Uloga države u razvoju kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga

Dujmović, Mario

Master's thesis / Diplomski rad

2019

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Faculty of Economics in Osijek / Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Ekonomski fakultet u Osijeku**

Permanent link / Trajna poveznica: https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:145:911837

Rights / Prava: In copyright / Zaštićeno autorskim pravom.

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



Repository / Repozitorij:

EFOS REPOSITORY - Repository of the Faculty of Economics in Osijek







Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera
Ekonomski fakultet u Osijeku
Preddiplomski studij. Smjer Politika i regionalni razvoj

Mario Dujmović

ULOGA DRŽAVE U RAZVOJU KVALITETE ZDRAVSTVA I ZDRAVSTVENIH USLUGA

Diplomski rad

Osijek, 2019.

Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera
Ekonomski fakultet u Osijeku
Preddiplomski studij. Smjer Politika i regionalni razvoj

Mario Dujmović

ULOGA DRŽAVE U RAZVOJU KVALITETE ZDRAVSTVA I ZDRAVSTVENIH USLUGA

Diplomski rad

kolegij: Ekonomika javnog sektora
JMBAG: 0010212216
e-mail: dujmomario95@gmail.com

mentor: izv. prof. dr. sc. Domagoj Karačić

Osijek, 2019.

Josip Juraj Strossmayera University of Osijek
Faculty of Economics in Osijek

Mario Dujmović

THE ROLE OF THE STATE IN DEVELOPING THE QUALITY OF HEALTH AND HEALTH SERVICES

Final paper

Osijek, 2019.

IZJAVA

O AKADEMSKOJ ČESTITOSTI, PRAVU PRIJENOSA INTELEKTUALNOG VLASNIŠTVA, SUGLASNOSTI ZA OBJAVU U INSTITUCIJSKIM REPOZITORIJIMA I ISTOVJETNOSTI DIGITALNE I TISKANE VERZIJE RADA

1. Kojom izjavljujem i svojim potpisom potvrđujem da je diplomski rad isključivo rezultat osobnoga rada koji se temelji na mojim istraživanjima i oslanja se na objavljenu literaturu. Potvrđujem poštivanje nepovredivosti autorstva te točno citiranje radova drugih autora i referiranje na njih.
2. Kojom izjavljujem da je Ekonomski fakultet u Osijeku, bez naknade u vremenski i teritorijalno neograničenom opsegu, nositelj svih prava intelektualnoga vlasništva u odnosu na navedeni rad pod licencom Creative Commons Imenovanje – Nekomercijalno – Dijeli pod istim uvjetima 3.0 Hrvatska.
3. Kojom izjavljujem da sam suglasan da se trajno pohrani i objavi moj rad u institucijskom digitalnom repozitoriju Ekonomskoga fakulteta u Osijeku, repozitoriju Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku te javno dostupnom repozitoriju Nacionalne i sveučilišne knjižnice u Zagrebu (u skladu s odredbama Zakona o znanstvenoj djelatnosti i visokom obrazovanju, NN br. 123/03, 198/03, 105/04, 174/04, 02/07, 46/07, 45/09, 63/11, 94/13, 139/13, 101/14, 60/15).
4. izjavljujem da sam autor predanog rada i da je sadržaj predane elektroničke datoteke u potpunosti istovjetan sa dovršenom tiskanom verzijom rada predanom u svrhu obrane istog.

Ime i prezime studenta: Mario Dujmović
JMBAG: 0010212216
OIB: 72964616711
e-mail za kontakt: dujmomario95@gmail,com
Naziv studija: Preddiplomski studij. Smjer politika i regionalni razvoj
Naslov rada: Uloga države u razvoju kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga
Mentor rada: izv. prof. dr. sc. Domagoj Karačić
U Osijeku, 2019. godine

_____

SADRŽAJ

1. Uvod 1

2. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj 2

2.1. Povijest razvoja zdravstvenog sustava 2

2.2. Organizacija zdravstvenog sustava 5

2.3. Financiranje zdravstvenog sustava 10

3. Procjena kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga u Republici Hrvatskoj 18

3.1 Koncept i mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga 18

3.2. Usporedba kvalitete s drugim europskim državama 21

4. Planiranje daljnjeg razvoja zdravstvenog sustava s aspekta države 26

5. Rasprava 34

6. Zaključak 36

Popis literature 38

Popis tablica 40

Popis grafikona 40

Uloga države u razvoju kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga

SAŽETAK

Rad se bavi ulogom države u razvoju kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga. Cilj je proučiti način na koji se očituje uloga države u organiziranju kvalitetnog zdravstvenog sustava. Kao što je poznato, trendovi u zdravstvu, ali i načinu životu, kao i potrebama ljudi, često se mijenjaju. Zdravstveni sustav treba pratiti te trendove te i sam se po potrebi mijenjati. Ključno je kontinuirano raditi na povećanju kvalitete. Rad je pokazao kako u Republici Hrvatskoj postoji premalo podataka temeljem kojih bi se mogla objektivno izmjeriti kvaliteta cjelokupnog sustava, a posebno izvršiti usporedba na nacionalnoj i međunarodnoj razini. Ipak, postoje neki parametri koji mogu biti indikator kvalitete. Sukladno tim parametrima, utvrđeno je kako je, generalno govoreći, kvaliteta hrvatskog zdravstvenog sustava ispod razine kvalitete zdravstva prosjeka Europske unije. Situaciju dodatno pogoršava dugoročna neodrživost sustava po pitanju financiranja, što je od posebne važnost za postizanje određene razine kvalitete. Zbog brojnih problema hrvatskom je zdravstvu potrebna još jedna reforma, no s njom je potrebno početi čim prije.

Ključne riječi: zdravstvo, zdravstveni sustav, zdravstvene usluge, kvaliteta, reforma

The role of the state in developing the quality of health and health services

ABSTRACT

The paper deals with the role of the state in the development of quality of health care and health services. The aim is to study how the state's role in organizing a quality health system is manifested. As is well known, trends in health and lifestyle as well as people's needs often change. The health care system should monitor these trends and change itself as needed. It is crucial to continuously work to increase quality. The paper showed that in the Republic of Croatia there is not enough data on the basis of which the quality of the whole system can be objectively measured, and especially at national and international level. However, there are some parameters that can be an indicator of quality. According to these parameters, it was found that, generally speaking, the quality of the Croatian health system is below the level of

health quality of the EU average. The situation is further exacerbated by the long-term unsustainability of the system in terms of financing, which is of particular importance for achieving a certain level of quality. Due to numerous problems, Croatian health care needs another reform, but it needs to be started as soon as possible.

Key words: healthcare, health system, health services, quality, reform

1. Uvod

Pravo na zdravstvenu zaštitu jedno je od temeljnih prava svakog čovjeka. Zdravstvena zaštita na koju građanin ima pravo podrazumijeva određenu kvalitetu. Zdravstveni sustav služit će svojoj svrsi samo onda kada je učinkovit i kada može dostaviti, odnosno isporučiti ili pružiti određenu razinu kvalitete.

Najveću ulogu u pružanju kvalitetnih zdravstvenih usluga i razvoju kvalitetnog zdravstvenog sustava ima država. U slučaju Republike Hrvatske, za razvoj kvalitete zdravstva zaduženo je Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske koje ima obvezu donositi zakonodavni okvir, proračun, utvrđivati zdravstvene potrebe, nadgledati provođenje reforma, itd. Dakako, to nije jedina institucija koja ima svoje dužnosti u okviru zdravstvenog sustava, no to je institucija koja posjeduje najveću ulogu u osiguranju kvalitete cjelokupnog sustava.

Kvalitetu bilo kojih usluga, pa tako i onih zdravstvenih, teško je mjeriti i točno utvrditi. Moguće je donijeti samo određene procjene, no ipak, one mogu biti relevantne ukoliko se temelje na objektivnim i mjerljivim pokazateljima. Nažalost, mnoge zemlje ne raspolažu dovoljnim brojem podataka kako bi se mogla ocijeniti kvaliteta zdravstva, a posebno, kako bi se ona mogla usporediti na nacionalnoj i međunarodnoj razini.

U Hrvatskoj su već duže vremena prisutni određeni problemi u zdravstvu, stoga se često spominje nova cjelovita reforma. Zabrinutost vlada i zbog mišljenja kako je sadašnji sustav neodrživ i kako se pod hitno trebaju odrediti i pronaći novi izvori financiranja. Izvori financiranja od velike su važnosti i za osiguranje kvalitetnih zdravstvenih usluga.

Kako bi kvaliteta bila što veća, potrebno je na najbolji mogući način rasporediti dostupne resurse. Ukoliko ti resursi nisu dovoljni za ujednačenu kvalitetu i određenu razinu, potrebno je pronaći nove. U konačnici, cilj je za iste resurse dobiti veću kvalitetu ili za manje resurse dobiti jednaku.

2. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj

U ovom poglavlju opisat će se povijest razvoja zdravstvenog sustava u RH, organizacija te financiranje istog. Teorijsko razmatranje započinje se sa opisivanjem povijesti razvoja zdravstvenog sustava.

2.1. Povijest razvoja zdravstvenog sustava

Kada se govori o zdravstvenom sustavu, odnosno, razvoju istoga u RH, taj se sustav treba proučavati u okviru razvoja zdravstvenih institucija. "Do pred kraj 19. st. u Hrvatskoj znanstvene medicine još nema, za što su krive nepovoljne društveno-političke i gospodarstvene prilike, a istodobno čitava plejada Hrvata znanstvenu medicinu razvija u 'bijelome svijetu'" (Dugački, 2007:251).

Nepovoljne prilike, poput političkih, društvenih, gospodarskih i drugih, uzroci su kasnijeg razvoja medicine u RH u odnosu na druge zemlje. Do intenzivnijeg razvoja medicine, pa tako i zdravstvenog sustava tako dolazi tek u zadnjim desetljećima 19. stoljeća i početkom 20. stoljeća, kada se osnivaju važne zdravstvene institucije.

"Organizacija zdravstva na suvremenim načelima u Hrvatskoj je započela 1874., donošenjem Zakona o uređenju zdravstvene službe u Hrvatskoj i Slavoniji. U to doba u Hrvatskoj i Slavoniji radilo je 186 primalja te 105 liječnika i 88 ranarnika, a 50% njih živjelo je u gradovima. Na jednoga liječnika dolazilo je 6111 stanovnika. Iako Zakon nije predvidio općinske liječnike i nije vodio računa o zdravstvenim potrebama sela, on je utjecao na budući razvoj zdravstva te na broj i strukturu zdravstvenih djelatnika" (http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=67025).

U posljednjem desetljeću 19. stoljeća unutar tadašnje Austro-Ugarske uveden je sustav obveznoga zdravstvenog osiguranja, i to za radnike koji su radili, odnosno bili zaposleni, u područjima reguliranim zakonom. Za druge osobe postojala je mogućnost dobrovoljnog privatnog zdravstvenog osiguranja.

"U posljednjem desetljeću 19. st. osnovane su tri institucije važne za medicinsku dijagnostiku: pri Mudroslovnom (tj. Filozofskom) fakultetu godine 1892. Botaničko-fiziološki institut pod

vodstvom prof. Antuna Heinza, gdje su se obavljale sve bakteriološke pretrage za potrebe javne zdravstvene službe, godine 1897. osnovan je Kr. zem. kemijsko-analitički zavod pod vodstvom prof. Srećka Bošnjakovića, koji je među ostalim obavljao kemijske, mikroskopske i bakteriološke pretrage vode za piće i mineralnih voda (21), a u Rijeci je početkom 1900. osnovana Kraljevska stanica za kemijska ispitivanja, u kojoj se ispitivala pitka voda i živežne namirnice. Krajem 19. st. osniva se i u Zadru kemijskobakteriološki laboratorij" (Dugački, 2007:253).

Uz još druge institucije iz područja medicine, ali i konvencije, skupove, kongrese i sl., hrvatska medicina i zdravstveni sustav procvat doživljavaju u prvim desetljećima 20. stoljeća. Stoga, "počeci organiziranog pružanja zdravstvenog (tada socijalnog) osiguranja na području Republike Hrvatske javljaju se u dvadesetim godina prošlog stoljeća, te su do današnjeg dana nositelji zdravstvenog osiguranja prošli mnogobrojne reforme kako u samom nazivu tako i u svojoj organizacijskoj strukturi ali uvijek s jednim jedinim ciljem: provođenjem osiguranja radnika i brigom o svojim osiguranicima" (https://www.hzzo.hr/o-zavodu/povijest/).

Od tada pa do današnjeg dana provode se reforme zdravstvenog sustava. Jedna od prvih provedena je 1919. godine. A. Štampar, načelnik Ministarstva narodnog zdravlja proveo je "temeljitu reformu zdravstva, polazeći od socijalno-medicinskih načela organizacije zdravstvene službe; prvi u svijetu osmislio je institucionalni oblik primarne zdravstvene zaštite. Njegovom zaslugom bili su utemeljeni higijenski zavodi, domovi narodnoga zdravlja, zdravstvene stanice, školske poliklinike, dispanzeri za dojenčad, antimalarične i bakteriološke stanice, antituberkulozne, antiveneričnе i antitrahomske ambulante i dr. God. 1927. podignut je u Zagrebu Centralni higijenski zavod (danas Hrvatski zavod za javno zdravstvo) sa Školom narodnoga zdravlja" (http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=67025).

Obzirom na razvoj infrastrukture, dolazi do daljnjeg jačanja zdravstvenog sustava. "U razdoblju prije II. svjetskog rata, u tadašnjoj Jugoslaviji djelovao je 51 dom narodnoga zdravlja i 159 zdravstvenih stanica. Higijenski zavodi, osnivani po regijama, vodili su velik dio primarne zdravstvene zaštite" (http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=67025).

Nakon II. svjetskog rata dolazi do daljnjih promjena u zdravstvenom sustavu. Promjene u radu zdravstvenih institucija bile su nužne i zbog specifičnih zdravstvenih i socijalnih

problema, kao što su endemije, epidemije, visoka smrtnost dojenčadi, migracije, nedostatak ljudskih kadrova u zdravstvu, i dr. Nakon II. svjetskog rata dolazi i do promjena u zdravstveno osiguranju. Ono postaje državno, obvezno i jedinstveno za cijelu zemlju. Pravo na osnovnu zdravstvenu zaštitu bilo je zajamčeno i osobama u radnom odnosu i članovima njihovih obitelji.

"Razdoblje od završetka II. svjetskog rata do 1980-ih obilježeno je razvojem medicinske znanosti i struke, osobito razvojem sustava zdravstvenog osiguranja. God. 1948. obveznim zdravstvenim osiguranjem bilo je obuhvaćeno samo 25% stanovništva, a 1979. god. 85%. Povećao se broj zdravstvenih radnika, od njih 1703 u 1950. na 56 054 u 1978. God. 1978. bila su 7402 liječnika, tj. jedan je liječnik dolazio na 618 stanovnika. Očekivano trajanje života od 1948. do 1978. produženo je u muškaraca za 15,8 godina, a u žena za 17,2 godine" (http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=67025).

Za razvoj zdravstvenog sustava valja izdvojiti i odvajanje zdravstvenog osiguranja u zasebnu granu socijalnog osiguranja 1954. godine (Puljiz, 2007:169). Godine 1980. donesen je Zakon o zdravstvenoj zaštiti kojim je prestala organizacija zdravstva prema teritorijalnome načelu i stanovništvo je počelo ostvarivati svoja prava na zdravstvenu zaštitu prema mjestu stanovanja, rada i školovanja (http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=67025).

Nova velika promjena nastaje osnivanjem preteče Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, a to je Republički fond zdravstvenog osiguranja i zdravstva Hrvatske. Taj je institucija osnovana 1. rujna 1990., a 21. kolovoza 1993. nositelj zdravstvenog osiguranja postaje godine Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (https://www.hzzo.hr/o-zavodu/povijest/).

"Početkom 1990-ih podatci o stanju u zdravstvu i stanju zdravlja stanovništva u Hrvatskoj pokazivali su napredak; tako je 1991. bilo 8964 zaposlenih liječnika (jedan liječnik na 534 stanovnika)" (http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=67025). Ratna zbivanja utjecala su i na stanje te reforme u zdravstveno sustavu koje su bile započete, no zbog rata i zaustavljene. Neki od glavnih problema bili su vlasnička struktura i upravljanje, financiranje, nedostatak ljudskog i stručnog kadra, nedostatak moderne opreme, itd. Kao što je spomenuto, 1993. godine Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) preuzima poslovanje od

tadašnjeg Republičkog fonda zdravstvenog osiguranja i zdravstva Hrvatske te ostaje djelovati do današnjeg dana.

Nakon završetka Domovinskog rata nastavlja se sa reformama zdravstvenog sustava u RH. Dolazi do donošenja i usvajanja novih zakona, pravnih akata, strategija za razvoj zdravstva, strateških planova, i sl. Rezultat toga je moderna organizacija zdravstvenog sustava u RH, odnosno sustava zdravstvene zaštite kakav se poznaje danas. O organizaciji zdravstvenog sustava u današnje vrijeme govori se u sljedećem poglavlju.

2.2. Organizacija zdravstvenog sustava

Zdravstveni sustav RH uključuje različite sudionike. Kao krovna institucija koja upravlja zdravstvenim sustavom javlja se Ministarstvo zdravstva. Ono upravlja sustavom zdravstvene zaštite i ima široke ovlasti koje uključuju upravljanje zakonodavstvom u domeni zdravstvene zaštite, izradu proračuna sustava zdravstvene zaštite, nadziranje sustava, odnosno statusa i zdravstvenih potreba, edukaciju djelatnika, nadgledanje provođenja reforma zdravstvenog sustava...

Druga iznimno važna institucija zdravstvenog sustava RH je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: HZZO). Riječ je o javnoj ustanovi i pravnoj osobi čija su prava, obveze i odgovornosti utvrđene Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, kao i Statutom ove institucije.

“HZZO je sustav koji je propisan zakonom i koji je visoko reguliran pravilnicima te posebnim ugovorima o suradnji. Unutar tog okvira HZZO nema velikih mogućnosti da mijenja podsustave i relacije u samom sustavu. No, HZZO može raznovrsnim pristupima i alatima vršiti pritisak na ugovorne strane, odnosno dionike s kojima je ugovorio pružanje zdravstvene zaštite. Pristupi i alati za taj pritisak su raznovrsni, a većinom su temeljeni na kontroli, stimulaciji i kažnjavanju. Dakle, HZZO ne može mijenjati gabarite sustava, ali zato putem pritisaka može snažno mijenjati njegov tonus” (Džakula, Lončarek i Radin, 2018:85).

Zdravstvena zaštita obuhvaća sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unaprjeđenje zdravlja, sprječavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti,

pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu, rehabilitaciju i palijativnu skrb. Ona se odvija na tri različite razine (Zakon o zdravstvenoj zaštiti, 2018):

1. primarna,
2. sekundarna i
3. tercijarna.

Zdravstvena zaštita na primarnoj razini pruža se kroz djelatnosti (https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/opis-zdravstvenog-sustava/):

- "opću/obiteljsku medicinu,
- zdravstvenu zaštitu predškolske djece,
- zdravstvenu zaštitu žena,
- patronažnu zdravstvenu zaštitu,
- zdravstvenu njegu u kući bolesnika,
- stomatološku zdravstvenu zaštitu (polivalentnu),
- higijensko - epidemiološku zdravstvenu zaštitu,
- preventivno-odgojne mjere za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata,
- laboratorijsku dijagnostiku,
- ljekarništvo,
- hitnu medicinsku pomoć".

Zdravstvene ustanove na primarnoj razini uključuju (http://dial-in.mef.hr/meddb/slike/pisac39/file1901p39.pdf):

1. Domove zdravlja,
2. Ustanove za hitnu medicinsku pomoć,
3. Ustanove za zdravstvenu njegu,
4. Ljekarničke ustanove,
5. Ustanove za palijativnu skrb.

Domovi zdravlja dužni su pružati i djelatnost hitne medicinske pomoći, kao i obavljati dijagnostičke usluge, odnosno, preventivnu medicinu. U principu, zdravstvene ustanove na primarnoj razini obavljaju određen skup djelatnosti zdravstvene zaštite na primarnoj razini.

Zdravstvena djelatnost na sekundarnoj razini obuhvaća specijalističko-konzilijarnu i bolničku djelatnost. Institucije ove razine su (http://dial-in.mef.hr/meddb/slike/pisac39/file1901p39.pdf):

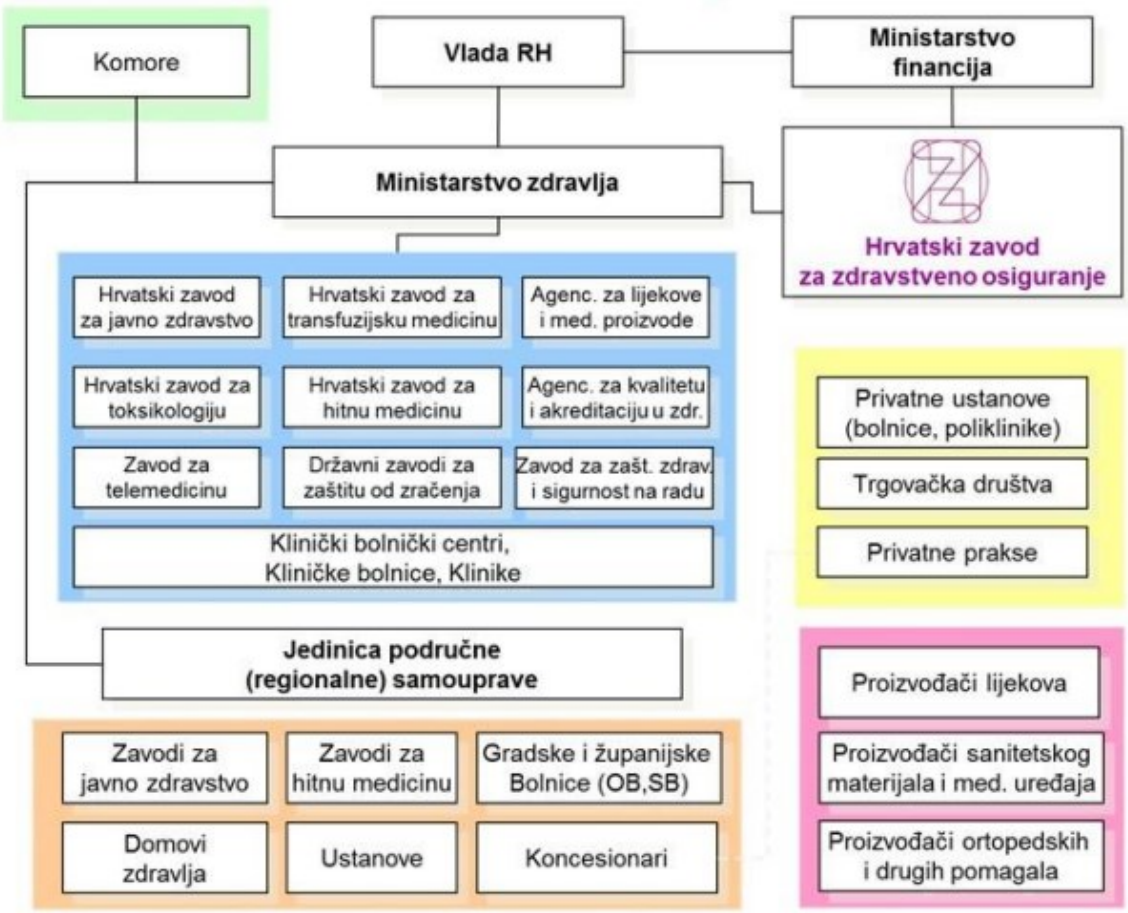
1. Poliklinike,
2. Bolnice i
3. Lječilišta.

"Privatne zdravstvene ustanove također su prisutne u zdravstvenom sustavu Hrvatske. Privatne zdravstvene ustanove najčešće unajmljuju prostor u domovima zdravlja u vlasništvu lokalne zajednice. Isto tako, privatne prakse moraju zadovoljiti određene kriterije koje je postavilo Ministarstvo zdravstva, što uključuje minimalni broj upisanih pacijenata i moraju ponuditi minimalni opseg zdravstvenih usluga. Bolnice u RH kategoriziraju se u četiri kategorije: nacionalne bolnice, županijske bolnice regionalnog značenja, županijske bolnice i lokalne bolnice" (Stašević, Derk i Ropac, 2019).

Tercijarna razina zdravstvene zaštite najsloženija je jer uključuju oblike : specijalističko – konzilijarnih i bolničkih djelatnosti, znanstveno istraživački rad te izvođenje nastave. Stoga su institucije ove razine zaštite (http://dial-in.mef.hr/meddb/slike/pisac39/file1901p39.pdf):

1. Klinike,
2. Kliničke bolnice i
3. Klinički bolnički centri.

Kao što je vidljivo, brojne su institucije hrvatskog zdravstvenog sustava koje obavljaju djelatnosti na različitim razinama, tj. primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj. Osim njih, potrebno je spomenuti i razinu različitih zdravstvenih zavoda kao što su npr. Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Hrvatski zavod za zaštitu zdravlja i sigurnost na radu, Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu... Takvi zavodi obavljaju određene specifične djelatnosti. Sudionike zdravstvenog sustava u RH moguće je sistematizirati i na druge načine, npr., onako kako je to prikazano na grafikonu 1.



Grafikon 1. Sudionici zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj

Izvor: Džakula, Lončarek i Radin, 2018:13

Vidljivo je kako je zdravstveni sustav, odnosno organizacija istoga u RH složena jer obuhvaća brojne sudionike. S obzirom na sve do sada rečeno, zdravstveni sustav može se definirati kao "skup odnosa u kojima su strukturne komponente (sredstva) i njihove interakcije udružene i povezane s ciljevima koje sustav želi postići (ishodi). Ovaj model sadrži opće ciljeve i sredstva koje narodi koriste kako bi postigli svoje ciljeve. Ciljevi su: stanje zdravlja, zaštita od financijskog rizika, te zadovoljstvo korisnika. Sredstva su: financiranje i njegova institucionalna organizacija, makroorganizacija pružanja zdravstvene skrbi, plaćanje (struktura poticaja), te propisi" (Džakula, Lončarek i Radin, 2018:11).

U RH postoje dvije vrste zdravstvenog osiguranja: obvezno i dobrovoljno. Svaki je građanin RH dužan prijaviti se na obvezno zdravstveno osiguranje, prema jednoj od osnova osiguranja utvrđenih Zakonom o obveznom osiguranju.

„Zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na primarnoj razini osigurane osobe ostvaruju na osnovi slobodnog izbora doktora medicine i doktora stomatologije, u pravilu, prema mjestu stanovanja. Zdravstvenu zaštitu iz obveznog zdravstvenog osiguranja na sekundarnoj i tercijarnoj razini osigurane osobe ostvaruju osnovom uputnice izabranog ugovornog doktora primarne zdravstvene zaštite. Zdravstvena zaštita iz obveznog zdravstvenog osiguranja na razini zdravstvenih zavoda provodi se na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite, te putem posebnih programa" (Stašević, Derk i Ropac, 2019).

I stranci koji obavljaju gospodarsku ili profesionalnu djelatnost dužni su prijaviti se na obvezno zdravstveno osiguranje. Do 2013. godine to je bilo regulirano postojanjem bilateralnih ugovora o zdravstvenoj zaštiti s nekim europskim državama. No, ulaskom RH u Europsku uniju (u daljnjem tekstu: EU), bilateralni ugovori zamijenjeni su Uredbom koja se tiče koordinacije sustava socijalne sigurnosti. Bilateralni su ugovori ostali važeći, tj. na snazi samo s onim državama koje nisu države članice EU.

Kod dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja riječ je o osiguranju koje nije obvezno. Ugovora se kao dugoročno osiguranje u trajanju od najmanje jedne godine. Tim se osiguranjem osigurava veći zdravstveni standard u odnosu na zdravstveni standard koji proizlazi iz obveznog zdravstvenog osiguranja, kao i veća prava.

„Hrvatski građani koji nemaju dopunsko zdravstveno osiguranje (trenutno oko 1,9 milijuna) prilikom bolničkog liječenja te prilikom odlaska obiteljskom liječniku ili stomatologu dužni su sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene zdravstvene zaštite. U slučaju bolničkog liječenja građani bez dopunskog osiguranja moraju sami podmiriti do 20% određene zdravstvene usluge, odnosno maksimalno 2000 kuna po jednom pregledu. Za pregled kod obiteljskog liječnika ili za izdavanje lijeka po receptu građani bez dopunskog osiguranja plaćaju po 10 kuna. Bitno je napomenuti kako je velika većina hrvatskih osiguranika oslobođena plaćanja participacije budući da posjeduju dopunsko zdravstveno osiguranje" (https://www.hzzo.hr/zdravstveni-sustav-rh/opis-zdravstvenog-sustava/).

Međutim, bitno je napomenuti kako postoje značajne razlike između dopunskog i dodatnog zdravstvenog osiguranja. Dopunsko, kao što mu samo ime kaže, određena je nadopuna obveznog zdravstvenog osiguranja. Dodatno zdravstveno osiguranje osiguraniku nudi i neke dodatne usluge, kao što su npr. sistematski pregledi, laboratorijske pretrage, dijagnostičke obrade, manji operativni zahvati, određenu vrstu fizikalne terapije, itd. Ono se može ugovoriti samo kod osiguravajućeg društva, dok se dopunsko zdravstveno osiguranje može ugovoriti kod čitavog niza institucija. Značajne su i razlike u cijeni. Dopunsko zdravstveno osiguranje kreće se od oko 70,00 do 300,00 kn mjesečno, dok se dodatno kreće oko 500,00 do 1.000,00 kn mjesečno. Za veću cijenu dodatno osiguranje daje različite pogodnosti, a osim nabrojanih, osiguranik ne ovisi o dugim listama čekanja te može sam birati ustanovu, liječnik i specijalista. Postoje i određene mogućnosti korištenja popusta, no konkretne pogodnosti, dakako, ovise i o konkretnim policama dodatnog zdravstvenog osiguranja.

Sve ovo potvrđuje kompleksnost zdravstvenog sustava RH i organizacije istoga, no također povlači i određena specifična pitanja. Postavlja se pitanje tko i kako, odnosno na koji način, financira zdravstveni sustav RH. O tome se govori u nastavku rada.

2.3. Financiranje zdravstvenog sustava

Svaki zdravstveni sustav mora imati svoje izvore financiranja kako bi mogao osigurati sredstva za zdravstvenu zaštitu građana, odnosno individualnih osoba koje trebaju imati odgovarajući pristup individualnoj zdravstvenoj usluzi. U RH zdravstveni sustav funkcionira prema dva modela financiranja koja se u praksi koriste i u drugim državama Europe i svijeta.

„Financiranje zdravstvenog sustava jest kompleksan problem u čijem se rješavanju koriste različiti modeli. Danas se u svijetu koriste tri osnovna načina financiranja zdravstvenog sustava. To su Bismarckov model, Beveridgeov model i privatno financiranje. Bismarckov model je model koji funkcionira na načelima solidarnosti i uzajamnosti. Beveridgeov model je model u kojem se zdravstvo financira iz poreza koji plaćaju svi građani. Privatno financiranje je model koji se temelji na zakonima kapitalističkog društva, po principu 'koliko platiš- toliko dobiješ'“ (Stašević, Derk i Ropac, 2019).

Kao što je već spomenuto u prethodnom poglavlju, HZZO bavi se provođenjem osnovnog, odnosno obveznog zdravstvenog osiguranja. Doprinose za zdravstveno osiguranje dužni su

plaćati svi zaposleni građani i poslodavci. Članovima obitelji, tj. uzdržavanim članovima obitelji radno aktivnih osoba doprinosi su pokriveni doprinosima koje plaća radno aktivni član obitelji. I samozaposleni radnici u RH također su dužni plaćati doprinose za zdravstveno osiguranje. To je ujedno i jedan vid financiranja zdravstvenog sustava u RH.

Doprinos za obvezno zdravstveno osiguranje iznosi 15% (Zakon o doprinosima, 2018). Prethodno objašnjeni model financiranja je Bismarckov model. S obzirom da prihodi i rashodi HZZO ipak imaju jednu od najvažnijih uloga na cjelokupno financiranje zdravstvenog sustava RH, potrebno ih je ukratko sagledati. Tablica 1 iznosi pregled ostvarenih prihoda u 2018. godini u odnosu na 2017. godinu.

Tablica 1. Pregled ostvarenih prihoda HZZO u 2018. godini u odnosu na 2017. godinu u kn

Prihodi-primici	**2017.**	**2018.**	**Indeks**	**Struktura**	
				2017.	2018.
Prihodi od doprinosa	19 135 183 895	19 904 219 233	104,02	80,81	79,53
Prihodi od proračuna	2 629 755 626	3 100 000 000	117,88	11,11	12,39
Prihodi po posebnim propisima	1 867 889 321	2 004 794 358	107,33	7,89	8,01
Prihodi od imovine	17 361 865	15 189 384	87,49	0,08	0,06
Pomoći iz inozemstva-projekti EU	396 055	1 336 083	337,5		0,01
Prihodi od HZZ-a, stručno usavršavanje bez zasnivanja radnog odnosa	909 963	478 968	52,64	-	0,00
Prihodi od pruženih usluga	855 449	1 162 821	135,39	-	0,00
Prihodi od prodaje nefinancijske imovine	650 076	720 913	110,90	-	0,00
Ostali prihodi	343 920	363 59	105.72	-	0,00
Primici od financijske imovine i zaduženja	26 144 230		-	0,11	-
Ukupni prihodi i primici	23 679 490 400	25 028 265 354	105,70	100,00	100,00

Izvor: HZZO, 2019:4

„U razdoblju siječanj-prosinac 2018. godine HZZO je ostvario ukupne prihode u iznosu od 25.028.265.354 kn, što je za 5,70% više od ukupno ostvarenih prihoda u istom razdoblju 2017. godine kada su iznosili 23.679.490.400 kn. Povećanje prihoda proporcionalno je prosječnom povećanju bruto plaća koja je (prema podacima Državnog zavoda za statistiku) povećana za 4,90%, te povećanju broja zaposlenih i povećanju prihoda od proračuna u promatranom razdoblju“ (HZZO, 2019:3).

Kao što je vidljivo iz tablice, najveći dio prihoda ostvaruje se od prihoda od doprinosa. Potom slijede prihodi od proračuna te prihodi po posebnim propisima. Te tri stavke čini najveći dio ukupnih prihoda HZZO. Svi prihodi u 2018. godini u odnosu na 2017. bilježe rast, izuzev prihoda od imovine te prihoda od HZZ-a. U tablici 2 navode se rashodi i izdatci.

Tablica 2. Pregled ostvarenih rashoda i izdataka HZZO u 2018. godini u odnosu na 2017. godinu u kn

Rashodi-izdaci	**2017.**	**2018.**	**Indeks**	**Struktura**	
				2017.	2018.
Zdravstvena zaštita obveznog zdravstvenog osiguranja	19 288 401 843	20 224 387 926	104,85	82,29	82,41
Zdravstvena zaštita dopunskog zdravstvenog osiguranja	1 211 501 783	1 232 281.401	101,72	5,17	5,02
Zdravstvena zaštita na radu i prof. bolesti-specifična zdrav. zaštita	88 485 971	90 475.099	102,25	0,38	0,37
Ukupna zdravstvena zaštita	20.588.389.597	21.547.144.426	104,66	87,84	87,80
Ukupne naknade	2.452.197.632	2.612.408.960	106,53	10,46	10,65
Rashodi za zaposlene	240.642.997	237 526 390	98,70	1,09	0,96
Materijalni rashodi	95 235.033	108 108.347	113,52	0,41	0,44
Financijski rashodi	23 226 458	21 350 320	91,92	0,10	0,09
Rashodi po projektima EU	491 165	1 762 801	358,90	0,00	0,01
Ostali rashodi-naknada štete	19 260.657	5 850		0,08	-
Rashodi za nabavu nefin. imovine	18 645.722	12 453 910	66,79	0,08	0,05
Ukupno ostali rashodi	397.502.032	381.207.618	95,90	1,70	1,55
Ukupno rashodi-izdaci	23.438.089.261	24.540.761.004	104,70	100,00	100,00

Izvor: HZZO, 2019:4

„U izvještajnom razdoblju siječanj-prosinac 2018. godine, prema knjigovodstvenom iskazu, sveukupni rashodi HZZO-a izvršeni su u iznosu od 24.540.761.004 kn i veći su za 4,70% od rashoda u prethodnoj godini kada su iznosili 23.438.089.261 kn. Za zdravstvenu zaštitu osiguranika HZZO-a utrošeno je 87,80% ukupnih rashoda ili 21.547.144.426 kn, za naknade je utrošeno 10,65% ili 2.612.408.960 kn, a svi ostali izdaci čine 1,55% ukupnih rashoda“ (HZZO, 2019:6).

Smanjene su samo tri kategorije rashoda. Riječ je o rashodima za zaposlene, financijskim rashodima te rashodima za nabavu nefinancijske imovine. Svi drugi rashodi rasli su, što nije dobar pokazatelj i trend. Kada se oduzmu ukupni prihodi i rashodi u 2018. godini, višak prihoda nad rashodima iznosi 487.504.350 kn. To je dobar pokazatelj, međutim, kao što je bilo vidljivo, zdravstveni sustav RH ne temelji se samo na HZZO, već i na drugim sudionicima koji također ostvaruju prihode i rashode.

Isto tako, postoje i drugi modeli koji se u RH koriste. „Beveridgov model je model u kojem se zdravstvo financira iz poreza koji plaćaju svi građani. Tu pripadaju izravni porezi koje plaćaju pojedinci i tvrtke te neizravni porezi od prodaje roba i usluga. Država određuje koliku svotu novaca mora platiti svaki pojedini građanin, a nakon tako prikupljenoga novca ona određuje koliki će dio pripasti zdravstvu" (Kovač, 2013:553).

Dakle, Beveridgov se model temelji na proračunskim prihodima, a ponajviše se koristi zbog manjka prikupljanja sredstava prvim modelom. Osim ta dva modela, još je spomenut i model privatnog financiranja. Taj model podrazumijeva da osoba sama plaća zdravstvenu zaštitu kupovinom osiguranja ili pak izravnim plaćanjem zdravstvene usluge. Takvo je financiranje prvenstveno socijalno nepravedno jer znači da si osobe s manjim primanjima takvo osiguranje i zdravstvenu zaštitu obično ne mogu priuštiti. Također, postoji tendencija osiguravatelja da razdvajaju pacijente s nižim rizikom bolesti od onih s višim. Državna regulacije je jaka, a u nekim državama obilježje ovog izvora financiranja su i visoki administrativni troškovi. Stoga ja ovo financiranje znatno skuplje od javnog.

Jasno je, sustav financiraju i građani koji nemaju dopunsko zdravstveno osiguranja prilikom bolničkog liječenja, kao i prilikom odlaska obiteljskom liječniku ili stomatologu. Ti su građani dužni sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u visini od 20% pune cijene. U slučaju bolničkog liječenja građani trebaju sami podmiriti do spomenutih 20% cijene određene zdravstvene usluge, odnosno maksimalno do 2.000,00 kn po pregledu. Kada je riječ o pregledu kod obiteljskog liječnika ili o izdavanju lijeka bez recepta, građani bez dopunskog zdravstvenog osiguranja plaćaju po 10,00 kn.

„U Hrvatskoj najveći teret zdravstvene zaštite imaju zaposleni i njihovi poslodavci. Ostali prihodi za potrebe zdravstvene zaštite osiguravaju se iz proračuna preko poreza na dohodak

građana, PDV-a i sl. Hrvatska je u 2015. sa 1.241 eurom po stanovniku i 7,4% izdvajanja iz BDP-a na samom dnu ljestvice država EU po izdvajanjima za zdravstvo. Unatoč problematičnom gospodarskom kontekstu i velikim proračunskim pritiscima Hrvatska i dalje svojim građanima pruža pristup javno financiranim zdravstvenim uslugama, gdje je opseg prava koji se plaća iz obveznog osiguranja iznimno velik i uključuje većinu usluga" (Stašević, Derk i Ropac, 2019). Detaljnije podatke pokazuje tablica 3.

Tablica 3. Potrošnja za zdravstvene usluge u eurima

DRŽAVA	PO STANOVNIKU	UDIO BDP-a (%)
Rumunjska	850	5,0
Latvija	1050	5,8
Bugarska	1100	8,1
HRVATSKA	1240	7,4
Nizozemska	3900	10,8
Njemačka	3950	11,2
Luksemburg	5100	6,0
EU	2800	9,9

Izvor: Stašević, Derk i Ropac, 2019

To su podatci Europske komisije o stanju zdravstva u državama EU. Prema izvješću Komisije, RH ima četvrti najniži iznos za zdravstvene usluge, a udio BDP-a je poprilično ispod prosjeka EU.

„U Hrvatskoj se omjer troškova zdravstvene zaštite neprekidno mijenja uz stalni porast onog iz privatnih izvora. Tako je u zadnjih deset godina udio troškova zdravstvene zaštite koji se pokriva sredstvima iz javnih izvora pao sa 86% na 77%, a udio troškova iz privatnih izvora porastao sa 16% na 23% (od čega 15% izravnih plaćanja, a 8% iz dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja). Očito će se ova tendencija nastaviti jer je novca za zdravstvenu zaštitu u proračunu sve manje" (Stašević, Derk i Ropac, 2019).

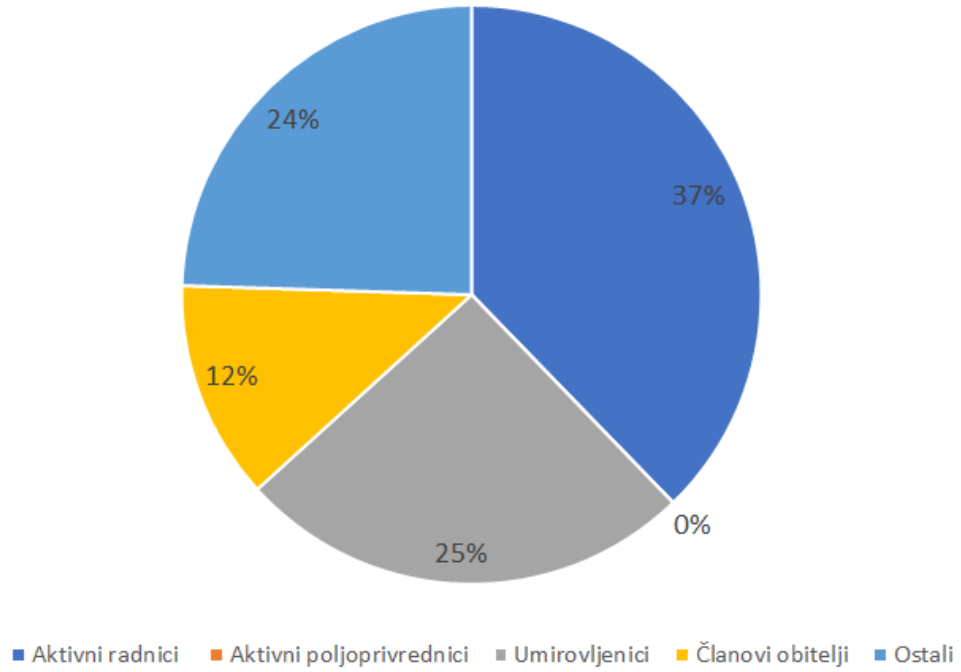
Kada je riječ o financiranju, glavni problem je što manjina zaposlenih u Hrvatskoj financira cijelo stanovništvo. To zorno prikazuje tablica 4 te grafikon koji se iznosi u nastavku rada.

Tablica 4. Prosječan broj osiguranika u Republici Hrvatskoj u 2018. godini u odnosu na 2017.

Osiguranici	**Prosječan broj**		**Indeks**	**Učešće %**	
	2017.	**2018.**	**2018./2017.**	**2017.**	**2018.**
Aktivni radnici	1.522.335	1.564.677	102,78	35,87	37,22
Aktivni poljoprivrednici	16.429	14.155	86,16	0,39	0,34
Umirovljenici	1.058.838	1.057.951	99,92	24,95	25,17
Članovi obitelji	605.325	525.135	100,02	14,26	12,49
Ostali	1.041.305	1.041.464	100,02	24.53	24,78
Ukupno RH	4.244.232	4.203.382	99,04	100,00	100,00

Izvor: HZZO, 2019:2

Udio aktivnih radnika u odnosu na 2017. godinu povećao se, dok se udio aktivnih poljoprivrednika blago smanjio. Bez obzira na to, još uvijek je mnogo onih koji su, kada je u pitanju zdravstveno osiguranje, financirani od zaposlene manjine. Kada se promatraju zajedno aktivne kategorije, tek nešto više od 37,5% stanovništva pokriva zdravstveno osiguranje čitavog stanovništva RH. To je još bolje vidljivo na grafikonu.



Grafikon 2. Udio osiguranika u 2018. godini

Izvor: vlastita obrada prema podatcima

Zbog toga što manjina zaposlenih financira cijelo stanovništvo po pitanju zdravstvenog osiguranja mnogo se govori o privatizaciji zdravstvenog sustava, no takva pojava u RH, nažalost, još uvijek je tek u začetku. Zbog toga, postoji i problem raspodjele prikupljenih sredstava za financiranje rashoda zdravstvenog sustava.

„Dobiveni novac HZZO raspodjeljuje na nekoliko različitih načina. U primarnoj zdravstvenoj zaštiti liječnici dobivaju tzv. 'glavarinu', određenu količinu novca za svakog pacijenta. Ova količina novca pokriva troškove plaće liječnika i medicinske sestre, rada ordinacije te određeni broj uputnica i recepata koji se smiju ordinirati. Broj osiguranika po timu je 1700, a godišnja vrijednost tima je 340 000 kn. Ovaj sustav je u određenoj mjeri povoljan jer sprečava prekomjerno ordiniranje lijekova i duge redove kod specijalista ali s druge strane u određenoj mjeri sprečava liječnike da obavljaju svoj posao u potpunosti posvećeni dobrobiti pacijenata" (Stašević, Derk i Ropac, 2019).

„Bolnice se, s druge strane, financiraju na dva načina:

1. putem tzv. 'plave knjige' gdje se upisuje popis usluga koje je primio određeni pacijent, svaka se od njih množi sa određenim brojem bodova i dobiva se svota novca koju HZZO naknadno isplaćuje bolnici.
2. putem plaćanja po terapijskom postupku (PPTP) gdje je HZZO već unaprijed odredio cijenu određene zdravstvene usluge. Ovaj način plaćanja nije zadovoljavajući jer ne uzima u obzir mogućnosti nastanka komplikacija uslijed određenih zahvata kao ni troškove liječenja koje one iziskuju" (Stašević, Derk i Ropac, 2019).

Navedeni modeli financiranja iziskuje ogromne troškove zdravstvenog sustava. Velik dio građana nezadovoljan je stanjem u zdravstvu. Zbog svega toga radi se na uvođenju novih modela plaćanja zdravstvenih usluga te financiranja sustava. Sve se više govori o novoj reformi zdravstvenog sustava, a više govora o tome bit će poslije u ovom radu.

3. Procjena kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga u Republici Hrvatskoj

Kvalitetne zdravstvene usluge te kvalitetna zdravstvena zaštita spada i u jedno od temeljnih ljudskih prava. Iz tog razloga važno je i istraživati koncept kvalitete zdravstvenih usluga. Iako se taj koncept u određenim zemljama istražuje više desetljeća, u RH i dalje postoji mali broj radova i istraživanja koja se bave ovom temom.

U ovom poglavlju opisat će se način na koji se procjenjuju kvaliteta zdravstva i zdravstvenih usluga u općenitom smislu, ali i na primjeru RH. Prvo se objašnjava koncept i mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga.

3.1 Koncept i mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga

„Zadovoljiti potrebe korisnika zdravstvenih usluga nije jednostavno jer zadovoljstvo korisnika takvom uslugom s jedne strane ovisi o zadovoljstvu pružateljem usluge kao pojedincem (liječnik ili bilo koji drugi zdravstveni djelatnik), a s druge o širem ustrojstvu zdravstvenog . U zdravstvu se može govoriti o: kvaliteti za korisnika (ono što pacijent traži), profesionalnoj kvaliteti (procjeni liječnika i drugih stručnjaka jesu li zadovoljene potrebe pacijenta i jesu li usluge pružene tehnički ispravno i uz primjenu odgovarajuće procedure) te kvaliteti za menadžment (ocjenjuje se učinkovitost i produktivnost unutar zadanih ograničenja i smjernica)“ (Marković, Regelj Turkalj, Racz, 2018:51).

Postoje i različite definicije kvalitete zdravstvenih usluga, odnosno, onoga što se može smatrati kvalitetnom zdravstvenom uslugom. „Kvaliteta zdravstvene skrbi mogla bi se definirati na različite načine, a jedan od najvažnijih jest definiranje u smislu zdravstvenih ishoda koje se određenom razinom skrbi u određenoj skupini bolesti ostvaruje“ (Stašević, Derk i Ropac, 2019).

„Svjetska zdravstvena organizacija (u daljnjem tekstu: WHO) definira kvalitetu u zdravstvu kao zdravstvenu uslugu koja po svojim obilježjima zadovoljava zadane ciljeve, sa sadašnjim stupnjem znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja bolesnika da dobije najbolju moguću skrb uz minimalni rizik za njegovo zdravlje i blagostanje“ (Ančić i sur., 2012:232).

Različiti autori na različite načine definiraju kvalitetu, no, u principu, tu je riječ o zadovoljenju potreba korisnika usluge na najbolji mogući način, uz najmanji rizik, ali i najmanje troškove. Naravno, zdravstvene vlasti i financijeri ovdje postavljaju određene uvjete i ograničenja.

Također postoje i različiti pristupi prema kojima se klasificira razina kroz koju se i mjeri kvaliteta zdravstvenih usluga. U svakom slučaju, jasno je da se kvaliteta može promatrati sa različitih aspekata. Ona se može promatrati sa stajališta pacijenta, tj. korisnika usluge, ali i sa profesionalnog stajališta te stajališta upravljanja.

„Pacijenti traže kvalitetnu uslugu, profesionalci teže ka što kvalitetnijem zadovoljavanju pacijentovih potreba te korektnom i pravilnom obavljanju procedura potrebnih za pružanje kvalitetnih usluga. Kvaliteta upravljanja uključuje učinkovitu i djelotvornu uporabu raspoloživih resursa radi zadovoljavanja potreba pacijenata“ (Marković, Regelj Turkalj, Racz, 2018:51).

S obzirom na različite definicije kvalitete i pristupe prema kojima se klasificira razina kroz koju se mjeri kvaliteta zdravstvenih usluga, jasno je, postoje i različiti načini mjerenja kvalitete zdravstvenih usluga. Ne postoji opća suglasnost koje je tu parametre, odnosno indikatore, potrebno mjeriti, kao i na koji točno način.

Ovo nije samo problem u zdravstvu, već postoji opći problem mjerenja kvalitete bilo kojih usluga. To je iz razloga što usluge nemaju jasne i mjerljive parametre s obzirom da su usluge neopipljive, ali i promjenjive. Ipak, postoje određeni načini i modeli kojima se može mjeriti kvaliteta usluga u različitim područjima i sektorima, pa tako i u zdravstvu. Jedan od raširenih modela mjerenja kvalitete je ljestvica SERVQUAL.

Ovaj model kvalitetu usluge promatra kao višedimenzionalni konstrukt koji se izvorno sastojao od deset dimenzija, a naknadno su broj dimenzija smanjili na pet: pouzdanost sigurnost, opipljivost, razumijevanje, i odaziv (Marković, Regelj Turkalj, Racz, 2018:52). Tablica 5 prikazuje dimenzije modela.

Tablica 5. Dimenzije modela SERVQUAL

DIMENZIJA	**OPIS**	**BROJ TVRDNJI**
Pouzdanost	Sposobnost pouzdanog i točnog obavljanja obećane usluge	4
Sigurnost	Znanje i ljubaznost zaposlenika i njihova sposobnost ulijevanja povjerenja	5
Opipljivost	Izgled fizičkih objekata, opreme, osoblja, i komunikacijskih materijala	4
Razumijevanje	Brižnost i individualizirana pažnja prema kupcima	5
Odaziv	Brza usluga i spremnost za pomaganje korisnicima	4

Izvor: Marković, Regelj Turkalj, Racz, 2018:52

Ovaj model treba izmjeriti jaz između očekivanja korisnika usluge te percepcije o danoj usluzi. Postoje različite modifikacije ovog modela, ali i drugi modeli kao što je SERVPERF - *Service Performance*. „Ovaj novi instrument za mjerenje kvalitete usluge, razvijen na temelju istraživanja pojma i mjerenja kvalitete usluga i povezanosti kvalitete usluga sa zadovoljstvom korisnika i namjerama ponovne kupnje, predstavlja zapravo modificirani SERVQUAL. No ovaj je instrument jednostavniji jer uključuje samo pitanja o performansama“ (Marković, Regelj Turkalj, Racz, 2018:52).

Pojedini autori tvrde kako je mjerenje kvalitete usluge temeljeno na mjerenju performansi bolje nego mjerenje koje se temelji na usporedbi percepcije izvedbe s prethodnim očekivanjima korisnika usluge. Stoga se model SERVPERF temelji na tvrdnjama kojima se utvrđuje izvedba, odnosno, performanse.

U praksi postoji problem što mnoge zemlje ne raspolažu sa podatcima potrebnim za mjerenje kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga sukladno navedenim podatcima. Iz tog se razloga koriste neki opći pokazatelji i indikatori, odnosno metodologija praćenja pojedinih parametara putem kojih je potom moguće donijeti nekakve zaključke o kvaliteti.

„Svjetska zdravstvena organizacija u svom programu 'Zdravlje za sve' – 'Health for All' (HFA) definira zdravstvene pokazatelje i metodologiju praćenja određenih indikatora s ciljem

da omogući usporedbu podataka i zdravstvenog stanja populacije među zemljama Europe. Među njima ističu se očekivano trajanje života pri rođenju, standardizirane stope smrtnosti od karcinoma, potom od bolesti srca i krvožilnog sustava, stopa dojenačke smrtnosti, stopa novorođenačke smrtnosti, stopa perinatalne smrtnosti i maternalna smrtnost“ (Stašević, Derk i Ropac, 2019).

Upravo se navedeni parametri najviše koriste za mjerenje kvalitete u RH, ali i usporedbu s drugim državama. O tome se govori u narednom poglavlju.

3.2. Usporedba kvalitete s drugim europskim državama

Kako bi se kvaliteta zdravstva i zdravstvenih usluga mogla usporediti s drugim državama. potrebno je prvo osvrnuti se na neke temeljne demografske i društveno-ekonomske pokazatelje, na razini RH i EU. To je prikazano u tablici 6.

Tablica 6. Demografski i društveni pokazatelji za RH i EU, 2015. godina

POKAZATELJ	HRVATSKA	EU
Broj stanovnika (u tisućama)	4 208	509 394
Udio stanovništva starijeg od 65 (%)	18,8	18,9
Stopa plodnosti[1]	1,4	1,6
BDP po stanovniku (PKM[2] EUR)	16 700	28 900
Relativna stopa siromaštva[3] (%)	13,5	10,8
Stopa nezaposlenosti (%)	16,3	9,4
Očekivani životni vijek pri rođenju	77,5	81

1. Broj rođene djece po jednoj ženskoj osobi u dobi 15–49.
2. Paritet kupovne moći (PKM) definira se kao stopa za konverziju valute kojom se izjednačuje kupovna moć različitih valuta uklanjanjem razlika u cijenama između pojedinih zemalja.
3. Postotak osoba koje imaju manje od 50 % srednje vrijednosti (medijana) ekvivalentnog raspoloživog dohotka.

Izvor: Stašević, Derk i Ropac, 2019

Najnoviji dostupni podatci odnose se na 2015. godinu. Iz tablice je jasno kako su u RH na snazi nepovoljniji demografski pokazatelji nego u EU, odnosno, prosjeku EU. To se također odražava i na kvalitetu zdravstva i zdravstvenih usluga. Jedan od rijetkih parametara, odnosno indikatora kvalitete zdravstvenih usluga koji su u različitim zemljama prikupljaju na sličan način je stopa smrtnosti. Ti parametri omogućuju „kakvu – takvu“ usporedbu, a dostupi su i

za RH. Sljedeća tablica navodi stopu smrtnosti prema različitim uzrocima smrti u 2015. godini na 100.000 stanovnika.

Tablica. 7. Uzroci smrti – standardizirane stope u 2015.

Causes of death — standardised death rate, 2015
(per 100 000 inhabitants)

	Total									Females		
	Circulatory disease	Heart disease (1)	Cancer (2)	Lung cancer (3)	Colorectal cancer	Respiratory diseases	Diseases of the nervous system	Transport accidents	Suicide	Breast cancer	Cancer of the cervix	Cancer of the uterus
EU-28	381.4	127.4	260.6	54.0	30.4	88.4	42.1	5.8	10.9	32.7	3.9	6.6
Belgium	287.5	72.2	249.7	58.3	26.2	108.9	50.2	6.6	16.9	35.2	2.7	5.9
Bulgaria	1 133.0	201.3	241.9	44.8	34.1	60.4	16.4	9.6	9.3	31.9	9.4	8.9
Czech Republic	629.0	333.3	278.6	52.2	37.8	86.6	34.1	8.1	13.2	29.0	6.3	7.1
Denmark	253.1	76.0	292.3	68.7	35.3	117.6	45.3	4.0	10.2	36.6	3.4	5.6
Germany	412.8	147.0	252.1	50.6	28.3	77.2	32.5	4.6	11.7	35.9	3.2	5.1
Estonia	665.7	270.0	299.1	52.7	36.5	42.9	25.7	6.5	15.9	30.2	7.5	7.1
Ireland	320.8	150.8	275.2	56.2	32.0	134.8	51.9	3.1	9.6	37.0	4.2	8.3
Greece	381.3	101.2	250.0	61.8	23.2	121.7	24.0	8.4	4.7	32.0	2.2	5.6
Spain	252.6	69.3	230.6	47.9	32.7	105.5	52.1	4.5	7.5	23.4	2.6	6.1
France	205.1	49.1	245.3	49.9	26.3	60.5	53.6	5.0	14.1	33.0	2.2	7.3
Croatia	710.5	320.0	335.7	65.4	50.0	69.2	28.1	10.4	17.3	43.1	4.8	9.4
Italy	328.9	100.9	244.6	49.5	26.9	66.4	38.7	5.7	6.1	31.5	1.2	6.5
Cyprus	372.8	107.8	206.7	35.4	19.3	108.4	39.9	8.5	4.5	31.0	3.9	8.0
Latvia	875.8	436.8	293.7	44.3	35.1	36.8	19.7	11.3	19.3	35.2	9.9	11.1
Lithuania	876.1	586.0	285.5	45.9	33.8	47.6	20.4	10.4	30.3	31.6	11.7	8.2
Luxembourg	291.0	74.4	239.6	51.0	26.8	80.6	42.8	6.6	13.9	37.1	3.8	4.8
Hungary	782.2	395.0	345.9	89.4	54.1	95.8	22.8	8.6	19.0	39.3	8.7	7.1
Malta	386.9	209.7	226.2	45.8	31.5	103.8	26.8	3.1	7.6	36.1	2.3	6.9
Netherlands	275.4	61.6	284.0	65.8	33.5	87.9	52.2	4.5	11.3	37.7	2.4	5.4
Austria	435.6	181.8	243.4	46.7	24.5	54.5	34.3	5.9	14.5	32.5	2.9	5.7
Poland	610.5	128.8	304.5	69.6	37.8	80.5	17.0	9.5	14.2	32.1	8.0	9.5
Portugal	300.0	67.0	241.6	36.9	34.9	126.0	34.1	7.6	10.4	26.8	3.2	6.4
Romania	954.8	324.9	275.3	54.9	33.7	86.3	22.2	11.8	11.4	32.7	15.7	6.0
Slovenia	449.6	113.1	310.5	59.0	39.6	71.4	22.3	7.8	20.7	36.6	4.3	9.7
Slovakia	662.2	399.4	320.1	50.4	49.5	92.2	29.9	9.1	9.2	40.6	8.0	10.3
Finland	364.1	190.9	218.7	39.7	21.8	35.5	157.5	5.5	13.5	26.1	2.1	6.0
Sweden	326.6	123.9	231.6	37.5	28.7	65.4	46.3	3.2	12.3	27.0	3.3	6.8
United Kingdom	264.3	116.5	275.3	59.7	27.4	142.2	54.2	2.8	7.4	34.4	2.7	6.9
Iceland	324.9	135.7	244.2	48.8	29.0	73.0	91.6	4.6	13.1	40.0	2.7	2.5
Liechtenstein (4)	231.7	81.6	191.3	37.5	15.8	99.0	94.7	3.0	2.5	32.6	11.2	9.9
Norway	265.3	96.5	245.9	49.8	36.2	97.5	43.8	3.5	11.7	23.8	3.2	5.8
Switzerland	281.8	96.6	221.6	41.8	22.6	60.1	47.7	4.0	13.0	32.5	1.8	5.1
Serbia	920.5	150.5	297.2	69.6	37.1	86.0	33.2	7.8	15.0	43.0	10.8	8.0
Turkey	521.9	202.5	198.7	57.3	19.0	142.9	64.8	10.3	2.2	15.9	2.0	4.3

(1) Ischaemic heart diseases.
(2) Malignant neoplasms.
(3) Malignant neoplasm of trachea, bronchus and lung.
(4) Cancer of the cervix: 2013. Cancer of the uterus: 2014.
Source: Eurostat (online data code: hlth_cd_asdr2)

eurostat

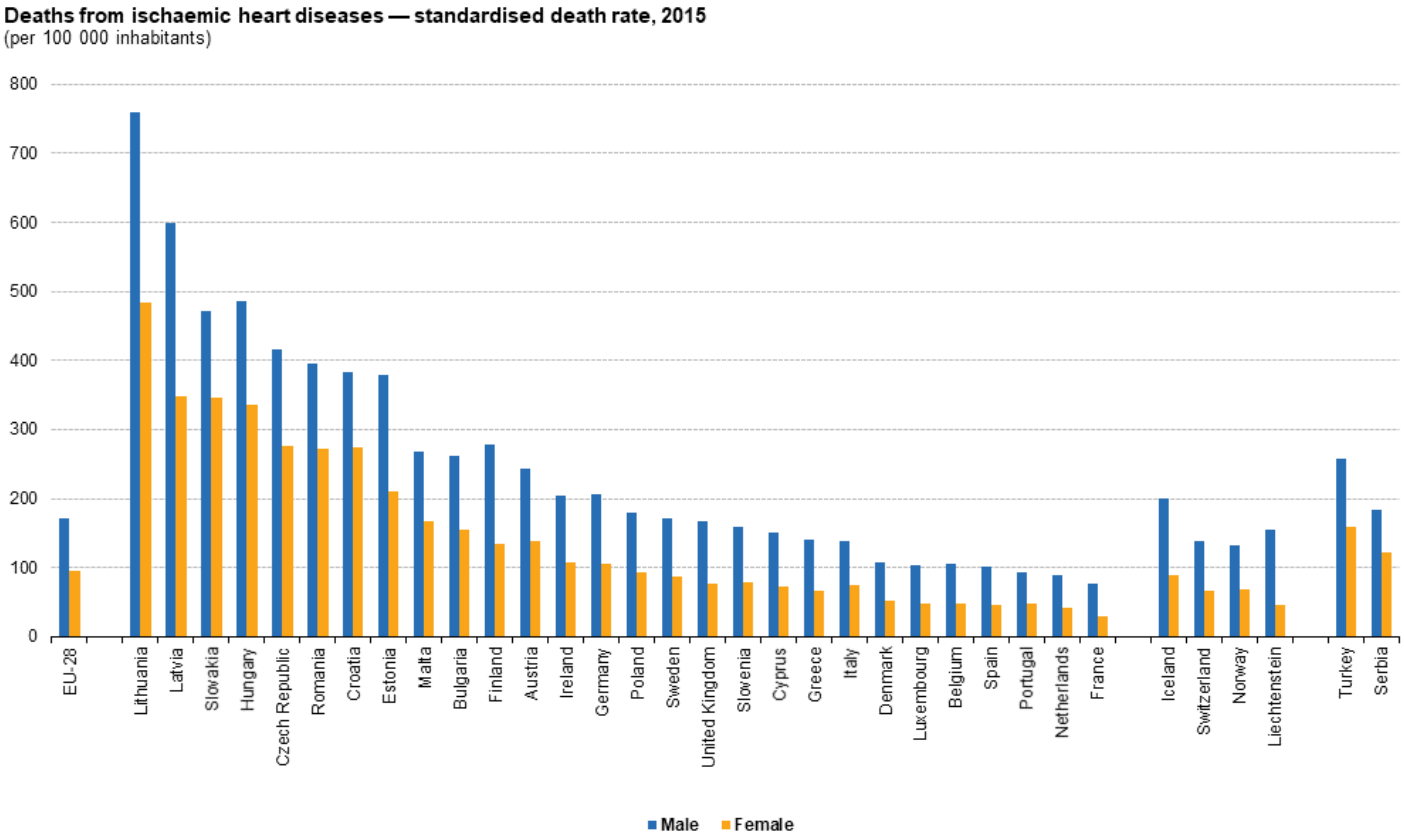
Izvor: Stašević, Derk i Ropac, 2019

„Podaci o smrtnosti oboljelih od karcinoma pokazuju da Hrvatska, uz Mađarsku, ima najvišu opću stopu smrtnosti od karcinoma (335,7/100 000) u EU (22% iznad EU prosjeka). Pojedinačno, Hrvatska ima najvišu stopu smrtnosti od karcinoma dojke (43,1/100 000) u EU (14% iznad prosjeka). Smrtnost od karcinoma dojke povećala se u desetogodišnjem razdoblju

za otprilike 1%, dok se u EU smanjila za 10%. Nadalje, Hrvatska, uz Mađarsku i Slovačku, ima najvišu stopu smrtnosti od karcinoma prostate u EU, s tim da se i tu smrtnost u 10 godina povećala za otprilike 6%, dok se u EU smanjila za oko 11%“ (Stašević, Derk i Ropac, 2019).

U posljednjih par desetljeća dolazi do smanjenja smrtnosti od određenih vrsta karcinoma. Razlog tomu su bolja dijagnostika, bolje terapije te preventivni programi i programi ranog otkrivanja karcinoma. Međutim, u RH takvi programi ne ostvaruju potrebnu razinu odziva, pa tako i ne pridonose smanjenju smrtnosti. Još jedan od problema je zastarjela dijagnostička oprema te manji broj potrebnih uređaja. Na višu smrtnost od karcinoma utječe i relativno manja dostupnost najučinkovitijih lijekova za liječenje takvih bolesti.

I stope smrtnosti drugih, kroničnih bolesti, mogu biti određeni indikator kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga. Važan indikator je i smrtnost od ishemijske srčane bolesti, tj. bolesti srca i krvožilnog sustava. Takvi podatci prikazani su na narednom grafikonu.



Grafikon 3. Smrt od ishemijske srčane bolesti – standardizirana stopa, 2015.

Izvor: Stašević, Derk i Ropac, 2019

„Tako su bolesti srca i krvožilnog sustava najvažniji uzročnik smrtnosti u Hrvatskoj, a smrtnost u ovih bolesti je do 2,5 puta viša nego je prosjek EU. Prema podacima Eurostata, stopa smrtnosti od, primjerice, ishemijske bolesti srca u Hrvatskoj je bila pet puta viša nego u Nizozemskoj“ (Stašević, Derk i Ropac, 2019).

I neki drugi pokazatelji mogu uključivati na razinu kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga. Oni su prikazani u tablici 8.

Tablica 8. Odabrani zdravstveni pokazatelji u 2015. godini u odabranim zemljama

POKAZATELJ	**Hrvatska**	**Austrija**	**Češka**	**Slovenija**	**Mađarska**	**EU**
Stopa dojenačke smrtnosti (u ‰)	4,11	3,07	2,46	1,60	4,95	3,60
Stopa novorođenačke smrtnosti (u ‰)	3,77	2,28	1,57	1,42	2,93	2,53
Stopa perinatalne smrtnosti (u ‰)	3,80	2,90	2,95	2,88	4,14	6,02
Stopa maternalne smrtnosti (na 100 000 živorođenih)	2,64	4,74	3,61	4,84	14,18	4,95

Izvor: Stašević, Derk i Ropac, 2019

„Maternalna smrtnost u Hrvatskoj posljednjih godina vrlo je niska sa stopom od 2,64/100 000 živorođenih u 2015. To su uglavnom sporadični i vrlo teški klinički slučajevi. Perinatalni mortalitet (zbroj mrtvorođene djece od 22 tjedna gestacije i težine veće od 500 grama i one živorođene koja su umrla do 7. dana života, podijeljen sa zbrojem ukupnog broja živorođene i mrtvorođene djece) smatra se pokazateljem kvalitete zdravstvene skrbi i ukupnog društvenog razvoja zemlje. Tako je perinatalni mortalitet u RH 2001. bio 9,8 ‰, deset godina kasnije snizio se na 6,8 ‰, dok je u 2015. bio svega 3,8 ‰. U Hrvatskoj je istovremeno došlo do trostrukog pada stope mortaliteta dojenčadi, koji je 1991. iznosio 11,1 ‰, u 2010. 5,8 ‰, a u 2015. 4,11 ‰, što je još uvijek iznad prosjeka za EU (3,6 ‰). I stopa novorođenačke smrtnosti u RH (3,77 ‰) je iznad prosjeka za EU (2,53 ‰)“ (Stašević, Derk i Ropac, 2019).

Nešto manje od 2% građana u RH, sukladno istraživanju, imalo je zdravstvenih potreba koje nisu mogle biti zadovoljene zbog određenih razloga, ponajprije, financija, velike udaljenosti ili duljine liste čekanja. Pretežito je tu riječ o siromašnijim te manje obrazovanim građanima starije dobi. To pokazuje da hrvatski zdravstveni sustav pruža nižu razinu kvalitete i sigurnosti određenoj skupini građana, što nikako nije dobar pokazatelj.

4. Planiranje daljnjeg razvoja zdravstvenog sustava s aspekta države

Daljnji razvoj zdravstvenog sustava RH temelji se na temelji se na određenim strateškim dokumentima, prije svega na Nacionalnoj strategije razvoja zdravstva 2012.-2020., te na strateškim planovima ministarstva zdravstva.

Prvo će se dati osvrt na Nacionalnu strategiju razvoja zdravstva za razdoblje 2012.-2020. „Strategija je krovni dokument za donošenje politika i odluka u zdravstvu u idućih osam godina, a obuhvaća, među ostalim, tri velika područja – palijativnu skrb, masterplan bolnica i razvoj ljudskih resursa. Izrađena je u skladu s najboljom svjetskom praksom, uza sudjelovanje stručne i opće javnosti. Svoj doprinos u izradi strategije dalo je više od 300 pojedinaca i usta nova, a provedena je i javna rasprava koja je trajala dva mjeseca“ (Sambunjak, 2013:4).

Strategija je vrlo opsežna i obuhvaća različita područja te teme bitne za hrvatsko zdravstvo. Međutim, potrebno je primijetiti da je ona rađena još 2012. godine, kada RH niti nije bila članica EU. Iz ovog rada već se dalo zaključiti kako se trendovi u zdravstvu mogu mijenjati velikom brzinom, stoga je ovu Strategiju potrebno upotpuniti drugim strateškim dokumentima, o kojima će poslije biti govora.

U sklopu Strategije izrađena je i SWOT analiza, odnosno, analiza snaga, slabosti, prilika i prijetnji hrvatskog zdravstvenog sustava. Tako su identificirane brojne odrednice ove analize, a u ovom radu navest će se samo neke.

Među snagama hrvatskog zdravstvenog sustava su (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2012:59):

- „Povećava se očekivano trajanje života i smanjuju stope smrtnosti.
- Epidemiološka situacija u pogledu zaraznih bolesti je povoljna, uz vrlo visok obuhvat primovakcinacijom.
- Mreža javnozdravstvenih ustanova je razvijena.
- Postoje nacionalni preventivni programi.
- Postoji infrastruktura za praćenje i nadzor kvalitete okoliša i štetnih okolišnih utjecaja na zdravlje ljudi.

- Hrvatska je jedna od vodećih zemalja svijeta prema stopi realiziranih darivatelja organa te broju transplantacija bubrega i jetri na milijun stanovnika.
- Obuhvaćenost stanovništva zdravstvenom zaštitom je velika.
- Teritorijalna pokrivenost bolnicama je dobra".
- itd.

Među nedostatcima nalaze se (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2012:59):

- „Očekivano trajanje života je manje, a stopa smrtnosti veća od prosjeka EU15.
- Stopa smrtnosti od kronične bolesti jetre, raka pluća, debelog crijeva i grlića maternice, dijabetesa, kronične opstruktivne bolesti pluća i ozljeda veća je od europskih prosjeka.
- Povećava se stopa hospitalizacija zbog depresije; stopa samoubojstava veća je od prosjeka EU15.
- Postoje značajne regionalne razlike u pokazateljima zdravlja.
- Nedovoljan broj i nepovoljna starosna struktura zdravstvenih djelatnika, osobito liječnika i medicinskih sestara.
- Viši stupnjevi obrazovanja zdravstvenih djelatnika nedovoljno se prepoznaju i nagrađuju.
- Nedostatno je praćenje i djelovanje na poboljšavanju kvalitete zdravstvene skrbi; broj objavljenih i ažuriranih hrvatskih kliničkih smjernica je razmjerno mali, niti jedna bolnica još nije akreditirana".
- itd.

Prilike hrvatskog zdravstva su (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2012:60):

- „Mogućnost unaprjeđenja infrastrukture i razvoja ljudskih resursa u zdravstvu uporabom strukturnih i kohezijskih fondova EU-a.
- Povećanje tržišta za zdravstveni i medicinski turizam.
- Jačanje konkurencije na tržištu zdravstvene zaštite i moguća izravna ulaganja u zdravstveni sektor.
- Pogodnost posebne kartice zdravstvenog osiguranja (European Insurance Card).
- Prijenos znanja i najbolje prakse kroz intenzivniju komunikaciju i suradnju s europskim stručnjacima".

Prijetnje hrvatskom zdravstvu (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2012:60):

- „Velik broj stranih gostiju u RH, čime se povećava pritisak na službu hitne medicinske pomoći, osobito tijekom turističke sezone.
- Odljev zdravstvenih djelatnika po pristupanju Hrvatske EU-u.
- Starenje stanovništva s posljedičnim povećanjem potreba za zdravstvenom zaštitom.
- Nerazumijevanje i neprihvaćanje potrebe reformskih mjera u hrvatskom društvu.
- Nedovoljno prihvaćanje osobne odgovornosti za vlastito zdravlje.
- Smanjenje interesa za zdravstvenim strukama među mladima.
- Narušeno povjerenje u institucije javnog sektora uslijed percipirane korupcije.
- Rast nezaposlenosti i smanjenje broja radno aktivnog stanovništva.
- Povećanje broja korisnika invalidskih mirovina.
- Deficit državnog proračuna i visoka zaduženost.
- Regionalno neujednačeni gospodarski potencijali i mogućnosti financiranja zdravstvene zaštite.
- Povećanje cijene energenata.
- Globalna ekonomska kriza.
- Pandemije zaraznih bolesti, katastrofe i druga kriza stanja“.

Bez obzira što je ovaj strateški dokument donesen još 2012. godine, mnoge snage, slabosti, pa tako i prilike i prijetnje i dalje su aktualne. Aktualnost stanja potvrđuju i pet područja strateških problema hrvatskog zdravstva (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2012:62):

1. „Slaba povezanost i manjkav kontinuitet u zdravstvu
2. Neujednačena ili nepoznata kvaliteta zdravstvene zaštite
3. Nedovoljna učinkovitost i djelotvornost u zdravstvenom sustavu
4. Slaba ili neujednačena dostupnost zdravstvene zaštite
5. Razmjerno slabi pokazatelji zdravlja“

Ovaj rad također je potvrdio neke od područja strateških problema koje je još strategija iz 2012. identificirala. Tako se može zaključiti da se stanje unazad zadnjih nekoliko godina i nije nešto posebno promijenilo. S obzirom da se ovaj rad bavi razvojem kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga, naglasak će se staviti na taj strateški problem.

U Strategiji se navodi kako su postojeći kadrovi, kapaciteti za uspostavljanje sustava kvalitete, pa tako i mjerenje i analizu kvalitetu zdravstva i zdravstvenih usluga, u većoj mjeri nedovoljno razvijeni. Bez tih sastavnica ne može niti doći do povećanja kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga

„Radno pravo i kolektivni ugovori ne daju dovoljno mogućnosti za nagrađivanje kvalitetnog i sankcioniranje nekvalitetnog rada. Također, ne postoji jasna veza između financiranja zdravstvenih ustanova i kvalitete skrbi koja se u njima provodi. U većini bolnica uspostavljena je struktura kvalitete (pomoćnik ravnatelja za kvalitetu, jedinica za kvalitetu, povjerenstvo za kvalitetu), ali je provedba manjkava ili neujednačena. Na razini primarne zdravstvene zaštite, ne postoje jasni standardi opremljenosti ordinacija. Općenito, standardi i normativi (vremenski, kadrovski, broj i trajanje pretraga, prostorno-smještajni) nisu u potpunosti provedivi u praksi ili su zastarjeli. Ne postoje pokazatelji kvalitete koji bi se sustavno i kontinuirano prikupljali na svim razinama zdravstvene zaštite, a oni pokazatelji koji postoje ukazuju na neujednačenu kvalitetu u različitim zdravstvenim ustanovama“ (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2012:63).

S obzirom da se ovaj rad također bavio nekim statističkim podatcima novijeg datuma o sličnim temama o kojima se govori iz prethodnog odlomka, jasno je kako u međuvremenu nije postignut nikakav značajan pomak. O problemima ljudskog kadra, kao i premalim plaćama, u medijima se već duže vrijeme mogu vidjeti različite vijesti. Zbog svega toga se sve više govori o novoj reformi zdravstvenog sustava RH, no o tome će više govora biti nešto poslije.

S obzirom na sve utvrđene snage, slabosti, prilike i prijetnje, strateške probleme i dr., u Strategiji su navedeni strateški razvojni pravci, prioriteti i mjere. Kao strateški razvojni pravci identificirani su (Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, 2012:66):

1. Poboljšanje povezanosti i kontinuiteta u zdravstvu
2. Ujednačavanje i poboljšanje kvalitete zdravstvene zaštite
3. Povećanje učinkovitosti i djelotvornosti zdravstvenog sustava
4. Povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite
5. Poboljšanje pokazatelja zdravlja

Unutar pravaca navedeni su i prioriteti i mjere, no oni se u svrhu ovog rada neće dodatno obrađivati. Potrebno je primijetiti kako se dio strateških pravaca odnosi upravo na poboljšanje kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga. S obzirom da je dokument donijela Vlada Republike Hrvatske, odnosno, Ministarstvo zdravstva RH, jasno je da je uloga države u razvoju kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga velika. To se već moglo uočiti u poglavlju koje se bavilo sudionicima zdravstvenog sustava, a ovdje je to potvrđeno.

Kao što je rečeno, Strategija je nešto starijeg datuma. Iz tog razloga Ministarstvo zdravstva periodično, ali češće, donosi strateške planove. Na ovom području vlada određena zbrka jer se čak tri različita plana mogu smatrati aktualnima (https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/strategije-planovi-i-izvjesca/strateski-planovi/2672):

1. „Strateški plan Ministarstva zdravstva 2019.-2021.
2. Strateški plan Ministarstva zdravstva 2018.-2020.
3. Strateški plan Ministarstva zdravstva 2017.-2019.“

S obzirom da je najnovijeg datuma Strateški plan za razdoblje 2019.-2021., on će se ukratko i opisati. To je dokument kojim se za kraće razdoblje determiniraju strateške smjernice razvoja hrvatskog zdravstva, za razliku od Strategije koja pokriva razdoblje od gotovo deset godina. U Planu su navedene vizija i misija zdravstvenog sustava RH.

Vizija (Ministarstvo zdravstva, 2018:3): „Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj će unaprijediti kvalitetu života i stvoriti uvjete za gospodarski rast kroz očuvanje i unapređenje zdravlja svakog pojedinca cijele populacije. Poštujući činjenicu da na zdravlje utječe veliki broj čimbenika izvan sustava zdravstva, zdravstveni sustav ojača će svoj kapacitet za suradnju s drugim sektorima i unaprijediti vlastiti kapacitet za preoblikovanje kako bi se odgovorilo na nove zdravstvene izazove i potrebe stanovništva. Zdravstveni sustav Republike Hrvatske će na djelotvoran i racionalan način provoditi mjere zaštite i unapređenja te liječenja i rehabilitacije bolesnika pri čemu će se uvijek voditi znanstveno utemeljenim spoznajama. Sustav će bolesnicima dati središnju i aktivnu ulogu, a temeljit će se na visokim etičkim i moralnim normama.“

Misija (Ministarstvo zdravstva, 2018:3): „Zaštita, očuvanje i unapređenje zdravlja stanovništva, uključujući kao posebnu skupinu radno sposobnu populaciju kroz zaštitu

javnozdravstvenog interesa, rano prepoznavanje rizika bolesti i profesionalnih bolesti vezanih uz rad, sprečavanje bolesti, ozljeda na radu te liječenje i rehabilitaciju bolesnih.“

Kako bi zdravstveni sustav mogao unaprijediti kvalitetu života, jasno je, on mora posjedovati određenu razinu kvalitete, kao i pružati kvalitetne zdravstvene usluge. Kvaliteta zdravstvenog sustava i usluga stoga je nužan preduvjet ostvarenja, odnosno ispunjenja vizije i misije zdravstvenog sustava RH.

Osim misije i vizije, u strateškom planu Ministarstva navedeni su i ciljevi, na sljedeći način (Ministarstvo zdravstva, 2018:3):

1. Zaštita, očuvanje i unapređenje zdravlja
   1.1. Dostupnija zdravstvena zaštita
   1.2. Razvijen sustav kvalitete zdravstvene zaštite
   1.3. Zaštita javnozdravstvenog interesa
   1.4. Učinkovitije upravljanje financijskim resursima u zdravstvu

I ovdje je jedan od ciljeva vezan uz unapređenje kvalitete zdravstva, odnosno zdravstvene zaštite. I to još jednom potvrđuje veliku ulogu države u razvoju kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga.

„Rastući troškovi zdravstvenih usluga rezultiraju i povećanom potražnjom za boljom kvalitetom. Zdravstvene ustanove i zdravstveni radnici suočeni su s izazovom postizanja i održavanja kvalitete i širenja spektra usluga koje pružaju, a s druge strane s financijskim ograničenjima za ispunjenje navedenih očekivanja“ (Ministarstvo zdravstva, 2018:36).

I ovdje je vidljivo kako problem predstavlja financiranje zdravstvenog sustava, o čemu je već bilo govora. Cilj je stoga, s jedne strane osigurati određenu razinu kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga, a s druge strane, smanjiti troškove sustava te poboljšati izvore financiranja. To nije lak zadatak jer kvaliteta ima svoju cijenu.

U Strateškom planu navodi se kako je u vezi s prethodnim potrebno izraditi kvalitetnije strategije razvoja zdravstvenog sektora, posebno po pitanju upravljanja kvalitetom. Naglašava se važnost predviđanja rezultata uvođenje novih politika za upravljanje, održavanje i

poboljšanje kvalitete. Ipak, kao što je bilo prikazano, u Strategiji i jesu navedeni strateški pravci koji se odnose na sustav upravljanja kvalitetom.

„Uvođenjem i primjenom obaveznih standarda kvalitete zdravstvene zaštite i standarda za akreditaciju zdravstvenih ustanova i trgovačkih društava te privatnih zdravstvenih radnika uspostavlja se sustav kvalitete zdravstvene zaštite smanjivanja rizika po život i zdravlje pacijenta. Svakom pacijentu mora se osigurati pravo na kvalitetnu zdravstvenu zaštitu sukladno njegovom zdravstvenom stanju i općeprihvaćenim stručnim standardima. Mjerama za ostvarivanje kvalitete zdravstvene zaštite osigurat će se provedba načela učinkovitosti i djelotvornosti sustava kvalitete zdravstvenih postupaka na svim razinama zdravstvene zaštite“ (Ministarstvo zdravstva, 2018:36)…

Dalje se navodi kako su svi nositelji zdravstvene djelatnosti obvezni raditi na održavanju i razvijanju sustava kvalitete zdravstvene zaštite. Spominje se i mjerenje kvalitete zdravstvene skrbi putem standardiziranih pokazatelja koje je preduvjet za usporedbu zdravstvenih ustanova na nacionalnoj i međunarodnoj razini. Kao što je bilo prikazano, sa mjerenjem kvalitete postoji velik problem jer se u RH prati premali broj parametra kvalitete na način koji bi omogućavao usporedbe na bilo kojoj razini, odnosno, i nacionalnoj i međunarodnoj.

Također, rečeno je i kako u praksi nemaju svi građani jednaku zdravstvenu zaštitu, što je povezano sa financiranjem sustava i vrstom zdravstvenog osiguranja. Ovo još jednom potvrđuje da je kvaliteta u ovom trenutku, nažalost, vezana i uz imovinsko stanje, odnosno, financijske mogućnosti građana i pacijenata.

U svim se strateškim dokumentima Ministarstva zdravstva spominje važnost akreditacije. „Akreditacija kao vanjska ocjena kvalitete zdravstvenih ustanova jedan je od prioriteta koji su navedeni u Nacionalnoj strategiji razvoja zdravstva 2012.-2020. Znanstveni i stručni međunarodni izvori upućuju na zaključak da su i akreditacija i certifikacija pozitivno povezani s rukovođenjem bolnica, sustavima sigurnosti pacijenta i kliničkim pregledom, jer oba sustava promiču strukturu i definirane procese, što podržava sigurnost pacijenta i organizaciju ustanove“ (Ministarstvo zdravstva, 2018:37).

Važan postupak i alat za poboljšanje kvalitete zdravstva je i procjena zdravstvenih tehnologija. To se odnosi na davanje preporuka o uvođenje i opravdanosti primjene novih zdravstvenih tehnologija, s aspekta i troškova i učinkovitosti. Velik broj zemalja članica EU ima dobro uspostavljen i uhodan obvezan proces procjene.

Utvrđeno je kako treba poboljšati kvalitetu i posebnih aspekata zdravstvenog sustava. Jedan od tih aspekata je i unaprjeđenje kvalitete i sigurnosti transfuzijskog liječenja, što se planira postići jačanjem kapaciteta regionalnih banki krvi, ali i integriranjem jedinstvenog informacijskog sustava transfuzijske djelatnosti s bolničkim informacijskim sustavom.

„U sklopu Hrvatske banke tkiva i stanica, planira se pokretanje inicijative za osnivanje banke humanog mlijeka s ciljem osiguranja primjerene skrbi za prijevremeno rođenu djecu i novorođenčad koja nisu u mogućnosti hraniti se majčinim mlijekom te su time izložena višestruko većem riziku od razornih crijevnih infekcija i kasnijih zdravstvenih problema. Osnivanje banke humanog mlijeka korak je prema smanjivanju razvoja zdravstvenih komplikacija i smanjivanju stopa smrtnosti novorođenčadi“ (Ministarstvo zdravstva, 2018:38).

U svrhu osiguranja i poboljšanja kvalitete istaknuta je i važnost inspekcijskog nadzora, odnosno nadzora nad primjenom i izvršavanjem zakona, propisa i akata u djelatnosti zdravstva. Nadzor provede zdravstvena inspekcija, nadležne strukovne komore i druge ovlaštene ustanove. Uzimajući sve u obzir, Plan navodi posebne ciljeve unutar razvijanja sustava kvalitete zdravstvene zaštite, a to su (Ministarstvo zdravstva, 2018:38):

1.2.1. „Uspostava sustava kvalitete zdravstvene zaštite
1.2.2. Provođenje inspekcijskog nadzora u sustavu zdravstva
1.2.3. Unaprjeđenje kvalitete i sigurnosti transfuzijskog liječenja
1.2.4. Unaprjeđenje uspješnosti liječenja postupcima medicinske potpomognute oplodnje
1.2.5. Unapređenje sustava zdravstvene zaštite novorođenčadi“

Dalje su u Planu za svaki posebni cilj navedene aktivnosti u državnom proračunu, pokazatelji rezultata, jedinica, polazna vrijednost te ciljane vrijednosti prema godinama. U svrhu ovog rada, to se neće dodatni opisivati, već će se iznijeti rasprava.

5. Rasprava

Nije upitno ima li država veliku ulogu u razvoju kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga ili pak ne. Svaka država to uistinu i ima, pa tako i RH. Međutim, ono što je upitno je koliko država uspijeva u osiguranju kvalitete zdravstva i zdravstvenog sustava, koliko uspijeva u poboljšanju te kvalitete te u ostvarenju postavljenih strateških ciljeva koji su bili opisani u ovom radu.

Bilo je prikazano da u hrvatskom zdravstvu postoje brojni problemi, od financiranja, preko neravnomjerne kvalitete, nedostatka ljudskog kadra, neadekvatne opreme i tehnologije, pa sve do zadovoljstva krajnjih korisnika zbog kojih, u krajnjem slučaju, zdravstveni sustav i postoji. Svi ti problemi „lijepo“ su identificirani te su donesene mjere za njihovo rješavanje u strateškim dokumentima, međutim, kako se čini, to je zasada još većinom samo „slovo na papiru“. To dokazuje Strategija koja je prije još više od sedam godina identificirala probleme koji su aktualni i identificirani i u današnjim strateškim dokumentima. Podrazumijeva se da se stanje u zdravstvu ne može riješiti u kratkom roku, no, zaista se ne čini kako su ozbiljniji pomaci učinjeni, pogotovo po pitanju kvalitete.

Država stoga nema ulogu samo u donošenju strateških smjernica, identificiranja problema i mjera za njihovo rješavanje, već ima ulogu i osigurati da se strateški planovi zaista i provode. Kvalitetan, odnosno učinkovit zdravstveni sustav podrazumijeva maksimalnu kvalitetu uz minimalne troškove. S obzirom da troškovi zdravstvenog sustava, u pravilu, rastu iz godine u godinu, a kvaliteta usluge pomiče se ili malo ili nimalo, postavlja se pitanje koliko zdravstveni sustav RH kvalitetan. Naravno, bez njega se ne može, no on svakako može biti bolji. S obzirom da je kvaliteta povezana s troškovima, od ključne važnosti je poboljšati financiranje cjelokupnog sustava. Tu bi jedno od rješenja mogla biti privatizacija u zdravstvu, no, kao što je bilo rečeno, ona je u RH tek u začecima. Cilj je za ista sredstva dobiti veću vrijednost ili pak za manja sredstva dobiti jednaku vrijednost.

Financiranje zdravstva treba se kvalitetnije izvesti kako bi se zdravstvena zaštita mogla racionalnije provoditi, pa tako i povećati kvaliteta usluga. Zdravstvena zaštita također bi trebala biti dostupnija, odnosno, približno jednako dostupna za sve, što u RH nije slučaj. Ovisno o mogućnostima, neki građani tako mogu dobivati visoku kvalitetu zdravstvenih

usluga, dok drugi mogu dobivati nisku, odnosno, vrlo malu kvalitetu. Po pitanju određenih zdravstvenih problema nije rijedak slučaj da zdravstvena zaštita u potpunosti izostaje. Problem predstavljaju i duge liste čekanja, ponekad toliko duge da izazivaju posljedice najgore vrste.

Statistički podatci o kvaliteti zdravstva i zdravstvenih usluga u RH u usporedbi sa drugim zemljama EU nikako ne idu u korist RH. RH je već podulje vrijeme članica EU i kao takva trebala bi pratiti trendove razvijenih zemalja, posebno kada je riječ o važnim ili najvažnijim pitanjima, što i je slučaj sa zdravstvenim sustavom.

Dostupnost lijekova te zdravstvene tehnologije i metoda liječenja također je važno pitanje koje utječe na kvalitetu zdravstva, pa tako i na zadovoljstvo korisnika. Rad je pokazao kako RH troši vrlo malen dio BDP-a za zdravstvene usluge, nego što iznosi prosjek EU. Dakako, nije lako odlučiti u koje usluge, lijekove, tehnologiju i metode liječenja je potrebno ulagati više a u koje manje, no, to je dodatno otežano i nepostojanjem adekvatne statistike u hrvatskom zdravstvu, posebno onih podataka koji bi omogućili usporedbu kvalitete na nacionalnoj i međunarodnoj razini. Sa statistikom i analitikom bilo bi lakše ali i učinkovitije planirati i poduzimati daljnje korake po pitanju sveopćeg razvoja zdravstvenog sustava u RH, pa tako i povećanja kvalitete.

Zbog svega navedenoga, kvalitetu je zdravstvenog sustava RH vrlo teško objektivno i sveobuhvatno analizirati. Od ključne je važnosti, po mišljenju autora ovog rada, čim prije početi primjenjivati metodologiju praćenja i mjerenja kvalitete prema mjerljivim i objektivnim parametrima, onako kako se to čini i u mnogim drugim zemljama (sukladno preporukama krovnih institucija). Dakle, potrebno je uskladiti načine mjerenja koji će potom dati određene informacije potrebne za daljnji razvoj i unapređenja.

S obzirom da je zdravstveni sustav RH, prema mišljenju mnogih stručnjaka i autora, dugoročno neodrživ, nova reforma zdravstvenog sustava nužna je za njegovu održivost. Iskustva drugih zemalja pokazuju da su problemi s kojima se zdravstveni sustav RH susreće itekako rješivi, no potrebno je čim prije početi djelovati, a ne da sve ostane samo na normativnim konceptima i strateškim dokumentima.

6. Zaključak

Organiziranije pružanje zdravstvene skrbi u Hrvatskoj započinje dvadesetih godina prošlog stoljeća, kada se javljaju i prvi oblici zdravstvenog osiguranja. Od tada, pa sve do danas, provođene su brojne reforme zdravstvenog sustava, a s ciljem poboljšanja kvalitete zdravstvene skrbi i zdravstvenih usluga.

Današnji zdravstveni sustav uključuje različite sudionike. Kao krovna institucija sustava nalazi se Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske. Ono upravlja sustavom zdravstvene zaštite i ima široke ovlasti koje uključuju upravljanje zakonodavstvom u domeni zdravstvene zaštite, izradu proračuna sustava zdravstvene zaštite, nadziranje sustava, odnosno statusa i zdravstvenih potreba, edukaciju djelatnika, nadgledanje provođenja reforma zdravstvenog sustava... Druga iznimno važna institucija zdravstvenog sustava je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Riječ je o javnoj ustanovi i pravnoj osobi čija su prava, obveze i odgovornosti utvrđene Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju, kao i Statutom ove institucije. Zdravstvena zaštita odvija se na različitim razinama, tj. na primarnoj, sekundarnoj i tercijarnoj. Svaka razina ima svoje specifične djelatnosti i ustanove koje ih vrše.

Hrvatski zdravstveni sustav funkcionira prema dva modela financiranja koja se u praksi koriste i u drugim državama Europe i svijeta. Bismarckov model funkcionira na načelima solidarnosti i uzajamnosti, dok Beveridgeov model zdravstvo financira iz poreza koji plaćaju svi građani. To su najvažniji izvori financiranja, a postoji i privatno financiranje gdje građani plaćaju za one usluge koje žele, kod koga žele i kada žele.

U Hrvatskoj se omjer troškova zdravstvene zaštite neprekidno mijenja uz stalni porast onog iz privatnih izvora. Glavni problem je što manjina zaposlenih u Hrvatskoj financira cijelo stanovništvo. To se u konačnici manifestira i na kvalitetu zdravstva i zdravstvenih usluga. Sa mjerenjem kvalitete usluga uopće, pa tako i onih zdravstvenih, postoji problem, jer riječ je o nečemu neopipljivom.

U praksi postoji problem što mnoge zemlje, pa tako i Hrvatska, ne raspolažu sa podatcima potrebnim za mjerenje kvalitete zdravstva i zdravstvenih usluga. Iz tog se razloga koriste neki

opći pokazatelji i indikatori, odnosno metodologija praćenja pojedinih parametara putem kojih je potom moguće donijeti nekakve zaključke o kvaliteti.

Prema pokazateljima kao što su uzroci smrtnosti, smrtnost od ishemijskih srčanih bolesti, stopa dojenačke smrtnosti te stopa novorođenačke smrtnosti Hrvatska zaostaje od prosjeka Europske unije. Bolja je po pitanju stope perinatalne smrtnosti te stope maternalne smrtnosti. Problem je i što je nešto manje od 2% građana imalo zdravstvenih potreba koje nisu mogle biti zadovoljene zbog određenih razloga, ponajprije, financija, velike udaljenosti ili duljine liste čekanja. Pretežito je tu riječ o siromašnijim te manje obrazovanim građanima starije dobi. To pokazuje da hrvatski zdravstveni sustav pruža nižu razinu kvalitete i sigurnosti određenoj skupini građana.

Iako postoji dobar strateški okvir za razvoj zdravstva, njega je potrebno i provoditi. S obzirom da je hrvatski zdravstveni sustav prema mišljenju mnogih stručnjaka i autora, dugoročno neodrživ, nova reforma zdravstvenog sustava nužna je za njegovu održivost. Sve to problemi su koji se mogu riješiti ako se na vrijeme počne djelovati.

U konačnici, neosporno je da najveću odgovornost za kvalitetu zdravstva i zdravstvenih usluga ima upravo država, koja strateške smjernice ne smije samo donositi, već ih treba i provoditi. Po pitanju povećanja kvalitete, prema mišljenju autora ovog rada, čim prije potrebno je početi primjenjivati metodologiju praćenja i mjerenja kvalitete prema mjerljivim i objektivnim parametrima, onako kako se to čini i u mnogim drugim zemljama (sukladno preporukama krovnih institucija). To će pak omogućiti provođenje konkretnih akcija i mjera kojima će se moći povećati kvaliteta zdravstvenih usluga, kao i cjelokupnog zdravstvenog sustava.

Popis literature

1. Ančić, M. i sur. (2012). Sustav upravljanja kvalitetom u zdravstvu. URL: https://www.hcjz.hr/index.php/hcjz/article/download/183/156 (5. kolovoza 2019.)
2. Bejaković, P. (2007) u Ott, K. (ur.). Sustavi socijalnog osiguranja i skrbi. Javne financije u Hrvatskoj. Zagreb: Institut za javne financije
3. Dugački, V. (2007). Razvoj zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj do Prvoga svjetskog rata. Medicus 16 (2), str. 251-255
4. Džakula, A.; Lončarek, K.; Radin, D. (2018). Interregnum u zdravstvu. Zagreb: internetsko izdanje. Dostupno na:
5. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO) (2019). Izvješće o poslovanje hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2018. godinu. Zagreb: HZZO
6. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. URL: https://www.hzzo.hr/ (26. kolovoza 2019.)
7. http://31.147.204.130/_download/repository/Dzakula%2C_Loncarek%2C_Radin_-_Interregnum_u_zdravstvu.pdf (29. kolovoza 2019.)
8. Jureša, V. Zdravstvo i zdravstvene ustanove. URL: http://dial-in.mef.hr/meddb/slike/pisac39/file1901p39.pdf (29. kolovoza 2019.)
9. Kovač, N. (2013). Financiranje zdravstva – situacija u Hrvatskoj. Ekonomski vjesnik 26 (2), str. 551-562.
10. Leksikografski zavod Miroslav Krleža. Zdravstvo. URL: http://www.enciklopedija.hr/natuknica.aspx?id=67025 (26. kolovoza 2019.)
11. Marković, S.; Regent Turkalj, I.; Racz; A. (2018). Koncept i mjerenje kvalitete zdravstvenih usluga. Časopis za primijenjene zdravstvene znanosti 4 (1), str. 49-62.
12. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske (2012). Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012. – 2020. – skraćena inačica. URL: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/dokumenti/Programi,%20projekti%20i%20strategije/Skracena%20Nacionalna%20strategija%20razvoja%20zdravstva%20-%20HRV%20-%20za%20web.pdf (7. kolovoza 2019.)
13. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske (2018). Strateški plan Ministarstva zdravstva za razdoblje 2019. – 2021. URL: https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Savjetovanje%20sa%20zainteresira

nom%20javno%C5%A1%C4%87u/Strateski%20plan%202019.-2021..pdf (7. kolovoza 2019.)

14. Ministarstvo zdravstva. URL: https://zdravlje.gov.hr/ (7. kolovoza 2019.)
15. Puljiz, V. (2007). Hrvatski mirovinski sustav: korijeni, evolucija i perspektive. Revija za socijalnu politiku 14 (2), str. 163-192
16. Sambunjak, D. (2013). Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Epoha zdravlja 6 (1), str. 4. – 4.
17. Stašević, I., Derk, D., Ropac, D. (2019). Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj. URL: https://bib.irb.hr/datoteka/993998.Staevi_I_Derk_D_Ropac_D._Zdravstveni_sustav_u_Republici_Hrvatskoj.docx (13.kolovoza 2019.)
18. Zakon o doprinosima (2018). Zagreb: Narodne novine, pročišćeni tekst zakona NN 84/08, 152/08, 94/09, 18/11, 22/12, 144/12, 148/13, 41/14, 143/14, 115/16, 106/18
19. Zakon o zdravstvenoj zaštiti (2018). Zagreb: Narodne novine br. 100/18

Popis tablica

Tablica 1. Pregled ostvarenih prihoda HZZO u 2018. godini u odnosu na 2017. godinu u kn 11

Tablica 2. Pregled ostvarenih rashoda i izdataka HZZO u 2018. godini u odnosu na 2017. godinu u kn 13

Tablica 3. Potrošnja za zdravstvene usluge u eurima 15

Tablica 4. Prosječan broj osiguranika u Republici Hrvatskoj u 2018. godini u odnosu na 2017. 16

Tablica 5. Dimenzije modela SERVQUAL 20

Tablica. 7. Uzroci smrti – standardizirane stope u 2015. 22

Tablica 8. Odabrani zdravstveni pokazatelji u 2015. godini u odabranim zemljama 25

Popis grafikona

Grafikon 1. Sudionici zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj 8

Grafikon 2. Udio osiguranika u 2018. godini 16

Grafikon 3. Smrt od ishemijske srčane bolesti – standardizirana stopa, 2015. 24