na graf na slici 16 na kojem vidimo stopu otpusta zbog psihičkih bolesti i bihevioralnih poremećaja, vidjet ćemo da su od prijelaza stoljeća naovamo Hrvatska i Norveška po toj stopi sasvim usporedive i obje daleko iznad prosjeka EU (750 na 100 000 stanovnika).

U Hrvatskoj velik dio hospitalizacija zasigurno vuče korjenje iz razdoblja rata, ali Norveška za sobom ne nosi recentne društvene šokove koji bi mogli pojasniti ove kretnje.



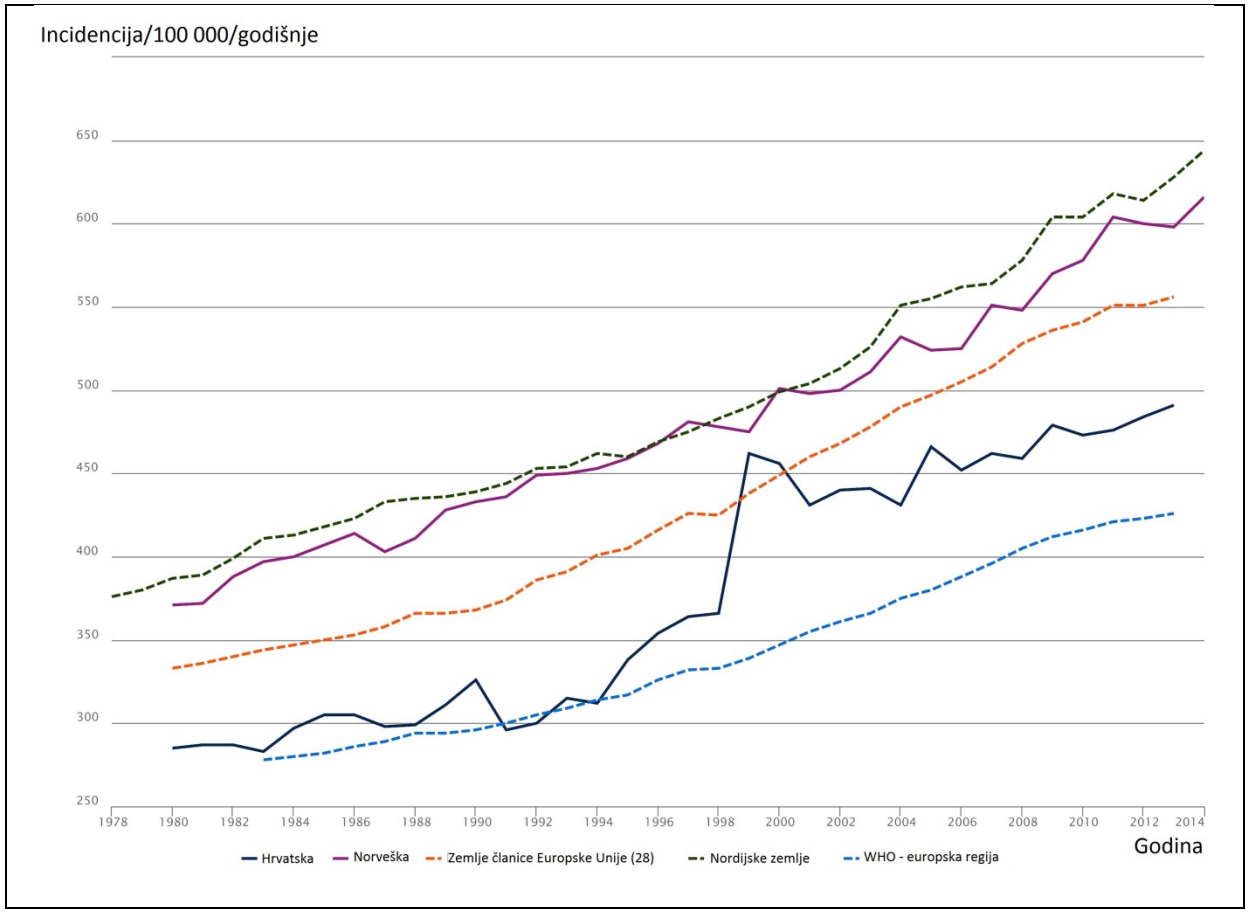
Slika 16 Stopa bolničkih otpusta za psihičke i bihevioralne poremećaje

Izvor: http://www.who.int

Kao što vidimo, stopa hospitalizacija vezanih uz psihička oboljenja se u Norveškoj u 2010. je u porastu i iznosi više od 1100 pacijenata na 100 000 stanovnika, dok je u Hrvatskoj od 2007. vidljiv lagan pad i u 2010. doseže stopu od 950 ljudi na 100 000 stanovnika. Kao i kod absentizma spomenutog na početku, a gdje smo rekli da je stopa istog bila u padu razvojem gospodarske krize, tako i ovdje vidimo smanjenje stope koji prati krizu. Ovaj, intuitivno gotovo kontradiktoran podatak bilo bi zanimljivo dalje istražiti.

Tumori

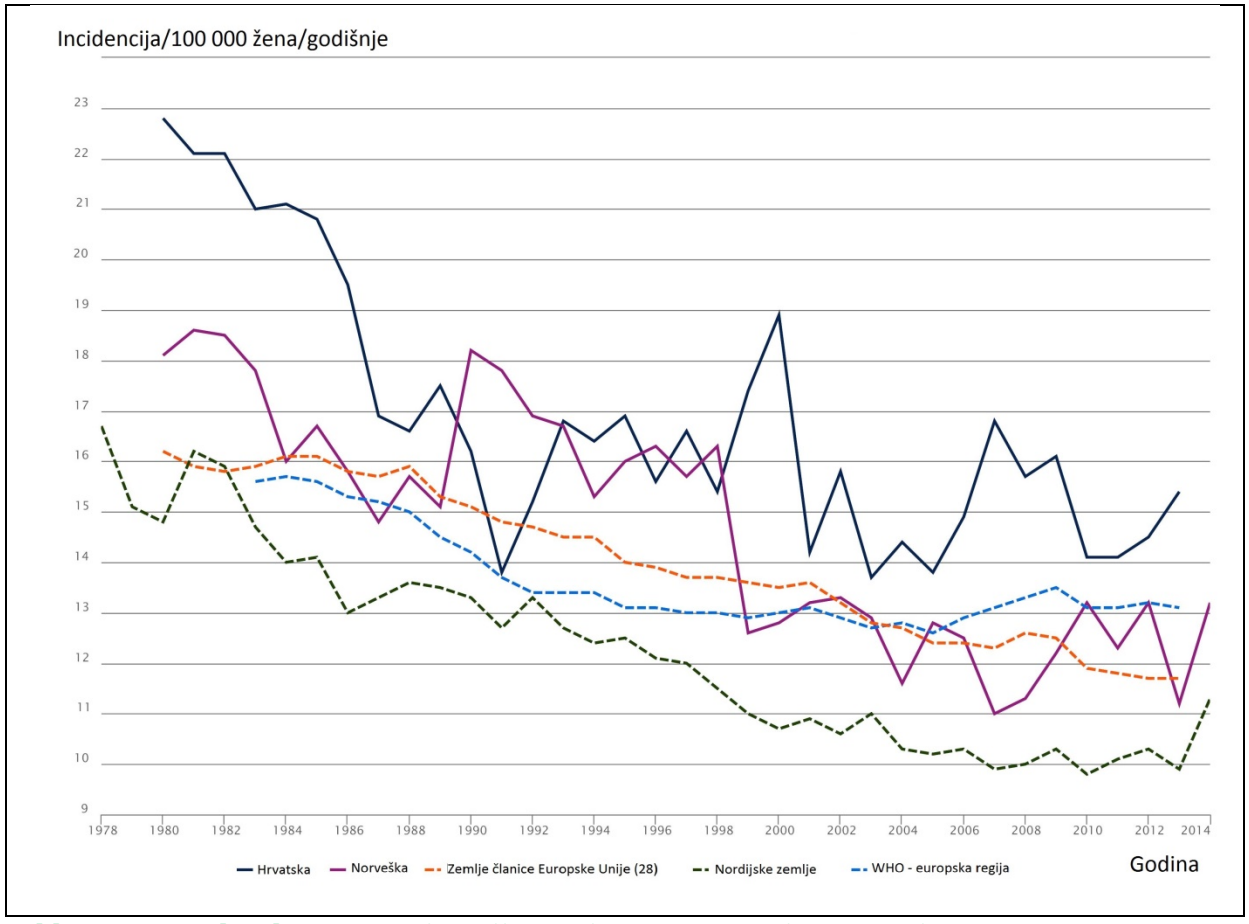
Incidencije pojave karcinoma u populacijama Hrvatske i Norveške (Slika 17) raste i u 2013. u Hrvatskoj je iznosila oko 500, u EU oko 550, a u Norveškoj iznad 600 slučajeva na 100 000 stanovnika. Budući da ovi trendovi prate trendove produljenja očekivanog životnog vijeka moguće je da je je pojava mutacija koje će uzrokovati nastanak karcinoma možda i neizbježan biološki standard koji nas prati.



Slika 17 Trendovi kretanja incidencija karcinoma

Izvor: http://www.who.int

Što se tiče nekih specifičnih sijela, za usporedbu su najzanimljivija ona koja se mogu prevenirati kroz javnozdravstvene akcije, pa prije svega možemo obraditi incidenciju karcinoma vrata grlića maternice, za koju su sekularni trendovi u padu od 1980tih na ovamo. Doduše, čitavo to vrijeme Hrvatska odudara od europskih prosjeka pa je tako naš prosjek još iznad 14 slučajeva na 100 000 stanovnika, ispod kojeg je EU pala još sredinom devesesetih.



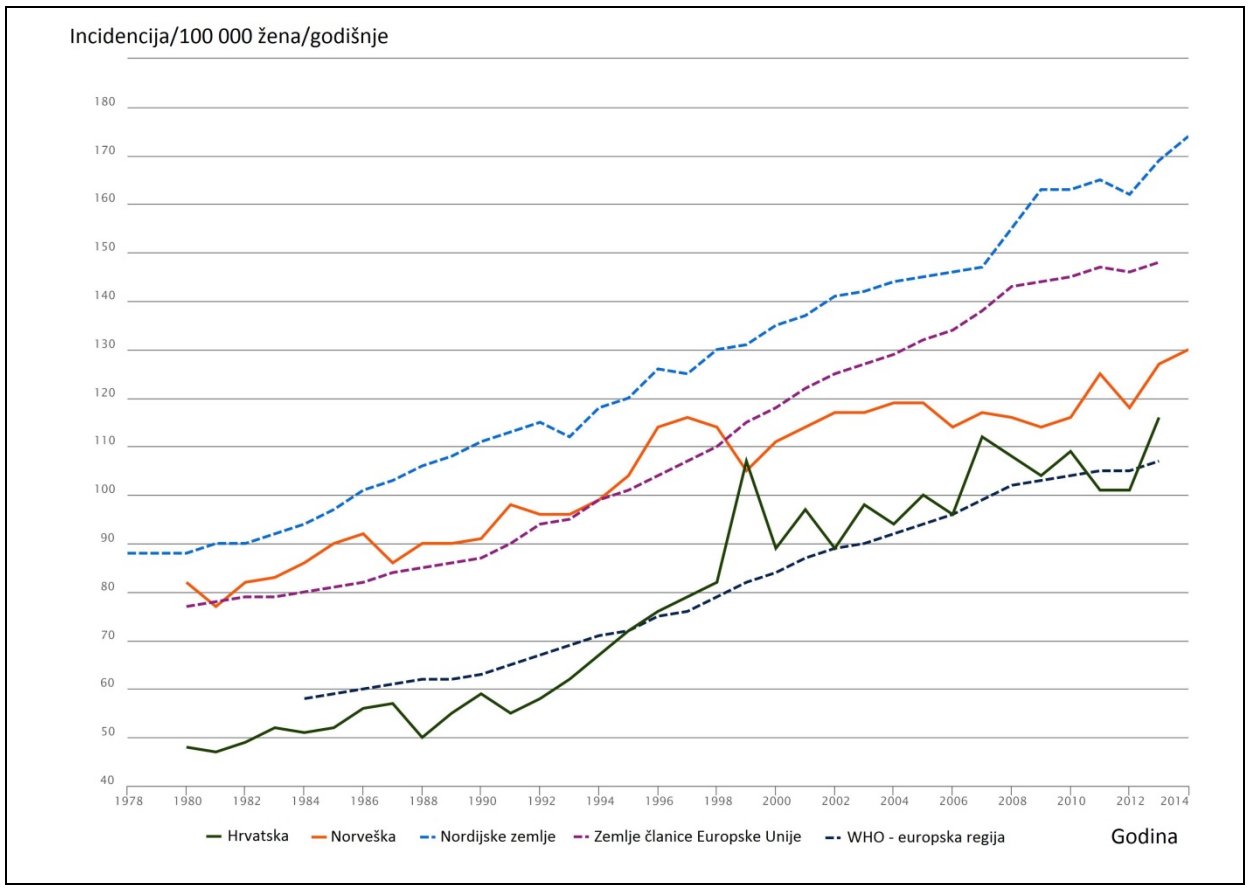
Slika 18 – Trendovi kretanja incidencija karcinoma vrata grlića maternice

Izvor: http://www.who.int

Silazni trendovi u osamdesetima i devedesetima mogu se zasigurno pripisati boljom kvalitetom primarne ginekološke zdravstvene zaštite i kvalitetnijim probirom PAPA testiranjem, no jasno je da Hrvatska na ovom području mora još puno napraviti. Što uključuje i širu uporabu cjepiva protiv HPV-a, a koji se kod nas tek nedavno (2016.[8]) uveo i još je dobrovoljan.

[8] Podatak sa stranice Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo: www.hzjz.hr

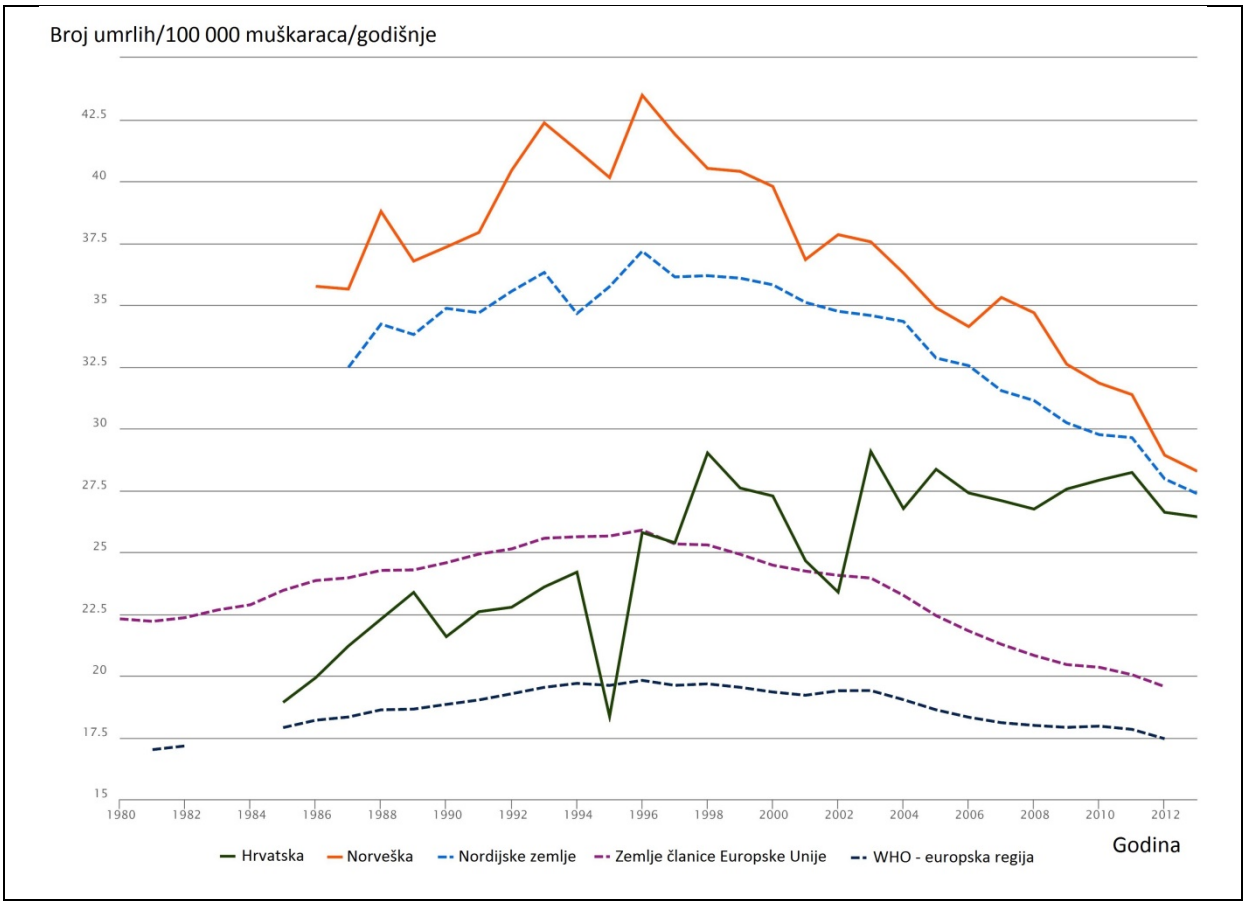
S druge strane, incidencija karcinoma dojke čije trendove vidimo na Slicu 19 u blagom je, ali konstantnom porastu u svim regijama Europe, pa je tako u Hrvatskoj trenutno oko 120, a u Norveškoj 130 slučajeva na 100 000 žena godišnje. Zanimljivo je primjetiti da je prosjek europske regije WHO usporedan s onim Hrvatske, a da je prosjek EU nešto viši i iznosi 150 slučajeva na 100 000 žena. Ovdje se postavlja pitanje nosli li moderan stil života određene faktore rizika ili su pak programi ranog otkrivanja u EU kvalitetniji pa je sukladno i incidencija relativno viša.



Slika 19 Trendovi kretanja incidencija raka dojke u žena

Izvor: http://www.who.int

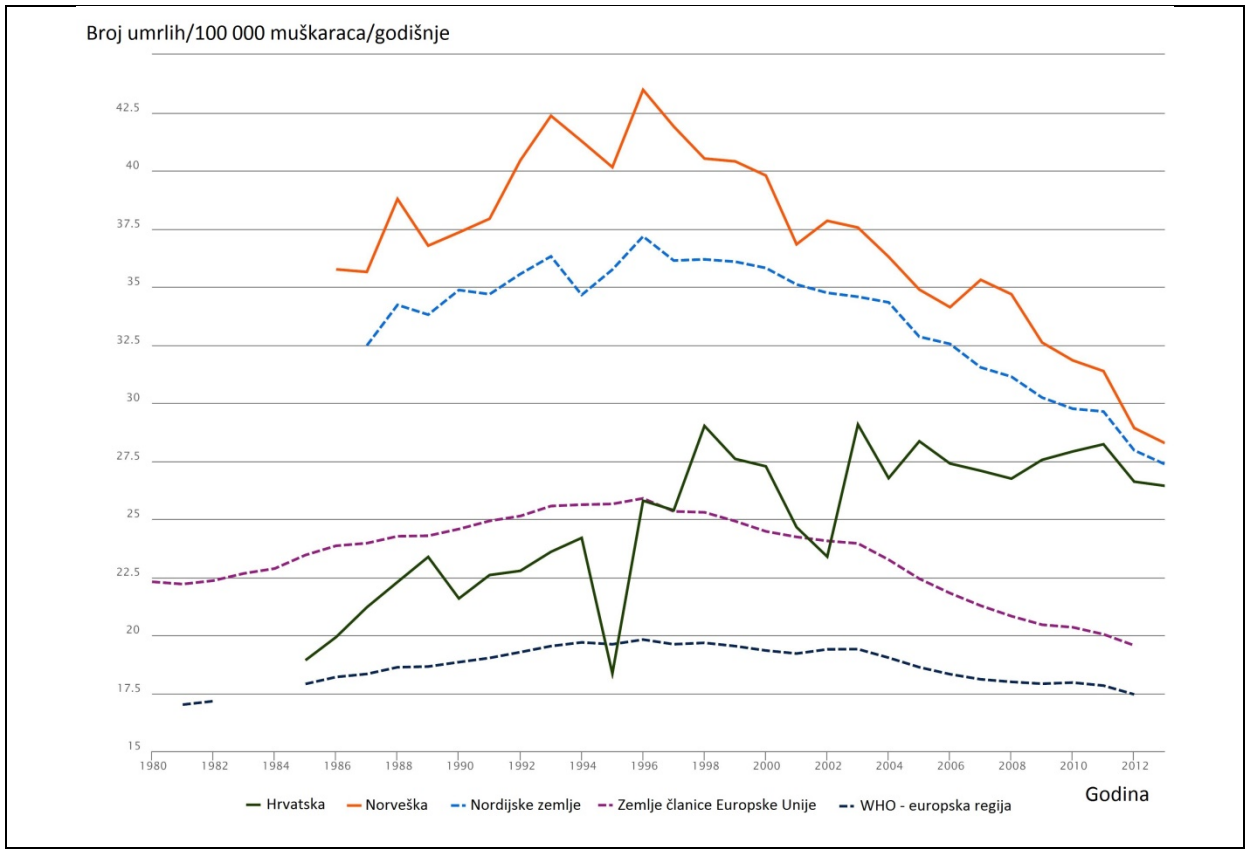
Međutim, ovi su brojevi relativni i kada usporedimo stope smrtnosti od karcinoma dojke, vidimo da Hrvatska ovdje zaostaje za europskim regijama te da je stopa smrtnosti kod nas iznad 25 na 100 000 žena, u usporedbi s onom u Norveškoj od 17 na 100 000. Iz ovih se podataka s relativno velikom vjerojatnošću može reći da programi ranog otkrivanja i liječenja karcinoma dojke u nas zasad ne dostižu očekivane rezultate (Slika 20).



Slika 20 Trendovi stopa smrtnosti od malignih tumora dojke u žena

Izvor: http://www.who.int

Što se pak karcinoma prostate (Slika 21) tiče, stope smrtnosti u nordijskim regijama više su od onih EU i europske regije WHO i iznose oko 27 na 100 000 muškaraca godišnje, a toj stopi se približila i Hrvatska. Nažalost, kod nas je trend porasta prisutan od 80tih godina prošlog stoljeća kada je bio oko 20 slučajeva na 100 000 muškaraca. Prosjek EU sredinom 90tih imao je svoj maksimum i iznosio iznad 25 na 100 000, a danas je niži, 20 slučajeva na 100 000 muškaraca. Iz ovih podataka je očito da se, kao i karcinom dojke, karcinom prostate u Hrvatskoj otkriva u kasnijim fazama nego što bi trebao i da preventivni programi nisu postigli očekivano. Zanimljivo je da trendovi u nordijskim zemljama odudaraju od europskih prosjeka i da su desetljećima viši. Ovaj podatak ukazuje da je to sijelo vrlo vjerojatno češće pogođeno razvojem karcinoma u nordijskih naroda zbog nekih genetskih, prehrambenih ili inih razloga.

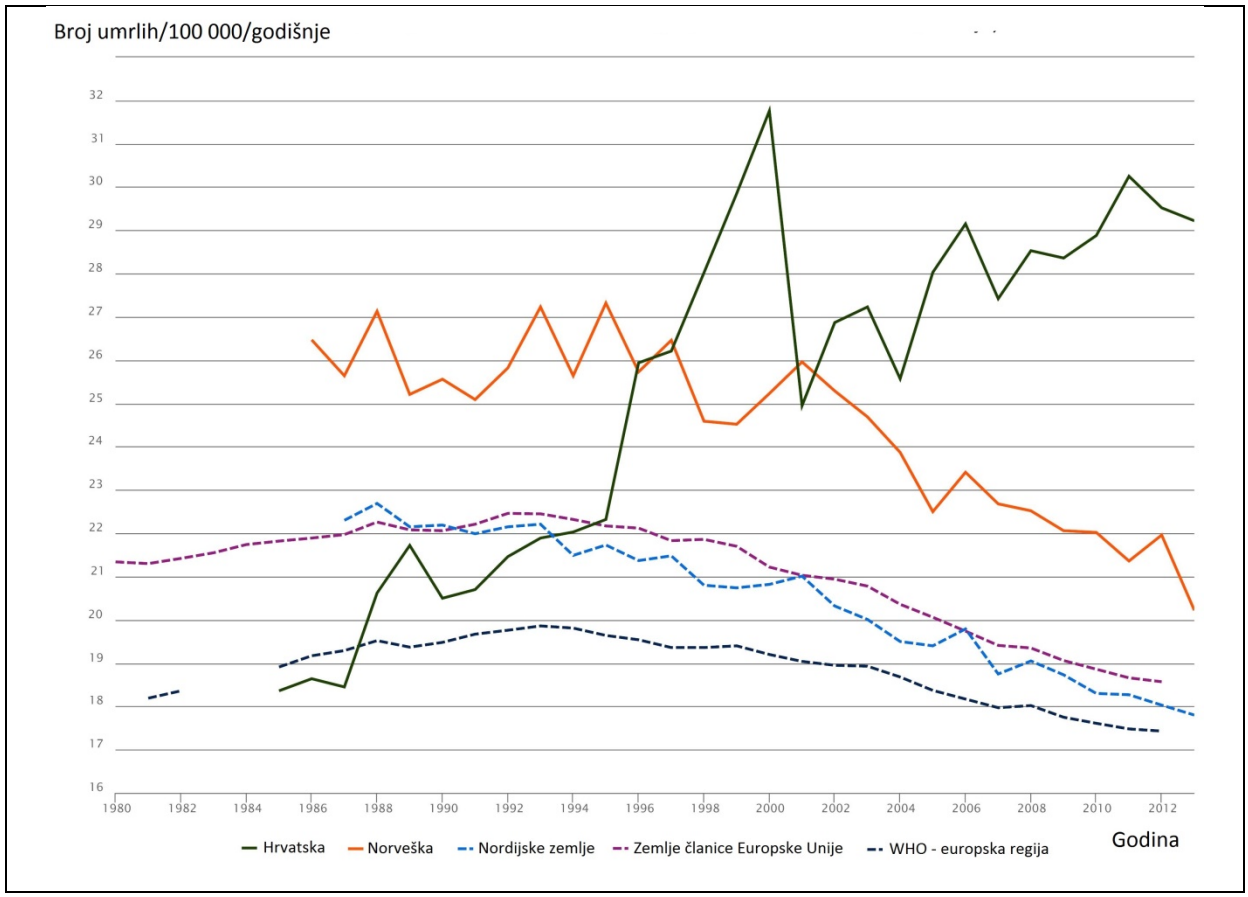


Slika 21 Trendovi stopa smrtnosti od malignih tumora prostate

Izvor: http://www.who.int

Da preventivni programi u hrvatskoj nisu efikasni koliko bi mogli biti pokazuju i trendovi stopa smrtnosti od kolorektalnih karcinoma kao što vidomo na Slici 22.

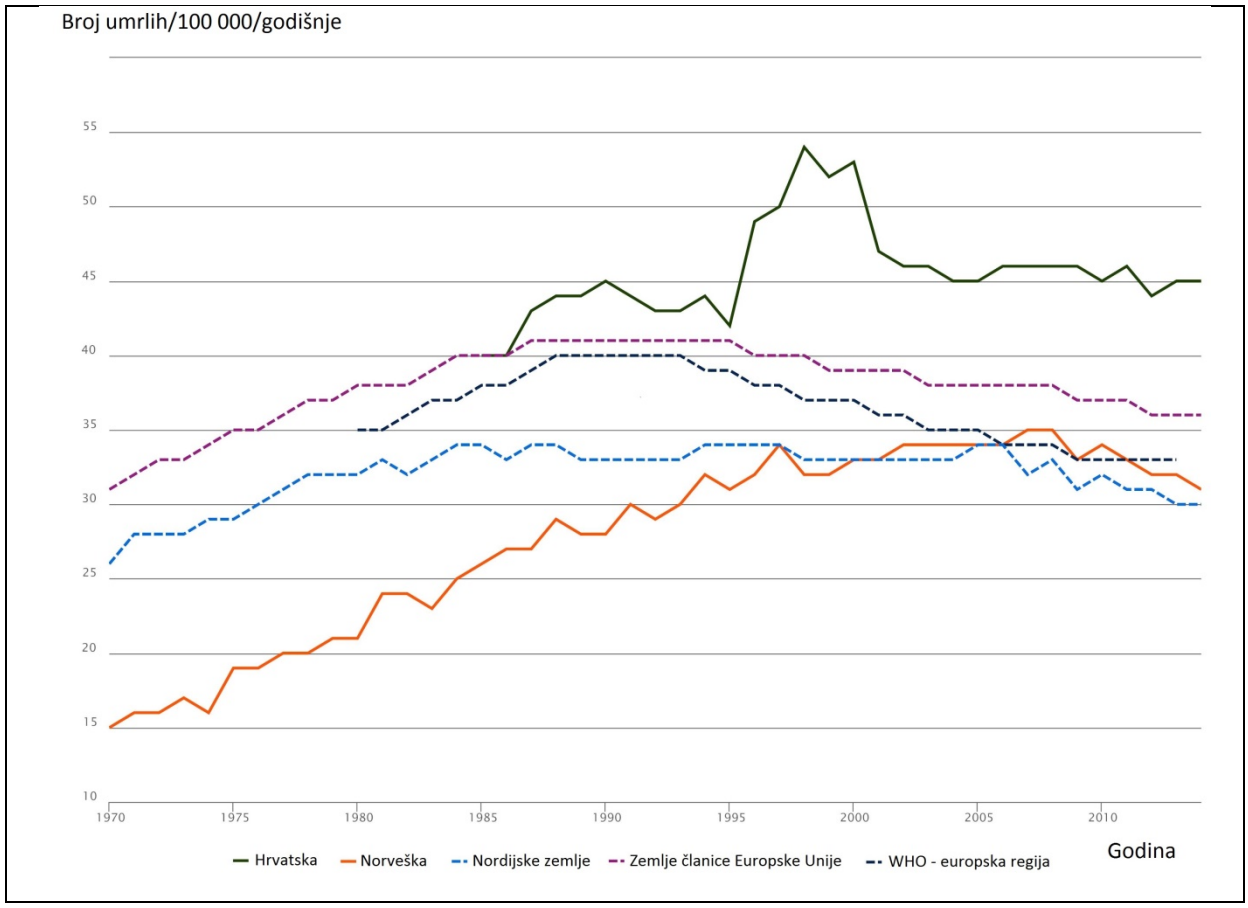
Uočljiv je trend rasta od 80tih kada su bili ispod 20 slučajeva na 100 000 stanovnika godišnje, do danas kada ta stopa iznosi 30 slučajeva na 100 000 stanovnika godišnje. Osamdesetih su te stope bile niže od europskih prosjeka i daleko niže od norveških, a danas su one više od europskih prosjeka.



Slika 22 Trendovi stopa smrtnosti od malignih tumora kolorektalne regije

Izvor: http://www.who.int

Zanimljivo je ove stope usporediti sa stopama smrtnosti od karcinoma dišnih puteva, a koje su unazad petnaestak godina u Hrvatskoj konstantne te iznose 45 slučajeva na 100 000 ljudi godišnje. Norveška je do 2005. pokazivala trend rasta, nakon toga trend pada i danas iznosi 30 smrti na 100 000 stanovnika godišnje. Europski trendovi pokazuju konstatan pad od sredine 90tih do danas. Ovo pokazuje uspješnost preventivnih akcija poput HELP kampanje o kojoj je već bilo riječi. Zanimljiva je činjenica da su stope smrtnosti u Hrvatskoj tijekom rata blago pale, pa nakon rata naglo skočile, da bi tek 2004. dosegle razinu iz 1990 (Slika 23).



Slika 23 Trendovi stopa smrtnosti od malignih tumora dišnog sustava

Izvor: http://www.who.int

3: Zdravstveni sustavi

Nakon usporedbe pokazatelja zdravlja može se zaključiti kako su, možda i iznenađujuće, Hrvatska i Norveška po mnogočemu slične i generalno govoreći zdrave zemlje. Svaka nosi svoje breme izazova, specifičnosti i područja na kojma može poraditi, a možda i naučiti jedna od druge, no u globalu narodi naših država pripadaju zdravijim nacijama zapadne civilizacijske hemisfere.

Pitanje koje se nameće jest kako je zdravstveni sustav organiziran, odnosno kako je taj razvoj postignut imajući na umu da su obje države pred svega stotinjak godina bile relativno siromašne zajednice sa većinski seljačkim stanovništvom i vrlo niskom razinom urbanizacije. Naime, i jedna i druga država, svaka na svoj način, u jednom je trenutku u 20. stoljeću zdravlje naroda postavila kao svoj prioritet te društvo i državu organizirala kroz prizmu ideje socijalne države te univerzalnog zdravstvenog osiguranja, odnosno egalitarnog pristupa zdravstvenom sustavu. Ideje su to koje europljani danas uzimaju zdravo za gotovo, no koje pred svega stotinjak godina nisu bile opće prihvaćene, a ponekad su se i kosile sa drugom dominantnom ideologijom 20. stoljeća, kapitalizmom[9].

Hrvatska je tako u razdoblju između dva rata imala 3 zdravstvena osiguranja, osnovana 1922., no ona su bila staleška i/ili privatna, a ti sustavi nisu pokrivali cijelo stanovništvo i nije postojala centralna koordinacija kakva je danas standard. Sustav je bio ograničeno efektivan i bez egalitarnih ideala, iako valja imati na umu da su postojale i vladine i nevladine organizacije koje su se bavile društvenim zdravljem, a pred 100 godina osnovan je i Medicinski fakultet u Zagrebu.

S druge strane, Norveška od svog osamostaljenja gradi socijalnu državu. Danas to nazivamo „skandinavskim modelom“ jer uistinu jest dominantan i u okolnim dražavama koje sa Norveškom dijele puno socio-ekonomskih obilježja u zemljama članicama Nordijskog vijeća. Ideja egalitarizma i prava stanovništva na dostupnost zdravstvenom sustavu okosnice su velikih reformi koje svoj zamašnjak postižu nakon 70tih godina prošlog stoljeća kada Norvška počinje iskorištavati novootkrivena nalazišta fosilnih goriva u Sjevernom moru te prihode od istih koristi kako za pokretanje ostatka ekonomije, tako i osnaživanja socijalne države.

Hrvatska pak značajniji zaokret radi u razdoblju nakon Drugog svjetskog rata kada sa preostalim državama Jugoslavije postupno uvodi socijalistički model i čini značajne korake prema egalitarnom zdravstvenom sustavu. To nasljeđe izgrađeno je i na radu Andrije Štampara koji svoj rad započinje još 1912. u Karlovcu, a nastavlja na lokalnoj i globalnoj razini. Međutim, činjenica je da je obavezno zdravstveno osiguranje u SR Hrvatskoj uvedeno tek 1945. godine te da je od tada sustav sličan i vodi se kroz porez na dohodak i dijelom iz državne blagajne. Ranije spomenuta 3 osiguravajuća društva

[9] Podaci u poglavlju preuzeti sa http://www.hspm.org (*eng. Health Systems and Policy Monitor*)

preživljavaju do 1993. kada se objedinjuju u Hrvatski Zavod za Zdravstveno Osiguranje (HZZO) koji i do danas ostaje dominantna osiguravajuća kuća u Hrvatskoj. Privatno zdravstveno osiguranje kao i u Norveškoj pojavljuje se tek nakon ranih 2000tih i to u vidu dopunskih i dodatnih zdravstvenih osiguranja i ne čini značajan dio tržišta osiguranja.

Iako je u Hrvatkoj zadržan sustav direktne naplate obaveznog zdravstvenog osiguranja kroz porez na bruto iznos plaće, a u Norveškoj se sustav naplaćuje direktno iz državne blagajne, zanimljivo je reći da obje države sustav dominantno financiraju iz javnih sredstava; Hrvatska 82%, a Norveška 85%, dok ostatak otpada na izravna terećenja. Valja ipak spomenuti da iako je HZZO odvojen od državne blagajne država ipak pokriva dio troškova zdravstva pa je tako u 2013. 15% troškova pokriveno direktno iz državnog proračuna, a Ministarstvo zdravstva i danas ima svoj proračun koji koristi pretežito u infrastrukturna ulaganja.

Ovdje se već vide naznake razlika u stabilnosti financiranja zdravstvenih sustava što je u Hrvatskoj praćeno velikim brojem reformi koje su su često padale upravo na stavci financiranja. A ovdje se prvenstveno misli na odvajanje HZZO-a od državne blagajne te s druge strane na nemogućnost lokalnih zajednica da financiraju lokalne institucije, a što je često zahtjevalo intervenciju sa strane države. No, i tu postoji sličnost između Hrvatske i Norveške jer obje države dio trškova financiraju iz državnog proračuna, a dio ostaje u nadležnosti lokalnih zajednica.

Hrvatska je u 2014. za zdravstvo trošila 7,8% BDP-a, odnosno 17,6% državnog poračuna u 2013., pri čemu u Europi pada u začelje zemalja po postotku BDP-a koje troši na zdravstvo. Norveška je u 2014. na zdravstvo potrošila 9,7% BDP-a.

Ovi podaci su relativni i valja imati na umu da je životni standard u Norveškoj viši od onoga u Hrvatskoj, što znači da će značajnija sredstva morati biti odvojena za plaće zdravstvenih radnika, koje u obje države iznose oko 30%. Norveška taj trošak može pokriti, a u Hrvatskoj se nedostatak sredstava osjeća kroz manjak radnika u zdravstvenom sustavu sa 3,126 liječnika i 6,141 ostalog medicinskog osoblja, sestre i primalje, na 1000 stanovnika, dok je u Norveškoj bilo 4,42 liječnika i čak 17,406 sestara i primalja na 1000 stanovnika u 2014. godini[10].

Idućih 30tak posto su relativna sredstva koja se odnose na kupnju lijekova i opreme, a koja je u Norveškoj jeftinija zbog relativnih odnosa dostupnih sredstava i tržišnih troškova.

Međutim, niti ova izdašna sredstva ne znače da je Norveški sustav u potpunosti besplatan. Dio troškova tereti se direktno, kao naprimjer gotovo sva dentalna njega odraslim osobama. U Hrvatskoj je sustav ponešto kompleksniji pa se dio tereti direktno, a dio toga se može pokriti dopunskim zdravstveni osiguranjem. No u oba slučaja postoji maksimum jednokratne uplate koja se može teretiti

[10] Podaci preuzeti sa stranica WHO: http://www.who.int

na osiguranika, osim u slučaju korištenja usluga privatnika. U Hrvatskoj on iznosi 2000 kuna, a u Norveškoj ga ministarstvo određuje na godišnjoj razini.

Zanimljivo je spomenuti kako je jedan od prioriteta Norveške vlade poslijednjih godina povećati dostupnost zdravstvenom sustavu u ruralnim regijama te da su identificirali socio-ekonomske razlike u društvu kao izvor razlika u kvaliteti zdravlja te pokušavaju sustav učiniti još egalitarnijim. Ovo čine kroz razne nacionalne i regionalne programe, ali i redistribucijom sredstava iz bogatijih regija u manje bogate, odnosno koordiniranim investicijama u zdravstvo na svim razinama. Sve ovo je još zanimljivije kada se sjetimo kako je Norveška jedna od najegalitarnijih zemalja sa vrlo niskim GINI indeksom.
Hrvatska s druge strane, nažalost, iako formalno ima egalitaran sustav, gradi dijelom regresivan sustav naplate što znači da osobe nižeg socio-ekonomskog statusa iako formalno imaju sva prava, nekada nemaju financijska sredstva ta prava iskoristiti ili uopće mogućnost živjeti zdrav život. Ovdje valja razumjeti da je zbog smanjenja udjela radnog stanovništva oblik financiranja kroz porez na bruto iznos plaće postao neodrživ, pa je država uvela dodatno i dopunsko osiguranje koje plaćaju svi građani koji to žele. Ovaj model je u suštini regresivan jer su osobe sa nižim socio-ekonomskim statusom osjetljivije na ove oblike plaćanja pa država, lokalne zajednice i neke institucije pokrivaju dopunsko zdravstveno osiguranje osjetljivijem dijelu društva. A zanimljivo je da sličnu uslugu nudi i Liječnička komora.

Iz svega ovoga jasno je da Hrvatska još uvijek ima sustav koji je socijalno, a time i indirektno i regionalno podijeljen, te čija kvaliteta često ovisi o ograničeni lokalnim sredstvima i kvaliteti lokalnih ljudskih resursa.

Ovdje dolazimo do odnosa između centralizacije i decentralizacije, a koji obje države pokušavaju postići. Generalno gledajući, u obje je države organizacija primarne i većinom sekundarne zdravstvene zaštite u rukama lokalne zajednice, a organizacija tercijarne zaštite u rukama države. No značajna razlika je u tome što je od 2002. Norveška podijeljena u 4 regije koje zapravo imaju dominantnu ulogu u organizaciji, ali i financiranju zdravstvenih sustava. Dio odgovornosti nose i lokalne zajednice i njihov je utjecaj osjetljiv samo na osnovnim razinama primarne zdravstvene zaštite. U Hrvatskoj je s druge strane zdravstveni sustav oslonjen na državni županijski ustroj, pa je tako 20 županija i Grad Zagreb uključeno u vlasničke strukture, organizaciju i koordinaciju zdravstvenih sustava na lokalnim i županijskim razinama. I ovdje se primjećuju velike razlike u kvaliteti zdravstvene zaštite jer neke županije imaju ograničena sredstva zbog čega i ne čudi da je državna intervencija kroz sustav sanacijske uprave gotovo očekivana pojava.

Sustav se poboljšava nakon 2002. godine uvođenjem projekta Zdravih županija, a koji je u osnovni organiziran tako da svaka županija kroz vlastite kapacitete rješava svoje prioritete na način primjeren

toj zajednici, dok centar omogućava edukaciju i osnaživanje lokalnih potencijala. Zanimljivo je da se ovo događa iste godine kada i Norveška uvodi svoju regionalizaciju.

Hrvatska nadalje iskorištava pretpristupne fondove EU, a ulaskom u EU 2013. neke lokalne zajednice uspjevaju i povući značajnija sredstva iz investicijskih i kohezijskih fondova. Međutim, regionalne razlike još uvijek postoje pa država često intervenira, sanira dugove i/ili ulaže sredstva Ministarstva zdravstva koja se primarno koriste za infrastrukturu.

Zanimljivo je primjetiti da u Hrvatskoj postoje 4 medicinska fakulteta koji s pratećim kliničkim centrima donekle nose teret regionalizacije, no to se prvenstveno odnosi na specijalističku, tercijarnu zdravstvenu njegu, dok je u drugim sferama regionalizacija i regionalna suradnja još uvijek neputpono iskorišten potencijal.

Iz svega ovoga ne čudi da su u Norveškoj prioriteti zdravstvenog sustava usmjereni prema pacijentu, odnosno na osnaživanje i izgradnju navika o aktivnoj brizi o zdravlju te na zajednicu i obitelj kojoj se polako pridodaje sve aktivnija uloga u društvu zdravlja. S druge strane, hrvatski prioriteti još su uvijek usmjereni na sustav i infrastrukturu pa se recikliraju projekti poput ideje o izgradnji Sveučilišne bolnice u Zagrebu, a postojeća infrastruktura često zahtjeva kapitalne investicije i obnovu. No veći izazov vjerojatno će u nadolazećem razdoblju biti ljudski resursi jer EU omogućuje slobodno kretanje radnika zbog čega značajan dio specijalista, ali i studenata razmišlja o odlasku iz Hrvatske. Norveška je u tom smislu neto dobitnik i ima razvijen sustav upošljavanja stranih liječnika. Dapače, relativno uspješno uspijeva riješiti i pokrivenost svojih ruralnih sredina motivirajući liječnike dodatnom edukacijom, uvjetima rada i slično. Hrvatska još uvijek ima izazove ne samo s pokrivenošću ruralnih sredina u kontinentalnom dijelu, već i s pokrivenošću na otocima, a što donekle otežava i činjenica da se potrebe tijekom turističke sezone povećavaju i zahtjevaju organizaciju sezonskih zdravstvenih radnika u priobalju.

Ovo poslijednje jest izazov, no i naznaka potencijala razvoja zdravstvenog turizma jer je Hrvatska još uvijek konkurentna zbog niske cijene rada, a što se već dijelom iskorištava; poglavito u području dentalne medicine.

Zahvale

Zahvaljujem mentorici, docentici Musić Milanović te docentu Džakuli na pomoći i usmjeravanju tijekom pripreme i izrade ovog rada. Također zahvaljujem svim nastavnicima i nenastavnom kadru koji su me podučavali i podržavali na mom dosadašnjem putu. Posebno zahvaljujem obitelji i prijateljima bez kojih bi taj put bio daleko teži.

Literatura

1. UNData: Odjel za statistiku Ujedinjenih Naroda, New York (NY), USA; [pristupljeno: 15.05.2017.] Dostupno na: http://data.un.org
2. Eurostat: ured za statistiku Europske Unije, Luksemburg (LU); [pristupljeno: 15.05.2017.] Dostupno na: http://ec.europa.eu/eurostat
3. Svjetska zdravstvena organizacij; Regionalni ured za Europu, Kopenhagen (DE) [pristupljeno: 17.05.2017.] Dostupno na: http://www.who.int
4. Gapminder: Stockholm (SE); [pristupljeno: 10.05.2017.] Dostupno na: www.gapminder.org
5. Btlas: Martin De Wulf, Brussels (BE); [pristupljeno: 10.05.2017.] Dostupno na: www.populationpyramid.net i www.btlas.com
6. Priopćenje Državnog zavoda za statistiku RH, 2016., broj 7.1.2., ISSN 1330-0350
7. S. Musić Milanović et al.: Health behavioral factors associated with obesity, Coll. Antropol. 33 (2009) Suppl.1
8. Milošević M, Golubić R, Mustajbegović J, Jelinić JD, Janev Holcer N, Kern J.: Regional pattern of physical inactivity in Croatia, Coll Antropol. 2009 Apr;33 Suppl 1:35-8
9. Hansen BH, Kolle E, Dyrstad SM, Holme I, Anderssen SA: Accelerometer-determined physical activity in adults and older people, Med Sci Sports Exerc. 2012 Feb;44(2):266-72. doi: 10.1249/MSS.0b013e31822cb354
10. Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Zagreb (HR); [pristupljeno: 20.05.2017.] Dostupno na: www.hzjz.hr
11. HSPM: European Observatory on Health Systems and Policy, Health Systems and Policy Monitor; [pristupljeno: 18.05.2017.] Dostupno na: http://www.hspm.org
    a. Podaci za Hrvatsku:
       HIT: 2014 - Džakula A, Sagan A, Pavić N, Lončarek K, Sekelj-Kauzlarić K.
       Institucija član HSPM-a: Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“
       HSPM suradnici: Čivljak M, Džakula A, Lončarek K, Kovačić L, Pavić N, Sagan A, Sekelj-
       Kauzlarić K, Vajagić M.
    b. Podaci za Norvešku:
       HIT: 2013 - Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK
       Institucija član HSPM-a: NOKC - Norwegian Knowledge Centre for Health Services
       HSPM suradnici: Ringard Å, Sagan A, Sperre Saunes I, Lindahl AK

Životopis

OSOBNE INFORMACIJE

Tin Knežević



Veliki dol 40, 10 000 Zagreb, Hrvatska

+385 98 91 965 93

kneztin@gmail.com

Skype ID: tin.knezevic

Spol M | Datum rođenja 08/05/1985 | Državljanstvo hrvatsko

RADNO ISKUSTVO

2015.-2016. **Farmakovigilanca – studentski rad**

HALMED, Ksaverska cesta 4, Zagreb

- Praćenje i upisivanje prijavljenih nuspojava

Djelatnost ili sektor Nevladin sektor, studentski ugovor

2015.-2016. **Voditelj tehničke službe HLZ-a**

Hrvatski liječnički zbor, Šubićeva 9, Zagreb

- vođenje studenata koji rade u službi
- briga za tehničku opremu

Djelatnost ili sektor Nevladin sektor, studentski ugovor

2015.-2016. **Predsjednik Studentske sekcije HLZ-a, podružnica Zagreb**
V.D. Predsjednika SSHLZ-a

Hrvatski liječnički zbor, Šubićeva 9, Zagreb

- nadzor nad projektima SSHLZ-a
- koordinacija suradnje sa EMSA-om Zagreb
- lokalna i nacionalna koordinacija aktivnosti EMSA-e Europa u RH

Djelatnost ili sektor Nevladin sektor

2011.-2017. **Nacionalni koordinator EMSA-inih aktivnosti za Hrvatsku**

European Medical Students' Association, Rue Guimard 15, 1040 Brisel, Belgija

- nadzor nad lokalnim odborima EMSA-e
- koordinacija međunarodnih i lokalnih aktivnosti

Djelatnost ili sektor Nevladin sektor

2008.-2011. **Aktivnosti na međunarodnoj razini – EMSA Europa**
Direktor za medicinsku etiku (2008.-2009.)
Predsjednik u dva mandata (2009.-2011.)

European Medical Students' Association, Rue Guimard 15, 1040 Brisel, Belgija

- nadzor nad međunarodnim odborima EMSA-e
- koordinacija međunarodnih aktivnosti i suradnje

Djelatnost ili sektor Nevladin sektor

OBRAZOVANJE I OSPOSOBLJAVANJE

2005.- **Student medicine**
Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu
- dodiplomski studij

2000.-2004. **SSS; završena gimnazijska razina obrazovanja, maturant**
Privatna Klasična Gimnazija, Zagreb

1992.-2000. **Završena osnovnoškolska razina obrazovanja**
Osnovna škola „Ivan Gundulić“, Zagreb

DODATNO OBRAZOVANJE

2009.- **EESTEC TNT – Ljetna škola**
Ljetna škola za predavače i voditelje radionica i seminara

2009.- **IFISO Leadership Summer School**
Ljetna škola za voditelje timova i organizacija

OSOBNE VJEŠTINE

Materinski jezik: Hrvatski

Ostali jezici

	RAZUMIJEVANJE		GOVOR		PISANJE
	Slušanje	Čitanje	Govorna interakcija	Govorna produkcija	
Engleski	C1	C1	C1	C2	C2
Njemački	B2	B2	B2	B2	B2

Stupnjevi: A1/2: Temeljni korisnik - B1/B2: Samostalni korisnik - C1/C2 Iskusni korisnik

Komunikacijske vještine

Komunikacija u timu
- dobre komunikacijske vještine stečene tijekom rada na rukovodećim pozicijama u nevladinom sektoru

Podučavatelj/trener komunikacijskih vještina
- certificirani trener komunikacijskih i sličnih vještina EMSA-e Europe i EESTEC-a
- certifikat sa Leadership Summer School-a

Organizacijske / rukovoditeljske vještine

Upravljačke vještine
- iskustvo vođenja međunarodnih timova (2 mandata kao predsjednik međunarodne organizacije)
- iskustvo vođenja lokalnih timova (predsjednik lokalne nevladine organizacije; voditelj tehničke službe HLZ-a)

Organizacijske vještine
- vođenje međunarodnih projekata (međunarodni kongresi, ljetne škole i slično)
- vođenje lokalnih projekata (LifeCycle – međunarodni javnozdravstveni projekt, organizacija seminara na temu komunikacijskih vještina, palijativne skrbi itd.)
- suradnja na više lokalnih i međunarodnih projekata (Zagreb International Medical Summit, Teddy Bear Hospital/Bolnica za Medvjediće, Twinning...)

Poslovne vještine

Odnosi s javnošću
- iskustvo rada na studentskim portalima (pisanje tekstova)
- rad na glasilu EMSA-e Europe (EuroMeds)
- organizacija promocije lokalnih i međunarodnih projekata (promotivni materijali, „social media“)
- razvoj korporativnog identiteta EMSA-e Europe
- razvoj web stranice i online komunikacijskih i suradnih rješenja („groupware“)

Razvojna iskustva – strateški i tehnički razvoj
- planski razvoj međunarodne nevladine organizacije (međunarodna struktura, Statut, korporativni identitret, ljudski resursi, financije)
- plan i nadgledanje obnove tehničkih kapaciteta HLZ-a

Rad sa europskim fondovima
- međunarodna razina, „Youth in Action“ fondovi (kroz 3 ciklusa/godine)

Rad na razvoju razvojnih dokumenata i stajališta („policy making and advocacy“)
- rad na dokumentima i stajalištima EMSA-e Europa na temu edukacije, palijativne skrvi, integraciji zdravstvenih sustava unutar EU, itd.
- rad na raznim temama sa CPME-om (Standing Committee of European Doctors), Vijećem Europe i drugim europskim institucijama

Digitalna kompetencija

SAMOPROCJENA				
Obrada informacija	Komunikacija	Stvaranje sadržaja	Sigurnost	Rješavanje problema
Iskusni korisnik	Iskusni korisnik	Samostalni korisnik	Samostalni korisnik	Iskusni korisnik

Stupnjevi: Temeljni korisnik - Samostalni korisnik - Iskusni korisnik

Posebni uspjesi

Koautor nekoliko deklaracija
- Athens Resolution on the Care of Terminally Ill, EMS Council - Athens 2007.
- Bečka Rezolucija, EMS Council – Beč 2008.
- Ohridska Deklaracija, EMS Forum – Ohrid 2011.

Počasni povjerenik (Honorary Trustee) EMSA-e Europa
- Odluka opće skupštine Europske Medicinske Studentske Asocijacije 2014.

TEDx govornik
- TEDx UniRi 2015.