

SPECIFIČNA OBILJEŽJA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE I ZDRAVSTVENIH USLUGA

Morić, Anamarija

Undergraduate thesis / Završni rad

2022

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Split, Faculty of economics Split / Sveučilište u Splitu, Ekonomski fakultet**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:124:032385>

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

Download date / Datum preuzimanja: **2024-10-28**

Repository / Repozitorij:

[REFST - Repository of Economics faculty in Split](#)



UNIVERSITY OF SPLIT



DIGITALNI AKADEMSKI ARHIVI I REPOZITORIJ

SVEUČILIŠTE U SPLITU

EKONOMSKI FAKULTET

ZAVRŠNI RAD

**SPECIFIČNA OBILJEŽJA ZDRAVSTVENE
ZAŠTITE I ZDRAVSTVENIH USLUGA**

Mentor:

izv. prof. dr. sc. Lana Kordić

Student:

Anamarija Morić

Split, lipanj 2022.

SADRŽAJ:

1. UVOD	1
2. TEORIJSKO ODREĐENJE ZDRAVSTVENE INFRASTRUKTURE	2
2.1. Čimbenici zdravstvene infrastrukture	2
2.2. Pružatelji zdravstvene zaštite	3
2.2.1. Primarna razina	4
2.2.2. Sekundarna razina	5
2.2.3. Tercijarna razina	6
2.2.4. Razina zdravstvenih zavoda	6
3. SPECIFIČNOSTI FUNKCIONIRANJA TRŽIŠTA ZDRAVSTVENIH USLUGA	8
3.1. Središte funkcioniranja zdravstvenog osiguranja - HZZO	8
3.2. Specifične karakteristike tržišta usluga zdravstva	9
3.3. Racionalizacija potrošnje zdravstvenih usluga kroz prevenciju	14
3.4. Tehnologija „telezdravlja na zahtjev“ u budućnosti	15
4. OBILJEŽJA I UČINCI RAZLIČITO ORGANIZIRANIH ZDRAVSTVENIH SUSTAVA	16
4.1. Zdravstveni sustav Republike Hrvatske	16
4.2. Zdravstveni sustav Sjedinjenih Američkih Država	20
4.3. Zdravstveni sustav Švedske i Njemačke	25
5. ZAKLJUČAK	28
Literatura	29
POPIS SLIKA	31
SAŽETAK	32
SUMMARY	33

1. UVOD

Zdravstvo je djelatnost kojom se nastoje poboljšati zdravlje, spriječiti bolesti te izliječiti bolesnike. Za to su neophodna određena sredstva, oprema te razne metode rada, a obuhvaća zdravstvene ustanove i djelatnike koji pružaju zdravstvenu zaštitu građanima. U zdravstveni su sustav uključeni brojni sudionici poput državnih tijela, isplatitelja, zdravstvenih profesionalaca, korisnika te dobavljača. Upravo zbog tolikog broja sudionika nije jednostavno generirati i analizirati informacije, promovirati transparentnost te identificirati korupciju. Međutim, veliki broj sudionika povećava i broj zdravstvenih usluga koje se nude korisnicima.

Cilj ovoga završnoga rada jest identificiranje i razumijevanje čimbenika koji utječu na kvalitetu zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga. Detaljnije, cilj je određivanje i razmatranje posebnih obilježja zdravstvene zaštite i zdravstvenih usluga.

U radu se provodi teorijsko istraživanje koje se bazira na prikupljenoj već postojećoj stručnoj i znanstvenoj literaturi. Teorijsko istraživanje u ovom radu bazira se na sljedećim metodama: metoda analize, induktivno-deduktivna metoda, metoda deskripcije i metoda kompilacije.

Ovaj je završni rad strukturiran u pet poglavlja od kojih je prvo uvodno, a zadnje zaključno. U drugome se poglavlju teorijsko određuje zdravstvena infrastruktura, navode se njeni čimbenici i pružatelji zdravstvene zaštite. Treće poglavlje sadrži prikaz specifičnosti funkcioniranja tržišta zdravstvenih usluga, a četvrto prikazuje obilježja i učinke zdravstvenih sustava RH, SAD-a, Švedske i Njemačke. Nakon zaključka, naveden je popis literature korištene prilikom pisanja rada te popis slika u radu.

2. TEORIJSKO ODREĐENJE ZDRAVSTVENE INFRASTRUKTURE

Zdravstvo jest djelatnost koja ima za cilj poboljšanje zdravlja, sprječavanje i pravovremenu identifikaciju bolesti te izlječenje bolesnika. Navedeno se obavlja određenim sredstvima, opremom i koristeći razne metode rada, a obuhvaća zdravstvene ustanove i djelatnike koji pružaju zdravstvenu zaštitu građanima. Na razinu razvoja i organizaciju zdravstva utječu prilike gospodarstva, politika društva, kretanja stanovništva i pokazatelji stanja stanovnika (zdravstvenog). ¹

2.1. Čimbenici zdravstvene infrastrukture

U zdravstveni je sustav uključeno mnogo sudionika, a mogu se podijeliti u sljedeće skupine: ²

- državna tijela (ministar zdravstva, ministarstvo zdravstva, vlada i drugi državni uredi),
- isplatitelji (socijalno osiguranje, privatno osiguranje, vladin ured),
- zdravstveni profesionalci (liječnici, farmaceuti i drugi zdravstveni djelatnici),
- korisnici/pacijenti te
- dobavljači (farmaceutska industrija i druge industrije medicinskih potrepština).

Upravo zbog tolikog broja sudionika nije jednostavno generirati i analizirati informacije, promovirati transparentnost te identificirati korupciju. Međutim, veliki broj sudionika povećava i broj zdravstvenih usluga koje se nude korisnicima.

Svjetska zdravstvena organizacija u zdravstveni sustav uključuje: ³

- izvore,
- sudionike te
- institucije.

¹ Hrvatska enciklopedija, <https://www.enciklopedija.hr/%20natuknica.aspx?id=67025> (pristup: 10.06.2022.)

² Marasović Šušnjara, I. (2014). Korupcija i zdravstveni sustav. Acta Med Croatica, 68, str. 243.

³ Murray, C. J., Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health system. Bulletin of the World Health Organization, 78 (6), str. 717.

Sve se one „odnose na financiranje, regulaciju i opskrbu zdravstvenih akcija, tj. skup aktivnosti čiji je primarni cilj poboljšanje ili održavanje zdravlja”.⁴

Tri su temeljna cilja koja bi trebao ostvariti svaki zdravstveni sustav:⁵

- zdravlje (kao unaprjeđenje zdravstvenog stanja cijelog društva i umanjenja nejednakosti između njih),
- odgovornost (obuhvaća poštivanje pojedinaca i fokus na korisnike) te
- pravednost (u financiranju – nužno je svakome osigurati financijsku zaštitu i troškove u ovisnosti o mogućnosti svakog pojedinca).

Država blagostanja garantira svojim građanima socijalnu sigurnost i socijalno osiguranje i u takvoj je državi vlada obvezna osigurati građanima mnogobrojne usluge poput zdravstvene zaštite, naknade za nezaposlenost, podrške obiteljima, mirovinskog osiguranja itd. Sva potrebna sredstva za takve programe vlada skuplja preko poreza i osiguravajućih naknada.⁶

Dakle, upravo je dostupnost zdravstvene zaštite jedan od ključnih ciljeva države blagostanja. Ukoliko se zdravstveni sustav definira kao „bilo koja kombinacija elemenata za koje društvo prepoznaje da pomažu u promicanje zdravlja i zdravstvene zaštite za članove društva”⁷, pružanje zdravstvene zaštite ovisi upravo o zdravstvenom sustavu. Baš zbog toga bi svaka vlada trebala težiti što uređenijem zdravstvenom sustavu.

2.2. Pružatelji zdravstvene zaštite

Ovisno o razinama zdravstvene djelatnosti, razlikuju se određeni pružatelji zdravstvene zaštite.

⁴ Murray, C. J., Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health system. Bulletin of the World Health Organization, 78 (6), str. 717.

⁵ Ibid, str. 718.

⁶ Subberwal, R. (2008). Dictionary of Sociology. New Delhi: Tata McGraw Hill Publications

⁷ Matcha, D. A. (2003). Health Care System of the Developed World: How the United States System Remains an Outlier, Westport: Praeger, str. 18.

Sljedeći su pružatelji: ⁸

- „primarna,
- sekundarna,
- tercijarna razina i
- razina zdravstvenih zavoda“.



Slika 1. Razine zdravstvene zaštite

Izvor: <http://dial-in.mef.hr/meddb/slike/pisac39/file1901p39.pdf> (pristup: 12.06.2022.)

2.2.1. Primarna razina

Primarnu razinu zdravstvene zaštite čini prvenstveno dom zdravlja koji uključuje „djelatnosti obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalne tehnike, zdravstvene zaštite žena, zdravstvene zaštite predškolske djece, medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske, radiološke i druge dijagnostike, sanitetskog prijevoza, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege te palijativne skrbi, pa i obavljanje specijalističko-konzilijarne djelatnosti“.⁹

⁸ ADIVA, <https://www.adiva.hr/zdravlje/zanimljivosti-i-savjeti/sto-je-zdravstveni-sustav-vodic-kroz-slozen-sustav-zdravstvene-zastite/> (pristup: 12.06.2022.)

⁹ Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 199/18, 125/19, 147/20, čl. 30. (u daljnjem tekstu: ZZZ)

Sljedeći je oblik ove razine ordinacija u kojoj je moguće obavljati „djelatnost obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, zaštite predškolske djece, zaštite žena, medicine rada i sporta te specijalističko-konzilijarna djelatnost“. ¹⁰

U ustanovi za zdravstvenu skrb pružaju se usluge zaštite zdravlja, a u ustanovi za zdravstvenu njegu i rehabilitacija bolesnika, a nerijetko i fizikalna terapija u kući. Ustanova za palijativnu skrb uključuje djelatnost brige o bolesnicima putem palijativnih postelja. Zdravstvena zaštita primarne razine obavlja se u sustavu organizacije zdravstvene službe, reguliraju ju posebni zakonski propisi, a jedan je od njih Zakon o zdravstvenoj zaštiti. ¹¹

2.2.2. Sekundarna razina

U sekundarnu se razinu ubrajaju: ¹²

- „poliklinika,
- opća bolnica i
- specijalna bolnica“.

Poliklinika predstavlja zdravstvenu ustanovu za pružanje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite, dijagnostike i medicinske rehabilitacije, osim bolničkog liječenja.

U općoj se bolnici obavljaju „djelatnosti kirurgije, interne medicine, pedijatrije, ginekologije i porođajstva te hitne medicine i ima posteljne, dijagnostičke i druge mogućnosti prilagođene svojoj namjeni“. ¹³

Specijalna bolnica predstavlja ustanovu u kojoj se obavljaju specijalističko-konzilijarno i bolničko liječenje nekih bolesti.

¹⁰ ZZZ, čl. 30.

¹¹ Matcha, D. A. (2003). Health Care System of the Developed World: How the United States System Remains an Outlier, Westport: Praeger, str. 19.

¹² Ibid

¹³ ZZZ, čl. 32.

2.2.3. Tercijarna razina

U tercijarnu razinu zaštite zdravlja ubrajaju se: ¹⁴

- „klinika,
- klinička bolnica i
- klinički bolnički centar“.

Klinika predstavlja zdravstvenu ustanovu ili njen dio u kojoj se obavljaju specijalističko-konzilijarna i bolnička djelatnost, a nerijetko služi i kao visoko učilište u kojemu se izvodi nastava.

Klinička bolnica je opća bolnica u kojoj barem dvije djelatnosti imaju naziv klinike, kao i barem još neke ostale dvije djelatnosti druge dijagnostike. Klinički bolnički centar predstavlja opću bolnicu u kojoj specijalnosti imaju naziv klinika te se u njima izvodi nastava za razne studije iz zdravstvenog područja.

2.2.4. Razina zdravstvenih zavoda

Posljednja, razina zdravstvenih zavoda obuhvaća zdravstvene zavode na razini države, a u RH su to: ¹⁵

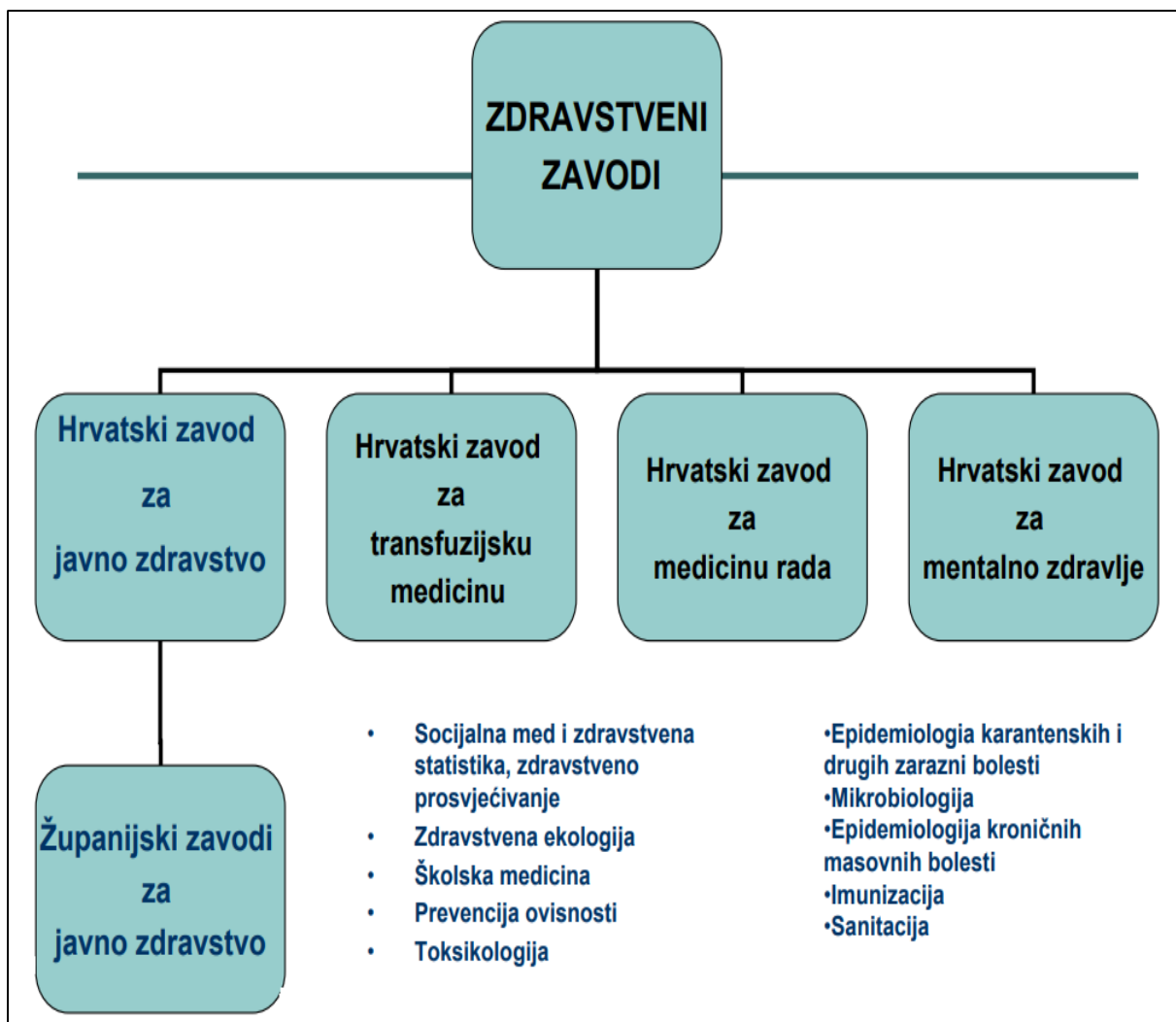
- „Hrvatski zavod za javno zdravstvo,
- Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu,
- Hrvatski zavod za hitnu medicinu,
- zavodi za javno zdravstvo jedinica područne (regionalne) samouprave i
- zavodi za hitnu medicinu jedinica područne (regionalne) samouprave“.

S ciljem obavljanja djelatnosti zdravstva moguće je osnovati i trgovačko društvo, i to van mreže javne službe zdravstva. Međutim, to se društvo ne može utemeljiti s ciljem obavljanja „ljekarničke djelatnosti, cjelovite djelatnosti zdravstvenih ustanova: kliničkoga bolničkog centra, kliničke bolnice, klinike, opće bolnice, zdravstvenih zavoda i domova zdravlja“. ¹⁶

¹⁴ ZZZ, čl. 35.

¹⁵ ZZZ, čl. 36.

¹⁶ ADIVA, <https://www.adiva.hr/zdravlje/zanimljivosti-i-savjeti/sto-je-zdravstveni-sustav-vodic-kroz-slozen-sustav-zdravstvene-zastite/> (pristup: 12.06.2022.)



Slika 2. Zdravstveni zavodi u Republici Hrvatskoj

Izvor: <http://dial-in.mef.hr/meddb/slike/pisac39/file1901p39.pdf> (pristup: 13.06.2022.)

Iz ove je slike vidljivo da je glavni zdravstveni zavod RH Hrvatski zavod za javno zdravstvo (HZJZ), a slijede ga Hrvatski zavod za transfuzijsku medicinu (HZTM), Hrvatski zavod za medicinu rada (HZMR) te Hrvatski zavod za mentalno zdravlje (HZMZ). Također, u okviru HZJZ-a na razinama pojedinih županija usluge zdravstvene zaštite pružaju Županijski zavodi za javno zdravstvo.

3. SPECIFIČNOSTI FUNKCIONIRANJA TRŽIŠTA ZDRAVSTVENIH USLUGA

Ciljevi financiranja zdravstvenog sustava jesu: ¹⁷

- osiguravanje sredstava za zaštitu zdravlja,
- formiranje ekonomskih poticaja u pružanju usluga zdravstva,
- omogućavanje korisnicima adekvatan pristup individualnoj zaštiti zdravlja,
- osiguravanje financiranja zdravstvenih usluga neophodnih za cijeli narod te
- osiguravanje rasta zdravstvene potrošnje tako da izvori sredstava ostanu ograničeni.

Najveći dio troškova hrvatskog sustava zdravstva pokriva se iz javnih izvora preko obveznog zdravstvenog osiguranja, a manjim dijelom preko direktnih prijenosa iz proračuna.

3.1. Središte funkcioniranja zdravstvenog osiguranja - HZZO

Glavna hrvatska institucija koja snosi odgovornost za provedbu modela obveznog zdravstvenog osiguranja je Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (HZZO). Funkcioniranje financija u hrvatskom zdravstvenom sustavu definira Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju. Sukladno tom Zakonu, svaka osoba s prebivalištem u RH mora se osigurati obveznim zdravstvenim osiguranjem. Također, i stranci koji imaju odobren boravak u RH moraju biti zdravstveno osigurani. ¹⁸

HZZO se financira iz: ¹⁹

- „doprinosa za zdravstveno osiguranje,
- državnog proračuna,
- prihoda od premija dopunskog zdravstvenog osiguranja,

¹⁷ Šogorić, S. (2016). Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika. Zagreb: Medicinska naklada, str. 186.

¹⁸ Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13, 137/13, 98/19, čl. 4. (u daljnjem tekstu: ZOZO)

¹⁹ Vončina, L., Pavić, N. (2016). Načini (metode) plaćanja u zdravstvu. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 163-165). Zagreb: Medicinska naklada

- prihoda od kamata, dividendi i naknada šteta, prihoda od dionica i drugih vrijednosnih papira,
- participacije te
- administrativnih pristojbi“.

Na osnovi članka 18. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju osobe koje su obvezno zdravstveno osigurane imaju 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 te zdravstvenu zaštitu u drugim državama članicama i trećim državama.“²⁰

U sklopu obveznog zdravstvenog osiguranja HZZO snosi troškove rizika zdravlja, a ostali dio su usluge koje plaća osigurana osoba (taj iznos ne smije biti veći od 2.000 kuna po jednom računu).

3.2. Specifične karakteristike tržišta usluga zdravstva

Tržišta usluga zdravstva sadrže mnoge proizvode i usluge kojima se održava, unaprjeđuje ili upotpunjuje zdravlje ljudi. Uslijed mnogo različitih tržišta zdravstva i njihova svojstva neopipljivosti, zdravstvene usluge nije jednostavno točno kvantificirati. Zdravstvena je zaštita različita od „klasičnih“ ekonomskih dobara te posjeduje različite karakteristike u ovisnosti o tim „klasičnim“ proizvodima.

Naime, sljedeće su karakteristike zdravstvene zaštite:²¹

- potražnja za zaštitom zdravlja izvodi se iz potražnje za zdravljem,
- proizvodnja i potrošnja djeluju na druge,
- neravnoteža informacija među pružateljima i primateljima zdravstvenih usluga,

²⁰ ZOZO, NN 80/13, 137/13, 98/19, čl. 18.

²¹ Hurley, J. (2000). An overview of the normative economics of the health sector. Handbook of Health Economics. 1st Ed. Amsterdam: Elsevier Science, str. 89.

- neizvjesna potreba za zaštitom zdravlja te neizvjesnost njenog učinka.

Tržište zdravstvenih usluga različito je od drugih tržišta u vidu izraženosti neravnoteže informacija među korisnicima i pružateljima zdravstvenih usluga. Ponajprije, pacijenti imaju manjak znanja o dijagnozi i metodama liječenja zbog čega se mnogo oslanjaju na djelatnike u zdravstvu. Također, pacijenti se suočavaju s velikom neizvjesnošću bolesti i ishoda liječenja.

22

Sukladno tome, dobro koje gotovo uvijek nedostaje korisnicima zdravstvenih usluga jest valjana i pravodobna informacija. Zatim, korisnici zdravstvenih usluga ne mogu procijeniti kvalitetu prije njenog korištenja jer bi to značilo da pacijenti unaprijed imaju sve potrebne informacije. Pružatelji usluga zdravstva imaju prednost te moć nad korisnicima, a budući da pacijenti žele pomoć i stručnost liječnika, o tome koju medicinsku intervenciju odabrati odlučuje isključivo liječnik čime postaje agent u svom odnosu s pacijentom. Kao posljedica odnosa pružatelja i korisnika usluga zaštite zdravlja te neravnoteže informacija i znanja nerijetko nastupa neučinkovita alokacija resursa. Time se naglašava važna uloga liječnika u troškovno učinkovitom pružanju zdravstvenih usluga. Motiviranost liječnika utječe i na odluke o hospitalizaciji, liječenju i vremenu koje će utrošiti na postavljanje dijagnoze, a na duže vrijeme utječe i na izbor lokacije, specijalizacije i slično.²³

Sustav plaćanja zdravstvenih usluga trebao bi liječnike poticati na razumno korištenje resursa s ciljem osiguravanja učinkovite alokacije sredstava. Kako bi se mogla osigurati potrebna kvaliteta zdravstvenih usluga i kako bi se spriječili svi prethodno navedeni problemi te se omogućila poštena alokacija zdravstvenih usluga, važna je uloga države. Naime, tržište neće osigurati besplatne zdravstvene usluge onima koji si to ne mogu priuštiti, a neće niti vršiti kontrolu zdravstvenih usluga.

Budući da je zdravlje jedan od temelja blagostanja društva, a država ima značajnu ulogu u financiranju i pružanju usluga zdravstva te regulaciji tržišta takvim uslugama, intervencije države na njihovim tržištima vrlo su česte. Osim toga, intervencijama na tržištu država štiti svoje građane i glavna je za definiranje pravila u skladu s kojima se vrši naplata zdravstvenih usluga i načina kako se oni „proizvode“ kroz različite mehanizme.²⁴

²² Feldstein, P. J. (2012). Health Care Economics, 7th ed., USA, Cengage Learning, str. 71.

²³ Ibid

²⁴ Ibid, str. 72.

Specifičnost zdravstvenih usluga očituje se i u tome što nije lako izmjeriti njihovu kvalitetu. Naime, zdravlje se definira kao „stanje potpunog fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja, a ne samo kao odsutnost bolesti i iznemoglosti“.²⁵

Svaki čovjek ima pravo na zaštitu svoga zdravlja, a prilikom traženja, odabira i upotrebe zdravstvenih usluga za zadovoljavanje vlastitih zdravstvenih potreba, ponašanje korisnika je drugačije nego kada želi zadovoljiti neku drugu potrebu. Zadovoljavanje zdravstvenih potreba nije nimalo jednostavan proces jer je ovisan o zadovoljstvu pružateljem te usluge kao pojedincem. Zadovoljstvo ovisi i o rezultatu koji se dobije nakon pružene zaštite zdravlja, tj. promjene pacijentova zdravlja, ali i o tome koliko je zdravstveni djelatnik poštivao najbolju praksu s ciljem pružanja najkvalitetnije usluge, a sve s ciljem osiguravanja visoke kvalitete života pacijenata i liječenja njihovih bolesti kako bi njihov životni vijek bio što dulji.²⁶

Kada se u zdravstvu govori o kvaliteti usluga, potrebno je razlučiti sljedeće:²⁷

- kvalitetu za korisnika,
- profesionalnu kvalitetu i
- kvalitetu za menadžment.

Pod kvalitetom za korisnika podrazumijeva se ono što pacijent zahtijeva, a profesionalna kvaliteta podrazumijeva procjenu liječnika i ostalih stručnjaka je li se postiglo zadovoljenje potreba pacijenta i pružanje usluga na tehnički ispravan način i uz korištenje odgovarajuće procedure. Kvaliteta za menadžment podrazumijeva ocjenu efikasnosti i produktivnosti zdravstvenih usluga. Ovisno o interesima različitih subjekata koji su uključeni u pružanje zdravstvenih usluga, razlikuju se i definicije kvalitete zdravstvenih usluga.

²⁵ World Health Organization (2011). Presentation „Designing the road to better health and well-being in Europe” at the 14th European Health Forum Gastein,

https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf
(pristup: 15.06.2022.)

²⁶ Hurley, J. (2000). An overview of the normative economics of the health sector. Handbook of Health Economics. 1st Ed. Amsterdam: Elsevier Science, str. 89.

²⁷ Donabedian, A. (1998). The quality of care: How can it be assessed?“, Journal of the American Association, No. 260, str. 1746.

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji kvalitetna zdravstvena usluga jest „zdravstvena usluga koja po svojim obilježjima zadovoljava zadane ciljeve, a sadašnjim stupnjem znanja i dostupnim resursima ispunjava očekivanja bolesnika da dobije najbolju moguću skrb uz minimalni rizik za njegovo zdravlje i blagostanje”.²⁸

Od kvalitetne zdravstvene skrbi očekuje se najveća dobrobit za pacijenta i „kvalitetna medicinska zaštita je potencijal elemenata medicinske zaštite za ostvarenje opravdanih medicinskih i nemedicinskih ciljeva bolesnika i liječnika”.²⁹

Ciljeve zdravstvenih usluga definira pacijent, ali uz pomoć liječnika, i to pod pretpostavkom da posjeduje dovoljno informacija i da su i on i liječnik zajedno odgovorni za odlučivanje o zaštiti zdravlja.

Kvalitetna medicinska zaštita jest onaj stupanj zaštite pri kojemu zdravstvene usluge za pojedinačne pacijente i populaciju povećavaju vjerojatnost željenih zdravstvenih ishoda i koji je u suglasju s tekućim profesionalnim znanjem”.³⁰

Još potpunija definicija kvalitete u području zdravstva glasi da je „kvalitetna medicinska zaštita potpuno zadovoljenje potreba onih koji najviše trebaju zdravstvene usluge, po najmanjem trošku za organizaciju, a unutar ograničenja i smjernica koje postavljaju zdravstvene vlasti i financijeri”.³¹

Iako postoji mnogo različitih definicija kvalitetne zdravstvene usluge, svima je njima zajednička osjetljivost na trenutne potrebe korisnika tih usluga.

Međutim, kvalitetu usluge nije moguće ograničiti samo na zadovoljstvo korisnika iz razloga što oni ne znaju uvijek što im je potrebno ili, pak, postoji mogućnost da traže neodgovarajući tretman ili tretman koji im može naštetiti.

Upravo se zato u definiciju dodaje i profesionalna potreba, tj. prosudba u kojoj mjeri usluga zadovoljava potrebe pacijente. U definiciju se dodaje i upotreba resursa jer svaka usluga za koju se troši previše resursa po pacijentu nije efikasna, a samim time ni kvalitetna. Tek kada se u definiciju dodaju svi ovi elementi, kvalitetnu zdravstvenu uslugu moguće je definirati kao onu koja, zadovoljavajući potrebe i ciljeve pacijenata i liječnika, koristi resurse najefikasnije.

²⁸ World Health Organization (2000). Health system: improving performance, World health report 2000., Geneva.

²⁹ Grant, E. S. (1988). Quality Medical Care. A definition, JAMA, 280, str. 56.

³⁰ Lohr, K. N., Schroeder, S. A. (1990). A strategy for quality assurance in Medicare. New England Journal of Medicine, 322, str. 708.

³¹ Ovretveit, J. (1994). A comparison of approaches to health service quality in the UK, USA and Sweden and of the use of organizational audit frameworks, European Journal of Public Health, 4, str. 47.

Tome je potrebno dodati i činjenicu da kvalitetna zdravstvena usluga mora udovoljavati i određenim zakonskim, etičkim, ugovornim i drugim obvezama. Kvalitetu zdravstvene skrbi moguće je opisati kao „stupanj do kojega pružene zdravstvene usluge u skladu sa sadašnjim profesionalnim znanjem (definiranim standardima) povećavaju vjerojatnost nastanka željenih rezultata“.³²

Zdravstveni sustav ima sljedeće osnovne dimenzije: ³³

- učinkovitost,
- djelotvornost,
- dostupnost,
- sigurnost,
- jednakost,
- opravdanost,
- prikladnost,
- pravovremenost,
- prihvatljivost,
- odgovornost,
- zadovoljstvo,
- usredotočenost na pacijenta,
- poboljšanje,
- kontinuitet skrbi itd.

Dimenzije učinkovitosti i djelotvornosti sadrži gotovo svaka kvalitetna usluga, a jako je važna i njena dostupnost. Također, važno je da svaka država prepozna i prihvati razne dimenzije i da realno očekuje te da, sukladno s njima, kreira sustav zdravstva koji je u ravnoteži. Mnogi faktori imaju utjecaja na kvalitetu usluga zdravstva, a neki su od njih: ³⁴

- količine financijskih resursa,
- organizacije zdravstvenog sustava,
- raspoloživosti osoblja,

³² Ovreteit, J. (1994). A comparison of approaches to health service quality in the UK, USA and Sweden and of the use of organizational audit frameworks, *European Journal of Public Health*, 4, str. 48.

³³ Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., Glinos, I. A (2008). *Assuring the Quality of Health Care in the European Union – A case for action*, Observatory Studies Series Noo 12, World Health Organisation, str. 110.

³⁴ Ibid, str. 112.

- inovativnosti,
- uvođenja tehnologije,
- raspoloživosti vještina i znanja itd.

U suvremenom zdravstvenom sustavu nema svaki građanin jednake mogućnosti što nije povezano s ozbiljnosti zdravstvenog problema već sa zdravstvenim osiguranjem, prostornom pokrivenošću kvalitetnom zaštitom zdravlja, financijskim mogućnostima te poziciji u društvu. Cilj politike u zdravstvu jest smanjivanje svih ovih razlika.

3.3. Racionalizacija potrošnje zdravstvenih usluga kroz prevenciju

Potrošnju zdravstvenih usluga moguće je racionalizirati prevencijama, i to u vidu ranog utvrđivanja bolesti. Tako se može značajno uštedjeti zbog čega se politike zdravstva sve više i okreću aktivnostima prevencije.³⁵ Ukoliko se učinkovito koristi preventivna zdravstvena zaštita smanjuje se potreba za kurativnom skrbi te su automatski manji i troškovi medicinskog liječenja što je posebno važno u razdoblju ekonomske krize.

Osim države, ulaganje u prevenciju je pitanje interesa i poslodavca jer on time štedi dva do tri dosta troškova, ali i produktivnost zbog bolesti radnika. Loše zdravlje i kronična oboljenja imaju utjecaj na gospodarstvo preko štednje i potrošnje, produktivnosti i ponude rada te razinu obrazovanja, ali isto tako smanjuju i zaradu te produktivnost, a utječu i na rani odlazak u mirovinu. Zbog toga se nameće potreba redizajna zdravstvenog sustava s orijentacijom na osiguravanje veće osjetljivosti sustava na potrebe i želje pacijenata te povećavanje efikasnosti prilikom pružanja javnih zdravstvenih usluga. Preventivne mjere zdravstvene zaštite iznimno su značajne što je posebno izraženo kod ljudi koji boluju od pretilosti i dijabetesa. Loše zdravlje teret je za društvo, a programima preventivne zdravstvene zaštite moguće je umanjiti rizik od kroničnih oboljenja i troškove sustava. Svaka bi država, ukoliko već nije, trebala uvesti prevenciju u svoj zdravstveni sustav jer se to pokazalo pozitivnim kod svih zemalja koje su ju već uvele. Takvi bi programi trebali ostvariti manje troškove i rizike te više godina kvalitetnog života, ali i eliminirati razlike u pristupu zdravstvenim uslugama.

³⁵ Clarke, J. L. (2010). Preventive Medicine: A Ready Solution for a Health Care System in Crisis. *Population Health Management*, 13(2), str. 3.

Budući da troškovi zdravstvene zaštite konstantno rastu te su financijski resursi sve više ograničeni, potrebno je voditi računa o troškovnoj efikasnosti programa u zdravstvu.

3.4. Tehnologija „telezdravlja na zahtjev“ u budućnosti

Današnji odlazak liječniku u budućnosti bi se vjerojatno mogao zamijeniti nečim novim, tzv. tehnologijom „telezdravlja na zahtjev“ kreatora kompanije Amazon. Naime, kompanija planira u području primarne zaštite zdravlja kreirati uslugu *Amazon Care* kojom bi nastavili s ulaganjima u sektoru zdravstva.³⁶

Godine 2018. ova je kompanija preuzela *online* ljekarnu PillPack i od tada stalno povećava investicije u ovom području, a sljedeći im je plan utemeljenje odjela u kompaniji koji će biti zadužen za razvoj zdravstvenih usluga.³⁷

Usluge kompanije Amazon u području zdravstva sastoje se od:³⁸

- primarne zdravstvene zaštite,
- *online* ljekarne i
- medicinske dijagnostike.

Kompanija ima plan da u budućnosti poveže sve ove tri usluge u jednu jedinstvenu, i to sa slikom roditelja i njihovim bolesnim djetetom. Plan je da se preko *Amazon Care* roditelju pošalje savjet od liječnika virtualnim putem nakon čega (isti taj dan) na adresu pristiže pribor za testiranje te se isti dan dobiju i rezultati. Nakon postavljene dijagnoze slijedi terapija koja se također osigurava preko kompanije Amazon i njihove *online* ljekarne. Iako su ove usluge još uvijek samo u planu, s obzirom da je ova kompanija jako uspješna, zasigurno neće imati prepreka za ostvarivanje navedenog.

³⁶ ZMO, <https://zimo.dnevnik.hr/clanak/amazon-zeli-radikalno-promijeniti-trziste-zdravstvenih-usluga---707950.html> (pristup: 18.06.2022.)

³⁷ Ibid

³⁸ Ibid

4. OBILJEŽJA I UČINCI RAZLIČITO ORGANIZIRANIH ZDRAVSTVENIH SUSTAVA

Ovo će poglavlje prikazati obilježja i učinci zdravstvenih sustava Republike Hrvatske, Sjedinjenih Američkih Država te Švedske i Njemačke.

4.1. Zdravstveni sustav Republike Hrvatske

Sukladno Ustavu, Republika Hrvatska garantira svojim građanima zdravstvenu sigurnost te pravo na zdravstvenu zaštitu. U Zakonu o zdravstvenoj zaštiti definiran je pojam kao „sustav društvenih, skupnih i individualnih mjera, usluga i aktivnosti za očuvanje i unapređenje zdravlja, sprečavanje bolesti, rano otkrivanje bolesti, pravodobno liječenje te zdravstvenu njegu i rehabilitaciju“.³⁹

Zdravstvena zaštita predstavlja jedan od ključnih elemenata hrvatske socijalne politike i zdravstvena je zaštita utemeljena na principima uključivanja, kontinuiteta i pristupačnosti. Svatko tko živi na području zemlje ima pravo na zdravstvene usluge cijeli svoj život i upravo bi zato zdravstveni sustav trebao biti organiziran tako da je svima jednako dostupan. U organizaciji sustava zdravstva Republike Hrvatske na najvišoj se poziciji nalazi Ministarstvo zdravlja RH, a ispod toga su zdravstvene vlasti na nivou grada i županija, liječničke komore, liječnički zborovi itd.⁴⁰

U nadležnosti Ministarstva zdravlja su:

- utvrđivanje zdravstvene politike, planiranje i evaluacija, izrada zakona i regulacija standarda usluga zdravstva i edukacije,
- javni zdravstveni programi te
- reguliranje ulaganja u pružatelje zdravstvenih usluga.

³⁹ ZZZ, čl. 4.

⁴⁰ Šimurina, N. i Šimović, H. (2012). Javne financije u Hrvatskoj. Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, str. 51- 53.

HZZO je jako značajan za sustav zdravstva RH, a pored njega je važna zdravstvena institucija i Hrvatski zavod za javno zdravstvo koji prikuplja, analizira i prezentira statističke i epidemiološke podatke, promovira zdravlje te provodi zdravstvene edukacije. Za strategiju javnog zdravstva RH odgovorni su Ministarstvo zdravlja i Hrvatski zavod za javno zdravstvo koji definiraju ciljeve, mjere i nadziru njihovo izvođenje te organiziraju zdravstvene usluge. Kao što je prethodno već rečeno, obvezno osiguranje može biti obvezno i dobrovoljno. Obveznim zdravstvenim osiguranjem pojedinac ima prava na zaštitu zdravlja i prava na naknade u novčanom obliku.⁴¹

Prava na zaštitu zdravlja obuhvaćaju prava na:⁴²

- „primarnu zdravstvenu zaštitu,
- specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu,
- korištenje lijekova s liste lijekova HZZO-a,
- dentalno-protetsku pomoć,
- ortopedsku i druga pomagala te
- zdravstvenu zaštitu u inozemstvu itd.“

U dobrovoljno zdravstveno osiguranje ubrajaju se:

- dopunsko,
- dodatno i
- privatno zdravstveno osiguranje.

Suvremeni model financiranja sustava zdravstva u RH po svojim karakteristikama najviše sliči Bismarckovom modelu financiranja. Prema tom je modelu zdravstveno osiguranje utemeljeno na solidarnosti zaposlenika u vidu njihovih ulaganja u zdravlje cijelog naroda, i to u obliku doprinosa.⁴³

Međutim, budući da neka financijska sredstva potječu i iz proračuna, financiranje zdravstva RH jest mješovito.

⁴¹ Šimurina, N. i Šimović, H. (2012). Javne financije u Hrvatskoj. Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, str. 54.

⁴² Ibid

⁴³ Čavrak, V. (2011). Gospodarstvo Hrvatske. Zagreb: Politička kultura, str. 227.

Sredstva za sve zdravstvene usluge dostavljaju se bolnicama na temelju ugovora koji su sklopljeni s HZZO-om, a ostale se doznachavaju iz državnog proračuna i onda se od tamo vrše plaćanja. Prijenose novčanih sredstava HZZO-u i Ministarstvu zdravlja obavlja Ministarstvo financija, a proračun za obvezno zdravstveno osiguranje obrađuje se na godišnjoj razini te se prenosi HZZO-u.⁴⁴

Privatna sredstva i korisničke naknade hrvatskog zdravstvenog sustava potječu iz sljedećih izvora:⁴⁵

- privatnog zdravstvenog osiguranja,
- participacija pružateljima zaštite zdravlja ugovorom vezanih za HZZO,
- gotovinskih plaćanja pružateljima zaštite zdravlja onih koji nisu ugovorom vezani za HZZO te
- neformalnih plaćanja.

Privatno zdravstveno osiguranje postoji u nekoliko različitih varijanti i najčešće se prodaje velikim poduzećima i bankama, a privatne ustanove imaju mogućnost ostvarivanja ugovorne obveze s HZZO-om. Također, imaju mogućnost samostalnog rada te sklapanja ugovora s privatnim osiguravateljima i naplaćivanja usluga dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja.⁴⁶

Osnovni izazovi hrvatskog zdravstva u prošlosti bili su veliki troškovi i stalna financijska kriza, a nakon što je postala neovisna, Republika Hrvatska se počinje suočavati s problemom neusklađenosti među dostupnim javnim resursima i troškovima koji stalno rastu. Od tada su se provodile brojne reforme kojima se, u početku, vršila centralizacija sustava, a kasnije su se ograničavali troškovi čime se postiglo smanjivanje opsega besplatnih zdravstvenih usluga koje su se koristile u vidu obveznog zdravstvenog osiguranja. Prije nastanka tržišnog gospodarstva, u sustavi zdravstva RH prevladavala je jednakost i gotovo su sve usluge bile besplatne. Nakon što su se uveli tržišni elementi i mjere za smanjenje troškova, građani su postali nezadovoljni. Usprkos pomacima koji su se ostvarili reformama, nisu se ostvarili svi planirani ciljevi te je zdravstveni sustav Republike Hrvatske ostao i dalje u problemima.

⁴⁴ Vončina, L., Džakula, A. i Mastilica, M. (2007). Health care funding reforms in Croatia: a case of mistaken priorities. *Health Policy*, 80 (1), str. 144-147.

⁴⁵ Ibid, str. 148.

⁴⁶ Ibid, str. 149.

Neki su od problema: ⁴⁷

- nelikvidnost Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje,
- nepostojanje sustava za planiranje i upravljanje zdravstvenim sustavom,
- manjak liječnika i ostalog medicinskog osoblja,
- neracionalna upotreba zaštite zdravlja,
- prevladavanje zdravstva u većim sredinama,
- loše organizirano upravljanje zdravstvenim ustanovama,
- manjak brige građana o njihovu zdravlju,
- nejednaka dostupnost zdravstvenih usluga,
- predugo čekanje za razne lijekove i operativne zahvate,
- nezadovoljni korisnici sa zdravstvenim uslugama te
- mnogobrojni problemi u financijskom smislu.

Osnovne su poteškoće kod financiranja zdravstva RH sljedeće: ⁴⁸

- visoki troškovi,
- neadekvatni izvori financiranja,
- stalni deficiti HZZO-a,
- loš sustav financiranja te
- sve brže starenje stanovništva.

Hrvatski zdravstveni sustav suočava se s izazovima kojima se dovodi u pitanje njegova održivost. Naime, broj aktivnih korisnika fonda zdravstvenog osiguranja vrlo je malen u odnosu s ukupnim brojem korisnika, a budući da je sustav još uvijek mnogo ovisan o prinosima iz plaće, važno je stanje na tržištu rada. Posljednjih se godina u Republici Hrvatskoj razvija zdravstveni turizam te, iako spadaju u neprofitni sektor, lječilišta i specijalne bolnice nastoje ponuditi svoje usluge na tržištu zdravstvenog turizma. Dok su prije organizacije hrvatskog zdravstvenog sustava djelovale gotovo isključivo u neprofitnom sektoru, danas to više nije tako.

⁴⁷ Čavrak, V. (2011). *Gospodarstvo Hrvatske*. Zagreb: Politička kultura, str. 231.

⁴⁸ Ibid, str. 232.

S vremenom su se utemeljile privatne klinike čija se ponuda razvija sukladno potrebama potrošača tih usluga.⁴⁹

Iz svega prethodno navedenoga moguće je zaključiti da je standard zaštite zdravlja u RH općenito zadovoljavajući, ali je očita bolja kvaliteta zdravstvenih usluga u većim mjestima. Međutim, ove su usluge ograničene u udaljenim mjestima i na otocima. Sve privatne ustanove moraju udovoljavati određenim uvjetima koje postavi Ministarstvo zdravlja, poput najmanjeg broja pacijenata koje upišu te opsega zdravstvenih usluga.

Bolnice u Republici Hrvatskoj moguće je podijeliti u četiri kategorije:⁵⁰

- nacionalne,
- županijske,
- županijske bolnice regionalnog značaja i
- lokalne bolnice.

Najkompleksniji problem hrvatskog zdravstvenog sustava predstavlja njegovo financiranje koje se provodi iz raznih izvora. Neki hrvatski građani imaju dopunsko zdravstveno osiguranje, a oni koji ga nemaju moraju platiti troškove zdravstvene zaštite u slučaju bolničkog liječenja, odlaska obiteljskom liječenju, stomatologu itd. Međutim, veći dio hrvatskih osiguranih osoba oslobođeno je plaćanja participacije jer imaju dopunsko zdravstveno osiguranje. Ukoliko se promotri stanje zemlje i usporedi s ostalim svjetskim zemljama, može se zaključiti da je Republika Hrvatska pri samome dnu ljestvice država Europske unije prema izdvajanjima za zdravstvo. Međutim, usprkos problemima u području gospodarstva i proračuna, Republika Hrvatska svojim građanima dozvoljava pristup javno financiranim zdravstvenim uslugama.

4.2. Zdravstveni sustav Sjedinjenih Američkih Država

Sjedinjene Američke Države spadaju u ekonomski najviše razvijene svjetske države, a obuhvaćaju mnogo država koje imaju vlastitu autonomiju sukladnu s ustavom saveza.

⁴⁹ Šimurina, N. i Šimović, H. (2012). Javne financije u Hrvatskoj. Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, str. 55.

⁵⁰ ZZZ, čl. 70.

Glavni cilj sustava zdravstva SAD-a jest kombiniranje zdravstvenih usluga kojima se postiže optimalno zdravlje stanovnika. Za ostvarenje tog cilja ključni su naponi za poboljšavanje kvalitete zdravstvenih usluga.⁵¹

Budući da jako mnogo ljudi živi u SAD-u njen je zdravstveni sustav jedan od najsloženijih na svijetu i stalno se razvija. Na vrhu zdravstvenog sustava SAD-a nalazi se savezna vlada koja ima zadatak usklađivati cijeli sustav koji predstavlja kombinaciju javnog i privatnog zdravstva, ali se ipak naglašava privatno.

Zdravstveni sustav u SAD-u ne pruža univerzalnu pokrivenost i može se definirati kao mješoviti sustav, gdje javno financirane državne Medicare i Medicaid koegzistiraju s privatnim aspektima zdravstvenog tržišta. Plaćanje iz vlastitog džepa i tržišno osiguranje prevladavaju kao sredstvo financiranja i pružanja zdravstvene skrbi.⁵²

Država u SAD-u ima sljedeće zadaće:⁵³

- izdavanje dozvola liječnicima za rad,
- nadgledanje zdravstvenih rizika u okolišu,
- posjedovanje bolnica,
- financiranje istraživanja za sprječavanje bolesti,
- ostvarivanje imunoloških dječjih programa itd.

U SAD-u se zdravstveno osiguranje regulira i na razini svake pojedine države i na razini saveza, a vremenom su se utemeljili entiteti za reguliranje raznih aspekata zdravstva, smanjivanje troškova te maksimiziranje koristi. SAD nema samo jedan sustav zdravstvenog osiguranja za cijeli narod već više njih (po grupama). Naime, zdravstveno osiguranje za privatne osobe moguće je kupiti od mnogih komercijalnih ili neprofitnih osiguravatelja te od poslodavca.

⁵¹ Šimurina, N. i Šimović, H. (2012). Javne financije u Hrvatskoj. Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, str. 56.

⁵² ISPOR, <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/us-healthcare-system-overview/us-healthcare-system-overview-background-page-1> (pristup: 21.06.2022.)

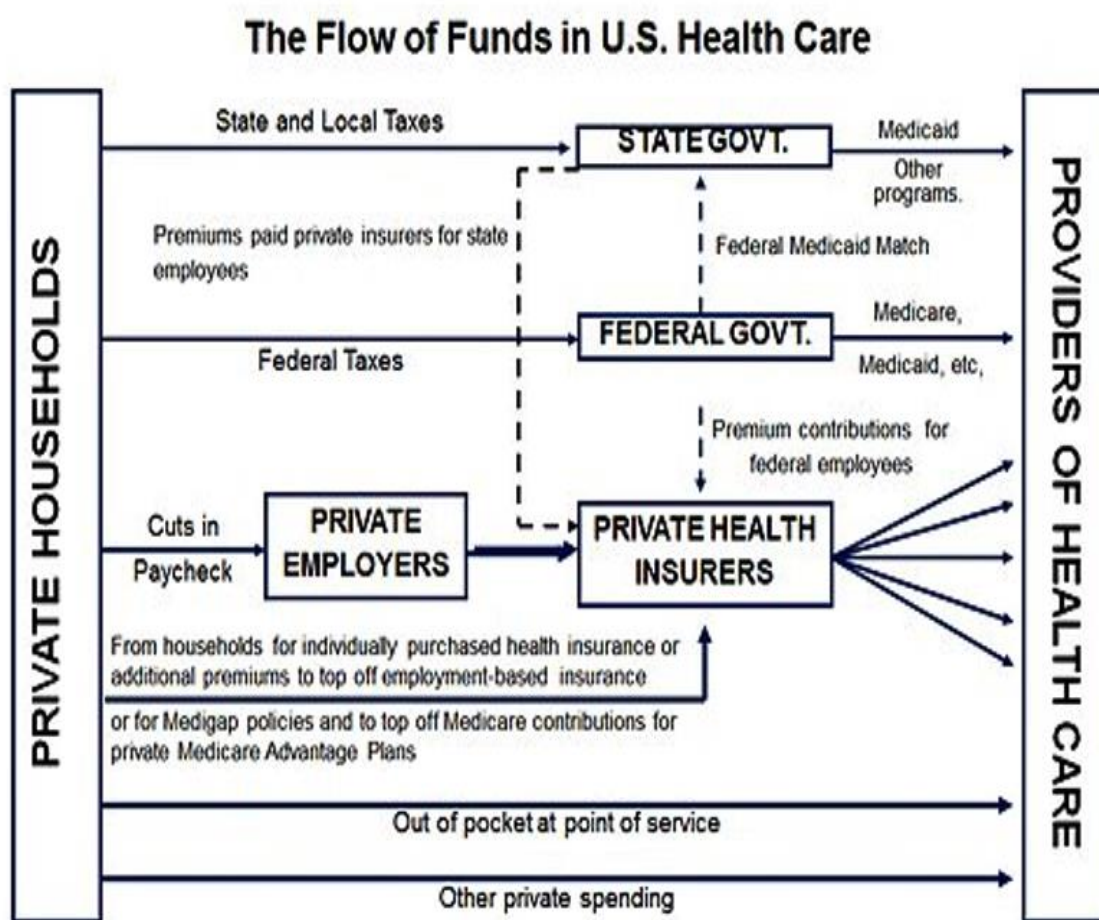
⁵³ Rosen, S. H., Gayer T. (2010). Javne financije. 8. izdanje. Zagreb: Institut za javne financije, str. 58.

Financiranje sustava zdravstva SAD-a moguće je podijeliti na: ⁵⁴

- plaćanja javnog sektora,
- plaćanja privatnog sektora i
- plaćanja potrošača.

Javno financiranje zdravstvenog sustava SAD-a podrazumijeva financiranje iz raznih saveznih izvora, a privatno financiranje obuhvaća plaćanje iz vlastitog džepa.

Slika 8. prikazuje financijski tijek zdravstvenog sustava SAD-a.



Slika 3. Financijski tijek zdravstvenog sustava SAD-a

Izvor: <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/us-healthcare-system-overview/us-healthcare-system-overview-background-page-1> (pristup: 21.06.2022.)

⁵⁴ Sadeghi, S. et. al. (2012). Integrating Quality and Strategy in Health Care Organizations. Burlington: Jones & Bartlett Learning, str. 61.

Javne i privatne bolnice primaju plaćanja iz javnih i privatnih izvora financiranja. Bolnice se obično plaćaju putem dijagnostičke skupine (DRG) koja dodjeljuje određeni iznos plaćanja za određeno stanje ili slijed liječenja. Centri za Medicare & Medicaid Services i mnogi privatni obveznici uvelike koriste dijagnostičke skupine za bolničko liječenje kao shemu plaćanja za bolnice. Umjesto da plaća popis postupaka i lijekova, Medicare plaća bolnici fiksni iznos na temelju DRG-a bez obzira na stvarne troškove liječenja.⁵⁵

Plaćanja koja se temelje na DRG-u pokrivaju sljedeće troškove:⁵⁶

- troškove smještaja u bolnici (sobe, pansioni),
- troškove zahvata,
- troškove pomoćnog osoblja (medicinskih sestara, tehničara itd.) i
- troškove lijekova i medicinskih uređaja.

Ovaj sustav ne obuhvaća naknade liječnika, a u ambulantnim uvjetima bolnički sustav koristi šifre Ambulantne klasifikacije plaćanja (APC) za naplatu i nadoknadu. Ovi APC kodovi predstavljaju stil naplate naknade za uslugu, a stil DRG-a temelji se na troškovima. Naknade liječnika nisu uključene u DRG (bolničke) ili APC (ambulantne) kodove. Prilikom naplate liječničkih i drugih liječničkih naknada koriste se kodovi *Current Procedural Terminology* (CPT) koji se naplaćuju pod imenom pružatelja usluga, a ne bolnice. CPT kodovi mogu se koristiti u bolničkim i izvanbolničkim uvjetima i ukazuju na strukturu naknade za zdravstvenu njegu uz naknadu. Privatni osiguravatelji plaćaju bolnicama na temelju DRG-a, stopa slučajeva, dnevnica, naknade za uslugu i/ili diskontiranih shema naknada za uslugu. U prosjeku, ta plaćanja premašuju bolničke troškove pružanja osnovnih usluga. S druge strane, bolnicama se u prosjeku nadoknađuje manje od troškova usluga za Medicare, Medicaid i neosigurane pacijente.⁵⁷

⁵⁵ <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/us-healthcare-system-overview/us-healthcare-system-overview-background-page-1> (pristup: 21.06.2022.)

⁵⁶ [Ibid](#)

⁵⁷ [Ibid](#)



Slika 4. Current Procedural Terminology

Izvor: AMA, <https://www.ama-assn.org/amaone/cpt-current-procedural-terminology> (pristup: 22.06.2022.)

Problem zdravstvenog sustava SAD-a predstavlja činjenica da veliki dio građana nema zdravstveno osiguranje. Međutim, većina ljudi ne može priuštiti sebi osiguranje, ali to ne znači da oni nemaju pristup zdravstvenim uslugama već primaju sve usluge preko javnih klinika i bolnica, državnih ili lokalnih zdravstvenih programa ili, pak, privatnih pružatelja. Međutim, uslijed neposjedovanja zdravstvenog osiguranja mogu se javiti veliki financijski problemi i nesigurnost onih koji nisu osigurani. Zbog toga je veliki broj onih koji neće potražiti liječničku pomoć sve dok se ne razvije kasni stadij neke bolesti. Uslijed toga oni će, umjesto preventivne zdravstvene zaštite, ići na hitnu pomoć što će izazvati mnogo veće troškove. Usprkos stavu mnogih da su usluge zdravstva SAD-a visoke kvalitete, ovaj sustav ipak ima određene probleme, a neki su od njih sljedeći:

- rastući troškovi,
- građani koji nisu osigurani te
- teži pristup i korištenje zdravstvene zaštite.

Upravo zbog sve većih troškova pojedinci moraju plaćati više troškova u obliku većih premija, zaloga i ostalih plaćanja iz „svog džepa“. Budući da države u sve većoj mjeri pružaju Medicaid preko programa skrbi, sve većim brojem ljudi koje pokriva Medicaid raste i neizvjesnost hoće li države moći nastaviti financirati isti nivo zdravstvene zaštite.⁵⁸

4.3. Zdravstveni sustav Švedske i Njemačke

Zdravstveni sustav Švedske iznimno je jak te utemeljen na socijalne države Švedske iz prošlosti. Suvremeni zdravstveni sustav Švedske treba promatrati u okviru socijaldemokratske dominacije po kojoj je ovaj naslijeđeni zdravstveni sustav postao dominantno javan. Zdravstvenom zaštitom zemlje upravljaju regionalna vijeća koja prikupljaju poreze kao većinski dio svih troškova zdravstvene skrbi.⁵⁹

Zdravstveni sustav ove zemlje specifičan je po tome što najveći dio sredstava zaštite zdravlja osigurava nacionalna vlast te u iznosu naknade za bolovanje koji iznose 90% od plaće radnika. Taj iznos država isplaćuje nakon podmirenja prvih 14 dana bolovanja (od strane poslodavca). Svaka osoba koja nije zaposlena dobiva minimalnu naknadu, a moguće su i obiteljske naknade kojima se osigurava odsustvo s posla do tri mjeseca po jednom djetetu. Porodiljni dopust u Švedskoj traje tri godine te iznosi 80% ukupne plaće. Nakon najveće ekonomske i socijalne krize 1991. i 1992. godine švedska je vlada poduzela neke reforme kako bi riješila sljedeće probleme:⁶⁰

- maleni izbor bolnica i zdravstvenih centara,
- preduge liste čekanja za pojedine intervencije,
- premalena produktivnost zdravstvenog sustava,
- predugo zadržavanje pacijenata starije životne dobi u bolnicama jer nema dovoljno domova za starije te ljudi za kućnu pomoć,

⁵⁸ Irvine, B., Clarke, E. i Bidgood, E. (2013). Healthcare Systems: The USA. London: CIVITAS.

⁵⁹ Ginsburg, N. (1992). Divisions of Welfare. A Critical Introduction to Comparative Social Policy . London: Sage Publications, str. 96.

⁶⁰ Zrinščak, S. (1999). Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu

- unatoč velikim troškovima zdravstvene skrbi, neka područja zahtijevaju poboljšanja,
- unatoč širenju primarne zdravstvene zaštite, švedska zdravstvena skrb i dalje je pretežno bolnička.

Sukladno tome, posljednjih je godina uvedeno nekoliko poboljšanja u zdravstvenom sustavu Švedske kao što su bolji raspored liječnika opće prakse, pokušaje racionaliziranja uvođenjem menadžera i savjetnika u bolnicama. Vlasnici bolnica su regije koje plaćaju bolnice na temelju broja pacijenata, a povećao se i broj dnevnih zahvata.⁶¹

Što se tiče hitne pomoći u Švedskoj, dostupna je na brojevima 112 i 1177, a obuhvaća i turiste te stanovnike koji nemaju zdravstveno osiguranje. Naime, hitne je slučajeve potrebno odmah liječiti, a nakon oporavka i pružanja pomoći potrebno je priložiti dokaz o putovanju ili osiguranju u zemlji. U slučajevima privremene posjete zemlji, moguće je liječenje obaviti u bilo kojoj od javnih ustanova zdravstva.⁶²

Kada je posjetitelj iz zemlje članice Europske unije, zdravstvenom osiguranju pristupa preko vlastite europske kartice zdravstvenog osiguranja. Oni koji su iz neke druge zemlje (koja nije članica EU), nemaju automatsko pravo na besplatnu ili smanjenu zdravstvenu zaštitu. Oni su obvezni dostaviti dokaz o osiguranju u vlastitoj državi ili sveobuhvatnom putnom osiguranju.⁶³

U Njemačkoj je zdravstveni sustav ustrojen prema Bismarckovom modelu i utemeljen je na načelu supsidijarnosti koje je bilo posebno jako u vrijeme nacizma te sovjetskog komunizma. Od 2009. godine svatko tko ima prebivalište u Njemačkoj, ali i tko kratkotrajno boravi ondje, obvezan je zdravstveno se osigurati (u suprotnom mu se ne može odobriti viza).⁶⁴

⁶¹ Zrinščak, S. (1999). Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu

⁶² INCOR, <https://incor.hr/kako-funkcionira-zdravstveni-sustav-u-svedskoj/> (pristup: 22.06.2022.)

⁶³ Ibid

⁶⁴ Krankenkassen zentrale, <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-hr> (pristup: 24.06.2022.)

Njemačka funkcionira na temelju dva sustava zdravstva: ⁶⁵

- obveznog i
- privatnog.

Obvezno zdravstveno osiguranje dostupno je svakome, a za privatno zdravstveno osiguranje postoje određeni uvjeti. Stanovnici država koje su članice Europskog gospodarskog prostora (EGP) i država koje imaju sklopljen sporazum o socijalnom osiguranju mogu ostati osigurani u sklopu zdravstvenog osiguranja u vlastitoj zemlji. Usluge osiguranja u ostalim zemljama mogu biti mnogo drukčije od onih u Njemačkoj zbog čega je nekada nužan njihov financijski doprinos ili je, pak, potrebno sklopiti dodatno osiguranje. Doprinosi za obvezno zdravstveno osiguranje ovisni su o visini primanja. Za osnovicu se uzima ukupni bruto prihod na koji se obračunava određena stopa koja se, pak, jednako dijeli na osiguranu osobu i njegova poslodavca. Obračunava se još i dodatna stopa koju je obvezan platiti posloprimac. Moguće je ugovoriti i obiteljsko osiguranje u sklopu kojega su djeca i roditelji besplatno su osigurani. ⁶⁶

Ova je država imala već 70-ih godina izražene probleme u vidu financiranja zdravstvenog sustava koji su se nastojali riješiti brojnim reformama kao što su: ⁶⁷

- uvođenje tzv. proračunskog sustava (tim su se smanjili troškovi zdravstva),
- smanjivanje broja bolničkih kreveta,
- ograničavanje slobode za ugovaranje zdravstvene skrbi s liječnikom.

Svim ovim, ali i brojnim drugim, reformama nastoji se utjecati na visinu zdravstvenog doprinosa, a samim time i na kvalitetu zdravstvenog sustava danas i u budućnosti.

Iako ima probleme, kao i mnogi drugi, njemački zdravstveni sustav vrlo je jaki svjetski sustav, ponajviše zbog mogućnosti slobodnog izbora liječnika i kratkog vremena čekanja. Njegovoj jakoj poziciji pridonosi i mogućnost slobodnog odabira između različitih institucija čime se pacijente motivira na korištenje zdravstvene ponude. Međutim, nedostatak ovoga sustava jesu liječnici i apotekari kao jedini izvor informiranja jer ne postoje neutralna mjesta za informiranje. Također, nedostatak se očituje u nepostojanju zakona za zaštitu pacijenata. ⁶⁸

⁶⁵ Krankenkassen zentrale, <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-hr> (pristup: 24.06.2022.)

⁶⁶ Ibid

⁶⁷ Ibid

⁶⁸ DW, <https://www.dw.com/hr/njema%C4%8Dki-zdravstveni-sustav-me%C4%91u-najboljima-u-europi/a-4715331> (pristup: 28.06.2022.)

5. ZAKLJUČAK

Zdravstvo predstavlja djelatnost koja djeluje s ciljevima unaprjeđenja zdravlja, sprječavanja bolesti te izlječenja bolesnika. Kako bi se navedeni ciljevi i ostvarili, koriste se određena sredstva, oprema te razne metode rada. Zdravstveni sustav obuhvaća zdravstvene ustanove i djelatnike koji pružaju zdravstvenu zaštitu građanima, a uključeno je mnoštvo sudionika. Budući da ih ima zaista mnogo, nije niti malo jednostavno generirati i analizirati informacije i promovirati transparentnost. Uslijed velikog broja sudionika povećava se i broj zdravstvenih usluga koje se nude korisnicima. U velikom dijelu svjetskih država zaštita zdravlja predstavlja većinu društvenog života. Unatoč tome što je liječenje glavni zadatak zdravstvenog sustava, u današnje se vrijeme pridaje velika važnost organizaciji financiranja zdravstva. U skladu s time razvijeni su neki modeli financiranja i svaka država posluje po nekom, ovisno o svojim karakteristikama i specifičnostima. Suvremeno je društvo specifično zbog čega mu niti jedan model ne može udovoljiti u potpunosti.

Iz ovoga se rada može zaključiti kako se svaka država suočava s različitim izazovima i rizicima i upravo zbog toga ima specifičan zdravstveni sustav. Većina razvijenih zemalja svijeta imaju već dugi niz godina zdravstveni sustav koji samo nadograđuju i proširuju različitim specifičnostima. Ukoliko se usporedi sa zdravstvenim sustavima ostalih svjetskih zemalja, iako nije toliko loš, hrvatski sustav ima „još puno posla“, tj. još puno stavki koje bi mogao poboljšati.

Literatura

1. ADIVA, <https://www.adiva.hr/zdravlje/zanimljivosti-i-savjeti/sto-je-zdravstveni-sustav-vodic-kroz-slozen-sustav-zdravstvene-zastite/> (pristup: 12.06.2022.)
2. Clarke, J. L. (2010). Preventive Medicine: A Ready Solution for a Health Care System in Crisis. *Population Health Management*, 13(2), 3-11.
3. Čavrak, V. (2011). *Gospodarstvo Hrvatske*. Zagreb: Politička kultura, str. 226-232.
4. Donabedian, A. (1998). The quality of care: How can it be assessed?“, *Journal of the American Association*, No. 260.
5. DW, <https://www.dw.com/hr/njema%C4%8Dki-zdravstveni-sustav-me%C4%91u-najboljima-u-europi/a-4715331> (pristup: 28.06.2022.)
6. Feldstein, P. J. (2012). *Health Care Economics*, 7th ed., USA, Cengage Learning.
7. Ginsburg, N. (1992). *Divisions of Welfare. A Critical Introduction to Comparative Social Policy*. London: Sage Publications
8. Grant, E. S. (1988). Quality Medical Care. A definition, *JAMA*, 280.
9. Hrvatska enciklopedija, <https://www.enciklopedija.hr/%20natuknica.aspx?id=67025> (pristup: 10.06.2022.)
10. Hurley, J. (2000). An overview of the normative economics of the health sector. *Handbook of Health Economics*. 1st Ed. Amsterdam: Elsevier Science.
11. Irvine, B., Clarke, E. i Bidgood, E. (2013). *Healthcare Systems: The USA*. London: CIVITAS.
12. ISPOR, <https://www.ispor.org/heor-resources/more-heor-resources/us-healthcare-system-overview/us-healthcare-system-overview-background-page-1> (pristup: 21.06.2022.)
13. Krankenkassen zentrale, <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/incoming-hr> (pristup: 24.06.2022.)
14. Legido-Quigley, H., McKee, M., Nolte, E., Glinos, I. A (2008). Assuring the Quality of Health Care in the European Union – A case for action, *Observatory Studies Series Noo 12*, World Health Organisation.
15. Lohr, K. N., Schroeder, S. A. (1990). A strategy for quality assurance in Medicare. *New England Journal of Medicine*, 322.
16. Marasović Šušnjara, I. (2014). Korupcija i zdravstveni sustav. *Acta Med Croatica*, 68. 243-246.

17. Matcha, D. A. (2003). Health Care System of the Developed World: How the United States System Remains an Outlier, Westport: Praeger.
18. Murray, C. J., Frenk, J. (2000). A framework for assessing the performance of health system. Bulletin of the World Health Organization, 78 (6). 717-731.
19. Ovretveit, J. (1994). A comparison of approaches to health service quality in the UK, USA and Sweden and of the use of organizational audit frameworks, European Journal of Public Health, 4.
20. Rosen, S. H., Gayer T. (2010). Javne financije. 8. izdanje. Zagreb: Institut za javne financije
21. Sadeghi, S. et. al. (2012). Integrating Quality and Strategy in Health Care Organizations. Burlington: Jones & Bartlett Learning
22. Subberwal, R. (2008). Dictionary of Sociology. New Delhi: Tata McGraw Hill Publications.
23. Šimurina, N. i Šimović, H. (2012). Javne financije u Hrvatskoj. Zagreb: Ekonomski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 51-82.
24. Šogorić, S. (2016). Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika. Zagreb: Medicinska naklada.
25. Vončina, L., Džakula, A. i Mastilica, M. (2007). Health care funding reforms in Croatia: a case of mistaken priorities. Health Policy, 80 (1).
26. Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13, 137/13, 98/19
27. Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 100/18, 125/19, 147/20
28. ZMO, <https://zimo.dnevnik.hr/clanak/amazon-zeli-radikalno-promijeniti-trziste-zdravstvenih-usluga---707950.html> (pristup: 18.06.2022.)
29. Zrinščak, S. (1999). Sustavi zdravstvene politike u svijetu: osnovna obilježja i aktualni procesi. Zagreb: Sveučilište u Zagrebu
30. World Health Organization (2011). Presentation „Designing the road to better health and well-being in Europe” at the 14th European Health Forum Gastein, https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/152184/RD_Dastein_speech_wellbeing_07Oct.pdf (pristup: 15.06.2022.)
31. World Health Organization (2000). Health system: improving performance, World health report 2000., Geneva.

POPIS SLIKA

Slika 1. Razine zdravstvene zaštite	4
Slika 2. Zdravstveni zavodi u Republici Hrvatskoj.....	7
Slika 3. Financijski tijek zdravstvenog sustava SAD-a.....	22
Slika 4. Current Procedural Terminology	24

SAŽETAK

Zdravstvo je djelatnost koja ima za cilj poboljšanje zdravlja, sprječavanje i pravovremenu identifikaciju bolesti te liječenje bolesnika. Kako bi se to postiglo, neophodna su određena sredstva, oprema i metode rada, a djelatnost obuhvaća zdravstvene ustanove i djelatnike koji pružaju zdravstvenu zaštitu građanima. Zdravstveni sustav čine mnogobrojni sudionici, poput državnih tijela, isplatitelja, zdravstvenih profesionalaca, korisnika (pacijenata) te dobavljača. Upravo zbog toga što je aktivno mnogo sudionika, nije niti malo jednostavno generirati i analizirati informacije, promovirati transparentnost te identificirati korupciju. Međutim, veliki broj sudionika povećava i broj zdravstvenih usluga koje se nude korisnicima. Ovisno o razinama zdravstvene djelatnosti, razlikuju se određeni pružatelji zdravstvene zaštite, a svaki od njih ima svoje specifičnosti. Iako je liječenje glavni zadatak zdravstvenog sustava, u današnje se vrijeme pridaje velika važnost organizaciji financiranja zdravstva. U skladu s time razvijeni su neki modeli financiranja i svaka država posluje po nekom, ovisno o svojim karakteristikama i specifičnostima. Suvremeno je društvo specifično zbog čega mu niti jedan model ne može udovoljiti u potpunosti. Naime, svaka se država suočava s različitim izazovima i rizicima i upravo zbog toga ima specifičan zdravstveni sustav. Većina razvijenih zemalja svijeta imaju već dugi niz godina zdravstveni sustav koji samo nadograđuju i proširuju različitim specifičnostima. Ukoliko se uspoređi sa zdravstvenim sustavima ostalih svjetskih zemalja, iako nije toliko loš, hrvatski sustav ima „još puno posla“, tj. još puno stavki koje bi mogao poboljšati.

Ključne riječi: *zdravstvo, zdravstvene usluge, financiranje zdravstva*

SUMMARY

Healthcare is an activity that aims to improve health, prevent and timely identify diseases and cure patients. In order to achieve this, certain means, equipment and work methods are necessary, and the activity includes health institutions and employees who provide health care to citizens. The healthcare system consists of numerous participants, such as government bodies, payers, healthcare professionals, users (patients) and suppliers. Precisely because many participants are active, it is not at all simple to generate and analyze information, promote transparency and identify corruption. However, the large number of participants also increases the number of health services offered to users. Depending on the levels of health care, certain health care providers differ, and each of them has its own specificities. Although treatment is the main task of the health system, nowadays great importance is attached to the organization of health financing. Accordingly, some financing models have been developed and each country operates according to one, depending on its characteristics and specifics. Contemporary society is specific, which is why no single model can satisfy it completely. Namely, every country faces different challenges and risks, and precisely because of this, it has a specific healthcare system. Most of the developed countries of the world have had a health care system for many years that they are only upgrading and expanding with different specificities. If it is compared to the health systems of other countries in the world, although it is not that bad, the Croatian system has "a lot of work to do", i.e. a lot of items that could be improved.

Key words: *healthcare, health services, health financing*