

Tržište nasuprot komandi u davanju odgovora na temeljna ekonomska pitanja na primjeru uspješnosti zdravstvenih sustava odabranih zemalja

Težak, Dejan

Master's thesis / Diplomski rad

2016

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University North / Sveučilište Sjever**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:122:461285>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-13**



Repository / Repozitorij:

[University North Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN**



DIPLOMSKI RAD br. 90/PE/2016

**TRŽIŠTE NASUPROT KOMANDI U
DAVANJU ODGOVORA NA TEMELJNA
EKONOMSKA PITANJA NA PRIMJERU
USPJEŠNOSTI ZDRAVSTVENIH SUSTAVA
ODABRANIH ZEMALJA**

Dejan Težak

Varaždin, ožujak 2016.

SVEUČILIŠTE SJEVER
SVEUČILIŠNI CENTAR VARAŽDIN
Studij Poslovna ekonomija



DIPLOMSKI RAD br. 90/PE/2016

**TRŽIŠTE NASUPROT KOMANDI U
DAVANJU ODGOVORA NA TEMELJNA
EKONOMSKA PITANJA NA PRIMJERU
USPJEŠNOSTI ZDRAVSTVENIH SUSTAVA
ODABRANIH ZEMALJA**

Student:

Dejan Težak, 0146/336D

Mentor:

doc. dr. sc. Ante Rončević

Varaždin, ožujak 2016.

Prijava diplomskog rada

studenta IV. semestra diplomskog studija
Poslovna ekonomija

| | | | |
|-----------------------------|---|--------------|-----------|
| IME I PREZIME STUDENTA | Dejan Težak | MATIČNI BROJ | 0146/336D |
| NASLOV RADA | Tržište nasuprot komandi u davanju odgovora na temeljna ekonomska pitanja na primjeru uspješnosti zdravstvenih sustava odabranih zemalja | | |
| NASLOV RADA NA ENGL. JEZIKU | Market versus command in responding to fundamental economic issues on the example of the success of selected countries health systems | | |
| KOLEGIJ | Uvod u ekonomiju | | |
| MENTOR | doc. dr. sc. Ante Rončević | | |
| ČLANOVI POVJERENSTVA | 1. prof. dr. sc. Tanja Kesić 2. doc. dr. sc. Anica Hunjet 3. doc. dr. sc. Ante Rončević | | |

Zadatak diplomskog rada

BROJ 90/PE/2016

OPIS

Ekonomija je znanost koja istražuje kako pojedinci i društva upravljaju oskudnim resursima. Raspoloživi resursi su ograničeni, bilo da su obnovljivi ili neobnovljivi, sveprisutni ili rijetki. Te osobine resursa ukazuju da ljudi nisu u mogućnosti proizvesti sve za čime teže ili žele trošiti. Stoga, potrebno je izabrati koji će se ograničeni resursi upotrijebiti, za koju namjenu i kada. To su problemi s kojim se bave pojedinci, kao i sva društva i gospodarstva širom svijeta.

U rada je potrebno:

- odgovoriti na tri temeljna ekonomska pitanja: što, kako i za koga proizvoditi,
- definirati i objasniti alternativne ekonomske sustave i definirati ekonomske ciljeve,
- posebno se osvrnuti na ulogu države u ekonomskom sustavu,
- objasniti različite ekonomske škole i njihova razmatranja odgovora na pitanja kakva bi trebala biti uloga države u gospodarstvu,
- navesti i objasniti faktore koji utječu na organizaciju i upravljanje zdravstvenim sustavom,
- na temelju odabranih zemalja istražiti i analizirati čimbenike zdravstvenog sustava, te
- izvesti zaključke kako različite ekonomske odluke utječu na uspješnost zdravstvenog sustava.

U VARAŽDINU, DANA

15. 03. 2016.



DIR 01 PE

Sažetak

Tržište nasuprot komandi u davanju odgovora na temeljna ekonomska pitanja na primjeru uspješnosti zdravstvenih sustava odabranih zemalja

Ekonomija je znanost koja istražuje kako pojedinci i društva upravljaju oskudnim resursima. Raspoloživi resursi su ograničeni, bilo da su obnovljivi ili neobnovljivi, sveprisutni ili rijetki. Te osobine resursa ukazuju da ljudi nisu u mogućnosti proizvesti sve za čime teže ili žele trošiti. Stoga, potrebno je izabrati koji će se ograničeni resursi upotrijebiti, za koju namjenu i kada. To su problemi s kojim se bave pojedinci, kao i sva društva i gospodarstva širom svijeta. Ovisno o metodama kojima se različiti ekonomski sustavi koriste, razlikujemo običajno, komandno, tržišno i mješovito gospodarstvo. Ekonomske ciljeve dijelimo na mikroekonomske: ekonomsku učinkovitost, pravednu raspodjelu i ekonomske slobode, te na makroekonomske: ekonomski rast, punu zaposlenost i stabilnost cijena. Kakva bi trebala biti uloga države u ekonomiji? Ovisno o sociokulturnim, političkim, filozofskim ili moralnim dilemama, škole mišljenja u klasičnom liberalizmu nude različita razmišljanja i stavove o poželjnoj ulozi države u ekonomiji. Od svih kompleksnih sustava koji su sastavni dio svake države zdravstveni je zacijelo najosjetljiviji i najkontroverzniji. Da bi analizirali i definirali zdravstvene sustave moramo ih staviti u ispravan sociokulturni i političko-povijesni kontekst. Neki od faktora koje pri tome moramo uzeti u obzir su ekonomski okvir, demografska kretanja, epidemiološki trendovi, društveni kontekst i državna organizacija. Nakon provedene analize zaključujemo da primijenjeni ekonomski model snažno utječe i na rezultate uspješnosti zdravstvenog sustava, pri čemu treba uzeti u obzir da svaka država ima drugačiju startnu poziciju i da djeluje u drugačijem kontekstu. Stoga se i preporuke za svaku zemlju mogu razlikovati od slučaja do slučaja. Ipak, uzimajući u obzir zahtjev da svakom građaninu bude zajamčeno pravo da bude liječen u slučaju bolesti a da istovremeno i pacijenti i pružatelji usluga u zdravstvu budu svjesni pripadajućih troškova zaključujemo da je nužno potrebna kompetitivnost između osiguravatelja s jedne strane te između pružatelja zdravstvenih usluga s druge strane kako bi se stvorile pretpostavke održive fiskalne politike koja je pretpostavka uspješnosti i nacionalne ekonomije i nacionalnog zdravstvenog sustava.

Ključne riječi: tržište, komanda, zdravstveni sustav, škole ekonomije

Abstract

Market versus command in responding to fundamental economic issues on the example of the success of selected countries health systems

Economics is a science that examines how individuals and firms manage scarce resources. Available resources are limited, whether renewable or non-renewable, ubiquitous or rare. These characteristics suggest resources that people are not able to produce all of which tend to either want or spend. Therefore, it is necessary to choose which limited resources will be used, for what purpose and when. These are problems that deal with individuals, as well as all societies and economies worldwide. Depending on the methods by which different economic systems are used, a distinction is usually, command, market and mixed economy. Microeconomic objectives are economic efficiency, fair distribution and economic freedom. While the macro-economic are growth, full employment and price stability. What should be the role of the state in the economy? Depending on the socio-cultural, political, philosophical or moral dilemmas, schools of thought in classical liberalism offered different opinions and views on the desirable role of the state in the economy. Of all the complex systems that are an integral part of each country's health must be the most sensitive and controversial. In order to analyze and define the health systems we have put them in the proper socio-cultural and political-historical context. Some of the factors that we have to consider are economic framework, demographic trends, epidemiological trends, social context and the state organization. After the analysis we conclude that the applied economic model strongly influences the results of the performance of the health system, but it should take into account that each country has a different starting position and to act in a different context. Therefore, the recommendations for each country may vary from case to case. However, taking into account the requirement that every citizen is guaranteed the right to be treated in case of illness and that both patients and providers in health care are aware of the associated costs, we conclude that it is absolutely necessary to have competitiveness among insurers on one side and between health care providers on other side in order to create conditions of sustainable fiscal policy, which is a prerequisite for successful both the national economy and the national health system.

Key words: market, command, health system, school of economics

Popis korištenih kratica

| | |
|--------------|--|
| GPM | Granica proizvodnih mogućnosti |
| SAD | Sjedinjene Američke Države |
| WHO | Svjetska zdravstvena organizacija (World Health Organization) |
| OECD | Organizacija za ekonomsku suradnju i razvoj (Organisation for Economic Co-operation and Development) |
| PPACA | Zakon o zaštiti pacijenata i dostupnoj medicinskoj pomoći (Patient Protection and Affordable Care Act) |
| HZZO | Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje |
| BDP | Bruto domaći proizvod |
| NHS | Zdravstveni sustav Velike Britanije (National Health Service) |
| SDR | Stopa smrtnosti (standardized death rates) |

Sadržaj

| | | |
|--------|---|----|
| 1. | Uvod..... | 1 |
| 2. | Temeljna ekonomska pitanja | 3 |
| 2.1. | Što proizvoditi | 4 |
| 2.2. | Kako proizvoditi | 5 |
| 2.3. | Za koga proizvoditi..... | 6 |
| 3. | Alternativni ekonomski sustavi | 8 |
| 3.1. | Običajno gospodarstvo | 8 |
| 3.2. | Komandno gospodarstvo | 9 |
| 3.3. | Tržišno gospodarstvo | 10 |
| 3.4. | Mješovito gospodarstvo | 10 |
| 4. | Ekonomski ciljevi..... | 11 |
| 4.1. | Mikroekonomski ciljevi | 12 |
| 4.1.1. | <i>Ekonomska učinkovitost</i> | 12 |
| 4.1.2. | <i>Pravedna raspodjela</i> | 12 |
| 4.1.3. | <i>Ekonomska sloboda</i> | 13 |
| 4.2. | Makroekonomski ciljevi | 13 |
| 4.2.1. | <i>Gospodarski rast</i> | 13 |
| 4.2.2. | <i>Puna zaposlenost</i> | 13 |
| 4.2.3. | <i>Stabilnost cijena</i> | 14 |
| 5. | Uloga države | 15 |
| 5.1. | Uvod | 17 |
| 5.2. | Čikaška škola..... | 17 |
| 5.3. | Javni izbor..... | 20 |
| 5.4. | Austrijska škola | 24 |
| 5.5. | Prirodno pravo | 26 |
| 5.6. | Anarho-kapitalizam | 27 |
| 6. | Primjer uspješnosti zdravstvenih sustava | 29 |
| 6.1. | Uvod | 29 |
| 6.2. | Faktori koji utječu na zdravstveni sustav | 30 |
| 6.2.1. | <i>Ekonomski okvir</i> | 30 |
| 6.2.2. | <i>Demografska i epidemiološka kretanja</i> | 31 |
| 6.2.3. | <i>Društveno-državni kontekst</i> | 32 |

| | |
|--|----|
| 6.3. Zdravstveni sustavi odabranih zemalja | 35 |
| 6.3.1. <i>Njemačka</i> | 35 |
| 6.3.2. <i>Nizozemska</i> | 37 |
| 6.3.3. <i>Italija</i> | 38 |
| 6.3.4. <i>Švedska</i> | 40 |
| 6.3.5. <i>Velika Britanija</i> | 43 |
| 6.3.6. <i>Sjedinjene Američke Države</i> | 45 |
| 6.3.7. <i>Hrvatska</i> | 47 |
| 6.4. Komparacija podataka za odabrane zemlje | 51 |
| 7. Zaključak..... | 55 |
| 8. Literatura..... | 58 |
| Popis slika..... | 60 |
| Popis tablica..... | 61 |

1. Uvod

Raspoloživi resursi za dobra koja ljudi žele potrošiti su ograničena, odnosno rijetka. Ta osobina resursa znači da nismo u mogućnosti proizvesti sve za čime bi imali potrebu ili ih ljudi žele potrošiti. Stoga moramo izabrati koja ćemo od ograničenih resursa upotrijebiti. To je problem s kojim se bave sva gospodarstva svijeta.

Izbor koja će se dobra proizvoditi može biti individualan putem pojedinaca ili poduzeća na slobodnom tržištu, ili kolektivno putem nacionalnih vlada. **Što** će se proizvesti, **kako** i **za koga** su temeljna ekonomska pitanja na koja sva društva moraju dati odgovor bez obzira na dominantni gospodarski ili politički model.

U suvremenim razvijenim gospodarstvima se odgovor na pitanje što, kako i za koga proizvoditi traži najčešće u odnosu kupaca i prodavača na slobodnom tržištu. Premda, vlade često znaju koristiti različite političke mjere u njihovom rješavanju. Različiti političko-ekonomski sustavi koriste različite modele pokušavajući odgovoriti na ta pitanja.

Ovisno o metodama kojima se različiti ekonomski sustavi koriste, razlikujemo **običajno**, **komandno** i **tržišno** gospodarstvo. Obzirom da nijedno svjetsko gospodarstvo ne koristi čisti oblik tih metoda, nego kombinira njihove elemente u različitim omjerima, možemo govoriti i o četvrtom obliku ekonomskih sustava, **mješovitom** gospodarstvu.

Bez obzira na odabrani ekonomski model, skoro svim gospodarstvima su zajednički neki ekonomski ciljevi koji variraju ovisno o društvenom, kulturnom i ekonomskom stupnju razvoja. Ekonomske ciljeve dijelimo na mikroekonomske i makroekonomske. Pri tome u mikroekonomske ciljeve ubrajamo ekonomsku učinkovitost, pravednu raspodjelu i ekonomske slobode. A u makroekonomske ciljeve podrazumijevamo ekonomski rast, punu zaposlenost i stabilnost cijena.

Kad bi smo si postavili zadatak da u jednoj rečenici, u jednom pitanju pokušamo opisati suvremenu ekonomiju bilo bi to svakako pitanje *"Kakva bi trebala biti uloga države u ekonomiji"*. Ovisno o osobnom svjetonazoru na to

pitanje najčešće odgovaramo s pozicije većeg ili manjeg utjecaja države na ekonomiju.

Usporedbom dominantnih svjetskih gospodarstava 20. stoljeća moglo bi se zaključiti da je tržišni model u jasnoj prednosti u odnosu na komandne ekonomije. Međutim, isključivo tržišni mehanizmi nisu u stanju osigurati stabilan rast gospodarstva u dužem razdoblju. Javljaju se, više ili manje izražene, nepravilnosti koje tržište ne može samo ispravljati. Stoga je potrebno da vlade djeluju mjerama ekonomske politike kako bi ublažile posljedice takvih neusklađenosti i time osigurati maksimalno moguću efikasnost gospodarstva, a time i društvenu stabilnost kroz ekonomski rast.

Ovisno o sociokulturnim, političkim, filozofskim ili moralnim dilemama, škole mišljenja u klasičnom liberalizmu nude različita razmišljanja i stavove o poželjnoj ulozi države u ekonomiji. Da bi odgovorile na tu dvojbu škole postavljaju i pokušavaju dati odgovore na tri osnovna pitanja: *"Koju metodologiju valja koristiti da se odredi optimalna uloga države, zašto država treba biti ograničena te koja je legitimna uloga države?"* Svaka ekonomska škola koja nastupa s liberalnih pozicija smatra da je sloboda najpoželjnija i suštinska osobina uspješnog gospodarstva, ali se neće složiti odgovarajući na ova tri pitanja.

Od svih kompleksnih sustava koji su sastavni dio svake države zdravstveni je zacijelo najosjetljiviji i najkontroverzniji. Da bi analizirali i definirali zdravstvene sustave moramo ih staviti u ispravan sociokulturni i političko-povijesni kontekst. Neki od faktora koje pri tome moramo uzeti u obzir su ekonomski okvir, demografska kretanja, epidemiološki trendovi, društveni kontekst i državna organizacija.

U ovome radu pokušati će se naći odgovor na pitanje može li se naći ekonomski kompromis racionalnog trošenja financijskih sredstava i efikasnog upravljanja s jedne strane, te pravo svakog građana da bude liječen u slučaju bolesti s druge strane. Pri tome će od velike pomoći biti statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije koje su izdvojeni za odabrane zemlje kako bi se jasnije mogli prezentirati i analizirati.

2. Temeljna ekonomska pitanja

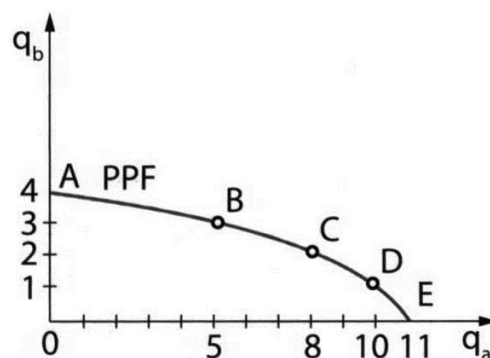
Raspoloživi resursi za dobra koja ljudi žele potrošiti su ograničena, odnosno rijetka. Ta osobina resursa znači da nismo u mogućnosti proizvesti sve za čime bi imali potrebu ili ih ljudi žele potrošiti. Stoga moramo izabrati koja ćemo od ograničenih resursa upotrijebiti. To je problem s kojim se bave sva gospodarstva svijeta.

Granica proizvodnih mogućnosti (GPM) je krivulja koja nam pokazuje koje su maksimalne mogućnosti proizvodnje nekog gospodarstva sa postojećom tehnologijom i dostupnim resursima. GPM nam pokazuje da neko gospodarstvo mora izabrati odnosno odlučiti kojih će proizvoda više proizvesti pri čemu mora napustiti proizvodnju nekih drugih roba ili usluga.

Dakle, izbor jednog dobra znači i adekvatno manju količinu drugog dobra od kojeg se odustalo. Količina tog drugog dobra naziva se oportunitetni trošak. To je trošak propuštene prilike da proizvedemo neko dobro kojega smo se morali odreći.

Tablica 2.1 Mogućnost proizvodnje dobara a i b ¹

| | Mogućnosti | | | | |
|-------|------------|---|---|----|----|
| Dobra | A | B | C | D | E |
| a | 0 | 5 | 8 | 10 | 11 |
| b | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |



Slika 2.1 Krivulja GMP ²

¹ Benić, Đuro: Uvod u ekonomiju, Školska knjiga, Zagreb, 2011., str. 54.

Krivulja granice proizvodnih mogućnosti prikazana na slici 2.1. a temeljena na podacima iza tablice 2.1. pokazuje nam da je krivulja GMP konkavnog oblika prema ishodištu, odnosno ispupčena je prema van. Zaključujemo da je za jednu dodatnu jedinicu dobra *a* potrebno smanjiti jednu jedinicu dobra *b*.

Kombinacija proizvoda smatra se učinkovitom ako gospodarstvo dobiva sve što može od rijetkih resursa koje posjeduje. Točke na granici proizvodnih mogućnost predstavljaju učinkovite razine proizvodnje. Kada gospodarstvo proizvodi na jednoj od takvih točaka, primjerice kombinacija prikazana točkom A, ne postoji način da se proizvede više jednog proizvoda bez da se proizvede manje onog drugog.³

Izbor koja će se dobra proizvoditi može biti individualan putem pojedinaca ili poduzeća na slobodnom tržištu, ili kolektivno putem nacionalnih vlada. **Što** će se proizvesti, **kako** i **za koga** su temeljna ekonomska pitanja na koja sva društva moraju dati odgovor bez obzira na dominantni gospodarski ili politički model.⁴

2.1. Što proizvoditi

Odgovor na pitanje što proizvoditi bi prije svega trebali dati potrošači odnosno konzumenti određenog dobra. Korisnici nekog dobra mogu biti individualne, poduzeća ili institucije koje kupuju to dobro ovisno o svojim različitim potrebama i preferencijama. Treba naći odgovor na pitanje što, u kojoj količini, kada i kakve kvalitete proizvesti. Hoćemo li proizvoditi automobile ili bicikle? Hoćemo li planirati proizvodnju u stotinama, tisućama ili milijunima? Treba li dobro potrošačima odmah, idući mjesec ili naredne godine? Trebamo li upotrijebiti materijale vrhunske kvalitete ili će potrebe korisnika zadovoljiti i niža kvaliteta?

² Isto, str. 54.

³ Mankiw, N. Gregory: Osnove ekonomije, treće izdanje, MATE, Zagreb, 2006., str. 25.

⁴ Samuelson, A. Paul; Nordhaus, D. William: Ekonomija, osamnaesto izdanje, Mate, Zagreb, 2007., str. 7.

Odlučimo li se proizvesti više automobila danas, to znači da ćemo proizvesti manju količinu bicikala. Također, moramo donijeti odluku hoćemo li ograničene resurse iskoristiti kako bismo proizveli mnogo potrošnih dobara poput bijele tehnike i odjeće ili više investicijskih dobara poput strojeva.

U suvremenim gospodarstvima pretpostavlja se da potrošači preko tržišnog mehanizma izabiru koja dobra proizvesti. Međutim, različita društva na različite načine izabiru što proizvoditi.

2.2. Kako proizvoditi

Kroz različite faze proizvodnog procesa, za proizvodnju automobila, kao i za proizvodnju bicikala treba nam mnogo električne energije. Kako ćemo dobiti tu električnu energiju? Imamo li dovoljno hidrocentrala ili ćemo je morati proizvesti iz ugljena ili nafte? Da li nam je dostupna tehnologija iskorištavanja sunčeve ili nuklearne energije. Jesmo li istražili mogućnost iskorištavanja geotermalnih izvora za proizvodnju struje?

Nadalje, koliki će udio u proizvodnji biti ljudskog rada, a koliki strojeva odnosno robota? Ako je raspoloživa radna snaga obilna i jeftina, upotreba skupih strojeva mogla bi se pokazati nerazumnim. S druge strane, u slučaju promjene u potražnji moglo bi nam se dogoditi da bez strojeva nismo u stanju isporučiti traženu količinu dobara.

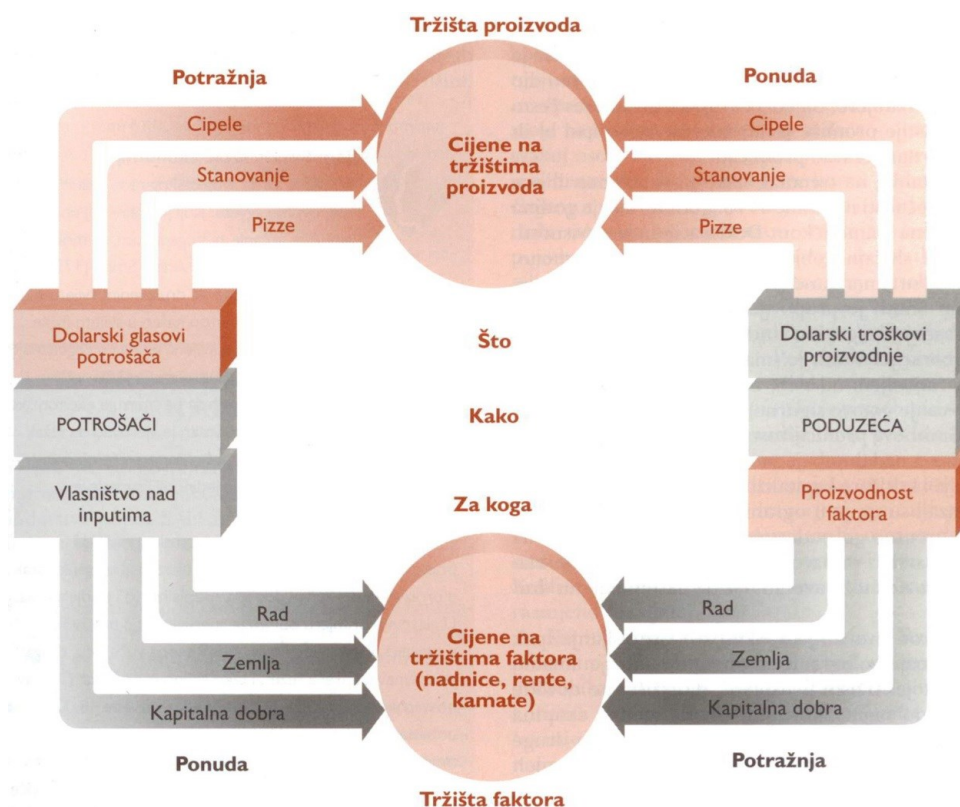
Gospodarski je izazov izabrati najbolju kombinaciju rijetkih resursa za proizvodnju željenog outputa najjeftinije, tj. najnižim oportunitetnim troškom. Na to pitanje, kako proizvoditi, različito se odgovara diljem svijeta, ovisno o relativnoj raspoloživosti ili relativnoj rijetkosti različitih proizvodnih resursa u svakoj zemlji.⁵

⁵ Benić, Đuro, str. 63.

2.3. Za koga proizvoditi

Na kraju društvo mora odgovoriti na pitanje **za koga** proizvoditi navedena dobra i usluge. Tko će koristiti ta dobra, a tko će prisvajati rezultat svih ekonomskih napora? Trebaju li veći dio dohotka dobivati vlasnici poduzeća ili radnici? Ako netko radi više i bolje, kako ćemo pravedno odlučiti kako će se vrijednost outputa raspodijeliti među njima? Kažemo li da netko treba dobivati više od drugih radi svojih zasluga, kako ćemo odlučiti koliko je to više?

Suvremeno društvo ne može dozvoliti da stariji, bolesni i nemoćni ostanu bez nužnih sredstava za život bez obzira koliko trenutno doprinose ostvarenju proizvodnih ciljeva. Zdravstveno stanje, dob, spol, etnička i vjerska pripadnost ne smiju biti faktori u osiguranju da svi pripadnici društva imaju osnovna sredstva za život.



Slika 2.2 Tržišni se sustav oslanja na ponudu i potražnju da bi riješio tri temeljna ekonomska problema⁶

⁶ Samuelson, A. Paul; Nordhaus, D. William, str. 29.

Na slici 2.2. vidimo kružni tok tržišnog gospodarstva. Dolarski glasovi potrošača (kućanstava, vlade i stranaca) djeluju zajedno s ponudom poduzeća na tržištima roba na vrhu pomažući odrediti **što** se proizvodi. Nadalje, potražnja poduzeća za inputima nailazi na ponudu rada i drugih inputa na tržištima faktora određujući isplate za nadnice, rente i kamate; dohodci stoga utječu na to **kome** se robe isporučuju. Konkurencija poduzeća pri kupnji ulaznih veličina faktora i što jeftinijoj prodaji dobara određuju **kako** se dobra proizvode.⁷

⁷ Isto.

3. Alternativni ekonomski sustavi

Temeljna ekonomska pitanja opisana u prošlom poglavlju rješavaju se na različite načine ovisno o preferencijama pojedinih gospodarstava odnosno modela društvenog uređenja.

U suvremenim razvijenim gospodarstvima se odgovor na pitanje što, kako i za koga proizvoditi traži najčešće u odnosu kupaca i prodavača na slobodnom tržištu. Premda, vlade često znaju koristiti različite političke mjere u njihovom rješavanju. Različiti političko-ekonomski sustavi koriste različite modele pokušavajući odgovoriti na ta pitanja.

Svako gospodarstvo definirano je sustavom pravila i regulacija koji uređuju odnose između gospodarskih subjekata, pri čemu je cilj odgovoriti na tri temeljna ekonomska pitanja.

Ovisno o metodama kojima se različiti ekonomski sustavi koriste, razlikujemo **običajno**, **komandno** i **tržišno** gospodarstvo. Obzirom da nijedno svjetsko gospodarstvo ne koristi čisti oblik tih metoda, nego kombinira njihove elemente u različitim omjerima, možemo govoriti i o četvrtom obliku ekonomskih sustava, **mješovitom** gospodarstvu.

3.1. Običajno gospodarstvo

Običajno gospodarstvo tradicionalan je ekonomski sustav koji karakterizira prenošenje proizvodnje sa starijih generacija na mlađe. Na primjer, tradicionalne vještine u obradi zemlje, stočarstvu i ribarstvu prenose se u obitelji, uglavnom s oca na sinove i rijetko na kćeri. Dakle, moglo bi se reći da se radi o primitivnim gospodarskim metodama koje u nekim dijelovima svijeta još uvijek mogu funkcionirati, ali se s pravom smatraju anakronima i samo u iznimnim slučajevima prihvatljivima u suvremenim ekonomijama.

3.2. Komandno gospodarstvo

Kod komandnog gospodarstva je usklađivanje društvene proizvodnje s društvenim potrebama regulirano planski od strane centralne vlasti odnosno vlade. Kod takvog gospodarstva država odlučuje o proizvodnji i raspodjeli dohotka. Raznim političkim i administrativnim mjerama odlučuje se tko će što i za koga raditi. Pri tome su unaprijed definirane nadnice, rente, kamate i većina ostalih ekonomskih varijabli nekog nacionalnog gospodarstva. Takvo ekonomsko razmišljanje bilo je prisutno u velikim dijelovima svijeta tijekom 20. stoljeća. Uz nepostojanje ekonomskih sloboda u tim je državama najčešće bila prisutna i represija spram osobnih i političkih prava. Dakle, uglavnom se radilo o autoritarnim diktaturama koje su ponegdje pokušavale biti demokratske i koristiti se nekim elementima slobodnog tržišta. Takav primjer je u nekim elementima i razdobljima bila Jugoslavija od 1945. do 1990. godine.

Totalitarne oblike komandnog gospodarstva još uvijek možemo pronaći u nekim državama, primjerice Kubi i Sjevernoj Koreji. Potonja je doista tragičan primjer do kakvih patnji za milijune svojih građana može dovesti zloupotreba ekonomskih i socijalnih razmišljanja 19. stoljeća kako bi se manjini omogućila neograničena vlast i trajno prisvajanje ekonomskih rezultata ogromne većine.

Premda je državno vlasništvo nad resursima obilježje većine komandnih gospodarstava, pogrešno bi bilo za zaključiti da je to ujedno i glavno njihovo obilježje. Primjerice, u mnogim suvremenim tržišnim ekonomijama nalazimo državno vlasništvo nad zemljom, rudnicima i naftnim poljima. Pa ipak, to ne remeti status ekonomski slobodnih država.

Najvažnija karakteristika komandnog gospodarstva je dominacija države nad ekonomskim tokovima. Primjer za to je predratna nacistička Njemačka u kojoj je postojalo privatno vlasništvo, ali je gospodarstvom u cjelini dominirala centralna država.

3.3. Tržišno gospodarstvo

Kao suprotnost planiranja centralnih vlasti u komandnim gospodarstvima javlja se mehanizam slobodnog tržišta u tržišnom gospodarstvu. Kao odgovor na pitanja što, kako i za koga proizvoditi daje se mehanizam slobodnog formiranja cijena na osnovi ponude i potražnje. U takvim sustavima su proizvođači prisiljeni proizvoditi dobra koja su društveno potrebna zato što kupci o kupovini odlučuju temeljem osobnih preferencija.

Dakle, kupci su ti koji temeljem svojih odluka o kupnji odlučuju što će biti proizvedeno, za koga će odlučiti raditi i kome će se prodavati. U društvima koje su se odlučile promicati tržišno gospodarstvo karakteristično je da se država sklona fokusirati na neke svoje osnovne funkcije. Kao što su, **obrana od vanjskog neprijatelja** organiziranjem i upravljanjem vojskom, **osiguranje unutrašnjeg reda i mira** kroz policiju i **vladavina prava** inzistiranjem da se stvore takvi uvjeti pravosuđu kako bi moglo osigurati dosljedno provođenje zakona za sve pojedince, poduzeća i institucije.

3.4. Mješovito gospodarstvo

Izuzev nekoliko bizarnih primjera, primjerice Sjeverna Koreja, teško je u svijetu naći gospodarstvo koje bi pripadalo isključivo komandnom ili isključivo tržišnom sustavu. Umjesto toga, većina nacionalnih ekonomskih sustava pripada mješovitoj vrsti gospodarstava. To znači da vlada odgovore na temeljna ekonomska pitanja traži dijelom putem tržišta, dijelom državnom regulacijom, a ponegdje susrećemo i običajne metode.

Ekonomije skoro svih zapadnih zemalja sjeverne Amerike i Europe pripada takvoj vrsti gospodarstava, zato što njima dominira tržišno reguliranje pri čemu odluke donose pojedinci i poduzeća. Međutim, određeni utjecaj u donošenju ekonomskih odluka zadržala je i središnja vlast.

4. Ekonomski ciljevi

U prethodnom poglavlju objašnjene su razlike između osnovnih ekonomskih sustava, prije svega tržišnog i komandnog gospodarstva.

Izbor ekonomskog sustava od posebne je važnosti jer se prema pravilima u njemu stanovništvo ponaša, a osim toga stanovništvo i očekuje da njegov ekonomski sustav ostvari ekonomske ciljeve koje ono želi.⁸

Usporedbom dominantnih svjetskih gospodarstava 20. stoljeća moglo bi se zaključiti da je tržišni model u jasnoj prednosti u odnosu na komandne ekonomije. Obzirom na jasnu prednost u ekonomskom, društvenom i kulturnom razvoju koje su tržišne ekonomije ostvarile u odnosu na bivše komandne, komunističke zemlje, lako bi mogli donijeti zaključak da je tržišna privreda model kojem trebaju težiti sve zemlje svijeta.

Međutim, isključivo tržišni mehanizmi nisu u stanju osigurati stabilan rast gospodarstva u dužem razdoblju. Javljaju se, više ili manje izražene, nepravilnosti koje tržište ne može samo ispravljati. Stoga je potrebno da vlade djeluju mjerama ekonomske politike kako bi ublažile posljedice takvih neusklađenosti i time osigurati maksimalno moguću efikasnost gospodarstva, a time i društvenu stabilnost kroz ekonomski rast.

Bez obzira na odabrani ekonomski model, skoro svim gospodarstvima su zajednički neki ekonomski ciljevi koji variraju ovisno o društvenom, kulturnom i ekonomskom stupnju razvoja. Ekonomske ciljeve dijelimo na mikroekonomske i makroekonomske. Pri tome u mikroekonomske ciljeve ubrajamo ekonomsku učinkovitost, pravednu raspodjelu i ekonomske slobode. A u makroekonomske ciljeve podrazumijevamo ekonomski rast, punu zaposlenost i stabilnost cijena.

⁸ Benić, Đuro, str. 66.

4.1. Mikroekonomski ciljevi

- a) ekonomska učinkovitost
- b) pravedna raspodjela i
- c) ekonomska sloboda

4.1.1. Ekonomska učinkovitost

Granica proizvodnih mogućnosti upućuje na glavni cilj gospodarstva, a to je upotreba rijetkih dobara na takav način da rezultat bude najviše moguće proizvedenih dobara i usluga. Ekonomska učinkovitost upućuje na to da se, s jedne strane, treba proizvoditi najjeftinije moguće, a s druge strane minimizirati oportunitetni trošak odabirom optimalne kombinacije na krivulji GPM.

4.1.2. Pravedna raspodjela

Proučavajući svjetska društvena i gospodarska kretanja u razdoblju koje traje od izbijanja globalne financijske krize, očito je da je dominantna tema koja zaokuplja opću javnost ona o ispravnosti raspodjele bogatstava između bogatih i siromašnih. Knjiga *Kapital u 21. stoljeću*, **Thomasa Pikettya** zorno pokazuje koliko je ta tema predmet interesa i znanstvene ekonomske zajednice.⁹

Što je to pravedna raspodjela dohotka između pojedinaca u društvu? Uzmemo li u obzir da je potpuna jednakost raspodjele pri kojoj sva kućanstva dobivaju jednak iznos dohotka praktički neostvariva utopija, te da je realnost da samo neka kućanstva imaju vrlo visoki dohodak, a velika većina mnogo manji, nameće se zaključak da nema ekonomski ispravne raspodjele.

Pravedna raspodjela je moguća uz uvjet da je svim ljudima osigurano da su siti i obučeni, da imaju krov nad glavom, te da se liječe kad su bolesni.

⁹ Piketty, Thomas: *Kapital u 21. stoljeću*, Profil knjiga, Zagreb, 2014.

Pravedna raspodjela je moguća ako se prihvati da je cilj da svaki pojedinac u društvu ima jednaku priliku proizvoditi i zarađivati, a ne paušalna raspodjela rezultata rada.

4.1.3. Ekonomska sloboda

Gospodarstva koja smatramo ekonomski slobodnima karakterizira pojedinac koji slobodno kupuju i prodaju, te proizvode dobra i usluge uz najmanje moguću intervenciju države.

Treba uzeti u obzir da ekonomska sloboda ne može biti apsolutna, nego mora podrazumijevati da postupak jednog pojedinca ne smije štetiti drugome. Organiziranje zabave na otvorenom do kasno u noć može se činiti kao dobra poduzetnička ideja, međutim narušava li ona mir drugih pojedinaca u okolici, radi se o prekoračenju osobnih ekonomskih sloboda.

4.2. Makroekonomski ciljevi

- a) gospodarski rast
- b) puna zaposlenost i
- c) stabilnost cijena

4.2.1. Gospodarski rast

Mjerimo li podizanje životnog standarda rastom dohotka po stanovniku, gospodarski rast može se prikazati pomicanjem krivulje granice proizvodnih mogućnosti dalje od ishodišta, a što predstavlja veću proizvodnju dobara i usluga.

4.2.2. Puna zaposlenost

Svaka nezaposlenost veća od prirodne razine nezaposlenosti kroz duže vremensko razdoblje znači da društveni resursi nisu u potpunosti iskorišteni.

Odnosno, proizvodnja se kreće ispod krivulje granice proizvodnih mogućnosti. Zato na nezaposlenost ne treba gledati samo kao osobne probleme pojedinca i kućanstava nego i kao uzrok društvenih gubitaka.

4.2.3. Stabilnost cijena

Nestabilnost cijena jedan je od najvećih makroekonomskih problema zato što inflacija odnosno deflacija onemogućava dugoročno planiranje poslovnih odluka. Gospodarstva u kojima se ne očekuju stabilne cijene podložno je stvaranju loše poslovne klime jer su predviđanja rezultata odluke o investicijama, štednji i zaposlenosti iskrivljeni te rezultiraju manje efikasnim gospodarstvom. A u težim slučajevima rezultirat će i gospodarskim recesijama.

5. Uloga države

Kad bi smo si postavili zadatak da u jednoj rečenici, u jednom pitanju pokušamo opisati suvremenu ekonomiju bilo bi to svakako pitanje *Kakva bi trebala biti uloga države u ekonomiji*. Naravno da eventualni odgovor nije moguće dati vjerojatno niti u samo jednoj knjizi, a kamoli u jednoj rečenici, ali sam karakter pitanja opisuje suštinu rasprava između ekonomista oko toga kako bi se trebalo upravljati nacionalnim gospodarstvima tijekom većeg dijela 20. stoljeća. Početkom 21. stoljeća ta dvojba je aktualnija nego ikad, posebice uzimajući u obzir globalizirajuće trendove, odnosno činjenicu da danas zahvaljujući napretku prometne povezanosti i informatičko-komunikacijske tehnologije možemo govoriti i o postojanju integrirane globalne ekonomije.

Ako vam svjetonazor, posebice ekonomski, proizlazi iz pozicija socijaldemokracije odnosno socijalizma ili vjerujete da se gospodarstvima treba upravljati načelima komande odnosno dirizizma, očito je da zastupate mišljenje da uloga države u društvu i gospodarstvu treba biti veća ili težiti tome da državni birokratski aparat ima odlučujuću ulogu u svim bitnim društvenim i ekonomskim pitanjima. Uzimajući u obzir činjenicu da živimo na prostoru na kojem pravog ekonomskog liberalizma nikad nije ni bilo, odnosno da su se ekonomska pitanja kretala u rasponu od autoritarnog dirizizma do socijalnog etatizma, jedan od glavnih motiva ovog rada je pružiti moguće alternativno razmišljanje u odgovoru na pitanje kakva bi trebala biti uloga države u ekonomiji. Stoga ćemo u ovom poglavlju dati osvrt na nekoliko škola razmišljanja u klasičnom liberalizmu. Pri tome su nam posebno zanimljivi bili stavovi **prof. dr. Nigela Ashforda** objavljeni u knjizi *Principles for a Free Society* te njegova predavanja na *Institutu za društvene studije* u sklopu *George Mason sveučilišta* u Washingtonu.¹⁰

Pozicija klasičnog liberalizma u razvoju ekonomije odlično je grafički prikazana na sljedećem dijagramu:

¹⁰ Ashford, Nigel: *Principles for a Free Society*, Blomberg & Janson, Bromma, 2003.

5.1. Uvod

Kao što je već napomenuto, pokušat će se dati odgovor na pitanje koja bi bila ispravna uloga države? Što bi država trebala činiti, a što ne?

Ako zastupate liberalna ekonomska razmišljanja vjerojatno se slažete da bi država trebala biti ograničena, međutim razlikujemo se po tome kako do toga doći.

Obzirom da se ovdje radi o proučavanju čitavog niza čimbenika koji zadiru u sociokulturne, političke, filozofske i moralne dileme, nužno je temu obraditi uvažavajući različita razmišljanja i stavove koja su se vremenom formirala u ono što nazivamo školama razmišljanja u klasičnom liberalizmu.

Da bi odgovorili na ovu dvojbu postavljamo si tri pitanja razmatrajući svaku od pet različitih škola ekonomskog mišljenja:

Prvo pitanje: Koju metodologiju treba upotrijebiti da odredimo kakva bi trebala biti uloga države?

Drugo pitanje: Zašto država treba biti ograničena?

Treće pitanje: Koja je legitimna uloga države?

Svaka ekonomska škola koja nastupa s liberalnih pozicija smatra da je sloboda najpoželjnija i suštinska osobina uspješnog gospodarstva, ali se neće složiti odgovarajući na ova tri pitanja.

5.2. Čikaška škola

Uvjerljivo najpoznatiji predstavnik Čikaške ekonomske škole je nobelovac **Milton Friedman** koji ostaje jedan od najznačajnijih ekonomista 20. stoljeća. Najpoznatije su njegove knjige *Kapitalizam i sloboda*¹² te *Sloboda izbora*¹³, po kojoj je snimljeno i niz istoimenih dokumentarnih filmova.

¹² Friedman, Milton: *Capitalism and Freedom*, The University of Chicago Press, Chicago, 1962.

Karakteristično za Čikašku školu je empirijska metoda dolaženja do zaključka. Primjerice, postavi se hipoteza da postupak A dovodi do posljedice B, a zatim se ispita uvjerljivost teorije.

Možemo postaviti tvrdnju: Ako se uvede ili poveća minimalna plaća, posljedica će biti manje radnih mjesta za niže plaćene radnike. Ta tvrdnja se zatim provjeri praćenjem statističkih podataka o zaposlenima i empirijski dokazuje.

Predstavnici Čikaške škole smatraju da zagovaratelji veće uloge države često polaze od krive pretpostavke da greške postoje samo na tržištu a zanemaruju činjenicu da griješi i vlast. Dapače, čikaški ekonomisti smatraju da država griješi kudikamo češće od tržišta i da su posljedice tih grešaka znatno veće od tržišnih.

Nadalje, pogrešna je pretpostavka da su političari u stanju pravovremeno prepoznati tržišne greške i da su ih u stanju ispraviti. U stvarnosti, vlast u pravilu kasni sa detektiranjem greške i najčešće postavlja krivu dijagnozu problema. Posljedično, greška se najčešće ne ispravi djelovanjem političara, nego se problem još više produbljuje i oduži se izlaz iz njega. Stoga, u omjer treba staviti sve tržišne nesavršenosti i probleme sa svim nedostacima i greškama države.

Predstavnici ove škole smatraju da postoji velika razlika između onoga za što se zalažu službene vladajuće politike prema onome što je rezultat njihovih odluka. Često te odluke dovode do potpuno suprotnih efekata od onoga što se planiralo dobiti. Na primjer, regulirano tržište stanova za najam i ograničavanje visina najamnina trebalo bi rezultirati boljim uvjetima za siromašne obitelji. Ali, niže cijene najma znače i manju ponudu stanova, siromašni zapravo još teže pronalaze stan i tako dobivamo suprotni efekt od planiranog.

S druge strane, postoje i rješenja koja imaju i neke pozitivne efekte, poput povećanja minimalne plaće što donosi korist nekim radnicima kroz veća pri-

¹³ Friedman, Milton & Rose: Free To Choose, A Personal Statement, HJB, New York, 1979.

manja. Ali, moraju se uzeti u obzir i loši efekti, a to je manji broj raspoloživih radnih mjesta. Pitanje je, jesu li u ovom slučaju pozitivni efekti veći ili manji od negativnih?

Čikaška škola pokušava dati odgovor na pitanje zašto postoji tolika razlika između željenog i ostvarenog tako da objasni nesposobnost političara da postupaju u skladu sa ljudskom prirodom, odnosno da shvate potrebu ljudi da postupaju u osobnom interesu.

Prema Miltonu Friedmanu, to su glavni razlozi radi kojih bi uloga države trebala biti ograničena te on izdvaja četiri područja na koja bi se vlast trebala fokusirati:

Prvo: Država treba organizirati vojsku da osigura granice i obrani nas od vanjskog neprijatelja te policiju da osigura provođenje zakona i unutrašnji red i mir.

Drugo: Država treba organizirati pravosudno-penalni sustav kako bi se sporovi mogli mirno rješavati i kako bismo kažnjavali one koji ne poštuju zakone. Također, pravosuđe treba osigurati provođenje ugovora i pobrinuti se za njihovo tumačenje.

Treće: Država treba jasno definirati koja su to područja koja se ne mogu putem slobodnog tržišta regulirati ili osigurati. Prema čikaškoj školi ona mogu doći u dva osnovna oblika. *Jedan* možemo opisati kao "javno dobro", pod čime se podrazumijeva svako dobro iz kojega ne možete nikoga isključiti i da nisu konkurentna u potrošnji, odnosno da ako netko koristi više tog dobra, to ne podrazumijeva da ga netko drugi ima manje. Primjer za to bi mogla biti vatrogasna služba. Ona bi teško mogla funkcionirati ako bi se od ljudi tražilo da isključivo dobrovoljno koriste njezine usluge. Ipak, ako živite u nekom području na kojem postoji vatrogasna služba, vi ćete se njome koristiti bez obzira plaćali za nju ili ne. Također, ako vam zatrebaju njezine usluge, to ne znači da će za druge biti manje, pa mu niste niti konkurent u potrošnji. Dakle, postoje neka javna dobra koja su nam potrebna, a ne mogu funkcionirati putem dobrovoljne razmjene. *Drugi* oblik nazivamo negativnim eksternalijama,

što se odnosi na situaciju u kojoj suradnja dva subjekta ima negativni efekt za treći subjekt. Pri tome se najčešće spominje zagađenje okoliša, primjerice kad se proizvodnjom nekog dobra u okoliš ispuštaju štetne tvari koje utječu na ljude koji stanuju u tom području. Radi toga država mora osigurati kontrolu takovih negativnih eksternalija. Zanimljivo je da Milton Friedman i siromaštvo ubraja u negativne eksternalije. Naime, bez obzira što se pojam siromaštva mijenja kroz povijest i sociokulturnu okolinu, on smatra da se u suvremenom društvu ono može gledati kao negativna posljedica urbanog, industrijaliziranog života te da od tuda dolazi opravdanje da država svojim građanima garantira određeni oblik socijalne sigurnosti.

Četvrto: Država se treba brinuti za one koji se nisu u stanju brinuti sami za sebe, djecu, starije, mentalno ili fizički nesposobne. Ono što je tisućljećima bilo rezultat samo ljudske empatije i solidarnosti, danas se više često ne može rješavati bez intervencije i nadzora države.

Čikaška škola smatra da vlast treba ispunjavati ove četiri uloga, ali da treba koristiti mehanizme slobodnog tržišta kad god je to moguće. Odnosno, država zadržava socijalnu odgovornost, ali bi trebala izbjegavati izravno pružati socijalne usluge. Bez obzira koliko uloga državne odgovornosti nabrojali i kako ih definirali, ovakav pristup mnogi autori nazivaju i socijalno-tržišnim. Ekonomski poredak Njemačke i Austrije često se opisuje riječima "Socijalno-tržišno gospodarstvo" i uz uvažavanje niza specifičnih okolnosti, mogao bi se uvrstiti u Friedmanov opis poželjnog ekonomskog sustava.

5.3. Javni izbor

Glavni predstavnici škole javnog izbora su **James Buchanan** i **Gordon Tullock**, a najpoznatije djelo je knjiga *Granice Slobode (The Limits of Liberty)*¹⁴ u kojoj su izneseni svi bitni elementi ove škole u vezi uloge države u ekonomskim pitanjima. Pri tome glavni čimbenik kojim se predstavnici ško-

¹⁴ Buchanan, James: *The Limits of Liberty, Between Anarchy and Leviathan*, Liberty Fund, Indianapolis, 2000.

le javnog izbora bave je pojam *društvenog ugovora*¹⁵. Oni postavljaju pretpostavku kakvo bi društvo bilo kad uopće ne bi bilo nikakve vlasti? Prema engleskom filozofu **Thomasu Hobbesu**, takav život bi bio "usamljenički, siromašan, prljav, težak i kratak"¹⁶, odnosno takvo bi bilo njegovo prirodno stanje. Dakle, pitanje je o kakvom obliku vlasti bi se skupina razumnih pojedinaca složila da bi vlast trebala biti?

Nadalje pretpostavljaju da ako nema vlasti ljudima preostaje tri stvari koje mogu činiti:

1. proizvoditi dobra,
2. krasti dobra od drugih ljudi ili
3. trošiti resurse kako bi zaštitili naše stvari od krađe.

Iz ovoga se zaključuje da bi bilo razumno stvoriti nekakav oblik vlasti koji bi sprečavao krađu i time nama ostavljao više resursa za proizvodnju naših dobara. Vlast koja štiti život i imovinu je razuman izbor svakog pojedinca u nekom društvu.

A da bi se razumjelo zašto država treba biti ograničena, mora se poznavati funkcioniranje ekonomije. Smatra se da, slijedeći svoj osobni interes, ljudi pokušavaju na najbolji mogući način iskoristiti dostupne resurse i raspoloživo vrijeme. Ljudi se na takav način ponašaju i u sferi ekonomije i u sferi politike. I dok se u sferi ekonomije osobni interes svodi na financijsku korist, u politici isti motiv funkcionira nešto drugačije. Interes političara je da na izborima ostvare takav rezultat koji im omogućuje da dođu na vlast, da budu postavljeni na neku javnu funkciju, a to postižu tako da različitim skupinama obećavaju specifičan dobitak ako budu izabrani: Glasujete li za mene, povećat ću mirovine, uvesti naknadu za svako novorođeno dijete, proširit ću poljopriv-

¹⁵ Isto, str. 46.

¹⁶ Hobbes, Thomas: *Levijatan*, Jesenski i Turk, Zagreb, 2004., str. 92.

redne subvencije ili sagraditi ću vam most. Dakle, različita obećanja za različite skupine ljudi.

U širem smislu riječi, političari su dio znatno šireg pojma "Državni birokratski aparat", samo što oni nisu birokrati po osnovnoj profesiji nego na izborima bivaju birani da obavljaju neki javi posao. Da bismo shvatili kako funkcionira vlast moramo razumjeti da je birokratima u interesu da imamo veću državu, odnosno veći državni birokratski aparat. Što je veća uloga države, to će više novca biti na raspolaganju birokratima i raspolagati će sa većim utjecajem pa će im trebati veći uredi, više opreme i automobila te više zaposlenih u tim uredima. Očito je da je birokratima i političarima u sklopu birokratskog aparata u interesu da imamo veću državu i da njezin utjecaj bude što širi.

A gdje su tu, ranije spomenute, različite interesne skupine? Njima je u interesu da izlobiraju donošenje takvih zakona i propisa koji su u njihovom najboljem interesu. Primjerice, mogu se podići ulazne barijere kako bi onemogućili konkurenciju da se natječe s nama s tržištu. Problem je u tome što na taj način raste uloga države na znatno viši nivo nego što su se ljudi složili inicijalnim društvenim ugovorom. Radi toga država treba biti ograničena kako ne bi dobila ulogu iznad primjerenog nivoa.

U odgovoru na pitanje kakva bi trebala biti uloga države, škola javnog izbora koristi termin *Država javnih dobara*, pri čemu smatra da država treba imati dvije odgovornosti:

1. štiti individualna prava i imovinu te
2. osiguravati javna dobra i brinuti se o negativnim eksternalijama

Škola javnog izbora smatra da država ne bi smjela zauzimati poziciju socijalne države zato što to nije dio društvenog ugovora, i stoga uloga države treba biti limitirana na gore navedene odgovornosti. Obzirom da je vlast često sklona nekontroliranom zaduživanju kako bi pokrila izdatke za socijalnu državu, škola javnog dobra smatra da bi u sklopu ustava ili zakonom trebalo biti

osigurano da vlast donosi balansirani budžet sa ulaženjem u deficit samo ako je to nužno potrebno i u okviru osnovne uloge države.

Objašnjavajući zašto su države sklone intervenirati puno dublje i šire nego što bi to većina ljudi odobrila društvenim ugovorom, škola javnog izbora koristi termin *Koncept koncentrirane koristi i raspršenih troškova*¹⁷, koji se odnosi na koncentriranu korist za malu skupinu ljudi a trošak te koristi raspršen na veliku skupinu ljudi. Primjere za to možemo naći u izgradnji prometne infrastrukture, a u Hrvatskoj se možemo osvrnuti na projekt Pelješkog mosta.

Na dubrovačkom području postoji razmjerno mala populacija ljudi koji će od izgradnje tog mosta imati izravne financijske koristi. Njihova, inače malo vrijedna, zemlja će biti otkupljena za izgradnju pristupnih cesta, porast će vrijednost nekretnina uz te ceste i generirati će se prihod od vozila koja će biti usmjerena novim prometnim pravcem. I dok građanima ostatka Hrvatske i nije puno stalo hoće li taj most biti sagrađen ili ne, spomenutoj populaciji to može doista biti u velikom osobnom interesu. Zato oni kao interesna skupina i lobiraju kod političara da se taj projekt što prije ostvari. Problem je u tome što ćemo svi ostali na taj način biti u gubitku, odnosno u tome što taj projekt u sasvim ekonomskom smislu nije održiv, on je naprosto preskup da bi dugoročno mogao biti financijski isplativ. Za državu bi financijski bilo mnogo isplativije da rješenje pokušava naći u dobrosusjedskim odnosima i sporazumom o slobodnom prolazu kroz Bosnu i Hercegovinu te alternativnom trajektnom prijevozu u slučaju više sile. Naravno, ovdje treba odvojiti pitanje financijske isplativosti od iracionalnih nacionalnih emocija i lokal patriotizma. Dakle, odluka političara će ovisiti o inicijativi male skupine ljudi, a trošak će biti raspoređen na sve porezne obveznike koji neće imati skoro nikakav utjecaj na tu odluku. Ovakav obrazac ponavlja se za većinu zakona i programa. Radi toga vlast mora biti ograničena.

¹⁷ Buchanan, James, str. 63

5.4. Austrijska škola

Kad spomenemo *Austrijsku školu* uglavnom mislimo na ideje koje su propagirali nobelovci **Friedrich Hayek** i **Ludwig von Mises**. Obojica se slažu u ključnim ekonomskim pitanja a naročito u tome da država treba biti ograničena, međutim zamjećujemo i značajne razlike u metodologiji kojom se služe da bi došli do tog zaključka.

Hayek naglašava ograničenost u našoj mogućnosti razumijevanja kako bismo trebali postupati, smatra da ljudi nisu sposobni obuhvatiti sva znanja potrebna da bi se shvatila sva kompleksnost ekonomskog sustava. Bavi se spontanom poretkom, odnosno proučava razvoj pravila kroz povijest te činjenicu da su ljudi počeli surađivati bez postojanja centralnog planiranja koje bi nam govorilo kako se trebalo organizirati i međusobno razmjenjivati dobra i usluge. Nasuprot uvriježenom mišljenju da je suvremeno društvo rezultat nečijeg planiranja, Hayek smatra da se najveći dio napretka ostvaruje kao rezultat spontanosti ljudskih aktivnosti. Kao primjer toga daje jezik, koji ne nastaje odlukom neke skupine ljudi već se razvija ljudskim međudjelovanjem i suradnjom kroz vrijeme. Pa ipak, sposobni smo razumjeti i primjenjivati pravila jezika.¹⁸

Nasuprot Hayeku, Ludwig von Mises postupa drugačije, vodi se deduktivnom logikom i definira aksiome tj. određene istine koje otkrivamo iskustvom i razumom. Mises u svojim radovima navodi puno aksioma, ali tri se smatraju ključnim za razumijevanje njegova pogleda na ekonomiju:¹⁹

Prvi aksiom: Ljudsko djelovanje nije nasumično nego je određeno i svrhovito jer ljudi teže ostvarivanju svojih ciljeva i planiraju svoje aktivnosti.

Drugi aksiom: Djeluju samo pojedinci, što Mises naziva *Metodološki individualizam*. Da bismo ovaj aksiom objasnili možemo pogledati čestu frazu koja se upotrebljava u Europi: "Amerikanci su ... takvi", "Amerikanci će podu-

¹⁸ Hayek, F. A.: *The Road to Serfdom*, George Routledge & Sons, London, 1944.

¹⁹ Von Mises, Ludwig: *Human Action, A Treatise on Economics*, Yale University, 1949.

zeti ...". Pri tome ispada da mislimo da svi Amerikanci tako postupaju, ali to nije točno. U stvarnosti odluke donose male skupine ljudi ili pojedinci. Kako bismo razumjeli uzrok i posljedice neke odluke, moramo točno identificirati koji su ih pojedinci donijeli.

Treći aksiom: *Subjektivna teorija vrijednosti* koja tvrdi da je vrijednost u očima promatrača, odnosno da neka stvar nema vrijednost sama po sebi nego dobivaju vrijednosti koju joj ljudi dodijele. Na primjer, Hollywoodski filmovi se nekima dopadaju, a nekima ne. Oni dobivaju vrijednost samo ako ima mnogo ljudi koji smatraju da ih je vrijedno pogledati.

Mises i Hayek dijele isti stav oko toga zašto vlast treba biti ograničena. Obojica smatraju da političari i birokrati koji donose odluke nemaju potrebna znanja niti sposobnost zaključivanja koji su ciljevi ljudi. Naime, ljudi su različiti pa su različiti i njihovi ciljevi. Nemoguće je spoznati sve ciljeve svih ljudi, a bez toga ne možemo donositi ispravne odluke. Obzirom da je vlast svejedno sklona donositi i provoditi odluke, njihove posljedice su najčešće loše.

Za razliku od ograničenosti države, imaju ponešto drugačije mišljenje o tome kakva bi trebala biti uloga države. Hayek se fokusira na pojam *Vladavina prava*, pod čime misli na to da svako društvo treba imati određena opća načela koja se odnose na djelovanje javne vlasti. Nadalje, smatra da se zakoni trebaju bez iznimaka odnositi jednako na sve. Dobar primjer za to je u Hrvatskoj postojanje posebnog *Zakona o radu* i *Zakona o državnim službenicima*, koji zaposlenike stavljaju u neravnopravan položaj ovisno o tome da li im je poslodavac privatno poduzeće ili država, bez obzira što rade na usporedivim radnim mjestima. Hayek bi se također protivio i postojanju EU fondova jer smatra da je protivno vladavini prava da vlast određuje namjenska sredstva koja ulaže u određeno poduzeće i na određeni način. Po tome je njegov stav o ulozi države usporediv sa čikaškom školom odnosno idejama Milтона Friedmana, premda su do istog zaključka došli koristeći se drugačijom metodologijom.

I Hayek i Friedman smatraju da država može imati određenu socijalnu ulogu u okviru određenih ograničenja i pravila.

Za razliku od njih, Mises smatra da, temeljem aksioma, ne bi smjeli podržavati bilo kakav oblik socijalne države. Odnosno prihvaća samo minimalnu ulogu države, čija je odgovornost štititi ljudski život, zdravlje, slobodu i privatno vlasništvo.

5.5. Prirodno pravo

Škola *Prirodnog prava* nastala je pod utjecajem novelista i filozofa **Ayn Rand** i **Roberta Nozicka**, koji su oboje smatrali da postoje naša prirodna prava koja država nikad ne smije ugroziti.

Najpoznatija djela Ayn Rand su *Veličanstveni izvor* (Fountainhead)²⁰ i *Pobunjeni Atlas* (Atlas Shrugged)²¹. Robert Nozick je bio Harvardski filozov, autor poznate knjige *Anarhija, država i utopija*²². Kao i autori *Američke deklaracije nezavisnosti*, oboje su pod snažnim utjecajem **Johna Locka**, koji je vjerovao da od Boga dolaze određena prirodna prava.

Rand piše da je u prirodi čovjeka instinkt za preživljavanjem, a da bi čovjek preživio neophodno mora imati određena prirodna prava. Dakle, prirodna prava proizlaze iz ljudske prirode.

Nozick je smatrao da osoba ne krši prirodna prava drugih ako slijedi svoj razumni osobni interes. On smatra da nam prirodna prava daju granicu do koje možemo ići u našim postupcima. Primjerice ne smijemo ozlijediti ili ubiti drugu osobu jer time kršimo njezino prirodno pravo na život.

Dakle, oboje vjeruju u prirodno pravo i tvrde da je kapitalizam jedini moralni ekonomski sustav zato što se temelji na dobrovoljnoj razmjeni, odnosno ne temelji se na prisili. Obzirom da se veliki dio državnih odluka provodi prisilom, oni vjeruju da država otuđuje naša prirodna prava.

²⁰ Rand, Ayn: *Fountainhead*, Bobbs-Merrill, Indianapolis, 1943.

²¹ Rand, Ayn: *Atlas Shrugged*, Random House, New York, 1957.

²² Nozick, Robert: *Anarchy, State, and Utopia*, Basic Books, New York, 1974.

Rand i Nozick vjeruju da se uloga države treba svesti u okvire minimalne države čija je glavna svrha zaštititi naša prirodna prava, zaštititi nas od nasilja, krađe, prevare i osigurati provođenje zakona. Nozick traži da se država ni na koji način ne upliće u odnose dobrovoljne razmjene dobara i usluga dokle god one ne štete drugim ljudima.

Oboje zaključuju da država treba osigurati vojsku da nas brani, policiju da nas štiti od kriminalaca i sudove da se spriječe nasilni sukobi. Izuzev toga, nema potrebe za bilo kakvim drugim oblikom državnog upliva, uključujući i socijalnu državu.

5.6. Anarho-kapitalizam

Anarhizam se često povezuje sa političkom ljevicom i idejama kolektivizma, međutim u klasičnom liberalizmu postoji ekonomska škola koja je kapitalistička i temelji se na anarhizmu.

Murray Rothbard autor je knjige *Za novu slobodu* (For a New Liberty: The Libertarian Manifesto)²³ u kojoj zastupa stajalište da je, osim u samoobrani, pogrešno koristiti silu i od toga polazi kad obrazlaže kakva bi trebala biti uloga države. Dakle, njegov svjetonazor dosta je usporediv sa prirodnim pravom kojeg zastupaju Ayn Rand i Robert Nozick.

David Friedman sin je Milтона Friedmana i poznat je po knjizi *Mašinerija slobode* (The Machinery Of Freedom: Guide To A Radical Capitalism)²⁴. Pod utjecajem svog oca smatra da se uloga države može odrediti empirijskom usporedbom efikasnosti tržišta nasuprot efikasnosti državnog utjecaja.

Rothbard i D. Friedman najpoznatiji su zagovaratelji anarho-kapitalizma. Polaze od pozicije prirodnog prava i empirijskog proučavanja posljedica, ali

²³ Rothbard, Murray: For a New Liberty: The Libertarian Manifesto, Macmillan Publishers, London, 1973.

²⁴ Friedman, David: Open Court Publishing Company, Chicago, 1973.

obojica idu dalje od vjerovanja u ograničenu državu. Oni dovode u pitanje postojanje same države.

Rothbard koristi definiciju države njemačkog sociologa Maxa Webera: "Država je institucija koja održava monopol zakonite uporabe sile na određenom teritoriju" da upozori kako vlast otuđuje naša prava tako da koristi silu kako bi od nas uzela ono što želi i pritom nas kažnjava ako se ne složimo. Dakle, Rothbard smatra da je prisilno oduzimanje naše imovine kroz poreze najobičnija krađa, da nam bilo tko drugi uzme naš novac smatrali bi ga lopovom.

Nasuprot tome, D. Friedman temeljem empirijskog promatranja tvrdi da je država uvijek manje efikasna od tržišta. Za razliku od svog oca Milтона Friedmana koji je smatrao da u nekim stvarima, poput vojske i policije trebamo državu, on tvrdi da tržište uvijek pokazuje bolje rezultate od države.

D. Friedman i Rothbard polaze od tvrdnje da država nema nikakvo posebno moralno pravo u odnosu na bilo kojeg pojedinca da nešto traži od nas. Država nema legitimitet kad to čini prisilom, a uz to je i neefikasna jer ta ista dobra i usluge na slobodno tržište može učinkovitije pružiti.

Obojica osporavaju tvrdnju da nema alternative državno organiziranoj vojsci, policiji i sudovima. Primjerice, više ljudi i imovine štite privatne zaštitarske tvrtke nego policija. Uz to, u Americi je sve prisutniji trend angažiranja privatnih arbitražnih agencija umjesto državnih sudova jer ih sve više stranaka u sporu smatra bržim, pouzdanijim i jeftinijim.

Anarho-kapitalisti tvrde da nije dovoljno težiti minimalnoj državi zato što smatraju da je iluzija da će ona i ostati minimalna. Svaka vlast je sklona nezaustavljivo poticati rast državnog utjecaja i stoga zagovaraju anarhiju, odnosno ne postojanje države.

6. Primjer uspješnosti zdravstvenih sustava

6.1. Uvod

Od svih kompleksnih sustava koji su sastavni dio svake države zdravstveni je zacijelo najosjetljiviji i najkontroverzniji. Ne zato što bi bio složeniji ili teže upravljiv od obrazovanja, obrane, prometa ili pravosuđa, nego zato što se kod zdravlja radi doslovno o životu i smrti. Od svih socijalnih i životnih rizika bolest je za pojedinca najveća ugroza koju uopće može doživjeti. Potreba za brigom o bolesnima i nemoćnima duboko je usađena u kolektivnu svijest praktički svih ljudskih zajednica, organizacija ili religija. Oduvijek su ljudi u nekoj zajednici bili skloni pokazivati solidarnost te se spontano organizirati kako bi pomogli bližnjima kada im je to u bolesti bilo potrebno. Motiv za to može biti i razumljivi strah svakoga od nas od mogućnosti da i sami postanemo bolesni, odnosno očekivanje da će kolektiv i nama pomoći kad će nam pomoć biti potrebna. Očito je zašto je zdravstvena skrb područje naglašene socijalne skrbi države. Ta skrb manifestira se kroz kompleksne sustave zdravstvenog osiguranja te sklonost države da se pobrine za cjelokupnu organizaciju zdravstvenog sustava.

Nažalost, mnogo ljudi može posvjedočiti da je hrvatski zdravstveni sustav u većini svojih sastavnica daleko od optimalnog. Naravno da pritom pod optimalnim ne mislimo na najbolji u usporedbi s ostalim državama, nego najbolji mogući u odnosu na naše realne financijske mogućnosti i sociokulturno okruženje.

Dakle, predmet ovoga rada nije pitanje da li je država odgovorna za adekvatno funkcioniranje zdravstvenog sustava nego koji je najbolji mogući način da zdravstveni sustav bude uspješan. S ekonomskog stajališta moglo bi se reći da je pitanje koja je prava mjera intervencije države u taj sustav, odnosno gdje je granica pri kojoj državni regulatorni okvir počinje nanositi više štete nego koristi za sve dionike tog sustava.

Da bi se odgovorilo na to pitanje potrebno je napraviti usporedbu različitih zdravstvenih sustava te pokušati takvim, komparativnim pristupom pokušati odrediti prednosti i nedostatke svakog od njih. Pri tome ćemo se fokusirati na pitanja financiranja i troškova zdravstvenog sustava, zdravstvenih nejednakosti i socijalne isključenosti iz zdravstva, privatizacije te marketizacije u zdravstvu.²⁵

Problemi koji se javljaju kod usporedbe različitih zdravstvenih sustava vezani su uz nemogućnost relevantne komparacije pojedinih promatranih parametara koji radi sociokulturnih, tehnoloških i političkih razlika onemogućuju primjenu ispravne metodologije prikupljanja i promatranja statističkih pokazatelja.

6.2. Faktori koji utječu na zdravstveni sustav

Promatramo li bilo koji nacionalni zdravstveni sustav primjećujemo da je njegov razvoj trajao kroz duže vremensko razdoblje. Tako da, u nastojanju da ga analiziramo i definiramo, moramo ga staviti u ispravan sociokulturni i političko-povijesni kontekst. Neki od faktora koje pri tome moramo uzeti u obzir su ekonomski okvir, demografska kretanja, epidemiološki trendovi, društveni kontekst i državna organizacija.

6.2.1. Ekonomski okvir

Teško da bi se moglo naći zemlju na svijetu čiji zdravstveni sustav nije pod pritiskom stalno rastućih troškova, tako da ta okolnost najčešće definira raspravu o mogućnostima njegovog poboljšanja. Odnosno, naponi su uglavnom usmjereni na pitanje iznosa koji se izdvaja za zdravstvo te na kontrolu trošenja financijskih sredstava bez obzira što su problemi modernih zdravstvenih sustava rezultat čitavog niza društvenih faktora te se ne mogu svesti samo na puku racionalizaciju rashoda u poslovanju zdravstvenih institucija.

²⁵ Zrinščak, Siniša: Sustavi zdravstvene politike u svijetu, osnovna obilježja i aktualni procesi, Revija za socijalnu politiku. 6 (1999), 1; 3-19 (članak, znanstveni).

6.2.2. Demografska i epidemiološka kretanja

Otkad se među razvijenim zemljama prate statistički pokazatelja zdravstvenog stanja može se primijetiti konstantno poboljšanje praćenih podataka. Tako se je stopa dojenačke smrtnosti u zemljama Europske zajednice (EZ) od 2,0% 1970. godine spustila na 1,0% u 1992. godini.²⁶ Sličan pozitivan trend zabilježen je i u bivšim komunističkim zemljama istočne Europe.

Sve razvijene zemlje svijeta bilježe trend povećanja očekivanog ljudskog vijeka, tako da ono u 1996. godini iznosi kod žena 79,8 godina i kod muškaraca 73,4 godine. To rezultira i povećanjem broja osoba starije životne dobi što vodi ka većem financijskom opterećenju brige za starije.

Uz to, u većini razvijenih zemalja zamjetan je trend ubrzanog smanjenja fertiliteta i nataliteta, a što zajedno sa dužom životnom dobi vodi ka značajnim promjena demografske strukture stanovništva.

Istovremeno zamjetno je povećanje zdravstvenih razlika u Europi između pojedinih sociokulturnih i društvenih skupina, tako Spence i Ottewill navode: "Razlike u obrascima bolesti i zdravstvene nejednakosti je nemoguće objasniti no kompleksnim djelovanjem različitih čimbenika. Dok se, primjerice, relativno jednostavnije može objasniti trostruko veći rizik srčanih bolesti kod nižih socio-profesionalnih skupina ili povećane stope samoubojstva kod nezaposlenih, odnosno ekonomski neaktivnih, mnogo je teže naći objašnjenje zašto nizozemski muškarci mnogo više umiru od malignih neoplazmi od svojih europskih kolega ili, zašto Talijanke obolijevaju od raka dojke za trećinu manje od Britanki."²⁷

²⁶ Duffy, K.: Opportunity and Risk: Trends of social exclusion in Europe. Council of Europe - Project on Human Dignity and Social Exclusion, 1998.

²⁷ Spence, R., Ottewill, R.: Health Care Systems in Liberal Democracies, London and New York: Routledge, 1996.

Životni stil, sociokulturno okruženje i regionalna sklonost rizičnom ponašanju uvelike mogu utjecati na demografsku i epidemiološku sliku pojedine zemlje, stoga je te faktore potrebno uzeti u obzir kod procjenjivanja stanja pojedinog zdravstvenog sustava.

6.2.3. Društveno-državni kontekst

Zdravstveni sustav svake zemlje odraz je čitavog niza čimbenika u sferi sociokulturnih, povijesnih, tehnoloških i razvojnih okolnosti koji se pojavljuju u pojedinoj sredini. Dakle, bez sagledavanja tog društveno-državnog konteksta ne mogu se promatrati nacionalni zdravstveni sustavi zato što su oni rezultat kombinacije interesa raznih društvenih i političkih grupa koje utječu na formiranje zdravstvenog sustava.

OECD-ova studija o modelima zdravstvenog financiranja u svijetu govori o tri različita modela zdravstvene skrbi.²⁸

Tablica 6.1 Tri osnovna modela zdravstvene skrbi prema OECD-ovoj studiji o modelima zdravstvenog financiranja²⁹

| Model | Pokrivenost | Financiranje | Kontrola | Status |
|---------------------------|--------------------|----------------------|-----------------|------------------|
| Beveridge-ovski | univerzalna | porezno | javna | socijalna usluga |
| Bismarck-ovski | univerzalna | socijalno osiguranje | kombinirano | socijalno pravo |
| Ograničeno tržišni | djelomična | privatno osiguranje | privatna | osigurani rizici |

²⁸ OECD: Financing and Delivering Health care. A Comparative Analysis of OECD Countries, 1987.

²⁹ Isto.

Beveridgeovski model

Beveridgeovski model dobio je ime po **Williamu Henry Beveridgu**, britanskom ekonomistu poznatom po dokumentu *Social Insurance and Allied Services*, u javnosti nazvanom *Beveridge Report*. Taj dokument postao je 1948. godine osnova za zdravstvenu reformu u Velikoj Britaniji.

Norman Ginsburg u knjizi *Divisions of Welfare*³⁰ o ovom modelu kaže: "Riječ je o najstabilnijem dijelu britanske socijalne države, inspirirane liberalnom kolektivističkom ideologijom prema kojoj zdravstvena skrb ne smije biti prepuštena tržišnim ograničenjima".

Nakon II. svjetskog rata u Velikoj Britaniji je među sociolozima bilo dominantno razmišljanje da samo javna služba može omogućiti ravnomjernu i dosljednu dostupnost zdravstvene skrbi za sve građane.

Ovaj model postao je uzor za mnoge druge zemlje, ali sa promjenjivim uspjehom. U skandinavskim zemljama spojen je sa socijaldemokratskim pristupom društvenog uređenja i u njihovom slučaju se može smatrati uspješnim. Međutim, u nekim južnoeuropskim zemljama se je spojio sa modelom socijalne države sa ukorijenjenom korupcijom i klijentelizmom te su se isti problemi očekivano prelili i u zdravstveni sustav. Hrvatska, nažalost, tu nije izuzevak, bez obzira koji su bili uzori u kreiranju našeg sustava zdravstvene skrbi.

Bismarckov model

Bismarckov model zdravstvenog sustava vuče svoje porijeklo iz socijalnih reformi njemačkog kancelara **Otta von Bismarcka**, koji ga je u 19. stoljeću promovirao kao dio koncepta socijalne države. Temelji se na doprinosima za zdravstveno osiguranje koje zajednički plaćaju poslodavci i radnici. Ovaj model predviđa da svi radnici obavezno budu osigurani putem uplata u neprofitne zdravstvene fondove, a za razliku od osiguravatelja, pružatelji usluga u zdravstvu su često u privatnom vlasništvu i svoje usluge nude na, više ili ma-

³⁰ Ginsburg, Norman: *Divisions of Welfare. A Critical Introduction to Comparative Social Policy*, London, Sage Publications, 1992.

nje, slobodnom tržištu. Dakle, jedna od ključnih pretpostavki ovog sustava je da kontrola kvalitete pruženih usluga bude prepuštena tržištu, odnosno slobodnom odabiru kupaca usluge, u ovom slučaju pacijenata, da svojom preferencijom odlučuju o tome tko na tržištu zdravstvenih usluga pruža bolju protivrijednost za novac. Dugoročno se ta osobina Bismarckovog modela pokazala boljim rješenjem od administrativne kontrole od strane države koju predviđa Beveridgeov model. Ipak, stroga regulacija zdravstvenih fondova od strane državne administracija omogućuje usporedivo efikasnu kontrolu troškova u odnosu na Beveridgeov model.

Uz Njemačku, u Europi Bismarckov model provode Francuska, Belgija, Nizozemska i Švicarska.

Ograničeno tržišni model

Kao što mu i ime govori, u ovom modelu ključni čimbenici su tržište zdravstvenih usluga, privatna ponuda i korištenje osiguranja te financiranje kroz osigurane rizike u slučaju bolesti. Zdravstveni sustavi SAD-a i Australije mogu se uvrstiti u ovaj model, premda među njima ipak postoje i značajne razlike. Treba napomenuti da se i u ovom modelu ne radi o isključivo tržišnom reguliranju odnosa u zdravstvenom sustavu, nego o razmjerno manjoj ulozi države u reguliranju i financiranju zdravstvene skrbi.

Gore navedena tri osnovna modela dobro preciziraju najvažnije karakteristike tipičnih zdravstvenih sustava, ali treba primijetiti da se u praktički svakoj od 200-tinjak zemalja članica UN-a kontinuirano događaju procesi racionalizacije i kontrole troškova. Stoga bi se moglo ustvrditi i da je svaki od tih zdravstvenih sustava specifičan i mogao bi se postaviti kao model za sebe. Odnosno, svaki zdravstveni sustav valja staviti u ispravan kontekst posebnih socijalnih, političkih i ekonomskih prilika. Tako Michael Hill daje slijedeći prijedlog razrađenijeg razlikovanja modela zdravstvenih sustava:

Tablica 6.2 Modeli zdravstvenih sustava prema M. Hillu³¹

| | | |
|---|--|------------------------------|
| 1 | Sveobuhvatna porezno financirana shema | Velika Britanija, Švedska |
| 2 | Porezno financirana shema koja uključuje elemente posebno određenih poreza, najčešće nazivana imenom zdravstvenog osiguranja | Kanada, Australija |
| 3 | Sveobuhvatna shema osiguranja | Francuska |
| 4 | Djelomične sheme koje uključuju javno i privatno osiguranje te elemente poreznog financiranja | Njemačka, Nizozemska |
| 5 | Rezidualni sustav s djelomičnim poreznim financiranjem i državno kontroliranim osiguranjem unutar pretežno privatno financiranog sustava | SAD |

6.3. Zdravstveni sustavi odabranih zemalja

6.3.1. Njemačka

Njemački je zdravstveni sustav temeljen na supsidijarnosti, odnosno na načelu prema kojemu odlučivanje o zajedničkim pitanjima mora biti preneseno na najniži mogući stupanj društvene organizacije, dok središnja vlast ima samo ulogu nadopune političkog odlučivanja na mjesnoj razini. Kao takav primjer je bismarckovskog modela zdravstvenog financiranja koji je, potaknut negativnim iskustvom nacizma nakon II. svjetskog rata, usmjeren ka sustavu socijalno tržišnog gospodarstva. U usporedbi s ostalim primjerima, njemački je zdravstveni sustav razmjerno autonoman od države te je, zahvaljujući dugoročno visokom nivou zaposlenosti, preko 90% radno sposobnih pokriveno zdravstvenim osiguranjem. Karakteristično za Njemačku je da su medicinske ustanove najvećim dijelom upravljane od strane lokalne i regio-

³¹ Hill, Michael: Social Policy. A comparative analysis, Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf, 1996., str. 100-101.

nalne vlasti te se financira i kroz participacije pacijenata, privatnim zdravstvenim osiguranjem te kroz filantropsko, crkveno i korporativno financiranje.

Karakteristika je njemačkog modela zdravstvene skrbi da se smatra kako svakom njemačkom građaninu mora ostati zajamčeno pravo da bude liječen u slučaju bolesti ali da istovremeno i pacijenti i pružatelji usluga u zdravstvu trebaju biti svjesni pripadajućih troškova. Radi toga se ističe potreba kompetitivnosti između osiguravatelja s jedne strane te između pružatelja zdravstvenih usluga s druge strane. Teži se tome da osnovni nivo ovog socijalnog pravo ostane zajamčen bez obzira na tržišni karakter funkcioniranja osiguravajućih fondova usluga u zdravstvu.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije osnovni statistički podaci njemačkog zdravstvenog sustava su:

Tablica 6.3 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za Njemačku³²

| Indikator | Godina | Vrijednost |
|--|---------------|-------------------|
| % populacije starosti 0-14 godina | 2013 | 13 |
| % populacije starosti 65+ godina | 2013 | 21 |
| Broj umrlih na 1000 stanovnika | 2013 | 11 |
| Procijenjena smrtnost dojenčadi na 1000 živorođenih | 2015 | 3 |
| Procijenjeni životni vijek | 2013 | 81 |
| Bolničkih kreveta na 100.000 stanovnika | 2013 | 828 |
| Slučajeva tuberkuloze na 100.000 stanovnika | 2013 | 5 |
| Smrtnost dojenčadi na 1000 živorođenih | 2013 | 3 |
| Očekivano trajanje života pri rođenju (godina) | 2013 | 81 |
| - za žene | 2013 | 83 |
| - za muškarce | 2013 | 78 |
| Živorodenih na 1000 stanovnika | 2013 | 8 |
| Broj stanovnika (milijuna) | 2014 | 80,64 |
| Liječnika na 100.000 | 2013 | 405 |
| Stopa smrtnosti, svi uzroci, na 100.000 stanovnika | 2013 | 564 |
| Stopa smrtnosti, krvožilni sustav, na 100.000 stanovnika | 2013 | 200 |
| Stopa smrtnosti, ozljede i trovanje, na 100.000 stanovnika | 2013 | 28 |
| Stopa smrtnosti, maligne bolesti, na 100.000 stanovnika | 2013 | 157 |
| Procijenjeni ukupni izdaci za zdravstvo u % BDP-a | 2013 | 11 |

³² The World Health Organization. European Health for All database, www.euro.who.int/, dostupno 15.03.2016.

6.3.2. Nizozemska

Premda je nizozemski zdravstveni sustav prilično usporediv sa njemačkim, razlike ipak postoje i najviše su očituju u specifičnosti ovog sustava da je organiziran u tri stupa.

Prvi stup je primarna zdravstvena zaštita koja se sastoji od liječnika opće prakse i udruženja kućne skrbi koje su odgovorne za djelatnost hitne pomoći, kućnu njegu, porodiljsku skrb i pedijatriju te skrb o invalidnim osobama.

Drugi stup odnosi se na sekundarnu zdravstvenu zaštitu pri čemu postoji razmjerno veliki udio neprofitnih bolnica kojima upravljaju katoličke i protestantske crkve. Nije neuobičajeno da u gradovima postoje bolnice smještene u blizini a koje međusobno konkuriraju nudeći isti raspon zdravstvenih usluga.

Treći stup uključuje palijativnu skrb te dugotrajnu zdravstvenu njegu.

Kao i u njemačkoj teži se tome da se kontroliranje troškova i podizanje općeg nivoa zdravstvene skrbe postiže kroz tržišnu konkurentnost kako osiguravatelja tako i medicinskih ustanova, ali uz zadržavanje socijalnog prava na liječenje u slučaju bolesti.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije osnovni statistički podaci nizozemskog zdravstvenog sustava su:

Tablica 6.4 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije
za Nizozemsku³³

| Indikator | Godina | Vrijednost |
|--|--------|------------|
| % populacije starosti 0-14 godina | 2013 | 17 |
| % populacije starosti 65+ godina | 2013 | 17 |
| Broj umrlih na 1000 stanovnika | 2013 | 8 |
| Procijenjena smrtnost dojenčadi na 1000 živorođenih | 2015 | 3 |
| Procijenjeni životni vijek | 2013 | 81 |
| Bolničkih kreveta na 100.000 stanovnika | 2009 | 466 |
| Slučajeva tuberkuloze na 100.000 stanovnika | 2013 | 5 |
| Smrtnost dojenčadi na 1000 živorođenih | 2013 | 4 |
| Očekivano trajanje života pri rođenju (godina) | 2013 | 82 |
| - za žene | 2013 | 83 |
| - za muškarce | 2013 | 80 |
| Živorodenih na 1000 stanovnika | 2013 | 10 |
| Broj stanovnika (milijuna) | 2014 | 16,87 |
| Liječnika na 100.000 | 2013 | 329 |
| Stopa smrtnosti, svi uzroci, na 100.000 stanovnika | 2013 | 523 |
| Stopa smrtnosti, krvožilni sustav, na 100.000 stanovnika | 2013 | 133 |
| Stopa smrtnosti, ozljede i trovanje, na 100.000 stanovnika | 2013 | 28 |
| Stopa smrtnosti, maligne bolesti, na 100.000 stanovnika | 2013 | 170 |
| Procijenjeni ukupni izdaci za zdravstvo u % BDP-a | 2013 | 13 |

Italija

Za Italiju je karakteristično specifično sociokulturno okruženje koje tradicionalno obilježava vjerovanje u potrebu da socijalni sustav treba djelovati redistributivno odnosno stav da je postojanje siromaštva rezultat lošeg sustava a ne osobnog neuspjeha. U odnosu na zemlje sjeverne Europe vidljivo je manje učešće dobrovoljnog dijela zdravstvenog sustava.

³³ Isto.

Partitokracija i klijentelizam dobro su poznate boljke talijanskog političko-izbornog sustava, a one se snažno prisutne i u njihovom zdravstvenom sustavu. Dominacija političkih stranaka i njihovih interesa onemogućavaju približavanje talijanskog zdravstva konceptima i dosezima suvremenih zdravstvenih sustava.

U Italiji se primarna i sekundarna zdravstvena zaštita osigurava kroz nacionalnu zdravstvenu službu koja raspoređuje administrativne i financijske ovlasti između lokalne, regionalne i nacionalne vlasti. Financiranje sustava osigurava se dominantno kroz doprinose i poreze a najveći dio zdravstvenih usluga pruža se kroz javni sektor u bolnicama i medicinskim centrima.

Privatni liječnici opće prakse ugovaraju primarnu zdravstvenu skrb sa lokalnim vlastima i plaćeni su prema broju pacijenata. Po tome je hrvatsko rješenje privatne zdravstvene skrbi dosta slično talijanskim iskustvima.

Bolnički sustav u Italiji možemo podijeliti u tri skupine ovisno o sektoru i načinu upravljanja:

1. Bolnice javnog sektora kojima izravno upravljaju lokalne vlasti
2. Bolnice javnog sektora koje nisu organizacijski vezane za lokalnu vlast i
3. Bolnice koje ugovorno pružaju specifične usluge

Kao i u Hrvatskoj, talijansko je zdravstvo konstantno u fazi "reformi" kojima se pokušavaju ispraviti negativni financijski rezultati i općenito neefikasno funkcioniranje sustava. Bolnice se administrativnim i represivnim mjerama pokušava prisiliti na racionalno poslovanje, a liječnicima se zabranjuje istovremeni angažman u javnom i privatnom sektoru.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije osnovni statistički podaci talijanskog zdravstvenog sustava su:

Tablica 6.5 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za Italiju³⁴

| Indikator | Godina | Vrijednost |
|--|--------|------------|
| % populacije starosti 0-14 godina | 2013 | 14 |
| % populacije starosti 65+ godina | 2013 | 21 |
| Broj umrlih na 1000 stanovnika | 2013 | 10 |
| Procijenjena smrtnost dojenčadi na 1000 živorođenih | 2015 | 3 |
| Procijenjeni životni vijek | 2013 | 83 |
| Bolničkih kreveta na 100.000 stanovnika | 2013 | 342 |
| Slučajeva tuberkuloze na 100.000 stanovnika | 2013 | 5 |
| Smrtnost dojenčadi na 1000 živorođenih | 2013 | 3 |
| Očekivano trajanje života pri rođenju (godina) | 2013 | 82 |
| - za žene | 2013 | 85 |
| - za muškarce | 2013 | 80 |
| Živorođenih na 1000 stanovnika | 2013 | 8 |
| Broj stanovnika (milijuna) | 2014 | 59,79 |
| Liječnika na 100.000 | 2013 | 390 |
| Stopa smrtnosti, svi uzroci, na 100.000 stanovnika | 2012 | 483 |
| Stopa smrtnosti, krvožilni sustav, na 100.000 stanovnika | 2012 | 159 |
| Stopa smrtnosti, ozljede i trovanje, na 100.000 stanovnika | 2012 | 24 |
| Stopa smrtnosti, maligne bolesti, na 100.000 stanovnika | 2012 | 156 |
| Procijenjeni ukupni izdaci za zdravstvo u % BDP-a | 2013 | 9 |

6.3.3. Švedska

Švedski model zdravstvenog sustava svakako treba sagledavati u kontekstu tranzicije iz laissez-faire ekonomskog sustava, koji je u Švedskoj dominirao tijekom 19. stoljeća, prema socijaldemokraciji 20. stoljeća. Pa tako **Ginsburg** i **Jonas** pišu: "I švedski je zdravstveni sustav čvrsto situiran unutar bitnih karakteristika švedske socijalne države pa suvremenu povijest zdravstvenog sustava valja sagledavati u okviru socijaldemokratske dominacije

³⁴ Isto.

koja započinje 1932. godine³⁵. Najočitiiji rezultat ove dominacije proizlazi iz podatka da je naslijeđeni privatni zdravstveni sustav postao dominantno javan te da je javni sektor u Švedskoj 1984. godine obuhvaćao 91,4% svih zdravstvenih troškova, a da je samo 5% liječnika djelovalo izvan javnog sustava³⁶.

Početakom 90-tih godina prošlog stoljeća Švedska je prolazila kroz ekonomsku i socijalnu krizu koja je snažno uzdrmala i njihov zdravstveni sustav. Nastali problemi prezentirani su u dokumentu *Health and Medication Care in Sweden*, u kojem se posebno ističe:³⁷

- pacijenti imaju vrlo malu mogućnost izbora bolnica i zdravstvenih centara;
- u bolnicama postoje duge liste čekanja za određene kirurške intervencije;
- niska je produktivnost u zdravstvenom sustavu;
- stariji se pacijenti zadržavaju u bolnicama duže no što je potrebno, zbog nedostatka domova za starije i osoblja za pomoć u kući;
- usprkos visokim troškovima zdravstvene skrbi, postoje područja u kojima su potrebna poboljšanja, npr. u psihijatrijskoj ili skrbi za starije;
- usprkos ekspanziji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti posljednjih godina, švedska zdravstvena skrb ostaje i dalje dominantno bolničkom.

Temeljem tog dokumenta švedska vlast tijekom posljednja dva desetljeća kontinuirano provodi niz prilagodbi i reorganizacija zdravstvenog sustava od kojih su vjerojatno najznačajnije one koje se tiču veće autonomije u odlučivanju koje se sve više prepuštaju regijama. Zatim težnja da pacijenti dobivaju veću mogućnost izbora na tržištu zdravstvenih usluga te znatno veća osobna odgovornost bolničkih menadžera za ostvarene rezultate u racionalnom poslovanju.

³⁵ Ginsburg, str. 58-64.

³⁶ Ginsburg, str. 58.

³⁷ Jones, str. 124.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije osnovni statistički podaci švedskog zdravstvenog sustava su:

Tablica 6.6 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za Švedsku³⁸

| Indikator | Godina | Vrijednost |
|--|---------------|-------------------|
| % populacije starosti 0-14 godina | 2014 | 17 |
| % populacije starosti 65+ godina | 2014 | 20 |
| Broj umrlih na 1000 stanovnika | 2013 | 9 |
| Procijenjena smrtnost dojenčadi na 1000 živorođenih | 2015 | 2 |
| Procijenjeni životni vijek | 2013 | 82 |
| Bolničkih kreveta na 100.000 stanovnika | 2013 | 259 |
| Slučajeva tuberkuloze na 100.000 stanovnika | 2013 | 6 |
| Smrtnost dojenčadi na 1000 živorođenih | 2013 | 3 |
| Očekivano trajanje života pri rođenju (godina) | 2013 | 82 |
| - za žene | 2013 | 84 |
| - za muškarce | 2013 | 80 |
| Živorodenih na 1000 stanovnika | 2014 | 12 |
| Broj stanovnika (milijuna) | 2014 | 96,96 |
| Liječnika na 100.000 | 2012 | 401 |
| Stopa smrtnosti, svi uzroci, na 100.000 stanovnika | 2013 | 497 |
| Stopa smrtnosti, krvožilni sustav, na 100.000 stanovnika | 2013 | 166 |
| Stopa smrtnosti, ozljede i trovanje, na 100.000 stanovnika | 2013 | 36 |
| Stopa smrtnosti, maligne bolesti, na 100.000 stanovnika | 2013 | 138 |
| Procijenjeni ukupni izdaci za zdravstvo u % BDP-a | 2013 | 10 |

³⁸ The World Health Organization. European Health for All database, www.euro.who.int/, dostupno 15.03.2016.

6.3.4. Velika Britanija

Zdravstveni sustav Velike Britanije (National Health Service, NHS) vuče svoje porijeklo iz 1942. godine kad je prvi put predložen u parlamentu. Pro-funkcionirao je 1948. godine po završetku II. svjetskog rata, i zamišljen je na principima univerzalnosti, bez dodatnog plaćanja u slučaju bolesti, jednakosti i centraliziranog financiranja.

Specifičnost ovog zdravstvenog sustava je njegova decentraliziranost obzirom na političku organizaciju Velike Britanije, u kojoj Engleska, Sjeverna Irska, Škotska i Wales imaju svoje zasebne zdravstvene sustave odgovorne odvojenim vladama i parlamentima. Ipak, bez obzira na različitosti i drugačije prioritete, zajedničko im je razmjerno manji udio privatnog sektora i javna dostupnost, pa je stoga moguće komparirati zdravstveni sustav Velike Britanije u cjelini s ostalim zemljama.

Kvaliteta i dostupnost zdravstvene usluge, njezina efikasnost, jednakost i palijativna skrb u Velikoj Britaniji stavljaju se među najbolje u svijetu. S druge strane, izvješća o rezultatima liječenja tumora guraju ih na začelje među razvijenim zemljama EU. Također, brojne su primjedbe na autokratsko i rigidno centralizirano vođenje zdravstvenog sustava.

Ukupno izdvajanje za zdravstvo mjereno kao udio u BDP iznosilo je 2013. godine 8,5%, što je ispod i OECD prosjeka i usporedivih zemalja. Uz to, udio financiranja izravno iz poreza je veći od većine europskih zemalja.

Tablica 6.7 Izdvajanje za zdravstvo mjereno udjelom u BDP-u³⁹

| | % BDP-a |
|------------------|---------|
| Velika Britanija | 8,5 |
| OECD | 8,9 |
| Francuska | 10,9 |
| Njemačka | 11,0 |
| Nizozemska | 11,1 |
| Švicarska | 11,1 |
| SAD | 16,4 |

³⁹ OECD Health Statistics: <http://www.oecd.org/>, dostupno 15.03.2016.

Usprkos brojnim političkim i organizacijskim promjenama NHS ostaje i dalje univerzalan zdravstveni servis financiran porezima i doprinosima dostupan po principu medicinske potrebe a ne mogućnosti plaćanja.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije osnovni statistički podaci britanskog zdravstvenog sustava su:

Tablica 6.8 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za Veliku Britaniju⁴⁰

| Indikator | Godina | Vrijednost |
|--|---------------|-------------------|
| % populacije starosti 0-14 godina | 2013 | 18 |
| % populacije starosti 65+ godina | 2013 | 17 |
| Broj umrlih na 1000 stanovnika | 2013 | 9 |
| Procijenjena smrtnost dojenčadi na 1000 živorođenih | 2015 | 4 |
| Procijenjeni životni vijek | 2013 | 81 |
| Bolničkih kreveta na 100.000 stanovnika | 2013 | 276 |
| Slučajeva tuberkuloze na 100.000 stanovnika | 2013 | 12 |
| Smrtnost dojenčadi na 1000 živorođenih | 2013 | 4 |
| Očekivano trajanje života pri rođenju (godina) | 2013 | 81 |
| - za žene | 2013 | 83 |
| - za muškarce | 2013 | 79 |
| Živorodenih na 1000 stanovnika | 2013 | 12 |
| Broj stanovnika (milijuna) | 2014 | 64,33 |
| Liječnika na 100.000 | 2013 | 281 |
| Stopa smrtnosti, svi uzroci, na 100.000 stanovnika | 2013 | 537 |
| Stopa smrtnosti, krvožilni sustav, na 100.000 stanovnika | 2013 | 141 |
| Stopa smrtnosti, ozljede i trovanje, na 100.000 stanovnika | 2013 | 28 |
| Stopa smrtnosti, maligne bolesti, na 100.000 stanovnika | 2013 | 166 |
| Procijenjeni ukupni izdaci za zdravstvo u % BDP-a | 2013 | 9 |

⁴⁰ The World Health Organization. European Health for All database, www.euro.who.int/, dostupno 15.03.2016.

6.3.5. Sjedinjene Američke Države

Ideje individualizma snažno su utjecale na povijesni razvoj SAD-a tako da je ta činjenica odredila i razmjerno velike razlike u ekonomskom, političkom, socijalnom pa i zdravstvenom sustavu u odnosu na većinu europskih zemalja. U SAD-u naglasak se stavlja na dobrovoljnom sudjelovanju pojedinca i težnji ka nepovezanosti ekonomske i socijalne politike. Rezultat toga je razmjerno najmanji udio javnoga zdravstva među razvijenim zemljama u svijetu, ali i najveće razlike u dostupnosti medicinskih usluga. Razvoj američkog zdravstvenog sustava snažno je obilježen raspravom o potrebi uvođenja univerzalnog nacionalnog sustava zdravstvenog osiguranja.

Nepredvidivost bolesti i iznosi medicinskih troškova predstavljaju ozbiljan problem za većinu Amerikanaca.⁴¹ Većina se troškova zdravstvene skrbi podmiruje putem privatnog osiguranja, no u najvećem broju slučajeva osiguranje podmiruje samo dio zdravstvenih troškova. Primjerice, radnici koji su osigurani plaćanjem doprinosa putem svojih poslodavaca u 37,5% slučajeva nemaju osiguranu produženu njegu (primjerice kod kroničnih bolesti), a u 49,5% slučajeva nemaju osiguranu osnovnu stomatološku zaštitu.⁴²

Među socijalnim zdravstvenim programima u Americi, najznačajniji su *Medicare*, kojega mogu koristiti stariji od 65 godina te *Medicaid* namijenjen onima koji si ne mogu priuštiti plaćanje zdravstvenog osiguranja a zadovoljavaju uvjete korištenja programa. Oni koji ne mogu koristiti socijalne programe niti su zdravstveno osigurani mogu koristiti usluge lokalnih bolnica ili bolnica dobrovoljnih organizacija, međutim uz znatno nižu razinu kvalitete medicinskih usluga. **Ginsburg** navodi, prema podacima iz 1983. godine, da *Medicare* program koristi 12% američkog stanovništva, *Medicaid* 8%, dok je velikih 15% stanovništva SAD-a bez ikakvog zdravstvenog osiguranja.⁴³ Dakle, pri-

⁴¹ Puljiz, str. 61.

⁴² Ginsburg, str. 130.

⁴³ Ginsburg, str. 133.

siljeni su koristiti nisku razinu zdravstvene skrbi u lokalnim bolnicama ili se izložiti visokim financijskim troškovima izravnog plaćanja liječenja.

Prema podacima *Svjetske zdravstvene organizacije* (World Health Organization, WHO) iz 2011. godine, SAD ima najveću zdravstvenu potrošnju u svijetu, kako po stanovniku (8608\$), tako i izraženo kao postotak BDP-a (17,2%). Očekivani životni vijek Amerikanaca je 78,4 godine što ih stavlja na 50. mjestu među 221 promatrane zemlje, odnosno na 27. mjestu među 34 razvijene zemlje, članice OECD-a. Prilično su to neugledni podaci za financijski najbogatiju zemlju svijeta koja pritom ima i najveću potrošnju za medicinske usluge u svijetu. Ipak, treba priznati da u traženju razloga za ove slabe rezultate treba uzeti u obzir i brojne povijesne, sociokulturne i političke razloge. Primjerice, među OECD zemljama se SAD ističe kao visoko imigrantska nacija razmjerno dobre demografske slike i posljedično brzog rasta stanovništva. Kod usporedne analize statističkih podataka svakako treba i takve faktore uzeti u obzir.

SAD ostaje jedina visoko razvijena zemlja u svijetu koja nije osigurala univerzalnu zdravstvenu zaštitu za cijelo svoje stanovništvo što radi ne pružanja adekvatne medicinske pomoći dovodi do desetina tisuća nepotrebnih smrti svake godine.

Ipak, nakon što je 2010. godine izglasan *Zakon o zaštiti pacijenata i dostupnoj medicinskoj pomoći* (Patient Protection and Affordable Care Act, PPACA), zamjetno je da se kontinuirano smanjuje broj neosiguranih osoba. PPACA predviđa da će se savezne države, osiguravatelji i medicinske ustanove morati prilagoditi novoj regulaciji te promijeniti procedure kako bi se u konačnici osigurala zajamčena zdravstvena skrb za skoro cijelo stanovništvo SAD-a.

Ostaje za vidjeti kakav će utjecaj u dugom roku PPACA imati na pokrivenost i visinu zdravstvenog osiguranja, kvalitetu medicinskih usluga te utjecaj na gospodarstvo. Također, među političkim čimbenicima u SAD-u se vodi veoma živa debata o ustavnosti tog zakona, tako da se njegova budućnost još uvijek čini neizvjesnom.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije osnovni statistički podaci američkog zdravstvenog sustava su:

Tablica 6.9 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za SAD⁴⁴

| Indikator | Godina | Vrijednost |
|--|---------------|-------------------|
| Broj stanovnika (milijuna) | 2013 | 320,05 |
| BDP po stanovniku (PPP \$) | 2013 | 53 |
| Očekivano trajanje života pri rođenju - muškarci (godina) | 2013 | 76 |
| Očekivano trajanje života pri rođenju - žene (godina) | 2013 | 81 |
| Vjerojatnost smrti u dobi 15-60 godina na 1000 stanovnika - muškarci | 2013 | 128 |
| Vjerojatnost smrti u dobi 15-60 godina na 1000 stanovnika - žene | 2013 | 76 |
| Ukupni izdaci za zdravstvo po stanovniku (\$) | 2013 | 9,146 |
| Ukupni izdaci za zdravstvo u % BDP-a | 2013 | 17.1 |

6.3.6. Hrvatska

Financiranje hrvatskog zdravstvenog sustava ostvaruje se najvećim dijelom iz doprinosa na plaće za obavezno zdravstveno osiguranje i to u iznosu od oko 80% ukupnih sredstava a otprilike 20% se osigurava iz poreza odnosno državnog proračuna.

Iako je zakonskim rješenjima nominalno predviđeno da ovlasti nad bolničkim sustavom i njegovim financiranjem u Hrvatskoj imaju Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO), jedinice regionalne samouprave (županije i Grad Zagreb) te pacijenti kroz sustav participacija, činjenica je da obzirom na sanaciju bolnica iz 2013. godine, stvarno stanje ne odgovara zamišljenom propisima. Obzirom da je provođenje reformi konstantno stanje hrvatskog zdravstvenog sustava a ciljevi i prioriteti reformi se mijenjaju svakih nekoliko

⁴⁴ The World Health Organization. United States of America, www.who.int/countries/usa/en/, dostupno 15.03.2016.

godina ovisno o političkim i kadrovskim opcijama koje se smjenjuju na vlasti, ostaje za vidjeti kakva će biti budućnost financiranja i upravljanja na hrvatskim zdravstvom.

Zdravstveni doprinos je u Hrvatskoj obavezan i plaća se po stopi od 15% te dodatno 0,5% kao poseban doprinos za ozljede na radu. Doprinosi se uplaćuju izravno u državno proračun a HZZO je dio Državne riznice.

Hrvatska ima izrazito nisku stopu zaposlenosti, radi samo oko 1,3 milijuna od 4,2 milijuna stanovnika. To znači da samo trećina stanovnika uplaćuje doprinose, a taj omjer je još gori ako se uzme u obzir da u druge dvije trećine stanovnika prevladavaju ljudi starije životne dobi koja je podložnija traženju medicinske pomoći i tako generiraju više od dvije trećine ukupnih troškova.

Premda je financiranje zdravstvenog sustava zamišljeno po mješovitom modelu, u praksi to nije slučaj zato što skoro svi izvori financiranja dolaze ili iz doprinosa preko HZZO-a ili iz poreza putem izravnih transfera iz državnog proračuna. Tu činjenicu nije promijenilo ni uvođenje dobrovoljnog dopunskog zdravstvenog osiguranja 2002. godine. Problem je u tome što dopunsko zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj nije provedeno kao slobodno-tržišna kategorija nego u stvarnosti ne postoji alternativa ponudi HZZO-a. U praksi dopunska polica zdravstvenog osiguranja se ne odnosi na eventualne dodatne ili nestandardne zdravstvene usluge nego na značajno povećanje troška nužne medicinske pomoći za one koji ne uplaćuju dopunsku policu. Žalosna je posljedica da je to dovelo do nedostupnosti zajamčene zdravstvene skrbi za mnoge pacijente koji izbjegavaju ili odugovlače sa medicinskom intervencijom zato što im to predstavlja preveliko financijsko opterećenje.

Hrvatska odskače od novih i starih članica EU po nerazmjerno velikom udjelu državnoga zdravstvenog osiguranja i po istodobno nerazmjerno malom udjelu proračunskih sredstava u financiranju ukupne zdravstvene potrošnje. Druga očita neusklađenost jest neznatan udio privatnih osiguravajućih društava u financiranju troškova zdravstva. Stoga bi povećanjem iznosa po-

reznih prihoda koji se prenose iz državnoga i lokalnih proračuna trebalo promijeniti strukturu prihoda HZZO-a.⁴⁵

Oko 84% troškova zdravstvene zaštite pokriva se sredstvima javnoga sektora, a 16% privatnim sredstvima. Unutar javnoga sektora na Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) otpada više od 95% potrošnje opće države za zdravstvenu zaštitu. Osim u financiranju zdravstvene zaštite, HZZO ima ključnu ulogu i u ponudi jer zajedno s Ministarstvom zdravstva utvrđuje standarde zdravstvenih usluga i ugovara opseg i cijene usluga sa zdravstvenim ustanovama.⁴⁶

Prema podacima Državnog zavoda za statistiku (DSZ) u Hrvatskoj je očekivano trajanje života 2004. godine bilo 72 godine za muškarce i 79 godina za žene. To je nešto niži podatak u odnosu na zemlje EU, ali je zamjetno veliko poboljšanje stanja u odnosu na 50-te godine prošlog stoljeća. Rezultat je razvoja zdravstvenog sustava i opće kvalitete života. Također je vidljivo da se postepeno smanjuje razlika u očekivanom trajanju života između muškaraca i žena.

Tablica 6.10 Očekivano trajanje života⁴⁷

| | Hrvatska | | EU-25 | | EU-15 | |
|--|----------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | 1953. | 1999. | 2003. | 2004. | 2003. | 2003. |
| Muškarci | 59,1 | 68,9 | 71,4 | 72,0 | 74,9 | 75,9 |
| Žene | 63,2 | 76,6 | 78,4 | 79,0 | 81,3 | 81,8 |
| Razlika između muškaraca i žena | 10,1 | 7,6 | 7,0 | 7,0 | 6,4 | 5,9 |
| Razlika u odnosu prema Hrvatskoj 2003. | | | | | | |
| Muškarci | -12,3 | -2,5 | | | 3,5 | 4,5 |
| Žene | -15,2 | -2,4 | | | 2,9 | 3,4 |

⁴⁵ Harvey S. Rosen, Ted Gayer: Javne financije, Institut za javne financije, Zagreb, 2007., str. 119.

⁴⁶ Mihaljek, D., 2006. "Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?" u: K. Ott, ur. *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji: izazovi sudjelovanja*. Zagreb: Institut za javne financije : Zaklada Friedrich Ebert, 265-308.

⁴⁷ Državni zavod za statistiku, <http://www.dzs.hr/>, dostupno 15.03.2016.

Stope smrtnosti su standardni pokazatelji razvijenosti zdravstvene skrbi, a naročito su ti podatci važni ovisno o dinamici njihova kretanja tijekom vremena.

Tablica 6.11 Stope smrtnosti na 1.000 stanovnika u Hrvatskoj⁴⁸

| | 1998. | 2003. | 2004. |
|---------------------------------|-------|-------|-------|
| Umrlih, cjelokupno stanovništvo | 11,6 | 11,8 | 11,2 |
| Umrlih, starijih od 65 g. | 69,2 | 56,2 | 52,5 |
| Dojenačka smrtnost | 8,2 | 6,3 | 6,1 |
| Perinatalna smrtnost | 8,9 | 8,5 | - |

Stope smrtnosti u Hrvatskoj govore nam da se kvaliteta zdravstvene zaštite kod nas ipak postepeno popravlja i približava vrijednostima koje pokazuju razvijenije zemlje EU.

Prema podacima Svjetske zdravstvene organizacije osnovni statistički podaci hrvatskog zdravstvenog sustava su:

Tablica 6.12 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za Hrvatsku⁴⁹

| Indikator | Godina | Vrijednost |
|---|---------------|-------------------|
| % populacije starosti 0-14 godina | 2013 | 15 |
| % populacije starosti 65+ godina | 2013 | 18 |
| Broj umrlih na 1000 stanovnika | 2013 | 12 |
| Procijenjena smrtnost dojenčadi na 1000 živorođenih | 2015 | 4 |
| Procijenjeni životni vijek | 2013 | 78 |
| Bolničkih kreveta na 100.000 stanovnika | 2013 | 586 |
| Slučajeva tuberkuloze na 100.000 stanovnika | 2013 | 12 |
| Smrtnost dojenčadi na 1000 živorođenih | 2013 | 4 |

⁴⁸ Isto.

⁴⁹ The World Health Organization. European Health for All database, www.euro.who.int/, dostupno 15.03.2016.

| | | |
|--|------|------|
| Očekivano trajanje života pri rođenju (godina) | 2013 | 78 |
| - za žene | 2013 | 81 |
| - za muškarce | 2013 | 75 |
| Živorodenih na 1000 stanovnika | 2013 | 9 |
| Broj stanovnika (milijuna) | 2014 | 4,26 |
| Liječnika na 100.000 | 2013 | 303 |
| Stopa smrtnosti, svi uzroci, na 100.000 stanovnika | 2013 | 721 |
| Stopa smrtnosti, krvožilni sustav, na 100.000 stanovnika | 2013 | 324 |
| Stopa smrtnosti, ozljede i trovanje, na 100.000 stanovnika | 2013 | 48 |
| Stopa smrtnosti, maligne bolesti, na 100.000 stanovnika | 2013 | 210 |
| Procijenjeni ukupni izdaci za zdravstvo u % BDP-a | 2013 | 7 |

6.4. Komparacija podataka za odabrane zemlje

Zbog više razloga izdvajanja za troškove zdravstva znatan su i rastući dio BDP-a u svim razvijenim i tranzicijskim društvima. Velik dio tih rashoda izdvaja se putem javnog sustava osiguranja. U tablici su prikazani ukupni i javni rashodi za zdravstvo po stanovniku, izračeni u američkim dolarima prema kupovnoj snazi za promatranu skupinu zemalja u 1998. i 2002. godini.⁵⁰

Tablica 6.13 Rashodi za zdravstvo u odabranim zemljama⁵¹

| | Ukupni (privatni i javni) rashodi za zdravstvo po stanovniku (u USD) | | Porast rashoda po stanovniku 1998-2002. (u %) | Udio javnih rashoda u ukupnim rashodima za zdravstvo (u %, usklađeno prema kupovnoj moći) |
|------------|--|-------|---|---|
| | 1998. | 2002 | | 2002. |
| Australija | 2.110 | 2.699 | 27,9 | 67,9 |
| Austrija | 1.953 | 2.220 | 13,7 | 69,9 |
| Bugarska | 264 | 499 | 89,0 | 53,5 |

⁵⁰ Harvey S. Rosen, Ted Gayer: Javne financije, Institut za javne financije, Zagreb, 2007., str. 111.

⁵¹ The World Health Organization, <http://www.who.int>, dostupno 15.03.2016.

| | | | | |
|--------------|-------|-------|------|------|
| Češka | 916 | 1.118 | 22,1 | 91,4 |
| Danska | 2.141 | 2.583 | 20,6 | 82,9 |
| Francuska | 2.231 | 2.736 | 22,6 | 76,0 |
| Hrvatska | 575 | 630 | 9,6 | 81,4 |
| Italija | 1.800 | 2.166 | 20,3 | 75,7 |
| Kanada | 2.291 | 2.931 | 27,9 | 69,9 |
| Mađarska | 775 | 1.078 | 39,1 | 70,2 |
| Nizozemska | 1.955 | 2.564 | 31,2 | 65,6 |
| Njemačka | 2.470 | 2.817 | 14,0 | 78,5 |
| Poljska | 563 | 657 | 16,7 | 72,4 |
| SAD | 4.096 | 5.274 | 28,8 | 44,9 |
| Slovačka | 559 | 732 | 30,9 | 88,3 |
| Slovenija | 1.223 | 1.574 | 28,7 | 73,6 |
| Španjolska | 1.371 | 1.640 | 19,6 | 71,3 |
| Švedska | 1.960 | 2.512 | 28,2 | 83,4 |
| Švicarska | 2.967 | 3.446 | 16,1 | 57,9 |
| V. Britanija | 1.607 | 2.160 | 34,4 | 83,4 |

Iz gore navedenih podataka zamjetno je da je u svim zemljama došlo po povećanja rashoda za zdravstvo po stanovniku. U Bugarskog je povećanje bilo ekstremno visoko, dok se znatni porast vidi u Mađarskoj, Velikoj Britaniji, Nizozemskoj i Slovačkoj. Podaci za Hrvatsku govore o razmjerno skromnom porastu od tek 9,6%, ali teško je za reći da li je to možda rezultat metodologije promatranja. Nažalost, trenutno nam nisu dostupni podaci za duže vremensko razdoblje u promatranim zemljama iz kojih bi se moguće iščitati drugačiji zaključci.

Također, treba istaknuti da među promatranim zemljama postoje velike razlike u društvenom razvoju, gospodarskoj moći i sociokulturnom okruženju, pa gornje podatke treba staviti u kontekst sa udjelom rashoda u bruto domaćem proizvodu (BDP).

Tablica 6.14 Ukupna izdvajanja za zdravstvo u 2002. (u % BDP-a)⁵²

| | |
|------------------|------|
| Australija | 9,5 |
| Austrija | 7,7 |
| Bugarska | 7,4 |
| Češka Republika | 7,0 |
| Danska | 8,8 |
| Francuska | 9,7 |
| Hrvatska | 7,3 |
| Italija | 8,5 |
| Kanada | 9,6 |
| Mađarska | 7,8 |
| Nizozemska | 8,8 |
| Njemačka | 10,9 |
| Poljska | 6,1 |
| SAD | 14,6 |
| Slovačka | 5,9 |
| Slovenija | 8,3 |
| Španjolska | 7,6 |
| Švedska | 9,2 |
| Švicarska | 11,2 |
| Velika Britanija | 7,7 |

Iz podataka Svjetske zdravstvene organizacije za 2005. godinu vidljivo je da razvijene zemlje izdvajaju između 8 i 11%, dok se zemlje istočne i južne Europe kreću od 6 do 8%. Od ovih podataka odskoče SAD, čijih 14,6% izdvajanja za zdravstvo predstavlja iznimno visok udio u BDP-u. Hrvatskih 7,3% se nalazi negdje na sredini prosjeka starih i novih članica EU.

⁵² The World Health Organization, <http://www.who.int>, dostupno 15.03.2016.

Odnos broja liječnika i bolničkih kreveta prema broju stanovnika jedan je od uobičajenih pokazatelja razvijenosti bolničkog sustava. U slijedećoj tablici možemo vidjeti usporedne podatke za Hrvatsku i odabrane europske zemlje.

Tablica 6.15 Liječnici i bolnički kreveti na 10.000 stanovnika u Hrvatskoj i nekim europskim zemljama, 2003.⁵³

| | Broj liječnika | Broj bolničkih kreveta |
|-----------------|----------------|------------------------|
| Rumunjska | 20 | 66 |
| Hrvatska | 24 | 56 |
| Irska | 26 | 35 |
| Slovačka | 32 | 73 |
| Mađarska | 33 | 78 |
| Francuska | 34 | 78 |
| Austrija | 34 | 83 |
| Njemačka | 34 | 89 |
| Češka Republika | 35 | 86 |
| Bugarska | 36 | 63 |

Prema pokazateljima navedenim u gornjoj tablici zaključujemo da zaostatak Hrvatske u broju liječnika i bolničkih kreveta u odnosu na razvijene zemlje nije preveliki, premda zemlje sa nižim BDP-om poput Rumunjske i Bugarske iskazuju nešto bolje podatke u pojedinim segmentima.

⁵³ The World Health Organization, <http://www.who.int>, dostupno 15.03.2016.

7. Zaključak

Pogledaju li se zemlje u kojima naši sugrađani pokazuju interes za pronalženjem posla odnosno mogućnost preseljenja, dominantni izbor su zemljopisno bliske Austrija i Njemačka. Hrvati zatim preferiraju skandinavske zemlje, Veliku Britaniju i Irsku. Radi prekomorske udaljenosti nešto manje interesa se pokazuje za Australiju, Novi Zeland, Kanadu i neizbježne Sjedinjene Američke Države.

Izuzmu li se zemljopisne i kulturološke preferencije, što je zajedničko svim tim zemljama? Vidljivo je da su to društva koja su u ekonomskom smislu izrazito tržišno orijentirana. Vlade tih zemalja smatraju da je slobodno tržište sa najmanjom mogućom intervencijom države najbolja opcija za postizanje ekonomskog i društvenog prosperiteta.

Nameće se zaključak da su tržišni mehanizmi neophodni kako bi se dugoročno ostvarivali makroekonomski ciljevi **gospodarskog rasta, zaposlenosti i stabilnosti cijena**. Također, u tim su zemljama ostvareni i mikroekonomski ciljevi **ekonomskih sloboda i učinkovitosti**.

Međutim **pravedna raspodjela** je ekonomski cilj koji mnogi suvremeni autori problematiziraju, poput **Thomasa Pikettya** u njegovoj knjizi *Kapital u 21. stoljeću*. Njegova je teza da razlike u dohotku između najbogatijih i najsiromašnijih kontinuirano rastu te da će to dovesti do ekonomskih i socijalnih nestabilnosti.

Problem pravednosti raspodjele dohotka ne može se tražiti samo u području ekonomije, nego zahvaća i mnogo šire područje ustavno-pravnog poretka i političko-izbornog sustava.

Ipak, fokusiramo li se na tri temeljna ekonomska pitanja, **što, kako i za koga** proizvoditi, zaključiti ćemo da tržišni mehanizmi i ekonomske slobode pokazuju veliku prednost u ostvarivanju ekonomskih ciljeva u odnosu na komandno gospodarstvo u kojem dominantnu ulogu ima državna vlast.

Dakle, ne bi trebalo postavljati pitanje jesu li ekonomske slobode poželjna karakteristika suvremenih gospodarstava, nego koja je prava mjera između slobodnog tržišta i državne regulacije kako bi se, s jedne strane poticalo ljude da slobodno razmjenjuju robe i usluge, a s druge strane, kontrolirale posljedice nestabilnosti koje tržišta ne mogu samostalno korigirati. Odnosno, tražimo odgovore na pitanja poput: Kakva bi trebala biti uloga države u ekonomiji? Postoje li javna dobra koja treba osigurati država? Da li je socijalna država poželjan model, zabluda ili anakronizam? Treba li država biti ograničena i na koji način? Može li država svojom intervencijom utjecati na moralne i etičke vrijednosti, poput principa solidarnosti i jednakosti u zdravstvu?

Ekonomske škole mišljenja u klasičnom liberalizmu obrađene u ovome radu pokušavaju naći odgovore na ova pitanja koja duboko zadiru ne samo u ekonomiju nego i u sociokulturnu i političku okolinu svake zemlje.

Obzirom na multidisciplinarnost ovih problema i činjenicu da se svaka zemlja nalazi u drugačijem okruženju, da su ciljevi i interesi svake zemlje moraju promatrati u njihovom kontekstu i da zemlje počinju s drugačijih startnih pozicija, očekivano je da se ne može ponuditi jednoznačni recept kakav bi to omjer javnog i privatnog trebao biti kako bi nacionalna gospodarstva poboljšala svoje gospodarske pokazatelje. Ipak, težnja ka što manjoj regulaciji, jednostavnoj birokraciji te razumnoj i suzdržanoj intervenciji države univerzalno su prihvaćene preporuke za razvoj ekonomije i poboljšanje životnog standarda.

Nakon provedene analize zdravstvenih sustava odabranih zemalja zaključuje se da primijenjeni ekonomski model snažno utječe i na rezultate uspješnosti zdravstvenog sustava, pri čemu treba uzeti u obzir da svaka država ima drugačiju startnu poziciju i da djeluje u drugačijem kontekstu. Stoga se i preporuke za svaku zemlju mogu razlikovati od slučaja do slučaja. Ipak, uzimajući u obzir zahtjev da svakom građaninu bude zajamčeno pravo da bude liječen u slučaju bolesti a da istovremeno i pacijenti i pružatelji usluga u zdravstvu budu svjesni pripadajućih troškova zaključuje se da je nužno potrebna kompetitivnost između osiguravatelja s jedne strane te između pruža-

telja zdravstvenih usluga s druge strane kako bi se stvorili uvjeti za održivu fiskalnu politiku koja je pretpostavka i nacionalne ekonomije i nacionalnog zdravstvenog sustava, ali uz zadržavanje socijalnog prava na liječenje u slučaju bolesti.

U Varaždinu, _____ 2016.

Dejan Težak

8. Literatura

- [1] **Ashford, Nigel:** *Principles for a Free Society*, Blomberg & Janson, Bromma, 2003.
- [2] **Benić, Đuro:** *Uvod u ekonomiju*, Školska knjiga, Zagreb, 2011.
- [3] **Buchanan, James:** *The Limits of Liberty, Between Anarchy and Leviathan*, Liberty Fund, Indianapolis, 2000.
- [4] **Duffy, K.:** *Opportunity and Risk: Trends of social exclusion in Europe*. Council of Europe - Project on Human Dignity and Social Exclusion, 1998.
- [5] **Friedman, David:** *The Machinery Of Freedom: Guide To A Radical Capitalism*, Open Court Publishing Company, Chicago, 1973.
- [6] **Friedman, Milton & Rose:** *Free To Choose, A Personal Statement*, HJB, New York, 1979.
- [7] **Friedman, Milton:** *Capitalism and Freedom*, The University of Chicago Press, Chicago, 1962.
- [8] **Ginsburg, Norman:** *Divisions of Welfare. A Critical Introduction to Comparative Social Policy*, London, Sage Publications, 1992.
- [9] **Harvey S. Rosen, Ted Gayer:** *Javne financije*, Institut za javne financije, Zagreb, 2007.
- [10] **Hayek, F. A.:** *The Road to Serfdom*, George Routledge & Sons, London, 1944.
- [11] **Hill, Michael:** *Social Policy. A comparative analysis*, Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf, 1996.
- [12] **Hobbes, Thomas:** *Levijatan*, Jesenski i Turk, Zagreb, 2004.
- [13] **Institute for Humane Studies at George Mason University:** *Schools of Thought in Classical Liberalism*, <http://www.learnliberty.org/playlists/schools-of-thought-in-classical-liberalism/>, dostupno 29.02.2016.
- [14] **Jones, B.:** *Health Care Systems in Liberal Democracies*, London and New York, Routledge, 1996.
- [15] **Mankiw, N. Gregory:** *Osnove ekonomije*, treće izdanje, MATE, Zagreb, 2006.

- [16] **Mihaljek, D.:** "Zdravstvena politika i reforma u Hrvatskoj: kako vidjeti šumu od drveća?" u: K. Ott, ur. *Pridruživanje Hrvatske Europskoj uniji: izazovi sudjelovanja*. Zagreb: Institut za javne financije : Zaklada Friedrich Ebert, 265-308., 2006.
- [17] **Nozick, Robert:** *Anarchy, State, and Utopia*, Basic Books, New York, 1974.
- [18] **OECD:** *Financing and Delivering Health care. A Comparative Analysis of OECD Countries*, 1987.
- [19] **OECD Health Statistics:** <http://www.oecd.org/>, dostupno 15.03.2016.
- [20] **Piketty, Thomas:** *Kapital u 21. stoljeću*, Profil knjiga, Zagreb, 2014.
- [21] **Puljiz, V.:** *Programi socijalne sigurnosti u Sjedinjenim Američkim Državama*, Revija za socijalnu politiku 1:61-66, 1995.
- [22] **Rand, Ayn:** *Atlas Shrugged*, Random House, New York, 1957.
- [23] **Rand, Ayn:** *Fountainhead*, Bobbs-Merrill, Indianapolis, 1943.
- [24] **Rothbard, Murray:** *For a New Liberty: The Libertarian Manifesto*, Macmillan Publishers, London, 1973.
- [25] **Samuelson, A. Paul; Nordhaus, D. William:** *Ekonomija, osamnaesto izdanje*, Mate, Zagreb, 2007.
- [26] **Spence, R., Ottewill, R.:** *Health Care Systems in Liberal Democracies*, London and New York: Routledge, 1996.
- [27] **Von Mises, Ludwig:** *Human Action, A Treatise on Economics*, Yale University, 1949.
- [28] **Zrinščak, Siniša:** *Sustavi zdravstvene politike u svijetu, osnovna obilježja i aktualni procesi*, Revija za socijalnu politiku. 6 (1999), 1; 3-19 (članak, znanstveni).
- [29] **The World Health Organization**, <http://www.who.int/>, dostupno 15.03.2016.

Popis slika

| | |
|--|----|
| Slika 2.1 Krivulja GMP | 3 |
| Slika 2.2 Tržišni se sustav oslanja na ponudu i potražnju da bi riješio tri temeljna ekonomska problema | 6 |
| Slika 5.1 Razvojno stablo ekonomije..... | 16 |

Popis tablica

| | |
|---|----|
| Tablica 2.1 Mogućnost proizvodnje dobara a i b | 3 |
| Tablica 6.1 Tri osnovna modela zdravstvene skrbi prema OECD-ovoj studiji o modelima zdravstvenog financiranja | 32 |
| Tablica 6.2 Modeli zdravstvenih sustava prema M. Hillu..... | 35 |
| Tablica 6.3 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za Njemačku | 36 |
| Tablica 6.4 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za Nizozemsku..... | 38 |
| Tablica 6.5 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za Italiju | 40 |
| Tablica 6.6 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za Švedsku..... | 42 |
| Tablica 6.7 Izdvajanje za zdravstvo mjereno udjelom u BDP-u..... | 43 |
| Tablica 6.8 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za Veliku Britaniju | 44 |
| Tablica 6.9 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za SAD | 47 |
| Tablica 6.10 Očekivano trajanje života..... | 49 |
| Tablica 6.11 Stope smrtnosti na 1.000 stanovnika u Hrvatskoj..... | 50 |
| Tablica 6.12 Statistički podaci Svjetske zdravstvene organizacije za Hrvatsku | 50 |
| Tablica 6.13 Rashodi za zdravstvo u odabranim zemljama | 51 |
| Tablica 6.14 Ukupna izdvajanja za zdravstvo u 2002. (u % BDP-a) | 53 |
| Tablica 6.15 Liječnici i bolnički kreveti na 10.000 stanovnika u Hrvatskoj i nekim europskim zemljama, 2003..... | 54 |

**IZJAVA O AUTORSTVU
I
SUGLASNOST ZA JAVNU OBJAVU**

Završni/diplomski rad isključivo je autorsko djelo studenta koji je isti izradio te student odgovara za istinitost, izvornost i ispravnost teksta rada. U radu se ne smiju koristiti dijelovi tuđih radova (knjiga, članaka, doktorskih disertacija, magistarskih radova, izvora s interneta, i drugih izvora) bez navođenja izvora i autora navedenih radova. Svi dijelovi tuđih radova moraju biti pravilno navedeni i citirani. Dijelovi tuđih radova koji nisu pravilno citirani, smatraju se plagijatom, odnosno nezakonitim prisvajanjem tuđeg znanstvenog ili stručnoga rada. Sukladno navedenom studenti su dužni potpisati izjavu o autorstvu rada.

Ja, **DEJAN TEŽAK** pod punom moralnom, materijalnom i kaznenom odgovornošću, izjavljujem da sam isključivi autor/ica završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom **"TRŽIŠTE NASUPROT KOMANDI U DAVANJU ODGOVORA NA TEMELJNA EKONOMSKA PITANJA NA PRIMJERU USPJEŠNOSTI ZDRAVSTVENIH SUSTAVA ODABRANIH ZEMALJA"**, te da u navedenom radu nisu na nedozvoljeni način (bez pravilnog citiranja) korišteni dijelovi tuđih radova.

Student/ica:
DEJAN TEŽAK

(vlastoručni potpis)

Sukladno Zakonu o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju završne/diplomske radove sveučilišta su dužna trajno objaviti na javnoj internetskoj bazi sveučilišne knjižnice u sastavu sveučilišta te kopirati u javnu internetsku bazu završnih/diplomskih radova Nacionalne i sveučilišne knjižnice. Završni radovi istovrsnih umjetničkih studija koji se realiziraju kroz umjetnička ostvarenja objavljuju se na odgovarajući način.

Ja, **DEJAN TEŽAK** neopozivo izjavljujem da sam suglasan/na s javnom objavom završnog/diplomskog (obrisati nepotrebno) rada pod naslovom **"TRŽIŠTE NASUPROT KOMANDI U DAVANJU ODGOVORA NA TEMELJNA EKONOMSKA PITANJA NA PRIMJERU USPJEŠNOSTI ZDRAVSTVENIH SUSTAVA ODABRANIH ZEMALJA"**, čiji sam autor/ica.

Student/ica:
DEJAN TEŽAK

(vlastoručni potpis)