

Ispitivanje mišljenja građana o temama vezanim uz zdravlje

Korkut, Nenad

Professional thesis / Završni specijalistički

2020

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

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:105:098389>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-08-02**



Repository / Repozitorij:

[Dr Med - University of Zagreb School of Medicine Digital Repository](#)



**Sveučilište u Zagrebu
Medicinski fakultet**

Nenad Korkut

**Ispitivanje mišljenja građana o temama
vezanim uz zdravstvo**

Završni specijalistički rad

Zagreb, ožujak 2020. godine

Ustanova u kojoj je rad napravljen:
Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Voditelj rada:
Prof.dr.sc. Miroslav Mastilica

Redni broj rada: _____

Sadržaj

Popis oznaka i kratica

1. UVOD.....	1
1.1. Zdravstveni sustav – uloga, funkcije, vrijednosti, načela i očekivanja	1
1.1.1. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj i položaj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje unutar zdravstvenog sustava Republike Hrvatske	2
1.2. Organizacija i ugovaranje zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj	3
1.2.1. Organizacija zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj	3
1.2.2. Ugovaranje i plaćanje zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj.....	6
1.3. Prava i obveze osiguranih osoba u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja.....	7
1.3.1. Korištenje zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj	9
1.4. Financiranje i troškovi zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj	9
1.4.1. Osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje	9
1.4.2. Troškovi zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj	11
1.5. Dopunsko zdravstveno osiguranje	12
1.6. Reforme zdravstva u Republici Hrvatskoj	12
2. CILJ	15
3. MATERIJALI I METODE.....	16
3.1. Ispitanici	16
3.2. Metode.....	16
3.3. Statistička analiza.....	17
3.4. Izjava o poštivanju etičkih načela	17
4. REZULTATI	18
5. RASPRAVA.....	28
6. ZAKLJUČCI	39
SAŽETAK.....	41
SUMMARY	42
Literatura	43
ŽIVOTOPIS	46

Popis oznaka i kratica

BDP – Bruto domaći proizvod

BOL – Bolnički liječnici

DTP – Dijagnostičko terapijski postupci

DTS – Dijagnostičko terapijske skupine

EU - Europska unija

HZZO – Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

LOM – Liječnici obiteljske medicine

NN – Narodne novine

OŠ – Osnovna škola

SZO – Svjetska zdravstvena organizacija

VSS – Visoka stručna sprema

VŠS – Viša stručna sprema

1. UVOD

1.1. Zdravstveni sustav – uloga, funkcije, vrijednosti, načela i očekivanja

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske temelji se na načelima sveobuhvatnosti, solidarnosti i dostupnosti. Organiziran je kroz sustav obveznog zdravstvenog osiguranja s jednim osiguravateljem - Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji (SZO, WHO) Zdravstveni sustav predstavljaju (I.) sve aktivnosti čija je glavna svrha promicanje, obnavljanje i / ili očuvanje zdravlja, odnosno (II.) ljudi, ustanove i resursi, raspoređeni u skladu s utvrđenim politikama, radi unaprjeđenja zdravlja stanovništva kojem služe, istovremeno odgovarajući na legitimna očekivanja ljudi, štiteći ih od troškova bolesti, kroz razne aktivnosti čija je primarna svrha unaprjeđenje zdravlja (1).

Glavni cilj zdravstvenog sustava jest stvoriti zdravlje stanovništva koje je jednakomjerno raspoređeno.

Ciljevi i svrha zdravstvenog sustava ostvaruju se kroz njegove funkcije, a to su:

- nadzor ili upravljanje zdravstvenim sustavom (uključujući zakonodavstvo, formuliranje zdravstvene politike),
- pružanje zdravstvene zaštite (primjerice preventivne aktivnosti, zdravstvena zaštita u užem smislu), te
- financiranje i upravljanje resursima u zdravstvu (2).

Ispunjavajući svoju ulogu i funkciju u upravljanju i nadzoru nad zdravstvenim sustavima, Vijeće Europe 2006. godine donosi Izjavu odnosno Zaključak o Zajedničkim vrijednostima i načelima u zdravstvenim sustavima Europske unije (3).

Sveobuhvatne vrijednosti, a to su univerzalnost, dostupnost kvalitetne zdravstvene zaštite, jednakost i solidarnost, jednako su prihvaćene u svim državama Europske unije, no ostvaruju se na različite načine, odnosno kroz različit pristup.

Uz navedene zajedničke vrijednosti, prihvaćena su također i operativna načela koja očekuju svi građani Europske unije, te se prema tome očekuje i da se u cijeloj EU ta načela poštuju. Ta su načela kvaliteta (zdravstvene zaštite), sigurnost unutar zdravstvenog sustava, zdravstvena zaštita temeljena na dokazima i etičnosti, uključenost pacijenata, pravo na obeštećenje, privatnost i povjerljivost.

Kroz Svjetski izvještaj o zdravlju 2000., SZO uvodi novi pojam, a to je „odziv“ zdravstvenog sustava (engl. *responsivness*) (4), koji se tumači kao sposobnost

zdravstvenog sustava u ispunjavanju legitimnih očekivanja stanovništva u pogledu njihove interakcije sa zdravstvenim sustavom, osim očekivanja za poboljšanje zdravlja ili bogatstva. Odnosno, to znači da se radi o odzivu (odgovoru) zdravstvenog sustava na „nemedicinska“ očekivanja populacije (poštivanje pacijenta kao osobe, orijentacija ka klijentu).

Prethodno navedene uloge, funkcije, vrijednosti i načela u zdravstvenom sustavu istaknute su i sažete unutar **Tallinske povelje**: Zdravstveni sustavi za zdravlje i blagostanje (5).

Sam naziv povelje jasno ukazuje glavne postavke: investiranje u zdravlje – investiranje je u razvoj i socijalno blagostanje. Zdravstveni sustav mora biti učinkovit, kako bi na najbolji mogući način ispunio svoju ulogu, istovremeno vodeći računa da građani ne trpe financijsku štetu radi lošeg zdravlja.

Tallinska povelja predstavlja putokaz donosiocima odluka u kojem smjeru je potrebno voditi zdravstveni sustav i razvijati zdravstvene politike.

1.1.1. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj i položaj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje unutar zdravstvenog sustava Republike Hrvatske

Pravo na zdravlje i pravo na zdrav život Ustavne su kategorije (6). Sam Ustav Republike Hrvatske jamči svakom pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom.

Osnovna dva zakona koji uređuju organizaciju zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj, te način korištenja zdravstvene zaštite unutar sustava obveznog zdravstvenog osiguranja su Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Narodne novine“ br. 100/2018) i Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju („Narodne novine“ br. 80/13, 137/13).

U skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti (7), svaka osoba ima pravo na zdravstvenu zaštitu i na mogućnost ostvarenja najviše moguće razine zdravlja, u skladu s odredbama spomenutog Zakona i Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (8).

Navedena odredba jasno naznačuje da je korištenje zdravstvene zaštite pravno uređeno, te kako bi se ostvarila zdravstvena zaštita, potrebno je poštivati određena propisana pravila, a u prvom redu potrebno je imati status osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod / HZZO), kako bi se zdravstvena zaštita koristila unutar sustava obveznog zdravstvenog osiguranja.

Istovremeno, upravo to Zavodu daje veliku odgovornost, jer koji kroz svoje propise uređuje način korištenja zdravstvene zaštite.

Prava pacijenata prilikom korištenja zdravstvene zaštite te način zaštite i promicanja tih prava uređena su Zakonom o zaštiti prava pacijenata (9).

1.2. Organizacija i ugovaranje zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

1.2.1. Organizacija zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Zdravstvenu djelatnost obavljaju zdravstvene ustanove, trgovačka društva i privatni zdravstveni radnici (7). Zdravstvena djelatnost kao javna služba obavlja se u okviru mreže javne zdravstvene službe i izvan mreže javne zdravstvene službe. Mrežom javne zdravstvene službe određuje se za područje Republike Hrvatske, odnosno jedinice područne (regionalne) samouprave potreban broj zdravstvenih ustanova te privatnih zdravstvenih radnika s kojima Zavod sklapa ugovor o provođenju zdravstvene zaštite. Mrežu javne zdravstvene službe, uz prethodno pribavljeno mišljenje Zavoda, Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, nadležnih komora i predstavničkih tijela jedinica područne (regionalne) samouprave, donosi ministar. Zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj, te u skladu s Mrežom javne zdravstvene službe organizirana je prema razinama (7).

Prepoznajemo primarnu, sekundarnu i tercijarnu razinu zdravstvene djelatnosti, te razinu zdravstvenih zavoda. Na različitim razinama zdravstvenu zaštitu u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja pružaju različiti pružatelji zdravstvene zaštite, s kojima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje sklapa ugovore o provođenju zdravstvene zaštite, što je prikazano Tablicom 1. Trgovačka društva ne mogu obavljati zdravstvenu zaštitu u okviru Mreže javne zdravstvene službe, te Zavod s njima ne sklapa ugovore o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Tablica 1. Pružatelji zdravstvene zaštite s kojima Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje sklapa ugovore o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja

Razina zdravstvene zaštite	Vrsta pružatelja zdravstvene usluge	Zdravstvena ustanova
Primarna razina	Zdravstvena ustanova	Dom zdravlja
		Ustanova za zdravstvenu njegu u kući
		Ustanova za zdravstvenu skrb
		Zavod za hitnu medicinu (županijski/Grad Zagreb)
		Županijski zavod za javno zdravstvo
		Ustanova za palijativnu skrb
	Privatna praksa*	Laboratorij
		Zdravstvena njega
		Dentalna zdravstvena zaštita
		Obiteljska, zz predškolske djece, zz žena
Medicina rada		
Sekundarna i tercijarna razina	Zdravstvena ustanova	Bolnica
		Dom zdravlja
		Ustanova za fizikalnu terapiju u kući
		Poliklinika
		Županijski zavodi za javno zdravstvo
		Državni zavodi (HZJZ, HZTM)
	Privatna praksa*	Laboratorij
		Ordinacija
Ljekarništvo		Ljekarnička ustanova
		Privatna ljekarna
Isporučitelji pomagala		Specijalizirana prodavaonice i optike

*privatna praksa se obavlja u sklopu ordinacije

Na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti nositelj zdravstvene zaštite je dom zdravlja. Osim djelatnosti primarne razine dom zdravlja može obavljati i zdravstvene djelatnosti sekundarne razine, što se poglavito odnosi na radiološku djelatnost, ali i djelatnosti koje trebaju biti što dostupnije hrvatskim građanima poput interne medicine, oftalmologije, fizikalne medicine i rehabilitacije, te oftalmologije.

Specifičnost hrvatskog zdravstvenog sustava je „institut izabranog doktora“ na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti, kojeg osigurana osoba ima pravo „izabrati“ sukladno Zakonu o zdravstvenoj zaštiti i propisima iz područja obveznog zdravstvenog osiguranja.

Uloga izabranog doktora u skrbi za pacijente (osigurane osobe Zavoda) očituje se kroz zbrinjavanje većine zdravstvenih problema, te upućivanja na više razine zdravstvene djelatnosti za one zdravstvene potrebe koje se ne mogu zadovoljiti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Također, izabrani doktor utvrđuje pravo na privremenu nesposobnost za rad, takozvano „bolovanje“ (8).

Uz opću/obiteljsku medicinu, na primarnoj razini još su izabrani doktori pedijatri u zdravstvenoj zaštiti predškolske djece, ginekolozi u zdravstvenoj zaštiti žena, te doktori dentalne medicine koji pružaju stomatološku zdravstvenu zaštitu.

Uz ove djelatnosti usko je vezana patronažna zdravstvena zaštita te zdravstvena njega u kući. Patronažna zdravstvena zaštita je djelatnost koja se može obavljati isključivo u okviru doma zdravlja i ne može se obavljati kao privatna praksa (ordinacija).

Na primarnoj razini djeluju medicinsko-biokemijski laboratoriji koji zdravstvenu zaštitu pružaju temelje uputnice izabranog doktora primarne zdravstvene zaštite, prema definiranom setu pretraga koje se mogu obaviti u sklopu primarnog laboratorija.

Primarnu razinu predstavlja i hitna medicinska pomoć koju pružaju županijski zavodi za hitnu medicinu, te sanitetski prijevoz koji uz zavode za hitnu medicinu mogu pružati i domovi zdravlja te ustanove za zdravstvenu skrb.

Javnozdravstvene djelatnosti pružaju županijski zavodi za javno zdravstvo, a u njih spadaju djelatnost higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite, djelatnost javnog zdravstva, djelatnost mentalnog zdravlja i prevencije ovisnosti, te preventivno-odgojnih i specifičnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata

Na primarnoj razini posebno mjesto imaju i mobilni palijativni timovi smješteni u domove zdravlja.

Bolnička i specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita provode se na sekundarnoj i tercijarnoj (kliničke ustanove) razini zdravstvene djelatnosti.

Za ostvarivanje zdravstvene zaštite na sekundarnoj i tercijarnoj razini potrebno je imati uputnicu izabranog liječnika primarne zdravstvene zaštite, osim u hitnim slučajevima.

Bolnička zdravstvena zaštita obavlja se u akutnim bolnicama, bolnicama za kronične bolesti te bolnicama koje provode liječenje fizikalnom medicinom i rehabilitacijom uključujući lječilišta, odnosno u općim i specijalnim bolnicama.

Organizacija i plan razvoja bolničkog sustava uređen je Nacionalnim planom razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj 2018. – 2020., kojeg je donijela Vlada Republike Hrvatske (10).

Raspored bolnica omogućava osiguranim osobama dostupnost bolnica „niže“ razine (opće), a za one zdravstvene probleme koji se ne mogu riješiti na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite, pacijenti se upućuju u klinike, kliničke bolnica i kliničke bolničke centre na tercijarnoj razini zdravstvene zaštite i nalaze se u regionalnim centrima (Osijek, Rijeka, Split, Zagreb) u kojima se nalazi klinički bolnički centar, a u Gradu Zagrebu su 2 klinička bolnička centra. Pacijenti se hospitaliziraju temeljem uputnice izabranog doktora, ali i direktnim hitnim prijemom, te premještajem iz druge bolnice. Za liječenje medicinskom rehabilitacijom u specijalnim bolnicama, potrebno je i odobrenje liječničkog povjerenstva HZZO-a. Među specijalne bolnice za kronične bolesti spadaju psihijatrijske bolnice za liječenje kroničnih duševnih bolesti, bolnice za liječenje kroničnih i dugotrajnih bolesti (kronične plućne i kronične dječje bolesti) te palijativnu skrb.

1.2.2. Ugovaranje i plaćanje zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Osnovna zadaća Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje jest osigurati osiguranim osobama ostvarivanje zdravstvene zaštite kada je to potrebno. Osigurane osobe, ostvaruju zdravstvenu zaštitu u ugovorenim ustanovama i kod ugovorenih privatnih zdravstvenih radnika u ordinacijama.

Ugovaranje zdravstvene zaštite je proces koji se provodi sukladno Zakonu o obveznom zdravstvenom osiguranju (8) te općim aktima Zavoda među kojima je osnovni dokument Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Ova se odluka donosi za svako ugovorno razdoblje i objavljuje u Narodnim novinama.

Nakon provedenog procesa ugovaranja zdravstvene zaštite, zdravstvene ustanove i privatni zdravstveni radnici postaju ugovorni subjekti (partneri) Zavoda i s njima se potpisuje Ugovor o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja.

Zavod sklapa ugovore sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim radnicima (ordinacijama). Zdravstvene ustanove mogu biti javne – čiji je osnivač država ili jedinica lokalne i regionalne samouprave i privatne. Zdravstvena zaštita ugovara se pod jednakim uvjetima s privatnim i javnim pružateljima zdravstvenih usluga, što ujedno znači da su cijene zdravstvenih usluga jednake za sve pružatelje zdravstvene zaštite. Cijene zdravstvenih usluga također se utvrđuju spomenutom Odlukom o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, a način plaćanja različit je ovisno o razini i vrsti zdravstvene zaštite.

Ugovorni doktori primarne zdravstvene zaštite u djelatnosti opće obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, zdravstvene zaštite žena i dentalne zdravstvene zaštite, plaćeni su složenim sustavom koji objedinjuje više načina plaćanja kako bi se podignula učinkovitost i kvaliteta zdravstvene zaštite (11). Model plaćanja se sastoji od fiksnog dijela koji čine tzv. „hladni pogon“ (režijski troškovi, plaća medicinske sestre) i iznos po osiguranoj osobi tzv. „glavarina“, a varijabilni dio čine plaćanje po dijagnostičko terapijskom postupku (DTP), dodatne mogućnosti, te stimuliranje kvalitete i učinkovitosti posebnim plaćanjem odabranih pokazatelja rada.

Akutno bolničko liječenje plaćeno je sustavom dijagnostičko-terapijskih skupina (DTS) koji se zasniva na Australskom DRG (engl. *Diagnosis related groups*) sustavu, dok je produženo i dugotrajno liječenje, uključujući medicinsku rehabilitaciju i palijativnu skrb plaćeno po danu liječenja.

Javnozdravstvene djelatnosti, hitna medicina i sanitetski prijevoz plaćeni su primjenom vrijednosti standardnog tima.

Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita, zdravstvena njega u kući i medicina rada plaćene su po postupku (dijagnostičko-terapijski postupak, DTP) s utvrđenim maksimalnim iznosom sredstava do kojeg se Zavodu mogu ispostavljati računi.

1.3. Prava i obveze osiguranih osoba u sustavu obveznog zdravstvenog osiguranja

Pravo na zdravstvenu zaštitu iz obveznoga zdravstvenog obuhvaća pravo na primarnu zdravstvenu zaštitu, specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, bolničku zdravstvenu zaštitu, pravo na lijekove koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova Zavoda, dentalna pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom dentalnih pomagala Zavoda, ortopedska i druga pomagala koja su utvrđena osnovnom i dodatnom listom ortopedskih i drugih pomagala Zavoda, zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama i trećim državama.

Pri korištenju zdravstvene zaštite osigurana osoba obvezna je sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite, osim u posebnim slučajevima utvrđenih Zakonom.

U troškovima zdravstvene zaštite nisu obvezna sudjelovati djeca do navršениh 18. godine života odnosno do kraja redovnog školovanja.

Ujedno, Zavod u potpunosti snosi troškove cjelokupnog liječenja zloćudnih bolesti i kroničnih duševnih bolesti, te liječenje kroničnom hemodijalizom.

Za slučajeve za koje je osigurana osoba dužna snositi dio troškova (sudjelovanje, „participacija“) može se dopunski osigurati.

Iznos sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite na sekundarnoj i tercijarnoj razini iznosi 20% troška zdravstvene usluge, s time da najveći (maksimalni) iznos sudjelovanja po jednom računu može biti 2.000 kn.

Uvjeti i način ostvarivanja prava osiguranih osoba Zavoda iz obveznog zdravstvenog osiguranja te obveze osiguranih osoba u ostvarivanju tih prava, uređena su Pravilnikom o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja (12).

Taj dokument predstavlja svojevrzne smjernice na koji način je potrebno koristiti zdravstvenu zaštitu kako bi se u cijelosti ostvarila sva prava predviđena odgovarajućim propisima.

U skladu s dosad spomenutim propisima, put pacijenta kroz zdravstveni sustav pojednostavljeno je prikazan je Slikom 1.

Put pacijenta kroz zdravstveni sustav RH



Slika 1. Put pacijenta kroz zdravstveni sustav Republike Hrvatske

Izvor: HZZO prezentacija, „Organizacija zdravstvene zaštite“, autor: Dubravka Pezelj Duliba

Pacijent, osigurana osoba Zavoda u slučaju zdravstvene potrebe najprije se javlja izabranom doktoru primarne zdravstvene zaštite koji ga prema potrebi šalje na određenu dijagnostiku na razini doma zdravlja i primarne zdravstvene zaštite (laboratorij primarne zdravstvene zaštite, radiološka dijagnostika). Pacijent se s nalazima ponovno javlja izabranom doktoru koji rješava zdravstveni problem ili upućuje pacijenta na višu razinu zdravstvene zaštite (bolnica, poliklinika). Bolnica nastavlja dijagnostičku obradu ili rješava zdravstveni problem, primjerice operacijom, te „vraća“ natrag pacijenta izabranom doktoru primarne zdravstvene zaštite s preporučenim nastavkom liječenja ili preporučenom terapijom.

U slučaju preporuke fizikalne terapije u kući, liječenja medicinskom rehabilitacijom, primjenu ortopedskog pomagala, u put se uključuje i Zavod s potrebnim odobrenjima.

1.3.1. Korištenje zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Stanovništvo Republike Hrvatske primarnu zdravstvenu zaštitu najviše koristi poradi respiratornih bolesti (17,4% ukupnog broja posjeta), mišićno-koštanih bolesti (10,8% ukupnog broja posjeta), te bolesti srca i krvnih žila (7,4% ukupnog broja posjeta). Podaci se odnose na 2017. godinu (**13**).

U specijalističko-konzilijarnoj zdravstvenoj zaštiti najviše je posjeta zabilježeno u djelatnosti interne medicine, fizikalne medicine i rehabilitacije i kirurgije.

Akutna bolnička zdravstvena zaštita najviše se koristi poradi bolesti cirkulacijskog sustava i novotvorina, što se razlikuje ovisno o spolu i dobnim skupinama.

1.4. Financiranje i troškovi zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Financiranje zdravstvene zaštite (izvor sredstava za zdravstvenu zaštitu) u Republici Hrvatskoj organizirano je prema tzv. Bismarck-ovom modelu, po kojem je obvezno zdravstveno osiguranje financirano od strane poslodavaca i zaposlenika uz samo jednog osiguravatelja - Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje.

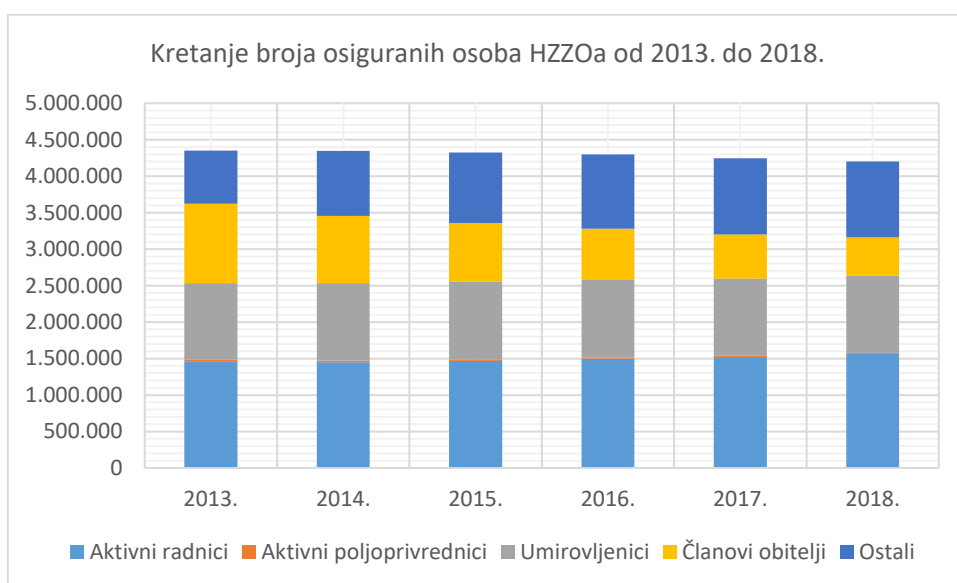
Kako bi mogle koristiti zdravstvenu zaštitu na teret obveznog zdravstvenog osiguranja, građani moraju biti osiguranici Zavoda.

1.4.1. Osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje

Osigurane osobe Zavoda mogu se podijeliti u 5 osnovnih kategorija: aktivni radnici, aktivni poljoprivrednici, umirovljenici, članovi obitelji i ostali.

Tablica 2. Osigurane osobe Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prema kategoriji osiguranika u razdoblju od 2013. do 2018. godine

Osiguranici	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Aktivni radnici	1.455.152	1.448.737	1.466.654	1.497.178	1.522.335	1.564.677
Aktivni poljoprivrednici	28.621	25.131	21.845	19.044	16.429	14.155
Umirovljenici	1.052.214	1.058.751	1.061.553	1.062.534	1.058.838	1.057.951
Članovi obitelji	1.086.224	924.590	809.582	700.109	605.325	525.135
Ostali	726.986	888.226	966.218	1.019.143	1.041.305	1.041.464
UKUPNO	4.349.197	4.345.435	4.325.852	4.298.008	4.244.232	4.203.382

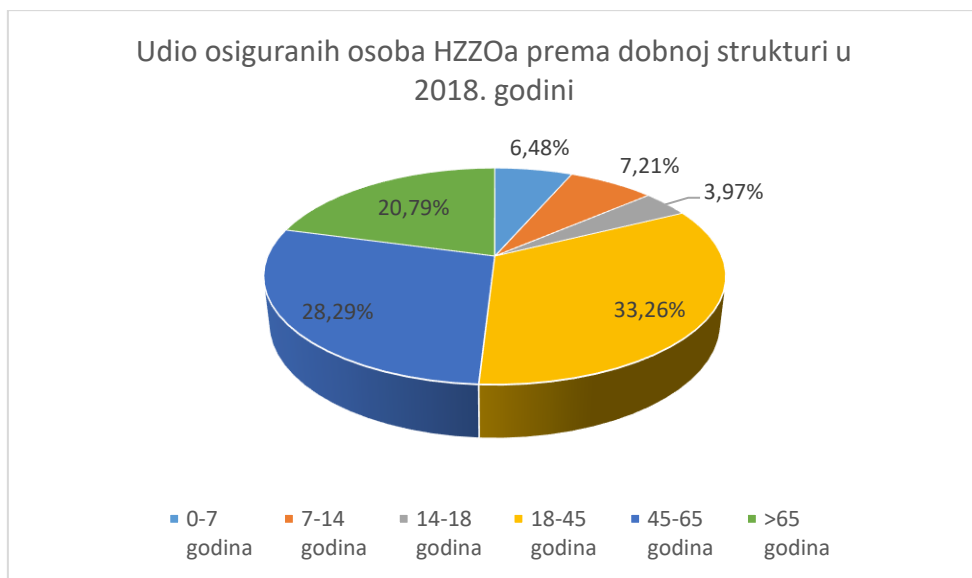


Slika 2. Broj osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje u razdoblju od 2013. do 2018.

Izvor: HZZO, Izvješća o poslovanju 2014. do 2018. godine

Udio aktivnih radnika (s aktivnim poljoprivrednicima) u cijelom se promatranom razdoblju kretao oko 35%, s time da je u 2018. iznosio 37,22%, što znači da za zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj sredstva izdvaja samo nešto više od trećine osiguranih osoba, a sve osigurane osobe uživaju jednaka prava.

Prema dobnoj strukturi, vidljivo je starenje populacije, te je udio osiguranih osoba starijih od 65 godina u 2013. bio 18%, a u 2018. godini 20%.



Slika 3. Udio osiguranih osoba Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje prema dobnoj strukturi u 2018. godini

Izvor. HZZO, baza osiguranih osoba

1.4.2. Troškovi zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj

Udio zdravstvene potrošnje u BDP-u u 2016. godini u Republici Hrvatskoj iznosio je 6,83%, po čemu spadamo među države s nižim udjelom tekuće zdravstvene potrošnje u Europi (**14**).

HZZO osigurava sredstva za neposrednu zdravstvenu zaštitu, dok sredstva za tekuće i investicijsko održavanje zdravstvenih ustanova osigurava hrvatska država (**7**) i jedinice lokalne i regionalne samouprave.

Tablica 3. Rashodi Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za zdravstvenu zaštitu u razdoblju 2013. do 2018.

Godina	2013.	2014.	2015.	2016.	2017.	2018.
Iznos milijuna HRK	20.247	19.128	18.829	18.963	19.288	20.224

Tablica 4. Troškovi zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja u 2018. godini prema vrsti zdravstvene zaštite

Vrsta zdravstvene zaštite	Iznos HRK	Udio
Primarna zdravstvena zaštita	4.013.882.422	19,8%
Lijekovi na recepte	3.376.806.264	16,7%
Ortopedski uređaji i pomagala	792.715.469	3,9%
Bolnička zdravstvena zaštita*	8.752.029.669	43,3%
Specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita izvan bolnica	735.545.224	3,6%
Posebno skupi lijekovi	1.463.658.882	7,2%
Ostala zdravstvena zaštita	632.299.197	3,1%
Zdravstvena zaštita INO osiguranika	457.450.799	2,3%
Ukupno	20.224.387.926	100,0%

*obuhvaća bolničko (stacionarno liječenje) i specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu u bolnicama

Izvor: HZZO (15)

1.5. Dopunsko zdravstveno osiguranje

Osigurane osobe obvezne sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja, u fiksnom iznosu na primarnoj razini zdravstvene zaštite (10 kn po pregledu), a 20% sekundarnoj i tercijarnoj razini zdravstvene zaštite. Kako ti troškovi mogu tijekom godine biti značajni, osigurane osobe mogu se dobrovoljno dopunski osigurati. Dopunsko kao i dodatno zdravstveno osiguranje uređeni su Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (16).

Dopunsko zdravstveno osiguranje pokriva razliku cijene troška zdravstvene usluge iz obveznog zdravstvenog osiguranja, dok je dodatno osiguranje „privatno“ zdravstveno osiguranje i odnosi se na ostvarivanje zdravstvenih usluga izvan sustava obveznog zdravstvenog osiguranja. Dopunsko zdravstveno osiguranje pružaju društva za osiguranje, ali i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, sukladno Zakonu.

1.6. Reforme zdravstva u Republici Hrvatskoj

U razdoblju od osamostaljenja Hrvatske do danas, provedeno je više reformi zdravstvenog sustava namijenjenih prvenstveno financijskoj stabilizaciji i obuzdavanju troškova zdravstvene zaštite.

Prvi Zakon o zdravstvenoj zaštiti nakon osamostaljenja Hrvatske donesen je 1993. godine. Na temelju njega 1996. godine, donesen je Pravilnik o uvjetima za davanje u zakup

zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta (17), koji je predstavljao osnovu za privatizaciju primarne zdravstvene zaštite, takozvanu „zakupizaciju“, što se može smatrati prvom većom reformom zdravstvene zaštite, međutim poglavito se to odnosi na primarnu zdravstvenu zaštitu, te specijalističke ordinacije u sastavu domova zdravlja. Model privatizacije putem zakupa ordinacija domova zdravlja podrazumijevao je zadržavanje uloge doma zdravlja kao temeljnog nositelja primarne zdravstvene zaštite (18).

Ostale reforme nisu bile strukturne, već reforme sustava financiranja zdravstvene zaštite. Sljedeća veća reforma, bilo je uvođenje dopunskog zdravstvenog osiguranja u zdravstveni sustav, od 1. siječnja 2002. godine, koje je zakonsku podlogu imalo u Zakonu o zdravstvenom osiguranju (NN 94/2001.). Novim Zakonom povećano je sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite, ali je istovremeno dana mogućnost dobrovoljnog dopunskog osiguranja.

Te 2002. godine Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje postao je dijelom Državnog proračuna, dok je prije djelovao kao izvanproračunski fond (Zavod je ponovno postao izvanproračunski fond 1.1.2015. godine).

Usprkos pokušajima da se različitim financijskim mjerama obuzdaju troškovi zdravstvene zaštite, nisu postignuti značajniji rezultati, a povećan je teret na građane (19,20,21)

Izmjene financiranja zdravstvenog sustava, kao reformske mjere, provedene su novim Zakonom o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 150/2008.), s primjenom od 1.1.2009. godine. Ovim je izmjenama povećano sudjelovanje osiguranih osoba u troškovima zdravstvene zaštite, te uveden maksimalni iznos sudjelovanja po računu., koji je iznosio 3.000 kn. Ova je reforma imala za cilj objediniti više mjera - izmjene u izvorima sredstava (povećanje sudjelovanja u troškovima zdravstvene zaštite), te izmjene u načinu plaćanja bolnica po slučaju sustavom dijagnostičko-terapijskih skupina (DTS), kako bi se uz podizanje odgovornosti građana povećala učinkovitost samog zdravstvenog sustava (22).

Izmjenama Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju iz veljače 2012. godine (NN 22/2012.), maksimalni iznos sudjelovanja osigurane osobe po računu smanjen je na 2.000 kn. Provedene reformske mjere, suprotno očekivanjima, rezultirale su povećanjem izdataka za zdravstvo, te prebacivanjem većeg financijskog tereta na građane (23).

Usprkos provedenim reformama, hrvatski zdravstveni sustav i dalje bilježi porast dugovanja osobito unutar bolničkog sustava (23).

Iako se ne smatra reformom zdravstvenog sustava, 2013. godine uveden je novi model financiranja primarne zdravstvene zaštite, koji po prvi puta u sustav plaćanja uvodi pokazatelje učinkovitosti i kvalitete zdravstvene zaštite koji se dodatno financijski stimuliraju, kako bi se podigla kvaliteta zdravstvene zaštite osiguranih osoba, te kako bi se povećala učinkovitost te što više aktivnosti, odnosno usluga, obavilo na primarnoj razini zdravstvene zaštite (11). Uvedene promjene u kratkom su razdoblju dovele do podizanja kvalitete primarne zdravstvene zaštite, osobito o dijelu preventivnih postupaka za kronične nezarazne bolesti (24).

Od značajnijih organizacijskih promjena koje su bile potaknute i posebnim načinom financiranja ističe se razvoj hrvatskog modela transplantacija i doniranja organa (25), koji se financiraju sredstvima izvan bolničkih proračuna (tzv „limita“), kao i razvoj 24-satne koronarne intervencije (PCI), u prema kojem su se jasno odredile gravitacijske regije za pacijente s akutnim infarktom miokarda (26). Ovakav način organizacije povećao je dostupnost zdravstvene zaštite za pacijente s infarktom miokarda i brzinu pristupa učinkovitim liječenju.

Nacionalnom strategijom razvoja zdravstva 2012.-2020. (23) utvrđeni su strateški razvojni pravci, prioriteti i mjere koji bi trebali bi osigurati da se razvoj sustava zdravstva ostvaruje postupno i kontinuirano, te koji su u većoj ili manjoj mjeri provode, ovisno o ukupno raspoloživim kapacitetima zdravstvenog sustava.

Zdravstvena zaštita u RH je ustavnim odredbama osigurana za sve državljane, bez obzira na primanja, zaposlenost ili prebivalište. Ipak, deklarativna i legislativna dostupnost, nije uvijek jednaka i praktičnoj dostupnosti. U dosadašnjim istraživanjima u svijetu, Europi i Hrvatskoj pokazano je da cijeli niz faktora koji pripadaju medicinskoj, ali i nemedicinskoj domeni mogu utjecati na praktičnu dostupnost i/ili percepciju dostupnosti, kao npr. udaljenost, liste čekanja, komunikacija s liječnikom i sl.

2. CILJ

Opći cilj rada:

Analizira odabranih tema vezanih za zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj iz perspektive korisnika zdravstvenih usluga.

Specifični ciljevi rada:

Procijeniti kako građani koji su ujedno i osiguranici HZZO-a ocjenjuju kvalitetu usluga koju dobivaju u zdravstvenom sustavu.

Ispitati zadovoljstvo građana s liječnicima obiteljske medicine te bolničkim liječnicima.

Istražiti nedostatke hrvatskog zdravstvenog sustava iz perspektive korisnika usluga.

Istražiti koje su prednosti hrvatskog zdravstvenog sustava iz perspektive korisnika usluga.

3. MATERIJALI I METODE

3.1. Ispitanici

Izvor podataka za konstrukciju uzorka bio je Popis stanovništva, kućanstava i stanova iz 2011. Uzorak je dobiven stratifikacijom prema regijama i veličini naselja i činio je 1000 osoba starih 18 ili više godina. Regije su bile podijeljene na: Zagreb i okolica, sjeverna Hrvatska, Slavonija, Lika i Banovina, Hrvatsko Primorje i Istra, Dalmacija, a veličina naselja: do 2.000 stanovnika, 2.001 - 10.000 stanovnika, 10.001 – 80.000 stanovnika i više od 80.000 stanovnika. I regije i kategorije veličina naselja su određene prema parametrima koje koristi agencija za ispitivanje javnog mnijenja. Krajnji uzorak je činilo 800 ispitanika (odaziv 80%) te ga za potrebe ovog istraživanja smatramo prigodnim.

3.2. Metode

Osnovni alat ispitivanja bila je telefonska anketa koju HZZO provodi u suradnji s Ipsos Plusom na uzorku od 1000 ispitanika starijih od 18 godina. U radu su uspoređivane ankete provedene 2012. i 2015. Ovaj period je izabran jer je prvi val ankete proveden neposredno prije ulaska Hrvatske u Europsku Uniju, a drugi val nakon što je Hrvatska već dvije godine članica Europske Unije. Anketa je podijeljena u tri skupine pitanja koje su obuhvaćale ocjenu zdravstvenog sustava, zadovoljstvo radom liječnika i zadovoljstvo uslugama HZZO-a. Uz pitanja koja su odražavala mišljenja i stavove, ispitanici su odgovorili i na 10 pitanja koja su opisivala njihov socioekonomski status. Anketa je provedena telefonski te je trajala 20 minuta. Anketu su provodili zaposlenici agencije Ipsos Plusa, specijalizirane agencije za istraživanje tržišta u Hrvatskoj koja je i dio je Ipsos međunarodne grupe. Ipsos Plus radi u skladu s pravilima ICC/ESOMAR (27) i povezanim regulacijama i uputama. Ukupno je bilo 27 pitanja, a za potrebe ove studije provedena je kvalitativna i kvantitativna analiza pitanja koja su vezana za: ocjenu usluga koje građani dobivaju u zdravstvu, zadovoljstvo izabranim liječnikom obiteljske medicine i zadovoljstvo bolničkim liječnikom, ako su bili na pregledu, dijagnostici ili liječenju u bolničkom sustavu. Također ispitanici su naveli što trenutačno smatraju najvećom prednosti i najvećim nedostatkom u zdravstvenom sustavu u Hrvatskoj. Jedno pitanje se odnosilo na rangiranje ponuđenih potencijalnih negativnih pojava u svakodnevnom konzumiranju usluga zdravstvenog sustava. (Prilog1)

3.3. Statistička analiza

Raspodjele vrijednosti kvalitativnih varijabli prikazane su u tablicama kontingencije, a razlike u raspodjeli između skupina analizirane su Pearsonovim X^2 testom. S obzirom na rezultate analize normalnosti distribucije kvantitativnih varijabli, njihove distribucije prikazani su medijanom i interkvartilnim rasponom. Razlike u distribuciji kvantitativnih varijabli između skupina analizirane su Kruskal – Wallis ANOVA testom i Mann-Whitney U testom.

Rezultati su interpretirani na najmanje 5% razini značajnosti ($\alpha=0.05$).

Za provedbu statističkih testova i obradu podataka koristio se statistički paket *Stasoft STATISTICA 11.0*.

3.4. Izjava o poštivanju etičkih načela

Istraživanje „Ispitivanje mišljenja građana o temama vezanim uz zdravstvo“ izvedeno je u skladu sa svim važećim i primjenjivim smjernicama, čiji je cilj osigurati pravilno provođenje postupaka, sigurnost, zaštitu identiteta i informirani pristanak ispitanika, smjernicama dobre kliničke prakse i Helsinške deklaracije. U istraživanju su poštovane odredbe Zakona o zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske (7) i Zakona o pravima pacijenata Republike Hrvatske (9).

Za provođenje istraživanja dobivena suglasnost ravnatelja i Etičkog povjerenstva Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje, te su poštovana opća pravila o obavljanju znanstvenog i stručnog rada i Pravila dobre akademske prakse za znanstveni rad.

4. REZULTATI

Dobiveni uzorak je sačinjavalo 345 muškaraca i 455 žena, u dobi od 18 godina do 91 godine. Srednja vrijednost dobi bila je $49,76 \pm 15,92$, a medijan 50 godina. Donja kvartila je bila 38 godina, a gornja 62 godine.

Pri analizi ocjena zdravstvenog sustava, liječnika obiteljske medicine i bolničkih liječnika, kao i rangiranju prepreka u zdravstvenom sustavu, a u odnosu na dob, dob je podijeljena u tri kategorije. Podjela je bazirana na pretpostavci da u mlađoj dobi ljudi češće mijenjanju poslove, rade u režimu rada na određeno i općenito se pozicioniraju na tržištu rada i profesionalno, a u zdravstvenom smislu još ne poboljšavaju od kroničnih bolesti, pa je prva dobna skupina određena kao 18 – 34 godine. Drugu dobnu skupinu su činili ispitanici 35 – 65 godina, kada su profesionalno najproduktivniji i već počinju poboljšavati, te treću dobnu skupinu iznad 65 godina, kada se po Zakonu o mirovinskom osiguranju može ići u mirovinu i kada se već pojavljuju ozbiljniji i češći zdravstveni problemi. U Tablici 5. je prikazana ocjena kvalitete usluga koju građani dobivaju u zdravstvu, ocjenama od 1 do 5.

Tablica 5. Ocjena kvalitete usluga u zdravstvu prema dobnim skupinama.

Ocjena kvalitete usluga u zdravstvu (skala od 1 do 5)							χ^2	p	d.f.
	1	2	3	4	5	ukupno			
Dobna skupina	N	N	N	N	N	ukupno	16,77	0,030	8
18-34	6	24	84	43	11	168			
35-65	29	90	193	128	41	481			
>65	11	30	48	41	22	145			
Ukupno	46	137	325	212	74	794			

d.f. stupnjevi slobode

Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u ocjeni zdravstvenog sustava između dobnih kategorija. Starije skupine ocjenjuju zdravstvo višim ocjenama nego najmlađa skupina. Ipak značajnije za ovu analizu je činjenica da sve dobne skupine najviše daju ocjenu dobar (3).

Da bi se što bolje ispitalo koji su to potencijalni uzroci nezadovoljstva analizirano je pitanje koje je dalo opcije izbora što to čini zdravstveni sustav neodgovarajućim, te kako su to ispitanici rangirali. Ponuđeni razlozi su bili: 1. Duga čekanja na dijagnostičke preglede, 2. Duga čekanja na preglede specijalista, 3. Plaćanje participacije na lijekove, 4. Odnos liječnika i medicinskog osoblja prema pacijentima, 5. Nedostupnost najskupljih lijekova i metoda liječenja, 6. Zapuštenost i slaba opremljenost bolnica, 7. Nesigurno i nestabilno

financiranje bolnica. Rezultati, koliko su svaki od razloga rangirani na prvo mjesto kao uzrok loše ocjene, su prikazani u Tablici 6.

Tablica 6. Raspodjela razloga zbog kojih ispitanici smatraju zdravstveni sustav neodgovarajućim prema dobnim skupinama.

	Dobne skupine						χ^2	p	d.f.
	18-34 (n=168)		35-65 (n=481)		>65 (N=145)				
	N	%	N	%	N	%			
Čekanje na dijagnostičku pretragu	45	27	123	26,7	41	31	9,21	0,68	12
Čekanje na pregled specijalista	53	32	151	32	50	37	15,93	0,194	12
Participacija lijekovi	3	1,8	19	4	5	3,8	11,91	0,45	12
Odnos prema pacijentima	13	8	16	3,5	5	3,8	27,02	0,008	12
Nedostupnost skupe terapije	15	9	50	10,8	4	3	19,69	0,07	12
Opremljenost	28	17	59	12,8	12	9	10,8	0,546	12
Financiranje bolnica	11	6,7	54	12	23	17,4	29,37	0,003	12
Ukupno	168	100	481	100	145	100			

d.f. stupnjevi slobode

Statistički značajna razlika u rangiranju postoji za problematiku odnosa liječnika i medicinskog osoblja prema pacijentima i to je važnije najmlađoj a najmanje je važno starijoj dobnoj skupini. Također, statistički značajna razlika vidljiva je i kod financiranja bolnica gdje tom problemu više pažnje daje najstarija dobna skupina. Graničnu značajnost vidimo kod dostupnosti skupe terapije gdje srednja dobna skupina tome pridaje najviše pažnje. Što se tiče zajedničkog problema sve dobne skupine podjednako stavljaju na prvo mjesto problem dugog čekanja na pregled kod specijalista tj. na sekundarnoj razini zdravstvene zaštite, a slijedi ga dugo čekanje na dijagnostiku.

Upravo radi toga provedena je i analiza ocjene liječnika obiteljske medicine i bolničkih liječnika prema dobnim skupinama, da bi se vidjelo da li percepcija dugog čekanja na specijalistički pregled, tj. na pregled kod bolničkog liječnika utječe i na ocjenu njegovog rada. Ocjena je izražena kao 1. Jako nezadovoljan, 2. Nezadovoljan, 3. Niti zadovoljan niti nezadovoljan, 4. Zadovoljan, 5. Jako zadovoljan. Rezultati su prikazani u Tablici 7.

Tablica 7. Zadovoljstvo liječnicima obiteljske medicine i bolničkim liječnicima prema dobnim skupinama.

		Dobne skupine												LOM	BOL
		18-34 (n=168)				35-65 (n=481)				Više od 65 (n=145)					
		LOM		BOL		LOM		BOL		LOM		BOL			
Ocjena zadovoljstva (skor od 1 do 5)		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	χ ² 9,904 p= 0,270 d.f. = 8	χ ² 44,63 P< 0,001 d.f.= 8
	1	3	1,8	7	4,2	5	1	10	2,1	3	2	2	1,4		
	2	6	3,6	6	3,6	8	1,7	21	4,5	4	2,7	3	2		
	3	17	10,2	37	22,3	53	11	43	9,1	6	4	9	6,3		
	4	72	43,4	72	43,3	210	44	227	48	65	44	58	40		
	5	68	41	23	14	200	42	112	24	69	47	51	35,8		

LOM liječnici obiteljske medicine

BOL bolnički liječnici

d.f. stupnjevi slobode

Između dobnih skupina nema statistički značajne razlike u ocjenama liječnika obiteljske medicine, a najveći broj ispitanika svoje liječnike obiteljske medicine ocjenjuje ocjenama zadovoljan i jako zadovoljan. Veoma mali broj ih ocjenjuje jako nezadovoljan i nezadovoljan. Analiza ocjena bolničkih liječnika je pokazala da postoji statistički značajna razlika u ocjenama između dobnih skupina i najbolje ocjene daje grupa srednje dobi. I mlađa i starija dobna skupina bolje ocjenjuju liječnike obiteljske medicine od bolničkih liječnika, možda zato jer su više s njima u kontaktu. I liječnici obiteljske medicine i bolnički liječnici su dobili više ocjena zadovoljan, nego jako zadovoljan. Kod bolničkih liječnika treba uzeti u obzir da je dio ispitanika dao odgovor da nikada nije imao iskustva s bolničkim liječnicima i javnim zdravstvenim ustanovama.

U sljedećoj analizi smo usporedili postoji li razlika na razini cijelog uzorka u ocjeni zadovoljstva liječnicima obiteljske medicine i bolničkim liječnicima a rezultati su prikazani u Tablici 8.

Tablica 8. Raspodjela ocjena zadovoljstva korisnika uslugama liječnika obiteljske medicine i bolničkim liječnicima

Ocjena od 1 do 5											ukupno	χ^2	p
	1		2		3		4		5				
	N	Oč.v.	N	Oč.v.	N	Oč.v.	N	Oč.v.	N	Oč.v.			
LOM	11	16	18	26	76	88	347	378	337	281	789	42,22	0,001
BOL	19	14	30	22	89	76	357	326	186	242			
ukupno	30		48		165		704		526				

LOM liječnici obiteljske medicine

BOL bolnički liječnici

Oč.v. očekivana vrijednost

Ovi rezultati pokazuju statistički značajnu razliku (koja je djelomično izgubljena kada je analiza provedena na razini tri dobne skupine) između ocjena liječnika opće medicine i bolničkih liječnika i to između ocjena zadovoljan (4) i jako zadovoljan (5). Ocjene nezadovoljan dobilo je nešto manje liječnika obiteljske medicine i bolničkih liječnika nego što bi bilo očekivano da te razlike nema. Liječnici obiteljske medicine su ocjenjeni nešto više s najboljom ocjenom, bolnički liječnici nešto više s ocjenom 4.

Poznato je da različiti socioekonomski uvjeti života mogu imati utjecaj na percepciju funkcioniranja zdravstvenog sustava i prepreka kao i pozitivnih karakteristika. Da bi ispitali postoji li neki prepoznatljivi trend proveli smo analizu opće ocjene zdravstvenog sustava i rangiranja predloženih prepreka u odnosu na tip naselja, regiju i stručnu spremu. Također, ista analiza je provedena i u odnosu na spol.

U Tablici 9. prikazana je razlika između tipa naselja u odnosu na opću ocjenu zdravstvenog sustava i negativna obilježja zdravstvenog sustava.

Tablica 9. Raspodjela opće ocjene zdravstvenog sustava i negativnih obilježja zdravstvenog sustava prema tipu naselja (ocjene na skali 1 do 5).

	Tip naselja						Mann-Whitney U test	
	Selo			Grad			z	P
	Medijan	Q1	Q3	Medijan	Q1	Q3		
Ocjena zdravstvenog sustava	3	3	4	3	3	4	2,58	0,009
Čekanje na dijagnostičku pretragu	2	1	4	2	1	3	1,20	0,22
Čekanje na pregled specijalista	2	1	4	2	1	3	0,73	0,465
Participacija lijekovi	5	4	6	6	4	7	-2,13	0,02
Odnos prema pacijentima	6	4	7	6	4	7	-0,45	0,65
Nedostupnost skupe terapije	4	3	5	4	3	5	-0,82	0,41
Opremljenost	4	2	6	4	3	6	-1,38	0,16
Financiranje bolnica	5	3	6	4	3	5	2,70	0,006

Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u ocjeni zdravstvenog sustava, participaciji u plaćanju lijekova i nesigurnom i nestabilnom financiranju bolnica između seoskih i gradskih tipova naselja. Populacija koja živi na selu više je zabrinuta ovim problemima.

Razlike između regija u odnosu na opću ocjenu zdravstvenog sustava i negativna obilježja zdravstvenog sustava prikazane su u Tablici 10.

Tablica 10. Raspodjela ocjene zdravstvenog sustava i razloga nezadovoljstva zdravstvenim sustavom prema regiji (ocjene na skali 1 do 5).

Regije	Zagreb i okolica			Sjeverna Hrvatska			Slavonija			Lika i Banovina			Primorje i Istra			Dalmacija			χ^2	p	d.f.
	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3			
Ocjena zdravstvenog sustava	3	2	4	3	3	4	3	3	4	3	3	4	3	2	4	3	3	4	11,76	0,03	5
Čekanje na dijagnostičku pretragu	2	1	3	2	1	3	2	1	4	2	1	4	3	2	5	2	1	4	8,20	0,14	5
Čekanje na pregled specijalista	2	1	3	2	1	4	2	1	4	2	1	3	2	1	4	2	1	3	0,93	0,96	5
Patricipacija lijekovi	6	4	7	5	4	6	5	3	6	5	4	6	6	4	7	5	4	7	9,22	0,10	5
Odnos prema pacijentima	6	4	7	5	4	7	6	4	7	6	4	7	6	4	7	6	3	7	2,10	0,83	5
nedostupnost skupe terapije	4	3	5	4	3	5	4	2	5	4	3	5	4	3	5	4	2	6	6,58	0,25	5
Opremljenost	4	3	6	4	3	6	4	3	6	4	2	6	3	2	6	4	2	5	6,36	0,27	5
Financiranje bolnica	4	3	5	4	3	6	5	3	6	4	3	6	4	3	6	5	3	6	7,41	0,19	5

M = medijan

Vidljiva je statistički značajna razlika u općoj ocjeni zdravstvenog sustava između regija. Hrvatsko Primorje i Istra izdvajaju se u pozitivnom smislu od ostalih regija s najmanjom razlikom između očekivanih i dobivenih frekvencija u rangiranju.

Tablica 11. Raspodjela ocjene zdravstvenog sustava i razloga nezadovoljstva zdravstvenim sustavom prema stručnoj spremi (ocjene na skali 1 do 5).

	Razina stručne spreme												χ^2	p	d.f.
	Bez OŠ			OŠ			Srednja škola			VŠS, VSS					
	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3			
Ocjena zdravstvenog sustava	4	4	5	4	3	4	3	3	4	3	2	4	25,20	<0,001	3
Čekanje na dijagnostičku pretragu	2	2	4	2	1	5	2	1	4	2	1	4	1,49	0,68	3
Čekanje na pregled specijalista	1	1	2	2	1	3	2	1	3	2	1	4	0,91	0,82	3
Participacija lijekovi	3	3	4	5	3	6	5	4	6	6	4	7	11,53	0,001	3
Odnos prema pacijentima	7	5	7	5	4	7	6	4	7	6	4	7	5,01	0,16	3
Nedostupnost skupe terapije	4	4	6	4	2	6	4	3	5	4	3	5	1,94	0,58	3
Opremljenost	5	5	6	3	2	6	4	3	6	4	3	5	6,86	0,07	3
Financiranje bolnica	5	5	6	5	3	6	5	3	6	4	3	5	14,23	0,002	3

OŠ osnovna škola

VŠS viša stručna sprema

VSS visoka stručna sprema

d.f. stupnjevi slobode

Kao i kod analize po tipu naselja statistički se značajno razlikuju ocjena zdravstvenog sustava, participacija za lijekove, zapuštenost i slaba opremljenost bolnica i financiranje bolnica u odnosu na školsku spremu. Ispitanici bez osnovne škole se izdvajaju kao grupa kojoj je financiranje bolnica manje važno. Što se tiče opremljenosti, ispitanici bez OŠ i samo s OŠ se izdvajaju kao grupa kojoj zapuštenost i opremljenost bolnica nije prioritet. S druge strane ispitanici samo s OŠ se izdvajaju kao grupa kojoj je participiranje pri kupnji lijekova važna prepreka. Generalnu ocjenu zdravlja ispitanici bez OŠ daju manju od ostalih grupa, možda baš zbog participacije pri kupnji lijekova i lošije materijalne situacije. Granične vrijednosti pokazuju ispitanici sa srednjom stručnom spremom i oni daju lošije ocjene nego ispitanici samo s OŠ i ispitanici s VŠS i VSS.

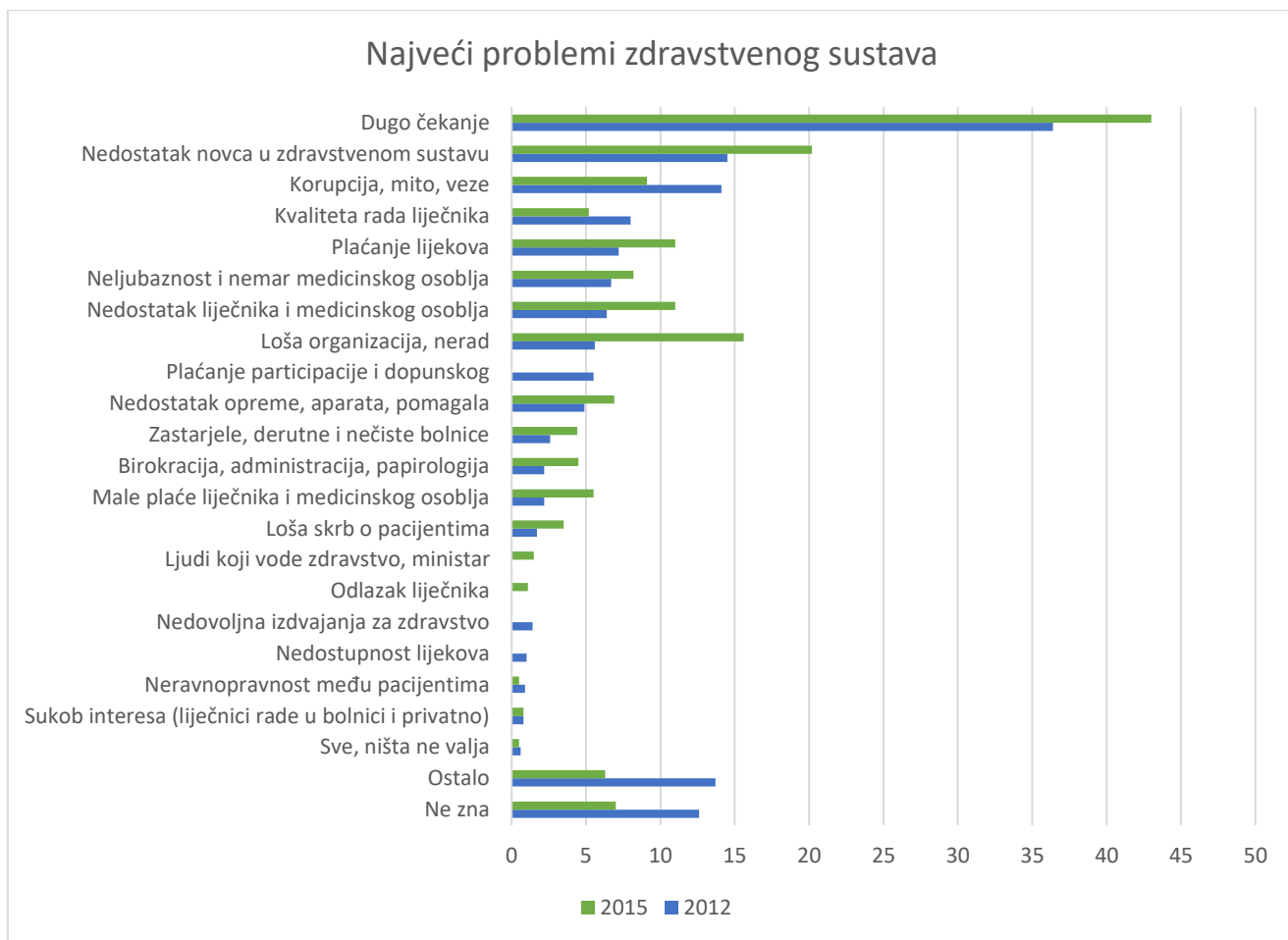
Kao zadnja analiza provedena je analiza razlika među spolovima i ocjene zdravstvenog sustava i nezadovoljstva zdravstvenim sustavom. Rezultati su prikazani u Tablici 12.

Tablica 12. Raspodjela ocjene zdravstvenog sustava i razloga nezadovoljstva zdravstvenim sustavom po spolu (ocjene na skali 1 do 5).

	Spol						Mann-Whitney U test	
	Muški			Ženski			Z	p
	M	Q1	Q3	M	Q1	Q3		
Ocjena zdravstvenog sustava	3	2	4	3	3	4	-1,74	0,08
Čekanje na dijagnostičku pretragu	2	1	4	2	1	4	-0,42	0,66
Čekanje na pregled specijalista	2	1	3	2	1	4	-0,88	0,37
Participacija lijekovi	5	4	6	6	4	7	-1,50	0,13
Odnos prema pacijentima	6	4	7	6	4	7	1,99	0,04
Nedostupnost skupe terapije	4	3	5	4	3	5	2,17	0,02
Opremljenost	4	3	6	4	2	6	-0,31	0,75
Financiranje bolnica	4	3	6	5	3	6	-1,52	0,12

Vidljiva je statistički značajna razlika između muškaraca i žena po pitanju percepcije odnosa liječnika i medicinskog osoblja prema pacijentima i nedostupnosti najskupljih lijekova i metoda liječenja. Ove dvije kategorije su važnije ženskim osobama.

Kako bi se istražio postoji li trend ili promjene u percepciji faktora koji dovode do nezadovoljstva zdravstvenim sustavom tj. koje probleme ispitanici navode, uspoređeni su kvalitativni podaci iz 2012. godine i 2015. godine. Ovaj period je izabran jer je prvi val ankete proveden neposredno prije ulaska Hrvatske u Europsku Uniju, a drugi val nakon što je Hrvatska već dvije godine članica Europske Unije. Ispitanici su sami izrekli koju pojavu smatraju najvećim problemom u sustavu zdravstva bez sugestija ispitivača, i ona je zapisana upravo tako. Rezultati su prikazani kao postotak najčešćih odgovora i prikazani su na Slici 4.



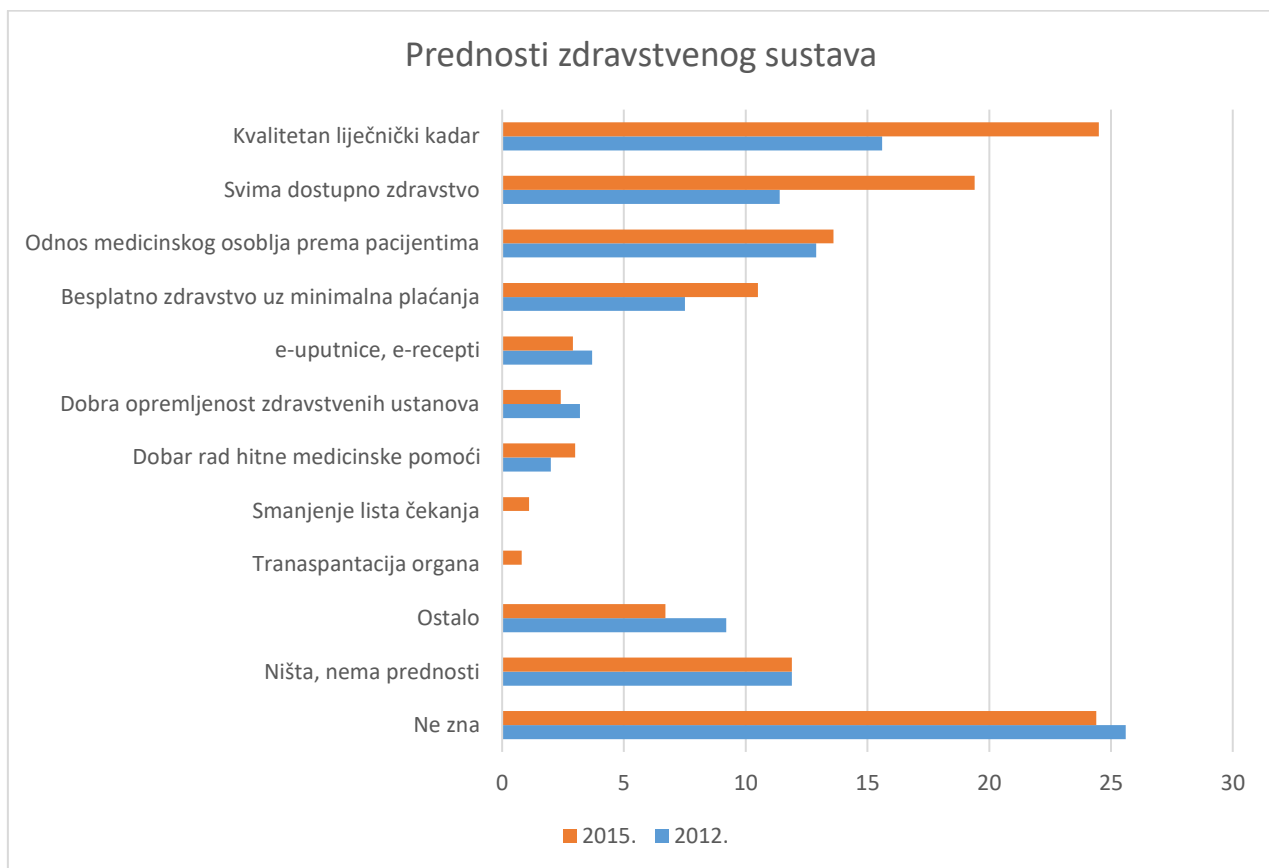
Slika 4. Procjena najvećih problema zdravstvenog sustava u Hrvatskoj u 2012. i 2015.

Ispitanici najviše navode da ih smeta dugo čekanje, iako ne navode koja vrsta čekanja, i dali je ono vezano za primarnu ili sekundarnu zaštitu ili se radi o dijagnostici. Vrlo vjerojatno se to odnosi na sva čekanja kombinirano. Taj razlog odskače za skoro 3 puta više nego sljedeći razlog koji se tiče nedostatka novca i skupoće, i povezano s time korupcije. Općenito razlozi se mogu grupirati u nekoliko kategorija od kojih je svakako najveća ona koja navodi razloge vezane za skupoću sustava tj. plaćanje lijekova, participacija, koju osjećaju ispitanici direktno i nedostatak opreme, izdvajanje za zdravstvo, plaće i sl. koju ispitanici osjećaju indirektno. Još jedna kategorija koja se izdvaja je i odnos prema pacijentima i organizacija posla. Tu bi se mogla dodati i kritika vezana za birokraciju, iako bi to moglo biti povezano i s dugim čekanjem.

U 2015. godini vidimo da se problematika dugog čekanja na uslugu ponovo našla na prvom mjestu i da je postotak ispitanika kojima to najviše smeta u porastu. Problematika financija također je prisutna, kao i odnos prema pacijentima, ali pojavljuju se i nove kategorije od kojih je možda najzanimljivija „odlazak liječnika“, a pojavljuje se i problematika politike,

rada ministra i ljudi koji vode zdravstveni sustav. U obje godine jako mali postotak ispitanika kaže da ništa ne valja u zdravstvenom sustavu (0,6% i 0,5%).

Ista analiza provedena je za analizu prednosti zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Ispitanici su naveli koje karakteristike sustava smatraju najvećim prednostima. Rezultati su prikazani kao postotak najčešćih odgovora i prikazani su na Slici 5.



Slika 5. Procjena prednosti zdravstvenog sustava u Hrvatskoj u 2012. i 2015.

I u 2012. i u 2015. godini kvalitetan liječnički kadar ispitanici navode kao najveću prednost zdravstvenog sustava, a nakon toga besplatno i dostupno zdravstvo. Na žalost u gotovo istom postotku (12%) ispitanici u obje godine navode u zdravstvenom sustavu nema nikakvih prednosti. U 2015. godini se pojavljuje i transplantacija organa kao prednost zdravstvenog sustava i smanjenje lista čekanja, što nismo imali 2012.

5. RASPRAVA

Služba za odnose s javnošću Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO) od 2012. godine redovito provodi istraživanje koliko su građani Republike Hrvatske zadovoljni zdravstvenim sustavom i radom samog HZZO-a. Istraživanje se provodi u obliku telefonske ankete u suradnji s Ipsos Plusom na uzorku od 1000 ispitanika starijih od 18 godina.

Radi se o prvoj takvoj vrsti ispitivanja javnog mnijenja o zdravstvenom sustavu u Republici Hrvatskoj, a način na koji se provodi jedinstven je i u Europi. Naime, ispitivanje o zadovoljstvima pacijenata većinom se provode putem pisanih anketa koje pacijenti ispunjavaju prilikom otpusta iz bolnice (slične ankete provedene su i u hrvatskim bolnicama 2001. i 2006. godine **(28)**) ili im se upitnici šalju na kućnu adresu **(29)**. U takvim je anketama zadovoljstvo pacijenta koncentrirano na bolničko liječenje. Također, pismena anonimna anketa putem upitnika koju su pacijenti dobivali nakon pregleda u primarnoj zdravstvenoj zaštiti provedena je u Hrvatskoj 2006. **(30)**. No, ovakvom telefonskom anketom po prvi puta se bavimo sveobuhvatno zdravstvenim sustavom RH i obuhvaćeno je puno šire područje za analizu. Intervjuirani građani razvrstani po dobi, spolu, obrazovanju, prihodima, regiji i tipu naselja u kojem žive mogli su odgovoriti na puno više pitanja koja uključuju bolničku i primarnu zdravstvenu zaštitu, zadovoljstvo dopunskim zdravstvenim osiguranjem, da li su se susretali s mitom i korupcijom u hrvatskom zdravstvu, vidljivost i zadovoljstvo radom ministra zdravstva i ravnatelja HZZO-a, iskustva u kontaktu s zaposlenicima HZZO-a, kao i usporedbi cjelokupnog zdravstvenog sustava u odnosu na druge institucije od javnog interesa.

Pitanja su bila razvrstana po skupinama, a u ovom radu koncentrirali smo se na opću ocjenu koju su naši osiguranici dali zdravstvenom sustavu, ono što naše građane najviše tišti kad je u pitanju hrvatsko zdravstvo, kao i ono s čime su najviše zadovoljni. Također, ideja je bila da se uspoređi zadovoljstvo ispitanih liječnicima u primarnoj zdravstvenoj zaštiti s onima koji rade u bolničkim sustavima (sekundarna i tercijarna zdravstvena zaštita), te da se vidi postoje li preferencije građana prema nekima od njih.

S obzirom da je telefonska anketa trajala oko 20 minuta za pretpostaviti je kako su ispitanici, koji su pristali sudjelovati u njoj i odvojiti to vrijeme, imali potrebu nešto i reći o zdravstvu, iznijeti neke svoje stavove, pa im se ovo činilo kao dobra prilika za to, bez obzira da li su njihova razmišljanja pozitivna ili negativna.

Prvo što smo analizirali je opća ocjena koju naši ispitanici daju hrvatskom zdravstvenom sustavu u anketi provedenoj 2015. Mogućnost ocjenjivanja bila je ocjenama 1-5, a prosjek koji smo anketom dobili iznosi 3,3. Zanimljivo je kako je zdravstvo dobilo nižu ocjenu od obrazovnog sustava (3,7), no znatno bolje je ocijenjeno od pravosuđa (2,4) (31).

Zanimalo nas je da li postoji statistički značajna razlika kod ocjene zdravstvenog sustava prema dobnim skupinama.

Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u ocjeni zdravstvenog sustava između dobnih kategorija. Starije skupine ocjenjuju zdravstvo višim ocjenama nego najmlađa skupina, što se može objasniti time da najmlađa skupina ima i najmanje kontakta sa sustavom. Ipak značajnije za ovu analizu je činjenica da sve dobne skupine najčešće daju ocjenu dobar (3), što upućuje na određeni konformizam, posebno kod mlađe skupine, jer bi bilo za očekivati, ako možda nisu imali puno kontakta sa zdravstvenim sustavom da su onda češće odgovarali s odgovorom „ne znam“. Dobar (3) kao najčešća ocjena u neku ruku može biti izraz nezadovoljstva, no s druge strane, malo je nedostajalo da prosjek ocjena zdravstvu bude 3,5 čime bi mu se mogla zaključiti i školska četvorka, odnosno vrlo dobar. Ovom ocjenom možemo biti zadovoljni, jer u svakodnevnom radu Službe za odnose s javnošću HZZO-a izloženi smo vrlo velikom medijskom pritisku gdje se hrvatski zdravstveni sustav analizira na vrlo kritički i negativistički način. Naime mediji, kako tiskovni, radio, televizija, ali i oni elektronički, skloni su više potencirati loše vijesti, a one pozitivne iz zdravstvenog sustava često prođu ispod radara. Razumljivo je kako je čitanost loših vijesti veća, te je urednicima i novinarima takva tematika atraktivnija, pa su naši građani više izloženi onim negativnim aspektima koji se događaju u svim zdravstvenim sustavima i po čemu Hrvatska svakako nije izuzetak. Ljudi su izuzetno osjetljivi na probleme vezane uz zdravstvo i moramo imati na umu kako su naši osiguranici svi građani RH, te se teme kojima se mi bavimo tiču svih nas. Baš zato je ocjena dobar (3) ustvari zadovoljavajuća, jer s obzirom na iskustva iz dnevnih aktivnosti Službe za odnose s javnošću HZZO-a i izloženošću naših građana negativnim medijskim natpisima, očekivalo bi se kako će percepcija naših osiguranika o zdravstvu biti slabija.

Da bi se što bolje ispitalo koji su to potencijalni uzroci loših ocjena ili zašto je baš ocjena 3 dominantna, analizirano je pitanje koje je dalo opcije izbora što to čini zdravstveni sustav neodgovarajućim, te kako su to ispitanici rangirali. Ponuđeni razlozi su bili: 1. Duga čekanja na dijagnostičke preglede, 2. Duga čekanja na preglede specijalista, 3. Plaćanje participacije na lijekove, 4. Odnos liječnika i medicinskog osoblja prema pacijentima,

5. Nedostupnost najskupljih lijekova i metoda liječenja, 6. Zapuštenost i slaba opremljenost bolnica, 7. Nesigurno i nestabilno financiranje bolnica. Analizirani su rezultati, koliko su svaki od razloga rangirani na prvo mjesto kao uzrok loše ocjene. Statistički značajna razlika u rangiranju, postoji za problematiku odnosa liječnika i medicinskog osoblja prema pacijentima i to je važnije najmlađoj i srednjoj dobnoj skupini, a najmanje je važno starijoj. Također statistički značajna razlika je vidljiva i kod financiranja bolnica gdje tom problemu više pažnje daje srednja dobna skupina. Graničnu značajnost vidimo kod dostupnosti skupe terapije gdje srednja dobna skupina tome pridaje najviše pažnje. Što se tiče zajedničkog problema, sve dobne skupine jednako stavljaju na prvo mjesto problem dugog čekanja na pregled kod specijalista tj. na sekundarnu razinu zdravstvene zaštite, a slijedi ga dugo čekanje na dijagnostiku.

Rezultati su ovdje očekivani što se tiče zajedničkog nezadovoljstva za sve dobne skupine, a to je dugo čekanja na specijalističke preglede i dijagnostiku. Taj problem tišti sve zdravstvene sustave, pa i puno bogatije zemlje čije zdravstvene sustave u EU smatramo uзорitima, a za zdravstvo izdvajaju znatno veće svote novaca nego mi u Hrvatskoj.

Problem dugih lista čekanja, posebice za neke operativne zahvate (katarakta ili ortopedske endoproteze kuka i koljena) i tamo je isti kao i kod nas.

Dostupnost skupe terapije, koja zabrinjava srednju dobnu skupinu, može se tumačiti time da su upravo oni najčešće podložni bolestima za koju je takva terapija namijenjena ili imaju djecu koja boluju od teških ili rijetkih bolesti za koje je potrebno liječenje posebno skupim lijekovima. Ta percepcija možda će se promijeniti u sljedećim anketama pošto je HZZO na svoju listu lijekova u zadnjih par godina stavio iznimno velik broj inovativnih i posebno skupih lijekova za liječenje onkoloških, neuroloških i infektivnih bolesti, ali i lijekove za rijetke bolesti. Trenutna dostupnost skupe terapije u Hrvatskoj je na nivou EU i svijeta (32), a po nekim primjerima smo i ispred puno razvijenijih i bogatijih zemalja, što nam potvrđuju liječnici specijalisti raznih specijalnosti, koji naglašavaju da u svom kliničkom radu na raspolaganju imaju sve moguće terapije kao i njihovi kolege u svijetu. Također, ista dobna skupina zabrinuta je više za financijsku održivost bolnica, što opet ne čudi, jer su medijski uvijek aktualne priče o bolničkim dugovanjima, posebno prema veledrogerijama, a što je vrlo aktualno i sada. U listopadu 2019. ukupne obveze prema veledrogerijama premašile su tri milijarde kuna, a dospjeli dug iznosi dvije milijarde kuna (33). Za pretpostaviti je da upravo ta dobna skupina gleda i u perspektivi što će se događati s bolnicama, te su zabrinuti da li će one u njihovom mjestu opstati. To je radno

sposobno stanovništvo koje očekuje da će u budućnosti više trebati zdravstvenu zaštitu i tu se može pronaći razlog toj brizi.

Taj strah dodatno ćemo analizirati i kod odgovora naših ispitanika razvrstanih po tipu naselja, no važno je naglasiti kako naši građani često nisu informirani na koji se uopće način bolnice financiraju, tko im je osnivač i tko je odgovoran za njihovo financijsko poslovanje, te tko bi trebao sanirati njihove dugove.

Nadalje, dugo čekanje na preglede specijalista i dijagnostiku razlog je radi kojega je provedena i analiza ocjene liječnika obiteljske medicine (LOM) i liječnika u bolnici (BOL) prema dobnim skupinama, da bi se vidjelo da li percepcija dugog čekanja na specijalistički pregled, tj. na pregled kod bolničkog liječnika utječe i na ocjenu njegovog rada. Ocjena je izražena kao 1. Jako nezadovoljan, 2. Nezadovoljan, 3. Niti zadovoljan niti nezadovoljan, 4. Zadovoljan, 5. Jako zadovoljan.

Između dobnih skupina nema statistički značajne razlike u ocjenama LOM, a najveći broj ispitanika svoje LOM ocjenjuje ocjenama zadovoljan i jako zadovoljan. Veoma mali broj ih ocjenjuje jako nezadovoljan i nezadovoljan. Analiza ocjena BOL je pokazala da postoji statistički značajna razlika u ocjenama između dobnih skupina i najbolje ocjene daje grupa srednje dobi. Ovi rezultati mogu upućivati na nekoliko razloga, ova dobna skupina tek ulazi u dob kada je poboljšavanje veće i/ili možda ima realnija očekivanja s obzirom da su svi na istom tržištu rada sa sličnim problemima. I mlađa i starija dobna skupina bolje ocjenjuju LOM od BOL, možda zato jer su više s njima u kontaktu, a posebno starija skupina koja im se obraća za cijeli niz problema koji ne spadaju direktno u domenu zdravstvene skrbi. Naime, iz vlastitog iskustva doktora medicine, koji je u praksi radio gotovo 20 godina i to na nivou primarne zdravstvene zaštite, Hitne medicinske pomoći, ali i kao liječnik u bolnici, mogu potvrditi da kod posjeta pacijenta općoj praksi, oni starije životne dobi posebno su vezani za svoje liječnike, jer ih oni najbolje poznaju, najčešće su s njima u kontaktu, pa mu ponekad dođu samo zbog par toplih riječi pod izlikom da se ne osjećaju dobro ili da im se izmjeri tlak. Na taj način svoju zabrinutost za zdravlje, koja je očekivana u toj životnoj dobi, malo primire uz kontakt sa svojim liječnikom i uz njegovu psihološku podršku.

Treba naglasiti da su i LOM i BOL dobili više ocjena zadovoljan (4), nego jako zadovoljan (5). Kod BOL treba uzeti u obzir da je dio ispitanika dao odgovor da nikada nije imao iskustva s BOL i javnim zdravstvenim ustanovama. U slijedećoj analizi smo usporedili postoji li razlika na razini cijelog uzorka u ocjeni LOM i BOL.

Ovi rezultati pokazuju statistički značajnu razliku (koja je djelomično izgubljena kada je analiza provedena na razini tri dobne skupine) između ocjena LOM i BOL i to između ocjena zadovoljan (4) i jako zadovoljan (5). Ocjene nezadovoljan dobilo je nešto manje LOM i BOL nego što bi bilo očekivano da te razlike nema.

LOM su ocijenjeni nešto više s najboljom ocjenom, BOL nešto više s ocjenom 4. Suprotno tome, a što je svakako dobro za naše liječnike, ocjene 1 i 2 je dobilo jako malo LOM i BOL. Ako gledamo prema očekivanim ocjenama obje skupine su dobile više od očekivanog i to za ocjene zadovoljan (4), a LOM su dobili više ocjena jako zadovoljan (5) od očekivanog. Ove rezultate ponovo možemo objasniti ipak češćim kontaktima s LOM, te bliskošću i dostupnošću, a možda i susretljivošću, za ne uvijek, opravdane intervencije. Poznato je da različiti socioekonomski uvjeti života mogu imati utjecaj na percepciju funkcioniranja zdravstvenog sustava i prepreka kao i pozitivnih karakteristika. Da bi ispitali postoji li neki prepoznatljivi trend, proveli smo analizu opće ocjene zdravstvenog sustava i rangiranja predloženih prepreka u odnosu na tip naselja, regiju i stručnu spremu. Također, ista analiza je provedena i u odnosu na spol.

Kod analize razlika između tipa naselja u odnosu na opću ocjenu zdravstvenog sustava i negativna obilježja zdravstvenog sustava, rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u ocjeni zdravstvenog sustava, participaciji u plaćanju lijekova te nesigurnom i nestabilnom financiranju bolnica između seoskih i gradskih tipova naselja. Populacija koja živi na selu više je zabrinuta ovim problemima što se može objasniti nižim primanjima i lošijom opremljenosti bolnica kojima gravitiraju, a za koje se ne zna da li će opstati u često spominjanim zdravstvenim reformama.

Baš kao kada je u pitanju zabrinutost ispitanika srednje životne dobi u odnosu na ostale kategorije oko nesigurnosti financiranja bolnica i u manjim sredinama ona je izraženija nego u onim većim. Također i ocjena zdravstvenog sustava tu je manja. Ti su rezultati za razumjeti s obzirom da je u manjim sredinama dostupnost zdravstvene zaštite uvelike problem, jer često pacijent nema u svojoj blizini bolnicu, a ponekad niti Dom zdravlja ili izabranog doktora. Da bi ostvario svoje pravo na zdravstvenu zaštitu često mora financijski dodatno izdvajati za put, a oni radno sposobni i izostajati s posla radi pregleda ili dijagnostike. Ta niža ocjena vjerojatno je i produkt straha u nesigurnu budućnost i opstojnost bolnica u njihovoj regiji, a taj se strah projicira kroz financije s kojima imaju brigu i u životu, a ne samo vezano uz sustav zdravstva. Nedostatak liječnika u manjim sredinama očigledno opravdava strah ruralnog stanovništva u mogućnost zdravstvene pomoći kada će biti u potrebi za njom.

Gradskom stanovništvu u slučaju akutnih medicinskih incidenata na raspolaganju je hitna pomoć, što nažalost u manjim mjestima nije slučaj, te vrijeme dolaska do liječnika od trenutka npr. infarkta ili politraume može biti i ključno za nečije preživljavanje (34).

Vidljiva je statistički značajna razlika u općoj ocjeni zdravstvenog sustava između regija, a Hrvatsko primorje i Istra se izdvajaju od ostalih regija s najmanjom razlikom između očekivanih i dobivenih frekvencija u rangiranju, te ujedno najbolje ocjenjuju zdravstveni sustav u Hrvatskoj. Ostali parametri po regijama nemaju statističke signifikantnosti. Na koji način tretirati ove rezultate? Istra i HR primorje među najrazvijenijim su dijelovima Hrvatske i možda je viši životni standard jedan od razloga zbog kojih su ljudi zadovoljniji zdravstvenim sustavom. Na probleme koji su usmjereni na zdravstvo vrlo često se projicira niz ekonomskih i socijalnih problema koje stanovništvo nesvjesno povezuje. S druge strane, poznato je kako Istra ima veliki problem u dostupnosti bolničke skrbi, jer je OB Pula dosta udaljena od krajnjeg sjevera regije, Umaga i Bujštine. Time bi se očekivala određena kritičnost tog dijela stanovnika, no iz ove ankete vidljivo je kako to nije tako. Između ostalog, intenzivno se rješava upravo u HZZO-u pitanje mogućnosti liječenja tog dijela stanovništva u bolnici u Izoli, u susjednoj Sloveniji, koja je za akutna zbijanja svakako bolji izbor prijevoza pacijenta kojima je svaka minuta dragocjena (35). Evidentno je kako taj dio Hrvatske zdravstveni sustav ipak ocjenjuje najvišim ocjenama i najzadovoljniji je njime.

Nadalje, analizirana je razlika između stručne spreme u odnosu na opću ocjenu zdravstvenog sustava i negativna obilježja zdravstvenog sustava.

Kao i kod analize po tipu naselja, statistički se značajno izdvajaju ocjena zdravstvenog sustava, participacija za lijekove, zapuštenost i slaba opremljenost bolnica i financiranje bolnica u odnosu na školsku spremu. Ispitanici bez osnovne škole se izdvajaju kao grupa kojoj je financiranje bolnica manje važno. Što se tiče opremljenosti, ispitanici bez OŠ i samo s OŠ se izdvajaju kao grupa kojoj zapuštenost i opremljenost bolnica također nije prioritet. S druge strane ispitanici samo s OŠ se izdvajaju kao grupa kojoj je participiranje pri kupnji lijekova važna prepreka. Generalnu ocjenu zdravstva ispitanici bez OŠ daju manju od ostalih grupa, možda baš zbog participacije pri kupnji lijekova i lošije materijalne situacije. No, s druge strane, stanovništvo deficitarnog obrazovanja, bez ili samo s OŠ ujedno je često i na dnu dohodovne ljestvice te mogu ostvariti pravo na plaćanje premije dopunskog zdravstvenog osiguranja na teret državnog proračuna ako njihov ukupan prihod u prethodnoj kalendarskoj godini, iskazan po članu obitelji, mjesečno ne prelazi iznos od 1.516,32 kuna, odnosno iznimno za osiguranika – samca 1.939,39 kuna.

Pri tome se uzima u obzir prihod svih osoba koje žive u zajedničkom kućanstvu. Navedeno je propisano Zakonom o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (16).

Granične vrijednosti pokazuju ispitanici sa srednjom stručnom spremom i oni daju lošije ocjene nego ispitanici samo s OŠ i ispitanici s VŠS i VSS. Ovo rezultat pomalo zbunjuje, no mogao bi se objasniti možda kroz neke sociološke fenomene, kao što su životna očekivanja i razočaranje osobnim životnim odlukama i postignućima, te možda smatraju da su iznevjerili neka svoja očekivanja koja su u mladosti ambicioznije postavili. U tom slučaju moguće je da su osobna nezadovoljstva životnim postignućima i odraz njihove kritičnosti prema zdravstvu u većoj mjeri od onih obrazovanih i manje obrazovanih od njih. U tu skupinu ulaze i ljudi koji najčešće žive na rubu siromaštva iako ne spadaju u one koji po dohodovnoj trebaju pomoć države. Radi se o sezonskim radnicima i onima koji su najčešće zaposleni na određeno vrijeme, što im budućnost čini financijski nesigurnom.

Što se tiče ljudi slabijeg materijalnog statusa, jasno je da ih najviše zabrinjavaju pitanja vezana za financijske probleme, kao što je izdvajanje za lijekove, jer im svaka kuna iz kućnog budžeta koju su primorani izdvojiti za zdravstvo teško pada. Zanimljiv je fenomen da upravo oni daju najnižu sveukupnu ocjenu hrvatskom zdravstvenom sustavu što je pomalo iznenađujuće. Naime prednosti našeg javno zdravstvenog osiguranja su upravo solidarnost i podjednaka dostupnost svima, što bi više trebali cijeniti upravo oni koji su materijalno najugroženiji. No tome nije tako, pa visoko obrazovani i oni s većim primanjima to više prepoznaju i cijene, a upravo oni bi si u slučaju potrebe mogli priuštiti i usluge privatnog zdravstva. Korijen tog problema možda seže u našu ostavštinu, jer i danas smo svjedoci kako ljudi imaju percepciju da je „zdravstvo u Hrvatskoj besplatno“ ili da „neki lijek koji mogu podići na recept njih ništa ne košta“, te nemaju osjećaj da sve te usluge plaća HZZO, dakle svi mi koji od svojih primanja izdvajaju u taj fond. Zdravstvena zaštita ne da nije besplatna već je ponekad i jako skupa, posebno razvojem novih tehnologija, dijagnostičkih postupaka, ali i dolaskom na tržište vrlo skupih i sofisticiranih lijekova. Često se čuje poznata fraza: „Cijeli život sam izdvajao za zdravstvo pa zašto sad ne mogu odmah doći na red ili dobiti lijek besplatno“. Neophodna je edukacija stanovništva po tom pitanju, pa bi možda bilo dobro barem na kraju godine svakom osiguraniku izlistati koliko je njegovo liječenje tijekom godine koštalo HZZO. Bitno je da ljudi postanu svjesni zdravstvenih troškova, te bi na taj način možda promijenili i svoje stavove o zdravstvenom sustavu, posebice oni najpotrebitiji koji evidentno ne shvaćaju koliko je hrvatsko zdravstvo dostupno svima, bez obzira tko koliko u njega uplaćuje,

posebice u odnosu na zdravstvene sustave u razvijenijim zemljama na koje se volimo pozivati. Hrvatska za zdravstvo izdvaja 7,5% BDP-a. Od zemalja članica EU najviše izdvaja Francuska (11,5%), a najmanje Rumunjska (5,2%), dok je europski prosjek 9,6% (36).

Rijetko se tko pita na koji bi način ispitanici slabijeg imovinskog stanja mogli npr. koristiti usluge dentalne medicini u nekoj drugoj zemlji, jer nisu ni svjesni da Hrvatska ima najveći opseg tih usluga pokrivenih osnovnim zdravstvenim osiguranjem u Europi a i šire.

Interesantno je kako i u ostalim zemljama EU očekivanja od zdravstvenog sustava i nezadovoljstvo raste obrnuto proporcionalno dohotku (37).

Kao zadnja analiza provedena, je analiza razlika među spolovima i ocjene zdravstvenog sustava i nezadovoljstva zdravstvenim sustavom. Iz literature je poznato da žene rjeđe koriste zdravstvene usluge, duže trpe bol i/ili više brinu za zdravlje obitelji nego svoje (38). Vidljiva je statistički značajna razlika između muškaraca i žena po pitanju percepcije odnosa liječnika i medicinskog osoblja prema pacijentima i nedostupnosti najskupljih lijekova i metoda liječenja. Ove dvije kategorije su važnije ženskim osobama. Ovi nam rezultati ukazuju kako ipak moramo biti svjesni, bez obzira na žensku ravnopravnost i emancipaciju, da žene i dalje u većini kućanstava u Hrvatskoj više vode brigu o obitelji od svojih muških partnera. Posebno kada su djeca u pitanju. Zabrinutost za zdravlje svojih ukućana karakteristika je većinom ženske populacije, a zna se da su one te koje u većini slučajeva vode djecu doktorima i brinu se o njima kad i ako obole. Senzibilnije su na tuđe probleme (39). Time bi se moglo objasniti zbog čega im je važan odnos medicinskog osoblja prema pacijentu (40), ali i određeni strah od nedostupnosti skupe terapije. Bili smo svjedoci u posljednjih par godina kampanja oko stavljanja novih lijekova na liste HZZO-a za bolesnu djecu, koje su bile dobro medijski popraćene, a u kojima su glavne uloge upravo imale majke oboljelih.

Kako bi se istražio postoji li trend ili promjene u percepciji faktora koji dovode do nezadovoljstva zdravstvenim sustavom uspoređeni su kvalitativni podaci iz 2012. godine i 2015. godine. Ovaj period je izabran, jer je prvi val ankete proveden neposredno prije ulaska Hrvatske u Europsku uniju, a drugi val nakon što je Hrvatska već dvije godine bila članica Europske Unije. Ispitanici su sami izrekli koju pojavu smatraju najvećim problemom u sustavu zdravstva bez sugestija ispitivača, i ona je zapisana upravo tako. Rezultati iz 2012. su prikazani kao postotak najčešćih odgovora.

Interesantno je za primijetiti da i tu ispitanici najviše navode da ih smeta dugo čekanje,

iako ne navode koje čekanje i da li je ono vezano za primarnu ili sekundarnu zdravstvenu zaštitu ili se radi o dijagnostici. Taj razlog odskaka za skoro tri puta više nego slijedeći razlog koji se tiče nedostatka novca i skupoće.

Osim dugog čekanja, koje je problem svih zdravstvenih sustava u svijetu (41) (42), ostale pritužbe koje su ispitanici naveli možemo podijeliti u par skupina koje u zbroju postotka možemo rangirati ovim redom: problemi vezani uz novac i financiranje (nedostatak novca u sustavu, nedostatak liječnika i medicinskog osoblja, male plaće liječnika i medicinskog osoblja, skupi lijekovi), ponašanje i rad liječnika te medicinskog osoblja (mito, korupcije, veze, neljubaznost i nemar prema pacijentima, kvaliteta rada liječnika i medicinskog osoblja, nerad, nemotiviranost u radu, štrajk), nedostatak opreme, infrastrukture i potrepština (nedostatak medicinske opreme, uređaja, pomagala, zapuštene, derutne i prljave bolnice, loša hrana tijekom bolničkog liječenja) i kritike na organizaciju sustava i politiku (loša organizacija, nema reda, velika birokracija, administracija i papirologija, odlazak liječnika u inozemstvo, rad liječnika u bolnicama i privatno, kritike na račun ministra i vodećih ljudi u zdravstvenom sustavu).

Ako kompariramo rezultate dobivene 2012. s onima iz 2015. vidljivo je kako je glavni problem dugog čekanja još porastao s 36,3 na 43%. Također je naraslo nezadovoljstvo nedostatkom novca u sustavu s 14,5 na 20,2%, dok korupcija, mito i veze ispitanike nešto manje tište, jer je rezultat pao s 14,1 na 9,1%. Znatno je porastao strah od nedostatka medicinskog osoblja što je objektivna činjenica danas u Hrvatskoj i za očekivati je u budućim anketama kako bi taj rezultat mogao još porasti. 2012. to je 6,4% ispitanih navelo kao problem, a 2015. njih 11%, a najveći skok bilježi loša organizacija rada koja je s 5,6 porasla na čak 15,6%. 2015. pojavljuju se i nove kategorije od kojih je možda najzanimljivija „odlazak liječnika“ jer je to vjerojatno početak tog fenomena, nakon pristupa Europskoj Uniji. Ovdje vidimo da se pojavljuje i problematika politike, onih koji vode zdravstveni sustav i rad ministra, što možda upućuje na refleksiju ostalih problema u državi koji su u tom periodu bili vrlo izraženi.

Kada smo ispitanike upitali da navedu prednosti hrvatskog zdravstvenog sustava, posebno upada u oči činjenica da se navodi mnogo više kategorija negativnih pojava, nego pozitivnih pojava. To se možda može objasniti generalnim osjećajem nemoći pred zdravstvenim sustavom pa si ispitanici barem tu daju "oduška" u komentiranju negativnosti. Također, uvijek postoji i određeni strah od iznošenja kritika. Ponuđenih odgovora za pohvale bilo je više nego upola manje.

Kvalitetan liječnički kadar i 2012. i 2015. navedeni su najčešće kao glavni razlog za pohvalu. Vrlo je ohrabrujuće da se najčešći odgovor odnosi na kvalitetan liječnički kadar upravo zato jer je to baza sustava. Sve ostalo je na neki način popravljivo, tj. može se različitim mjerama utjecati u kraćem ili duljem roku.

Također, u višem postotku se grupiraju i odgovori koji hvale zdravstvo dostupno svima i besplatno zdravstvo. Vrlo mali broj ispitanika ističe kao dobru stranu besplatne lijekove, aparaturu i ortopedska pomagala, što je u skladu s prijašnjim odgovorima o visokim cijenama koje ispitanici snose, jer se za većinu toga plaća participacija ili ispitanici sami moraju nabavljati pomagala. Iako su e-uputnice i e-recepti navedeni tek u postotku od 3,7% kao prednost sistema, to možemo objasniti uvođenjem te pogodnosti u 2011. godini (e-recept), odnosno 2014. (e-uputnica).

I ovdje odgovore možemo grupirati po određenoj tematici pa bi tako po postotku zadovoljstva na prvom mjestu bio kvaliteta i rad medicinskog osoblja (kvalitetan liječnički kadar, odnos medicinskog osoblja prema pacijentima, dobar rad hitne pomoći), niska cijena i dostupnost hrvatskog zdravstva (svima dostupno zdravstvo, niska cijena i minimalna davanja), opremljenost zdravstvenog sustava (e-recepti i e-uputnice, dobra opremljenost zdravstvenih ustanova), te ostalo (smanjenje lista čekanja, transplantacija organa).

U odnosu na 2012. zadovoljstvo ispitanika kvalitetnim liječničkim kadrom poraslo je s 15,6 na 24,5%, a odnos medicinskog osoblja prema pacijentima s 11,4 na 19,4%. Iako su ove odgovore u visokim postocima davali i 2012. zanimljivo je kako su nakon ulaska u EU još više postali svjesni kvalitete naših zdravstvenih radnika, za pretpostaviti je i radi brige da bi bez njih mogli lako ostati jer im se nude bolje mogućnosti i uvjeti rada (ne samo plaće) u mnogim drugim zemljama EU. Dostupnost kao velika prednost hrvatskog zdravstvenog sustava ostala je u svijesti naših ljudi podjednako bitna kao i prije ulaska u EU. U 2015. godini se pojavljuje i transplantacija organa kao prednost zdravstvenog sustava, jer su dostignuća u tom području medijski izuzetno dobro praćena. U ovom valu ankete navedeno je kao prednost i smanjenje lista čekanja, što je vjerojatno posljedica provođenja nekih reformi i pokušaja fokusiranja baš na liste čekanja.

Ograničavajući faktori studije uglavnom se očituju kroz karakter uzorka koji je prigodan i a kao poremećujući faktor možemo navesti činjenicu da pri provođenju telefonske ankete ispitanici je uvijek mogu odbiti, a oni koji prihvate već su samim time deobjektivizirali postupak i donijeli su odluku da nešto žele reći. Ta želja naravno može biti pozitivno

subjektivna ili negativno subjektivna i samim time rezultati nemaju punu objektivnost. No kako je anketa anonimna, poznato je da ljudi u takvim slučajevima svoju ogorčenost i nezadovoljstvo znaju transferirati na postavljena pitanja.

Iz odgovora dobivenih ovom anketom razvidno je kako naši građani nisu upoznati s načinom financiranja hrvatskog zdravstvenog sustava te na koji se način financiraju bolnice. Upravo zbog toga u sljedećim anketama namjeravamo modificirati neka pitanja.

U smislu svega navedenog rezultatima ankete smo zadovoljni jer ih možemo promatrati u smislu detekcije trendova i kao takvi imaju značajnu vrijednost.

6. ZAKLJUČCI

Jedan od osnovnih ciljeva ovoga rada bio je ocijeniti kako građani, koji su ujedno i osiguranici HZZO-a ocjenjuju kvalitetu usluga koje dobivaju u zdravstvu. Prosječna ocjena hrvatskog zdravstvenog sustava u očima naših ispitanika je dobar (3). Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u ocjeni zdravstvenog sustava između dobnih kategorija. Starije skupine ocjenjuju zdravstvo višim ocjenama nego najmlađa skupina, što se može objasniti time da najmlađa skupina ima i najmanje kontakta sa sustavom. Ipak značajnije za ovu analizu je činjenica da sve dobne skupine najčešće daju ocjenu dobar (3). Ljudi su izuzetno osjetljivi na probleme vezane uz zdravstvo i moramo imati na umu kako su naši osiguranici svi građani RH, te se teme kojima se mi bavimo tiču svih nas. Od strane novinara hrvatski zdravstveni sustav analizira na vrlo kritički i negativistički način. Ako to uzmemo u obzir ocjena dobar (3) je zadovoljavajuća, jer s obzirom na dnevne aktivnosti Službe za odnose s javnošću HZZO-a i izloženošću naših građana negativnim medijskim natpisima, očekivali smo kako će percepcija naših osiguranika o zdravstvenom sustavu biti slabija.

Sljedeći cilj rada bio je ispitati stav građana prema liječnicima obiteljske medicine (LOM) i liječnicima u bolnicama (BOL). Analiza ocjene LOM i BOL prema dobnim skupinama pokazuje da nema statistički značajne razlike u ocjenama LOM, a najveći broj ispitanika svoje LOM ocjenjuje ocjenama zadovoljan i jako zadovoljan. Analiza ocjena BOL je pokazala da postoji statistički značajna razlika u ocjenama između dobnih skupina i najbolje ocjene daje grupa srednje dobi. I mlađa i starija dobna skupina bolje ocjenjuju LOM od BOL, možda zato jer su više s njima u kontaktu, a posebno starija skupina koja im se obraća za cijeli niz problema koji ne spadaju direktno u domenu zdravstvene skrbi. Također cilj nam je bio istražiti koje nedostatke i prednosti hrvatskog zdravstvenog sustava ispitanici navode kao najvažnije i mijenjaju li se oni kroz vremenski period između dvije provedene ankete. Ispitanici su sami izrekli koju pojavu smatraju najvećim problemom u sustavu zdravstva bez sugestija ispitivača, i očekivano radi se od dugom čekanju. Taj razlog odskače za skoro 3 puta više nego prvi slijedeći razlog koji navode. Iako samostalno ne specificiraju koja vrsta čekanja ih najviše smeta te dali je ono vezano za primarnu ili sekundarnu zaštitu ili se radi o dijagnostici. Vrlo vjerojatno se to odnosi na sva čekanja kombinirano, a moguće da se odnosi i na vrijeme provedeno u čekaonicama da ih se prozove na određeni pregled ili postupak. No kada im ispitivač sugerira odgovore, čekanje na pregled specijalista nešto više ih smeta od čekanja na dijagnostičke pretrage. Pošto

slični problemi postoje u svim zdravstvenim sustavima ovakvi su odgovori samo potvrdili ono čega smo bili i svjesni. Ako kompariramo rezultate dobivene 2012. s onima iz 2015. vidljivo je kako je glavni problem dugog čekanja još porastao s 36,3 na 43%. Također je naraslo nezadovoljstvo nedostatkom novca u sustavu s 14,5 na 20,2%, korupcija, mito i veze ispitanike nešto manje tište, jer je rezultat pao s 14,1 na 9,1%. Znatno je porastao strah od nedostatka medicinskog osoblja što je objektivna činjenica danas u Hrvatskoj i za očekivati je u budućim anketama kako bi taj rezultat mogao još porasti. 2012. to je 6,4% ispitanih navelo kao problem, a 2015. njih 11%, a najveći skok bilježi loša organizacija rada koja je s 5,6 porasla na čak 15,6%. Ako gledamo prema specifičnim ciljevima prema dobi, spolu, prihodima i vrsti naselja u kojoj ispitanici žive primjećuje se kako su više zabrinuti osiguranici srednjih godina, žene, oni s manjim prihodima te stanovnici manjih naselja kojima je zdravstvena skrb i slabije dostupna od onih koji žive u gradovima. Što se regija tiče najbolje ocijene zdravstvenom sustavu dali su stanovnici Istre i Hrvatskog primorja, koji imaju nešto veći standard u odnosu na prosjek Hrvatske.

Kvalitetan liječnički kadar i 2012. i 2015. navedeni su najčešće kao glavni razlog za pohvalu. Vrlo je ohrabrujuće da se najčešći odgovor odnosi na kvalitetan liječnički kadar upravo zato jer je to baza sustava. Sve ostalo je na neki način popravljivo, tj. može se različitim mjerama utjecati u kraćem ili duljem roku. Također, u većem postotku se grupiraju i odgovori koji hvale zdravstvo dostupno svima i besplatno zdravstvo. U odnosu na 2012. zadovoljstvo ispitanika kvalitetnim liječničkim kadrom 2015. je poraslo s 15,6 na 24,5%, a odnos medicinskog osoblja prema pacijentima s 11,4 na 19,4%.

I kada su u pitanju bile pohvala ili pokude na račun hrvatskog zdravstvenog sustava stvari koje su ispitanici isticali nisu se znatno promijenile kroz ispitivani period.

SAŽETAK

Ispitivanje mišljenja građana o temama vezanim uz zdravstvo

Nenad Korkut

Ključne riječi: anketa, ocjena zdravstvenog sustava, liječnici primarne zdravstvene zaštite, bolnički liječnici, liste čekanja

Za potrebe ove studije provedena je kvalitativna i kvantitativna analiza pitanja koja su vezana za ocjenu usluga koje građani, koji su ujedno i osiguranici Croatian Health Insurance Fund dobivaju u hrvatskom zdravstvu, stav građana/osiguranika prema liječnicima obiteljske medicine i liječnicima u bolničkom sektoru te istražiti koje nedostatke i prednosti hrvatskog zdravstva građani navode kao najvažnije. Intervjuirani građani razvrstani po dobi, spolu, obrazovanju, prihodima, regiji i tipu naselja u kojem žive, te smo statistički analizirali da li među njima postoje značajna odstupanja u odgovorima na pitanja koja su bila predmet naše analize. Uspoređivali smo ankete provedene 2012. i 2015. godine (prije i nakon ulaska Hrvatske u EU)

Prosječna ocjena hrvatskog zdravstvenog sustava u očima naših ispitanika je dobar (3). Rezultati pokazuju da postoji statistički značajna razlika u ocjeni zdravstvenog sustava između dobnih kategorija. Starije skupine ocjenjuju zdravstvo višim ocjenama nego najmlađa skupina. Ipak značajnije za ovu analizu je činjenica da sve dobne skupine najčešće daju ocjenu dobar (3).

Ispitanici su sami izrekli koju pojavu smatraju najvećim problemom u sustavu hrvatskog zdravstva bez sugestija ispitivača i očekivano radi se od dugom čekanju na zdravstvene usluge. Čekanje na pregled specijalista nešto više ih smeta od čekanja na dijagnostičke pretrage.

Kvalitetan liječnički kadar i 2012. i 2015. navedeni su najčešće kao glavni razlog za pohvalu hrvatskog zdravstvenog sustava.

Analiza ocjene liječnika obiteljske medicine i liječnika u bolnici prema dobnim skupinama pokazuje da nema statistički značajne razlike u ocjenama liječnika obiteljske medicine, a najveći broj ispitanika ih ocjenjuje ocjenama zadovoljan i jako zadovoljan. Analiza ocjena bolničkih liječnika je pokazala da postoji statistički značajna razlika u ocjenama između dobnih skupina i najbolje im ocjene daje grupa srednje dobi.

SUMMARY

Research of Public Opinion on Health Issues

Nenad Korkut

Key words: survey, healthcare system review, general practitioners, hospital doctors, waiting lists

For the purpose of this study, a qualitative and quantitative analysis was done on questions submitted to citizens - Croatian Health Insurance Fund assured - relating to the assessment of services in Croatian healthcare, and their attitudes towards general practitioners and doctors in hospital sector. The study aims at investigating which advantages and disadvantages of Croatian healthcare the citizens see as most important. Subjects were sorted according to gender, age, education, income, region and the type of settlement to determine whether there would be significant deviations in their answers to questions that were the subject of the analysis. Surveys made in 2012 and 2015 (before and after Croatia's joining the EU) were compared.

The average grade of the Croatian healthcare system seen through the eyes of the subjects was good (3). The results show statistically significant difference in grading between age groups. Older groups grade healthcare higher than the youngest group. However, it is more significant for this analysis that most common grade for all age groups is good (3). Subjects provided their own opinion on what they considered to be the biggest problem of the Croatian healthcare system, and as anticipated they emphasized the problem of long waiting periods. Waiting to be examined by a specialist was slightly more problematic than waiting for a diagnostic checkup.

High quality medical staff was most often pointed out as a primary reason for commending Croatia's healthcare system in both 2012 and 2015 surveys.

The analysis has shown no statistically significant difference in grading of general practitioners and hospital doctors across age groups, and majority of subjects assessed their satisfaction with *satisfied* and *very satisfied*. Grade analysis for hospital doctors has shown a statistically significant difference in grades between age groups, with middle-aged group giving the best grades.

Literatura:

1. World Health Organization. Health Systems Strengthening Glossary. Dostupno na: https://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html, pristupljeno 24.9. 2019.
2. World Bank. 2007. Healthy development: the World Bank strategy for health, nutrition, and population results (English). Washington, DC: World Bank. <http://documents.worldbank.org/curated/en/102281468140385647/Healthy-Development-the-World-Bank-strategy-for-health-nutrition-population-results>; pristupljeno 25.9.2019.
3. Council Conclusions on Common values and principles in European Union Health Systems (2006/C 146/1) en. Official Journal of the European Union. 22.6.2006. Dostupno na: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52006XG0622\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX:52006XG0622(01)); pristupljeno 25.9.2019.
4. The world health report 2000: health systems: improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000. Available at: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf; pristupljeno 24.09.2019.
5. The Tallin Charter: Health Systems for Health and Wealth. WHO European Ministerial Conference on Health Systems: "Health Systems, Health and Wealth", Tallinn, Estonia, 27 June 2008. Dostupno na: http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf?ua=1; pristupljeno 25.9.2019.
6. Ustav Republike Hrvatske. Pročišćeni tekst. Narodne novine 85/2010. Dostupno na https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2010_07_85_2422.html; pristupljeno 24.9.2019.
7. Zakon o zdravstvenoj zaštiti. Narodne novine broj 100/2018
8. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Narodne novine broj 80/13, 137/13
9. Zakon o zaštiti prava pacijenata. Narodne novine broj 169/04, 37/08.
10. Vlada republike Hrvatske, Ministarstvo zdravstva. Nacionalni plan razvoja kliničkih bolničkih centara, kliničkih bolnica, klinika i općih bolnica u Republici Hrvatskoj. Narodne novine 84/2018, rujan 2018. Dostupno na https://zdravlje.gov.hr/UserDocsImages/2018%20Programi%20i%20projekti/Nacionalni_plan_razvoja_KBC_KB_KL_OB_2018_2020.pdf. Pristupljeno 22.5.2019.
11. Pezelj Duliba D, Varga S, Prenđa Trupeć T, Cibera D. Novi modeli ugovaranja zdravstvene zaštite. Tim4Pin Magazin. 2013; 6: 74-78
12. Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Narodne novine broj 49/14, 51/14, 11/15, 17/15, 123/16 i 129/17.
13. Hrvatski zdravstveno statistički ljetopis za 2017. godinu. Web izdanje. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Zagreb. 2018.
14. Izvješće o financijskim zdravstvenim pokazateljima za Hrvatsku u 2016. godini prema metodologiji sustava zdravstvenih računa. Revidirano siječanj 2019. Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Dostupno na <https://www.hzjz.hr/periodicne-publikacije/izvjesce-o-financijskim-zdravstvenim-pokazateljima-za-hrvatsku-u-2016-godini-prema-metodologiji-sustava-zdravstvenih-racuna/>, pristupljeno 27. rujna 2019. godine.

15. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2018. godinu, Zagreb, veljača 2019. Dostupno na https://www.hzzo.hr/wp-content/uploads/2019/05/Izvjesce_o_poslovanju_hzzo_za_2018_godinu.pdf, pristupljeno 13.10.2019.
16. Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju. Narodne novine 85/06, 150/08, 71/10.
17. Pravilnik o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta. Narodne novine. broj 6/96, 29/97, 1/98, 45/99, 121/99, 112/00, 87/02, 150/02, 7/03 i 121/03-Zakon o zdravstvenoj zaštiti.
18. Hebrang A, Ljubičić M., Baklaić Ž. Izvješće o stanju i razvoju hrvatskog zdravstvenog sustava od 1990. do 1995. godine. Hrvatski časopis javnog zdravstva. Vol 3, Broj 10, 7. Travanj 2007.
19. Mastilica M, Chen Ms. Health care reform in Croatia: the consumers' perspective. *Croat Med J.* 1998 Sep;39(3):256-66.
20. Chen MS, Mastilica M. Health care reform in Croatia: for better or for worse?. *Am J Public Health.* 1998;88(8):1156–1160. doi:10.2105/ajph.88.8.1156
21. Voncina L, Dzakula A, Mastilica M. Health care funding reforms in Croatia: A case of mistaken priorities. *Health Policy* 80 (2007) 144–157; Dostupno na: https://www.academia.edu/16156976/Health_care_funding_reforms_in_Croatia_A_case_of_mistaken_priorities; Pristupljeno 11. listopada 2019.
22. Voncina L, Strizrep T, Bagat M, Pezelj-Duliba D, Pavić N, Polašek O. Croatian 2008-2010 health insurance reform: hard choices toward financial sustainability and efficiency. *Croat Med J.* 2012 Feb 15;53(1):66-76.
23. Vlada Republike Hrvatske, Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske: Nacionalna strategija razvoja zdravstva 2012.-2020. Rujan 2012.
24. Vončina L., Arur A., Dorčić F., Pezelj-Duliba D. 2018. “Universal Health Coverage in Croatia: Reforms to Revitalize Primary Health Care”. *Universal Health Care Coverage Series 29*, World Bank Group, Washington, DC.
25. Živčić-Ćosić S, Bušić M, Župan Ž, et al. Development of the Croatian model of organ donation and transplantation. *Croat Med J.* 2013;54(1):65–70. doi:10.3325/cmj.2013.54.65
26. Nikolić Heitzler V1, Babic Z, Milicic D, Bergovec M, Raguz M, Mirat J, Strozzi M, Plazonic Z, Giunio L, Steiner R, Starcevic B, Vukovic I. Results of the Croatian Primary Percutaneous Coronary Intervention Network for patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction. *Am J Cardiol.* 2010 May 1;105(9):1261-7. doi: 10.1016/j.amjcard.2009.12.041. Epub 2010 Mar 11.
27. International cember of commerce. ICC/ESOMAR International Code, 2016. dostupno na https://www.esomar.org/uploads/pdf/professional-standards/ICCESOMAR_Code_English_.pdf, pristupljeno 15.10.2019.
28. Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Istraživanje kvalitete i zadovoljstva pacijenta zdravstvenim uslugama u bolničkoj zdravstvenoj zaštiti Republike Hrvatske. Zagreb, prosinac 2006. ISBN 953-6930-21-8 (MZSS). ISBN 953-7031-19-5 (HZJZ)

29. [Jenkinson C](#), [Coulter A](#), [Bruster S](#), [Richards N](#), [Chandola T](#). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. [Qual Saf Health Care](#). 2002 Dec;11(4):335-9.
30. Republika Hrvatska, Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi, Hrvatski zavod za javno zdravstvo: Istraživanje kvalitete i zadovoljstva zdravstvenom zaštitom korisnika djelatnosti opće/obiteljske medicine. Zagreb, rujan 2006. ISBN 978-953-6930-23-4 (MZSS) 978-953-7031-22-0 (HZJZ)
31. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Ispitivanje javnog mnijenja o zdravstvenom sustavu i HZZO-u. 2015.
32. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje. Osiguranicima omogućeno liječenje najtežih bolesti najnovijim terapijama, web izdanje, 15. listopada 2019. dostupno na: <https://www.hzzo.hr/osiguranicima-omoguceno-lijecenje-najtezh-bolesti-najnovijim-terapijama/>, pristupljeno 27.10.2019.
33. Rašpolić A. Veledrogerije zbog duga bolnica najavljuju selektivnu obustavu dostave lijekova. HINA, web izdanje 13.7.2019., dostupno na <https://zdravlje.hina.hr/content/10120778>, pristupljeno 22.9.2019.
34. Ministarstvo zdravlja Republike Hrvatske, Hrvatski zavod za hitnu medicinu: Smjernice za rad izvanbolničke hitne medicinske službe, Zagreb, veljača 2012. ISBN 978-953-56800-2-4
35. EMERGENCY EuroRegion. Predstavljanje prijedloga protokola prekograničnog prijevoza životno ugroženih pacijenata, 3.4.2019. dostupno na <http://www.si-hr.eu/hr2/2019/04/18/emergency-euroregion-predstavljanje-prijedloga-protokola-prekogranicnog-prijevoza-zivotno-ugrozenih-pacijenata-i-primopredaja-novog-ambulantnog-vozila/>, pristupljeno 10.10.2019.
36. Europska komisija: Ukratko o zdravlju: Europa (poveznica: https://ec.europa.eu/health/state/glance_hr) (strana 133.) – vidi na poveznici: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/2018_healthatglance_rep_en.pdf .
37. Europska komisija: Hrvatska, Pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2017.
38. Kiesel L. Women and pain: Disparities in experience and treatment, Harvard Health Publishing, 9.10.2017. dostupno na <https://www.health.harvard.edu/blog/women-and-pain-disparities-in-experience-and-treatment-2017100912562>, pristupljeno 15.10.2019.
39. Dena H. Jaffe, Zvi Eisenbach, Yehuda D. Neumark, Orly Manor: Effects of husbands' and wives' education on each other's mortality, *Social Science & Medicine* 62 (2006) 2014–2023
40. [J. Howick](#), [L. Steinkopf](#), [A. Ulyte](#), [N. Roberts](#), [K. Meissner](#) How empathic is your healthcare practitioner? A systematic review and meta-analysis of patient surveys, [BMC Med Educ](#). 2017; 17: 136. Published online 2017 Aug 21. doi: [10.1186/s12909-017-0967-3](https://doi.org/10.1186/s12909-017-0967-3)
41. [Thompson DA](#), [Yarnold PR](#), [Williams DR](#), [Adams SL](#). Effects of actual waiting time, perceived waiting time, information delivery, and expressive quality on patient satisfaction in the emergency department. [Ann Emerg Med](#). 1996 Dec;28(6):657-65.
42. [Bleustein C](#), [Rothschild DB](#), [Valen A](#), [Valatis E](#), [Schweitzer L](#), [Jones R](#). Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. [Am J Manag Care](#). 2014 May;20(5):393-400.

ŽIVOTOPIS

NENAD KORKUT

dr.med., specijalist ortoped

Obrazovanje

- 1986. godine upisuje studij na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu gdje je diplomirao 23. listopada 1992. godine.
- Pripravnički staž obavio u Domu zdravlja Trnje.
- Stručni ispit položio je 11. svibnja 1994. godine.
- Stručni poslijediplomski studij iz ortopedije završava 2003. godine.
- Specijalistički ispit iz ortopedije položio 31. siječnja 2006.
- Član je Hrvatskog udruženja ortopeda i traumatologa.
- Poslijediplomski studij iz Menadžmenta u zdravstvu na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu upisao 2012./13.

Radno iskustvo

- **Od svibnja 2012. godine do danas** - Rukovoditelj službe za odnose s javnošću Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje
- **Od rujna 2011. do svibnja 2012. godine** - U stalnom radnom odnosu u Službi za kontrolu Direkcije Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje kao Viši inspektor za medicinske poslove.
- **Od lipnja 2000. do rujna 2011. godine** - U stalnom radnom odnosu u Općoj bolnici Karlovac. Od 31. siječnja 2006. radi kao specijalist ortoped u ambulantama opće ortopedije, dječje ortopedije te u ortopedsko traumatološkoj ambulanti. Uz operativni program bavi se i Ultrazvukom lokomotornog sustava.
- **Od veljače 1998. do lipnja 2000. godine** - Zaposlen u Hitnoj pomoći Karlovac.
- **Od travnja 1996. do veljače 1998. godine** - Zaposlen u Domu zdravlja Trnje na zamjenama u ambulantama opće medicine.
 - Od srpnja 1996. do ožujka 1997. Dekretom ministarstva zdravstva od 05. srpnja do 16. kolovoza 1996. radio je u Hitnoj pomoći Vinkovci, od 04. listopada do 15. studenog 1996. u Hitnoj pomoći Županja te od 28. ožujka do 09. svibnja 1997. u Domu zdravlja Gračac.
- **Od listopada 1994. do ožujka 1996. godine** - Zaposlen sam zamjenama u Domu zdravlja Karlovac.
- **Ljeto 1994. godine** - Radio na zamjenama u Domu zdravlja Zlatar (terenske ambulante Konjščina, Budinščina i Golubovec)

Prilog: Anketa

F1. Radite li Vi ili netko od vaših ukućana neki od slijedećih poslova? PROČITAJ

- 1 – Kao novinar ili urednik u nekom mediju
- 2 – Kao zaposlenik u nekoj političkoj stranci
- 3 – Kao zastupnik u općinskom ili gradskoj vijeću, županijskoj skupštini ili Saboru
- 4 – Kao član općinskog, gradskog ili županijskog poglavarstva
- 5 – Kao zaposlenik u nekom od Ministarstava, Vladi ili Saboru RH
- 6 – Kao zaposlenik u agenciji za odnose s javnošću ili marketinškoj agenciji
- 7 – Kao zaposlenik u agenciji ili institutu za istraživanje tržišta ili javnog mnijenja

P1. Kako biste ocijenili kvalitetu usluga koje građani dobivaju u svakom od slijedećih sektora javnih službi. Molimo da za svako područje koje ću Vam pročitati ocijenite školskom ocjenom od 1 do 5. PROČITAJ. ROTIRAJ

							Ne zna
1.	Zdravstvo	1	2	3	4	5	8
2.	Osnovnoškolsko obrazovanje	1	2	3	4	5	8
3.	Pravosuđe	1	2	3	4	5	8
4.	Policija	1	2	3	4	5	8
5.	Visokoškolsko obrazovanje	1	2	3	4	5	8

P2. Sada bi Vas zamolili da ocijenite rad svakog od Ministarstava i državnih agencija koje ću Vam navesti. Molim Vas da rad Ministarstava ocjenjujete školskim ocjenama od 1 do 5. PROČITAJ. ROTIRAJ.

							Ne zna
1.	Ministarstvo zdravlja	1	2	3	4	5	8
2.	Ministarstvo znanosti, obrazovanja i sporta	1	2	3	4	5	8
3.	Ministarstvo pravosuđa	1	2	3	4	5	8
4.	Ministarstvo unutarnjih poslova	1	2	3	4	5	8
5.	Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	1	2	3	4	5	8
6.	Hrvatski zavod za mirovinsko osiguranje	1	2	3	4	5	8

P3. Kako se zove trenutni ravnatelj Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje?

- 1 – Ime i prezime trenutnog ravnatelja
- 2 – Nešto drugo. Što? _____ → PRESKOČI NAREDNO PITANJE
- 8 – Ne zna → PRESKOČI NAREDNO PITANJE

P4. Kojom ocjenom od 1 do 5, kao u školi, bi ste ocijenili rad trenutnog ravnatelja Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje Siniše Varge?

- 1 2 3 4 5 7 – Nije čuo za njega 8 – Ne zna (NE ČITAJ)

P5. Pročitat ću Vam niz izjava o mogućim ovlastima i zadaćama Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje. Molim Vas da mi za svaku od tih izjava kažete da li ona spada u ovlasti i zadaće Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje ili ne spada.

		Spada u ovlasti	Ne spada u ovlasti	Ne zna
1.	Isplata naknade za bolovanje	1	2	3
2.	Financiranje bolnica	1	2	3
3.	Određivanje liste lijekova za koju se plaća participacija	1	2	3
4.	Odobrovanje ortopedskih pomagala	1	2	3
5.	Određivanje nadležnog liječnika primarne zdravstvene zaštite	1	2	3
6.	Utvrdjivanje uvjeta za odlazak u invalidsku mirovinu	1	2	3
7.	Liječenje pacijenata	1	2	3

P6. Koji je, po Vašem mišljenju, trenutno najveći problem u hrvatskom zdravstvu? Još nešto? Još nešto? UPIŠI DETALJNO

P7. Sada ću Vam pročitati nekoliko mogućih nedostataka hrvatskog zdravstva, a Vas molim da ih rangirate tako da na prvom mjesto stavite ono što smatrate najvećim nedostatkom, a na posljednje mjesto stavite ono što od navedenog smatrate najmanjim nedostatkom.

		Rang
1.	Duga čekanja na dijagnostičke preglede	
2.	Duga čekanja na preglede specijalista	
3.	Plaćanje participacije na lijekove	
4.	Odnos liječnika i medicinskog osoblja prema pacijentima	
5.	Nedostupnost najskupljih lijekova i metoda liječenja	
6.	Zapuštenost i slaba opremljenost bolnica	
7.	Nesigurno i nestabilno financiranje bolnica	

P8. A što biste izdvojili kao najveće prednosti u hrvatskom zdravstvu? Još nešto? Još nešto? UPIŠI DETALJNO _____

P9. Koliko ste Vi osobno zadovoljni sustavom primarne zdravstvene zaštite u Hrvatskoj, koja obuhvaća mrežu domova zdravlja, liječnike obiteljske medicine, ginekologe, stomatologe te dijagnostičke laboratorije? PROČITAJ

- 1 – Jako nezadovoljni
- 2 – Nezadovoljni
- 3 – Niti zadovoljan niti nezadovoljan
- 4 – Zadovoljan
- 5 – Jako zadovoljan
- 8 – Ne zna (NE ČITAJ)

P10. Koliko ste Vi osobno zadovoljni Vašim osobnim liječnikom obiteljske medicine? Molimo vas da na ovom pitanju ne dajete ocjenu zdravlja općenito, nego ocijenite samo rad vlastitog liječnika ili liječnice. Jeste li s njim/njom ... PROČITAJ

- 1 – Jako nezadovoljni
- 2 – Nezadovoljni
- 3 – Niti zadovoljan niti nezadovoljan
- 4 – Zadovoljan
- 5 – Jako zadovoljan
- 8 – Ne zna (NE ČITAJ)

P11. A koliko ste Vi osobno zadovoljni Vašim osobnim zubarom, to jest stomatologom? Molimo vas da na ovom pitanju ne dajete ocjenu zdravlja općenito, nego ocijenite samo rad vlastitog zubara. Također, nemojte ocjenjivati privatnog zubara, nego samo one kod kojih idete preko zdravstvenog osiguranja. Jeste li sa svojim zubarom... PROČITAJ

- 1 – Jako nezadovoljni
- 2 – Nezadovoljni
- 3 – Niti zadovoljan niti nezadovoljan
- 4 – Zadovoljan
- 5 – Jako zadovoljan
- 7 – Ide isključivo kod privatnih zubara (NE ČITAJ)
- 8 – Ne zna (NE ČITAJ)

P12. A kakvo je vaše zadovoljstvo sa liječnicima koji su Vas liječili u bolnicama ili klinikama. Molimo Vas da pri tome ne ocjenjujete liječnike u privatnim bolnicama ili klinikama, ukoliko ste s njima imali iskustvo. Ocijenite samo liječnike s kojima ste imali iskustva u javnim ili državnim klinikama i bolnicama. PROČITAJ

- 1 – Jako nezadovoljni
- 2 – Nezadovoljni
- 3 – Niti zadovoljan niti nezadovoljan
- 4 – Zadovoljan
- 5 – Jako zadovoljan
- 7 – Nemam nikakvog iskustva sa liječnicima u državnim / javnim bolnicama / klinikama
- 8 – Ne zna (NE ČITAJ)

P13. Jeste li u posljednje tri godine Vi osobno obavili neke pretrage ili preglede u privatnim liječničkim ordinacijama ili klinikama?

- 1 – Da
- 2 – Ne → IDI NA P18
- 8 – Ne sjeća se → IDI NA P18

P14. Koliko puta u zadnje tri godine ste obavili neke pretrage ili preglede u privatnim liječničkim ordinacijama ili klinikama? _____

P15. Koje vrste usluga ste obavljali u privatnim liječničkim ordinacijama ili klinikama? MOGUĆE VIŠE ODGOVORA

- 1 – Ginekološke preglede
- 2 – Oftamološki pregledi i zahvati
- 3 – Dermatološki pregledi
- 4 – Pedijatrijski pregledi
- 5 – Internistički pregledi
- 6 – Kirurški zahvati
- 7 – Ultrazvučni pregledi
- 8 – Radiološki pregledi kao što su CT i magnetska rezonanca (MR)
- 9 – Laboratorijske pretrage krvi, mikrobiološke pretrage itd.
- 10 – Usluge medicinske njege u kući
- 11 – Nešto drugo. Što? _____
- 98 – Ne zna/Ne sjeća se

P16. Koliko ste zadovoljni Vašim ukupnim dosadašnjim iskustvom s privatnim zdravstvenim ustanovama i liječnicima s kojima ste imali iskustvo? PROČITAJ

- 1 – Jako nezadovoljni
- 2 – Nezadovoljni
- 3 – Niti zadovoljan niti nezadovoljan
- 4 – Zadovoljan
- 5 – Jako zadovoljan
- 8 – Ne zna (NE ČITAJ)

P17. Imate li dopunsko zdravstveno osiguranje?

- 1 – Da
- 2 – Ne → IDI NA P21
- 8 – Ne zna → IDI P22

P18. Jeste li općenito zadovoljni Vašim dopunskim zdravstvenim osiguranjem?

- 1 – Potpuno
- 2 – Uglavnom da
- 3 – Uglavnom ne → IDI NA P22
- 4 – Uopće nisam → IDI NA P22
- 2 – Ne → PITAJ P20 PA P22
- 8 – Ne zna → PITAJ P20 PA P22

P19. Zašto ste nezadovoljni Vašim dopunskim zdravstvenim osiguranjem? Još nešto? OZNAČI SVE ODGOVORE ISPITANIKA ILI ZAPIŠI AKO NIJE MEĐU PONUĐENIM ODGOVORIMA

- 1 – Preskupo je, previše košta i slični odgovori
- 2 – Ne dobivam nikakve dodatne usluge i prava
- 3 – Način plaćanja, ne dobivam uplatnice
- 4 – Ne koristim ga, ne idem liječniku, ne isplati se
- 5 – Ostalo: _____
- 98 – Ne zna
- 99 – Odbija

**P20. Koji su razlozi zbog kojih nemate dopunsko zdravstveno osiguranje? Još nešto?
ZAPIŠI SVE ODGOVORE ISPITANIKA**

- 1 – Preskupo je, previše košta i slični odgovori
- 2 – Ne idem liječniku/nije mi potrebno
- 3 – Ne znam čemu služi i što je to
- 4 – Ne dobivam time nikakve dodatne usluge i prava
- 98 – Ne zna
- 99 – Odbija

P21. Jeste li u protekle tri godine liječniku ili medicinskom osoblju dali neki poklon u znak zahvalnosti?

- 1 – Da, jedanput
- 2 – Da, više puta
- 3 – Ne, nikada
- 8 – Ne zna / Odbija (NE ČITAJ)

P22. Je li vam se ikada dogodilo da Vas je liječnik ili netko drugi u zdravstvenom sustavu zatražio mito?

- 1 – Da, jedanput
- 2 – Da, više puta
- 3 – Ne, nikada
- 8 – Ne zna / Odbija (NE ČITAJ)

P23. Koliko puta ste Vi osobno za zadnjih godinu dana bili kod svog liječnika obiteljske medicine?

- 0 – Niti jednom
_____ broj
- 998 – Ne zna → POKUŠAJ DOBITI NEKI ODGOVOR
- 999 – Odbija

P24. Koliko puta ste Vi osobno u zadnje tri godine bili na nekog dijagnostičkom pregledu ili liječenju u nekoj bolnici?

- 0 – Niti jednom
_____ broj
- 998 – Ne zna → POKUŠAJ DOBITI NEKI ODGOVOR
- 999 – Odbija

P25. Je ste li Vi osobno ili netko od članova vaše uže obitelji bili teže bolesni u zadnje tri godine? ODGOVORI 1 I 2 SU MOGUĆI KAO MULTIPLE

- 1 – Da, ispitanik osobno
- 2 – Da, druga osoba
- 3 – Ne
- 8 – Ne zna

P26. Koliko puta u zadnje tri godine ste bili u bilo kakvom kontaktu sa službenicima Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje?

- 0 – Niti jednom → PRESKOČI NAREDNO PITANJE
_____ broj
- 998 – Ne zna → POKUŠAJ DOBITI NEKI ODGOVOR
- 999 – Odbija

P27a. Koliko ste zadovoljni ljubaznošću službenika u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje? PROČITAJ

- 1 – Jako nezadovoljni
- 2 – Nezadovoljni
- 3 – Niti zadovoljan niti nezadovoljan
- 4 – Zadovoljan
- 5 – Jako zadovoljan
- 8 – Ne zna (NE ČITAJ)

P27b. Koliko ste zadovoljni stručnošću i jasnoćom uputa koje ste dobili od službenika u Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje? PROČITAJ

- 1 – Jako nezadovoljni
- 2 – Nezadovoljni
- 3 – Niti zadovoljan niti nezadovoljan
- 4 – Zadovoljan
- 5 – Jako zadovoljan
- 8 – Ne zna (NE ČITAJ)

Sociodemografski podaci: spol, dob, stupanj obrazovanja, zanimanje, regija, veličina naselja, prihodi