

Efikasnost zdravstvenih usluga u Republici Hrvatskoj: percepcija korisnika

Kocijan, Ivona

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Zagreb, Faculty of Organization and Informatics / Sveučilište u Zagrebu, Fakultet organizacije i informatike**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:211:852705>

Rights / Prava: [Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0 Unported / Imenovanje-Nekomercijalno-Bez prerađivanja 3.0](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-11-24**



Repository / Repozitorij:

[Faculty of Organization and Informatics - Digital Repository](#)



**SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET ORGANIZACIJE I INFORMATIKE
VARAŽDIN**

Ivona Kocijan

**EFIKASNOST ZDRAVSTVENIH USLUGA
U REPUBLICI HRVATSKOJ: PERCEPCIJA
KORISNIKA**

DIPLOMSKI RAD

Varaždin, 2023.

SVEUČILIŠTE U ZAGREBU
FAKULTET ORGANIZACIJE I INFORMATIKE
V A R A Ž D I N

Ivona Kocijan

Matični broj: 0016135340

Studij: Ekonomika poduzetništva

EFIKASNOST ZDRAVSTVENIH USLUGA U REPUBLICI
HRVATSKOJ: PERCEPCIJA KORISNIKA

DIPLOMSKI RAD

Mentorica:

Prof. dr. sc. Ksenija Vuković

Varaždin, lipanj 2023.

Ivona Kocijan

Izjava o izvornosti

Izjavljujem da je moj diplomski rad izvorni rezultat mojeg rada te da se u izradi istoga nisam koristila drugim izvorima osim onima koji su u njemu navedeni. Za izradu rada su korištene etički prikladne i prihvatljive metode i tehnike rada.

Autorica potvrdila prihvaćanjem odredbi u sustavu FOI-radovi

Sažetak

Zdravstveni sustav jedna je od važnijih odrednica države blagostanja te zdravstvena politika predstavlja važan segment u ostvarivanju ciljeva socijalne države, a s tendencijom zadovoljenja potreba i jednakih mogućnosti cjelokupnog društva. Problem iseljavanja stanovništva, a posebice mladog i visokoobrazovanog, popraćen istodobnim povećanjem udjela starog stanovništva u ukupnoj populaciji Republike Hrvatske izravno donosi višestruke negativne implikacije na zdravstveni sustav, a posljedice egzodusa posebice su izražene kroz deficit medicinskog osoblja čime su uvjetovani zdravstveni kapaciteti, koji pod pritiskom „pucaju“, liste čekanja se produljuju, što dovodi u pitanje kvalitetu zdravstvene usluge i njezine jednake dostupnosti svima. Shodno navedenom, može se zaključiti kako trenutačno stanje zdravstvenog sustava nema dobru perspektivu za budućnost te dugoročno nije održivo. Iz dosad istaknutih problema rađaju se novi, a svakim novim problemom učinkovitost zdravstvenog sustava opada. Iznesena problematika otvara pitanje efikasnosti, koja postaje imperativom suvremenih zdravstvenih sustava, a može se definirati kao razina postignutog ishoda u odnosu na očekivane učinke i rezultate poduzete aktivnosti, odnosno pojedinog medicinskog postupka. Usto, kada je riječ o ocjeni efikasnosti zdravstvenih usluga, s ciljem postizanja što relevantnijih zaključaka, u analizu je potrebno aktivno uključiti i pacijente kao krajnje korisnike istih, analizirajući pritom njihovu percepciju efikasnosti pružene usluge i zadovoljstva postignutim rezultatima. Također, u cjelokupan analitički koncept potrebno je uključiti i podjelu zdravstvenog sustava na dva važna segmenta – javni kao temelj zdravstvene skrbi i privatni, koji u posljednje vrijeme bilježi pozitivan trend razvoja potaknut porastom potražnje za privatnim zdravstvenim uslugama. Dakle, ovako postavljeni analitički koncept otvara pitanje razine očekivanja, odnosno percepcije kvalitete zdravstvene usluge s ciljem evaluiranja (ne)efikasnosti javne u odnosu na privatnu zdravstvenu skrb iz perspektive potrošača zdravstvene usluge, te utvrđivanja ključnih razlikovnih čimbenika u percepciji kojima korisnici evaluiraju pružanu privatnu/javnu zdravstvenu uslugu. Slijedom navedenog, istraživački dio rada usmjeren je na otkrivanje percepcije korisnika o efikasnosti javne u odnosu na privatnu zdravstvenu zaštitu s gledišta dostupnosti, kvalitete i financijski uvjetovanih mogućnosti, koja se analizira temeljem primarnih kvalitativnih podataka prikupljenih intervjuiranjem pacijenata, korisnika javne i privatne zdravstvene usluge. Provedenim empirijskim istraživanjem je utvrđeno kako pacijenti, usprkos širokom obuhvatu usluga u sklopu javnozdravstvenog sustava, pribjegavaju u pojedinim slučajevima koristiti privatne zdravstvene usluge, pri čemu kao glavne razloge ističu duge liste čekanja za javnozdravstvene usluge te vremensku fleksibilnost privatnih pružatelja zdravstvenih usluga. Usto odluka o korištenju javnih ili privatnih zdravstvenih usluga sastoji se od mnogo raznovrsnih kriterijskih elemenata, koje

osim dosad spomenutih različiti korisnici na različiti način procjenjuju, a među najčešćim utjecajnim faktorima ističu se cijena usluge i financijski uvjetovane mogućnosti, vlastita i tuđa prethodna iskustva, reputacija liječnika, tendencija traženja drugog stručnog mišljenja, opremljenost zdravstvene ustanove te način izvođenja medicinskog postupka. Nadalje, osim spomenutih kriterija odabira pružatelja zdravstvenih usluga istraživanje je orijentirano i identifikaciji ključnih čimbenika korisničkog zadovoljstva po korištenju pojedine usluge, pri čemu najveću ulogu u ocjeni kvalitete i efikasnosti zdravstvene usluge imaju brzina rješavanja zdravstvenog problema, aktivna interakcija liječnika i pacijenta, otvorena komunikacija te ljubaznost i susretljivost medicinskog osoblja, razumijevanje i spremnost za pomoć pacijentu, stručnost i znanje medicinskog osoblja, atmosfera, pristup i posvećenost svakom pojedinom pacijentu. Dakle, provedenim istraživanjem dana je usporedba javnog i privatnog zdravstvenog sektora te je predstavljena korisnička percepcija njihove kvalitete i zadovoljstva postignutim zdravstvenim ishodima iz čega proizlazi i njihov stav i ocjena efikasnosti zdravstvenih usluga u hrvatskom zdravstvenom sustavu.

Ključne riječi: Hrvatska; efikasnost; percepcija; zdravstvene usluge

Sadržaj

1. Uvod.....	1
1.1. Znanstveni doprinos	2
2. Zdravstveni sustav iz ekonomske perspektive	4
2.1. Uloga države u zdravstvu.....	4
2.2. Financiranje zdravstvenog sustava.....	9
2.2.1. Strategijski koncepti financiranja zdravstvenog sustava	10
2.2.2. Osnovni modeli financiranja zdravstva	11
2.2.2.1. Tržišni model financiranja zdravstva.....	11
2.2.2.2. Beveridgeov model financiranja zdravstva	14
2.2.2.3. Bismarckov model financiranja zdravstva.....	15
3. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj	17
3.1. Povijesni pregled razvoja hrvatskog zdravstva.....	18
3.2. Organizacija hrvatskog zdravstvenog sustava	20
3.2.1. Primarna razina zdravstvene zaštite	21
3.2.2. Sekundarna razina zdravstvene zaštite	24
3.2.3. Tercijarna razina zdravstvene zaštite	26
3.3. Financijski aspekti hrvatskog zdravstvenog sustava	27
3.3.1. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje	31
3.3.2. Privatna potrošnja.....	37
4. Osnovne odrednice rada zdravstvenog sustava.....	39
4.1. Efektivnost i efikasnost.....	41
4.2. Dostupnost.....	46
5. Prethodna istraživanja	51
6. Metodologija istraživanja	57
6.1. Tema i ciljevi istraživanja.....	57
6.2. Metode istraživanja.....	58
6.3. Uzorak istraživanja	59
7. Rezultati istraživanja.....	61
7.1. Stav korisnika prema javnim/privatnim zdravstvenim uslugama	61
7.2. Ključni razlikovni čimbenici korisničke percepcije pružene zdravstvene usluge	80
7.3. Položaj javnih pružatelja zdravstvenih usluga u odnosu na privatne – korisnička perspektiva budućeg razvoja hrvatskog zdravstva.....	92
7.4. Sinteza prikupljenih podataka	100
8. Zaključak.....	104
Popis literature	109
Popis grafičkih prikaza	117
Popis tablica	118

Popis slika	119
Prilozi	122
8.1. Izjava o etičnosti u korištenju podataka prikupljenih istraživanjem	122

1. Uvod

Zdravstveni sustav važan je dio osnovne koncepcije države blagostanja te kao takav predstavlja neizostavan element za izučavanje s ekonomske perspektive. Zdravstvena politika kompleksan je mehanizam kojim se nastoje ostvariti ciljevi socijalne države, a s tendencijom zadovoljenja potreba i jednakih mogućnosti cjelokupnog društva. Iseljavanje stanovništva, a posebice mladog i visokoobrazovanog, popraćeno istodobnim povećanjem udjela starog stanovništva u ukupnoj populaciji Republike Hrvatske postaje sve ozbiljniji demografski problem, koji se kroz višestruke negativne implikacije odražava na zdravstveni sustav. Slijedom navedenog, uočeni problem otvara središnje pitanje o efikasnosti zdravstvenog sustava uz simultane pritiske povećane potrebe za zdravstvenom skrbi te kronični deficit financijskih sredstava za njegovo normalno funkcioniranje. Stoga pitanje efikasnosti postaje prioritetom suvremenog zdravstva, kao i pitanje razine očekivanja, odnosno percepcije kvalitete zdravstvene usluge iz perspektive potrošača istih.

Efikasnost u kontekstu zdravstvenih usluga podrazumijeva multidimenzionalan okvir, koji osim objektivno mjerenih parametara kao što je broj pacijenata u jedinici vremena, postotak izlječenja, broj bolničkih ležaja, ..., sadrži i subjektivnu komponentu percipirane kvalitete pružene zdravstvene skrbi koja izravno dovodi do (ne)zadovoljstva korisnika u odnosu na njihovu razinu očekivanja i povjerenja u cjelokupni zdravstveni sustav.

Tema *Efikasnost zdravstvenih usluga u Republici Hrvatskoj: percepcija korisnika* odabrana je u svrhu otkrivanja percepcije korisnika o efikasnosti javne u odnosu na privatnu zdravstvenu skrb s gledišta dostupnosti, kvalitete i financijskih uvjetovanih mogućnosti, a potaknuto nedostatkom istraživanja ove problematike u Republici Hrvatskoj. Iako postojeće stanje zdravstvenog sustava vapi za reformom te je učestalo tema brojnih polemika, navedena problemska domena u Hrvatskoj je još nedovoljno istražena, a prilikom kreiranja zdravstvene politike mišljenje pacijenata je često sporedno.

Temeljem navedenog, predmet rada zasnovan je na evaluaciji zdravstvenog sustava kroz paradigmu pacijenata kao korisnika zdravstvenih usluga u vidu njihove percepcije efikasnosti i kvalitete potonjeg. U svrhu realizacije ovog idejnog koncepta, opći cilj teorijskog dijela rada jest analizirati zdravstveni sustav s pregledom osnovnih sastavnica zdravstvene skrbi i upoznati se s načinom njegova djelovanja, a potom u empirijskom dijelu ispitati efikasnost javne u odnosu na privatnu zdravstvenu skrb iz perspektive potrošača zdravstvenih usluga, odnosno evaluirati i kompletirati sliku stanja zdravstvenog sustava pogledom iz drugog kuta, kroz prizmu pacijenata kao osnovne determinante i svrhe postojanja zdravstva.

Za razradu teorijskog dijela teme diplomskog rada primijenjena je metoda analize za što su upotrebljeni podaci prikupljeni iz nacionalne i svjetske znanstvene te stručne literature

pri čemu su najviše korištene knjige, članci i znanstveni radovi te baze podataka s ciljem pronalaska adekvatnih informacija i rezultata dosad provedenih istraživanja razmatrane problemske domene s ciljem prezentacije osnovnog koncepta djelovanja hrvatskog zdravstvenog sustava. Usto, prilikom analize pojedinih zdravstvenih pokazatelja, u namjeri što preciznije interpretacije stanja hrvatskog zdravstva, korištena je metoda komparacije temeljena na usporedbi pokazatelja za Hrvatsku s preostalim zemljama Europske unije kao najvažnije asocijacije u kojoj participira i Republika Hrvatska i koja najčešće predstavlja komparativni stup za usporedbu. Upotrebom metode dedukcije temeljem teorijskih činjenica i dosadašnjih istraživanja te analiza izvode se zaključci te se oblikuje promišljanje o temi kao osnova za empirijski dio rada u kojem se provodi kvalitativno istraživanje bazirano na dubinskom intervjuu. Istraživački dio rada temelji se na induktivno-logičkom pristupu putem kojeg se sistematiziraju i rezimiraju empirijske spoznaje te se integriraju u svrhu izvođenja epiloga istraživanja. Naposljetku, primjenom metode sinteze iznosi se rezime konstatacija dosad provedenih teorijskih i empirijskih istraživanja te rezultata provedene empirijske analize u sklopu ovog rada prikazano u obliku zaključka.

1.1. Znanstveni doprinos

Očekivani znanstveni doprinos diplomskog rada očituje se kroz teorijski i istraživački dio. U prvom dijelu rada teorijski se pristupa obradi teme kroz što se ogleda znanstveni doprinos u vidu utvrđivanja spoznaja i činjenica o stanju hrvatskog zdravstvenog sustava s pregledom njegovih sastavnica te identifikaciji odnosa javnog zdravstvenog resora u odnosu na privatni kao i detekciji daljnjeg potencijala za njegov razvoj te analizi efikasnosti, efektivnosti i dostupnosti kao osnovnim odrednicama rada kroz koje se očituje kvaliteta pruženih zdravstvenih usluga pacijentima. U drugom dijelu rada istraživački se pristupa analizi tematskog područja u čemu se ogleda aplikativni znanstveni doprinos kojem dodatno u prilog ide i činjenica kako je ovo istraživanje usmjereno analizi efikasnosti zdravstvenog sustava iz perspektive korisnika zdravstvenih usluga, a što je u Republici Hrvatskoj još nedovoljno istraženo, odnosno radi se o empirijskom istraživanju korisničke percepcije efikasnosti zdravstva s podjelom zdravstvenog sustava na javnu i privatnu skrb te utvrđivanju njihova međusobna odnosa iz stajališta korisnika s naglaskom na otkrivanje ključnih razlikovnih čimbenika koji se uzimaju u obzir prilikom evaluacije pružene zdravstvene usluge i donošenja odluke o njihovom korištenju.

Osim spomenutog, očekuje se da će otkrivene spoznaje u sklopu ovog istraživanja biti korisne kreatorima socijalne i zdravstvene politike te idejnim tvorcima zdravstvenih reformi, ali isto tako i sudionicima zdravstvenog sustava u vidu unapređenja zdravstvenih usluga s

aspekta kvalitete i dostupnosti te prilagođavanja potrebama pacijenata kao okosnice zdravstvenog sustava.

2. Zdravstveni sustav iz ekonomske perspektive

Zdravstveni sustav važan je segment socijalne infrastrukture te je danas svojom kompleksnošću vrlo raširena problematika i tema brojnih rasprava. Zdravstvena zaštita ključna je u održavanju zdravlja stanovništva te postizanju adekvatne razine kvalitete i životnog standarda društvene zajednice te je bitan uvjet za daljnji razvoj i napredak čovječanstva. Slijedom navedenog, zdravstveni je sustav predmet izučavanja različitih područja znanosti pri čemu se interdisciplinarnošću nastoji pronaći prikladno rješenje u postizanju željene razine kvalitete i efikasnosti, ali ponajprije i jednake dostupnosti zdravstvene skrbi svakom pojedincu. Sagledavanje zdravstvenog sustava iz ekonomske perspektive nužno je u postizanju optimalne organizacije i djelovanja ovog napose bitnog sektora svake države, a posebice promatrajući kroz prizmu javnog proračuna čiji su normativ sredstva namijenjena zdravstvu kao i odgovarajuća zdravstvena politika koja je bitna komponenta cjelokupne javne politike.

2.1. Uloga države u zdravstvu

Kroz diskurs ekonomske problematike zdravstva važno je spomenuti robni egalitarizam i paternalizam kao koncepte kojima se objašnjavaju osnovni razlozi za potrebom financijske participacije te općenito državne intervencije u zdravstvo s ciljem osiguravanja njezine dostupnosti svakom članu društva.

Šimović i Deskar – Škrbić (2019) robni egalitarizam definiraju kao koncept koji „podrazumijeva stvaranje jednakih uvjeta za sve članove društva“, što se u okviru zdravstva, kao jedne od najvažnijih odrednica socijalne države, odnosi na osiguravanje elementarnog paketa zdravstvenih usluga svakom pojedincu.

Paternalizam je izraz kojim se opisuje nastojanje države da se pojedincu nametne kao jedini ili glavni autoritet i zaštitnik, nastojeći takve aktivnosti opravdati djelovanjem upravo za dobro pojedinca (država zna bolje što meni treba nego ja). (Šimović, Deskar – Škrbić, 2018)

Definicijom spomenutih koncepata autora Šimovića i Deskar – Škrbića jasno se ističe potreba državne participacije u vidu financiranja, ali i učinkovite te pravedne alokacije resursa u ovaj važan resor svakog gospodarstva. Zdravlje čovjeka neophodan je preduvjet gospodarskog rasta i razvoja te je ključno u postizanju optimalne razine životnog standarda i osobne kvalitete života. Slijedom navedenog, zdravstvena zaštita se, kako Šimović i Deskar – Škrbić (2019) naglašavaju, ne može u potpunosti prepustiti osobnom odlučivanju pojedinaca, koji, potaknutim različitim osobnim činiteljima, ali i okolinskim faktorima, ponekad donose pogrešne odluke.

Svaku državu odlikuju posebnosti nacionalnih zakona, propisa i politika, a kojima se nastoji uspostaviti pravni okvir kao konstruktivna osnova djelovanja kako cjelokupnog političkog i gospodarskog sustava, tako i ponašanja pojedinaca. Samuelson i Nordhaus (1992) ističu kako se uključenost države ogleda i u ekonomskoj ulozi putem koje se nastoje ostvariti ciljevi poput efikasnosti i osiguravanja jednakosti, kao i poticanje makroekonomskog rasta i razvoja. Kada je riječ o postizanju efikasnosti uz istodobnu jednakost i pokrivenost cjelokupnog stanovništva osnovnom zdravstvenom zaštitom, potrebno je sagledati i tržišni segment zdravstva. Tržište u svojoj osnovnoj koncepciji čini princip razmjene, odnosno integracija ponude i potražnje, uzrokovano deficitom na potražnoj strani te suficitarnim jedinicama na strani ponude. Danas je ovakav mehanizam na tržištu privatnih dobara i usluga sve složeniji uslijed sve većih cjenovnih i kvalitetom definiranih faktora, koje uzrokuje povećana konkurencija, međutim kada je riječ o javnom dobru tržišna samoregulacija često nije dovoljna pri čemu je involviranost države neophodna. Govoreći u tom kontekstu, potrebno je sagledati zdravstvo iz perspektive tržišnog dobra te analizirati ponudu i potražnju za zdravstvenim uslugama.

Ponajprije, potrebno je istaknuti distinkciju između pojmova „zdravstvena potreba“ te „potražnje“ i „korištenja“ zdravstvenih usluga. „Dok potražnja za zdravstvenom zaštitom postoji onda kad je pojedinac treba i želi, korištenje je onda kada je pojedinac stvarno i ostvari.“ (Kovač, 2015, str. 16) Također, kako Kovač (2015, str. 16) navodi „zdravstvene potrebe sa stajališta pojedinca spadaju u red tzv. nepredvidivih, iznenadnih, neočekivanih i neželjenih potreba“. Shodno tome, zdravstvo kao dobro ne definiraju iste odrednice potražnje kao privatna dobra te ga se često percipira kao javno dobro na raspolaganju cjelokupnom stanovništvu.

Zdravlje je ključno pitanje u životu čovjeka i bitna je odrednica za njegovo normalno funkcioniranje i djelovanje te se zdravstveno stanje populacije često percipira kao jedan od primarnih indikatora kvalitete i standarda života te općenito razvijenosti neke zemlje. Međutim, zdravstvena zaštita, kada je riječ o izdvajanju iz osobnog proračuna, često nije prepoznata kao važno dobro, već se ispred zdravstva nalaze druga dobra i usluge koje pojedinac kupuje. Šimović i Deskar – Škrbić (2019) ističu kako ljudi „radije raspoloživi dohodak usmjere na potrošnju drugih dobara i usluga radi maksimiziranja trenutačnog blagostanja“, pri čemu pitanje zdravstvenog osiguranja, ako ne postoji trenutačna potreba za zdravstvenom skrbi, može biti zapostavljeno. Shodno navedenom, zdravstvo ne može u potpunosti biti prepušteno osobnom izboru pojedinca i slobodi djelovanja tržišta, već ga je potrebno pojmiti u okviru javnog dobra, te iz tog razloga Mijatović (2006) objašnjava kako je potreba za aktivnim uključivanjem države u zdravstveni resor nužna, naglašavajući pritom problem zanemarivanja važnosti i korisnosti zdravstvenog osiguranja.

Javna dobra su ona kojih su koristi nedjeljivo raširene među cijelim pučanstvom, bez obzira na to žele li pojedinci ili ne kupiti javno dobro. Nasuprot tome, privatna dobra su ona koja se mogu podijeliti i pribaviti posebno za razne pojedince, bez ikakvih eksternih koristi i troškova za druge. Djelotvorno pribavljanje javnih dobara često zahtijeva djelatnost vlade, dok privatna dobra mogu djelotvorno alocirati tržišta. (Samuelson i Nordhaus, 1992, str. 311)

Benić (2004) naglašava kako su javna dobra na raspolaganju za korištenje cjelokupnoj populaciji. Usto, kako Mankiw (2006) navodi jedna od osnovnih karakteristika jest nekonkurentnost čime se pri korištenju zdravstvene zaštite ne uskraćuje njezina dostupnost drugima, dok Brummerhoff (1996) ističe kako čisto javno dobro odlikuje odsustvo rivaliteta.

„Shodno tome tri osnovna obilježja javnih dobara su: (1) istodobna raspoloživost za više korisnika, (2) nemogućnost isključenja pojedinca iz potrošnje i (3) jednakost potrošnje za sve korisnike.“ (Benić, 2004, str. 330) Sagledavajući zdravstvenu potrošnju iz perspektive navedenih karakteristika javnog dobra, s aspekta dostupnosti i ravnopravnosti pri potrošnji, može se zaključiti kako se zdravstvo ne može smatrati čistim javnim dobrom, jer poprima i neka obilježja privatnog dobra. Dakle, zdravstvo se u tom smislu može promatrati kao mješovito dobro. „Mješovito dobro (= nepotpuno javno ili nepotpuno privatno dobro) u normalnom slučaju posjeduje i značajke privatnog i značajke javnog dobra.“ (Brummerhoff, 1996, str. 86) Drugim riječima, zdravstvena zaštita u vidu usluga koje pruža može biti ograničena, ili pak u krajnjem slučaju, isključena iz potrošnje pojedinaca, jer je u velikoj mjeri uvjetovana cjenovnom ograničenošću police zdravstvenog osiguranja. Također, kao dodatan limitirajući faktor zdravstvene potrošnje jest i broj potrošača. Naime, istodobna velika količina potražnje za zdravstvenom zaštitom izravno se odražava na brzinu i učinkovitost poduzetnih aktivnosti što definira razinu kvalitete pružene usluge, odnosno učinkovitost u liječenju. Sukladno spomenutim ograničavajućim čimbenicima te društvenoj percepciji i sklonosti potrošnji različitih vrsta dobara i usluga, s tendencijom postizanja zdravstvene dostupnosti i dobrobiti u budućnosti, Šimović i Deskar-Škrbić (2018) zdravstvenu zaštitu kategoriziraju kao meritorno dobro dostupno i u uvjetima nepostojanja potražnje za istom. Putem ovakve klasifikacije zdravstva država, koristeći se instrumentom zdravstvenog osiguranja, nastoji osigurati osnovnu zdravstvenu skrb primjerene kvalitete svakom članu društva neovisno o visini dohotka koji ostvaruje.

Izuzev spomenutog, još jedan otegotni faktor postizanja stabilnosti i optimalnog funkcioniranja sustava zdravstva jesu asimetrične informacije. Benić (2004) objašnjava kako navedeni problem dolazi do izražaja u području zdravstvenog osiguranja uslijed nedovoljne informiranosti jedne od uključenih strana. Sustav zdravstvenog osiguranja može se promatrati i objasniti kao vrsta tržišta na kojim se trguje vrlo bitnim i neophodnim dobrom u obliku zdravstvenih usluga, pri čemu valja istaknuti kako i na ovakvom tržištu postoji informacijska nesavršenost. Drugim riječima, kako Polovina i Medić (2002) navode, svako tržišno djelovanje

karakterizira određena razina informacijske asimetrije uzrokovana nepotpunim i nepravodobnim, a često i pogrešnim, nejasnim te krivo predstavljenim informacijama. Navedenu pojavu Brummerhoff (1996) specificira kao „problem agenta i principala“, a stavljajući je u kontekst zdravstvenog sustava ona se može promatrati putem dva ključna odnosa – odnos pacijenta i liječnika te odnos pacijenta i osiguravajućeg društva. U prvom slučaju liječnik (agent), kao medicinski stručnjak i pružatelj zdravstvenih usluga, raspolaže znanjem i širim skupom informacija u odnosu na pacijenta (principala), te uslijed njegovog nedovoljnog poznavanja medicinske struke i razumijevanja vlastitih dijagnoza, kao i nepotpune informiranosti o potrebnim zdravstvenim uslugama, definira zahtjeve za kupnju zdravstvenih usluga od osiguravatelja za pacijentov račun, pri čemu, u ovakvoj situaciji, može doći i do nemoralnog ponašanja u vidu ponude dodatnih zdravstvenih usluga, koje kod određenog osiguranika nisu potrebne, a s ciljem postizanja većeg profita osiguravajućeg društva. S druge strane, analizirajući odnos pacijenta i osiguravajućeg društva, također postoji mogućnost informacijske asimetrije koju uzrokuje deficit informacija na strani osiguravajućeg društva. Naime, pacijent u ulozi osiguranika posjeduje bitne informacije o svojoj kliničkoj slici i obiteljskoj anamnezi s kojima osiguravatelj nije upoznat te u nastojanju postizanja povoljnije police osiguranja prilikom ugovaranja može prešutjeti određene informacije, a što se financijski negativno odražava na osiguravajuća društva u slučaju da zaista nastupi potencijalna bolest za koju je postojala određena sklonost, a čije liječenje stvara visoke troškove.

Opisani problem informacijske asimetrije Pindyck i Rubinfeld (2005) navode kao osnovni uzrok tržišnog neuspjeha koji se očituje kroz pojavu negativne selekcije i moralnog hazarda. Dakle, upravljanje informacijama kojima druga strana ne raspolaže izravno dovodi do pojave moralnog hazarda, odnosno „kada osigurana osoba čije se ponašanje ne može nadzirati utječe na vjerojatnost ili obim isplate povezane s događajem“ (Pindyck i Rubinfeld, 2005, str. 598). Brummerhoff (1996) naglašava kako se pri opisanom fenomenu javlja neizvjesnost u vidu budućeg ponašanja pojedinaca. Promatrajući navedeno kroz sustav osiguranja, osiguravatelj ne može nadzirati postupke osiguranika i njegove posjete liječniku kao temelj za određivanje visine premije zdravstvenog osiguranja što rezultira uspostavom jednostavnog funkcioniranja sustava osiguranja u sklopu kojeg „dobri rizici tada subvencioniraju loše rizike“ (Brummerhoff, 1996, str. 56), što dovodi do prestanka osiguranja tzv. „dobrih rizika“ te rezultira podizanjem cijena premija osiguranja. Usto, uslijed nejednake informiranosti dolazi i do pojave fenomena negativne selekcije (eng. adverse selection), odnosno nepovoljnog odabira prema Samuelsonu i Nordhausu (2007). Ljudi skloniji obolijevanju od različitih bolesti, koji su učestali korisnici zdravstvenih usluga, u većoj su mjeri podložni ugovaranju zdravstvenog osiguranja čime se izravno povećava kontingent bolesnih ljudi među osiguranicima, a što posljedično dovodi do porasta cijene premija, koje postaju neisplative za osobe dobrog zdravstvenog stanja bez prevelikih potreba za zdravstvenom

skrbi. Uslijed ovakve nejednakosti, zdrave osobe manje su sklone ugovarati zdravstveno osiguranje što doprinosi povećanju udjela bolesnih osoba u ukupnom broju osiguranika te se dugoročno gledajući taj udio povećava, a što kako Pindyck i Rubinfeld (1996) objašnjavaju naposljetku dovodi do neisplativosti prodaje osiguranja za osiguratelje.

Izuzev spomenutog, problematici zdravstvenog sustava u vidu poticanja moralnog hazarda dodatno doprinosi postojanje koncepta „nultih cijena“ u kojem „korisnik plaća simboličnu participaciju u korištenju zdravstvenih usluga“ (Kuljiš, 2010, str. 2) te osobno odlučuje o opsegu i učestalosti korištenja zdravstvenih usluga. S ciljem redukcije nepotrebnog i neopravdanog korištenja zdravstvenih usluga Kuljiš (2010) izdvaja mehanizam suosiguranja, putem kojeg pacijent participira u obliku naknada za pregled, uputnicu specijalistu, recepte i ostalo, te instrument dopunskog osiguranja čime se anulira neučinkovitost i neodrživost sustava nultih cijena.

Shodno dosad navedenom može se zaključiti kako osobne odluke i djelovanje pojedinaca utječe na druge subjekte, a što se posljedično odražava na cjelokupno tržišno djelovanje. Tržište putem svoje alokativne funkcije kada je riječ o privatnim dobrima samostalno uspijeva integrirati ponudu i potražnju s ciljem uspješne preraspodjele suficitarnih deficitarnih jedinica, no promatrajući tržište zdravstvenih usluga i osiguranja ne uočava se adekvatna razina efikasnosti u okviru zadovoljavanja zdravstvenih potreba i postizanja adekvatne razine društvenog blagostanja. Kako je riječ o javnom dobrom čije su koristi nedjeljivo raširene cjelokupnom stanovništvu javlja se potreba za uspostavom veće kontrole i nadzora, što i argumentira državnu intervenciju u zdravstveni sustav. Usto, kada je riječ o suodnosu tržišnih subjekata neizostavno je spomenuti i eksternalije (eng. spillovers), kao tzv. pozitivne ili negativne učinke „koji nastaju kod jednih gospodarskih subjekata, a posljedica su djelovanja (proizvodnje ili potrošnje) drugih gospodarskih subjekata“ (Brummerhoff, 1996, str. 58), dok Mankiw (2006) nadodaje kako su rezultat postupaka koje osoba poduzima i putem kojih istodobno utječe na blagostanje druge osobe, a da pritom ne plaća za prouzročen negativan učinak niti ne dobiva naknadu za pozitivan doprinos. Promatrajući individualno tržišno ponašanje uviđa se prvenstveno djelovanje u cilju postizanja osobne dobrobiti odmjeravajući pritom odnos troškova i koristi, dok su popratne implikacije na preostale subjekte i cjelokupnu okolinu manje značajne pri kreiranju konačne odluke o kupnji ili potrošnji određenog dobra ili usluge. U kontekstu zdravstva problem eksternalija, u vidu negativnih učinaka, dolazi do izražaja razmatrajući odnos javnog i privatnog sektora. Autori Chernen, Baicker i Martin (2010) proučavali su međudjelovanje privatnog i javnog segmenta američkog zdravstvenog sustava kroz diskurs eksternalija koje nastaju u jednom od njih uslijed promjena u drugom segmentu, a paralela se može povući i s bilo kojim drugim sustavom zdravstva polazeći od pretpostavke da postoji privatni i javni sektor zdravstvene skrbi. Slični se učinci tzv. prelijevanja između sektora uviđaju i u hrvatskom zdravstvenom sustavu pri čemu korisnici

koji uživaju privatnu zdravstvenu zaštitu, radi postizanja svoje osobne koristi, ujedno neizravno pridonose nastanku promjena u javnom segmentu u vidu rasterećenja kapaciteta oslobađajući pritom mjesto pacijentima korisnicima javne zdravstvene zaštite. Međutim, puno su značajniji negativni aspekti eksternalija koji su sveprisutan problem zdravstvenog sustava, a posebice se ističu dugi redovi čekanja i velik udio pacijenata po liječniku u jedinici vremena nastali kao posljedica velike potražnje za zdravstvenim uslugama čime se pitanje postizanja povoljnih zdravstvenih ishoda, kao i optimalne razine efikasnosti predmetnog sustava dodatno komplicira.

Opisani problemi kao značajni faktori neuspješnosti zdravstvenog sustava impliciraju potrebu za uvođenjem državne regulacije u ovaj bitan resor socijalne infrastrukture u svrhu njezinog unapređenja i stvaranja uvjeta za kvalitetan život i dostojan životni standard stanovništva.

2.2. Financiranje zdravstvenog sustava

Zdravlje ljudi ključna je značajka kvalitete života društva te važna odrednica gospodarskog rasta i razvoja neke zemlje. Državni rashodi u svrhu financiranja zdravstva predstavljaju nužnost s ciljem osiguranja dostupnosti i sveobuhvatnosti zdravstvene skrbi svakom pojedincu, pri čemu se naglasak stavlja na adekvatnu alokaciju financijskih sredstava te njihovog racionalnog i efikasnog ulaganja u daljnji razvoj zdravstvenog sustava u čijem se izostanku ne mogu postići osnovni ciljevi socijalne države. Međutim, uzimajući u obzir činjenicu kako se, unatoč velikoj financijskoj participaciji države, ne može u potpunosti osigurati dostupnost, kvaliteta i ostvariti svi potencijali koje suvremena medicina nudi svakom članu društva, neophodno je uključivanje samih korisnika zdravstvenih usluga u financiranje ovog napose bitnog sustava. „Ulaganje u zdravlje treba biti temeljna investicijska strategija svakog pojedinca i svakog društva“. (Kovač, 2013, str. 551)

Pitanje financijske održivosti zdravstva sveprisutno je u sustavima suvremenih zemalja, a posebice visokorazvijenih koje karakterizira napredak u tehnologiji, kontinuirani progres životnog standarda stanovništva i kvalitete života te sve značajniji utjecaj senilizacije stanovništva. Navedeni fenomeni postaju činitelji rastuće zdravstvene potrošnje, a koja je kako Kovač (2013) ističe „teško rješivi problem“, navodeći kako napredak u tehnologiji otvara nove mogućnosti i potencijale unapređenja medicinskih ishoda, ali istodobno predstavlja i povećanu zdravstvenu potrošnju, na čiji rast osim navedenog, utječe i rast dohotka te demografski procesi povećanja udjela starog stanovništva.

2.2.1. Strategijski koncepti financiranja zdravstvenog sustava

Prema smjernicama Svjetske zdravstvene organizacije (u daljnjem tekstu SZO), a kako Kutzin (2008) navodi, strategijski koncept financiranja zdravstvenog sustava postavlja tri osnovna aspekta definirajući tako glavne ciljeve politike financiranja zdravstva, analizu sistematiziranosti mehanizma financiranja te analizu utjecajnih faktora koji određuju granični opseg ostvarenja ciljeva zdravstvene politike.

Temeljni ciljevi politike financiranja zdravstvenog sustava uključuju prevenciju od financijskog rizika, pravednost u financiranju te pružanju i korištenju usluga zdravstva sukladno potrebama za istim, osiguranje odgovornosti i transparentnosti prema stanovništvu, stimulacija kvalitete i efikasnosti u pružanju usluga te unapređenje troškovne učinkovitosti.

Analiza sistematizacije mehanizma financiranja zdravstva, kao još jedna odrednica osnovnog strategijskog koncepta, podrazumijeva aktivnosti „prikupljanja prihoda, udruživanja sredstava i kupnju usluga te politiku o pravima na beneficije i obveze podjela troškova pacijenata“ (Kutzin, 2008, str. 2). Također, kako isti autor ističe stanovništvo je izvor svih financijskih sredstava koje vlada prikuplja kroz različite oblike doprinosa, a osnovni oblici prikupljanja prihoda namijenjenih trošenju u zdravstvu su prihodovanje od plaćanja poreza, doprinosi za socijalno zdravstveno osiguranje, dobrovoljno zdravstveno osiguranje, odnosno privatno osiguranje te izravna plaćanja (tzv. plaćanja iz vlastitog džepa). Aktivnost udruživanja sredstava uključuje kumulaciju financijskih sredstava, a koje provode „javne i privatne agencije, ministarstvo zdravstva te njegovi decentralizirani ogranci, lokalne samouprave, fondovi socijalnog zdravstvenog osiguranja, privatni profitni i neprofitni fondovi osiguranja te nevladine organizacije“ (Kutzin, 2008, str. 10), a navedeni sudionici financijskog sustava zdravstva uključeni su i u proces kupnje usluga, alocirajući udružena sredstva pružateljima zdravstvenih usluga. Politika o pravima na beneficije i participacija pacijenata u podmiranju troškova zdravstvenih usluga odnosi se na definiranje osnovnog paketa usluga koje se financiraju iz udruženih sredstava te sudjelovanje korisnika u namiri troškova nastalih korištenjem usluga izvan osnovnog paketa putem izravnih plaćanja.

Treći se aspekt politike financiranja zdravstvenog sustava odnosi na analizu ključnih faktora utjecaja na potencijal ostvarenja ciljeva zdravstvene politike, te iako postoji velik broj različitih čimbenika izvan zdravstvenog sustava, a čiji ishodi izravno ili neizravno utječu na zdravstvo, Kutzin (2008, str. 15) ističe tri najznačajnija, a to su „demografska struktura i projekcije, pravila koja uređuju širi sustav javnih financija i političko-administrativna decentralizacija“. Navedeni čimbenici svojstveni su na nacionalnoj razini te donose različite pozitivne ili negativne implikacije na zdravstveni sustav. Demografski procesi senilizacije stanovništva te udjela radno aktivnog stanovništva u ukupnoj populaciji jedan su od najutjecajnijih faktora na potražnju zdravstvenih usluga i njihovu potrošnju, ali i na potencijal

prikupljanja i efikasne alokacije ograničenih financijskih resursa. Usto, bitna odrednica financijskog aspekta zdravstva ogleda se i kroz sposobnost fiskalnog sustava za efikasnim upravljanjem javnim sektorom i uspostavom ravnoteže prihoda i rashoda. Treći istaknuti činitelj odnosi se na uspostavu djelotvorne suradnje centralne i lokalne vlasti.

Analizirani okvir politike financiranja zdravstvenog sustava daje dobre smjernice za razvoj nacionalnih zdravstvenih politika, a koje je potrebno kreirati sukladno makro i mikro ekonomskim obilježjima nacionalnog okruženja, a sve u cilju zadovoljenja zdravstvenih potreba stanovništva, efikasno postižući zdravstvene ishode temeljene na ravnopravnosti, solidarnosti i jednakoj dostupnosti svima.

2.2.2. Osnovni modeli financiranja zdravstva

Premda postoji nekoliko osnovnih modela uspostave financiranja potreba zdravstvenih sustava, nacionalni sustavi različitih zemalja razlikuju se po svojoj strukturi i organizaciji te uključenosti države u djelovanje zdravstva. Racionalno gospodarenje financijskim resursima u zdravstvu važan je čimbenik izgradnje visoko učinkovitog zdravstvenog sustava u postizanju optimalnih ishoda dostupnosti, ažurnosti, pravednosti i efikasnosti. U skladu s navedenim, u koncept financiranja zdravstva, osim obveznog zdravstvenog osiguranja, uključeno je i dobrovoljno zdravstveno osiguranje te izravna plaćanja za korištenje zdravstvenih usluga, a koja su, shodno različitim obilježjima, politikama te stupnju gospodarskog razvoja, u različitoj mjeri zastupljena u financijskom konceptu zdravstvene zaštite.

Oblici organizacije i financiranja zdravstvenog sustava poznati su i danas u praksi kao: tržišni model (zdravstvena usluga se kupuje kao i svaka druga usluga, a tržište određuje cijenu), Beveridgeov model (zdravstvo se financira iz poreza koji plaćaju svi građani), Bismarckov model (koji funkcionira kao model osiguranja na načelima solidarnosti i uzajamnosti) te mješoviti model. (Vončina, Pavić i Mastilica, 2016a, str. 158)

2.2.2.1. Tržišni model financiranja zdravstva

Tržišni model financiranja zdravstva, kako Kovač (2013, str. 553) navodi, „temelji se na zakonima kapitalističkog društva, po principu koliko platiš - toliko dobiješ“, te je u velikoj mjeri orijentiran tržištu. Navedeni model karakterističan je za Sjedinjene Američke Države, u kojima se zdravstveno osiguranje, kako Ridic, Gleason i Ridic (2012) ističu, kupuje na privatnom tržištu, dok samo jednom manjem segmentu društva to osigurava država. Shodno tome, u ovakvom je modelu organizacije zdravstva zdravstvena zaštita kvalificirana ne kao javno, već privatno dobro.

„Usporedi li se sa zdravstvenim sustavima mnogih razvijenih zemalja, zdravstveni sustav SAD-a vrlo je fragmentiran i uglavnom tržišno upravljani, uz minimalne državne intervencije.“ (Radin, 2010, str. 31) Dakako, može se reći kako je opisan sustav u određenoj

mjeri prepušten efektima djelovanja tržišta, te kako Vončina i sur. (2016a) ističu počiva na temeljima kapitalističkog društvenog uređenja, gdje je kroz ovakvu uspostavu zdravstva socijalni aspekt marginalan, međutim, Polovina i Medić (2002) nadodaju kako se radi o konceptu nadzirane konkurencije, a koji Radin (2010) definira kao „sustav višestrukih platiša“, u kojem zaposlenom stanovništvu uglavnom poslodavci omogućavaju privatno grupno zdravstveno osiguranje, dok federalna vlada pokriva zdravstveno osiguranje za osobe starije od 65 godina u sklopu programa Medicare. Osim spomenutog, Medicare programa, kreiran je još jedan program javnog osiguranja kroz koji se također ogleda participacija države u zdravstveni sustav. Riječ je o Medicaid programu, a kako Vončina i sur. (2016a) objašnjavaju, namijenjen je osobama slabijeg imovinskog statusa, odnosno socijalno ugroženima. Tikkanen, Osborn, Mossialos, Djordjevic i Wharton (2020) navode kako je u suvremenom američkom sustavu zdravstva Medicaid programom obuhvaćeno 17,9% stanovništva, uključujući obitelji koje ostvaruju niže razine prihoda, slijepe te ostale osobe s nekom vrstom invaliditeta. Shi i Singh (2017), ukupno gledajući, ističu kako 201.1 milijun Amerikanaca koristi privatno zdravstveno osiguranje, od kojih je većina osigurana preko svojih poslodavaca, dok je programima javnog osiguranja Medicare i Medicaid, kojima upravlja vlada SAD-a, pokriveno 103.1 milijun stanovnika.

Nadalje, za tržišni model američkog zdravstvenog sustava svojstven je još jedan program pod ingerencijom Ministarstva obrane SAD-a, nazvan Tricare. Irvine, Clarke i Bidgood (2013) pojašnjavaju kako se putem njega osigurava zdravstvena zaštita američkom vojnom osoblju i njihovoj užoj obitelji. Slično spomenutom programu, koncipirana je i Zdravstvena uprava za veterane (Veterans Health Administration) kojom upravlja Odjel za veteranske poslove SAD-a, a s ciljem osiguravanja zdravstvene skrbi umirovljenim vojnicima i njihovoj užoj obitelji. Izuzev spomenutih, postoji još nekoliko modula osiguravanja zdravstvene zaštite za pojedine skupine društva. Shodno tome, potrebno je spomenuti Zdravstvenu službu za zdravstvenu skrb Indijanaca (Indian Health Service) koja je osnovana 1955. godine i Program dječjeg zdravstvenog osiguranja (Children's Health Insurance Program) koji je osnovan 1997. godine. Djeca su ranjiva skupina, a izvor su potencijala i neophodan uvjet za opstanak i daljnji razvoj društva, te se sukladno tome, unatoč pretežito tržišnom modelu financiranja zdravstva pozornost pridaje Programu dječjeg zdravstvenog osiguranja, a kojim se kako naglašavaju Tikkanen i sur. (2020) nastoje reducirati financijski izdaci za obitelji, koja zbog više razine prihoda nisu pokrivena Medicaid programom, a kojima bi dodatni izdaci u svrhu privatnog osiguranja djeteta predstavljali izdašan financijski teret na osobni proračun i onemogućili ravnopravnost i jednaku dostupnost zdravstvene skrbi svakom djetetu.

Iako se ovakvim upravljanjem financijskim segmentom zdravstva, u određenoj mjeri omogućava dostupnost i pravednost u pružanju zdravstvenih usluga i pokrivanju troškova koji iz toga proizlaze, tržišna regulacija zdravstvenog sustava rezultira nepokrivenošću

zdravstvenim osiguranjem još podosta velikog segmenta stanovništva zanemarujući socijalni aspekt. Iako je navedenom segmentu društva omogućena zdravstvena skrb putem javnih bolnica i državnih programa, udio korištenja zdravstvene skrbi za ovu je skupinu građana vrlo malen, a što predstavlja značajan problem koji nosi višestruke posljedice kako za samog pojedinca tako i za društvo. Uočen hendikep američkog zdravstvenog sustava umanjuje njegovu efikasnost, što objašnjavaju Irvine i sur. (2013) ističući kako izostanak proaktivnosti i prekasno pristupanje liječenju u uznapredovaloj fazi bolesti uzrokuje dodatni financijski teret zdravstvu te izravno narušava kvalitetu života pacijenta sa smanjenjem izgleda za uspješno izlječenje.

Naposlijetku, pored spomenutih programa osiguravanja zdravstvene skrbi stanovništvu, još jedan revolucionaran korak u upravljanju i regulaciji američkog zdravstva bilo je i donošenje Zakona o pristupačnoj skrbi (Affordable Care Act (ACA)), često predstavljen kao „Obamacare“.

Zakon o zaštiti pacijenta i pristupačnoj skrbi (ACA) ima 3 glavna cilja: (1) reformirati tržište privatnog osiguranja – posebno za pojedince i kupce malih skupina, (2) proširiti Medicaid na siromašne koji rade s prihodom do 133% savezne razine siromaštva i (3) promijeniti način donošenja medicinskih odluka. (Silvers, 2013, str. 402)

Iako spomenut Zakon predstavlja jednu od najvećih reformi tržišno orijentiranog zdravstvenog sustava Sjedinjenih Američkih Država, nabrojani ciljevi tek su djelomično ostvareni. Manchikanti, Helm, Benyamin i Hirsch (2017) kritički se osvrću na postignute ishode, ističući kako unatoč željenom povećanju broja osiguranika, koji je primjenom Zakona povećan za više od 20 milijuna ljudi, šest milijuna ljudi je ostalo bez osiguranja.

Nadalje, u pogledu načina na koji se pruža zdravstveno osiguranje, veći dio proširenja temeljio se na proširenju Medicaida, s povećanjem od 13 milijuna. Posljedično, primjena Zakona nije dobro funkcionirala za radničku i srednju klasu koja primaju mnogo manje potpore, a posebno one koji zarađuju više od 400% savezne razine siromaštva, koji čine 40% stanovništva i ne primaju nikakvu pomoć. (Manchikanti i sur., 2017, str. 111)

Dakle, navedeni problemi, uz nejednak pristup zdravstvenoj skrbi i sve izraženije pritiske za povećanjem kvalitete i efikasnosti cjelokupnog sustava dovode u pitanje financijsku održivost i postizanje optimalnih zdravstvenih ishoda što uvjetuje potrebu za boljom i većom regulacijom tržišno upravljanih zdravstvenih sustava.

Tržište privatnog zdravstvenog osiguranja u Europi još uvijek nije doseglo visok nivo razvijenosti, već se gotovo svi suvremeni zdravstveni sustavi europskih zemalja temelje na kombinaciji javnog i privatnog zdravstvenog osiguranja, pri čemu javno, tzv. obvezno, zdravstveno osiguranje zauzima središnju ulogu financiranja zdravstvenih potreba. Kako Sagan i Thomson (2016) navode, u većini je zemalja dobrovoljno zdravstveno osiguranje komplement javnom financiranju pri čemu taj dodatni tržišni segment omogućava osiguranicima veći izbor pružatelja usluga i razine pogodnosti, što često podrazumijeva pristup

privatnim pružateljima usluga te može donositi pogodnosti poput izbjegavanja lista čekanja za javno financirane usluge.

Sukladno analizi tržišnog modela financiranja zdravstvene zaštite uočava se problem jednake dostupnosti zdravstvenih usluga svakom pojedincu, uz nedostatak solidarnosti, dok se istovremeno javljaju zahtjevi za optimalnom razinom kvalitete i efikasnosti koja ovakvim pristupom zdravstvu nije zajamčena, čime se otvara pitanje financijske održivosti ovog kompleksnog sustava i postizanja željenih zdravstvenih ishoda.

2.2.2.2. Beveridgeov model financiranja zdravstva

Osnovna značajka Beveridgeovog modela financiranja zdravstvene zaštite jest oporezivanje putem kojeg se sredstva kumuliraju u državni proračun, a iz kojeg se dio izdvaja za potrebe zdravstvenog sustava kojim upravlja National Health Service (NHS). „Tu pripadaju izravni porezi koje plaćaju pojedinci i tvrtke te neizravni porezi od prodaje roba i usluga“. (Kovač, 2013, str. 553)

Opisani koncept nastao je u Velikoj Britaniji, a kako Kovač (2013) navodi danas se primjenjuje i u Grčkoj, Irskoj, Italiji, Španjolskoj, Portugalu, Danskoj, Švedskoj i Finskoj te Kanadi, dok Stašević (2017) nadodaje kako je opisani koncept osnova na kojoj počiva zdravstvo navedenih zemalja, što ne isključuje i ostale mogućnosti financiranja zdravstvene zaštite.

Osnovne su osobine ovog modela: financiranje iz državnog proračuna, potpun obuhvat stanovništva zdravstvenom zaštitom, slobodan pristup zdravstvenim uslugama, javno pružanje usluga i javna kontrola. Dominantno je državno vlasništvo nad zdravstvenom infrastrukturom. Država preuzima ulogu vođenja i upravljanja, organizira odgovarajuću mrežu zdravstvenih kapaciteta i propisuje aktivnosti i zadatke nacionalnoj zdravstvenoj službi (National Health Service). (Stošević, 2017, str. 4)

Ovakav model osigurava jednakost i ravnopravnost u pristupu zdravstvenim uslugama svakom pojedincu bez obzira na radni odnos i osobne financijske mogućnosti, a kako Stašević (2017) ističe eliminacijski čimbenik za stjecanje prava zdravstvene zaštite jest državljanstvo.

Kao što je već istaknuto, prednost Beveridgeovog modela očituje se u pravednosti u pružanju i pristupu zdravstvenim uslugama, te kako Moissidou (2022) naglašava zdravlju se pristupa kao javnom dobru. Nadalje, državna je uloga u financiranju zdravstvenog sustava podosta izražena kroz odlučivanje o alokaciji prikupljenih financijskih sredstava u državnom proračunu za potrebe zdravstva. Iako je gospodarenje financijskim sredstvima zdravstva uvelike podređeno državnoj politici čime se lakše ostvaruje socijalni aspekt osiguranja osnovnih prava za svakog pojedinca, iz ovog proizlazi i nedostatak, kojeg uviđaju Vašiček i sur. (2016), a koji se ogleda u problematici pojedinih političkih odluka pri čemu sukladno strategiji politike koja se provodi, preraspodijeljena sredstva sustavu zdravstva mogu biti

nedostatna za podmirivanje svih njegovih potreba. Iako se često ovakav koncept uspostave zdravstvenog sustava smatra pravednim i kroz njegovo se djelovanje stvaraju negativne implikacije za pojedine skupine stanovništva. Naime, zdravstveni sustav gotovo uvijek prati problem nedostatka financijskih resursa za zadovoljenje svih njegovih zahtjeva te se uslijed tih pritisaka „smanjuju prava za besplatne usluge“ (Kovač, 2015, str. 32), a što ponajprije iz socijalnog aspekta pogađa stanovništvo nižeg prihodovnog ranga. Također, ista autorica daje i drugu perspektivu objašnjavajući kako se negativne posljedice odražavaju i na dio stanovništva većih primanja obzirom da je u većini slučajeva oporezivanje proporcionalno dohotku ili progresivno, što dovodi i do potencijalnog izvora nezadovoljstva ovog kontingenta građanstva.

2.2.2.3. Bismarckov model financiranja zdravstva

Bismarckov model sistematizacije zdravstvenog sustava temelji se na konceptu obveznog zdravstvenog osiguranja te, kako Kovač (2013, str. 553) navodi, počiva na „načelima solidarnosti i uzajamnosti“. Bauernschuster, Driva i Hornung (2018) objašnjavaju kako je ovaj model financiranja zdravstva nastao 1884. godine, a njegovu je osnovnu značajku obveznog zdravstvenog osiguranja definirao tadašnji kancelar Njemačkog Carstva Otto von Bismarck, po kojem i sam model nazvan. Kovač (2013, str. 553) ističe kako se „javno zdravstvo financira iz fonda za zdravstveno osiguranje koji novac dobiva od posebnog poreza koji plaća radno aktivno stanovništvo (zaposlenici, samouposlenici i poljoprivrednici)“ te Bauernschuster i sur. (2018, str. 1) nadodaju kako je „Bismarckovo zdravstveno osiguranje bilo prvi korak prema demokratiziranom pristupu zdravstvenoj skrbi“.

Opisan model često je primjenjivan u suvremenim zdravstvenim sustavima, a osim u Njemačkoj, kao osnovni koncept sistematizacije zdravstva koristi se i u Austriji, Švicarskoj, Belgiji i Francuskoj. Također, valja istaknuti kako se u svakodnevnom djelovanju zdravstvenih sustava različitih zemalja najčešće pronalazi kombinacija elemenata različitih modela financiranja pa se tako i u hrvatskom zdravstvu pronalaze pojedine karakteristike ovog modela u kombinaciji s elementima Beveridgeovog koncepta uspostave sustava zdravstvene zaštite. Osim toga, kako Kovač (2015) ističe postoji više konfiguracija ovog modela u pogledu akumulacije i alokacije financijskih sredstava.

Doprinosi može skupljati jedan fond nacionalnog zdravstvenog osiguranja (Hrvatska, Estonija, Mađarska) ili jedan fond socijalnog osiguranja (Belgija) ili funkciju sakupljanja doprinosa mogu preuzeti neovisni fondovi (Francuska), lokalne podružnice nacionalnog fonda (Rumunjska), individualni fondovi zdravstvenog osiguranja definirani prema profesijama ili zemljopisnoj pripadnosti (Austrija, Njemačka, Švicarska) ili udruženje osiguravajućih fondova (Luksemburg). (Kovač, 2015, str. 33)

Prednosti ovog modela su: znatno veća samostalnost odlučivanja u sustavu, transparentniji je od Beveridge-ovog modela u količini namjenski prikupljenih sredstava, veća transparentnost namjenskog trošenja zdravstvenog novca, isključivo se financiraju zdravstvene usluge, relativno visoka razina kvalitete usluga i zadovoljstva korisnika. (Kovač, 2015, str. 33)

Uspriko istaknutim prednostima, Moisdou (2022, str. 56) ističe kako Bismarckov model zdravstvene skrbi „zahtijeva veći ekonomski trošak u usporedbi s Beveridgeovim modelom koji se izravno financira porezima“, te nadodaje kako je uslijed sve većeg troškovnog pritiska jedan od najvećih nedostataka povećanje doprinosa za osiguranje, a što posljedično i kod ovog modela otvara pitanje financijske održivosti i nivoa involviranosti države u zdravstvo. Kovač (2015) ističe još jedan nedostatak ukazujući na problem pretjerane ovisnosti o doprinosima za zdravstveno osiguranje iz plaća, što može postati nestabilnim izvorom prihoda u vrijeme kriza i smanjenja broja radnih mjesta. Usto, autorica ističe i problem moralnog hazarda u vidu prekomjerne, ponekad i neargumentirane konzumacije zdravstvenih usluga, što dovodi do povećanja troškova i smanjenja učinkovitosti sustava.

3. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj

Zdravstvena slika stanovništva znakovit je čimbenik gospodarskog stanja i preduvjet daljnjeg rasta i razvoja. Ljudski kapital najvrjedniji je resurs koji predstavlja temeljnu pretpostavku mogućnosti uspostave gospodarskih aktivnosti, a čiji potencijal znatno uvjetuje zdravlje, koje je povratno uvjetovano razinom ekonomske razvijenosti i životnog standarda te kvalitete socijalne i zdravstvene infrastrukture. Dakle, može se konstatirati povratna veza gospodarskog i zdravstvenog sustava putem koje navedeni segmenti, kao jedni od najvažnijih stupova državnog uređenja, svojim djelovanjem istodobno doprinose stvaranju preduvjeta za vlastiti razvoj. Republika Hrvatska je prema Članku 1. Ustava uređena kao nedjeljiva, demokratska i socijalna država. Ujedno, Ustavom je definirano kako „svakom se jamči pravo na zdravstvenu zaštitu u skladu sa zakonom“ (Čl. 59., NN 56/90 (NN 05/14)). Uzimajući u obzir kako se radi o dobru neophodnom svakom građaninu, zdravstveni sustav podliježe brojnim zakonima i propisima, a kao tri temeljna Šogorić (2016) ističe Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Zakon o zdravstvenom osiguranju i Zakon o pravima pacijenata. Sukladno konceptu socijalne države u svrhu postizanja društvenog blagostanja Šogorić (2016, str. 72) navodi fundamentalne vrijednosti na kojima se temelji hrvatski zdravstveni sustav ističući tako „ravnopravnost u pristupu sredstvima za održavanje ili poboljšavanje zdravlja, pravednost u raspodjeli tih sredstava i solidarnost među socijalnim skupinama i generacijama“. Usto, autorica naglašava potrebu za uvažavanjem principa usmjerenosti na pacijenta, poštujući pritom koncept kontinuiteta, koji podrazumijeva tzv. „kontinuum skrbi“ omogućavajući neometanu i trajnu mogućnost zdravstvene skrbi cjelokupnom kontingentu stanovništva bez obzira na starosnu dob, koncept dostupnosti, koji se odnosi na izgradnju mreže zdravstvenih ustanova pristupačne svima bez obzira na barijere uvjetovane teritorijalnom ograničenošću ili kapacitetima, te koncept pristupačnosti kojim se nastoje osigurati jednake mogućnosti i opcije za zdravstvenom skrbi neovisno od stupnja obrazovanja, vjerskog opredjeljenja, socio-ekonomskog statusa i drugih osobnih karakteristika i posebnosti.

Usljed kompleksnosti i značajnih zadaća koje obavlja pred zdravstvenim sustavom još su veliki izazovi, pitanja i dileme njegove optimalne organizacije. Kroz ovo poglavlje analizirat će se model te osnovna obilježja hrvatskog zdravstvenog sustava putem pregleda značajki svih njegovih sastavnica - primarne, sekundarne i tercijarne razine zdravstvene skrbi.

3.1. Povijesni pregled razvoja hrvatskog zdravstva

Hrvatsku je obilježila kultura brojnih naroda koji su kroz povijest naseljavali njezin teritorij od Kelta, Grka, Ilira, Rimljana, Osmanlija pa sve do snažnog austro-ugarskog utjecaja. Izložen brojnim migracijama hrvatski se prostor kulturološki, etnički, politički i gospodarski mijenjao, a što je ostavilo trag i na medicinski razvoj te uspostavu zdravstvenog sustava kakvog danas poznajemo. Značajnije reforme u području zdravstva bile su provedene tijekom 19. stoljeća u vrijeme vladavine Otta von Bismarcka na čelu Austro-ugarske Monarhije. Provedena reorganizacija dotadašnjeg zdravstvenog sustava bila je posljedica zamjetne državne intervencije, a modifikacije sustava očituju se kroz „uvođenje prvih oblika osiguranja od bolesti ili nesreće na radnom mjestu te reguliranje zdravstvenih usluga“ (Zrinščak, 2007, str. 194), dok Jureša, Musil i Majer (2016a) nadodaju kako je u tom razdoblju dotad dobrovoljno osiguranje postalo obavezno. Zrinščak (2007) precizira kako je navedena Bismarckova ideologija o obveznom zdravstvenom osiguranju prvo uvedena u Austriji, a potom se isti koncept 1891. godine počeo primjenjivati i na području Hrvatske. Osim spomenutog modela, hrvatsko zdravstvo definiraju pojedini koncepti i postavke još jednog često primjenjivanog modela organizacije europskih zdravstvenih sustava, a radi se o Beveridgeovom modelu, koji je, kako Kovač (2013) navodi, nastao 1948. godine u Velikoj Britaniji tijekom poslijeratnog razdoblja. Nadalje, Sremac i Žuža (2002) objašnjavaju kako se uz navedene reforme istodobno razvijao sustav zdravstva s aspekta uspostave boljeg nadzora i formiranja službe općinskih liječnika na inicijativu tadašnjeg skupa zagrebačkih liječnika, a što je na kraju rezultiralo djelomičnim uvažavanjem navedene ideje kada su uvedeni kotarski liječnici temeljem Načela javnog medicinskog upravljanja, koja su vrijedila za cjelokupnu Monarhiju, a s ciljem pružanja adekvatne zdravstvene skrbi potpunom stanovništvu. Slijedom provedenih promjena bio je utkan put daljnjem razvoju hrvatskog zdravstva, koje se uspostavom Kraljevine SHS nastavilo razvijati, te je temeljen postavljenih osnova, kako Sremac i Žuža (2002) ističu, 1922. godine usvojen i Zakon o socijalnom osiguranju radnika.

Posljedice rata odrazile su se i na ekonomski i društveni razvoj koji su tijekom perioda između dva svjetska rata djelomično stagnerali, međutim zabilježene su pojedine pozitivne promjene u području zdravstva zahvaljujući hrvatskom liječniku dr. Andriji Štamparu. Svojim istaknutim i predanim radom u području medicine doprinio je osnivanju 250 higijenskih zavoda za vrijeme Jugoslavije. Usto, zagovarao je razvoj zdravstva na temeljima pravednosti i jednake dostupnosti svakom članu društva, a posebice se ističu „Štamparova nastojanja oko naglašavanja važnosti terenskog i preventivnog medicinskog rada, odnosno utemeljenja socijalne i javno financirane medicine“ (Zrinščak, 2007, str. 195), koja su bila radikalna pomak od tadašnjeg pogleda na zdravstvo.

Po završetku Drugog svjetskog rata zdravstvenu zaštitu karakterizirala su tri osnovna oblika ustroja pri čemu je „javna (državna) zdravstvena služba obuhvatila sve zdravstvene ustanove koje su i ranije bile u državnom vlasništvu, dok je zdravstvena služba socijalnog osiguranja obuhvaćala ustanove u vlasništvu socijalnog osiguranja“, a „socijalno je osiguranje plaćalo troškove liječenja osiguranih neovisno o tome liječili se oni u državnim zdravstvenim institucijama ili u privatnim ordinacijama“ (Zrinščak, 2007, str. 196). Treći modalitet činila je privatna zdravstvena zaštita, čiji je koncept sličan današnjem, jer ni tada, kako Zrinščak (2007) ističe, nije bila u potpunosti izdvojena iz javnog zdravstvenog segmenta, već je velika većina liječnika sklapala ugovore s osiguranjem, a učestalo su i privatne zdravstvene usluge pružali po završetku svog radnog vremena u javnim zdravstvenim ustanovama, što je i danas česta pojava.

Tijekom opisanog razdoblja, prema navodima autora Jureše i sur. (2016a), broj osiguranih osoba je bio u porastu te je postepeno osiguranjem osim radnika i njihovih obitelji bio pokriven i preostali udio stanovništva, a „nakon 1990. godine zdravstveni se sustav ustrojava na osnovama globalnih ekonomskih zakona“ (Jureša i sur., 2016a, str. 166), odnosno, kako Roganović (2018) ističe, 1991. godine započela je reorganizacija zdravstva potaknuta usvajanjem Zakona o zdravstvenoj zaštiti „kojim su otvorena vrata privatizaciji primarne i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite te se pacijentima zajamčilo pravo na izbor osobnog liječnika u primarnoj zdravstvenoj zaštiti“ (Roganović, 2018, str. 26). Slijedom ovakvih preinaka nastojala se rasteretiti sekundarna razina zdravstvene zaštite putem veće efikasnosti i funkcionalnosti primarne razine te osigurati pristupačnost zdravstvenih usluga svakom pacijentu uz istodobno povećanje kompetitivnosti unutar sustava s aspekta unapređenja njegove kvalitete. Usprkos spomenutim nastojanjima ovom se reformom nisu u cijelosti uspjeli postići željeni ishodi, a što argumentira i konstatacija o procesu tranzicije kojeg je Hrvatska prolazila. Naime, kako Jureša i sur. (2016a) naglašavaju tranzicijski proces donosi brojne promjene političkog i gospodarskog sustava odražavajući se pritom i na demografsko stanje te društveno blagostanje. „Promjenom političkih i ekonomskih sustava u zemljama u tranziciji uvode se tržišni i vlasnički odnosi i u zdravstvu“ (Jureša i sur., 2016a, str. 166), a pri čemu, kako Kovačić (1996) navodi (kao što Puljiz (2001) citira), dolazi i do poremećaja iz financijskog aspekta u vidu „prelijevanja dijela sredstava iz zajedničkih zdravstvenih fondova u privatno vlasništvo“. U Hrvatskoj su se, kako navode Katić, Rumboldt, Materljan i Gmajnić (2009), zdravstvene usluge primarnog segmenta zdravstvene zaštite provodile u sklopu domova zdravlja, a u vrijeme tranzicije to je bio prvi zdravstveni sektor koji se našao na udaru privatizacije te je prema navodima Ostojića (2009) (kao što citira Rašić Bakarić (2014)) došlo do podjele primarnog zdravstvenog resora na manje međusobno nezavisne jedinice. „Poduzetništvo i privatna inicijativa u zdravstvu trebali su potaknuti pozitivnu konkurenciju, pridonijeti različitosti ponude i povećati kvalitetu“ (Jureša i sur., 2016a, str. 167), međutim,

prema tadašnjem Ministarstvu zdravstva i socijalne skrbi (2012) (kako citira Rašić Bakarić (2014)), dostupnost zdravstvenih usluga nije bila na zadovoljavajućoj razini, a nisu bile ni adekvatno identificirane potrebe stanovništva. Usto, Jureša i sur. (2016a) ističu kako se struktura hrvatskog stanovništva znatno promijenila, obilježena padom nataliteta uz dodatno opterećenje pojavom senilizacije i migracija, a što uvjetuje i promjenu u zdravstvenim potrebama i dodatno otežava prevladavanje brojnih izazova i prepreka s kojima se zdravstvo suočava.

Rezimirajući povijesni koncept razvoja zdravstva pojedini problemi, unatoč dosad provedenim reformama, nisu u potpunosti riješeni, a poremećaji koje uzrokuju i danas su prisutni te se još uvijek traži optimalno rješenje uspostave zdravstvenog sustava koji će efikasno ispunjavati rastuće zahtjeve za zdravstvenom skrbi. Promatrajući suvremenu zdravstvenu koncepciju, uz probleme emigracija, smanjenja mladog stanovništva, uz istodobno povećanje udjela starog, jasno se uočava nestabilnost, nedovoljna efikasnost i upitna održivost današnjeg sustava zdravstva. Ovako opisana pozadina problema hrvatskog zdravstvenog sustava dodatno naglašava intencije za boljom organizacijom i optimizacijom postojećeg sistema u svim segmentima, polazeći od primarne, preko sekundarne pa sve do tercijarne razine zdravstvene zaštite.

3.2. Organizacija hrvatskog zdravstvenog sustava

Organizacija zdravstvenog sustava uvjetovana je brojnim faktorima karakterističnim za pojedinu državu i njezino društveno uređenje, a među najznačajnijim čimbenicima njegovog razvoja, kvalitete i učinkovitosti su „društveno-politički sustav i socioekonomski status zemlje“ (Štimac, Džakula i Rodin, 2016, str. 73). Hrvatski zdravstveni sustav u ingerenciji je Ministarstva zdravstva koje definira osnovne smjernice zdravstvene politike i funkcioniranja zdravstva, a kreator je i razvojnih te provedbenih planova i evaluacijskih kriterija uz istodobno upravljanje financijskim aspektima zdravstvenih potreba.

Zdravstvena zaštita stanovništva Republike Hrvatske provodi se na načelima sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti, kvalitete i cjelovitog pristupa u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, specijaliziranog pristupa u specijalističko-konzilijarnoj i bolničkoj zdravstvenoj zaštiti te na načelima supsidijarnosti i integracije. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18 (NN 33/23))

Dakle, hrvatski sustav zdravstva počiva na osnovnoj trodijelnoj podjeli na primarnu, sekundarnu i tercijarnu zdravstvenu zaštitu, a u socijalnom cilju postizanja sveobuhvatne pokrivenosti cjelokupnog stanovništva adekvatnom zdravstvenom skrbi uspostavljen je mehanizam obveznog zdravstvenog osiguranja u djelokrugu Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje.

3.2.1. Primarna razina zdravstvene zaštite

Primarna razina zdravstvene zaštite obuhvaća skup osnovnih zdravstvenih usluga te se „najčešće provodi kroz domove zdravlja, hitnu medicinsku pomoć, ljekarne i privatnu opću praksu“ (Šimović, Deskar-Škrbić, 2019), „a iz nje se, prema medicinskim indikacijama, upućuje bolesnike u specijalističko-konzilijarnu i stacionarnu zdravstvenu zaštitu“ (Rašić Bakarić, 2014, str. 144).

Starfield, Shi i Macinko (2005) ističu kako je primarna zdravstvena zaštita esencijalni segment zdravstvenog sustava što posebno naglašava potrebu za njezinom optimalnom sistematizacijom i učinkovitosti, a kako Jureša, Musil i Majer (2016b, str. 81) nadodaju temelji se na četiri osnovna načela: „sveobuhvatnosti, kontinuiranosti, dostupnosti i cjelovitom pristupu“.

Sukladno svojoj funkciji, koja podrazumijeva prvu interakciju pacijenta sa zdravstvenim sustavom, ova sastavnica je zbog svoje raznovrsnosti i fragmentiranosti vrlo kompleksna, a temeljem Članka 29. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18 (NN 33/23)) zdravstvena skrb pruža se putem djelatnosti: „obiteljske medicine, zdravstvene zaštite predškolske djece, javnog zdravstva, zdravstvene zaštite žena, dentalne zdravstvene zaštite, dentalnih laboratorija, higijensko-epidemiološke zdravstvene zaštite, medicine rada i sporta, zaštite mentalnog zdravlja, logopedije, patronažne zdravstvene zaštite i sestrinskih savjetovališta, zdravstvene njege u kući, primaljske skrbi, fizikalne terapije, radne terapije, hitne medicine, sanitetskog prijevoza, palijativne skrbi, ljekarništva, radiološke dijagnostike, laboratorijske dijagnostike, telemedicine, zdravstvene ekologije, sanitarnog inženjerstva i psihološke djelatnosti“.

Navedene se djelatnosti kako Rašić Bakarić (2014, str. 144) navodi mogu provoditi „na principu javnog modela (domovi zdravlja) i koncesijskog modela (bilo koncesionari u prostorijama domova zdravlja, bilo privatnici u vlastitom prostoru)“, a kako objašnjavaju Jureša i sur. (2016b, str. 84) „ustanove na primarnoj razini su: dom zdravlja, vojnozdravstveno središte Ministarstva obrane i oružanih snaga Republike Hrvatske, županijski zavod za hitnu medicinu, ustanova za zdravstvenu skrb, ustanova za zdravstvenu njegu i ustanova za palijativnu skrb“.

Dom zdravlja predstavlja temeljnu ustanovu u pružanju primarne zdravstvene zaštite, a u cilju postizanja pristupačnosti i jednake dostupnosti zdravstvene skrbi svakom pojedincu, prema Članku 103. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18 (NN 33/23)) „na području jedinice područne (regionalne) samouprave i Grada Zagreba osniva se jedan dom zdravlja“. U ingerenciji doma zdravlja, sukladno spomenutom Zakonu, su „djelatnosti obiteljske medicine, dentalne zdravstvene zaštite, dentalnog laboratorija, zdravstvene zaštite žena i predškolske djece, medicine rada i sporta, logopedije, laboratorijske i radiološke dijagnostike, ljekarničke djelatnosti, fizikalne terapije, patronažne zdravstvene zaštite, zdravstvene njege, psihološke djelatnosti, radne terapije i palijativne skrbi te specijalističko-konzilijarne djelatnosti“.

Izuzev spomenutog, djelokrug poslova doma zdravlja uključuje i pružanje zdravstvene njege u kući pacijenta, a shodno potrebama stanovništva nadležan je i za organizaciju dispanzerske djelatnosti. Jureša i sur. (2016b, str. 84) objašnjavaju kako ustroj spomenute djelatnosti uključuje „prevenciju, liječenje, socijalnomedicinsku skrb te skrb o specifičnim potrebama“, a s ciljem suzbijanja šećerne bolesti, astme, debljine ili pak nekih drugih javnozdravstvenih problema.

Prema podacima dostupnim na službenoj internetskoj stranici Ministarstva zdravstva (bez dat. a) u Republici Hrvatskoj djeluje 49 domova zdravlja te je u najavi provođenje reforme s ciljem njihove redukcije na 23, što podrazumijeva jedan dom zdravlja po svakoj županiji i najmanje tri u Gradu Zagrebu zbog povećane koncentracije stanovništva koje generira i veću potražnju za zdravstvenom zaštitom. Navedenom reformom nastoji se postići veća učinkovitost domova zdravlja, a u planu je i prenošenje dijela specijalističke zdravstvene zaštite u djelokrug domova zdravlja čime će njihova uloga ojačati, a isto kako iz Ministarstva zdravstva (2022) objašnjavaju ovo je jedan od načina kako će se rasteretiti duge liste čekanja.

Vojno zdravstveno središte Ministarstva obrane i oružanih snaga Republike Hrvatske ima status vojne zdravstvene ustanove i pruža zdravstvenu zaštitu djelatnicima Ministarstva obrane i pripadnicima Oružanih snaga Republike Hrvatske, a u svom sastavu ima djelatnost obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, specifične zdravstvene zaštite, higijensko-epidemiološke i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite te ljekarničku djelatnost. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18 (NN 33/23))

Ustanove za zdravstvenu skrb namijenjene su pružanju zdravstvenih usluga na primarnoj razini, dok se u sklopu ustanova za zdravstvenu njegu pacijentima omogućava njega i rehabilitacija sukladno liječničkim smjernicama na temelju bolesnikovih potreba, a kako Jureša i sur. (2016b, str. 85) nadodaju spomenuti postupci provode se s namjerom „poboljšanja zdravstvenog stanja i sprječavanja njegova pogoršanja“.

Ustanova za palijativnu skrb provodi palijativnu zdravstvenu skrb, koju Svjetska zdravstvena organizacija (2020) definira kao koncept kojim se nastoji unaprijediti kvaliteta života umirućih pacijenata i njihovih obitelji koji se nalaze u životnoj ugroženosti uzrokovanoj teškim bolestima. Palijativna zdravstvena skrb, sukladno spomenutom principu, „je interdisciplinarna u svom pristupu, i stoga se u pravilu pruža timski“ (Lončarek i Džakula, 2016, str. 99), a obuhvaća „palijativni interdisciplinarni tim kućnih posjeta (liječnik, medicinska sestra, fizioterapeut, socijalni radnik s posebnom naobrazbom za pristup umirućem), ambulantu za bol i palijativnu skrb te dnevni boravak i stacionar“ (Jureša i sur., 2016b, str. 85-86).

Patronažna služba također pripada sastavu djelatnosti primarne zdravstvene zaštite, a kako Vrabec i Šogorić (2016, str. 92) ističu „ona je „ispružena ruka“ sustava zdravstva prema zajednici“. Kako iste autorice navode patronažna služba se razlikuje od modela sestinstva, jer se zdravstvene aktivnosti provode „izvan zdravstvenih ustanova, u domu korisnika i u

zajednici“, odnosno odvijaju se na mjestima na kojima korisnici provode svoje životne aktivnosti poput „mjesto na kojima žive, borave, rade, uče ili se igraju“.

Zadaća patronažne sestre je prikupljanje podataka, otkrivanja i zbrinjavanja bolesnih, nemoćnih i socijalno ugroženih stanovnika te očuvanje, unapređenje i zaštita zdravlja pučanstva na teritoriju za koji je zadužena. (Tusić, 2018)

Vrabec i Šogorić (2016, str. 92) naglašavaju kako se navedena djelatnost organizira „kao samostalni timovi u sustavu Doma zdravlja“ te za navedenu djelatnost ne postoji opcija obavljanja iste u okviru privatne prakse, već je potrebno sklopiti ugovorni odnos s HZZO-om putem kojeg se formira, kako iste autorice navode, „polivalentni oblik rada u kojem patronažna sestra participira u skrbi o zdravlju populacije zajedno s timovima primarne zdravstvene zaštite za sve dobne skupine prema principu partnerstva“.

Hitna medicinska služba predstavlja prvi doticaj pacijenta sa zdravstvenim sustavom u slučaju životne ugroženosti uzrokovane iznenadno nastalom bolešću ili pogoršanjem već narušenog zdravstvenog stanja, nastankom nekih ozljeda uslijed nesreće ili pak potrebe za hitnim postupanjem poradi trovanja. Prema Članku 138. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18 (NN 33/23)) u ingerenciji zavoda za hitnu medicinu jest „obavljanje djelatnosti hitne medicine, sanitetskog prijevoza i telemedicine“. Slijedom navedenog, pred ovim zdravstvenim segmentom velik je izazov u postizanju pravodobne i učinkovite zdravstvene zaštite hitnim pacijentima koja „odlučuje o preživljenju bolesnika, trajanju liječenja, stupnju invalidnosti i trošku liječenja“ (Grba-Bujević i Džakula, 2016, str. 96), a što ujedno predstavlja značajni indikator kvalitete zdravstvenog sustava. Dostupnost, stručnost, brzina, opremljenost i preciznost bitne su odlike efikasne hitne medicinske službe, iako takva, kako Grba-Bujević i Džakula (2016, str. 97) ističu, nije oduvijek postojala na području Republike Hrvatske već se desetljećima tražio pravi put njezinom strategijskom razvoju što je „rezultiralo neujednačenom kvalitetom pružanja hitne medicinske skrbi i u izvanbolničkom i u bolničkom dijelu“. Temeljem uviđenih problema suvremenim zdravstvenim reformama nastoji se unaprijediti kvaliteta i efikasnost hitne medicinske skrbi, a što je i jedan od prioriteta u sklopu Nacionalnog plana razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine. Planom su definirane smjernice poboljšanja ove vrste zdravstvene zaštite putem ulaganja u prostor, opremu i medicinski prijevoz. S ciljem postizanja pristupačnosti i optimalnih zdravstvenih ishoda u svakoj hrvatskoj županiji formiran je županijski zavod za hitnu medicinu koji pruža izvanbolničku hitnu medicinsku skrb, dok je u sklopu bolnica organiziran objedinjeni hitni bolnički prijem (OHBP) koji predstavlja „središnje mjesto za prijam, trijažu, dijagnostiku i liječenje akutnih bolesnika“ (Grba-Bujević, Džakula, 2016, str. 97).

3.2.2. Sekundarna razina zdravstvene zaštite

Sekundarna razina zdravstvene zaštite uključuje specijalističko-konzilijarnu i bolničku djelatnost, a kako Štimac i sur. (2016) objašnjavaju, provodi se u poliklinikama, bolnicama i lječilištima.

Poliklinika je zdravstvena ustanova u kojoj se obavlja specijalističko-konzilijarna zdravstvena zaštita, dijagnostika i medicinska rehabilitacija, osim bolničkog liječenja. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18 (NN 33/23))

Bolnice su temeljne zdravstvene ustanove te su glavni nosioci sekundarne razine zdravstvene zaštite. Temeljem Članka 113. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18 (NN 33/23)) opća i specijalna bolnica nose status zdravstvene ustanove u sklopu koje se obavljaju „djelatnost dijagnostike, liječenja, medicinske rehabilitacije i zdravstvene njege bolesnika te osiguravaju boravak i prehranu bolesnika“, a kako Vehovec, Rašić Bakarić i Slijepčević (2014) ističu one predstavljaju i troškovno najzahtjevniji zdravstveni resor. Prema podacima dostupnim na službenoj internetskoj stranici Ministarstva zdravstva (bez dat. b, c) u Republici Hrvatskoj djeluje 20 općih bolnica i 24 specijalne bolnice.

Osim zdravstvenih ustanova u državnom i županijskom vlasništvu, sekundarnu zdravstvenu zaštitu također karakterizira i privatna praksa, koja se simultano odvija uz javnu.

U ovoj kategoriji razlikujemo privatne bolnice, privatne poliklinike i specijalističke ordinacije te trgovačka društva za zdravstvenu djelatnost koja su pravni oblik pružatelja zdravstvene zaštite (uz ustanove i privatne prakse) i karakteriziraju isključivo privatni sektor (trgovačkih društava nema u javnom zdravstvenom sektoru). (Kovač, 2015, str. 401)

Na području Republike Hrvatske danas djeluje velik broj privatnih specijalističkih ambulanti i poliklinika, a nešto manji broj privatnih bolnica, specijaliziranih za pojedinu medicinsku granu te kako Kovač (2015) ističe najveći broj njih je orijentiran djelatnostima oftalmologije, estetske kirurgije, kardiovaskularne kirurgije, ortopedije, ginekologije i dijagnostike.

Hrvatski zdravstveni sustav obilježen je problemima dugih lista čekanja i nedostatka medicinskog kadra u javnom zdravstvu čime je efikasnost u postizanju optimalnih zdravstvenih ishoda narušena, a navedeni je nedostatak posebice izražen u sekundarnoj zdravstvenoj zaštiti. U pronalasku adekvatnog rješenja problema otvara se opcija sklapanja javno privatnih partnerstava na obostranu korist.

Javno-privatno partnerstvo je model dugoročnoga ugovornog partnerskog odnosa između javnog i privatnog sektora, koji može uključivati financiranje, projektiranje, gradnju, upravljanje i/ili održavanje infrastrukture i/ili pružanje usluga od strane privatnog sektora, koje tradicionalno nabavlja i pruža javni sektor. (Barković i Širić, 2010, str. 184)

Nikolic i Maikisch (2006) kao osnovne benefite koji proizlaze iz suradnje javnog i privatnog sektora zdravstva izdvajaju unapređenje kvalitete, djelotvorniju preraspodjelu resursa, bolju efikasnost i upravljanje te mogućnost prijenosa znanja i tehnologije.

Jedan od mogućih oblika suradnje jest sklapanje ugovornog odnosa između privatnih pružatelja zdravstvenih ustanova i Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje putem kojeg se povećava opseg pružatelja zdravstvene zaštite, kojima ne plaćaju izravno pacijenti već im troškove korištenja zdravstvenih usluga podmiruje Zavod. Na ovaj se način pacijentima olakšava cjelokupan postupak liječenja u vidu veće dostupnosti i brzine te se rasterećuje javni zdravstveni sustav.

Kovač (2015) ističe i neiskorištene kapacitete hrvatskog javnog zdravstva kao jedan od potencijalnih resursa za potpuno iskorištenje od strane privatnog sektora s ciljem postizanja bolje kvalitete zdravstvene zaštite. Iako opisani koncept može rezultirati višestrukim pozitivnim implikacijama za sve uključene sudionike, te se može upotrebljavati, kako naglašavaju Ostojić, Bilas i Franc (2012), i za pribavljanje dodatnog izvora kapitala, u hrvatskom zdravstvenom sustavu je ova praksa još nedovoljno rasprostranjena te se suradnja javnog i privatnog u velikom broju slučajeva temelji samo na iznajmljivanju viška prostornih kapaciteta. Usto, valja istaknuti kako osim spomenutih koristi, ovakav oblik suradnje može biti izvor rizika, a posebice za javni dio zdravstvenog sustava u vidu sukoba interesa, jer nije rijetkost da liječnik radi i u javnom i u privatnom sektoru te upravo takvi slučajevi otvaraju pitanje objektivnosti u pružanju javnih zdravstvenih usluga, odnosno svjesnog poticanja pacijenata na korištenje privatnih zdravstvenih usluga.

Osim spomenutog, jedno od rješenja postizanja veće učinkovitosti zdravstvenog sustava jest i funkcionalna integracija zdravstvenih ustanova, a pri čemu je naglasak na bolnicama.

Funkcionalno integrirane bolnice zadržavaju osnovne djelatnosti (interna medicina, kirurgija, pedijatrija i ginekologija i opstetricija) dok se za ostale djelatnosti definiraju modeli funkcionalnog povezivanja i modaliteti obavljanja djelatnosti na način da se u određenoj djelatnosti u jednoj bolnici pruža akutno bolničko liječenje, a u drugoj bi se obavljalo liječenje pacijenata u dnevnoj bolnici. (Ministarstvo zdravstva, 2020a, str. 24)

Navedenim se procesom omogućava postizanje financijske održivosti te bolje iskorištavanje bolničkih kapaciteta, a „otvara se i mogućnost ugovaranja novih kapaciteta gdje za to postoji potreba, te uklanja nepotrebno umnožavanje sofisticiranih dijagnostičkih i terapijskih zahvata na malim geografskim udaljenostima“ (Ministarstvo zdravstva, 2020a, str. 25). Usto, kako Kovač (2015) naglašava primjenom ovakvog modela postiže se i bolja organizacija posla kao i učinkovitije upravljanje ljudskim potencijalom, a što u konačnici rezultira i većom efikasnošću cjelokupnog zdravstvenog sustava i zadovoljstvom kako zdravstvenih djelatnika tako i pacijenata.

Prema navodima na službenoj internetskoj stranici Ministarstva zdravstva (bez dat. d) u 2017. godini je provedeno nekoliko uspješnih funkcionalnih integracija bolnica: „Klinički bolnički centar Osijek i Opća županijska bolnica Našice, Opća županijska bolnica Vukovar i bolnica hrvatskih veterana i Opća županijska bolnica Vinkovci, Opća bolnica Šibensko-kninske županije i Opća i veteranska bolnica „Hrvatski ponos“ Knin, Opća bolnica Karlovac i Opća bolnica i bolnica branitelja Domovinskog rata Ogulin te Opća bolnica „Dr. Josip Benčević“ Slavonski Brod i Opća bolnica Nova Gradiška, a 2018. godine realizirana je funkcionalna integracija Opće županijske bolnice Požega i Opće županijske bolnice Pakrac i bolnice hrvatskih veterana“.

Slijedom dosadašnjih primjera dobre prakse te sukladno reformskim smjernicama bolnička integracija se i dalje provodi te je u prosincu 2022. godine sklopljen još jedan ugovorni odnos o funkcionalnoj integraciji između Kliničkog bolničkog centra Rijeka i Opće bolnice Gospić kako bi se postigla bolja dostupnost i kvaliteta zdravstvene skrbi za sve pacijente.

3.2.3. Tercijarna razina zdravstvene zaštite

Tercijarna zdravstvena zaštita podrazumijeva najsloženiji oblik zdravstvene skrbi, odnosno kako Štimac i sur. (2016) ističu integrira specijalističko-konzilijarnu i bolničku djelatnost te se prema navodima Šimovića i Deskar-Škrbića (2019) najvećim dijelom provodi u bolničkim zdravstvenim ustanovama. Temeljem Članka 35. Zakona o zdravstvenoj zaštiti (NN 100/18 (NN 33/23)) zdravstvene ustanove specijalizirane za provođenje tercijarne razine zdravstvene zaštite su klinike, kliničke bolnice i klinički bolnički centri, a izuzev navedenih na ovoj se zdravstvenoj razini može obavljati i djelatnost palijativne skrbi.

Klinika je specijalistička zdravstvena ustanova ili dio zdravstvene ustanove koja obavlja najsloženije oblike zdravstvene zaštite iz neke specijalističko-konzilijarne djelatnosti te se u njoj izvodi nastava visokih učilišta i provodi znanstveni rad za djelatnost za koju je osnovana. (Štimac i sur. 2016, str. 75)

Klinička bolnica jest opća bolnica u kojoj najmanje dvije od navedenih djelatnosti (interna medicina, kirurgija, pedijatrija, ginekologija i porodiljstvo) nose naziv Klinika, kao i najmanje još dvije druge djelatnosti drugih specijalnosti odnosno dijagnostike. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18 (NN 33/23))

Klinički bolnički centar jest opća bolnica u kojoj osim naziva klinika za djelatnost interne medicine, kirurgije, pedijatrije, ginekologije i porodiljstva, naziv klinika ima više od polovice ostalih specijalnosti i u kojima se izvodi više od polovice nastavnog programa studija medicine, dentalne medicine, farmacije i medicinske biokemije odnosno sestrinstva. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18 (NN 33/23))

U Republici Hrvatskoj djeluje ukupno pet kliničkih bolničkih centara smještenih u najvećim gradovima - Zagreb, Osijek, Rijeka i Split te tri kliničke bolnice smještene u Zagrebu

- Klinička bolnica Dubrava, Klinička bolnica Merkur i Klinička bolnica Sveti Duh. Usto, djeluje i šest klinika - Klinika za ortopediju Lovran, Klinika za infektivne bolesti „dr. Fran Mihaljević“, Klinika za psihijatriju Vrapče, Klinika za dječje bolesti i Klinika za psihijatriju Sveti Ivan te Magdalena - Klinika za kardiovaskularne bolesti Medicinskog fakulteta Sveučilišta J. J. Strossmayera u Osijeku.

3.3. Financijski aspekti hrvatskog zdravstvenog sustava

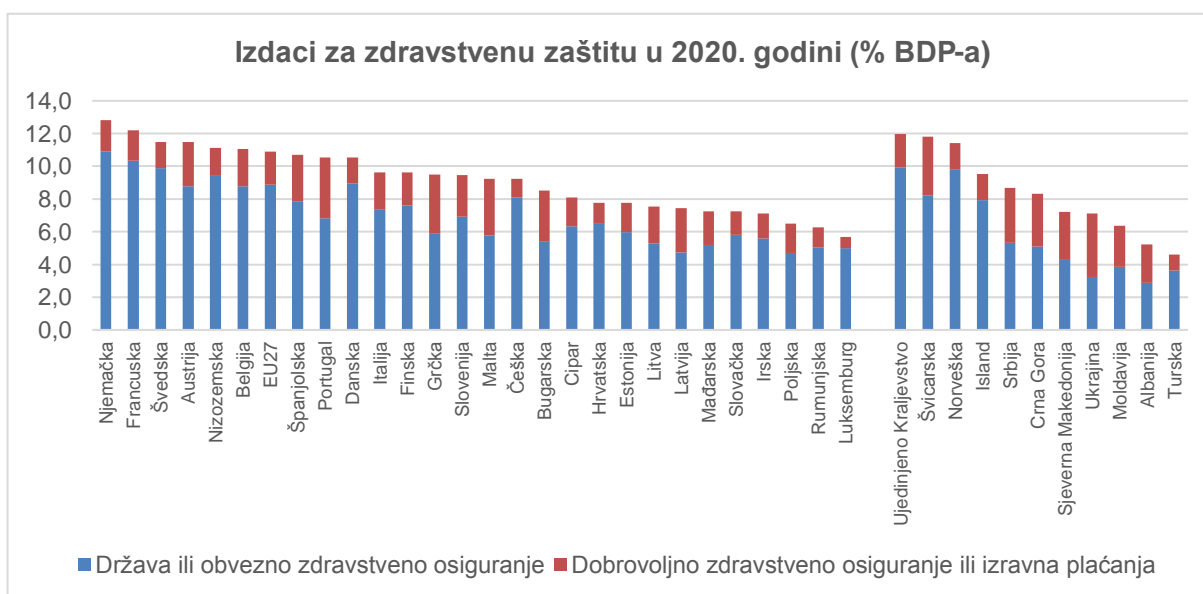
Hrvatski zdravstveni sustav neprestano se suočava s financijskim problemima i pitanjima fiskalne održivosti, a što se najviše odražava na nemogućnost podmirenja dugova bolnicama te veledrogerijama i ljekarnama. Dosad provedenim zdravstvenim reformama nije se uspjela postići financijska učinkovitost te se još uvijek pronalazi pravo rješenje u otklanjanju navedenih poteškoća. Laušić (2019) (kao što citiraju Šimović i Primorac, 2021) naglašava kako je Republika Hrvatska u razdoblju od 1994. do 2018. godine za potrebe sanacije zdravstva ukupno izdvojila 17,7 milijardi kuna (2.349.193.708,94 eura). Prema podacima Ministarstva financija (2020) rebalansom državnog proračuna 2020. godine preusmjereno je 1,76 milijardi kuna (233.592.142,81 eura) Ministarstvu zdravstva, od čega su 1,34 milijarde (177.848.563,28 eura) bile namijenjene sanaciji dugova bolnica prema veledrogerijama, 200 milijuna kuna (26.544.561,68 eura) za podmirenje duga HZZO-a prema ljekarnama te 195 milijuna kuna (25.880.947,64 eura) za projekt KBC Rijeka. Međutim, unatoč navedenim financijskim pomoćima zdravstveni sustav i dalje ne pronalazi adekvatno rješenje efikasnog upravljanja neprestano rastućim troškovima.

Pandemija COVID-19 dodatno je rasvijetlila probleme zdravstvenog sustava rezultirajući sve većim financijskim pritiskom uz naglašavajuć problem manjka medicinskog kadra u javnom zdravstvenom sustavu. Izuzev spomenute zdravstvene i gospodarske krize, dugoročno gledajući trenutni zdravstveni sustav nije održiv, a sve veće izazove predstavlja i „pojava nove tehnologije i rast dohotka, popraćeni demografskim promjenama i institucionalnim karakteristikama zdravstvenog sustava“ (Blecher i sur., 2015, str. 24), a što će u budućnosti sve više dolaziti do izražaja.

Navedene čimbenike rastuće potrošnje dodatno su analizirali Šimović i Primorac (2021) objašnjavajući kako uslijed demografskih kretanja s izraženom senilizacijom stanovništva potreba za zdravstvenim uslugama raste, a što izravno uvjetuje i povećanje troškova. Također, pojava nove i skupocjene tehnologije diktira i veće troškove investicije, dok s druge strane nudi mogućnost postizanja boljih i kvalitetnijih zdravstvenih ishoda kod bolesnika. „Nadalje, s rastom dohotka u društvu rastu očekivanja od (javnog) zdravstvenog sustava kao i opseg zdravstvene zaštite koja se nudi u sklopu obveznog zdravstvenog osiguranja.“ (Šimović, Primorac, 2021, str. 5) Uz dosad navedeno, naposljetku valja spomenuti i institucionalna

obilježja zdravstvenih sustava koje se očituju kroz pojavu tzv. Baumolove bolesti troškova. Naime, Baumolova bolest česta je pojava u zdravstvenom sektoru u kojem dolazi do neusklađenog rasta cijena i produktivnosti zbog pretežite radne intenzivnosti i obilježja uslužnosti. Usto, kako Šimović i Primorac (2021, str. 5) ističu proturječnost produktivnosti i plaća česta je pojava u segmentu javnih usluga jer „sektor usluga ima manji potencijal generiranja inovacija, a time i unapređenja produktivnosti, jer je supstitucija rada kapitalom gotovo nemoguća“.

Osim dosad općenito analiziranih troškovnih faktora potrebno je analizirati i konkretno financijsko stanje hrvatskog zdravstvenog sustava. Zdravstveni sustav važan je u postizanju cjelokupnog koncepta države blagostanja, a zdravstveni izdaci bitan su aspekt javnih financija i svojevrsan indikator stupnja gospodarskog razvoja te posljedično i kvalitete zdravstvenog sustava.



Grafički prikaz 1 *Izdaci za zdravstvenu zaštitu u 2020. godini (% BDP-a)* (Izvor: izrada autorice prema: OECD/European Union (2022), *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*)

Na *Grafičkom prikazu 1* nalazi se pregled izdataka za zdravstvo kao postotni udio u bruto domaćem proizvodu¹ (u daljnjem tekstu: BDP) u zemaljama članicama Europske unije tijekom 2020. godine. Prema dostupnim podacima vidljivo je kako je Republika Hrvatska u 2020. godini izdvojila 7,8% BDP-a na zdravstvo, što je znatno ispod europskog prosjeka koji je iznosio 10,9% BDP-a. Osim udjela u BDP-u često analizirana mjera zdravstvenih rashoda jest i iznos izdataka po stanovniku, a po čemu se hrvatski zdravstveni sustav također

¹ Bruto domaći proizvod (BDP) je tržišna vrijednost svih finalnih roba i usluga proizvedenih u nekoj zemlji tijekom danog razdoblja. (Mankiw, 2006, str. 502)

razvrstava na dno ljestvice u usporedbi s drugim europskim zemljama. Naime, temeljem podataka OECD-a i Europske unije (2022) prema izdacima za zdravstvo po stanovniku Republika Hrvatska se nalazi pri samom dnu u odnosu na preostale zemlje Europske unije. U 2019. godini zdravstvena potrošnja po stanovniku je iznosila 1.392 eura pri čemu je jedino manja potrošnja bila zabilježena u Rumunjskoj i Bugarskoj, dok se u 2020. godini, sukladno podacima OECD-a i Europske unije (2022) povećala na 1.448 eura, ali što je i dalje znatno manje od preostalih europskih država te se Hrvatska uz Rumunjsku našla na začelju, međutim prema objašnjenju istih autora jedan od mogućih razloga je i relativno niski BDP po stanovniku.

Usto, prema podacima OECD-a i Europskog opservatorija za zdravstvene sustave i politike (2022) u ukupnim rashodima za 2019. godinu najveći udio od 81,9% su zauzimala javna sredstva, što je više nego u većini drugih europskih zemalja. „Izravna plaćanja činila su 11,5% rashoda za zdravstvo, što je manje od prosjeka EU-a od 15,4%, a komponenta dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja (6,6% u 2019.) iznosila je više nego što je uobičajeno u zemljama EU-a (prosjeak EU-a 4,9%).“ (OECD/ European Observatory on Health Systems and Policies, 2022, str. 9) Slijedom navedenog, budućim zdravstvenim reformama potrebno je naglasak staviti na veći udio vlastite participacije pacijenata putem većeg izdvajanja za dobrovoljno zdravstveno osiguranje ili putem izravnih plaćanja u cilju rasterećenja javnog financiranja.

U hrvatskom sustavu zdravstvena zaštita se financira putem više izvora, a jedan od najznačajnijih, kako Šimović i Primorac (2021) ističu jesu prihodi po osnovi obveznog zdravstvenog osiguranja kojeg provodi Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje prema temeljnim postavkama Bismarckovog modela i manjim udjelom izravni proračunski transferi sukladno obilježjima Beveridgeovog modela organizacije zdravstva. Svaku razinu zdravstvene zaštite odlikuju posebnosti i drugačiji model financiranja ovisno od zdravstvenih djelatnosti koje pružaju.

Kad je riječ o primarnoj zdravstvenoj zaštiti, postoji nekoliko načina njezina plaćanja: sukladno vrijednosti standardnog tima, sukladno vrijednosti po osiguraniku (iznos glavarine), mehanizmom cijena puta usluga (free-for-service) ili prema dijagnostičko-terapijskom postupku (DTP). (Vončina i Pavić, 2016, str. 164)

Također, kako Kovač (2015) nadodaje u djelatnosti obiteljske (opće) medicine i dentalne medicine postoji mogućnost ostvarenja dodatnih sredstava na osnovu postizanja visoke učinkovitosti mjerene pokazateljem učinkovitosti „Key Performance Indicators“ (KPI) i ciljane razine kvalitete mjerene pokazateljem kvalitete „Quality Indicators“ (QI). Zadovoljavanjem postavljenih standardnih razina učinkovitosti i kvalitete ordinacije primarne zdravstvene zaštite mogu ostvariti stimulacijski dio prihoda. Kako ističu iz Ministarstva zdravstva (2018, str. 5), u cilju veće troškovne učinkovitosti, uvođenjem navedenih pokazatelja u sklopu zdravstvene reforme 2013. godine nastoji se dodatno potaknuti zdravstvene

djelatnike na „racionalno propisivanje lijekova na recept, upućivanje na sekundarnu razinu zdravstvene zaštite i laboratorijske pretrage“, a osim navedenog želi se postići i veća racionalizacija propisanih bolovanja te unaprijediti zdravstvene usluge koje će rezultirati boljim zdravstvenim ishodima.

Plaćanje specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite ponešto se razlikuje te podrazumijeva plaćanje modelom cijena puta usluga (free-for-service) ili prema popisu dijagnostičkih i terapijskih postupaka u zdravstvenim djelatnostima (uz određene vremenske i kadrovske normative) ili prema dijagnostičko-terapijskom postupku (DTP) koji je utvrđen Odlukom o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (pri čemu su materijalni troškovi i lijekovi uključeni u dogovornu cijenu). (Vončina i Pavić, 2016, str. 164)

Osim spomenutog, najveći dio izdataka čini bolnička zdravstvena zaštita, a koja se, kako navode Vončina i Pavić (2016), podmiruje sukladno bolničkom limitu, odnosno najvećem novčanom iznosu koji je dan na raspolaganje za pružanje bolničke zdravstvene zaštite. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje troškove bolničke zdravstvene zaštite podmiruje temeljem DTS sustava (dijagnostičko terapijske skupine), prema kojem se bolnička skrb financira prema slučaju i ovisi o njegovoj složenosti. „Cijena se formira na osnovi razloga prijma (glavne dijagnoze), provedenih postupaka, a na nju dodatno utječu dodatne komplikacije.“ (Vončina i Pavić, 2016, str. 165) Prema navodima Vlade Republike Hrvatske (2016) ovakav je sustav utemeljen izlaskom HZZO-a iz Državne riznice što je omogućilo plaćanje bolnicama za izvršene usluge te sukladno pokazateljima kvalitete, umjesto dotadašnje prakse plaćanja u obliku mjesečnih proračunskih limita.

Naposlijetku valja spomenuti i novije mogućnosti financijske perspektive kojima se značajno može pomoći zdravstvenom sustavu i doprinijeti njegovom daljnjem razvoju. Naime, kako ističu Šimović i Primorac (2021) hrvatsko zdravstvo ne koristi puni potencijal EU projekata putem kojih bi se mogla iskoristiti financijska sredstva. „Republici Hrvatskoj dodijeljena su sredstva Europske unije u iznosu od 23,5 milijardi eura, odnosno 176,3 milijardi kuna, za naredno razdoblje koja proračunski i izvanproračunski korisnici imaju na raspolaganju za razvojne, strateške i reformske projekte“ (Ministarstvo financija, 2020), a osim spomenutog iz Fonda solidarnosti Europske unije dodijeljeno je još 5,1 milijarda kuna (676.886.322,91 eura) za sanaciju oštećenih zgrada u potresom pogođenim područjima, a u sklopu čega se podrazumijeva i obnavljanje zdravstvenih ustanova. Također, valja istaknuti kako su Republici Hrvatskoj u sklopu europske pomoći putem fonda „React EU“ na raspolaganju bespovratna novčana sredstva u visini 735 milijuna eura namijenjena financiranju COVID mjera s ciljem zadržavanja gospodarske likvidnosti, radnih mjesta i novih investicija u zdravstveni sustav.

Zbog neiskorištenosti potencijala EU fondova, danas se mnoge stavke u sustavu zdravstva financiraju iz tekućih prihoda i poslovanja (npr. zadržavanje opreme, obnova pročelja

zgrada itd.) umjesto da se ta sredstva koriste za zdravstvenu zaštitu. (Šimović i Primorac, 2021, str. 26)

Šimović i Primorac (2021) također ističu kako postoje znatne neiskorištene mogućnosti EU projekata putem kojih bi se mogle provesti energetske obnove zdravstvenih ustanova i izgraditi nova zdravstvena infrastruktura, jer bi se time reducirali dosad visoki troškovi hladnog pogona, kao što su troškovi vode i preostalih energenata, koji čine, kako isti autori navode, i do 5% ukupnih izdataka bolničkih ustanova. Nadalje, potrebi ulaganja u infrastrukturu ide u prilog i činjenica kako je u podosta velikoj mjeri još uvijek zastupljena zastarjela medicinska oprema pri čemu kvarovi i poduži popravak kočice normalni tijek u pružanju zdravstvene skrbi, što narušava njezinu dostupnost i kvalitetu, a odražava se i na njezinu učinkovitost i ekspeditivnost produljujući liste čekanja.

3.3.1. Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (u daljnjem tekstu: Zavod ili HZZO) za hrvatski zdravstveni sustav predstavlja osnovni financijski stup omogućavajući pritom normalno odvijanje zdravstvenih usluga pacijentima posredstvom novčanih sredstava svim razinama zdravstvene zaštite putem ugovornog odnosa. HZZO kao središnja institucija zdravstva odgovorna za realizaciju koncepta obveznog zdravstvenog osiguranja u ingerenciji je Ministarstva zdravstva koje definira njegova pravila i odrednice rada, a kako Vončina, Pavić i Mastilica (2016b) ističu sve do 2014. godine Zavod je činio i dio sustava Državne riznice. Iako je u nadležnosti Ministarstva zdravstva, cjelokupna organizacija, principi i način djelovanja Zavoda podliježu zakonskoj regulativi u okviru Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju koji je usvojen 2013. godine. Sukladno navedenom Zakonu, prema Članku 4. (NN 80/13 (NN 33/23)), na obvezno zdravstveno osiguranje „obvezne su se osigurati sve osobe s prebivalištem u Republici Hrvatskoj i stranci s odobrenim stalnim boravkom ili dugotrajnim boravištem u Republici Hrvatskoj, ako međunarodnim ugovorom, odnosno posebnim zakonom nije drukčije određeno“.

Sa svrhom održivosti i za svoje neometano djelovanje Zavod financijska sredstva prikuplja putem različitih izvora. Vončina i sur. (2016b) ističu kako su to doprinosi za zdravstveno osiguranje koje podmiruje radno aktivno stanovništvo u visini 16,5% bruto plaće, sredstva iz državnog proračuna, prihodi od premija dopunskog zdravstvenog osiguranja, sredstva uprihodovana putem kamata, dividendi i naknada šteta, priljev novca temeljem dionica i drugih vrijednosnih papira te putem participacije i administrativnih pristojbi.

Prema Članku 18. Zakona o obveznom zdravstvenom osiguranju (NN 80/13 (NN 33/23)) obvezno zdravstveno osiguranje pokriva 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, ugovornim državama i trećim državama“.

Prema navodima na službenoj internetskoj stranici Zavoda (2019) (kao što citiraju Šimović i Deskar-Škrbić, 2019) obveznim zdravstvenim osiguranjem HZZO osigurava podmirenje do 80% troškova zdravstvenih rizika obuhvaćenih „košaricom usluga“ u okviru obveznog zdravstvenog osiguranja, dok preostali dio izdataka plaća osiguranik putem ugovorenog dopunskog zdravstvenog osiguranja ili izravno kroz financijsku participaciju za usluge koje je koristio. Dakle, kako se navodi na službenoj internetskoj stranici Zavoda (bez dat. a), osobe bez dopunskog zdravstvenog osiguranja snose troškove pružene zdravstvene skrbi u iznosu od 20% od ukupne cijene pojedine usluge, a isto pravilo vrijedi i u slučaju bolničkog liječenja pri čemu najviša cijena naknade iznosi 265,45 eura / 2.000 kuna po jednom pregledu. Usto, obveza participacije se odnosi i na preglede u sklopu primarne zdravstvene zaštite gdje pacijent bez dopunskog zdravstvenog osiguranja za svaki pregled kod obiteljskog liječnika i za svaki izdani lijek na recept snosi naknadu u visini 1,33 eura / 10 kuna. Modelom dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja opisani participacijski koncept zamjenjuje se plaćanjem premije osiguranja kojom se pokrivaju troškovi nastali korištenjem zdravstvenih usluga. Dobrovoljno zdravstveno osiguranje počiva na pravnim temeljima Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (NN 85/06 (NN 23/23)) te sukladno Članku 2. podrazumijeva „dopunsko zdravstveno osiguranje, dodatno i privatno zdravstveno osiguranje“.

Dopunsko zdravstveno osiguranje organizirano je kao dugoročni oblik osiguranja s trajanjem ugovornog odnosa od minimalno jedne godine tijekom kojeg se osiguranik obvezuje na plaćanje mjesečnih iznosa premije. Postoji nekoliko kategorija osiguranika izuzetih od obveze podmirenja cijene premije, a to su temeljem Članka 14.a Zakona o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju (NN 85/06 (NN 23/23)) osigurane sobe s utvrđenim težim stupnjem invaliditeta, osigurani darivatelji dijelova ljudskog tijela u cilju liječenja, osigurani dobrovoljni darivatelji krvi (muškarci s više od 35 i žene s više od 25 darivanja krvi), osobe starije od 18 godina u statusu redovitih učenika i studenata te osobe koje su u prethodnoj kalendarskoj godini mjesečno ostvarile manje od 331,81 eura po članu obitelji i samci koji u prethodnoj kalendarskoj godini nisu ostvarili mjesečni prihod veći od 415,42 eura.

Dok tržište obveznog zdravstvenog osiguranja predstavlja monopol gdje se na strani ponude pojavljuje samo HZZO, tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja, kod kojeg se osim HZZO-a kao ponuđači pojavljuju i osiguravajuća društva, konkurentnije je te stvara širi spektar mogućnosti odabira za osiguranike. Usto, uvjeti ugovornog odnosa promatranih ponuđača se razlikuju, pri čemu se HZZO diferencira svojom policom dopunskog zdravstvenog osiguranja ističući kako je to „jedina polica dopunskog zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj s

jedinstvenom cijenom od 111,49 EUR / 840,00 kn godišnje za sve građane“ (HZZO, bez dat. a). Pristupom međugeneracijske solidarnosti nastoji se postići ravnopravnost svih kategorija osiguranika bez obzira na dob i intenzitet korištenja zdravstvenih usluga. S druge strane, cijene polica osiguranja kod osiguravajućih društava mogu se znatno razlikovati.

Osiguravajućim društvima presudan je ekonomski čimbenik uz aktuarski izračun premije pa se i premije razlikuju od jednog do drugog osiguravajućeg društva ovisno o visini i širini pokrića. Cijena police dopunskog zdravstvenog osiguranja kod osiguravajućeg društva ovisi o ugovorenom opsegu pokrića (uz osnovno pokriće propisano zakonom moguće je ugovoriti i šire pokriće odnosno uključiti dopunsku listu lijekova, tzv. B listu). (Puljiz, 2014, str. 116)

Premda se osiguranicima ovakvim obuhvatom osiguranja omogućava znatno više opcija prilikom korištenja zdravstvenih usluga, osiguravajuća društva se mogu naći u podređenom položaju u odnosu na HZZO koji, kao središnja institucija zdravstvenog osiguranja, „može utjecati na iznose sudjelovanja u zdravstvenoj zaštiti i mijenjati lijekove na dopunskoj listi“ (Puljiz, 2014, str. 116) čime izražava svoj privilegirani tržišni utjecaj stavljajući osiguravajuća društva u nepovoljan financijski položaj.

Izuzev spomenutog, na hrvatskom tržištu dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja postoji mogućnost ugovaranja i dodatnog te privatnog zdravstvenog osiguranja koje pružaju privatni osiguravatelji. Radi se o oblicima osiguranja kod kojih ne postoji jedinstvena visina cijene police, već se one razlikuju „uzimajući u obzir dob, spol, bonus i malus, tablice smrtnosti i tablice bolesti te trajanje sklopljenog ugovora o osiguranju“. (Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju NN 85/06 (NN 23/23)) Koncept osiguranja u kojem ne vrijede isti uvjeti ugovaranja za sve osiguranike otvara dodatno pitanje rizičnosti pojave informacijske asimetrije u ugovornom odnosu ugovaratelja osiguranja i osiguravatelja, a neravnopravan odnos u posjedovanju informacija može posljedično dovesti i do mogućnosti pojave moralnog hazarda.

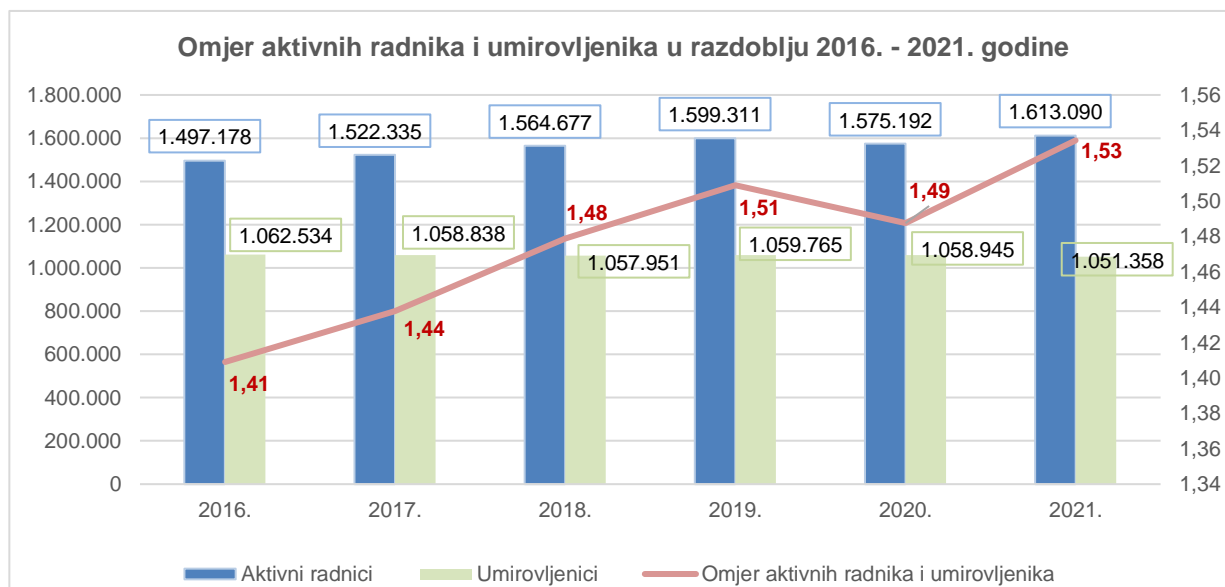
Tablica 1 Prihodi HZZO-a u 2021. i 2022. godini (Izvor: izrada autorice prema: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO], Obrasci financijskih izvještaja ver. 8.0.3.; Bilješke uz financijska izvješća o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za razdoblje 01. siječnja do 31. prosinca 2022. godine)

	2021.	2022.
PRIHODI POSLOVANJA	4.351.284.943,66 €	4.495.854.699,96 €
	32.784.756.408,00 kn	33.874.017.236,88 kn
Prihodi od poreza	- €	- €
	- kn	- kn
Prihodi od doprinosa	3.100.780.808,68 €	3.500.942.523,72 €
	23.362.833.003,00 kn	26.377.851.444,96 kn
Pomoći iz inozemstva i od subjekta unutar općeg proračuna	905.482.011,02 €	636.256.624,20 €
	6.822.354.212,00 kn	4.793.875.535,03 kn
Prihodi od imovine	1.236.233,46 €	1.091.458,02 €
	9.314.401,00 kn	8.223.590,47 kn
Prihodi od upravnih i administrativnih pristojbi, pristojbi po posebnim propisima i naknada	343.378.080,03 €	357.229.756,45 €
	2.587.182.144,00 kn	2.691.547.599,99 kn
Prihodi od prodaje proizvoda i robe te pruženih usluga, prihodi od donacija te povratni po protestiranim jamstvima	246.911,54 €	291.382,46 €
	1.860.355,00 kn	2.195.421,12 kn
Prihodi iz nadležnog proračuna i od HZZO-a na temelju ugovornih obveza	- €	- €
	- kn	- kn
Kazne, upravne mjere i ostali prihodi	160.898,93 €	42.955,11 €
	1.212.293,00 kn	323.645,31 kn

U *Tablici 1* prikazana je struktura prihoda Zavoda ostvarenih tijekom 2021. i 2022. godine s iskazanim iznosima u kunama preuzetih iz službenih dokumenata te konvertiranim iznosima u eurima kao nove službene valute Republike Hrvatske sukladno Zakonu o uvođenju eura kao službene valute u Republici Hrvatskoj (NN 57/22 (NN 88/22)). Najveći udio u ukupnim prihodima u obje promatrane godine čine sredstva prikupljena temeljem doprinosa pri čemu se uočava povećanje prihoda po toj osnovi tijekom 2022. godine kada su oni iznosili 3.500.942.523,72 €. Iznos prihoda od doprinosa u 2022. godini predstavlja realniju sliku prihodovne strukture Zavoda, obzirom da je, kako se navodi u Bilješkama uz financijska izvješća (2022), 2021. godine bila na snazi odluka o privremenom oslobođenju od plaćanja doprinosa uslijed izvanrednih uvjeta uzrokovanih virusom COVID-19. Gospodarske prilike i izvanredne te nepredvidive okolnosti uvelike se mogu odraziti na financijsku sliku Zavoda, a što je bilo vidljivo u vrijeme pandemije COVID-19 kada su prihodi od doprinosa bili smanjeni. Iznenadna pojava epidemije istaknula je i temeljne slabosti Bismarckovog modela organizacije zdravstvenog sustava koji je, oslanjajući se pretežito na prihode od doprinosa radno aktivnog stanovništva, koji su uvelike uvjetovani gospodarskim stanjem, doživio šok smanjenjem

financijskih mogućnosti Zavoda u podmiranju novčanih obveza temeljem pruženih zdravstvenih usluga osiguranicima (za kojima je potražnja naglo porasla). Smirivanjem krizne situacije i povratkom nekadašnjem opsegu ekonomskih aktivnosti struktura zaposlenih se poboljšala, čime su se i prihodi, po osnovi doprinosa radno aktivnog stanovništva, povećali i učinili rashodovni mehanizam HZZO-a održivijim. Međutim, preostale vrste prihoda mogu isto tako u većoj mjeri varirati iznosima iz godine u godinu, obzirom da su definirane promjenjivim varijablama, kao što su primjerice prihodi od imovine ili pak prihodi od kazni.

Prema posljednjim dostupnim podacima, temeljem Izvješća o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu, bilo je evidentirano 1.613.090 aktivnih radnika, 9.089 aktivnih poljoprivrednika, 1.051.358 umirovljenika te 1.113.793 preostalih kategorija osiguranika. Na *Grafičkom prikazu 2* vidljivo je kretanje omjera aktivnih radnika i umirovljenika tijekom šestogodišnjeg razdoblja, od 2016. do 2021. godine, obzirom da navedene kategorije zauzimaju najznačajnije udjele u ukupnoj strukturi osiguranika.



Grafički prikaz 2 Omjer aktivnih radnika i umirovljenika u razdoblju 2016. - 2021. godine u Republici Hrvatskoj (Izvor: izrada autorice prema: Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu; Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu)

Temeljem povoljnih gospodarskih kretanja vidljivo je kako se broj aktivnih radnika tijekom promatranog perioda kontinuirano povećavao uz istodobno stagnaciju broja umirovljenika što je rezultiralo i pozitivnim rastom omjera aktivnih radnika i umirovljenika. Tijekom 2020. godine došlo je do iznenadnog pada zaposlenosti uzrokovanog gospodarskim poremećajem izazvanim pandemijskim neprilikama virusa COVID-19 što je narušilo dotad linearan rast omjera aktivnih radnika i umirovljenika, no već u 2021. godini ekonomija se polako počela oporavljati, a što se pozitivno odrazilo i na stanje na tržištu rada povećanjem udjela

broja zaposlenih. Promatrani omjer izuzetno je bitan parametar s aspekta održivosti uzme li se u obzir činjenica kako doprinosi radno aktivnog stanovništva predstavljaju i najveći novčani priljev u financijski fond Zavoda, dok su s druge strane umirovljeni osiguranici najvećim dijelom korisnici zdravstvenih usluga koje Zavod financira.

Tablica 2 Rashodi HZZO-a u 2021. i 2022. godini (Izvor: izrada autorice prema: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO]; Obrasci financijskih izvještaja ver. 8.0.3.; Bilješke uz financijska izvješća o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za razdoblje 01. siječnja do 31. prosinca 2022. godine)

	2021.	2022.
RASHODI POSLOVANJA	4.114.661.998,01 €	4.383.537.386,61 €
	31.001.920.824,00 kn	33.027.762.439,38 kn
Rashodi za zaposlene	38.780.802,31 €	41.361.486,64 €
	292.193.955,00 kn	311.638.121,07 kn
Materijalni rashodi	10.734.722,01 €	12.234.544,13 €
	80.880.763,00 kn	92.181.172,74 kn
Financijski rashodi	2.888.495,72 €	3.367.089,79 €
	21.763.371,00 kn	25.369.338,05 kn
Subvencije	- €	- €
	- kn	- kn
Pomoći dane u inozemstvo i unutar općeg proračuna	16.712.991,84 €	14.318.780,05 €
	125.924.037,00 kn	107.884.848,25 kn
Naknade građanima i kućanstvima na temelju osiguranja i druge naknade	4.044.946.022,16 €	4.311.811.844,80 €
	30.476.645.804,00 kn	32.487.346.344,62 kn
Ostali rashodi	598.963,97 €	443.641,20 €
	4.512.894,00 kn	3.342.614,65 kn

Usporedno prihodovnoj potrebno je sagledati i strukturu rashoda Zavoda. U *Tablici 2* prikazan je koncept rashoda nastalih 2021. i 2022. godine, dvojno iskazan u kunama i eurima. Najveći udio izdataka u obje promatrane godine čine naknade građanima i kućanstvima na temelju osiguranja i druge naknade, a u 2022. godini se uočava i povećanje ove vrste rashoda kada su iznosili 4.311.811.844,80 €, što predstavlja povećanje od 6,6% u odnosu na 2021. godinu. Glavni uzrok rasta ove vrste izdataka posljedica je „većih troškova za samoizolaciju i bolovanja, troškova testiranja i cijepljenja protiv COVID-19 kao i nabave cjepiva protiv COVID-19“ (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO], 2022), jer, kako Vončina i sur. (2016b) ističu, osim prava na zdravstvenu skrb osiguranicima se omogućava novčana naknada za slučaj bolovanja i privremene nesposobnosti za rad te podmirenje troškova prijevoza nastalih korištenjem usluga zdravstva iz obveznog zdravstvenog osiguranja. Visine preostalih vrsta rashoda podložne su promjeni iz godine u godinu kao rezultat aktualnih gospodarskih okolnosti.

3.3.2. Privatna potrošnja

Zdravstveni sustav se u najvećoj mjeri financira putem javnih izvora, dok privatni izdaci čine tek mali udio. Prema podacima OECD-a i Europske unije (2022) za 2020. godinu u Republici Hrvatskoj od ukupno 7,8% BDP-a koji se izdvaja za zdravstvenu zaštitu samo 1,2% čine privatni izdaci, a što je skoro upola manje od europskog prosjeka gdje privatni izdaci čine 2,0% BDP-a. Šimović i Primorac (2021, str. 30) razlog navedenom stanju pronalaze u širokom spektru zdravstvenih usluga koje pokriva obvezno zdravstveno osiguranje te isto tako ističu kako „u pogledu strukture izdataka, Hrvatska ima znatno veći udio izdvajanja izravno „iz džepa“ građana u odnosu na druge oblike privatnih izdataka za zdravstvo, odnosno dobrovoljna zdravstvena osiguranja“. Hrvatsko tržište dobrovoljnog zdravstvenog osiguranja još uvijek nije doseglo visok stupanj razvoja, ali spomenuta činjenica dovodi do zaključka kako pacijenti, izvan sustava osiguranja, izdvajaju određeni dio osobnih novčanih sredstava za privatne zdravstvene usluge.

Kovač (2015) naglašava kako se financijskim modifikacijama zdravstvenog sustava u vidu povećanja privatnih izdataka može doprinijeti olakšanju javnog financijskog segmenta te navodi kako se radi o osobnom participiranju „iz džepa“ za korištenje zdravstvenih usluga kod privatnih pružatelja koji ugovornim odnosom nisu povezani s HZZO-om te u slučaju neposjedovanja dopunskog zdravstvenog osiguranja za zdravstvene usluge bez potpune pokrivenosti obveznim zdravstvenim osiguranjem. Organizacijom financijskog modela u kojem većim dijelom sudjeluje pacijent mogu se ostvariti značajna poboljšanja u vidu kvalitete, a da bi se to postiglo „modernizacija i unaprjeđenje zdravstvenog sustava, osim kontrole troškova i potrošnje, trebale bi uključiti i nove izvore financiranja kako bi se smanjio jaz između povećane potrošnje i ograničenih prihoda“ (Šimović i Primorac, 2021, str. 29). Drugim riječima, potrebno je reformirati javni zdravstveni sustav kako bi se veći dio novčanih sredstava privukao u javni segment, jer danas velik dio izravnih plaćanja pacijenata ostaje cirkulirati u privatnom zdravstvenom segmentu te se time pozitivni učinci ne odražavaju na opterećeni javni sustav. U cilju rješavanja opisanih poteškoća Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske (u daljnjem tekstu: UPUZ) predlaže reformsku mjeru uvođenja nadstandarda. Navedena mjera, kako iz UPUZ-a (2021) navode, podrazumijeva izradu kataloga roba i usluga te njihovu standardizaciju čime bi se svim pacijentima omogućilo korištenje standardiziranih roba i usluga adekvatne razine sigurnosti i kvalitete. Osim spomenutog, katalog usluga mogao bi se koristiti u troškovnoj procjeni kao temelj pri odlučivanju o uslugama koje će ulaziti u osnovnu zdravstvenu zaštitu financiranu od strane HZZO-a. Osim osnovne, kreirala bi se i dodatna kategorija nadstandarda s obuhvaćenim višim standardima kvalitete u sklopu koje bi pacijenti primjerice mogli izabrati, ukoliko bi željeli, iz iste generičke skupine skuplju varijantu lijeka ili pak

kvalitetnije ugradbene materijale, kao što su, kako Šimović i Primorac (2021) pojašnjavaju, bolji stentovi ili umjetni dodaci koji zamjenjuju ljudsko koljeno, kuk ili neki drugi dio tijela.

Bez obzira na inicijalno veći trošak, bolji implantati u dugom roku trebali bi smanjiti troškove liječenja. Uglavnom se radi o materijalima većeg životnog vijeka koji smanjuju troškove rehabilitacije (koje opet plaća HZZO) kao i ponovljenog operativnog zahvata. Također, bolji materijali omogućavaju brži povratak u radnu aktivnost, što pak utječe na generiranje ekonomske dodane vrijednosti i plaćanje doprinosa. (Šimović i Primorac, 2020, str. 29)

Izuzev spomenutog, čest je slučaj korištenja privatne zdravstvene zaštite u području dentalne medicine pri čemu se velik broj pacijenata odlučuje na korištenje dentalne zdravstvene usluge kod privatnih pružatelja. Usto, česta je praksa korištenja privatnih zdravstvenih usluga i u području dermatologije u privatnim dermatološkim poliklinikama, a također, u posljednjih nekoliko godina raste i potražnja za privatnim rodilištima.

Opisana reformska mjera većinski bi se trebala provoditi putem sustava dobrovoljnih zdravstvenih osiguranja, a s ciljem da se smanje navedena izravna plaćanja „iz džepa“, kako bi se postiglo veće uprihodovanje privatnih izdataka u javni zdravstveni segment i time rasteretio dio javnog financiranja. Iako u Republici Hrvatskoj postoji određeni kontingent stanovništva koji privatno izdvaja za zdravstvo, kao što je već spomenuto ta ista sredstva i dalje ostaju privatni financijski resurs, a kako Šimović i Primorac (2021) ističu samo otprilike 30% privatnih izdataka koristi javni resor, umjesto da se beneficije privatnih izdataka iskoriste na dobrobit cjelokupnog javnog zdravstva. Drugim riječima, kako iz UPUZ-a (2021) predviđaju, provedbom predloženog modela zdravstvene ustanove uprihodovale bi dodatnih 500 milijuna kuna, odnosno 66.361.404,21 eura.

4. Osnovne odrednice rada zdravstvenog sustava

Dobro uspostavljen zdravstveni sustav važan je uvjet za postizanje društvenog blagostanja te se zdravstvenom politikom nastoji uspostaviti jasan okvir njegove organizacije i djelovanja. Međutim, kao što je već spomenuto, još uvijek nije pronađen pravi put sistematizacije zdravstva putem kojeg bi se ostvarile jednake mogućnosti za svakog člana društva i u potpunosti zadovoljile njihove zdravstvene potrebe. U postizanju željene razine učinkovitosti i kvalitete na hrvatski zdravstveni sustav, osim vlastite nedjelotvornosti poradi loše organizacije, negativno djeluju i vanjski čimbenici koje je potrebno sagledati iz makroekonomske perspektive.

Republika Hrvatska se suočava s problemom pojačanog iseljavanja stanovništva, koje je u posljednjih desetak godina članstvom u Europskoj uniji dodatno izraženo povećanjem emigracija hrvatskog stanovništva u zemlje zapadne Europe. Akrap (2015) navodi kako će, prema projekciji ukupnog broja i dobnog sastava stanovništva, do 2051. godine, u odnosu na 2011. godinu, ukupni broj stanovnika pasti s 4 284 889 na 3 456 866, što predstavlja pad od gotovo 20%. Tome u prilog ide i podatak objavljen od strane Državnog zavoda za statistiku (2022) kako se broj stanovnika u posljednjih desetak godina smanjio za 9,46%, tj. prema posljednjem popisu stanovništva iz 2021. godine u Republici Hrvatskoj živi 3 871 833 stanovnika, što je u odnosu na popis iz 2011. godine 413 056 stanovnika manje. Istaknut problem iseljavanja stanovništva uz istodobno povećanje udjela starog stanovništva u ukupnoj populaciji Republike Hrvatske izravno donosi višestruke negativne implikacije na zdravstveni sustav, a posebice jer se dio zdravstvenih rashoda financijski podmiruje po principu međugeneracijske solidarnosti kroz što se izravno očituje negativna posljedica depopulacije na zdravstveni sustav smanjenjem doprinosa kojeg plaćaju zaposleni. Župarić-Ilić (2016) naglašava kako se emigracijski poremećaj u srednjem i dugom roku negativno odražava na ekonomiju uzrokujući deficit radnika na tržištu rada, a što posljedično dovodi do rizičnosti i destabilizacije zdravstvenog, socijalnog i mirovinskog sustava. Drugim riječima, egzodus mladog i visokoobrazovnog stanovništva ostavlja trag na cjelokupni gospodarski sustav zemlje pa tako i na zdravstveni sustav, koji se suočava s deficitom medicinskog osoblja čime su uvjetovani zdravstveni kapaciteti, koji pod pritiskom „pucaju“, liste čekanja se produljuju što dovodi u pitanje kvalitetu zdravstvene usluge i njezine jednake dostupnosti svima. Usljed navedenih problema, sve više raste i nezadovoljstvo medicinskog kadra, koji također čini znatan udio u emigracijskoj masi, a što ostavlja negativne posljedice i na državni proračun putem čijih je sredstava financirano njihovo visokoškolsko obrazovanje. Prema objašnjenju Gruberu i sur. (2020) glavni uzrok iseljavanja mladih liječnika je potraga za višim standardom i boljim uvjetima rada s mogućnošću daljnjeg profesionalnog razvoja. Njihov deficit u javnom

zdravstvenom sustavu posebice je izražen u manjim mjestima i otocima, odnosno područjima koja su odcijepljena od većih gradova, čime se otežava ispunjenje cilja jednake dostupnosti zdravstvene zaštite svima. U sklopu zdravstvenih reformi jedan od prioriteta jest i jačanje djelatnosti telemedicine i primjene visoko razvijene informacijsko-telekomunikacije tehnologije s ciljem ublažavanja nedostatka pokrivenosti zdravstvenom zaštitom, no obzirom da je medicinska struka pretežito radno intenzivna ponekad je gotovo nemoguće zamijeniti ljudski rad i brzinu dostupnosti adekvatne zdravstvene skrbi. Pored navedenog, glede informatizacije zdravstva iz Ministarstva zdravstva (bez dat. e, str. 18) ističu potrebu za uvođenjem novog zanimanja „Biomedicinski i zdravstveni informatičar“ s ciljem izgradnje stručnog kadra eksperata za stvaranje i održavanje zdravstvenih informacijskih sustava, navodeći kako je „Republika Hrvatska jedina zemlja članica EU koja nema obrazovni program za ciljane stručnjake iz biomedicinske i zdravstvene informatike“.

Primjena tehnologije u zdravstvu jedan je od nužnih uvjeta za postizanje pozitivnih ishoda liječenja, ali uz neospornu potrebu za simultanim djelovanjem iskusnog i stručnog medicinskog osoblja. Hrvatski javni zdravstveni sustav ne raspolaže dovoljnom količinom financijskih sredstava čime su njegove investicijske mogućnosti u visoku medicinsku opremu i tehnologiju značajno ograničene. Danas pojam zdravstvene tehnologije, kako Bobinac (2014, str. 301) objašnjava, obuhvaća „lijekove, medicinske instrumente i opremu, javnozdravstvene programe, kliničke postupke i slično“. Dakle, može se zaključiti kako zdravstvena tehnologija, uz ljudski potencijal, doprinosi kvaliteti liječenja, a kako Chandra i Skinner (2011) naglašavaju vrlo je važna u postavljanju dijagnoze i sukladno tome provedbi adekvatnog liječenja bolesti. Temeljem navedenog može se zaključiti kako bi se ulaganje u bolju opremljenost zdravstvenih ustanova svakako trebalo naći na listi prioriteta zdravstvene politike, jer unatoč potrebnom visokom financijskom kapitalu za nabavu, primjena visoke medicinske tehnologije od strane stručnog medicinskog osoblja poboljšava pristup pacijentu omogućavajući bolju kvalitetu, a shodno tome i veći uspjeh u izlječenju bolesti.

Shodno navedenim intencijama potrebno je reorganizirati cjelokupni zdravstveni sustav, a kako Mijatović (2006) nadodaje jedno od rješenja, kao što je već spomenuto u ovom radu, jest tržišna orijentacija zdravstvenog sustava u kojem je zastupljena veća financijska participacija pacijenata. Međutim, pri realizaciji ove koncepcije potrebno je sagledati jednakost u pristupu građanima u okviru osobnih financijskih mogućnosti. Naime, građanima slabijeg imovinskog statusa veće participiranje u zdravstveni sustav čini značajniji udio u osobnom budžetu i dodatno otežava podmirenje preostalih financijskih obveza u odnosu na bogatiji sloj stanovništva. Sagledavajući iz socijalnog aspekta postavlja se pitanje jednakosti i priuštivosti kvalitetnije zdravstvene skrbi. Usto, potrebno je odgovoriti i na pitanje imaju li svi građani iste mogućnosti u ostvarivanju prava na adekvatni pristup u liječenju s obzirom na financijsku sposobnost.

Slijedom postavljenih pitanja, u daljnjem tekstu analizirat će se efektivnost i efikasnost te dostupnost kao osnovne odrednice rada zdravstvenog sustava s ciljem pronalaska odgovora na ova pitanja.

4.1. Efektivnost i efikasnost

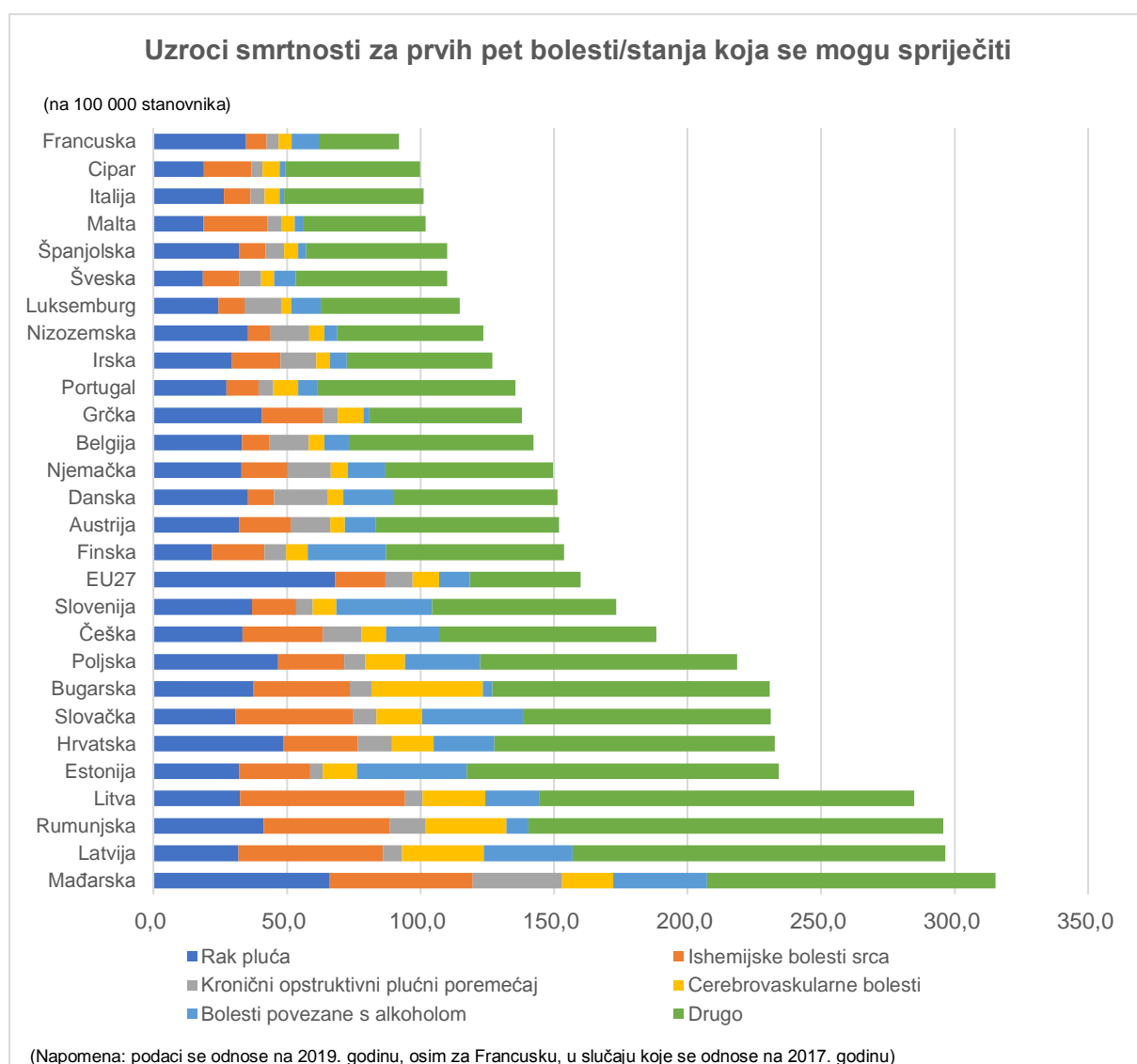
Efektivnost kao bitna odrednica rada zdravstvenog sustava označava postizanje osnovne svrhe i ciljeva za što je sustav uspostavljen, a što bi u kontekstu zdravstva podrazumijevalo ostvarenje pozitivnih zdravstvenih ishoda. Dakle, može se reći kako je efektivan zdravstveni sustav svrsishodan, odnosno ispunjava svoju osnovnu funkciju, ali pri tome se otvara pitanje o vrsti i relevantnosti pokazatelja kojima se ono mjeri. Iz zdravstvenog aspekta efektivnost se može mjeriti kroz ispunjenje funkcije izlječenja bolesnika, a pritom navedeni se pokazatelj može analizirati i iz perspektive zadovoljstva korisnika kao stopom ponovnog povratka pacijenta u istu zdravstvenu ustanovu prilikom mogućnosti izbora između više njih.

Efikasnost ili djelotvornost, kao još jedan često analizirani pokazatelj, odnosi se na način izvršavanja postupaka i procesa, odnosno radnih zadataka, pri čemu se naglasak stavlja na racionalno iskorištavanje potrebnih resursa. Drugim riječima, u fokusu analize je mehanizam provedbe pojedinog radnog procesa kojem se efikasnost sustava može izraziti putem broja potrebnih jedinica inputa za postizanje jedne jedinice outputa. Osnovno pravilo prilikom analize djelotvornosti je postizanje željene razine outputa, uz što manji utrošak resursa, ali standardizirane granične vrijednosti za utvrđivanje (ne)efikasnosti ne postoje, već se razlikuju ovisno o specifičnostima sustava koji se promatra. U zdravstvenom kontekstu efikasnost se može promatrati iz različitih stajališta kao što je primjerice usporedba uložениh financijskih sredstava s krajnjim postignutim zdravstvenim ishodima ili pak usporedba uloženog ljudskog potencijala s konačno postignutim rezultatima, a često se odražava i kroz stopu propisivanja lijekova, duljine boravka pacijenta u bolnici ili pak preferiranu potrošnju medicinskih preparata određene robne marke umjesto generičkih lijekova. Kada je riječ o efikasnosti valja istaknuti i pojmovnu distinkciju s riječi učinkovitost, koja se u hrvatskom jeziku često uzima kao sinonim. Naime, kako Aday i sur. (2004) naglašavaju (kao što citira Slijepčević, 2014), učinkovitost zdravstvene zaštite se ogleda u cjelokupnoj dobrobiti koja iz nje proizlazi uključujući prije svega poboljšanje zdravstvenog stanja pacijenata korisnika zdravstvenih usluga, odnosno stvarne dodane vrijednosti koja se za određenu ciljanu skupinu generira, a kako Slijepčević (2009) nadodaje (kao što citira Slijepčević, 2014), „učinkovitost se može mjeriti odnosom između postignutih krajnjih ishoda (engl. outcomes) i uložениh resursa (inputa)“. S druge strane, „efikasnost odražava sposobnost postizanja ciljeva u odnosu na

resurse uložene za ostvarivanje ciljeva i ishoda, a „uobičajeno se mjeri odnosom rezultata (outputa) i uloženi resursa (inputa)“ (Slijepčević, 2014, str. 203).

Efektivnost i efikasnost bitne su značajke rada zdravstvenog sustava, a nerijetko su i dio polemika kada je riječ o zdravstvu u vidu mogućnosti istodobnog postizanja adekvatne razine obiju navedenih karakteristika. Hrvatski zdravstveni sustav odlikuju poteškoće prilikom postizanja efektivnosti uz željenu razinu efikasnosti. Shodno tome, u daljnjem tekstu će se analizirati stopa smrtnosti za pojedine bolesti i stanja koja se mogu spriječiti ili izliječiti kao važni zdravstveni parametri koji predstavljaju rezultat uložene kombinacije resursa uključujući i financijski, ljudski, ali i preostali materijalni kapital, te oslikavaju efektivnost i efikasnost hrvatskog zdravstva.

Na *Grafičkom prikazu 3* predstavljeni su podaci iz 2019. godine o stopi smrtnosti za prvih pet bolesti, odnosno stanja, koja se mogu spriječiti.



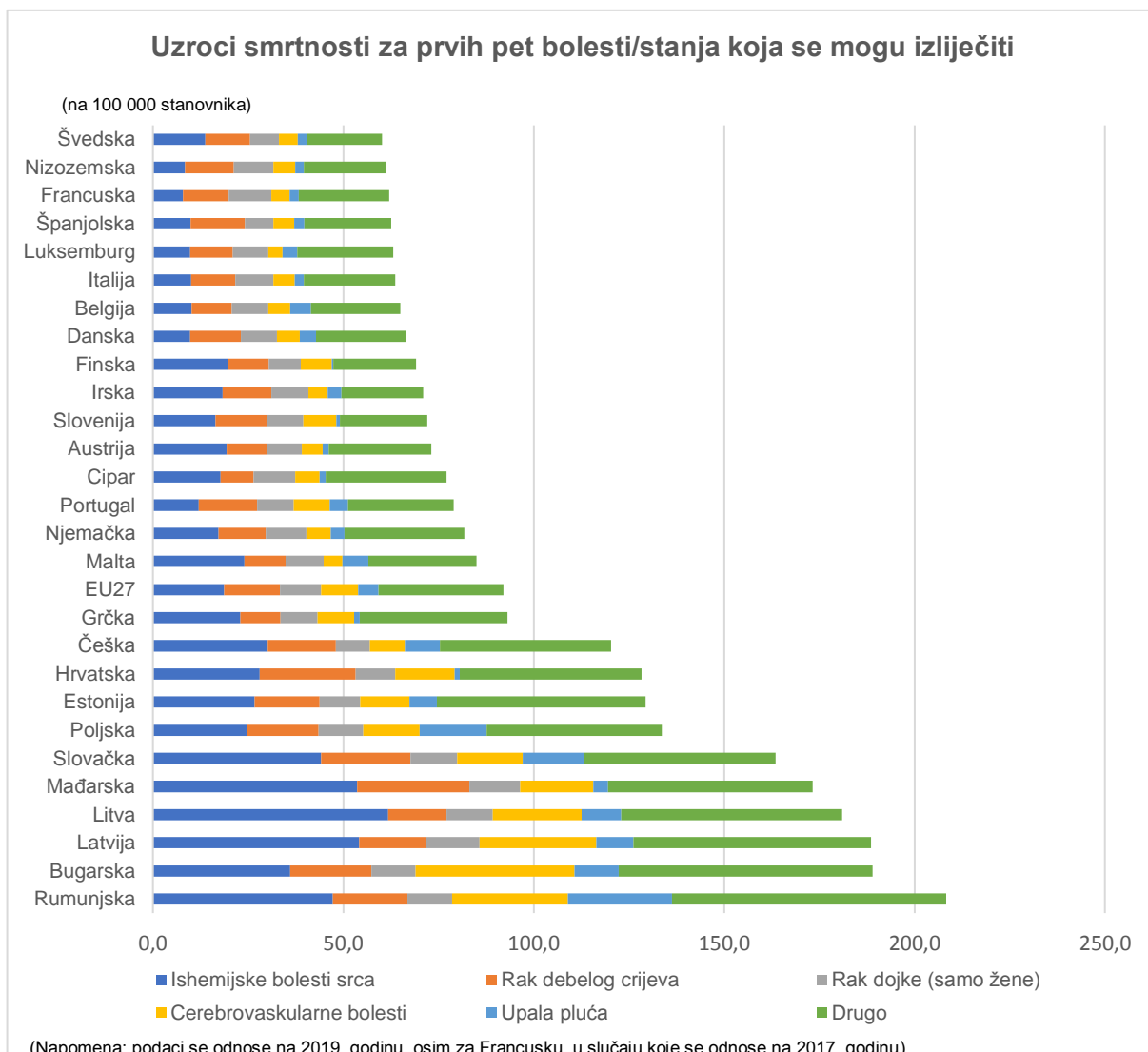
Grafički prikaz 3 Uzroci smrtnosti za prvih pet bolesti/stanja koja se mogu spriječiti (Izvor: izrada autorice prema: baza podataka Eurostata: Preventable and treatable mortality statistics: tables and figures)

„Smrtnost koja se može spriječiti definira se kao smrtni slučajevi koji se mogu izbjeći zahvaljujući javnozdravstvenim intervencijama i aktivnostima primarne intervencije“ (OECD/ European Observatory on Health Systems and Policies, 2022, str. 12), a prema analizi glavni uzrok grafički istaknutim zdravstvenim stanjima su bihevioralni i okolišni čimbenici. Glavnim bihevioralnim čimbenicima, u ovom kontekstu, smatraju se prehrana, konzumacija alkohola, pušenje i tjelesna aktivnost, a prema podacima OECD-a i Europskog opservatorija za zdravstvene sustave i politike (2022, str. 6) upravo se navedenim pokazateljima „pripisuje 44% svih smrtnih slučajeva u Hrvatskoj 2019., što je iznad prosjeka EU-a (39%)“. Velik udio, od gotovo 22%, u navedenoj statistici zauzimaju loše prehrambene navike pri čemu je zabilježeno kako hrvatsko stanovništvo još uvijek u dovoljnoj količini ne konzumira uravnoteženu prehranu s dostatnom količinom voća i povrća, već se velik dio hrane bazira na prekomjernom udjelu šećera i soli. Osim prehrane, svakodnevne loše navike poput konzumacije alkohola i pušenja također zauzimaju vrlo visoko mjesto na ljestvici uzročnika smrtnosti. Pušenje je jedan od vodećih uzročnika raka pluća, a „procjenjuje se da od bolesti vezanih uz pušenje godišnje umire oko 9 000 ljudi, što je svaka peta umrla osoba“ (Hrvatski zavod za javno zdravstvo [HZJZ], 2021), a kako navode iz Ministarstva zdravstva (bez dat. f) svake se godine otkrije preko 3 000 novih slučajeva oboljenja od raka pluća. U okviru Nacionalnog programa za probir i rano otkrivanje raka pluća provode se preventivni pregledi namijenjeni ciljnoj skupini koju čine „pušači u dobi od 50 do 75 godina ili oni koji su prestali pušiti prije petnaestak godina, a pušili su godišnje tridesetak i više kutija cigareta“ (Ministarstvo zdravstva, bez dat. f) Osim spomenutog, Nacionalni program obuhvaća i edukacije građana s ciljem osvještavanja o štetnim učincima pušenja, jer kako navode iz Ministarstva zdravstva (bez dat. f) u Hrvatskoj odraslu dobnu strukturu čini otprilike 30% pušača. Uz ponašajne faktore, na zdravlje stanovništva u velikoj mjeri utječu i okolišni čimbenici, a prema navodima OECD-a i Europskog opservatorija za zdravstvene sustave i politike (2022, str. 6) zagađenje zraka izuzetno je opasan problem, a posebice „u obliku izloženosti sitnim česticama (PM_{2,5}) i ozonu“, koje je bilo uzrok 6% smrtnih slučajeva tijekom 2019. godine i time opet premašilo europski prosjek.

Međutim, kada je riječ o analizi spomenutih zdravstvenih rizika, potrebno je spomenuti kako su neki od njih, poput uravnotežene prehrane, ipak i jednim dijelom povezani sa socioekonomskim statusom stanovnika. Naime, prema podacima OECD-a i Europskog opservatorija za zdravstvene sustave i politike (2022) u Republici Hrvatskoj postoji značajnija socioekonomska neravnoteža prilikom analize pretilosti te je utvrđeno kako osobe nižeg stupnja obrazovanja, kao i one nižih dohodovnih primanja, imaju veći rizik od pretilosti u odnosu na osobe više obrazovne razine i većeg dohotka.

Iako su tijekom godina zabilježeni pomaci u gospodarskom razvoju Republike Hrvatske i poboljšanju socioekonomskog standarda stanovništva još uvijek postoji značajniji prostor za napredak, a posebice u zdravstvenom sustavu u kojem nedostaje pravovremena i efektivna

zdravstvena zaštita te adekvatna preventivna politika s ciljem osvještavanja građana o bitnim aspektima zdravog načina života kao zaštitnom mehanizmu od brojnih opasnih zdravstvenih problema. Prema posljednjim dostupnim podacima, kao što je na *Grafičkom prikazu 3* vidljivo, stopa smrtnosti od uzroka koji se mogu spriječiti u Republici Hrvatskoj u 2019. godini iznosila je 232,6, te iako je u posljednjih desetak godina u padu, još uvijek je daleko iznad europskog prosjeka koji iznosi 160.



Grafički prikaz 4 Uzroci smrtnosti za prvih pet bolesti/stanja koja se mogu izliječiti
(Izvor: izrada autorice prema: baza podataka Eurostata: Preventable and treatable mortality statistics: tables and figures)

Osim spomenutih bolesti, zdravstvenu statističku sliku dodatno narušava i činjenica kako se Republika Hrvatska našla u lošijem položaju od europskog prosjeka kada je riječ o uzrocima smrtnosti za prvih pet bolesti koje se mogu izliječiti, a navedeni problem uočava se na *Grafičkom prikazu 4* gdje je vidljivo kako se Hrvatska nalazi u trećini zemalja s najvećom

stopom smrtnosti od izlječivih analiziranih bolesti. „Smrtnost od izlječivih uzroka definira se kao smrtni slučajevi koji se uglavnom mogu izbjeći zahvaljujući intervencijama zdravstvene skrbi, uključujući screening i liječenje.“ (OECD/European Observatory on Health Systems and Policies, 2022, str. 12) Slijedom navedenog, u cilju poboljšanja zdravstvenih ishoda nužno je rano otkrivanje navedenih opasnih bolesti i stanja, a što se učinkovito može postići provođenjem nacionalnih preventivnih programa. U Hrvatskoj se provode nacionalni programi za probir i rano otkrivanje raka pluća, raka dojke, raka debelog crijeva i raka vrata maternice. Prema podacima Ministarstva zdravstva (2020 a), dostupnim u okviru Nacionalnog plana protiv raka 2020. - 2030., najčešće zastupljena onkološka bolest kod muškaraca je rak pluća, a u ženskoj populaciji rak dojke, dok se u budućnosti predviđa da će porast oboljenja od raka prostate zauzeti vodeće mjesto u uzrocima smrtnosti. Iako je broj slučajeva oboljenja od raka u porastu, a kako se u sklopu Nacionalnog strateškog okvira protiv raka do 2030. ističe, rak je velik javnozdravstveni problem te će u prosjeku svaka treća osoba tijekom svog života onkološki oboljeti, u posljednjih dvadesetak godina ulaganja u unapređenje onkološke djelatnosti ni u jednom segmentu nisu povećana kako u Hrvatskoj tako i na europskoj razini pri čemu ona zauzimaju udio od 6,9% u zdravstvenim izdacima. Međutim, uzimajući u obzir i demografski problem starenja stanovništva, ulaganje u ovaj zdravstveni segment trebalo bi predstavljati jedan od bitnih prioriteta zdravstvene politike. Iako su putem pojedinih dosad provedenih preventivnih programa postignuti pozitivni zdravstveni ishodi te su u odnosu na europski prosjek stope pokrivenosti probira za rak dojke i rak vrata maternice u Republici Hrvatskoj bile nešto više, onkološka oboljenja još uvijek predstavljaju drugi po redu najčešći uzrok smrti nakon kardiovaskularnih bolesti te je u vidu toga potrebno unaprijediti onkološki zdravstveni segment i preventivnu politiku povećanjem broja preventivnih zdravstvenih pregleda. Usto, potrebno je proširiti dobni segment ciljnih skupina u sklopu nacionalnih preventivnih programa u cilju pokrivanja što većeg kontingenta stanovništva, jer je oboljenje od raka sve češća pojava i kod mlađih dobnih skupina koje u većini slučajeva dosad nisu bile obuhvaćene nekim od oblika preventivnih programa.

Izuzev svega spomenutog, analizirani zdravstveni problem potrebno je sagledati i iz stajališta pacijenata, odnosno potrebno je uzeti u obzir i individualne ponašajne obrasce ljudi i njihove odluke o (ne)prihvatanju poziva na pregled. Unatoč planu većinske pokrivenosti stanovništva nacionalnim programima i njihovoj visokoj kvaliteti, kao i adekvatnoj zdravstvenoj skrbi, uspješnost u postizanju pozitivnih zdravstvenih ishoda prije svega ovisi o osobnom stavu pacijenta i njihove svijesti o važnosti prevencije. Usto, kada je riječ o donošenju odluka pacijenata o odazivu na preventivne preglede otvara se pitanje njihove osobne percepcije i povjerenja u zdravstveni sustav s obzirom na prethodna iskustva, odnosno dovodi se u pitanje iskustvo prethodno postignute učinkovitosti provedenih zdravstvenih postupaka prilikom liječenja na vrijeme otkrivenih bolesti.

4.2. Dostupnost

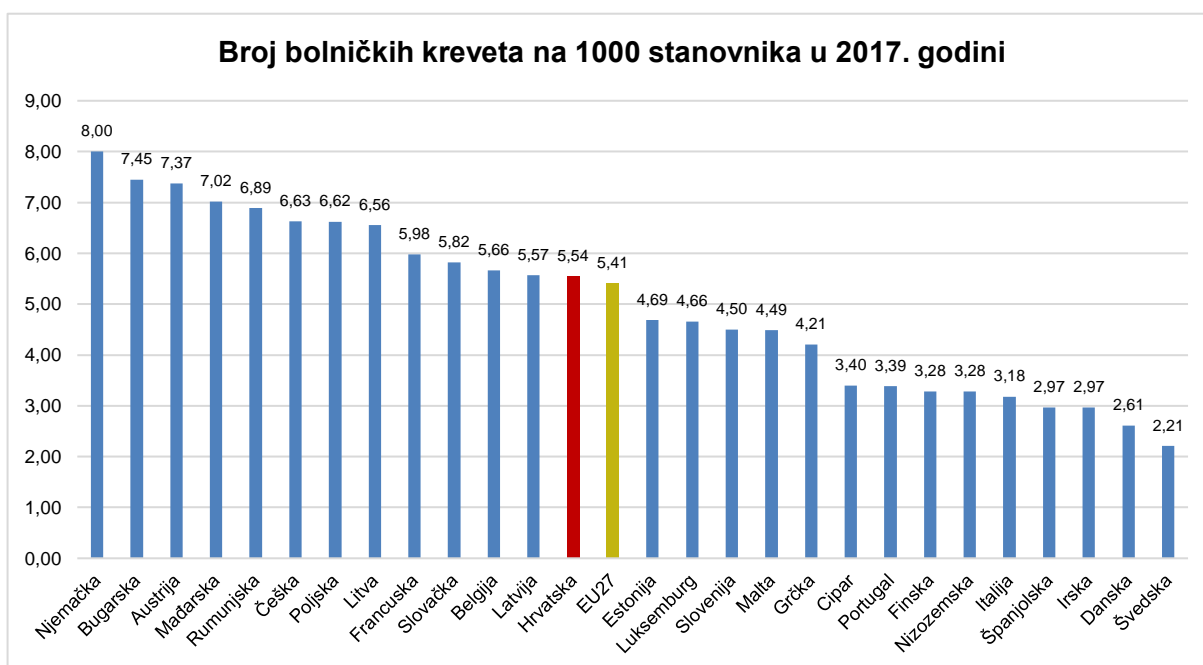
Prilikom analize sveobuhvatnosti i kvalitete zdravstvene zaštite dostupnost je neophodan element koji se evaluira, jer pravodobna i pristupačna zdravstvena skrb predstavljaju imperativ suvremenog zdravstvenog sustava.

Dostupnost zdravstvene zaštite ostvaruje se takvim rasporedom zdravstvenih ustanova, trgovačkih društava koja obavljaju zdravstvenu djelatnost i zdravstvenih radnika na području Republike Hrvatske koji će omogućiti stanovništvu podjednake uvjete zdravstvene zaštite, osobito na primarnoj razini zdravstvene djelatnosti. (Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18 (NN 33/23))

Dostupnost zdravstvene skrbi najčešće se izražava stopom nezadovoljenih zdravstvenih potreba, a u Hrvatskoj je tijekom 2019. godine, prema podacima OECD-a i Europskog opservatorija za zdravstvene sustave i politike (2022), ta stopa iznosila 1,4% što upućuje na dobru pokrivenost zdravstvenom zaštitom. Međutim, isti autori su i detaljnije analizirali navedeni pokazatelj prema osobnim parametrima kao što je dob, stupanj obrazovanja i visina dohotka pri čemu je utvrđen veći stupanj nezadovoljenih zdravstvenih potreba kod osoba s nižom razinom dohotka, kao i kod starije populacije stanovništva iznad 65 godina. Dakle, ne može se u potpunosti govoriti o jednakoj dostupnosti zdravstvene zaštite za sve populacijske skupine, a osim navedenih čimbenika na zdravstvenu pristupačnost dodatno je utjecala i pojava pandemije COVID-19. Zbog hitnoće zbrinjavanja pacijenata oboljelih od koronavirusa velik broj zdravstvenih usluga, koje nisu bile neophodne, je bio obustavljen, a povećanju nezadovoljenih zdravstvenih potreba doprinio je i strah od zaraze virusnom bolešću čime je i velik broj termina zdravstvenih usluga bio otkazan od strane pacijenata. U navedenim je uvjetima fizičku dostupnost djelomično nadomjestila funkcionalnost telemedicine uslijed čega je povećan udio komunikacije putem interneta i telefona, ali je izravni kontakt s medicinskim osobljem i provođenje pregleda i medicinskih postupaka bilo nemoguće nadomjestiti. Otežavajuće okolnosti pandemije negativno su se odrazile na već postojeće probleme hrvatskog zdravstvenog sustava, a posebice produljenje već opterećenih lista čekanja. Duge liste čekanja narušavaju pravovremenu dostupnost zdravstvene skrbi čime je i učinkovitost zdravstvenog sustava smanjena, a u vidu sanacije navedenog problema Ministarstvo zdravstva je 2017. godine uvelo prioritete liste čekanja za „zbrinjavanje pacijenata sa sumnjom na ozbiljna zdravstvena stanja kojima je omogućen pregled specijaliste u roku od tjedan dana“ (Vlada Republike Hrvatske, 2019). Usprkos reformske mjere liste čekanja još uvijek otežavaju normalno funkcioniranje zdravstvenog sustava, a po stabilizaciji pandemijskog razdoblja potražnja za zdravstvenim uslugama vraća se u svoj normalni opseg, a nerijetko i iznad uobičajenog, jer uz trenutne potrebe javljaju se i

pacijenti čiji su pregledi i medicinski postupci tijekom pandemije bili otkazani te sada nastoje zadovoljiti svoje zdravstvene potrebe.

Kada je riječ o dostupnosti zdravstvene zaštite neizostavno je analizirati i broj dostupnih bolničkih kreveta. Na *Grafičkom prikazu 5* predočen je broj bolničkih kreveta na 1000 stanovnika za zemlje Europske unije prema posljednjim dostupnim podacima Svjetske banke za 2017. godinu.



Grafički prikaz 5 Broj bolničkih kreveta na 1000 stanovnika u 2017. godini (Izvor: Izrada autorice prema: baza podataka Svjetske banke: Hospital bed (per 1,000 people))

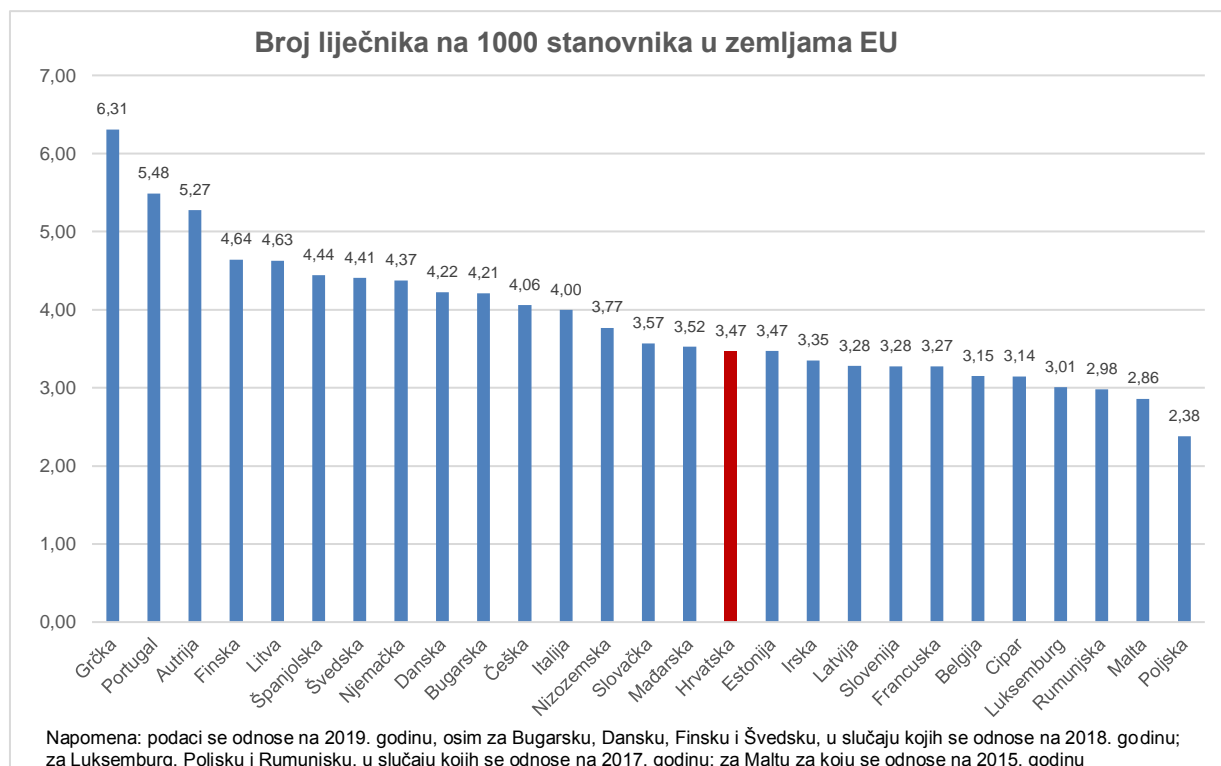
U hrvatskom zdravstvenom sustavu na 1000 stanovnika bila su dostupna 5,54 bolnička kreveta čime se Hrvatska našla iznad europskog prosjeka, a sukladno podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (2022), iskazanim u Zdravstveno-statističkom ljetopisu, u 2021. godini u hrvatskom zdravstvenom sustavu na 1000 stanovnika bilo je dostupno ukupno 5,82 bolnička kreveta uključujući i akutne i kronične djelatnosti. Iako se broj bolničkih postelja na europskoj razini smanjuje u Hrvatskoj je taj omjer još uvijek dosta visok te se u tom pogledu ne pronalaze prepreke u dostupnosti bolničke zdravstvene skrbi. Nasuprot tome, analizirajući prosječni broj dana provedenih u bolnicama uviđa se neefikasnost u pristupu liječenju. Naime, prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (2022) u 2020. godini je prosječna dužina liječenja po jednom boravku u bolnici iznosila 9,52 dana, dok je u 2021. godini jedno bolničko liječenje u prosjeku trajalo 9,49 dana.

Također, potrebno je spomenuti i poprilično pogodno stanje zdravstvenog sustava u vidu dostupnosti lijekova. Naime, kao što je već spomenuto hrvatskim građanima u sklopu obveznog i dopunskog zdravstvenog osiguranja omogućen je podosta širok spektar

zdravstvenih usluga, a između ostalog i relativno bogata lista lijekova i magistralnih pripravaka, koja je dostupna na službenoj internetskoj stranici HZZO-a. Prema klasifikaciji Zavoda definirane su obvezna i dopunska lista lijekova. „Osnovna lista lijekova sadrži medikoekonomski najsvrsishodnije lijekove za liječenje svih bolesti“ (HZZO, bez dat. b), pri čemu za navedene lijekove, u slučaju posjedovanja dopunskog zdravstvenog osiguranja, ne postoji obveza financijske participacije od strane pacijenta, odnosno „HZZO u cijelosti osigurava plaćanje iznosa pune cijene lijekova s Osnovne liste lijekova koji su propisani na recept HZZO-a“ (e-Građani, bez dat.). „Dopunska lista lijekova sadrži lijekove s višom razinom cijene u odnosu na cijene iz osnovne liste lijekova pri čemu HZZO osigurava pokriće troškova u visini cijene ekvivalentnog lijeka određenog prema posebnom zakonu, s osnovne liste lijekova“ (HZZO, bez dat. b), drugim riječima za lijekove na dopunskoj listi, bez obzira na dopunsko zdravstveno osiguranje, postoji obveza doplate. Premda se nastoji osigurati kontinuirana pokrivenost lijekovima, ponekad je zbog određenih prepreka njihova dostupnost narušena, a na internetskoj stranici HZZO-a navedena je i tekuća lista lijekova s nestabilnom raspoloživošću, a kao najčešći razlozi navode se poteškoće u proizvodnji, poremećaji u opskrbnom lancu, kašnjenje u isporuci te preostali distributivni problemi, kao i trenutna nemogućnost opskrbe tržišne potražnje te preostali komercijalni problemi. Pored navedenog, valja naglasiti kako postoji i lista posebno skupih lijekova, kod kojih u većini slučajeva pacijenti ne participiraju svojim osobnim financijskim sredstvima, već ih u potpunosti pokriva HZZO. Međutim, početkom 2023. godine, prema Odluci o izmjenama Odluke o utvrđivanju Popisa posebno skupih lijekova od strane Upravnog vijeća HZZO-a, objavljenoj u Narodnim novinama 8. prosinca 2022. godine, s Popisa posebno skupih lijekova izuzet je 61 lijek, što financijski gledajući predstavlja vrijednost od 2,5 milijarde kuna (331.807.021,04 eura), a koji će se primjenom Odluke nadalje financirati iz bolničkog budžeta. U svakom slučaju, unatoč određenim poteškoćama, a ponajviše financijskim, hrvatski zdravstveni sustav još uvijek u dobroj mjeri osigurava odgovarajuću razinu opskrbe lijekovima za cjelokupno stanovništvo.

Međutim, osim dostupnosti zdravstvenih kapaciteta i lijekova potrebno je sagledati i dostupnost medicinskog kadra. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (2022), iskazanim u Zdravstveno-statističkom ljetopisu za 2021. godinu, u hrvatskom zdravstvenom sustavu, potkraj 2021. godine „bilo je zaposleno ukupno 75.186 zdravstvenih radnika i suradnika“, od čega je 15.707 doktora medicine što, u odnosu na 2020. godinu kada ih je u djelatnosti zdravstva bilo 15.417, predstavlja povećanje od 1,8%. Povećanje visokoobrazovnog medicinskog kadra zabilježeno je i u području dentalne medicine gdje je u 2021. godini bilo zaposleno 3.928 doktora dentalne medicine, dok je u 2020. godini, kako navode iz Zavoda za javno zdravstvo (2022), bilo njih 3.840. Izuzev spomenutog, poboljšanje strukture zaposlenih tijekom 2021. godine bilo je evidentirano i u području farmacije te medicinske biokemije, a naposljetku valja spomenuti i medicinske sestre i tehničare koji čine

najveći udio u strukturi zaposlenih, a kojih je u 2021. godini bilo 32.383, odnosno 43,1% svih zdravstvenih djelatnika.



Grafički prikaz 6 Broj liječnika na 1000 stanovnika u zemljama EU
(Izvor: izrada autorice prema: baza podataka Svjetske banke: Physicians (per 1,000 people))

Na *Grafičkom prikazu 6* predstavljen je broj liječnika na 1000 stanovnika u zemljama Europske unije te se podaci za većinu zemalja odnose na 2019. godinu. U Hrvatskoj na 1000 stanovnika dolazi 3,47 liječnika što je znatno manje u usporedbi s razvijenim europskim zemljama te iako su zabilježeni pozitivni pomaci u povećanju zaposlenih doktora medicine, prikazani podaci oslikavaju deficit liječnika čime se narušava dostupnost i kvaliteta zdravstvene skrbi. Jedna od mogućnosti suočavanja s manjkom medicinskog kadra jest povećanje opsega ovlasti medicinskih sestara i tehničara, a kako navode iz Svjetske banke (2019), pojedine države poput Norveške i Nizozemske primijenile su navedeni model i time poboljšale dostupnost zdravstvene zaštite pacijentima.

Temeljem pregleda pojedinih pokazatelja dostupnosti zdravstvene zaštite može se reći kako je pokrivenost stanovništva zdravstvenom zaštitom kada je riječ o bolničkim kapacitetima i lijekovima vrlo dobra, te je financijski velikim dijelom osigurana od strane HZZO-a, no promatrajući dostupnost medicinskog osoblja, kao neizostavnog resursa za realizaciju osnovnog zdravstvenog koncepta, uočava se problem deficita liječnika i drugog medicinskog osoblja, koji velikim dijelom iseljavaju u potrazi za boljim standardom ili svoju karijeru nastavljaju u privatnom sektoru, a što otežava pravovremeni pristup pacijenta adekvatnoj

zdravstvenoj skrbi. Manjak liječnika uvjetuje i liste čekanja koje se konstantno produljuju, dok je potreba za zdravstvenom zaštitom u eksponencijalnom porastu, a za dolazak na red za pojedine zdravstvene preglede i postupke pacijenti čekaju i više od godinu dana. Problem nedostatka medicinskog kadra posebice dolazi do izražaja u primarnoj zdravstvenoj zaštiti pred kojom su veliki izazovi u postizanju veće djelotvornosti s ciljem rasterećenja viših razina zdravstvene skrbi. Liječnici primarne zdravstvene zaštite, sukladno medicinskom mišljenju, putem uputnice upućuju pacijente na specijalističko-konzilijarnu zdravstvenu skrb. Prema podacima Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo (2022) tijekom 2021. godine ukupno je evidentirano 11.773.051 izdanih uputnica.

Od ukupnog broja izdanih uputnica, većina (53,8%) ih se odnosila na dijagnostičke pretrage (uključujući i kontrolne dijagnostičke pretrage), a njih 2,5% se odnosilo na uputnice za hitne specijalističke ambulante, što čini 1 upućivanje na 164 kontakta sa zdravstvenom zaštitom. Uputnica za konzilijarne preglede je izdano 3.665.945 ili 25,9% više nego u 2020. godini (jedno upućivanje specijalisti na 2,7 obavljena pregleda). (Hrvatski zavod za javno zdravstvo [HZJZ], 2022, str. 77)

Iz Ministarstva zdravstva (bez dat. e, str. 13), putem Nacionalnog plana razvoja zdravstva 2021. - 2027., kao jedan od uzroka manjka učinkovitosti primarne zdravstvene zaštite ističu nedostatak specijalista obiteljske medicine te nedovoljno „nutricionističkih, palijativnih, psiholoških i farmakoloških usluga“, a osim navedenog velik teret zdravstvenom osoblju predstavljaju i administrativni poslovi čime se smanjuje posvećenost i kvaliteta pacijentima.

5. Prethodna istraživanja

Zdravstveni sustav vrlo je česta tema mnogih rasprava i prioritet kada je riječ o ciljevima socijalne politike te stoga zaokuplja i pažnju brojnih istraživača, čemu u prilog ide i činjenica kako postoji velik broj dosad provedenih istraživanja ove problemske domene iz različitih perspektiva što daje multidisciplinarni rezime zdravstva, a ujedno i otvara nove horizonte pogleda na njega te otvara nova zanimljiva pitanja za daljnju analizu i istraživanja.

Mnoga provedena istraživanja zdravstvenog sustava svoje polazište temelje na analizi njegove kvalitete pri čemu kao glavni polazišni istraživački instrument koriste SERVQUAL model namijenjen mjerenju kvalitete pružene zdravstvene usluge. Jedni od najistaknutijih istraživača u primjeni SERVQUAL modela su Babakus i Mangold, koji su 1992. godine proveli istraživanje s ciljem ispitivanja pouzdanosti ovog instrumenta te su, kako Marković, Turkalj i Racz (2018, str. 52) objašnjavaju, utvrdili kako se on može koristiti „za procjenu veličine jaza između pacijentovih očekivanja i percepcije“, a do sličnih je spoznaja o konzistentnosti spomenutog instrumenta došao i Lam svojim istraživanjem koje je proveo u Hong Kongu 1997. godine. Navedeni su autori svojim istraživanjima utrli put drugim istraživačima u daljnjoj analizi navedene problematike. Shodno tome, Andaleeb (2000) se u svom istraživanju bavio mjerenjem i usporedbom kvalitete pruženih usluga u javnim i privatnim bolnicama na području Bangladeša, putem kojeg je došao do zaključka kako su privatni pružatelji zdravstvene skrbi više motivirani u postizanju visoke razine kvalitete od javnih, a kao osnovni razlog tome navodi potpunu financijsku ovisnost privatnih pružatelja od strane pacijenata koji plaćaju za pružene zdravstvene usluge. Također, saznanja do kojih je autor došao provedenim istraživanjem vezana su i uz korisničku percepciju kvalitete korištene zdravstvene usluge koja u velikoj mjeri utječe na cjelokupni osjećaj zadovoljstva i buduće odluke o korištenju zdravstvene usluge, ali isto tako se i korisnička impresija koja iz tog proizlazi posljedično odražava na kreiranje reputacije pružatelja zdravstvene skrbi kroz preporuke drugim pacijentima. Kada je riječ o komparaciji javnih i privatnih pružatelja bolničke skrbi valja spomenuti i istraživanje koje je proveo Sohail (2003) na području Malezije. Navedenim je istraživanjem utvrđeno kako većinski dio stanovništva koristi javnu bolničku skrb te da velika većina njih nema preveliku razinu očekivanja od privatnih pružatelja zdravstvene skrbi. Nadalje, Yeşilada i Direktör (2010) su proveli istraživanje u svrhu ispitivanja zadovoljstva pruženim zdravstvenim uslugama u javnim i privatnim bolnicama na području sjevernog Cipra, kojim su evaluirali korisničku percepciju kvalitete kroz pouzdanost, razumijevanje i opipljivost, kao tri osnovne odrednice, te su temeljem rezultata istraživanja konstatirali kako je nesrazmjernost percepcije i očekivanja manji kod evaluacije privatne bolničke skrbi u odnosu na javnu. Zarei i suradnici (2015) sličnom su se problematikom bavili u svom istraživanju kroz koje su istraživali utjecaj kvalitete zdravstvene

usluge na zadovoljstvo pacijenata u privatnim bolnicama na području Teherana čime su utvrdili veliku povezanost kvalitete usluge i korisničkog zadovoljstva te su istaknuli kako, uz kvalitetu usluge i međusobne interakcije, veliku ulogu u cjelokupnoj koncepciji zadovoljstva imaju i financijski izdaci za usluge. Dakle, vidljivo je kako korisnička empirija izravno generira njihovu percepciju pružene zdravstvene usluge, koja se može znatno razlikovati od pacijenta do pacijenta, a posebice se rezultati mogu razlikovati kada se zadovoljstvo i kvaliteta promatraju i evaluiraju u zdravstvenim sustavima različitih zemalja, koji se međusobno organizacijski i prema stupnju razvijenost znatno razlikuju. Izuzev navedenog, autori nerijetko u svoje istraživačke modele inkorporiraju različite elemente pa je tako Wu (2011) pretpostavio korelaciju korisničkog zadovoljstva, lojalnosti i percipirane kvalitete zdravstvene usluge s ugledom i reputacijom privatnih bolnica na području Tajvana pri čemu je utvrdio kako ugled i kredibilitet bolnice utječu na lojalnost pacijenata, a usto i pozitivno djeluju na zadovoljstvo percipiranom kvalitetom pružene zdravstvene usluge, što posljedično utječe na buduće odluke o odabiru zdravstvene ustanove za liječenje. Kumaraswamy (2012) svojim je istraživanjem dokazao kako su osim dosad navedenih faktora, koji utječu na kvalitetu zdravstvene usluge, vrlo važni i ponašanje liječnika te drugog medicinskog osoblja kao i atmosfera te način provedbe usluge. Sharma i Narang (2011) proveli su istraživanje o kvaliteti zdravstvene usluge u ruralnom dijelu Indije iz perspektive korisnika naglašavajući pritom kako se zemlje u razvoju najviše usredotočuju na potrebnu infrastrukturu, tehnologiju i zdravstvene ishode pacijenata te očekivani životni vijek, što uzimaju kao relevantne pokazatelje kvalitete i učinkovitosti zdravstvene skrbi, zanemarujući pritom percepciju samih korisnika zdravstvenih usluga. Iako je istraživanje provedeno u kontekstu podosta drugačijeg zdravstvenog sustava u pogledu stupnja razvijenosti neki od zaključaka mogu se reflektirati i na zdravstvene sustave europskih zemalja. Razmatrani parametri grupirani su u nekoliko osnovnih skupina koje se odnose na pružanje zdravstvene skrbi u vidu dostupnosti i posvećenosti liječnika, dobro postavljene dijagnoze i kvalitete te dostupnosti lijekova, interpersonalni aspekt s fokusom na odnos pacijenta i medicinskog osoblja s naglaskom na poštenje, suosjećanje i podršku, dijagnostički aspekt zdravstvene skrbi u sklopu kojeg je analizirana dostupnost zdravstvenih objekata, urednost i čistoća, pravilno zbrinjavanje otpada te adekvatna medicinska oprema, a osim navedenog jedan istraživački segment se odnosio i na sagledavanje financijskog pristupa skrbi. Kao dodatan aspekt analize rezultata istraživanja autori su razmotrili odgovore ispitanika prema spolu te utvrdili kako i žene i muškarci kao važnom čimbeniku kvalitete najviše pažnje pridaju dostupnosti liječnika i vremenu posvećenom pacijentu, zadovoljstvu propisanim receptima i kvaliteti lijekova te oporavkom kao ishodom liječenja i dobro postavljenoj dijagnozi kao osnovnim odrednicama pružanja zdravstvene skrbi, dok se prema preostalim pokazateljima odgovori razlikuju pri čemu je osobama muškog spola, uz navedeno, veoma važan i financijski te fizički pristup zdravstvenoj skrbi, dok je ženama bitnije ponašanje

medicinskog osoblja i dostupnost potrebnih lijekova. Izuzev spomenutog, utvrđeno je kako je percepcija kvalitete velikim dijelom uvjetovana i socioekonomskim statusom pacijenata, odnosno rezultatima istraživanja je konstatirano kako očekivanja pacijenata rastu s povećanjem prihoda i višim stupnjem obrazovanja. Kao bitne nedostatke zdravstvene zaštite u sklopu istraživanja ispitanici boljeg ekonomskog statusa istaknuli su loš klinički pregled i lošu kvalitetu lijekova te neadekvatnu dostupnost lijekova i medicinske opreme, a usto istaknuli su i nezadovoljstvo povezano slabom financijskom i fizičkom dostupnošću zdravstvene zaštite, za razliku od pacijenata nižeg ekonomskog statusa koji navedenim čimbenicima nisu pridavali veliku pozornost, već su istaknuli spremnost na putovanje većim udaljenostima poradi dobivanja adekvatne zdravstvene skrbi. Kada je riječ o utjecaju socioekonomskog položaja na pristup zdravstvenoj skrbi valja istaknuti kako su Regidor i sur. (2008) proveli istraživanje socioekonomskih obrazaca u korištenju javnih i privatnih zdravstvenih usluga u Španjolskoj uz analizu pravednosti u pristupu zdravstvenoj skrbi, putem kojeg su identificirali nejednakost pacijenata kada se promatra posjet liječniku opće prakse i hospitalizacija kod kojih se preferiraju slabije socioekonomske društvene skupine, dok je u pogledu korištenja usluga liječnika specijalista horizontalna pravednost („jednaka upotreba za jednake potrebe“ (Regidor i sur., 2008, str. 8)) pacijenata na zadovoljavajućoj razini. Međutim, kao jedan od mogućih uzroka navedenih rezultata isti autori navode preferenciju korištenja privatnih zdravstvenih usluga od strane osoba višeg socioekonomskog statusa, što ukazuje na činjenicu kako se pojavom privatnih pružatelja zdravstvenih usluga korisnički ponašajni obrasci mijenjaju, a do promjena dolazi i u djelovanju pružatelja usluga kod kojih se uvođenjem tržišnog koncepta pojavljuje konkurentnost, a kvaliteta i zadovoljstvo pacijenata postaju središte organizacije zdravstvenog sustava. U prilog navedenom valja spomenuti i konstataciju Cosme i sur. (2020) koji ističu kako su, inkorporiranjem tržišnog pristupa u zdravstveni sustav, interes za iskustveni doživljaj pacijenata pruženom zdravstvenom skrbi, a posljedično i razina njihova zadovoljstva, postali čestim fokusom brojnih društvenih znanstvenika. Potaknuti spomenutim, autori su proveli istraživanje percepcije pacijenata i njihovog zadovoljstva zdravstvenom uslugom u rumunjskom zdravstvenom sustavu referirajući se na karakteristike ispitanika prema spolu, dobi i visini primanja te njihove povezanosti s povjerenjem u zdravstveni sustav, a osim navedenog kao česti kriterij za mjerenje zadovoljstva pacijenata razmatrale su se i vrsta usluge (javna ili privatna) te komunikacija i uljudnost osoblja. Sličnom se problematikom bavio i Mosadeghard koji je 2014. godine proveo studiju s ciljem identifikacije utjecajnih čimbenika na kvalitetu zdravstvene skrbi u Iranu. Rezultati provedenog istraživanja ukazuju kako na kvalitetu pružene zdravstvene usluge utječe suradnja između pacijenta i pružatelja zdravstvene skrbi, ali isto tako i osobni čimbenici obiju strana te sami čimbenici zdravstvenog sustava i šireg okruženja. Usto, istraživanjem je utvrđen velik utjecaj zadovoljstva zaposlenika što uvjetuje veći radni angažman i posvećenost pacijentu, a time i veći nivo kvalitete pružene zdravstvene

skrbi, što ujedno generira i zadovoljstvo pacijenta dobivenim ishodom pružene usluge. Sukladno dobivenim rezultatima istraživanja, autor kao neke od mogućih načina poboljšanja kvalitete navodi pravilno planiranje i organiziranje, veću dostupnost i učinkovito upravljanje resursima, značajniji naglasak na obrazovanju i obuci, procesima i zaposlenicima te poboljšanje suradnje pružatelja zdravstvenih usluga.

Osim kvalitete istraživačima zanimljivo problemsko područje predstavlja i učinkovitost zdravstvenog sustava, što je česta tema rasprava i prioritet u kreiranju zdravstvene politike, a istovremeno predstavlja i enigmu kada je riječ o pronalasku prave strategije za njezino postizanje. Cylus i sur. (2016) navode kako se u istraživanjima, prilikom analize ukupne učinkovitosti zdravstvenih sustava, kao učestali indikatori postignutih ishoda razmatraju očekivani životni vijek pri rođenju i stopa smrtnosti kod dojenčadi, dok Spinks i Hollingsworth (2009) smatraju kako očekivani životni vijek samo djelomično oslikava učinkovitost zdravstvenih ishoda te se iz tog razloga, kako navode, u istraživanjima često evaluira i kvaliteta života kao važan parametar pri čemu se analiziraju godine zdravog života ili pak očekivani životni vijek uvjetovan zdravstvenim stanjem. Svoj istraživački rad analizi učinkovitosti zdravstvenog sustava su posvetili i Retzlaff - Roberts i sur. (2004), koji su ispitivali tehničku učinkovitost korištenja zdravstvenih resursa u odnosu na postignute rezultate, dok su kao osnovne resurse za postizanje zdravstvenih ishoda razmatrali broj liječnika na 1 000 stanovnika, broj bolničkih ležaja, broj uređaja za magnetsku rezonanciju, a osim navedenih parametara u svoju su analizu uključili i socioekonomski faktor te pojedine ponašajne čimbenike.

Dosad spomenuta istraživanja orijentirana su različitim problemskim područjima zdravstvenog sustava, ali međusobno ovisnim, te su provedena u vrlo različitim zdravstvenim sustavima, a na što implicira i diferencijacija njihovih rezultata. Navedene se spoznaje do kojih su istraživači došli mogu koristiti kao polazište i temelj za kreiranje pretpostavki za daljnja istraživanja, ali s naglaskom na potrebu za dodatnom analizom specifičnih karakteristika svakog pojedinog nacionalnog zdravstvenog sustava. Dosad se analizom hrvatskog zdravstvenog sustava iz aspekta mjerenja kvalitete i učinkovitosti bavio mali broj istraživača, a među njima se ističu Mečev i Goleš Kardum (2015) kojima je svrha istraživanja bila ispitati korisničku percepciju kvalitete usluga primarne zdravstvene zaštite u javnim ustanovama grada Šibenika. Navedene su autorice istraživanjem utvrdile kako na percepciju kvalitete zdravstvene usluge osobne karakteristike poput dobi i spola nemaju utjecaj, već da na percepciju u najvećem dijelu utječe učestalost u korištenju usluga te radni status. Analizom primarne zdravstvene zaštite, primjenjujući SERVQUAL instrument, bavili su se i Ozretić Došen i sur. (2010) pri čemu su došli do saznanja kako postoji podosta velik jaz između očekivanja i percepcije te da je navedeni nesrazmjer uvjetovan različitim čimbenicima, od kojih se najviše ističu „odgovornost, sigurnost i pouzdanost“ (Ozretić i sur., 2010, str. 27). Jafarov i

Gunnarsson (2008) proveli su opsežno istraživanje važnih sastavnica državnog uređenja uključujući obrazovanje, socijalnu zaštitu te zdravstveni sustav u 37 europskih zemalja ubrajajući pritom i Hrvatsku, a kako Buljan i Šimović (2022) objašnjavaju, navedeno istraživanje temeljilo se na analizi troškovne i systemske učinkovitosti. Rezultati provedenog istraživanja ukazali su na neuspjeh u postizanju učinkovitosti, a posebice „značajne neučinkovitosti u novim zemljama EU-a te značajan prostor za racionalizaciju javne potrošnje, a Hrvatska je rangirana u 63. percentilu od 37 zemalja“ (Buljan, Šimović, 2022, str. 333). S druge strane, Slijepčević (2009) je u svom istraživanju ispitivala učinkovitost 27 zemalja Europske unije pri čemu je došla do zaključka kako je hrvatski zdravstveni sustav iznadprosječno učinkovit u odnosu na preostale analizirane zemlje obuhvaćene istraživanjem. Nadalje, novije istraživanje navedene problemske domene proveli su Buljan i Šimović (2022), a koje je obuhvaćalo analizu učinkovitosti zdravstvenih sustava u 22 zemlje Europske unije u razdoblju od 2013. do 2018. godine. „Analizirana je ukupna učinkovitost rashoda za zdravstvo, troškovna učinkovitost te systemska učinkovitost zdravstvenog sustava“ (Buljan i Šimović, 2022, str. 339), a rezultati do kojih su došli ukazuju na probleme hrvatskog zdravstvenog sustava. Naime, uspoređujući agregatnu učinkovitost hrvatskog zdravstvenog sustava, „promatrana kao odnos rashoda za zdravstvo i očekivanog životnog vijeka pri rođenju“ (Buljan i Šimović, 2022, str. 350), u odnosu na druge analizirane zemlje Hrvatska se nalazi na posljednjem mjestu. Kada je riječ o troškovnoj učinkovitosti, kako isti autori navode, hrvatski zdravstveni sustav je značajnije uspješniji od preostalih usporednih zemalja, odnosno „maksimalno učinkovito koristi monetarne inpute mjerene brojem dostupnih kreveta u bolnicama i doktora medicine te CT i MRI uređaja na 100 000 stanovnika, dok je prosjek odabranih zemalja EU-a u 2018. godini iznosio 78%“ (Buljan i Šimović, 2022, str. 350). Međutim, već prema drugim pokazateljima kao što je sposobnost pretvorbe intermedijarnih inputa u zdravstvene ishode učinkovitost hrvatskog zdravstva daleko je niža u odnosu na druge analizirane zemlje. Također, kao što je već u ovom radu analizirano, potvrđeno je i spomenutim istraživanjem kako se Hrvatska nalazi iznad europskog prosjeka po dostupnosti bolničkih ležaja što generira dodatne troškove, a ne donosi značajniju dobrobit u postizanju boljih zdravstvenih ishoda. Naposljetku, istraživači su u svoju analizu uključili i pojedine bihevioralne čimbenike te rezultati istraživanja ukazuju kako hrvatski zdravstveni sustav karakterizira nedovoljna proaktivnost u promicanju zdravog načina života i prevenciji bolesti, a što je ključno u postizanju bolje zdravstvene karte cjelokupnog hrvatskog stanovništva, koje je u kontinuiranom padu i starenju, čime se stvaraju dodatni pritisci na cjelokupan sustav, a posebice iz aspekta financijske održivosti.

Slijedom istaknutih provedenih istraživanja može se zaključiti kako dobiveni rezultati daju vrijedan doprinos stvaranju okvira za daljnja istraživanja problematike zdravstvenog sustava, a posebice iz perspektive korisnika kao najvažnije sastavnice i razloga postojanja

zdravstvenog sustava. Dosad provedena istraživanja uglavnom stavljaju naglasak na kvalitetu pružene zdravstvene usluge pacijentu i zdravstvenog sustava u cjelini. Međutim, uočen je nedostatak analize zdravstvenog sustava u pojedinim njegovim segmentima, a posebice komparacija javne u odnosu na privatnu zdravstvenu skrb te stavljanje korisnikove percepcije kvalitete u okvir efikasnosti koja se postiže kao jedan od ključnih čimbenika uspješnosti i funkcionalnosti zdravstvenog sustava. Također, provedena istraživanja iskazuju rezultate dobivene analizom zdravstvenih sustava stranih zemalja, dok detaljnija istraživanja hrvatskog zdravstvenog sustava nedostaju, a posebice je utvrđen nedostatak istraživačke analize u segmentu praćenja njegove efikasnosti te odnosa javne i privatne zdravstvene skrbi iz perspektive pacijenata. Stoga će se kroz ovo istraživanje u sklopu diplomskog rada dati doprinos hrvatskom zdravstvenom sustavu predstavljajući rezultate dobivene ispitivanjem percepcije korisnika o efikasnosti javne u odnosu na privatnu zdravstvenu skrb, što će predstavljati vrijedan temelj za daljnje promišljanje o pronalasku adekvatnih rješenja problema s kojima se susreće hrvatski zdravstveni sustav i otvoriti novi pogled na mogućnosti u pružanju zdravstvenih usluga s ciljem povećanja njegove kvalitete i učinkovitosti.

6. Metodologija istraživanja

U svrhu postavljanja kvalitetnog metodološkog okvira za provedbu istraživanja u sklopu diplomskog rada u ovom će se poglavlju definirati tema i ciljevi istraživanja te sukladno istraživačkoj prirodi problemske tematike argumentirati odabrana metoda istraživanja, uzorak ispitanika obuhvaćen istraživanjem, pojasniti konstruiranje istraživačkog instrumenta te postaviti etički okvir s preciziranim odrednicama kojima se razjašnjavaju etička pitanja koja se otvaraju kod provedbe ovakve vrste istraživanja.

6.1. Tema i ciljevi istraživanja

Sukladno provedenoj analizi hrvatskog zdravstvenog sustava zasnovanoj na teorijskom konceptu evaluirane su osnovne odrednice organizacije i rada zdravstvenog sustava prvenstveno objektivno promatrane iz statističke perspektive temeljene na kvantitativnim podacima. Općenito govoreći, prvi dio ovog rada bazirao se na upoznavanju djelovanja hrvatskog zdravstvenog sustava, s posebnim naglaskom na poteškoće i prepreke s kojima se suočava, a koje onemogućavaju ispunjenje njegove potpune funkcionalnosti. Usto, prilikom analize otkrivena je i problematika efikasnosti te su predstavljeni pojedini pokazatelji kojima se ova bitna odrednica u okviru zdravstvenog sustava evaluira. Međutim, dosadašnja analiza efikasnosti promatrana je putem objektivnih indikatora, zanemarujući perspektivu pacijenata kao najvažnijeg prioriteta i razloga postojanja te funkcioniranja zdravstvenog sustava.

Slijedom navedenog, istraživački dio rada orijentiran je pregledu hrvatskog zdravstvenog sustava iz perspektive pacijenata s osvrtom na usporedbu javne u odnosu na privatnu zdravstvenu skrb u pogledu njihove efikasnosti u svakodnevnom djelovanju i pružanju usluga pacijentima. Dakle, **tema istraživanja** usmjerena je otkrivanju korisničke percepcije efikasnosti javne u odnosu na privatnu zdravstvenu zaštitu s gledišta dostupnosti, kvalitete i financijski uvjetovanih mogućnosti. Shodno navedenom, opći cilj istraživanja određen je na sljedeći način: **utvrditi ključne razlikovne čimbenike u percepciji kojima korisnici evaluiraju pruženu javnu/privatnu zdravstvenu skrb.**

Prema definiranom općem istraživačkom cilju, a sukladno spoznajama dosad provedenih teorijskih i empirijskih istraživanja tematskog područja, određeni su specifični ciljevi istraživanja:

1. ispitati osobni stav korisnika prema javnoj, odnosno privatnoj zdravstvenoj zaštiti
2. ispitati, identificirati i opisati ključne faktore korisničke percepcije efikasnosti zdravstvene usluge.

Sukladno problemskoj tematici i određenom općem istraživačkom cilju, temeljno istraživačko pitanje koje se postavlja u okviru definirane istraživačke teme je:

Koliko je efikasna javna u odnosu na privatnu zdravstvenu zaštitu iz perspektive potrošača zdravstvenih usluga te koji su najvažniji razlikovni čimbenici koje korisnici uzimaju u obzir prilikom donošenja odluke o odabiru pružatelja zdravstvene usluge te evaluacije pružene javne/privatne zdravstvene skrbi?

U svrhu postizanja što detaljnijih i preciznijih rezultata istraživanja, a sukladno specifičnim ciljevima definirana su i pomoćna istraživačka pitanja:

1. Kakav je osobni stav korisnika prema javnim, a kakav prema privatnim zdravstvenim uslugama?
2. Koji su ključni faktori koje korisnici evaluiraju i sukladno kojima kreiraju vlastitu percepciju efikasnosti pružene zdravstvene usluge?

6.2. Metode istraživanja

Temeljem definirane teme i ciljeva za potrebe ovog istraživanja korištena je kvalitativna metoda u prikupljanju i analizi podataka. Kako je osnovni cilj bio ispitati korisničku percepciju efikasnosti javne u odnosu na privatnu zdravstvenu skrb te otkriti razlikovne čimbenike koje korisnici uzimaju u obzir prilikom samoprocjene pružene zdravstvene usluge provedeni su intervjui u cilju postizanja otvorene komunikacije s ispitanicima putem koje su oni mogli slobodno iznositi vlastita iskustva i impresiju koja iz tog proizlazi. Putem dubinskog intervjua, koji se s dijelom ispitanika provodio uživo - "licem u lice", a s nekoliko njih putem softverskog programa za videotelefoniju, i putem kojeg je ostvarena intenzivna interakcija istraživača s ispitanikom, ispitala su se iskustva i individualna percepcija šest korisnika javne i privatne zdravstvene usluge, a potom su prikupljene empirijske spoznaje, primjenjujući induktivnu metodu, sistematizirane te integrirane i poopćene u svrhu izvođenja konstatacija i epiloga istraživanja.

Za provedbu ovog istraživanja osnovni instrument koji se koristio jest vodič za intervju, organiziran u nekoliko osnovnih podtematskih kategorija, a koji je služio kao glavni orijentir u vođenju komunikacije s ispitanikom, međutim s ispitanicima se vodio polustrukturirani intervju te su se, ovisno o osobnim karakteristikama pojedinog ispitanika i tijekom razgovora, prema potrebi, postavljala i dodatna otvorena pitanja u svrhu prikupljanja potpunih i opsežnih odgovora. Opisani način provedbe istraživanja, osim podataka koji proizlaze iz verbalne komunikacije, omogućio je i otkrivanje šire istraživačke pozadine generirajući vlastite empirijske spoznaje istraživača u obliku opservacija temeljenih na ponašajnim obrascima ispitanika uključujući ton glasa i gestikulacije.

S ciljem što kvalitetnije i cjelovite analize te sistematizacije, obrada prikupljenih podataka bazirala se na otvorenom, fokusiranom i aksijalnom kodiranju. Prilikom analize inicijalno se primijenilo otvoreno kodiranje uz pomoć kojeg su se podaci temeljem ključnih pitanja tko, kada, gdje, na koji način,... raščlanili i usporedili te koristeći se fokusiranim kodiranjem razvrstali u nekoliko osnovnih kategorija, kako bi se u daljnjem koraku, vodeći se aksijalnim kodiranjem, precizno identificirale kategorije i potkategorije te oformili odnosi i veze među njima.

Naposlijetku valja istaknuti kako provedeno istraživanje u potpunosti zadovoljava etička načela s aspekta dobrovoljnosti, istinitosti te povjerljivosti podataka i zaštite osobnog identiteta sudionika istraživanja. Prije provedbe intervjua svakom od ispitanika uručena je *Izjava o etičnosti u korištenju podataka prikupljenih istraživanjem* (dostavljena kao Prilog ovom radu), kojom se jamči zaštita osobnih podataka te se ispitanika upoznaje sa svrhom i ciljevima istraživanja, a usto i putem verbalne komunikacije sudionici su prije prelaska na formalni razgovor vezan uz istraživačku temu dobili detaljnije informacije o očekivanjima, načinu korištenja i pristupu podacima te im je istaknuto kako ne postoje nikakvi rizici glede sudjelovanja u istraživanju.

6.3. Uzorak istraživanja

Istraživanje u sklopu ovog diplomskog rada, kao što je već spomenuto, obuhvaća šest dubinskih intervjua provedenih s korisnicima javnih i privatnih zdravstvenih usluga. Kako istraživačka tema izravno zadire u privatnost ispitanika, svaki od intervjua proveden je u, za ispitanika, ugodnom ambijentu bez prisutnosti drugih sugovornika sa zajamčenom anonimnosti i povjerljivosti otkrivenih podataka. Ovakvim se pristupom kod sudionika istraživanja postigla opuštenost i slobodna te otvorena komunikacija kroz koju su prikupljeni opsežni odgovori bogati zanimljivim informacijama. Svi intervjui u sklopu predmetnog istraživanja provedeni su tijekom svibnja 2023. godine, a prema vremenskom trajanju najkraći intervju je trajao 30 minuta, a intervju koji se najduže provodio je trajao 60 minuta.

Opsežnosti prikupljenih podataka doprinio je i sam istraživački pristup kojim su se nastojali obuhvatiti različiti profili ispitanika korisnika javne ili privatne zdravstvene zaštite. U nastojanju dobivanja što točnijih i relevantnijih podataka istraživanjem su bili zastupljeni sudionici različitih dobnih skupina i različitog stupnja obrazovanja. Slijedom navedenog, u istraživanju su sudjelovala dva ispitanika i četiri ispitanice, a njihove osnovne biografske karakteristike, prikazane su u *Tablici 3*.

Tablica 3 Biografske karakteristike ispitanika (Izvor: izrada autorice)

	Spol	Dob	Stupanj obrazovanja	Radni status	Korisnik dopunskog zdravstvenog osiguranja
Ispitanik 1	muški	30 godina	visoka stručna sprema	trajno zaposlen	da
Ispitanik 2	ženski	22 godine	viša stručna sprema	redovna studentica	da
Ispitanik 3	ženski	23 godine	srednja stručna sprema	redovna studentica	da
Ispitanik 4	ženski	35 godina	viša stručna sprema	trajno zaposlena	da
Ispitanik 5	ženski	55 godina	srednja stručna sprema	trajno zaposlena	da
Ispitanik 6	muški	38 godina	viša stručna sprema	trajno zaposlen	da

7. Rezultati istraživanja

U ovom poglavlju iznose se rezultati prikupljeni provođenjem dubinskih intervjua s korisnicima javnih i privatnih zdravstvenih usluga. Dok se prvi skup empirijski prikupljenih podataka odnosio na upoznavanje profila ispitanika, preostali dio istraživačke analize, prikazan u nastavku, orijentiran je otkrivanju odgovora na istraživačka pitanja u svrhu postizanja ciljeva u sklopu ovog istraživanja.

Putem šest dubinskih intervjua s korisnicima javnih i privatnih zdravstvenih usluga nastojali su se identificirati osnovni kriteriji korisničke evaluacije pružene zdravstvene usluge te posljedično percepcije javne u odnosu na privatnu zdravstvenu uslugu iz čega proizlazi osobni stav prema istima. Prilikom analize intervjua definirane su tri glavne teme prikupljenog empirijskog materijala: stav korisnika prema javnim/privatnim zdravstvenim uslugama, ključni razlikovni čimbenici korisničke percepcije zdravstvene usluge i prijedlozi za poboljšanje zdravstvenog sustava iz korisničke perspektive.

7.1. Stav korisnika prema javnim/privatnim zdravstvenim uslugama

Stav korisnika prema javnim i privatnim zdravstvenim uslugama determiniran je skupom faktora koji se koriste u funkciji kriterija prilikom analize alternativa kod donošenja odluke o korištenju zdravstvenih usluga. Sukladno podacima prikupljenim putem intervjua sa šest različitih korisnika zdravstvenih usluga relevantni evaluacijski faktori prilikom odabira javne ili privatne zdravstvene usluge su: red čekanja, cijena usluge, financijski uvjetovane mogućnosti, vlastita i tuđa prethodna iskustva, reputacija liječnika, način izvođenja medicinskog postupka, stručnost i iskustvo medicinskog osoblja, povjerenje i sigurnost te traženje drugog stručnog mišljenja. Navedeni se faktori, prema navodima pacijenata, smatraju ključnim razlikovnim čimbenicima kojima se identificira distinkcija javnih u odnosu na privatne zdravstvene usluge.

Red čekanja predstavlja osnovni razlikovni element kojeg korisnici navode kao jedan od ključnih čimbenika prilikom odabira privatne zdravstvene usluge. Naime, svih šest ispitanika je tijekom intervjua duge liste čekanja istaknulo kao velik problem hrvatskog javnog zdravstvenog sustava i izvor njegove neefikasnosti. Također, tijekom razgovora jedna ispitanica je navela kako je problem duljine čekanja najviše izražen kod specijalističkih pregleda i pretraga, a usto vremenska komponenta u korelaciji je i s emocionalnom komponentom pacijenata kod kojih se duljinom čekanja za pojedinu zdravstvenu uslugu generira dodatani stres i psihički pritisak. Povrh svega, pojedini ispitanici su se tijekom

razgovora referirali i na pitanje kvalitete svakodnevnog života koja je bila znatno narušena, a izazvano izraženim zdravstvenim problemom, koji je onemogućavao obavljanje uobičajenih aktivnosti, pri čemu je opet prilikom odabira pružatelja zdravstvene usluge prednost imala ekspeditivnost privatne zdravstvene zaštite u odnosu na duljinu čekanja u javnom zdravstvenom sustavu.

<p>Ispitanik 1: <u>Od kad sam se naručio u bolnici pa do samog endokrinološkog pregleda je prošlo tri mjeseca... Tako da... moje mišljenje je da je to zaista predugo bilo za mene, koji nema drugih zdravstvenih tegoba, a kako li je tek onda starijim osobama s još nekim drugim popratnim dijagnozama... Moj svakodnevni život nije bio toliko kvalitetan i bio sam spriječen u nekim aktivnostima koje sam dotad obavljao upravo radi tih svih neugodnih simptoma.</u></p> <p>...Inače, bila moja prva odluka je bila da koristim javnu zdravstvenu uslugu, međutim, <u>već nakon nekih mjesec dana čekanja, moji simptomi su bili već previše izraženi i jako sam se loše osjećao te sam procijenio kako bi čekanje još dva mjeseca zaista bilo previše dug period te sam potražio privatnog liječnika i naručio se na pregled...</u></p>	<p>Problem drugih redova čekanja</p> <p>Narušena kvaliteta svakodnevnog života</p> <p>Izraženi simptomi bolesti</p> <p>Nezadovoljstvo dostupnošću javne zdravstvene zaštite</p>
--	---

Slika 1 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1)

<p>Ispitanik 2: Što se tiče vađenja krvi, ma to nikad ne čekam. Uvijek kad me moj liječnik uputi to mogu obaviti odmah drugi dan. Odem u laboratorij i nalaz je gotov drugi dan. <u>Problem su više čekanja za preglede kod doktora specijalista,</u> kao što sam ja čekala endokrinologa. <u>Čekala sam mjesec i pol na pregled,</u> iako sam imala dosta akutno stanje s tim ispadanjem i moje vrijednosti iz tih krvnih pretraga nisu bile sjajne. Ali... to je opet i do liječničke procjene ako je nešto hitno... no dobro... Možda previše subjektivno analiziram sve to, jer svakome je njegov zdravstveni problem najveći, ali kad vam ispada kosa i to baš intenzivno mislim da je svaki dan u toj borbi dragocjen i <u>toliko čekanja samo stvara dodatni stres i psihički pritisak.</u> I još kad si svjestan da je to samo jedan pregled koji ti neće odmah riješiti problem. Ne znam... nema tu nekog efikasnog pristupa u liječenju bolesti, <u>red čekanja</u></p>	<p>Problem dugih redova čekanja za specijalističke preglede</p> <p>Negodovanje uvjetovano dugim redovima čekanja</p>
--	--

<u>jednostavno puno puta onemogućava da se zdravstveni problem riješi s dobrim ishodom po pacijenta.</u>	Dugi redovi čekanja - pitanje efikasnog pristupa u liječenju
--	--

Slika 2 Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<u>Ispitanik 6: Ja tu jedino ono što muči zdravstveni sustav uviđam te liste čekanja, mislim da su one glavni krivac onda i za preostale mane kao što je manja efikasnost i učinkovitost u liječenju pacijenata, posvećenost, manja motivacija liječnika, napetost i tako to...</u>	Duge liste čekanja - glavni uzrok neefikasnosti javnog zdravstvenog sustava
---	--

Slika 3 Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

Drugim riječima, privatni pružatelji zdravstvenih usluga pacijentima omogućavaju veću dostupnost zdravstvene zaštite s aspekta bržeg dolaska na red za potrebne medicinske usluge. Prema navodima ispitanika najduže čekanje za privatnu zdravstvenu uslugu nije duže od mjesec dana, odnosno većina njih je istaknula kako se radilo o zaista brznoj reakciji privatnih pružatelja zdravstvene skrbi, koji su bili u mogućnosti potrebnu zdravstvenu uslugu pružiti u roku nekoliko dana. S druge strane, pojedini ispitanici navode problem dugih lista čekanja u javnozdravstvenim ustanovama, pri čemu je za neke zdravstvene usluge potrebno čekati i godinu dana.

<u>Ispitanik 1: To je zaista bila promptna reakcija. Liječnika sam telefonski kontaktirao putem broja na njihovoj web stranici i termin mi je bio zakazan za pet dana.</u>	Duljina čekanja za privatnu zdravstvenu uslugu
--	--

Slika 4 Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1)

<u>Ispitanik 2: U bolnici od kad sam se naručila pa do dolaska na red sam čekala tri i pol mjeseca, a recimo privatno uopće nisam čekala. Kada sam bila kod dermatologice u bolnici na kontroli ona mi je rekla da radi i privatno i da mi to može napraviti i odmah smo tamo dogovorile privatni pregled koji je bio za dva dana. Rekla je dermatologica da bi bio i odmah drugi dan, ali da treba kupiti taj trichotest pa se onda to čekanje produljilo za jedan dan.</u>	Usporedba redova čekanja kod javnih i privatnih pružatelja zdravstvenih usluga
--	---

Slika 5 Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<p>Ispitanik 3: Operaciju ću obaviti u javnoj bolnici. <u>Zapisao me liječnik prošlu godinu za sad, ove godine u lipnju, jer sam mu ja tako napomenula da onda mogu zbog fakultetskih obaveza.</u> <u>A za privatnu zdravstvenu uslugu sam čekala nešto malo duže od tjedan dana, ali inače ovako se ne čeka duže od mjesec dana.</u> <u>Velim znatno je kraći taj period čekanja nego što bi se čekalo u javnoj zdravstvenoj ustanovi.</u></p>	<p>Red čekanja za javnu zdravstvenu uslugu</p> <p>Red čekanja za privatnu zdravstvenu uslugu</p>
--	--

Slika 6 Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

<p>Ispitanik 5: Sad mi je malo teško se prisjetiti koliko sam dugo za koje usluge čekala, <u>obzirom da sam dosta tako koristila te javne zdravstvene usluge i čekala sam za svaku podosta dugo... ali ono rekla bih nekih tri mjeseca. Konkretno evo pretraga snimanja glave eto to je red čekanja tako nekih tri mjeseca.</u> ...A kad sam išla privatno... ja sam došla tamo i rekla kad mi odgovara. Ja sam im rekla datum u četvrtom mjesecu koji meni odgovara, nekih tri tjedna prije sam ja dakle bila tamo da dogovorim datum od tog datuma koji sam im ja rekla, <u>i onda mi je tamo osoblje dalo raspored kad rade popodne, a kad ujutro, da si izaberem koje vrijeme mi najbolje odgovara, i onda sam si ja odabrala poslijepodnevni termin... tako da dosta su bili prilagodljivi mojim terminima. Mislim ja sam došla s idejom datuma i oni su odmah taj termin prihvatili.</u></p>	<p>Red čekanja za javnu zdravstvenu uslugu</p> <p>Vremenska prilagodljivost privatnih pružatelja zdravstvenih usluga</p>
--	--

Slika 7 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)

<p>Ispitanik 6: <u>Našao sam broj na njegovoj internetskoj stranici i nazvao ga i rekao što mi se dogodilo. Inače taj zubar je dosta cijenjen i ima puno pacijenata i ovako za neke ne hitne stvari čekate kojih tjedan dana ili maksimalno dva tjedna, ali dok je čuo moju situaciju da mi je puknuo zub i tako to je rekao neka dođem drugi dan.</u> I onda sam ja tako prema dogovoru drugi dan došao k njemu.</p>	<p>Prva interakcija s privatnim liječnikom telefonskim putem</p> <p>Red čekanja za privatnu zdravstvenu uslugu</p>
--	--

Slika 8 Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

Usto, pojedini ispitanici smatraju kako su redovi čekanja za zdravstvene usluge ključni prilikom izlječenja brojnih zdravstvenih stanja koja zahtijevaju brzu reakciju i time sprječavaju progresiju bolesti te poboljšavaju izgleda za uspješno izlječenje, odnosno prilikom

argumentiranja svojih odgovora ističu uvjetovanost uspješnosti izlječenja vremenskim faktorom čekanja za potrebnu zdravstvenu uslugu.

<p>Ispitanik 2: <u>Prije svega zbog čekanja sam se odlučila da odem privatnom liječniku. Smatram da su redovi čekanja previše veliki.</u> Vjerujem da nitko ne dolazi bez argumenta liječniku i nitko ne traži bez razloga neku zdravstvenu uslugu. Dakle, ljudima je stvarno potrebna neka usluga, pregled, pretraga što već,... i dok trebaju čekati toliko dugo... <u>mislim da se time samo njihovo zdravstveno stanje pogoršava, a onda to sigurno utječe, u većini slučajeva, na uspješnost liječenja.</u> Tako da redovi čekanja su za mene osnovni razlog.</p>	<p>Redovi čekanja - osnovni čimbenik odluke prilikom odabira privatne zdravstvene usluge</p> <p>Uspješnost u izlječenju uvjetovana vremenskim faktorom čekanja na red</p>
---	---

Slika 9 Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<p>Ispitanik 3: Prvo je sve krenulo od kardiologa i onda me on uputio na vađenje krvi pa sam potom išla fizijatru koji me je uputio na fizikalnu i <u>to sam išla fizijatru u 11. mjesecu prošle godine i oni su mi rekli da budu me nazvali kad budem mogla krenuti s terapijama, a poziv sam tek sad nedavno dobila 13.04. ove godine, znači pet do šest mjeseci kasnije, a to nikako ne ide u prilog učinkovitom liječenju mog zdravstvenog stanja.</u></p>	<p>Red čekanja za javnu zdravstvenu uslugu</p>
---	--

Slika 10 Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

<p>Ispitanik 4: <u>Kad rezimiram moja dosadašnja iskustva onda se od svega toga prvo ističu dugi redovi čekanja, to mi je uvijek bila tlaka kod zdravstva da kad rješavam neki problem ode vremena i vremena da dođem na red, a u tom periodu čekanja mi se problem samo još više intenzivira... redovi čekanja su već postali zaista predugi... pa recimo moja majka je za jednu gastroenterološku pretragu u bolnici čekala 13 mjeseci... pa to je grozno... sustav nam vapi za reformama, jer neefikasnost danas stvara još veće probleme i prepreke za postizanje efikasnosti sutra... a nikako da se nešto pokrene...</u></p>	<p>Dugi redovi čekanja - problem javnog zdravstvenog sustava</p>
---	--

Slika 11 Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4)

Izuzev spomenutog, prilikom konstatacija uzroka biranja privatnih pružatelja zdravstvenih usluga, koje su se odnosile na duljinu lista čekanja, pojedini ispitanici su istaknuli hitnoću zdravstvenog stanja, koja može biti značajan faktor koji determinira duljinu čekanja za javnu zdravstvenu uslugu, odnosno prioritetni pristup prilikom naručivanja pacijenata, a na čemu se u suštini i temelji javni zdravstveni sustav. Naime, unatoč dugim redovima čekanja za pojedine zdravstvene usluge u javnozdravstvenim ustanovama, nekoliko je pacijenata istaknulo kako su uspjeli u kratkom roku riješiti svoj zdravstveni problem, koji je zbog svojih karakteristika zahtijevao hitno postupanje, te stoga nisu imali potrebu za korištenjem privatne zdravstvene usluge.

<p>Ispitanik 6: <u>S obzirom na to da sam stvarno imao jake bolove, rekla je zubarka da ima jako veliku gužvu, ali neka dođem odmah idući dan ujutro kad još nema pacijenata, ono da budem prvi u ordinaciji, pa da pogleda o čemu se radi i što ćemo dalje.</u> <u>A onda za kontrolu, čekao sam dva tjedna. Inače za kontrolu se kod moje zubarke čeka i po mjesec dana i tako... ali sam rekao da su se opet počeli javljati tako neki bolovi koji me ometaju svakodnevno kad jedem.</u></p>	<p>Brzina reakcije i dolaska na red u javnozdravstvenoj ustanovi za hitni zdravstveni problem</p>
---	---

Slika 12 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

<p>Ispitanik 2: Da... opet sam otišla svom liječniku opće prakse i on mi je izdao uputnicu za dermatologa, <u>ali ovaj put je uz uputnicu bila napomena hitnoće zbog zaista jakoq opadanja kose te sam termin u županijskoj bolnici za dermatologa dobila za tjedan dana, što je izrazito kratki vremenski period, jer se u toj bolnici izrazito dugo čeka na termin.</u> Radi samo jedna dermatologica na cijelu županijsku bolnicu, pa sad razmislite kolike su to liste čekanja... Eto tako da sam tu imala sreću što sam brzo došla na red.</p>	<p>Redovi čekanja uvjetovani hitnoćom stanja pacijenta</p>
--	--

Slika 13 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

Naposljetku, kada je riječ o redovima čekanja, valja istaknuti i određene nezakonitosti uočene unutar sustava javne zdravstvene zaštite, a istaknute od strane jedne od sugovornica tijekom intervjua. Naime, riječ je o nejednakom pristupu svim pacijentima uzrokovanim tzv. „vezama“ i stvaranju mreže poznanstava, koje se koriste prilikom naručivanja i dobivanja bržih termina zdravstvenih usluga.

<p>Ispitanik 3: Javila sam se svom liječniku opće prakse i on me dalje uputio drugim liječnicima, ali sve se odvijalo u javnom zdravstvenom sustavu. <u>Koristila sam malo vezu da prije dođem na red, ali da... sve je bilo putem javnog zdravstvenog sustava... Išla sam preko veze. Inače bih ovako čekala jako puno. Recimo za rtg bih dugo čekala, termin bi mi bio tek iduće godine krajem kolovoza. A ovako sam sad došla na red još prošle godine krajem 11. mjeseca.</u></p>	<p>Veze - jedan od faktora koji definira duljinu čekanja za javnu zdravstvenu uslugu</p>
--	--

Slika 14 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

Osim spomenutog, ista sugovornica navela je još jednu od mogućnosti dobivanja bržeg termina zdravstvene usluge u javnozdravstvenoj ustanovi, ističući pritom dualni rad liječnika što podrazumijeva radni angažman i u javnom i u privatnom zdravstvenom sustavu, pri čemu inicijalno korištenje privatne zdravstvene usluge pacijentima omogućava bržu dostupnost javne zdravstvene usluge, koju pruža isti liječnik, u vidu nastavka liječenja u javnozdravstvenoj ustanovi.

<p>Ispitanik 3: <u>A taj liječnik iz Zagreba, on radi i u javnoj bolnici i privatno. Znači, ja sam prvo išla u njegovu privatnu ordinaciju i na temelju toga sam onda dalje išla javno. Znači, prvi pregled je bio u njegovoj privatnoj ordinaciji, a dalje sam koristila javnu zdravstvenu uslugu samo što me je taj doktor onda i prije ugurao u javnu, u smislu da sam manje čekala na red. I svoju prvu operaciju gležnja sam obavila u javnoj bolnici u Zagrebu, a operirao me taj liječnik kojem sam prvo išla privatno, a dalje moj slučaj vodi u javnoj bolnici.</u></p>	<p>Rad liječnika i u privatnom i u javnom zdravstvenom sektoru</p> <p>Kombinacija korištenja privatne i javne zdravstvene usluge</p> <p>Korištenje privatne zdravstvene usluge kao pomoć za postizanje bržeg pristupa javnoj zdravstvenoj usluzi</p>
---	--

Slika 15 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

Cijena zdravstvene usluge i financijski uvjetovane mogućnosti u međusobnoj su povezanosti kada je riječ o analizi odluke o korištenju javne ili privatne zdravstvene usluge. Obzirom da su ispitanici obuhvaćeni istraživanjem koristili različite vrste privatnih zdravstvenih usluga nije moguće uspoređivati njihove međusobne cijene, ali prema njihovim navodima može se zaključiti kako se, u većini slučajeva, radi o podosta visokim iznosima koji su činili

značajniji financijski izdatak u njihovom osobnom budžetu. Prilikom sagledavanja odnosa javnih i privatnih zdravstvenih usluga iz financijskog aspekta potrebno je u analizu uključiti i socioekonomski status korisnika, a prema prikupljenim podacima iz intervjuja uočava se kako stupanj obrazovanja u velikoj mjeri definira visinu primanja ispitanika, a što se posljedično odražava i na njihove financijske mogućnosti financiranja zdravstvenih usluga. U predmetnom istraživanju sudjelovale su i dvije osobe u statusu redovnog studenta, bez kontinuiranih i sigurnih primanja, pri čemu je jedna od njih istaknula problem ograničenih novčanih sredstava kao jedan od razloga ne korištenja privatnih zdravstvenih usluga. Međutim, i navedeni su ispitanici, unatoč oskudnosti financijskih resursa, naposljetku ipak koristili neku od privatnih zdravstvenih usluga, primorani drugim čimbenicima, dok se za podmirenje cijene privatne usluge, kako jedna od ispitanica navodi, koristila financijska pomoć obitelji.

Usto, primjećuje se i kako pojedini ispitanici, usprkos višem socioekonomskom statusu, navode otežanu mogućnost podmirenja troškova nastalih korištenjem privatnih zdravstvenih usluga iz tekućih primanja te potrebu za korištenjem uštedevine za financiranje istih ili pak smanjenje sposobnosti priuštivosti nekih drugih stavki na prioritetoj listi želja. Izuzev spomenutog, uvidom u prikupljene podatke uviđa se kako ispitanici više i visoke stručne spreme ističu negodovanje povezano pozicijom hrvatskih radnika kada je riječ o visini plaća te nepovoljan položaj s aspekta smanjenja opsega priuštive košarice usluga determinirane trendom rasta cijena uzrokovanim inflacijskim poremećajem.

<p>Ispitanik 1: <u>Smatram kako danas primanja radnika većine profesija su znatno niže od stvarne vrijednosti njihova rada, pa tako ni sam nisam u potpunosti zadovoljan svojim mjesečnim primanjima, ali opet, s druge strane, imam relativno pristojnu plaću koja mi pruža financijske mogućnosti za neki dobar život, ali opet da se razumijemo, ne aludiram ovdje na neke veće luksuze. <u>Svaki mjesec odvajam poneki dio novaca za štednju pa onda u ovakvim situacijama kao što je bila ova, ako u tom mjesecu ne mogu iz redovitih sredstava to pokriti, uzmem iz tog štednog fonda.</u></u></p> <p>...E da... tu je sad druga strana medalje... Koliko ti se vremenski olakša cjelokupan postupak toliko te s druge strane financijski osiromaši. <u>Ja sam za posjetu privatnog liječnika koji je uključivao pregled, analizu nalaza krvnih pretraga i ultrazvuk štitnjače morao izdvojiti 500 kuna, evo sad u eurima to bi bilo nekih 65 eura.</u></p>	<p>Nepovoljan položaj radnika - problem niskih plaća</p> <p>Štednja novčanih sredstava</p> <p>Obuhvat postupaka privatnom zdravstvenom uslugom</p>
--	--

<p>Mada, da sam to sad išao vrlo vjerojatno, kako je sve poskupilo uslijed inflacije, bi i taj iznos bio zasigurno duplo veći.</p>	<p>Cijena privatne zdravstvene usluge</p>
--	---

Slika 16 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1)

<p>Ispitanik 2: <u>Ja sam studentica i ne raspoložem nekim značajnim iznosom novčanih sredstava na mjesečnoj razini, moje financijske granice su dosta uske, tako da ni ne pomišljam o korištenju privatnih zdravstvenih usluga.</u> Dobro, to je moj prvi pogled na to i takav je općenito kada je riječ o nekim tim, rekla bih mogućnostima za imućnije građane, ali ponekad si jednostavno primoran koristiti i privatne usluge. Ja sam i sama na kraju završila kod privatne liječnice, ali to je bilo zaista nakon puno, ali stvarno puno, posjeta liječnicima u javnom zdravstvu i pokušaja izlječenja. Srećom, <u>imam veliku podršku i novčanu potporu od strane roditelja pa sam si mogla to priuštiti</u>, ali... da njih nije bilo, evo stvarno ne znam bih li uspjela i bi li moj zdravstveni ishod bio takav kakav je sada.</p> <p>...Znači to je bilo potpuno privatno. <u>Meni je dermatologica rekla da se to niti ne može obaviti u javnoj zdravstvenoj ustanovi. Ja sam to bila prošle godine kada smo još bili u kunama i tada je to stajalo 1.700 kuna. Dakle, ja sam sve skupa tako platila taj posjet u privatnu ordinaciju... A dok sam išla na kontrolu onda sam kontrolni pregled platila 250 kuna.</u></p>	<p>Financijski ograničene mogućnosti - razlog ne korištenja privatnih zdravstvenih usluga</p> <p>Financijska pomoć u plaćanju privatnih zdravstvenih usluga</p> <p>Nemogućnost obavljanja pretrage u javnoj zdravstvenoj ustanovi</p> <p>Cijena privatne zdravstvene usluge</p>
---	---

Slika 17 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<p>Ispitanik 3: <u>Jedan pregled je iznosio 600 kuna i to u Zagrebu. U Čakovcu dok sam išla privatno sam platila 250 kuna... A kad sam išla na primanje blokada, onda sam svaku blokadu platila 400 kuna, a primila sam takve tri blokade.</u></p>	<p>Cijena privatne zdravstvene usluge</p>
---	---

Slika 18 Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

<p>Ispitanik 4: A gledajte, mislim da koliko god da u Hrvatskoj zarađuješ da je naš standard daleko od toga da bi si mogao priuštiti takve zdravstvene usluge. I ja na početku svoje trudnoće nisam pomišljala o privatnom rodilištu, isprava nisam ni znala kako se te cijene kreću... <u>ali eto... Imali smo neku ušteđevinu, jer da nismo imali ušteđeni iznos iz redovitih mjesečnih primanja si to ne bih mogla priuštiti... Novce smo inače štedjeli za putovanje, ali eto ovo je bilo trenutno potrebitije pa smo prenamijenili njihovu ulogu... Mislim da je zdravlje najbitnije, ostalo će sve nekako doći, a i ovdje se nije radilo samo o meni već i o našem djetetu...</u></p> <p>...Privatno sam porod platila oko 30.000 kuna.</p> <p>...Ali ono kad pogledam... Financijske mogućnosti ljudi su premale za ono što privatni pružatelji zdravstvenih usluga traže... <u>Sad pogotovo dok su cijene svega otišle u nebo... privatne zdravstvene usluge su isto tako jako poskupjele, neke i za 100%... pa dokle će to...</u> A ljudi sa zdravstvenim problemima nemaju dovoljno novaca da plate to i to me najviše pogađa... puno razmišljam o tome, baš sam sad tim svojim slučajem potaknuta da dubljem razmišljam o tome... ne znam, ali da budem iskrena ni ne želim znati, kako je majkama koje nemaju tu sreću kao ja i koje si ne mogu priuštiti neku bolju, kvalitetniju uslugu...</p>	<p>Korištenje ušteđevine za plaćanje privatnih zdravstvenih usluga</p> <p>Odricanje od drugih želja poradi financiranja privatne zdravstvene usluge</p> <p>Visina cijene privatne zdravstvene usluge</p> <p>Isticanje visokih cijena privatnih zdravstvenih usluga</p>
---	--

Slika 19 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4)

<p>Ispitanik 5: <u>...Isto tako, kod privatne liječnice nije ni ta usluga bila tako ekstremno skupa, cijena je iznosila nekih 1.200 kuna za uklanjanje jednog madeža, ali u tu je cijenu ulazilo rezanje madeža, previjanje, šavovi i vađenje šavova, i neke kreme, tako da okej... Mislim kad sam uštedjela novce mi je okej to ispalo tako da...</u> to sam se onda tako odlučila privatno obaviti.</p> <p>...Pa ono, ta privatna zdravstvena usluga je predstavljala izdatak, ali nekako mi je to bilo najbitnije. Mislim nije da nisam mogla si priuštiti neke druge jako bitne stvari, nije da nisam mogla jesti radi toga, ali je izdatak. To zaista jesu novci i mogla bih si svašta priuštiti za to, ali bilo je to onda hitno pa... <u>to je bila najbitnija stvar u tom trenutku pa sam za to štedjela novce tako da su ti novci bili za to namijenjeni.</u></p>	<p>Korisnička percepcija visine cijene privatne zdravstvene usluge</p> <p>Obuhvat privatne zdravstvene usluge</p> <p>Korištenje ušteđevine za plaćanje privatne zdravstvene usluge</p> <p>Rješavanje zdravstvenog problema - prioritet prilikom planiranja vlastitog budžeta</p>
---	--

Slika 20 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)

Naposljetku, kada je riječ o financijskim aspektima korištenja zdravstvenih usluga valja istaknuti kako je jedan od ispitanika naveo potrebu za plaćanjem usluge i u sklopu javnog zdravstvenog sustava u području dentalne medicine, pri čemu u takvim okolnostima, koje spadaju u tzv. financijske izuzetke javne zdravstvene skrbi, prilikom biranja javnih ili privatnih pružatelja zdravstvenih usluga do izražaja uz financijske, dolaze i preostali razlikovni čimbenici.

<p>Ispitanik 6: <u>Platio sam i u javnom zdravstvenom sustavu. Zubarka mi je računala plombu koju mi je stavila i to sam morao platiti 350 kuna, jer se radilo o dosta velikoj površini zuba.</u></p> <p>... A kad sam išao privatno... to nisam odmah sve riješio, išao sam dva puta. Prvo mi je zubar izvadio taj bolestan zub kojeg je zahvatila gangrena <u>i to sam platio 600 kuna, znači to je bilo krajem prošle godine, znači danas bi to bilo nekih 80 eura</u>, ali velim to je bilo prošle godine, tako da sad ne znam kako se kreću cijene. <u>Nešto sam našao da je sad i taj zubar, kod kojeg sam ja to obavio, poskupio tako da sad ne znam kolika je trenutna cijena. I to vađenje mi je zubar objasnio da ne postoji jedna jedinstvena cijena nego ovisno o tome koliko je kompliciran slučaj. Znači svaki pacijent je slučaj za sebe i tako onda i cijene variraju.</u> A ovaj drugi zub... Znači to se vodilo kao popravak i liječenje zuba, znači ono standard stavljanje plombe. <u>To sam platio isto 600 kuna, znači oko 80 eura.</u> Cijena je visoka. Ja na neki način razumijem privatne liječnike, jer da nije takva cijena ne bi im se niti isplatilo raditi privatno i možda bi otišli raditi u javni zdravstveni sustav, <u>ali treba biti i svjestan činjenice da se nalazimo u Hrvatskoj u kojoj životni standard stanovništva nije idealan. Jako zaostajemo još uvijek za zapadnim zemljama, a s tim privatnim uslugama se teži onome što zapadni svijet nudi i tu su onda nelogičnosti i nesrazmjer. Tako Vam i nastaju razlike među stanovništvom.</u> Ja vjerujem da si tu uslugu, koju sam si ja priuštio, još podosta velik dio stanovništva ne može priuštiti ili si može, ali se onda mora odreći nekih drugih važnih stvari.</p> <p>... <u>Ja evo da budem iskren imam dosta dobra primanja, jer radim u deficitarnom sektoru, pa je onda i plaća prihvatljiva i mogu si ponekad tako nešto priuštiti, ali da sad recimo učestalije moram</u></p>	<p>Plaćanje dentalne zdravstvene usluge u javnom zdravstvenom sustavu</p> <p>Visina cijene privatne zdravstvene usluge</p> <p>Poskupljenje privatnih zdravstvenih usluga</p> <p>Nepostojanje jedinstvene cijene privatne zdravstvene usluge - cijena uvjetovana složenošću pojedinog zdravstvenog slučaja</p> <p>Visina cijene privatne zdravstvene usluge</p> <p>Nedovoljno visok životni standard hrvatskog stanovništva</p> <p>Slijeđenje trendova zapadnih zemalja</p> <p>Analiza vlastite financijske situacije</p>
--	--

<p><u>koristiti zdravstvene usluge ja ne bih to mogao sve platiti.</u> Ajde kad se tako jednom pojavi neki izvanredni zdravstveni problem, kao što je meni bio zub, platiš to nekako pa si drugi mjesec onda priuštiš neke druge, možda malo manje bitne stvari koje mogu čekati, ali ako si češće boležljiv ili tako nešto ne znam kako bih to uspijevao sve poplatiti...</p>	
--	--

Slika 21 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

Vlastita i tuđa prethodna iskustva korištenja zdravstvenih usluga također predstavljaju bitan čimbenik odluke o biranju između javne ili privatne zdravstvene usluge, a značajna su i kod izgradnje **reputacije liječnika**, koja uvelike određuje korisničku percepciju zdravstvene usluge i povjerenje u medicinsko osoblje. Ispitanici su tijekom intervjua naveli kako su iskustva drugih pacijenata, a posebice njima bliskih osoba, od velike pomoći prilikom kreiranja inicijalnog mišljenja o pojedinom pružatelju zdravstvene usluge, a shodno tome i donošenju odluke o korištenju istih. Slijedom navedenog, korisnici iskustva drugih pacijenata prikupljaju izravno putem razgovora s njima ili pretraživanjem foruma i drugih internetskih stranica na kojima osobe mogu međusobno razmjenjivati svoja iskustva. Također, ponekad se i vlastita loša iskustva korištenjem pojedinih zdravstvenih usluga negativno prelijevaju na opći stav o javnim ili privatnim pružateljima zdravstvene zaštite čime se može stvoriti odbojnost prema korištenju zdravstvene usluge bez jasno argumentiranih razloga.

<p>Ispitanik 2: <u>Čitala sam internetske forume o preporukama za dobre liječnike koji se bave takvim zdravstvenim problemima, čitala sam iskustva drugih osoba istih ili sličnih problema...</u></p>	<p>Način informiranja - preporuke drugih korisnika zdravstvene usluge</p>
--	---

Slika 22 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<p>Ispitanik 3: <u>Isto tako i drugi imaju dobro mišljenje o njemu, hvale ga da je dobar, da je izvršio već puno operacija...</u> <u>Imam povjerenje potpuno u tog liječnika, jer kada sam išla privatnom liječniku u Čakovcu tada mi je on rekao da je to baš jedan od najboljih kirurga, a po samom pristupu liječnika se vidi da ima puno znanja o tome.</u></p>	<p>Preporuke drugih i reputacija liječnika – bitan faktor odluke o odabiru pružatelja zdravstvene usluge Povjerenje uvjetovano reputacijom i pristupom liječnika</p>
--	--

Slika 23 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

<p>Ispitanik 4: <u>Moja dosadašnja iskustva što god sam trebala i rješavala u javnoj zdravstvenoj ustanovi su dobra. Meni je uvijek bio zdravstveni problem riješen i nemam stvarno neko grozno iskustvo korištenja javne zdravstvene usluge.</u></p> <p>Ali znate i sami dok se nađete u tako nekoj situaciji, kao što je sad meni bila trudnoća, onda tražite iskustva drugih, kako su to drugi, što je najbolje, kako postupiti... i tu je nekako sve krenulo... <u>Ja sam puno čitala iskustva drugih mama, konzultirala sam se jako puno o trudnoći općenito, a prije svega o iskustvima poroda. Žene s kojima sam razgovarala uglavnom su iznosile jako ružna iskustva, gotovo traumatična što se tiče poroda. Ja sam stvarno bila šokirana da se, danas u 21. stoljeću, još mogu dogoditi takva iskustva u zdravstvu. I tu sam onda počela razmišljati kako da prođem što bolje, kako da se meni ne dogodi isto takvo loše iskustvo, kako da to spriječim, kako da moja prava kao pacijentice budu ispoštovana... I onda od svih tih razmatranja koje mogućnosti imam, a zaista šokirana iskustvima novopečenih mama koje su rodile u javnozdravstvenim ustanovama, zajedno s mužem sam donijela odluku da rodim u privatnoj poliklinici. I tu smo odmah počeli razmišljati gdje, kako,... i odluka je pala na jednu privatnu polikliniku, jer su oni prema iskustvima žena bili najbolje prezentirani.</u></p>	<p>Pozitivna dosadašnja vlastita iskustva korištenja javnih zdravstvenih usluga</p> <p>Konzultiranje o iskustvima drugih pacijenata</p> <p>Loša iskustva drugih u javnozdravstvenoj ustanovi - razlog odabira privatne zdravstvene usluge</p> <p>Iskustva pacijenata - faktor odabira privatnog pružatelja zdravstvene usluge</p>
---	---

Slika 24 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4)

<p>Ispitanik 5: <u>Priznajem da iskustva drugih ljudi igraju veliku ulogu kada se odlučujem kojem ću liječniku otići za neki svoj zdravstveni problem... Ja bih bez problema nasjela na ta iskustva drugih i dobre recenzije i to bi uvelike utjecalo na moju odluku kojem ću liječniku ići...</u></p> <p><u>Birat ću i ovaj put na temelju iskustva. Već je netko iz obitelji bio kod tog privatnog liječnika tako da... Tako da budem prvo to uzela u obzir...</u></p> <p><u>...Mislim definitivno bi mi najveću ulogu igralo nečije iskustvo i sama ta reputacija liječnika. Kakve su recenzije drugih za tog nekog privatnog liječnika, to mi je recimo jako bitno. Meni je nekako najviše provjereno i najviše imam povjerenja dok znam da</u></p>	<p>Iskustva drugih i reputacija liječnika - bitan faktora prilikom odabira privatnih pružatelja zdravstvenih usluga</p> <p>Iskustvo primarni, cijena sekundarni faktor prilikom odabira</p>
--	---

<p><u>je meni netko poznati, rekla bih bliska neka osoba, bila na toj nekoj pretrazi ili tako nešto i da mi kaže da je to dobro, e onda bih se i ja odlučila za tog liječnika pa makar bi bio i malo skuplji od nekih drugih recimo.</u></p> <p>... I općenito sam to nekako zaključila da ipak za to biram privatnu uslugu, <u>a i dugo se čeka ovako u javnozdravstvenoj ustanovi, tj. bolnici, a imam i loše iskustvo na tom odjelu pa mi to nije bila baš prva opcija.</u></p>	<p>privatnih pružatelja zdravstvenih usluga</p> <p>Dug red čekanja u javnozdravstvenoj ustanovi</p> <p>Prethodno loše iskustvo u javnozdravstvenoj ustanovi</p>
--	---

Slika 25 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)

<p>Ispitanik 6: Danas već imate more tih privatnih stomatologa i možete si tu stvarno birati kome ćete ići i tako sam i ja. <u>Otišao sam na prijedlog prijatelja privatnom stomatologu da vidi što mi se dogodilo i tražio da mi riješi problem. Taj prijatelj inače dosta hoda k tome stomatologu za gotovo sve probleme sa zubima i zadovoljan je i tako da onda nisam razmatrao druge privatnike nego sam po tome njegovom dobrom iskustvo izabrao tog zubara.</u></p>	<p>Prijedlog bliskih osoba i iskustva zadovoljnih pacijenata - bitan faktor odabira pružatelja zdravstvene usluge</p>
---	---

Slika 26 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

Znanje, stručnost i iskustvo također nedvojbeno utječu na korisničku percepciju zdravstvene usluge, a sukladno podacima prikupljenim putem intervjua može se zaključiti kako ispitanici ne uviđaju distinkciju javne u odnosu na privatnu zdravstvenu uslugu po promatranom aspektu. Svi ispitanici su po pitanju stručnosti naveli kako smatraju da i u javnom i u privatnom zdravstvenom sustavu postoje liječnici s višom i nižom razinom znanja te da su po navedenom kriteriju oba segmenta podjednaka. Također, znanje i stručnost smatraju nepobitno važnim faktorom prilikom donošenja odluke o korištenju zdravstvene usluge, a neminovno onda i značajnim faktorom zadovoljstva zdravstvenom uslugom i uspješnošću postignutog zdravstvenog ishoda.

<p>Ispitanik 1: <u>Ne bih toliko naglašavao neku pretjeranu stručnost privatnih liječnika u odnosu na one koji rade u javnim ustanovama, ali ljudi to ponekad i tako percipiraju, ali mislim da ih upravo varaju ti ostali čimbenici, poput ljubaznosti, boljeg interijera..., koji nisu nebitni, ali opet nisu ni toliko bitni kao samo znanje i iskustvo.</u></p>	<p>Znanje, iskustvo i stručnost - bitan čimbenik prilikom odabira pružatelja zdravstvene usluge</p>
--	---

Slika 27 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1)

<p>Ispitanik 2: Što se tiče stručnosti... to ne bih previše naglašavala i radila razliku između privatnih i javnih pružatelja zdravstvene skrbi. Pa vidite i u mom primjeru, liječnica jedan dio dana radi u županijskoj bolnici, dakle javna zdravstvena skrb, a drugi dio dana pruža privatne zdravstvene usluge... <u>...Kako sam student tražila sam neki financijski prihvatljivi način da dođem do drugog mišljenja i odlučila se i dalje za javnu zdravstvenu uslugu, ali u drugoj bolnici.</u> Konkretno otišla sam u jednu javnu zdravstvenu ustanovu u Zagrebu. Berala sam Zagreb, jer je veliki grad s puno stanovnika, a samim time i pacijenata, a uostalom za sve veće zdravstvene probleme ljudi iz cijele Hrvatske dolaze u Zagreb. <u>To mi je bio neki faktor koji mi je ulijevao povjerenje i koliko toliko jamčio neku stručnost i iskustvo tamošnjih doktora.</u> Zamolila sam svog liječnika opće prakse da mi izda uputnicu za Zagreb za dermatologa i tamo sam se naručila.</p>	<p>Percipirana podjednaka stručnost liječnika u javnom i privatnom zdravstvenom sustavu Traženje drugog mišljenja u okviru financijskih mogućnosti Povjerenje u zdravstveni sustav uvjetovano stručnošću i znanjem liječnika Stručnost i iskustvo - važni faktori korisničke percepcije zdravstvene usluge</p>
--	--

Slika 28 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<p>Ispitanik 3: <u>Rekla bih da to ovisi od slučaja do slučaja.</u> Možda netko stvarno nema baš neku visoku razinu znanja privatno, ali opet za koga se pacijent odluči privatno. Ali opet, može se dogoditi da i u javnom segmentu liječnik možda nema visoku razinu znanja. Tako da... <u>rekla bih da je nekako podjednako.</u> Mada me opet nekako i u tom zaključku više mišljenje vuče na privatni segment po pitanju stručnosti, ali opet... nadam se da me razumijete... ima puno i privatnih liječnika i u tom moru se opet na svakojake slučajeve naleti... tako da... sve ovisi za koga se</p>	<p>Podjednaka stručnost privatnih i javnih liječnika</p>
---	--

odlučiš. Ima i dobrih, rekla bih i izvrsnih liječnika i u javnoj zdravstvenoj ustanovi, a ima i onih manje dobrih tako da... ovisi zaista kome ideš...

Slika 29 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

Ispitanik 4: Što se tiče znanja liječnika mislim da je to dobro. Liječnici u našem javnom zdravstvenom sustavu stvarno jesu educirani i mislim da velika većina njih se dobro razumije u svoju struku. Naravno da opet i tu možete naići na neke koji više znaju, neke koji manje znaju, ali to je opet i do nekih osobnih čimbenika svakog od njih. Netko je zaista motiviran poslom koji obavlja i takva će se osoba i više posvetiti onda tome i više će učiti da bude još stručnija i bolja prema svojim pacijentima.

Znanje i stručnost
liječnika u javnom
zdravstvenom sustavu

Slika 30 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4)

Ispitanik 6: To je ovako dobro pitanje za promišljanje malo dublje o temi zdravstva. Ali onako na prvu kad sudim ne bih baš mogao reći aha liječnici u javnom su stručniji od onih u privatnom ili obrnuto. Mislim da je to opet od slučaja do slučaja. I liječnici su samo ljudi i netko je više zainteresiran netko manje. Netko je prošao više slučaja pa ima i više iskustva, netko manje. Netko je stariji pa iza sebe ima dugogodišnje iskustvo, netko je tek sad početnik... tako da i to sve ima ulogu. Puno je tu čimbenika koji definiraju stručnost. Možda se mogu naći baš takvi, kao što je ovaj zubar kojem sam ja išao privat, da su baš jako educirani i prate sve trendove, i možda se to više može susresti u privatnom zdravstvenom sustavu, jer dosta toga ide i iz vlastitog džepa.. Zna te sve te edukacije koštaju, tako da to je opet i do same motivacije i proaktivnosti liječnika da kontinuirano uči i usavršava se. Tako da ja ne bih baš tu radio razlike u stručnosti između privatnih i javnih liječnika. Više bi se to moglo uspoređivati međusobno bez tog aspekta javno ili privatno, jer u svakom tom sektoru se nađu oni zaista vrhunski i oni malo manje dobri u svom poslu.

Nepostojanje
diferencijacije javnog i
privatnog zdravstvenog
sustava iz aspekta
stručnosti medicinskog
osoblja

Slika 31 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

Slijedom navedenih stajališta ispitanika može se zaključiti kako oni dijele zajedničko mišljenje, no valja istaknuti kako se u argumentaciji jedna od ispitanica dotaknula i financijskog aspekta privatne zdravstvene zaštite objašnjavajući pritom kako privatni liječnici, sukladno višim primanjima, imaju veće mogućnosti za dodatna usavršavanja i edukacije pa se iz te perspektive, prema njezinom mišljenju, ponekad mogu naći bolji stručnjaci u privatnom zdravstvenom segmentu. Nasuprot tome, druga ispitanica je navela kako ipak smatra da su liječnici u javnozdravstvenim ustanovama stručniji, naglašavajući pritom kako se u javnom zdravstvenom sustavu svakodnevno obradi veći broj pacijenata, što liječnicima otvara priliku za kontinuiranim učenjem kroz rješavanje različitih zdravstvenih slučajeva, u odnosu na privatne pružatelje zdravstvenih usluga, koji prema njezinom mišljenju, ne obrade toliko pacijenata, a shodno tome imaju i manju priliku za učenjem iz vlastitog radnog iskustva.

<p>Ispitanik 5: <u>Mislim da se po tom pitanju baš i ne razlikuju privatna i javna zdravstvena zaštita. Eventualno ono što mi sad pada na pamet je da je zdravstvo premalo plaćeno i da onda vjerojatno liječnik koji je izučen i koji je prošao razne specijalizacije i usavršavanja i svašta nešto... bi radije birao privatni sektor zato što ima možda veću plaću nego javni sektor, tako da možda u tom pogledu da...</u></p>	<p>Nedovoljno plaćena medicinska struka</p> <p>Izučeni liječnici s puno edukacija i usavršavanja biraju privatni zdravstveni sustav poradi većih plaća</p>
---	--

Slika 32 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)

<p>Ispitanik 4: <u>...Ali da... možda bih i tu stručnost više stavila na javni zdravstveni sustav, jer mislim da je tu znatno više slučajeva koje liječnik rješava nego je to u privatnom sektoru i tu liječnik ima priliku stalno novo učiti i stjecati iskustvo.</u></p>	<p>Znanje i stručnost liječnika u javnom zdravstvenom sustavu</p>
---	---

Slika 33 Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4)

Prilikom razgovora o znanju i stručnosti medicinskog osoblja nekoliko se ispitanika nadovezalo i na **povjerenje** i **sigurnost** u zdravstveni sustav, navodeći pritom kako stručnost i iskustvo uvelike utječu na osjećaj pouzdanosti u rad liječnika. Štoviše, troje ispitanika je jasno istaknulo gubitak povjerenja u javni zdravstveni sustav uzrokovano dosadašnjim negativnim iskustvom korištene zdravstvene usluge ili neuspješnim zdravstvenim ishodom. Međutim, valja istaknuti kako je povjerenje i pouzdanost u zdravstveni sustav u ovom kontekstu uvjetovano

laičkim uvidom u medicinsku struku, odnosno korisničkom percepcijom definicije liječničkog znanja i stručnosti.

<p>Ispitanik 4: <u>Naime, meni se prije svega nije sviđalo, i povrijedilo me, to što se nisu ispoštovala moja prava koje imam kao pacijent i što su se u mom slučaju primjenjivali lijekovi i postupci koje sam ja kao pacijent odbila, i mislim da imam pravo na to, tebe nitko ne može prisiliti na nešto, a pogotovo dok, kao ja, imaš čvrste argumente za to. I tu sam ja polako počela gubiti povjerenje u zdravstveni sustav, više nisam znala kome vjerovati, kome se obratiti i to je zapravo bio okidač mojem pomišljanju da postoji i solucija privatne zdravstvene usluge.</u></p>	<p>Čimbenici negativnog iskustva korištenja javne zdravstvene usluge</p> <p>Gubitak povjerenja u javni zdravstveni sustav</p>
--	---

Slika 34 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4)

<p>Ispitanik 5: <u>Što se tiče javnog zdravstvenog sustava, mislim... imam povjerenja dosta... Ali opet to ovisi i od odjela do odjela... Zaista sam puno toga prošla, nažalost... ali evo ovisi od odjela do odjela... <u>Od opće medicine ako krenem... tu stvarno imam povjerenja... vjerujem svojoj doktorici opće medicine, odlična je i baš ono ful pazi na mene..., a s druge strane hitna služba tu u Rijeci mi ne ulijeva baš pretjerano povjerenje...</u> Pala sam na glavu u kadi i uopće me nisu poslali na snimanje mozga, a pala sam baš jako, tako da sam zadobila ozljede koje su zahtijevale šivanje glave... Tako da... te neke stvari su mi onako čudne...</u></p>	<p>Povjerenje u javni zdravstveni sustav</p> <p>Zadovoljstvo primarnom zdravstvenom zaštitom - opća/obiteljska medicina</p> <p>Izostanak povjerenja u hitnu medicinsku službu</p>
--	---

Slika 35 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)

<p>Ispitanik 6: <u>Međutim, ti bolovi su i dalje bili dosta jaki i onda sam čak počeo koristiti i tu pastu za koju mi je zubarka rekla da je dobra za takve probleme, ali nakon šest mjeseci je meni već postalo grozno... I onda sam tu jednostavno već izgubio povjerenje i bio sam i živčan i razočaran i žalostan, ma znate i sami dok se tako nešto dogodi... užasan osjećaj i brzo sam morao reagirati... Tu sam već izgubio totalno povjerenje u nju i odlučio sam da idem privatnom zubaru.</u></p>	<p>Gubitak povjerenja u liječnika u javnom zdravstvenom sustavu poradi lošeg zdravstvenog ishoda</p>
--	--

Slika 36 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

Dosad spomenuti razlikovni čimbenici uglavnom su bili dio korisničke percepcije svakog od ispitanika obuhvaćenim ovim istraživanjem, a naposljetku je potrebno istaknuti još dva faktora koja nisu svi ispitanici, već samo pojedini, naveli kao moguće razloge odabira javne ili privatne zdravstvene usluge. Riječ je o tendenciji traženja **drugog stručnog mišljenja i estetskim razlozima**. Traženje drugog stručnog mišljenja, u konkretnim slučajevima ispitanika podrazumijevalo je korištenje i javnih i privatnih zdravstvenih usluga, pri čemu ispitanici mišljenje drugog liječnika smatraju dodatnom provjerom već postavljene dijagnoze i potrebnih daljnjih postupanja, što im ulijeva dodatno povjerenje i sigurnost, ali se pritom u pojedinim slučajevima, kako je jedan od ispitanika naveo, nailazi na suprotstavljanje mišljenja liječnika, što se opet s druge strane negativno odražava na pacijenta stvarajući osjećaj zbunjenosti. Pitanje estetike također je bitan faktor prilikom evaluacije alternativa kada se donosi odluka o odabiru javne ili privatne zdravstvene usluge. Jedan ispitanik je tijekom razgovora istaknuo preferenciju privatnih zdravstvenih usluga iz područja dentalne medicine poradi većeg povjerenja da će zdravstvenih ishod biti uspješniji po pitanju estetike.

<p>Ispitanik 6: <u>Kad imam neki veći problem, a pogotovo dok je nešto estetske prirode za to onda biram privatnog stomatologa.</u></p>	<p>Važnost zdravstvenog problema i pitanje estetike - faktor prilikom odluke o korištenju privatne zdravstvene usluge</p>
--	---

Slika 37 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

<p>Ispitanik 1: <u>Da budem potpuno iskren s Vama, koristio sam i javnu zdravstvenu uslugu.</u> Iako možda zvuči sebično i iako sam mogao prepustiti taj termin nekom drugom pacijentu, koji si možda zbog ograničenih financijskih mogućnosti ne može priuštiti pregled, ja sam se ipak odlučio otići i tome liječniku. <u>Prvenstveno me zanimalo drugo mišljenje,</u> a u to vrijeme sam već imao nalaz ultrazvuka i onih dodatnih krvnih pretraga na što me privatni liječnik uputio pa sam smatrao dobrim da mi sad cjelovitu analizu nalaza napravi liječnik u javnoj bolnici. <u>Uostalom ovdje sam bez dodatnih troškova dalje nastavio svoje liječenje i nije bilo potrebe za ponovnom posjetom privatnom liječniku.</u></p>	<p>Korištenje i privatne i javne zdravstvene skrbi</p> <p>Drugo mišljenje – razlog korištenja obiju vrsta zdravstvenih usluga</p> <p>Troškovni benefiti javne zdravstvene skrbi</p>
--	---

Slika 38 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1)

<p>Ispitanik 2: Već sam samu sebe preispitivala... pa ako mi liječnik ne može pomoći, tko će... i tako sam, <u>potaknuta sve jače izraženim ispadanjem kose, odlučila potražiti drugo mišljenje.</u></p> <p><u>Kako sam student tražila sam neki financijski prihvatljivi način da dođem do drugog mišljenja i odlučila se i dalje za javnu zdravstvenu uslugu, ali u drugoj bolnici.</u> Konkretno otišla sam u jednu javnu zdravstvenu ustanovu u Zagrebu.</p> <p><u>... Ja sam za svoj problem prošla više liječnika i ne mogu reći da su se usuglasili oko mišljenja. E da, zaboravila sam Vam reći, pa ja sam otišla i po mišljenje liječnika i u još jednu privatnu zdravstvenu ustanovu pa ni tamo nisam uspjela riješiti svoj problem. Tamo je dermatologica u potpunosti opovrgnula mišljenje i terapiju dermatologice iz bolnice i propisala mi potpuno drugačiju terapiju. U tome svemu se sam pacijent izgubi.</u> Nikad mi nije bilo jasno kako se za isti zdravstveni problem mišljenja liječnika mogu toliko razlikovati...</p>	<p>Traženje drugog mišljenja izazvano neuspješnim ishodom u dosadašnjem liječenju i pogoršanjem zdravstvenog stanja</p> <p>Traženje drugog mišljenja u okviru financijskih mogućnosti</p> <p>Suprotstavljanje mišljenja liječnika</p> <p>Traženje trećeg mišljenja liječnika</p> <p>Zbunjenost pacijenta</p>
---	--

Slika 39 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

7.2. Ključni razlikovni čimbenici korisničke percepcije pružene zdravstvene usluge

Korisnička percepcija efikasnosti zdravstvene usluge uvelike je definirana osnovnim evaluacijskim faktorima koji se koriste prilikom analize pružene usluge i impresije koje ista ostavlja na iskustveni doživljaj pacijenta. Sukladno prikupljenim odgovorima ispitanika korisničkom zadovoljstvu, a shodno tome i percepciji razine efikasnosti korištene zdravstvene usluge, pridonose sljedeći elementi: razina znanja i stručnost medicinskog osoblja, aktivna interakcija liječnika i pacijenta, otvorena komunikacija, brzina rješavanja zdravstvenog problema, individualna pozornost svakom pojedinom pacijentu, razumijevanje i spremnost za pomoć pacijentu, ponašanje i pristup medicinskog osoblja, ljubaznost i susretljivost prema pacijentu, opremljenost zdravstvene ustanove te atmosfera.

Dok se u gore navedenoj analizi evaluacijskih faktora prilikom odabira pružatelja zdravstvene usluge **znanje i stručnost medicinskog osoblja** promatralo iz aspekta korisničkog očekivanja, prije samog iskustvenog doživljaja pružene usluge, temeljenog na osobnom mišljenju te prethodnim vlastitim i tuđim iskustvima, u ovom se kontekstu također navedeni element ističe, ali kao jedan od najvažnijih činitelja oblikovanja korisničke percepcije

koja proizlazi posljedično nakon korištenja određene zdravstvene usluge. Prema navodima ispitanika, stručnost liječnika izuzetno je bitan kriterij percipirane efikasnosti i čimbenik zadovoljstva korištenom uslugom, ali se njihova percepcija nakon doživljenog iskustva pružene zdravstvene usluge nije uvelike promijenila, odnosno sugovornici su tijekom intervjua naveli kako prilikom usporedbe korištenih javnih i privatnih zdravstvenih usluga ne uviđaju značajnu razliku te ističu kako u oba zdravstvena segmenta postoji medicinsko osoblje, prema njihovoj iskustvenoj prosudbi, s nižom i višom razinom znanja i poznavanja svoje stručne domene, a čemu uvelike doprinose osobine ličnosti svakog pojedinog liječnika, koje definiraju njegov pristup poslu s aspekta zainteresiranosti, razine motivacije i proaktivnosti.

<p>Ispitanik 1: Stvari koje sam spomenuo jesu bitne, ali opet smatram da je sve navedeno sporedna stvar, navedene stvari samo su dio cjelokupne pozadine koja doprinosi boljem dojmu pacijenta i da se pacijent dobro osjeća.... <u>Ali ipak je najbitnije znanje, stručnost, iskustvo, a to ne mogu opovrgnuti da nije bilo u javnoj zdravstvenoj ustanovi.</u></p>	<p>Znanje, stručnost i iskustvo liječnika - bitan čimbenik korisničke percepcije pružene zdravstvene usluge</p>
---	---

Slika 40 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1)

<p>Ispitanik 2: Svatko od pacijenta će vrlo vjerojatno uzeti neke druge parametre u obzir kad ocjenjuje kvalitetu usluge. <u>Za mene je to prije svega stručnost i znanje liječnika, njegov pristup pacijentu i posvećenost koja se ogleda u zainteresiranosti i stvarnoj motiviranosti da se pomogne pacijentu.</u> A po tim pokazateljima, barem po stručnosti, se javna i privatna usluga nisu razlikovale.</p>	<p>Percipirana razina stručnosti i znanja liječnika - faktori zadovoljstva pacijenta pruženom zdravstvenom uslugom</p>
---	--

Slika 41 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<p>Ispitanik 3: Ne znam kakva su iskustva drugih pacijenata u privatnim ordinacijama, znate i sami da uvijek ima i zadovoljnih i nezadovoljnih pacijenata, pogotovo kada je riječ o uslugama za koje plaćaš izravno iz svog džepa, ali ovaj moj privatni liječnik je zaista dobar. <u>I ja sad hodam jednom od najboljih liječnika i stvarno je tako, barem u mom slučaju. Stvarno liječnik zna što radi, jako se razumije u svoju struku i njegov pristup prema meni je bio jako dobar i kada sam došla kod njega i u javnu bolnicu, gdje isto radi.</u></p>	<p>Znanje i stručnost liječnika</p>
--	-------------------------------------

Slika 42 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

<p>Ispitanik 6: <u>I zubar je stvarno stručan, jako puno zna o toj svojoj struci i to mi se dopada. Stalno hoda na neka usavršavanja i prati trendove u dentalnoj medicini i ulaže u tu svoju ordinaciju i modernizira ju novom opremom.</u></p>	<p>Stručnost privatnog liječnika Kontinuirana usavršavanja liječnika</p>
---	--

Slika 43 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

Osim navedenog, zadovoljstvo pruženom zdravstvenom uslugom u značajnoj je mjeri povezanom **ponašajnim obrascem** i **pristupom medicinskog osoblja**, koje se u velikoj mjeri valorizira percipiranom **ljubaznošću** i **susretljivosti medicinskog osoblja**, kao i **razumijevanjem** i **spremnosti za pomoć od strane liječnika**. Troje ispitanika je tijekom razgovora istaknulo veću posvećenost i zainteresiranost privatnih pružatelja zdravstvene usluge, objašnjavajući pritom kako se kod privatnih liječnika u odnosu na liječnike u javnozdravstvenim ustanovama uočava ljubazniji pristup prema pacijentu te su strpljiviji i u mogućnosti su posvetiti više vremena svakom pojedinom pacijentu. Usto, prema mišljenju jednog od ispitanika, uspješan zdravstveni ishod uvelike je uvjetovan pozornošću liječnika i detaljnom pristupu u rješavanju zdravstvenog problema pacijenta. Također, jedna od ispitanica je navela kako na pristup liječnika utječu i njegove osobne karakteristike, a shodno i pozitivnim i negativnim iskustvima u oba zdravstvena segmenta navodi kako je u većini slučajeva kod privatnih liječnika doživjela bolju posvećenost, detaljniji i smireniji pristup liječnika, a za što pronalazi objašnjenje u prevelikoj prenapućenosti javnog zdravstvenog sustava, što posljedično ponekad onemogućava sveobuhvatan i detaljan pristup svakom pacijentu, a onda i efikasnom rješavanju zdravstvenog problema.

<p>Ispitanik 1: <u>Prema vlastitom iskustvu, u privatnoj ordinaciji se mi je liječnik više posvetio. Isto tako, bio je ljubazniji. Dao si je više vremena, saslušao me. U bolnici sam više dobio dojam da sam samo jedan od gomile pacijenata koje liječnik kroz dan obradi i manja je ta interakcija s pacijentom. Liječnik se manje posvetio i pregled je trajao vremenski kraće nego u privatnoj ordinaciji.</u></p>	<p>Veća posvećenost i ljubaznost u privatnoj zdravstvenoj ustanovi Vremenska odrednica u pružanju zdravstvene usluge - čimbenik percipirane razine zadovoljstva i kvalitete usluge</p>
--	--

Slika 44 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1)

<p>Ispitanik 2: <u>Kada sam konačno došla na red dok endokrinologa i očekivala, kao vjerujem i svaki pacijent, da će mi se, u tih cca 10 minuta koliko si prosječno u ordinaciji, liječnica posvetiti to nije baš bilo tako... Moje iskustvo kod endokrinologice bilo je sve samo ne ugodno. Liječnica se nije u potpunosti posvetila mom slučaju, nije bila pretjerano zainteresirana, kao da je bila zaokupljena nekim drugim problemima. Liječnica je i u nekoliko puta povisila ton, bez zaista nekih razumih razloga, a taj dio nije ni subjektivan, jer je sa mnom u ordinaciji bila pristuna i majka koja je to mogla objektivnije sagledati. Ali to je opet od slučaja do slučaja... s druge strane, dermatologica u jednoj javnoj bolnici je zaista bila korektna, ali kad sam išla po drugo mišljenje u drugu javnu bolnicu, liječnik nije posvetio puno vremena i pažnje mom slučaju, pregledao mi je vlasište, ali po meni je to bilo vrlo površno, naspram dermatologice kod koje sam prvo bila. Tako da... zaista to ovisi i kakva je osobnost i karakter liječnika... Ali kad usporedim javnu i privatnu uslugu...Razlikovale su su najviše u pristupu, ljubaznosti, posvećenosti... to stvarno mogu reći da sam imala bolji tretman u privatnoj ordinaciji nego u javnoj.</u></p>	<p>Nedovoljna posvećenost liječnika pacijentu Neugodno iskustvo u javnom zdravstvenom sustavu Nezainteresiranost za pacijenta, izostanak interesa liječnika Loš pristup liječnika</p> <p>Izostanak detaljnog i sveobuhvatnog pristupa pacijentu</p> <p>Razlikovni faktori korisničke percepcije privatne u odnosu na javnu zdravstvenu uslugu</p>
--	---

Slika 45 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<p>Ispitanik 4: <u>Pregledi su bili jako sveobuhvatni i detaljni, medicinsko osoblje je bilo jako dobro raspoloženo i ljubazno, atmosfera je bila opuštena. Liječnica me jako detaljno o svemu informirala, što me zanimalo sam bez zadržke pitala.. tako da.. stvarno tu nemam zamjerki. Znae dok je takav pristup i atmosfera onda se i u vama javi neko povjerenje i više ste sigurni u njih... imate dojam da ste u dobrim rukama... a to je meni bilo izrazito bitno. Jako sam se bojala svega toga, ali kod njih sam se oslobodila straha nekako...</u></p>	<p>Faktori zadovoljstva pruženom privatnom zdravstvenom uslugom</p>
--	---

Slika 46 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4)

<p>Ispitanik 5: Manje sam koristila privatne zdravstvene usluge pa ne mogu baš toliko suditi... <u>Ali bila sam privatno na ultrazvuku dojki i liječnica je bila izrazito nezainteresirana. Tako da i kod privatnih liječnika imam i pozitivno i negativno iskustvo. Ali onako kad rezimiram.... u tom nekom aspektu privatni pružatelji zdravstvenih usluga uglavnom jesu pristupačniji, mirniji i onako kao više imaju taj odnos s pacijentom nego li je to možda u javnom zdravstvenom sustavu, čisto zbog toga što je u javnom i veća napučenost pa radi toga sigurno...</u></p>	<p>Iskazivanje nezadovoljstva korištenjem privatne zdravstvene usluge</p> <p>Smirenost i veće strpljenje privatnih liječnika</p>
---	--

Slika 47 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)

<p>Ispitanik 6: <u>Prije svega pristup zubara. Bio je detaljan, saslušao me, posvetio se tome. Znači Vi kad dođete kod njega u tu privatnu ordinaciju nema nikoga. Nitko drugi ne čeka tamo, jer zubar si baš napravi raspored tako da nema čekanja i kad je vaš red onda se isključivo posveti Vama. Evo čak mu je i telefon zvonio kad sam ja baš bio unutra i nije se javio, nego je baš u potpunosti bio posvećen samo meni kao pacijentu i to izrazito cijenim. I smatram da kad ti se tako doktor posveti onda su i veće šanse da to bude dobro, da taj ishod koji postigneš bude uspješan, a ne nešto samo površno da te brzo riješi i pokupi tvoje novce. Evo stvarno tu imam svaku pohvalu.</u></p>	<p>Pristup liječnika - izvor zadovoljstva pacijenta</p> <p>Izostanak nepotrebnih redova čekanja u privatnoj ordinaciji</p> <p>Detaljan pristup pacijentu u privatnoj ordinaciji</p>
---	---

Slika 48 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

Prilikom analize liječničkog pristupa pacijentu ispitanici su se tijekom razgovora osvrnuli i na socijalnu komponentu naglašavajući pritom važnost **interpersonalne komunikacije liječnika i pacijenta**, navodeći pritom potrebu za **aktivnom interakcijom** i **otvorenom komunikacijom** te **individualnom pozornošću liječnika svakom pojedinom pacijentu**. Temeljem usporedbe korištenih javnih i privatnih zdravstvenih usluga ispitanici su naveli kako su u privatnoj zdravstvenoj ustanovi češće imali pozitivno iskustvo nego li je to u javnim zdravstvenim ustanovama, objašnjavajući pritom kako je komunikacija kod privatnih pružatelja zdravstvenih usluga opuštenija te liječnik posveti više vremena pacijentu. Međutim, jedna od ispitanica, koja je koristila i javnu i privatnu zdravstvenu uslugu kod istog liječnika, istaknula je kako se pristup liječnika u javnozdravstvenoj ustanovi nije promijenio, što dovodi do zaključka kako je prilikom ove analize potrebno u obzir uzeti i osobne karakteristike medicinskog osoblja izuzev podjele na javni i privatni zdravstveni segment.

<p>Ispitanik 3: <u>... Pa kako se privatni liječnik obraćao prema meni, to što je baš bio fokusiran na mene kao pacijenta. Baš me je aktivno saslušao. Recimo neki liječnici, kao što je ovaj kojem sam išla u javnu zdravstvenu ustanovu, samo tipkaju po tipkovnici i gledaju u monitor, a vizualno ne obraćaju pozornost na pacijenta. A ovaj liječnik privatno nije bio takav, sjeo je na onaj mali stolac i slušao me je kada sam mu pričala o svojem zdravstvenom problemu. Zatim me pitao nešto i tako... baš je bila dobra, ugodna atmosfera za razgovor. Ako sam što htjela pitati mogla sam bez ustručavanja reći... Rekao mi je liječnik da mogu pitati sve što me zanima i baš mi je posvetio vrijeme. Mislim ne možeš biti u ordinaciji jako dugo, ima liječnik i druge pacijente, ali... kad dođeš u ordinaciju imaš baš vrijeme posvećeno samo tebi kao pacijentu. I prije svega što je važno je da me je liječnik stvarno aktivno slušao, razmišljao o tome što mu govorim. Vidi se da se posveti tome i uzme vrijeme za pacijente.</u></p>	<p>Usporedba pristupa liječnika u javnoj i privatnoj zdravstvenoj ustanovi</p>
--	--

Slika 49 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

<p>Ispitanik 4: <u>Tijekom pregleda u javnoj bolnici liječnik nije previše sa mnom komunicirao, bio je tih i samo gledao u ekran, te mi nije rekao od čega će se infuzija sastojati.</u></p>	<p>Izostanak interakcije liječnika i pacijenta u javnozdravstvenoj ustanovi</p>
---	---

Slika 50 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autora prema navodima Ispitanika 4)

Prilikom evaluacije pružene zdravstvene usluge, osim dosad spomenutih čimbenika, značajnu ulogu u oblikovanju korisničke percepcije ima i **atmosfera** u ordinaciji. Naime, tijekom intervjua većina ispitanika, korisnika javne i privatne zdravstvene usluge, istaknula je diferencijaciju javnog i privatnog zdravstvenog sustava iz aspekta ambijenta u kojem se pruža određena zdravstvena usluga, ističući pritom kako je atmosfera u privatnim ordinacijama znatno ugodnija i smirenija u usporedbi s iskustvima doživljenim u javnom zdravstvenom sustavu. Usto, kako ispitanici navode atmosfera u ordinaciji u izravnom je odnosu s emocionalnom komponentom pacijenata, pri čemu se u napetim i neugodnim situacijama razvija nelagoda, strah i nemirnost kod pacijenata, a što izravno utječe na sam tijek odvijanja zdravstvene usluge.

<p>Ispitanik 2: Isto tako, <u>atmosfera u ordinaciji u javnom zdravstvenom sustavu je bila izrazito neugodna i napeta, liječnica je širila negativnu energiju...</u> a znate i sami kad imate neki problem i dođete k doktoru da se u vama javlja i napetost i strah i trema i miks osjećaja pa onda kada netko ima takav pristup prema vama sve se to još više intenzivira i pridonosi stvaranju nelagode i stresa. Evo taj posjet liječniku mi se zaista urezao u pamćenje i to vrlo neugodno iskustvo, a posebice taj osjećaj koji sam imala, ne mogu zaboraviti. A kada sam išla privatno... <u>Atmosfera je bila ugodna. Pristup liječnice je bio dobar. Osjećala sam se ugodno i slobodno sam mogla navesti sve što me muči.</u> Mislim da je to najbitnije... <u>Kad se ti bojiš nešto reći doktoru, tu nema uspješnog rezultata...</u> a kad je ovako slobodna atmosfera, <u>opušteno, bez pritiska, pacijent se otvori, iznese svoje probleme na temelju kojih doktor može donositi zaključke.</u></p> <p><u>...Kada vi dođete privatno atmosfera je drugačija, pristup pacijentu je bolji. Nivo usluge jednostavno prijeđe na višu razinu kada vi dođete privatno i kada za to dobro platite. Liječnik je više zainteresiran za vaš problem, barem tako djeluje.</u></p>	<p>Utjecaj atmosfere na korisničku percepciju pružene javne zdravstvene usluge</p> <p>Važnost osobnih osjećaja koje izaziva posjet liječniku</p> <p>Utjecaj atmosfere na korisničku percepciju pružene privatne zdravstvene usluge</p>
---	--

Slika 51 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<p>Ispitanik 3: <u>U javnozdravstvenoj ustanovi se malo kod liječnika primijetila napetost i uzrujanost, ali zato što je bila velika gužva u bolnici i svaki pacijent je nešto zahtijevao, bez čekanja na svoj red, svi su se nešto gurali... i onda se puno osoba odjednom stvorilo u ordinaciji, jer su svi nešto zahtijevali, joj kao samo ovo, samo ono...</u> i onda je liječnik, ne baš ono planuo, ali je rekao da to tako ne može. Neka se kao svi smire i pričekaju svoj red, da će se sve riješiti. Ali to je i razumno pa treba postojati neki red.</p> <p><u>...U privatnoj ordinaciji je liječnik usporeno radio, pregledavao papire, mislim te nalaze... nije bilo tolike žurbe i pritiska.</u></p>	<p>Kaotična i napeta atmosfera u javnom zdravstvenom sustavu</p> <p>Atmosfera i pristup liječnika u privatnoj zdravstvenoj ustanovi</p>
--	---

Slika 52 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

<p>Ispitanik 5: <u>...Ali unutra u toj privatnoj ordinaciji je i ugodnija atmosfera i dobiješ dojam kao da si došao u neki dobri hotel, ne izgleda kao ordinacija i to sve stvara nekako ugodniji osjećaj... Mislim da su u privatnom sektoru definitivno liječnici smireniji i imaju više strpljenja za ljude nego je to u javnom.</u></p>	<p>Ugodna i smirena atmosfera u privatnoj ordinaciji</p>
--	--

Slika 53 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)

Osim dosad analiziranih faktora, nekoliko ispitanika je i **opremljenost zdravstvene ustanove i način izvođenja medicinskog postupka** navelo kao relevantne razlikovne čimbenike koji utječu na korisničku percepciju javnih i privatnih pružatelja zdravstvenih usluga. Prema prikupljenim podacima, temeljenim na korisničkom iskustvu, može se ustvrditi kako je opremljenost ordinacije iz aspekta vizure interijera u većini slučajeva na višoj razini kod privatnih pružatelja zdravstvenih usluga, a prema opremljenosti medicinskom opremom i uređajima ne postoji jedinstveno mišljenje pacijenata. Naime, od ukupno tri ispitanika koji su promatrani aspekt naveli kao značajan razlikovni čimbenik, dvoje njih navodi znatno bolju opremljenost privatnih zdravstvenih ustanova, koja je uvjetovana boljim financijskim mogućnostima privatnih pružatelja zdravstvenih usluga, dok jedan od ispitanika navodi kako se privatne ordinacije po izgledu interijera razlikuju od javnih, ali ne raspolažu puno boljom ili suvremenijom opremom nego li je to kod javnozdravstvenih ustanova. Dakle, shodno istaknutoj analizi može se zaključiti kako su mišljenja ispitanika, koja proizlaze iz usporedbe po navedenom aspektu, podosta različita, što se može pripisati analizi različitih područja medicine s obzirom na to da je svaki od ispitanika koristio drugačiju vrstu zdravstvene usluge, koje se nalaze u različitim sferama medicine te se sukladno tome i po potrebnim uređajima i opremi koju koriste bitno razlikuju.

<p>Ispitanik 3: Sad ja nisam toliko mogla uočiti čime sve raspolaže liječnik i moji posjeti nisu iziskivali neki baš sad medicinski postupak u kojem bi liječnik koristio neku od opreme ili tih uređaja, <u>ali prilikom posjete u privatnu ordinaciju sam vidjela da je ona opremljena suvremenom opremom.</u> Konkretno taj moj liječnik ima zaista jako puno pacijenata privatno i sigurno prikupi veliku svotu novaca i može si priuštiti onda i skuplju, bolju, noviju opremu za svoju ordinaciju kako bi pružao još bolju i kvalitetniju uslugu za svoje pacijente. <u>A sad dok pogledate javni zdravstveni sustav, tu te financira država i ograničen je financijski budžet...</u> Baš se sjećam kad sam došla kod tog liječnika u njegovu privatnu</p>	<p>Opremljenost privatne ordinacije suvremenom medicinskom opremom</p> <p>Skromnije financijske mogućnosti javnog zdravstvenog sustava</p>
---	--

<p>ordinaciju da mi je baš onako bio dojam ooo što je ovo, to još nikad nisam vidjela..., <u>sve je izgledalo puno inovativnije nego što je to u javnoj zdravstvenoj ustanovi, gdje je sve više starinsko...</u></p> <p>Mislím ulaže se i u javnoj zdravstvenoj ustanovi, ali to je daleko od onoga što trenutno mogu ponuditi privatne ordinacije.</p>	<p>Bolja i suvremenija opremljenost privatnih ordinacija u odnosu na javne zdravstvene ustanove</p>
---	---

Slika 54 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

<p>Ispitanik 4: <u>A i da budem iskrena nisu baš idealni bolnički uvjeti u toj javnoj bolnici u kojoj bih rodila pa je i to bio još samo jedan dodatni razlog, ali naravno ne presudan... Velim da je sve ostalo bilo okej, još bih se i odlučila za javnu bolnicu.</u></p> <p><u>...A gledajte prema iskustvima mama koje su rodile u toj javnoj bolnici sam čula kako morate sami nositi vlastiti toaletni papir, kako se koristi jedan zajednički tuš, ograničena su prava na epiduralnu anesteziju, medicinske sestre nisu baš educirane o dojenju pa onda ako nemate vi sami iskustva to svakako bude.... nemate baš mogućnosti često da rađate u nekom alternativnom položaju, već vas se navodi da to bude ležeći..i tako... svakakva su iskustva...</u></p> <p><u>...Isto tako u tom privatnom rodilištu ne morate ništa svoje donositi, znači meni su bili tamo ulošci, pelene, mrežaste gaćice, kremice i odjeća za bebu i još neka kozmetika. Čistoća je na najvišem nivou, znači posteljina se mijenjala svaki dan tako da nemam zamjerki. Soba je imala svoju privatnu kupaonicu s tušem, umivaonikom i wc školjkom. U sobi sam imala i ormar da mogu odložiti svoje stvari i televizor. Isto tako mi je i hrana bila odlična. Jako paze na prehranu majke kako bi mlijeko bilo što kvalitetnije pa su tako tijekom ručka i večere pripremali hranu prema nekim mojim preferencijama. Recimo meni je to bilo bitno, jer postoji dosta veliki spisak namirnica koje ne konzumiram i tako da su to sve ispoštovali i pazili na jelovnik, a tijekom doručka je bio švedski stol pa sam opet prema vlastitoj želji mogla birati hranu.</u></p>	<p>Loši bolnički uvjeti u javnozdravstvenoj ustanovi</p> <p>Uvjeti u privatnoj zdravstvenoj ustanovi</p>
--	--

Slika 55 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4)

<p>Ispitanik 5: <u>Unutrašnjost privatne ordinacije stvarno lijepo izgleda i suvremenije je nego je to recimo u javnozdravstvenoj ustanovi. Ali sad baš kod opreme ovako ovaj dio liječničke opreme ne bih baš rekla da se nešto znatnije razlikuje od onog čime raspolažu u javnom zdravstvenom sustavu...</u></p>	<p>Suvremeniji izgled privatne ordinacije u odnosu na ordinacije u javnozdravstvenim ustanovama</p> <p>Izostanak značajnije diferencijacije javnog i privatnog zdravstvenog sustava s aspekta opremljenosti medicinskom opremom i uređajima</p>
--	---

Slika 56 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)

Izuzev dosad spomenutog, ispitanici su prilikom ocjene efikasnosti korištene zdravstvene usluge najviše istaknuli odnos postignutog zdravstvenog ishoda i financijskog izdatka koji je tome uslijedio. Valorizirajući uspješnost postignutog rezultata i zadovoljstva ispitanici su izlažući svoje mišljenje istaknuli kako su cijene privatnih zdravstvenih usluga podosta visoke, a posebice ako postoji potreba za nastavkom njihova korištenja kao i potreba za konzumiranjem propisane terapije, koju je isto tako potrebno dodatno financirati.

<p>Ispitanik 1: A sad... uvijek gledajući iz perspektive platiše cijena je previsoka, a iz gledišta prodavatelja preniska... <u>Po meni jest iznos nešto veći, ali opet brzo sam došao na red, liječnik mi se posvetio, pregledao i analizirao nalaz, uputio me na daljnju obradu... tako da... malo mi je teško odrediti je li to bilo vrijedno tih novaca, obzirom da se radilo samo o pregledu bez nekih konkretnih medicinskih postupaka... Ajde da budem konkretan, mislim da se taj pregled mogao obaviti i po nešto povoljnijoj cijeni.</u></p>	<p>Odnos postignutog zdravstvenog ishoda i osobne impresije te plaćene cijene usluge</p>
---	--

Slika 57 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1)

<p>Ispitanik 2: <u>O tome bi se dalo pričati... vidite i sami da svoj problem nisam mogla nikako riješiti u javnim zdravstvenim ustanovama. Što više liječnika prođeš to si više zbunjeni. Svaki liječnik imao je neko svoje mišljenje i postavio različite dijagnoze...</u> Mogla sam ja tako i dalje koristiti javnu zdravstvenu uslugu pa vrlo vjerojatno ne bi bilo nekih značajnijih pomaka. Tako da... <u>cijenim tu uslugu u privatnoj ordinaciji mada za moj pojam je ipak to malo visoka cijena.</u> Za mene pogotovo kao studenticu koja ne zarađuje vlastiti novac. Jer zamislite vi platite tu uslugu privatno, ali onda slijedi i terapija. Moji su svi preparati na crni recept. Ja za svaki magistralni pripravak moram izdvojiti u prosjeku 20 eura... i uz te pripravke moram koristiti još neke vitaminske preparate i slično, koji zajedno stoje nekih 50 eura mjesečno, jer upravo ta cjelokupna kombinacija svih tih supstanci meni donekle regulira funkcioniranje organizma... to je zaista velik izdatak... Ne želim ni zamišljati kako je osoba niskih primanja ili nezaposlenima ili umirovljenicima... Ja kao student, da nemam financiranje od strane roditelja, to si nikako ne bih mogla priuštiti. <u>Da mi je privatna usluga pomogla je, i zadovoljna sam pruženom uslugom, ali zaista je to puno novaca.</u></p>	<p>Neučinkovitost javnog zdravstvenog sustava Sukobljavanje mišljenja liječnika prilikom postavljanja dijagnoze</p> <p>Isticanje previsoke cijene privatne zdravstvene usluge</p> <p>Odnos zadovoljstva i cijene usluge</p>
---	---

Slika 58 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<p>Ispitanik 3: <u>Pa gledajte... ja jesam zadovoljna pruženom privatnom uslugom. Doktor, kao što sam već rekla, je stvarno stručnjak i prije svega bih rekla čovjek s visokom razinom empatije, jer se zaista posveti pacijentu, lijepo se odnosi prema pacijentu. Ali cijena koju sam za to morala platiti mi je ipak malo visoka.</u> Ali onda opet, ako liječnik dobro izvrši tu uslugu mislim da je možda i prihvatljiva ta cijena, <u>ali opet... ipak je to previše. Mislim dođeš na nekih 10 - 15 minuta i evo 600 kuna je palo... tako da... malo je to ipak puno.</u></p>	<p>Odnos cijene i kvalitete pružene privatne zdravstvene usluge</p> <p>Previsoka cijena privatne zdravstvene usluge</p>
--	---

Slika 59 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

<p>Ispitanik 4: <u>Cijena je stvarno visoka. I ja imam sreću što smo si muž i ja mogli to priuštiti... inače ovako... ne znam kako bi to sve skupa prošlo. Ali sad da se opet nalazim u takvoj situaciji opet bih isto postupila i birala privatno rođilište.</u></p>	<p>Odnos cijene i zadovoljstva pruženom privatnim zdravstvenom uslugom</p>
--	--

Slika 60 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4)

<p>Ispitanik 5: <u>Mislim da je usluga vrijedna tih novaca... Ipak je i taj madež bio na analizi... Mislim da čak dva puta, jer su rezultati prve analize bili nešto malo čudni. I sve rezultate su mi na vrijeme javili. Liječnica mi je rekla da mi javi za tri dana i točno za tri dana mi je i javila rezultate. Tako da mislim da je usluga vrijedna te cijene, pogotovo jer je privatno pa se nekako i očekivala takva cijena...</u></p>	<p>Odnos cijene i rezultata pružene privatne zdravstvene usluge Poštivanje dogovorenih vremenskih rokova</p>
---	--

Slika 61 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)

<p>Ispitanik 6: <u>Da. U potpunosti mislim da je to okej cijena. Pa gledajte stavljena mi je plomba koja je sad najnoviji trend u dentalnoj medicini, barem tu kod nas u Hrvatskoj i mislim da ne raspolažu još s tim materijalom baš svi zubari, pogotovo ne ovi u javnim zdravstvenim ustanovama. Dobro ne krivim ih toliko da ne moderniziraju svoj pristup, ali oni su druga priča za analizu i drugačiji je način financiranja i sve... Ali uglavnom mislim da je cjelokupna usluga opravdala svoju cijenu. Preporučio bih i drugima tog zubara.</u></p>	<p>Odnos cijene i postignutog ishoda pruženom zdravstvenom uslugom</p>
--	--

Slika 62 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

7.3. Položaj javnih pružatelja zdravstvenih usluga u odnosu na privatne – korisnička perspektiva budućeg razvoja hrvatskog zdravstva

Sukladno iznesenim vlastitim iskustvima ispitanika u sklopu ovog istraživanja prikupljen opširan skup podataka dovoljno reprezentativno oslikava korisničku percepciju hrvatskog zdravstvenog sustava s detaljnim osvrtom na njegova dva, često komparativna, segmenta – javni i privatni. Komparativna analiza javnih i privatnih zdravstvenih usluga zahtijeva detaljan i sustavan pristup, obuhvaćajući pritom različite relevantne evaluacijske čimbenike i kriterije, a na taj su način i ispitanici obuhvaćeni ovim istraživanjem, svaki iz vlastite perspektive uvjetovane različitim biografskim karakteristikama i iskustvenim doživljajima, dali svoje mišljenje o položaju javnih i privatnih pružatelja zdravstvenih usluga te istaknuli viziju daljnjeg razvoja hrvatskog zdravstvenog sustava, osvrćući se pritom na mogućnosti za njegovo unapređenje putem njihovih sugestija i prijedloga kao pacijenata, koji predstavljaju okosnicu zdravstva.

Slijedom navedenog, jedan od ispitanika jasno je istaknuo problem neefikasnosti javnog zdravstvenog sustava uočenog iz vlastitog iskustva korištenja javnih zdravstvenih usluga, navodeći kako inicijalno nedovoljno posvećen i sustavan pristup u rješavanju zdravstvenog problema pacijenta, dovodi do produljenja traženja njegovog rješenja i izlječenja, a što dugoročno stvara neefikasnost koja se ogleda u rastu troškova i smanjenju dostupnosti zdravstvene zaštite drugim pacijentima. S druge strane, jedan ispitanica je tijekom intervjua navela kako javni zdravstveni sustav smatra efikasnijim u odnosu na privatni u pogledu boljih mogućnosti za rješavanje složenih zdravstvenih problema, argumentirajući pritom svoj navod kako javnozdravstvene ustanove raspolažu bogatim medicinskim kadrom s aspekta različitih timova liječnika specijaliziranih u različitim medicinskim granama, što može biti od presudne važnosti kod hitnih i složenih zdravstvenih stanja ili dodatnih komplikacija koje pri tom mogu nastati, dok s druge strane, prema njezinom mišljenju, privatne zdravstvene ustanove ne raspolažu raznovrsnim medicinskim kadrom, a ponekad i nisu specijalizirane i opremljene, za rješavanje nekih složenijih medicinskih zahvata ili saniranja dodatnih komplikacija, za koje uvijek postoji određeni rizik nastanka, pri čemu je u takvim situacijama pacijent primoran svoje liječenje nastaviti u javnozdravstvenoj ustanovi.

<p>Ispitanik 2: <u>Smatram da hrvatski zdravstveni sustav nije efikasan... Pa sagledajmo samo ovaj moj primjer, pa je li takav pristup efektivan? Može li se takvim pristupom postići troškovna učinkovitost i bolji rezultati liječenja? Mislim da ne mogu... Svi moji posjeti u javnoj zdravstvenoj ustanovi su koštali i vremena i plaća zdravstvenih djelatnika, a koliko je u tome bilo neefikasnosti.... To se sve moglo riješiti rekla bih slikovito uz puno manje „poteza“, a moj se problem rješavao kao u labirintu najdužim putem.</u></p> <p><u>Opet se vraćam na svoj primjer, koliko sam hodala liječnicima, po meni bez potrebe, samo zbog toga što se u početku nije sustavno pristupilo zdravstvenom problemu i pokušalo ga riješiti. A sad koliko je u tih nekoliko mojih posjeta moglo biti uvršteno termina nekih drugih osoba koje isto tako čekaju svoj red i bore se nekim svojim zdravstvenim problemima.</u> Tako da... u toj analizi zdravstva potrebno je krenuti od samog temelja i napraviti preinake...</p>	<p>Isticanje neefikasnog pristupa u pružanju javne zdravstvene skrbi</p>
--	--

Slika 63 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<p>Ispitanik 5: <u>Mislim da se ne može sve efikasno riješiti privatnim putem... Ne znam, nekako si ja to zamišljam da su premali... Mislim barem ja imam takav osjećaj... Mislim nema toliko baš privatnih pružatelja zdravstvenih usluga i nema baš privatna bolnica sve usluge... Realno ti dođeš s nekom komplikacijom i odeš na neku operaciju i zakomplicira se, dobiješ recimo sepsu, pa ti treba nešto, treba odmah reagirati... kužiš... to ti sve nekako ide tečnije kad su svi doktori na okupu. Jedna bolnica ima skoro sve odjele i to mi je onda nekako logičnije da se efikasnije i uspješnije to riješi u javnom zdravstvenom sustavu... Puno se puta nešto zna zakomplicirati u privatnim tim poliklinikama i što onda... na kraju opet završiš u javnom zdravstvenom sustavu...</u></p>	<p>Nemogućnost rješavanja svih zdravstvenih problema privatnim putem</p> <p>Javni zdravstveni sustav - efikasniji u rješavanju složenih zdravstvenih problema</p>
--	---

Slika 64 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)

Kao jedan od najvećih problema javnozdravstvenog sustava ispitanici ističu deficit medicinskog osoblja, koji se posljedično ogleda u produljenju lista čekanja, smanjenju posvećenosti pacijentima, a usto navedeni problemi dovode i do loših uvjeta rada liječnika te uzrokuju njihovo nezadovoljstvo. Također, kako jedna od ispitanica navodi, u pojedinim granama medicine izrazito je izražen deficit specijaliziranih liječnika, što dodatno stvara pritisak

postojećem medicinskom osoblju, koje je u nemogućnosti obraditi rastući broj naručenih pacijenata čime se liste čekanja kontinuirano produljuju. Također, navedeni poremećaj dovodi do stresa i napetosti medicinskog osoblja, koje se izravno reflektira na odnos s pacijentom pri čemu javni zdravstveni sustav često biva percipiran kao manje empatičan i individualno posvećen svakom pojedinom pacijentu. Kao rješenje istaknutim nedostacima ispitanici navode poboljšanje uvjeta rada i plaća medicinskog osoblja, čime bi se nastojala izbjeći emigracija liječničkog kadra. Osim navedenog, jedna od ispitanica navela je potrebu za povećanjem kvota prilikom upisa na medicinske fakultete, što bi izravno pridonijelo godišnjem povećanju novih liječnika spremnih za rad.

<p>Ispitanik 1: <u>Deficit liječnika jako pogađa naš zdravstveni sustav i to u posljednjih nekoliko godina jako dolazi do izražaja. Zato se i dugo čeka, a i kad se dođe na red u velikom broju slučajeva nema dovoljne posvećenosti pacijentu. Tu se onda i gubi povjerenje u zdravstveni sustav. Pacijent je razočaran, a kako i ne bi... čekaš po nekoliko mjesec na red, a čujem iskustva ljudi da se čeka i po godinu dana na pojedine pretrage, i kada konačno dobiješ svoj red nema dovoljno efikasnog pristupa pacijenta i naravno da se javljaju frustracije.</u></p>	<p>Deficit liječnika - problem hrvatskog zdravstvenog sustava Nedovoljna posvećenost pacijentu u javnim zdravstvenim ustanovama Gubitak povjerenja u zdravstveni sustav Nedovoljna efikasnost u pristupu pacijentu</p>
---	--

Slika 65 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1)

<p>Ispitanik 2: <u>Jedan od problema je i sam nedostatak liječnika. U županijskoj bolnici u kojoj obavljam najviše pretraga radi samo jedan liječnik dermatolog i kako da se onda uspostavi normalno funkcioniranje sustava? Niti se liječnik ne može u potpunosti posvetiti svakom pacijentu, niti nema vremena, niti motivacije u takvim stresnim uvjetima rada... Tako da... potrebno je stvoriti i bolje uvjete rada za liječnike i onda bi oni i ostali u Hrvatskoj i ne bi otišli u zapadne europske zemlje, kao što je primjerice Njemačka ili Irska i tako bi se odmah generirao i veći skup potencijalnih novih liječnika koji bi riješili problem redova čekanja... Isto tako, jedan od načina je i generiranje većeg broja liječnika putem povećanja kvoti za upis na fakultete za takva deficitarna zanimanja. Koliko država financira studenata po jednoj</u></p>	<p>Problem deficita liječnika Potreba za unapređenjem radnih uvjeta liječnika</p>
---	--

<p>godini za neka zanimanja koja se previše gomilaju na tržištu rada i uporno ne smanjuje njihove kvote, dok s druge strane za stvarno ono za što je potreba ne poduzima neke reformske obrazovne mjere...</p> <p><u>...Puno puta sam naišla na lošu komunikaciju među zdravstvenim osobljem, a onda se ta negativna energija i napetost prelijevaju na pacijenta. Ali tu isto mislim da nije sve ni do liječnika, kad bi se njima poboljšali uvjeti rada vjerujem da bi se javilo i zadovoljstvo poslom, a onda vjerojatno i veća motivacija da se posao odradi što bolje i u što većoj mjeri pomogne pacijentima.</u></p>	
---	--

Slika 66 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<p>Ispitanik 4: <u>Ono što ne valja u javnozdravstvenom sustavu je manjak liječnika i onda ta napetost koja se stvara između njih se reflektira na pacijente. Deficit liječnika nam ubija sustav... Redovi čekanja su već postali zaista predugi...</u> Ovaj liječnik s kojim ja imam neugodno iskustvo je vrlo vjerojatno se tako i ponašao zbog nekih drugih problema. Znao bio je dežuran... Problem s dežurstvima je došao u prvi plan od kad imamo problem s manjkom liječnika tako da s jedne strane razumijem i njih, ali opet oni su tu za nas pacijente i mislim da bi pristup prema pacijentu, bez obzira na okolinske pritiske, trebao biti na razini kakvu svaki pacijent zaslužuje, to su osnovna ljudska prava...</p> <p><u>Treba poboljšati uvjete u zdravstvenim ustanovama, treba ponuditi bolje uvjete rada liječnika,</u> jer i oni pod pritiskom ponekad jednostavno ne mogu kontrolirati svoju revoltiranost na cjelokupan sustav.</p>	<p>Deficit liječnika - izvor pritiska i napetosti u radu i pristupu prema pacijentima</p>
--	---

Slika 67 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4)

<p>Ispitanik 6: <u>Isto tako puno čujemo o deficitu liječnika, o tome da ne pričam... Mislim da je svakako potrebno poboljšati njihove radne uvjete i plaće, to će ih motivirati...</u></p>	<p>Isticanje problema deficita liječnika Poboljšanje radnih uvjeta liječnika - izvor motivacije</p>
--	---

Slika 68 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

Izuzev dosad spomenutog, jedan od ispitanika je kao izvor neefikasnosti javnog zdravstvenog sustava naveo i nedovoljnu iskorištenost dostupne zdravstvene opreme i uređaja, dok je jedna ispitanica istaknula još jedan nedostatak, navodeći kako se u javnozdravstvenom sustavu pojedini medicinski postupci ne provode, pri čemu su pacijenti primorani koristiti privatne zdravstvene ustanove, koje su po navedenom aspektu u povoljnom položaju diktirajući visinu cijene zdravstvene usluge. Shodno navedenom, prema mišljenju ispitanice potrebno je unaprijediti javni zdravstveni sustav ulažući u opremanje zdravstvenih ustanova suvremenijom opremom i primjenjujući suvremeni pristup i nove metode u liječenju pojedinih bolesti, a kako jedan od ispitanika navodi izvor financiranja navedenih prijedloga može se pronaći u povećanju trošarina pojedinih proizvoda.

<p>Ispitanik 1: <u>Smatram da se niti ne iskorištava dovoljno medicinska oprema kojom naš zdravstveni sustav raspolaže, a i opet s druge strane ima i tu bezbroj nedostataka... Kada bi se bolje upravljalo, pri tome mislim racionalnije, i kada bi se sredstva koja se usmjeravaju u druge gospodarske grane više usmjerila u zdravstvo i time kupila kvalitetnija oprema da bi se zdravstveni ishodi itekako poboljšali.</u></p>	<p>Nedovoljno iskorištavanje medicinske opreme Racionalnije upravljanje novčanim sredstvima Potreba za ulaganjem u kvalitetniju medicinsku opremu</p>
--	---

Slika 69 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1)

<p>Ispitanik 2: <u>Obuhvat medicinskih usluga je jedna od mana... U javnom zdravstvenom sustavu se neke pretrage ne provode, jer kako mi je dermatologica i sama rekla, trichotest se ne provodi, a on je recimo u mom slučaju bio važan jer mi je prema nalazima testa definirana potrebna terapija i tako da sam morala koristiti za tu uslugu privatni zdravstveni sustav, koji ima onda i slobodu definiranja cijene usluge.</u></p> <p>Što bi bilo kada si ne bih mogla prištiti taj trichotest privatno, a u javnom zdravstvu se on ne provodi? Dobro, možda bi se našao neki drugi način da mi se koliko toliko pogodi adekvatna terapija, ali to bi sigurno opet zahtijevalo puno posjeta liječniku i opet, da tako kažem, gušilo sustav i smanjilo izravno onda i dostupnost liječnika za neke druge pacijente... <u>Mislim da bi trebalo unaprijediti zdravstveni sustav putem tih nekih novih metoda liječenja i opremiti javne zdravstvene ustanove suvremenom</u></p>	<p>Primoranost pacijenta da koristi privatnu zdravstvenu zaštitu</p> <p>Financijski čimbenik - najveća mana privatnih zdravstvenih usluga</p> <p>Potreba za nabavom suvremene zdravstvene opreme i</p>
---	--

<p><u>opremom i slično.</u> Danas se ne mogu pacijenti liječiti na način kao što su se prije 30 godina... Tako sigurno nećemo postići tu, tako željenu, veliku razinu efikasnosti sustava, koja se provlači kroz sve zdravstvene reforme, ali nažalost u većini slučajeva samo na papiru i govoru provoditelja reformi...</p>	<p>suvremenim pristupom u liječenju pacijenata</p>
---	--

Slika 70 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

<p>Ispitanik 6: <u>I mislim da bi više financijskih sredstava trebalo usmjeriti u zdravstvo da se sve to skupa nekako modernizira.</u> <u>Mislim da postoje sredstva koja bi se mogla iskoristiti u zdravstvu, mogle bi se recimo povećati trošarine na neke proizvode ili tako nešto...</u> Mislim imamo mi modernu opremu i možemo čuti na televiziji ili novinskim člancima da je negdje nabavljen neki novi uređaj i tako, ali to je jedan uređaj koji može podnijeti dnevno ograničeni broj pacijenata, a što je s ostatkom i preostalim dijelom stanovništva, a posebice ljudima u manje dostupnim i razvijenim mjestima. Tako da... Eto to bih nekako primijenio da mogu.</p>	<p>Potreba za većim financiranjem zdravstvenog sustava Potreba za modernizacijom zdravstvenog sustava Povećanje trošarina – dodatan izvor za financiranje zdravstvenih potreba</p>
---	--

Slika 71 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

Sagledavajući financijski aspekt javne u odnosu na privatnu zdravstvenu zaštitu, a shodno prethodno spomenutim nedostacima javne zdravstvene zaštite i slobodi privatnih pružatelja u definiranju cijena zdravstvenih usluga, ispitanici su istaknuli negodovanje trendom rasta cijena zdravstvenih usluga, što dovodi do smanjenja mogućnosti njihova korištenja za velik dio stanovništva ograničenog financijskim mogućnostima i stvaranja nejednakog pristupa adekvatnoj i pravovremenoj zdravstvenoj skrbi.

<p>Ispitanik 3: <u>Prije svega kao nedostatak bih navela novčane razloge...</u> <u>Gledajući s financijskog stajališta privatna zdravstvena usluga nije svima dostupna i nemaju svi onda iste mogućnosti,</u> što je nekako prihvatljivo za privatna dobra na tržištu, ali zdravlje je neophodno svakom čovjeku i zdravstvo bi trebalo biti neko kao javno dobro dostupno svima nama, a eto onda se tu privatno dosta rade razlike, a opet u javnoj zdravstvenoj zaštiti su opet neki drugi problemi koji onda koče njezinu efikasnost i uspješnost.</p>	<p>Cijena zdravstvene usluge - nedostatak privatne zdravstvene zaštite</p>
---	--

Slika 72 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)

<p>Ispitanik 4: <u>Što se tiče privatne zdravstvene usluge... pa tu je cijena ta koja vam, otvara sva vrata... kad vi platite za neku uslugu to je motivacija liječniku da vam i posveti svoje vrijeme.</u> Privatni liječnici ovise o pacijentima koji im generiraju prihod i svjesni toga stvaraju i takav pristup za pacijente. To vam je čista obostrana korist. <u>Ja sam u privatnoj poliklinici imala odličan tretman, zaista i iznad očekivanja, ali je i cijena bila rekla bih iznad očekivanja... 30.000 kuna zaista nije malen iznos i to bih istaknula kao najveći nedostatak privatnih zdravstvenih usluga.</u> Pa gledajte tko si danas to može priuštiti..., jako malen dio društva, a onda se postavlja pitanje što je s drugim pacijentima koji nemaju te financijske mogućnosti... Oni su jednostavno prisiljeni na manje kvalitetan tretman.</p> <p>...Financijske mogućnosti ljudi su premale za ono što privatni pružatelji zdravstvenih usluga traže. <u>Sad pogotovo dok su cijene svega otišle u nebo... Privatne zdravstvene usluge su isto tako jako poskupjele, neke i za 100%... pa dokle će to...</u> A ljudi sa zdravstvenim problemima nemaju dovoljno novaca da plate to i to me najviše pogađa... Puno razmišljam o tome, baš sam sad tim svojim slučajem potaknuta da dubljem razmišljam o tome... Ne znam, ali da budem iskrena ni ne želim znati, kako je majkama koje nemaju tu sreću kao ja i koje si ne mogu priuštiti neku bolju, kvalitetniju uslugu...</p>	<p>Financijski aspekti privatne zdravstvene usluge</p> <p>Cijena - bitan faktor pristupa i kvalitete zdravstvene usluge</p> <p>Isticanje visokih cijena privatnih zdravstvenih usluga</p>
---	---

Slika 73 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4)

Sukladno potrebi za modernizacijom javnog zdravstvenog sustava, ispitanici navode i tendenciju za povećanjem broja usavršavanja i edukacija medicinskog osoblja, čime bi se uvelike, prema njihovom mišljenju, poboljšala efikasnost u pristupu liječenju pacijenata.

<p>Ispitanik 2: <u>Povećala bih broj edukacija i mogućnosti za daljnja usavršavanja liječnika.</u> Iskustvo je jedan od načina stjecanja znanja i nekog već automatizma u obavljanju posla, ali stalno učenje i usavršavanje su ključ uspjeha, a posebice u današnje vrijeme kad tehnologija stalno napreduje i medicini se pristupa na drugačiji način nego prije.</p>	<p>Potreba za stalnim usavršavanjem medicinskog kadra</p>
--	---

Slika 74 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)

Ispitanik 5: Recimo nema dovoljno edukacija da bi doktori bili educirani baš na visokoj razini za svoju užu specijalnost kojom se bave u zdravstvenom sustavu.

Potreba za dodatnim edukacijama liječnika

Slika 75 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)

Također, jedna ispitanica istaknula je i potrebu za modernizacijom digitalnog zdravstvenog sustava, aludirajući pritom na unapređenje funkcionalnosti sustava e-Građani obogaćujući ga dodatnim opcijama za pacijente kao što je mogućnost samostalnog naručivanja za zdravstvene preglede, pretrage i konzultacije s liječnicima specijalistima te, osim dosadašnje mogućnosti aktivacije ponavljajućih recepata, podizanje i svih ostalih potrebnih liječničkih recepata.

Ispitanik 5: Svakako bih ga modernizirala. Mislim naš zdravstveni sustav već je moderniziran do neke mjere, ali nije to sad baš neka visoka razina modernizacije kakva bi mogla biti, tako da mislim da ima tu prostora za napredak. Konkretno tu mislim na platformu e-Građani na kojoj postoji mogućnost da pacijent pregleda svoje nalaze, ali recimo smatram da je to niska razina funkcionalnosti i smatram da bi taj sustav mogao pružiti znatno više mogućnosti građanima, kao što je recimo naručivanje na zdravstvene pretrage i preglede ili preuzimanje recepata, kao što su oni crni recepti, a što recimo trenutno nije moguće. Ja sad recimo imam tri doktorice, imam liječnicu obiteljske medicine, zubarku i ginekologicu i ne mogu se kod niti jedne od njih naručiti putem sustava e-Građani, nego uvijek kad mi zatreba zdravstvena pomoć moram kontaktirati navedene liječnice ili telefonskim putem ili putem elektroničke pošte, a preko sustava bih to napravila u dva klika. I kad bi se tako modernizirao taj digitalni sustav zdravstva smanjio bi se opet određeni skup pacijenata koji isto tako, da tako kažem guše cjelokupan sustav, jer uzimaju mjesto nekim drugim pacijentima kojima je možda hitnije potrebna neka zdravstvena usluga, a ne dolaze na vrijeme na red, jer postoje i pacijenti koji recimo čekaju samo za izdavanje nekih uputnica, recepata i slično.

Potreba za modernizacijom digitalnog sustava

Slika 76 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)

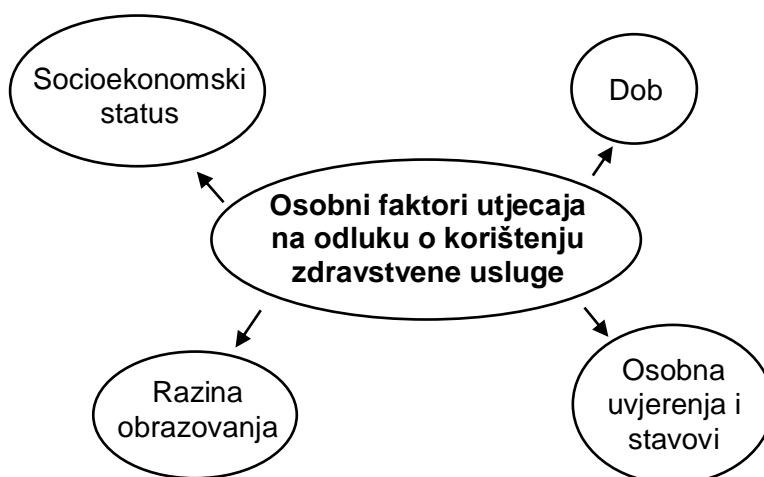
Naposljetku, potrebno je istaknuti prijedlog jednog od ispitanika, koji je tijekom rezimiranja rada javnozdravstvenog sustava spomenuo potrebu za većom integracijom bolnica s ciljem smanjenja lista čekanja i postizanja veće efikasnosti javnog zdravstvenog sustava.

<p>Ispitanik 6: <u>Možda da se nekako više integrira rad više bolnica zajedno pa da se postigne neka veća efikasnost u pružanju zdravstvene zaštite i smanje liste čekanja, eto to mi je kao neka ideja sad pala na pamet.</u></p>	<p>Potreba za integracijom rada bolnica u javnom zdravstvenom sustavu</p>
---	---

Slika 77 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)

7.4. Sinteza prikupljenih podataka

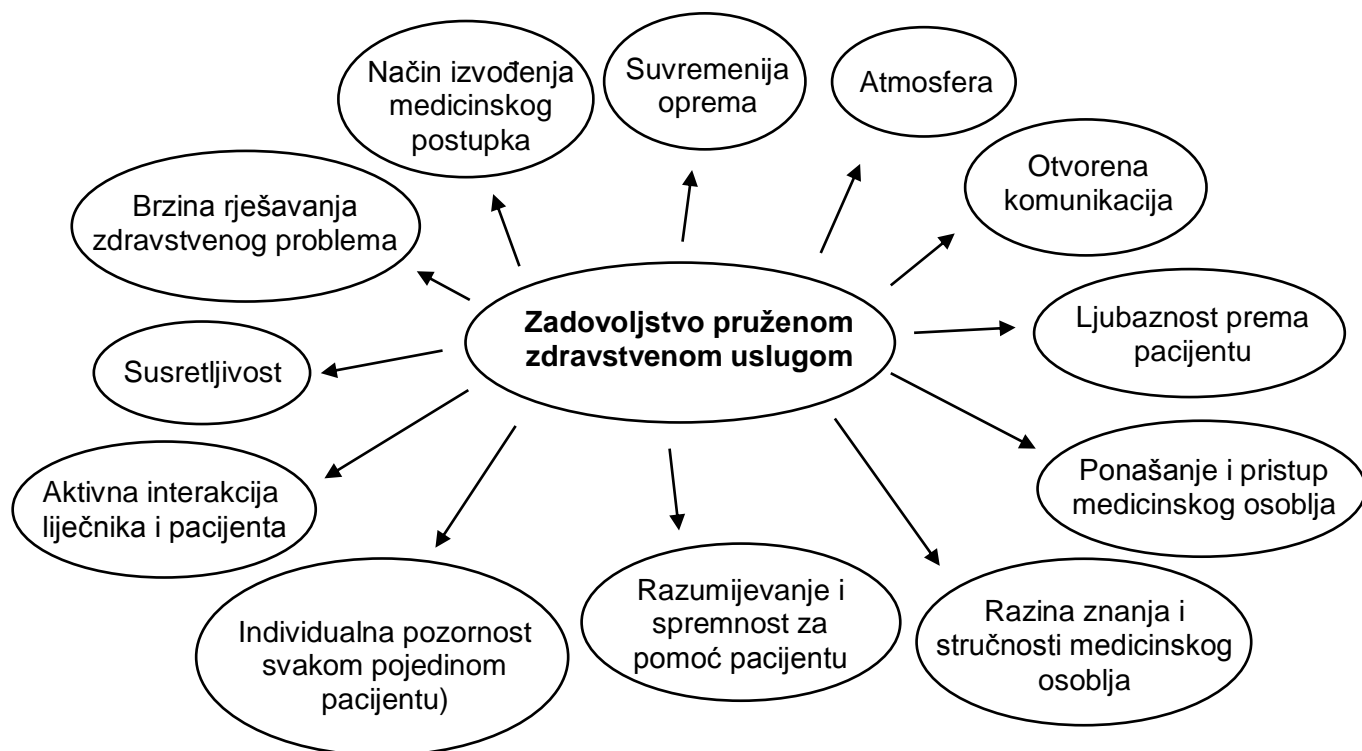
Temeljem analize prikupljenih podataka i velikom količinom generiranih otvorenih kodova u fazi inicijalnog kodiranja, identificirani su oni najčešći i najrelevantniji, koji su u svrhu sinteze najznačajnijih rezultata istraživanja, u fazi fokusiranog kodiranja, grupirani u kategorije. Slijedom navedenog, u nastavku su prikazane definirane četiri osnovne kategorije koje okupljaju najznačajnije kodove.



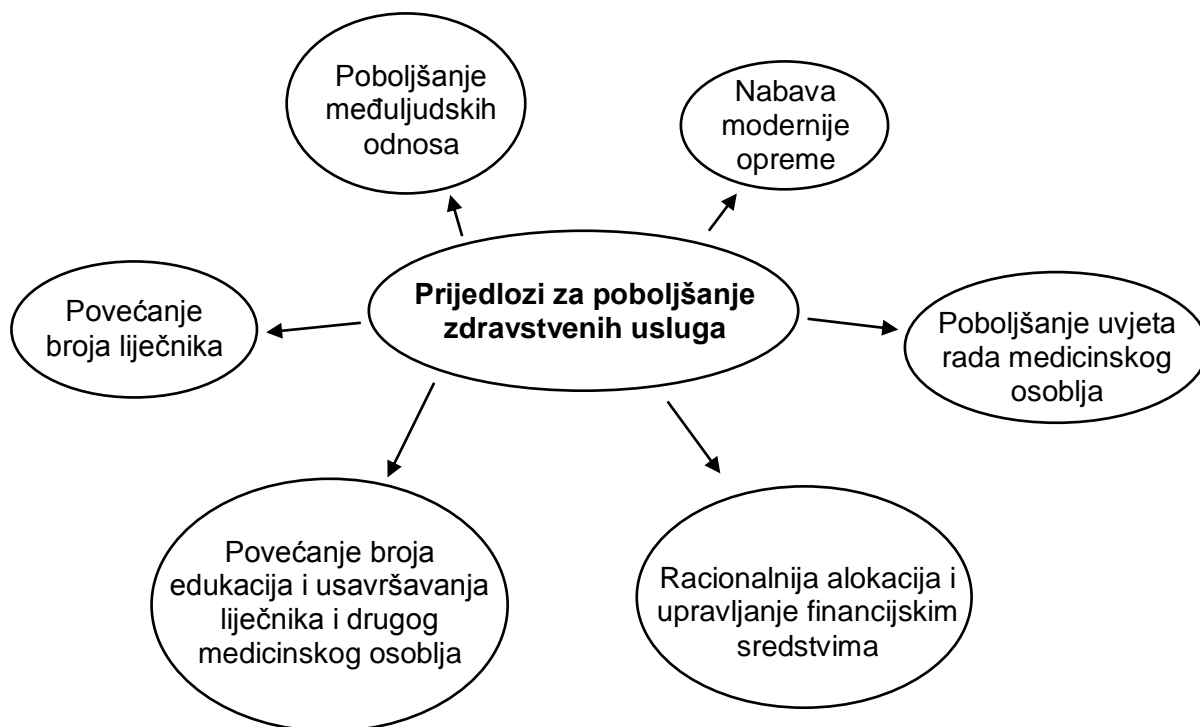
Slika 78 Isječak iz fokusiranog kodiranja: grupiranje kodova u kategoriju "Osobni faktori utjecaja na odluku o korištenju zdravstvene usluge" (Izvor: izrada autorice)



Slika 79 Isječak iz fokusiranog kodiranja: grupiranje kodova u kategoriju "Razlikovni čimbenici korisničke percepcije zdravstvene usluge" (Izvor: izrada autorice)



Slika 80 Isječak iz fokusiranog kodiranja: grupiranje kodova u kategoriju "Zadovoljstvo pruženom zdravstvenom uslugom" (Izvor: izrada autorice)



Slika 81 Isječak iz fokusiranog kodiranja: grupiranje kodova u kategoriju "Prijedlozi za poboljšanje zdravstvenih usluga" (Izvor: izrada autorice)

Sukladno proizašlim rezultatima fokusiranim kodiranjem, u sljedećem koraku provedeno je aksijalno kodiranje s ciljem utvrđivanja uzročno-posljedičnih korelacija prethodno definiranih kategorija. Na Slici 82 prikazan je isječak iz aksijalnog kodiranja na osnovu kojeg su identificirane veze između promatranih kategorija. Predočena shema demonstrira povezanost socioekonomskog statusa te osobnih uvjerenja i stavova grupiranih u kategoriju *Osobni faktori utjecaja na odluku o korištenju zdravstvene usluge* s kategorijom *Razlikovni čimbenici korisničke percepcije zdravstvene usluge* predstavljene kao krovnog pojma, koji grupira osnovne kriterije odabira javnih ili privatnih pružatelja zdravstvenih usluga, a sukladno kojima se posljedično po korištenju zdravstvene usluge javlja određena razina zadovoljstva istom, definirana osnovnim elementima objedinjenih u kategoriju *Zadovoljstvo pruženom zdravstvenom uslugom* te generiranje korisničkog stava percipirane razine efikasnosti evaluirane usluge i perspektive budućeg razvoja zdravstva definiranih kategorijom *Prijedlozi za poboljšanje zdravstvenih usluga*. Naime, individualni faktori korisnika dovode do različitih razlikovnih čimbenika koji utječu njihovu percepciju zdravstvene usluge prilikom odabira iste, a koji su i konzekventno bitan element pri generiranju impresije pruženom zdravstvenom uslugom i razvoju percepcije vlastitog zadovoljstva istom, što u konačnici kreira pacijentov stav efikasnosti zdravstvenog sustava iz kojeg proizlaze ideje za njegovo unapređenje.



Slika 82 Isječak iz aksijalnog kodiranja: definiranje veza među kategorijama (Izvor: izrada autorice)

8. Zaključak

Diplomskim radom dan je pregled osnovnih ekonomskih odrednica zdravstvenog sustava, uključujući pritom sveobuhvatnu analizu temeljnih obilježja sustava zdravstvene zaštite i modele financiranja zdravstva, uz poseban naglasak na detaljnu analizu hrvatskog zdravstvenog sustava kroz sve njegove sastavnice. Usto, uzimajući u obzir koncept socijalne države, koji je utjelovljen i u institucijski okvir Republike Hrvatske u najvažnijim područjima djelovanja za razvoj i dobrobit stanovništva omogućavajući pritom, prije svega, svakom pojedincu ekonomsku i socijalnu sigurnost, pred zdravstvom, kao dijelom socijalne infrastrukture, veliki su izazovi u postizanju jednakih uvjeta i mogućnosti za svakog pojedinca te je stoga kao takvo često dio prioritarnog koncepta različitih reformskih mjera i politika. Kompleksnosti zdravstvenog sustava dodatno doprinosi fenomen negativnih eksternalija i informacijske asimetričnosti, čime se povećava rizik nastanka moralnog hazarda i negativne selekcije, uslijed kojih se onemogućava postizanje željene razine učinkovitosti zdravstvenog sustava. Poradi navedenih poremećaja, interveniranje države u zdravstveni segment putem kreiranja različitih modela njegova djelovanja i financiranja, kao i kontinuiranog unapređenja različitim programskim i reformskim mjerama, a s ciljem anuliranja rizika nastanka nedjelotvornosti, je opravdano, a učestalo i jedini način uspostave njegovog produktivnog i efikasnog funkcioniranja.

Ekonomska analiza zdravstvenog sustava zadire u svaki njegov segment, a njezina se dinamičnost očituje u varijacijama njezine provedbe, pri čemu se može provoditi inicijalno krećući iz perspektiva različitih skupina njegovih sudionika, ali i krećući iz različitih težišta kao analitičkih tematskih područja. Shodno navedenom, promatrajući zdravstveni sustav iz financijske perspektive, može se definirati nekoliko osnovnih modela organizacije primjenjivanih u zdravstvenim sustavima različitih zemalja, no isto tako, shodno dosad provedenim istraživanjima i analizama zdravstvenih sustava diljem svijeta, uočava se kako unatoč nekolicini organizacijskih koncepata, svaki zdravstveni sustav odlikuje posebnost, koja se očituje u pojedinim jedinstvenim značajkama svojstvenih samo za određeni promatrani sustav. Prema temeljnoj podjeli organizacijskih modela tržišni model pretežito je zastupljen u zdravstvenom sustavu Sjedinjenih Američkih Država, dok se europski zdravstveni sustavi ponajprije temelje na odrednicama Beveridgeovog i Bismarckovog modela organizacije zdravstvene zaštite. Također, valja napomenuti kako se djelovanje većine suvremenih zdravstvenih sustava ne temelji samo na jednom od spomenutih modela, već se radi o kombinaciji njihovih karakteristika nazivajući takav koncept mješovitim modelom, a na kojem počiva i uspostava i funkcioniranje hrvatskog zdravstvenog sustava.

Zdravstveni sustav Republike Hrvatske odlikuje piramidalna organizacija djelovanja koju čine tri elementarne razine – primarna, sekundarna i tercijarna, a koje se razlikuju u svom obuhvatu zdravstvenih usluga koje pružaju. Unatoč raznovrsnosti, navedeni segmenti međusobno su povezani te se jedino kroz integraciju rada i napora svih sastavnica može postići optimalno funkcioniranje i učinkovitost cjelokupnog sustava, koja se manifestira uspješnošću postignutih zdravstvenih ishoda. Međuovisnost i uvjetovanost pojedinih razina unutar sustava zahtijevaju njihovo usklađeno djelovanje i efektivnu suradnju, a s ciljem postizanja dobrih rezultata potrebna je detaljna analiza, jer se neučinkovitost jedne sastavnice odražava na funkcioniranje preostalih stvarajući dodatne poteškoće i probleme. Sukladno navedenom, pitanje efikasnosti postaje imperativnom suvremenih zdravstvenih sustava te se još uvijek pronalazi ispravan način njegove sistematizacije. Intencija postizanja efikasnog zdravstvenog sustava u posljednjem desetljeću je posebice izražena uslijed gospodarskih i demografskih poremećaja, a čiji se učinci neminovno odražavaju i na zdravstveni sustav. Naime, Republiku Hrvatsku zahvatio je problem pojačanog iseljavanja stanovništva, a analizirajući dobnu i obrazovnu strukturu emigracijske mase može se zaključiti kako se pretežito radi o stanovništvu mlađe životne dobi, a usto među njima sve je više i onih sa završenim visokoškolskim obrazovanjem. Navedeni problem dodatno otežava svladavanje posljedica senilizacije stanovništva, uslijed kojeg su održivost te gospodarski rast i napredak znatno ograničeni. Poradi navedenih problema održivost zdravstvenog sustava je također upitna, a negativni učinci najviše narušavaju financijsku stabilnost i solventnost, uslijed rastućih izdataka s jedne i ograničenih resursa s druge strane, pri čemu je njegova djelotvornost još dodatno narušena i deficitom medicinskog kadra, koji također u potrazi za višim životnim standardom i boljim uvjetima rada iseljava u zapadne europske zemlje, dok je istovremeno potreba za zdravstvenom zaštitom u kontinuiranom porastu. Navedeni se poremećaji povratno odražavaju na dostupnost i kvalitetu pružene zdravstvene usluge pacijentima, što otvara dodatne perspektive analize sustava zdravstva ukazujući pritom na potrebu za istraživanjem korisničke percepcije zdravstvenog sustava i njihovog pogleda na korištene zdravstvene usluge te zadovoljstva postignutim zdravstvenim ishodima.

Dosad spomenute činjenice glavni su motivatori u argumentaciji potrebe za provedbom kvalitativnog istraživanja korisničke percepcije efikasnosti zdravstvenih usluga u sklopu hrvatskog zdravstvenog sustava. Usto, u teorijskom dijelu rada dan je pregled javnog zdravstvenog sustava s detaljnim prikazom njegovih dijelova, a u istraživačkom dijelu rada dan je dodatni doprinos u vidu analize položaja javnih pružatelja zdravstvene skrbi u odnosu na privatne, čime se u potpunosti zaokružio pregled hrvatskog zdravstvenog sustava u svim segmentima. Empirijskim istraživanjem temeljenim na provođenju dubinskih intervjua s korisnicima javnih i privatnih zdravstvenih usluga istraživali su se osnovni razlikovni čimbenici koje pacijenti koriste prilikom odabira javnih ili privatnih zdravstvenih usluga, a usto istraženi

su i kriteriji koje isti koriste prilikom evaluacije usluge nakon njezina korištenja. Na osnovu prikupljenih podataka uviđa se kako pacijenti prilikom odabira između javnih i privatnih pružatelja zdravstvenih usluga najveću pozornost pridaju vremenskom faktoru čekanja za pojedinu uslugu, cijeni usluge i financijskim uvjetovanim mogućnostima, vlastitim i tuđim prethodnim iskustvima, percipiranoj stručnosti medicinskog osoblja, reputaciji liječnika i potrazi za drugim stručnim mišljenjem. Shodno navedenim kriterijima, prema mišljenju sudionika istraživanja, glavna prednost privatnog zdravstvenog sustava je neupitna dostupnost s aspekta brzine dolaska na red za potrebnu zdravstvenu uslugu te je kod svih ispitanika navedeni faktor najviše utjecao na odabir privatnih pružatelja zdravstvene skrbi. Drugi po prioritetu kriterijski element je cijena usluge, koja uvelike definira krug potencijalnih korisnika iste, kojima je dostupnost privatnih zdravstvenih usluga ograničena financijski uvjetovanim mogućnostima, a navedeni se kriterij povezuje i s biografskim karakteristikama korisnika s naglaskom na stupanj obrazovanja i status zaposlenosti, koji uvelike određuju platežnu moć. Usto, utvrđeno je kako pacijenti ne uviđaju izraženu diferencijaciju promatranih zdravstvenih segmenata iz aspekta stručnosti medicinskog osoblja, pri čemu su se usuglasili oko mišljenja kako liječnici i u javnom i u privatnom sektoru raspolažu podjednakom razinom znanja i poznavanja svoje specijalizirane medicinske domene. Također, kada je riječ o odabiru pružatelja zdravstvenih usluga veliku ulogu u formiranju konačne odluke imaju i vlastita impresija već korištenih usluga, kao i iskustva drugih bliskih osoba te sama reputacija liječnika koja iz toga proizlazi. Nadalje, istraživanje je, kao što je već spomenuto, bilo orijentirano i identifikaciji elemenata korisničke percepcije kvalitete korištene zdravstvene usluge i zadovoljstva istom, pri čemu su ispitanici kao osnovne evaluacijske parametre istaknuli aktivnu interakciju liječnika i pacijenta, individualnu pozornost svakom pojedinom pacijentu, razumijevanje i spremnost za pomoć pacijentu, razinu znanja i stručnosti medicinskog osoblja, kao i njihovo ponašanje i pristup prema pacijentu, ljubaznost i susretljivost prema pacijentu te mogućnost otvorene komunikacije, način izvođenja medicinskog postupka te opremljenost ordinacije suvremenom opremom. Prema navedenim faktorima, privatni zdravstveni sustav karakterizira veća prilagodljivost potrebama pacijenata, kao i istaknutija empatija za zdravstvene probleme te veća susretljivost i ljubaznost medicinskog osoblja. Usto, prema mišljenju korisnika, privatni pružatelji zdravstvenih usluga posvećuju više pozornosti i vremena svakom pojedinom pacijentu, a boljem dojmu i zadovoljstvu doprinosi i sama atmosfera, koja je kako ispitanici navode, znatno opuštenija i smirenija kod privatnih liječnika. Ambijent pružanja zdravstvenih usluga ujedno utječe i na osobne osjećaje pacijenata, kojima ugodnija atmosfera u privatnim ordinacijama doprinosi smanjenju napetosti i strahu poradi zdravstvenih tegoba, za čije rješavanje i koriste zdravstvene usluge. Temeljem dosadašnjih iskustava pacijenti su istaknuli kako su i u javnom i u privatnom zdravstvenom sustavu naišli na izrazito veliku stručnost i zavidno znanje liječnika, ali isto tako i na pojedine slučajeve kod kojih je navedeni element

nedostajao, te su shodno tome, nakon iskustvenog doživljaja, potvrdili raniju pretpostavku o podjednakoj stručnosti liječnika u javnom i privatnom sektoru. Također, po pitanju efikasnosti ispitanici većinom privatnoj zdravstvenoj zaštiti daju prednost, a razlog navedenoj konstataciji pronalaze u brzini rješavanja zdravstvenog problema, čije bi rješavanje u javnom zdravstvenom sustavu vremenski duže trajalo poradi dugih lista čekanja, pri čemu bi se u međuvremenu mogla pojaviti progresija bolesti i otežati, ili u potpunosti onemogućiti, izlječenje te prouzročiti dodatne troškove, već ionako preopterećenom zdravstvenom budžetu, ali i narušiti kvalitetu svakodnevnog života pacijenta. S druge strane, pojedine prednosti ispitanici uviđaju i u javnom zdravstvenom sustavu percipirajući ga efikasnijim u odnosu na privatni iz aspekta obuhvata širokog spektra zdravstvenih usluga i bogatog medicinskog kadra različitih specijalnosti, čime se sinergijom njihova znanja i medicinskih postupka koje provode omogućava učinkovitija sanacija pojedinog zdravstvenog problema, a posebice onih složenijih ili prilikom dodatnih komplikacija, za razliku od privatnih zdravstvenih ustanova koje su, u većini slučajeva, specijalizirane za određeno područje te u slučaju realizacije rizika dodatnih komplikacija nisu u mogućnosti preuzeti inicijativu sanacije istog, već je u rješavanje problema potrebno integrirati pomoć javnog zdravstvenog sustava. Sukladno navedenim impresijama istraživačkom analizom utvrđeni su i prijedlozi za poboljšanje zdravstvenih usluga iz gledišta korisnika pri čemu se u sugestijama najviše ističu potreba za poboljšanjem uvjeta rada medicinskog osoblja s ciljem ublažavanja problema deficita liječnika, odnosno nastojanja da se zadrže u hrvatskom zdravstvenom sustavu, povećanje broja edukacija i usavršavanja namijenjenih medicinskom osoblju te racionalnija alokacija i upravljanje financijskim sredstvima.

Shodno svemu navedenom, može se zaključiti kako efikasnost postaje imperativom suvremenog zdravstvenog sustava te zahtijeva potrebne preinake istog, a koje slijedom iskustva korištenja zdravstvenih usluga uviđaju i sami pacijenti, s ciljem zadovoljenja postavljenih standarda i postizanja optimalnih zdravstvenih ishoda cjelokupnog stanovništva. Privatizacijom dijela zdravstvene zaštite, koji se temelji na tržišnom pristupu, postiže se kompetitivnost među pružateljima zdravstvenih usluga, pri čemu pacijenti mogu slobodno donositi odluke o odabiru liječnika, što izravno doprinosi i težnji za unapređenjem kvalitete zdravstvenih usluga. Tržišni elementi prisutni u privatnom segmentu dovode do veće samoregulacije privatnih pružatelja zdravstvenih usluga u vidu cijena usluga, pri čemu njihova međusobna konkurencija pacijentima omogućava pri istoj cijeni podizanje kvalitete usluge. U javnozdravstvenom sustavu također postoji tendencija poticanja međusobne konkurencije dodatnim stimulacijama liječnika za učinkovitiji rad i kvalitetu pruženih zdravstvenih usluga, međutim željena razina efikasnosti se još uvijek teško postiže. Usto, uzimajući u obzir kako je stanovništvo izvor financiranja sustava zdravstva, javni zdravstveni sektor uslijed negativnih gospodarskih kretanja i smanjenja radno aktivnog stanovništva biva dodatno financijski

ograničen, a shodno tome ograničene su i njegove investicijske mogućnosti ulaganja u suvremenu opremu, nove metode liječenja i slično, u odnosu na privatne pružatelje koji su u mogućnosti više izdvajati u razvoj suvremene zdravstvene infrastrukture. Isto tako, i temeljem analize podataka prikupljenih istraživanjem, u sklopu diplomskog rada, utvrđen je potencijal za daljnji razvoj i proširenje privatnog sektora zdravstvene zaštite potpomognutog porastom potražnje za istim slijedom unaprijeđenih funkcionalnosti koje pruža pacijentima kao i nadoknadom pojedinih faktora zadovoljstva, koji u javnozdravstvenom sustavu nedostaju ili nisu na optimalnoj razini, poput promptnosti u pružanju zdravstvene usluge i vremenskoj fleksibilnosti te mogućnostima primjene suvremene opreme i novih metoda liječenja. Gledajući tako na privatni zdravstveni sektor uviđaju se brojne mogućnosti potencijalne suradnje javnog i privatnog zdravstvenog segmenta čime bi se pojedine pozitivne karakteristike oba segmenta mogle vrlo učinkovito integrirati i povećati razinu kvalitete i dostupnosti zdravstvene skrbi, odnosno postići znatne dobrobiti u vidu troškovne efikasnosti, potpunog iskorištenja zdravstvenih kapaciteta te medicinske opreme i uređaja, kao i boljeg upravljanja ljudskim resursima te učinkovitijeg pristupa liječenju bolesti u vidu porasta uspješnosti izlječenja i poboljšanja zdravstvenih ishoda pacijenata.

Popis literature

- Akrap, A. (2015). Demografski slom Hrvatske: Hrvatska do 2051. Bogoslovska smotra, Vol. 85 No. 3, 855-868. Preuzeto 25.04.2023. s <https://hrcak.srce.hr/148000>
- Andaleeb, S.S. (2000). Public and private hospitals in Bangladesh: service quality and predictors of hospital choice. Health policy and planning, 15(1), 95-102. Preuzeto 25.04.2023. s <https://academic.oup.com/heapol/article/15/1/95/667629>
- Babakus, E., Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: an empirical investigation. Health services research, 26(6), 767-786. Preuzeto 25.04.2023. s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1069855/>
- Barković, I., Širić, M. (2010). Uloga i značaj javno-privatnog partnerstva u Republici Hrvatskoj: izabrani primjeri. Ekonomski vjesnik: Review of Contemporary Entrepreneurship, Business, and Economic Issues, Vol. XXIII No. 1, 184-201. Preuzeto 25.03.2023. s <https://hrcak.srce.hr/57842>
- Bauernschuster, S., Driva, A., Hornung, E. (2018). Bismarck's Health Insurance and the Mortality Decline. CESifo Working Paper Series No. 6601, Category 3: Social Protection. Preuzeto 30.03.2023. s https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3032875
- Benić, Đ. (2004). Osnove ekonomije (4. izd.). Zagreb: Školska knjiga.
- Blecher, M., James, C., Gasnerie, G., Kumar, A. (2015). Fiscal sustainability of health systems - why is it an issue, what can be done? Fiscal Sustainability of Health Systems: Bridging Health and Finance Perspectives. Paris: OECD Publishing, 23-44. Preuzeto 10.04.2023. s https://www.researchgate.net/publication/301497381_Fiscal_sustainability_of_health_systems-why_is_it_an_issue_what_can_be_done
- Bobinac, A. (2014). Izazovi ograničenja u ekonomskoj evaluaciji zdravstvenih tehnologija. U M. Vehovec (ur.), O zdravstvu iz ekonomske perspektive (str. 301-332). Zagreb: Ekonomski institut. Preuzeto 20.04.2023. s https://www.eizq.hr/userdocsimages/publikacije/knjige/o_zdravstvu_iz_ekonomske_perspektive.pdf
- Brümmerhoff, D. (1996). Javne financije (7. izd.). Zagreb: MATE d.o.o.
- Buljan, A., Šimović, H. (2022). Učinkovitost hrvatskog zdravstvenog sustava - usporedba sa zemljama Europske unije. Revija za socijalnu politiku, 29(3), 321-354. Preuzeto 25.04.2023. s <https://hrcak.srce.hr/294970>
- Chandra, A., J. Skinner (2011). Technology Growth and Expenditure Growth in Health Care. NBER Working Paper, br. 16953. Preuzeto 21.04.2023. s <http://www.nber.org/papers/w16953>
- Chernew, M., Baicker, K., Martin, C. (2010). Spillovers in Health Care Markets: Implications for Current Law Projections. Preuzeto 27.03.2023. s <https://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/ReportsTrustFunds/downloads/SpilloverEffects.pdf>
- Cosma, S. A., Bota, M., Fleşeriu, C., Morgovan, C., Văleanu, M., & Cosma, D. (2020). Measuring Patients' Perception and Satisfaction with the Romanian Healthcare System. Sustainability, 12(4), 1612. Preuzeto 25.04.2023. s <https://www.mdpi.com/2071-1050/12/4/1612>

Cylus, J., Papanicolas, I., Smith, P. C. (2016). Health system efficiency: How to make measurement matter for policy and management. European Observatory on Health Systems and Policies. Preuzeto 25.04.2023. s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28783269/>

Državni zavod za statistiku (2022). Objavljeni konačni rezultati Popisa 2021. Preuzeto 25.04.2023. s <https://dzs.gov.hr/vijesti/objavljeni-konacni-rezultati-popisa-2021/1270>

E - Građani (bez dat.). Liste lijekova. Preuzeto 26.04.2023. s <https://gov.hr/hr/liste-lijekova/622>

Grba-Bujević, M., Džakula, A. (2016). Hitna medicinska služba. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 96-98). Zagreb: Medicinska naklada.

Gruber, E., Sarajlić Vuković, I., Musović, M., Moravek, D., Starčević, B., Martić Biočina, S., Knez, R. (2020). Migration of Croatian physicians in the global context. Medicina Fluminensis, 56 (2), 88-96. Preuzeto 19.04.2023. s https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=344590

Hrvatski sabor (2020). Nacionalni strateški okvir protiv raka do 2030. Preuzeto 20.04.2023. s https://narodne-novine.nn.hr/clanci/sluzbeni/2020_12_141_2728.html

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2021). Pušenje je vodeći čimbenik rizika za zdravlje. Preuzeto 20.04.2023. s <https://www.hzjz.hr/sluzba-epidemiologija-prevencija-nezaraznih-bolesti/pusenje-je-vodeci-cimbenik-rizika-za-zdravlje/>

Hrvatski zavod za javno zdravstvo (2022). Hrvatski zdravstveno - statistički ljetopis za 2021. godinu. Preuzeto 24.04.2023. s <https://www.hzjz.hr/wp-content/uploads/2023/02/HZJZ-HZSLj-2021.pdf>

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2021). Bilješke uz financijska izvješća o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za razdoblje 01. siječnja do 31. prosinca 2021. godine. Preuzeto 20.04.2023. s <https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/Bilje%C5%A1ke%20uz%20financijske%20izvje%C5%A1taje%20za%202021.%20godinu.pdf>

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2022). Bilješke uz financijska izvješća o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za razdoblje 01. siječnja do 31. prosinca 2022. godine. Preuzeto 20.04.2023. s <https://hzzo.hr/o-nama/izvjesca>

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (2022). Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu. Preuzeto 15.04.2023. s <https://hzzo.hr/sites/default/files/inline-files/IZVJE%C5%A0%C4%86E%20O%20POSLOVANJU%20HZZO-a%20za%202021.pdf>

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (bez dat.). Dopunsko zdravstveno osiguranje: O nama. Preuzeto 21.04.2023. s <https://dzo.hzzo.hr/o-nama>

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (bez dat.). Pravo na korištenje lijekova koji su utvrđeni osnovnom i dopunskom listom lijekova HZZO-a. Preuzeto 26.04.2023. s <https://hzzo.hr/zdravstvena-zastita/lijekovi/pravo-na-koristenje-lijekova>

Irvine, B., Clarke, E., Bidgood, E. (2013). Healthcare Systems: The USA. Preuzeto 10.06.2021. s <http://www.digitalezorg.nl/digitale/uploads/2015/03/USABrief.pdf>

Jafarov, E., Gunnarsson, V. (2008). Efficiency of Government Social Spending in Croatia. Financial theory and practice, 32(3), 289-320. Preuzeto 25.04.2023. s <https://hrcak.srce.hr/34874>

- Jureša, V., Musil, V., Majer, M. (2016a). Povijest zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 165-167). Zagreb: Medicinska naklada.
- Jureša, V., Musil, V., Majer, M. (2016b). Primarna zdravstvena zaštita. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 79-92). Zagreb: Medicinska naklada.
- Katić, M., Rumboldt, M., Materljan, E., Gmajnić, R. (2009). Analiza stanja u obiteljskoj medicini u Hrvatskoj i nužnost promjena. *Medix*, 15 (80/81), 51-56. Preuzeto 25.03.2023. s <https://hrcak.srce.hr/68669>
- Kovač, N. (2013). Financiranje zdravstva - situacija u Hrvatskoj. *Ekonomski vjesnik*, XXVI (2), 551-562. Preuzeto 27.03.2023. s <https://hrcak.srce.hr/116455>
- Kovač, N. (2015). Sustav zdravstvene zaštite u Republici Hrvatskoj - odnos javnog i privatnog zdravstva (Doktorska disertacija). Ekonomski fakultet, Osijek, Sveučilište Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku. Preuzeto 20.02.2023. s <https://repositorij.efos.hr/islandora/object/efos:66>
- Kuljiš, M. (2010). Ekonomski aspekti socijalnog osiguranja (Istraživački rad). Financijski klub, Zagreb. Preuzeto 20.02.2021. s <http://finance.hr/wp-content/uploads/2009/11/kmeaso.pdf>
- Kumaraswamy, S. (2012). Service quality in health care centres: An empirical study. *International Journal of Business and Social Science*, Vol. 3 No. 16, 141-150. Preuzeto 25.04.2023. s https://www.researchgate.net/publication/308533311_Service_quality_in_health_care_centres_An_empirical_study
- Kutzin, J. (2008). Health financing policy: a guide for decision-makers. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Preuzeto 20.03.2023. s https://www.researchgate.net/profile/Joseph-Kutzin/publication/252254104_Health_financing_policy_a_guide_for_decision-makers/links/56fd032f08aeb723f15d3bae/Health-financing-policy-a-guide-for-decision-makers.pdf
- Lam, S.S.K. (1997). SERVQUAL: A tool for measuring patient's opinions of hospital service quality in Hong Kong. *Total Quality Management*, 8(4), 145-152. Preuzeto 25.04.2023. s <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/0954412979587?scroll=top&needAccess=true&role=tab&aria-labelledby=cit>
- Lončarek, K., Džakula, A. (2016). Palijativna skrb. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 99-101). Zagreb: Medicinska naklada.
- Manchikanti, L., Helm, S., Benyamin, R. M., Hirsch, J. A. (2017). A Critical Analysis of Obamacare: Affordable Care or Insurance for Many and Coverage for Few? *Pain Physician*: March/April 2017; 20:111-138. Preuzeto 20.03.2023. s <https://www.painphysicianjournal.com/current/pdf?article=NDMwMg%3D%3D&journal=104>
- Mankiw, N.,G. (2006). Osnove ekonomije (3. izd.). Zagreb: MATE d.o.o.
- Marković, S., Regent Turkalj, I., Racz, A. (2018). Health service quality concept and measurement. *Journal of Applied Health Science*, 4(1), 49-62. Preuzeto 25.04.2023. s <https://hrcak.srce.hr/clanak/294120>

Mečev, D., Kardum Goleš, I. (2015). Primary healthcare service quality measurement: SERVQUAL scale. *Ekonomski vjesnik*, 28(1), 161-177. Preuzeto 25.04.2023. s <https://hrcak.srce.hr/clanak/207646>

Mijatović, N. (2006). Sustav socijalnog osiguranja i problemi njegova financiranja. *Zbornik Pravnog fakulteta u Zagrebu*, 56(5), 1607-1648. Preuzeto 23.03.2023. s <https://hrcak.srce.hr/5059>

Ministarstvo financija (2020). Rebalans državnog proračuna za 2020. godinu i prijedlog državnog proračuna za 2021. - 2023. godinu. Preuzeto 15.04.2023. s <https://mfin.gov.hr/UserDocImages/slike/Vijesti2020/Rebalans%20dr%C5%BEavnog%20prora%C4%8Duna%20za%202020.%20godinu%20i%20Prijedlog%20dr%C5%BEavnog%20prora%C4%8Duna%20za%202021.%20sa%20projekcijama%20za%202022.%20i%202023..pdf>

Ministarstvo zdravstva (2018). Strateški plan Ministarstva zdravstva za razdoblje 2019.-2021. Preuzeto 16.04.2023. s <https://zdravlje.gov.hr/UserDocImages/2018%20Savjetovanje%20sa%20zainteresiranom%20javno%C5%A1%C4%87u/Strateski%20plan%202019.-2021..pdf>

Ministarstvo zdravstva (2020a). Provedbeni program Ministarstva zdravstva 2021.-2024. Preuzeto 05.04.2023. s <https://zdravlje.gov.hr/UserDocImages/2022%20Objave/Izmjena%20Provedbenog%20programa%20Ministarstva%20zdravstva%202021.-2024..docx>

Ministarstvo zdravstva (2020b). Nacionalni plan protiv raka 2020.-2030. Preuzeto 20.04.2023. s <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/savjetovanje-s-javnoscu/arhiva-otvorena-savjetovanja/nacrt-nacionalnog-plana-protiv-raka-2020-2030/4889>

Ministarstvo zdravstva (2022). Beroš: Reformom jačamo javni zdravstveni sustav. Preuzeto 18.03.2023. s <https://vlada.gov.hr/vijesti/beros-reformom-jacamo-javni-zdravstveni-sustav/36285>

Ministarstvo zdravstva (bez dat. a). Domovi zdravlja. Preuzeto 18.03.2023. s <https://zdravlje.gov.hr/kontakti/kontakti-zdravstvenih-ustanova/domovi-zdravlja-1500/1500>

Ministarstvo zdravstva (bez dat. d). Funkcionalna integracija bolnica. Preuzeto 07.04.2023. s <https://zdravlje.gov.hr/funkcionalna-integracija-bolnica/3115>

Ministarstvo zdravstva (bez dat. e). Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine. Preuzeto 31.03.2023. s <https://zdravlje.gov.hr/UserDocImages/2022%20Objave/Nacionalni%20plan%20razvoja%20zdravstva%202021.-2027..pdf>

Ministarstvo zdravstva (bez dat. f). Nacionalni preventivni programi. Preuzeto 21.04.2023. s <https://zdravstvo.gov.hr/nacionalni-preventivni-programi/1760>

Ministarstvo zdravstva (bez dat. b). Opće bolnice. Preuzeto 18.03.2023. s <https://zdravlje.gov.hr/arhiva-80/ministarstvo-zdravlja/zdravstvene-ustanove-u-republici-hrvatskoj/opce-bolnice/665>

Ministarstvo zdravstva (bez dat. c). Specijalne bolnice. Preuzeto 18.03.2023. s <https://zdravlje.gov.hr/arhiva-80/ministarstvo-zdravlja/zdravstvene-ustanove-u-republici-hrvatskoj/specijalne-bolnice/666>

Moisidou, A. (2022). Beveridge, Bismarck and Southern European Health Care Systems: Can we decide which the Best in EU-15 is? A Statistical Analysis. *European Journal of*

- Medicine and Natural Sciences, Volume 5, Issue 2, 56-63. Preuzeto 18.03.2023. s https://revistia.com/files/articles/ejmn_v5_i2_22/Moisidou.pdf
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Factors Affecting Medical Service Quality. Iranian journal of public health, 43(2), 210–220. Preuzeto 25.04.2023. s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26060745/>
- Nikolic, I. A., Maikisch, H. (2006). Public-Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector An Overview with Case Studies from Recent European Experience. Preuzeto 03.04.2023. s https://www.researchgate.net/publication/237288824_Public-Private_Partnerships_and_Collaboration_in_the_Health_Sector_An_Overview_with_Case_Studies_from_Recent_European_Experience
- OECD/ European Observatory on Health Systems and Policies (2022). Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021. Preuzeto 23.04.2023. s https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-01/2021_chp_hr_croatian.pdf
- OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle, OECD Publishing, Paris. Preuzeto 15.04.2023. s https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en
- Ostojić, R., Bilas, V., Franc, S. (2012). E-zdravstvo - unapređenje zdravstvenoga sustava primjenom informacijske i komunikacijske tehnologije. Društvena istraživanja, 21 (4 (118)), 843-862. Preuzeto 10.06.2021. s https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=140350
- Pindyck, R., Rubinfeld, D. (2005). Mikroekonomija. Zagreb: MATE d.o.o.
- Polovina, S., Medić, Đ., Š. (2002). Osnove ekonomije. Zagreb: Medinek.
- Puljiz, M. (2014). Dobrovoljno zdravstveno osiguranje. U M. Vehovec (ur.), O zdravstvu iz ekonomske perspektive (str. 109-139). Zagreb: Ekonomski institut. Preuzeto 23.04.2023. s https://www.eizg.hr/userdocsimages/publikacije/knjige/o_zdravstvu_iz_ekonomske_perspektive.pdf
- Puljiz, V. (2001). Reforme sustava socijalne politike u Hrvatskoj. Revija za socijalnu politiku, Vol. 8 No. 2, 159-180. Preuzeto 28.03.2023. s <https://hrcak.srce.hr/broj/2602>
- Radin, D. (2010). Reforma američkoga zdravstvenog sustava: nemoguća ili moguća misija? Političke analize 1 (2), 31-35. Preuzeto 18.07.2021. s https://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=214426
- Rašić Bakarić, I. (2014). Primarna zdravstvena zaštita između učinkovitosti i dostupnosti. U M. Vehovec (ur.), O zdravstvu iz ekonomske perspektive (str. 143-165). Zagreb: Ekonomski institut. Preuzeto 18.03.2023. s https://www.eizg.hr/userdocsimages/publikacije/knjige/o_zdravstvu_iz_ekonomske_perspektive.pdf
- Regidor, E., Martinez, D., Calle, M., Astasio, P., Ortega, P., Dominguez, V. (2008). Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. Preuzeto 28.04.2023. s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18789164/>
- Regidor, E., Martínez, D., Calle, M.E., Astasio, P., Ortega, P., Domínguez, V. (2008). Socioeconomic patterns in the use of public and private health services and equity in health care. BMC Health Services Research, 8:138. Preuzeto 25.04.2023. s <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-8-183#citeas>

Retzlaff-Roberts, D., Chang, C. F., Rubin, R. M. (2004). Technical efficiency in the use of health care resources: a comparison of OECD countries. *Health Policy*, 69(1), 55-72. Preuzeto 25.04.2023. s <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15484607/>

Ridic, G., Gleason, S. i Ridic, O. (2012). Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. *Materia Socio-Medica*, 24 (2), str. 112-120. Preuzeto 20.07.2021. s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3633404/>

Roganović, J. (2018). Primarna zdravstvena zaštita djece u Hrvatskoj. *Scripta paediatrica* 1 (1), 26-29. Preuzeto 28.03.2023. s https://www.researchgate.net/publication/325721228_PRIMARNA_ZDRAVSTVENA_ZAS_TITA_DJECE_U_HRVATSKOJ

Sagan, A., Thomson, S. (2016). Voluntary health insurance in Europe: Country experience. United Kingdom: World Health Organization. Regional Office for Europe; European Observatory on Health Systems and Policies. Preuzeto 20.03.2023. s https://eclass.uoa.gr/modules/document/file.php/NURS338/%CE%9A%CE%B5%CE%AF%CE%BC%CE%B5%CE%BD%CE%B1/Economou_VHI%20in%20Greece.pdf

Samuelson, P.A., Nordhaus, W. (1992). *Ekonomija* (14. izd.). Zagreb. MATE d.o.o.

Sharma, J. K., Narang, R. (2011). Quality of Healthcare Services in Rural India: The User Perspective. *Vikalpa*, 36(1), 51-60. Preuzeto 25.04.2023. s <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0256090920110104>

Shi, L., Singh, D.A. (2017). *Essentials of the U.S. Health Care System*. Burlington, MA, USA: Jones & Bartlett Learning.

Silvers, J.B. (2013). The Affordable Care Act: Objectives and Likely Results in an Imperfect World. *Annals of Family Medicine*, 11 (5), str. 402-405. Preuzeto 20.07.2021. s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3767707/>

Slijepčević, S. (2009). Mjerenje efikasnosti javne potrošnje u Hrvatskoj (Doktorska disertacija). Ekonomski fakultet, Zagreb, Sveučilište u Zagrebu.

Slijepčević, S. (2014). Ocjena tehničke efikasnosti bolnica. U M. Vehovec (ur.), *Ozdravstvu iz ekonomske perspektive* (str. 201-219). Zagreb: Ekonomski institut. Preuzeto 14.04.2023. s https://www.eizg.hr/userdocsimages/publikacije/knjige/o_zdravstvu_iz_ekonomske_perspektive.pdf

Sohail, M.S. (2003). Service quality in hospitals: More favourable than you might think. *Managing Service Quality*, Vol. 13 No. 3, 197-206. Preuzeto 25.04.2023. s https://www.researchgate.net/publication/228447489_Service_quality_in_hospitals_More_favourable_than_you_might_think

Spinks, J., Hollingworth, B. (2011). Cross-country comparisons of technical efficiency of health production: a demonstration of pitfalls. *Applied Economics*, 41(4), 417-427. Preuzeto 25.04.2023. s <https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1080/00036840701604354?scroll=top&needAccess=true&role=tab&aria-labelledby=cit>

Sremac, Đ., Žuža, B. (2002). *Hrvatsko zdravstveno zakonodavstvo 1830.-1941.* Zagreb: Školska knjiga.

Starfield, B., Shi, L., Macinko, J. (2005). Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*, 83(3): 457-502. Preuzeto 18.03.2023. s <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690145/>

Stašević, I. (2017). Osnove socijalnog i zdravstvenog zakonodavstva. Bjelovar: Visoka tehnička škola u Bjelovaru.

Šimović, H., Deskar-Škrbić, M. (2018). B2B Ekonomika javnog sektora: uloga države u tržišnom gospodarstvu. Preuzeto 30.03.2023. s <https://arhivanalitika.hr/blog/b2b-ekonomika-javnog-sektora-uloga-drzave-u-trzisnom-gospodarstvu/>

Šimović, H., Deskar-Škrbić, M. (2019). EJS 8: Zdravstveno osiguranje. Preuzeto 30.03.2023. s <https://arhivanalitika.hr/blog/ejs-8-zdravstveno-osiguranje/>

Šimović, H., Primorac, M. (2021). Fiskalna održivost hrvatskog zdravstvenog sustava. FISCUS : FISCUS, Vol. 48 No. 01. Preuzeto 10.04.2023. s <https://hrcak.srce.hr/clanak/399447>

Škare, T., Škare, V., Ozretić Došen, D. (2010). Mjerenje kvalitete usluge primarne zdravstvene zaštite SERVQUAL instrumentom. Revija za socijalnu politiku, 17(1), 27-44. Preuzeto 25.04.2023. s <https://hrcak.srce.hr/48800>

Šogorić, S. (2016). Organizacija zdravstvene zaštite / sustav zdravstva. Što ćete naučiti u ovom poglavlju? U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 71-72). Zagreb: Medicinska naklada

Štimac, D., Džakula, A., Rodin, U. (2016). Razine zdravstvene zaštite. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 73-78). Zagreb: Medicinska naklada

Tikkanen, R., Osborn, R., Mossialos, E., Djordjevic, A., Wharton, G. A. (2020). International Health Care System Profiles: United States. Preuzeto 18.02.2021. s <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/united-states>

Tusić, R. (2018). Razvoj patronažne zdravstvene zaštite - zaštitnice zdravlja. Narodni zdravstveni list, 702-703. Preuzeto 20.03.2023. s <https://www.bib.irb.hr/1047732>

Udruga poslodavaca u zdravstvu Hrvatske (2021). Prijedlog programa mjera za financijsku stabilizaciju i strukturnu reformu zdravstvenog sustava. Preuzeto 25.04.2023. s https://upuz.hr/images/Prijedlog_programa_mjera_za_financijsku_stabilizaciju_i_strukturnu_reformu_zdravstvenog_sustava_UPUZ-HR_2021.pdf

Ustav Republike Hrvatske. Preuzeto 27.03.2023. s <https://www.zakon.hr/z/94/UstavRepublike-Hrvatske>

Vašiček, V., Dražić Lutilsky, I., Dragija, M., Bertoni, M., De Rossa, B., Grisi, G., ... Juroš, C. (2016). Procesni pristup obračnu troškova u sustavu zdravstva. Zagreb: Tim4Pin. Preuzeto 18.03.2023. s https://tim4pin.hr/wordpress_9/wp-content/uploads/2016/03/Procesni-pristup-obra--unu-tro--kova-u-sustavu-zdravstva.pdf

Vehovec, M., Rašić Bakarić, I., Slijepčević, S. (2014). Bolnice pred poslovnim izazovima restrukturiranja. U M. Vehovec (ur.), O zdravstvu iz ekonomske perspektive (str. 167-200). Zagreb: Ekonomski institut. Preuzeto 26.03.2023. s https://www.eizq.hr/userdocsimages/publikacije/knjige/o_zdravstvu_iz_ekonomske_perspektive.pdf

Vlada Republike Hrvatske (2016). Kvalitetna zdravstvena usluga dostupna svima. Preuzeto 17.04.2023. s <https://vlada.gov.hr/kvalitetna-zdravstvena-usluga-dostupna-svima/17022>

Vlada Republike Hrvatske (2019). Uvođenjem prioriternih lista naručivanja riješeno brzo zbrinjavanje pacijenata ozbiljnog zdravstvenog stanja. Preuzeto 24.04.2023. s

<https://vlada.gov.hr/vijesti/uvodjenjem-prioritetnih-lista-narucivanja-rijeseno-brzo-zbrinjavanje-pacijenata-ozbiljnog-zdravstvenog-stanja/25265>

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

Vončina, L., Pavić, N., Mastilica, M. (2016a). Modeli financiranja sustava zdravstva. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 158-160). Zagreb: Medicinska naklada

Vončina, L., Pavić, N., Mastilica, M. (2016b). Zdravstveno osiguranje. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 158-160). Zagreb: Medicinska naklada

Vrabec, B., Šogorić, S. (2016). Patronažna služba. U S. Šogorić (ur.), Organizacija zdravstvene zaštite i zdravstvena ekonomika (str. 92-94). Zagreb: Medicinska naklada

World Health Organization (2020). Palliative care. Preuzeto 18.03.2023. s <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

Wu, CC. (2011). The impact of hospital brand image on service quality, patient satisfaction and loyalty. African Journal of Business Management Vol. 5 (12). 4873-4882. Preuzeto 25.04.2023. s https://academicjournals.org/article/article1380701699_Wu.pdf

Yeşilada, F., Direktör, E. (2010). Health care service quality: A comparison of public and private hospitals. African Journal of Business Management Vol. 4 (6), 962-971. Preuzeto 25.04.2023. s https://academicjournals.org/article/article1380721243_Yesilada%20and%20Direkt%C3%B6r.pdf

Zakon o dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju NN 85/06 (NN 53/20). Preuzeto 20.04.2023. s <https://www.zakon.hr/z/792/Zakon-o-dobrovoljnom-zdravstvenom-osiguranju>

Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju NN 80/13 (NN 98/19). Preuzeto 20.04.2023. s <https://www.zakon.hr/z/192/Zakon-o-obveznom-zdravstvenom-osiguranju>

Zakon o uvođenju eura kao službene valute u Republici Hrvatskoj NN 57/22 (NN 88/22). Preuzeto 23.04.2023. s <https://www.zakon.hr/z/3157/Zakon-o-uvo%C4%91enju-eura-kao-slu%C5%BEbene-valute-u-Republici-Hrvatskoj>

Zakon o zdravstvenoj zaštiti NN 100/18 (NN147/20) Preuzeto 20.03.2023. s <https://www.zakon.hr/z/190/Zakon-o-zdravstvenoj-za%C5%A1titi>

Zarei, E., Daneshkohan, A., Pouragha, B., Marzban, S., Arab, M. (2015). An Empirical Study of the Impact of Service Quality on Patient Satisfaction in Private Hospitals, Iran. Global Journal of Health Science, 7(1), 1-9. Preuzeto 25.04.2023. s https://www.researchgate.net/publication/264503478_An_Empirical_Study_of_the_Impact_of_Service_Quality_on_Patient_Satisfaction_in_Private_Hospitals_Iran

Zrinščak, S. (2007). Zdravstvena politika Hrvatske. U vrtlogu reformi i suvremenih društvenih izazova. Revija za socijalnu politiku, 14 (2), 193-220. Preuzeto 28.03.2023. s <https://hrcak.srce.hr/30323>

Župarić-Ilić, D. (2016). Iseljavanje iz Republike Hrvatske nakon ulaska u Europsku uniju. Preuzeto 26.04.2023. s <https://www.bib.irb.hr/855708>

Popis grafičkih prikaza

Grafički prikaz 1 Izdaci za zdravstvenu zaštitu u 2020. godini (% BDP-a) (Izrada autorice prema: OECD/European Union (2022), Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle)	28
Grafički prikaz 2 Omjer aktivnih radnika i umirovljenika u razdoblju 2016. - 2021. godine u Republici Hrvatskoj (Izrada autorice prema: Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2021. godinu; Izvješće o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za 2019. godinu)	35
Grafički prikaz 3 Uzroci smrtnosti za prvih pet bolesti/stanja koja se mogu spriječiti (Izrada autorice prema: baza podataka Eurostata: Preventable and treatable mortality statistics: tables and figures).....	42
Grafički prikaz 4 Uzroci smrtnosti za prvih pet bolesti/stanja koja se mogu izliječiti (Izrada autorice prema: baza podataka Eurostata: Preventable and treatable mortality statistics: tables and figures).....	44
Grafički prikaz 5 Broj bolničkih kreveta na 1000 stanovnika u 2017. godini (Izrada autorice prema: baza podataka Svjetske banke: Hospital bed (per 1,000 people))	47
Grafički prikaz 6 Broj liječnika na 1000 stanovnika u zemljama EU (Izrada autorice prema: baza podataka Svjetske banke: Physicians (per 1,000 people))	49

Popis tablica

Tablica 1 Prihodi HZZO-a u 2021. i 2022. godini (Izvor: izrada autorice prema: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO], Obrasci financijskih izvještaja ver. 8.0.3.; Bilješke uz financijska izvješća o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za razdoblje 01. siječnja do 31. prosinca 2022. godine)	34
Tablica 2 Rashodi HZZO-a u 2021. i 2022. godini (Izvor: izrada autorice prema: Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje [HZZO]; Obrasci financijskih izvještaja ver. 8.0.3.; Bilješke uz financijska izvješća o poslovanju Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje za razdoblje 01. siječnja do 31. prosinca 2022. godine)	36
Tablica 3 Biografske karakteristike ispitanika (Izvor: izrada autorice)	60

Popis slika

Slika 1	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1)	62
Slika 2	Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)	63
Slika 3	Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)	63
Slika 4	Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1)	63
Slika 5	Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)	63
Slika 6	Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)	64
Slika 7	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5)	64
Slika 8	Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)	64
Slika 9	Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2)	65
Slika 10	Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)	65
Slika 11	Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4)	65
Slika 12	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6) ..	66
Slika 13	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2) ..	66
Slika 14	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3) ..	67
Slika 15	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3) ..	67
Slika 16	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1) ..	69
Slika 17	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2) ..	69
Slika 18	Isječak iz transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3)	69
Slika 19	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4) ..	70
Slika 20	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5) ..	70
Slika 21	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6) ..	72
Slika 22	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2) ..	72
Slika 23	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3) ..	72
Slika 24	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4) ..	73
Slika 25	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5) ..	74
Slika 26	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6) ..	74
Slika 27	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1) ..	75
Slika 28	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2) ..	75
Slika 29	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3) ..	76
Slika 30	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4) ..	76
Slika 31	Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6) ..	76

Slika 68 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6) ..	95
Slika 69 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 1) ..	96
Slika 70 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2) ..	97
Slika 71 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6) ..	97
Slika 72 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 3) ..	97
Slika 73 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 4) ..	98
Slika 74 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 2) ..	98
Slika 75 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5) ..	99
Slika 76 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 5) ..	99
Slika 77 Isječak transkripta intervjua (Izvor: izrada autorice prema navodima Ispitanika 6)	100
Slika 78 Isječak iz fokusiranog kodiranja: grupiranje kodova u kategoriju "Osobni faktori utjecaja na odluku o korištenju zdravstvene usluge" (Izvor: izrada autorice)	100
Slika 79 Isječak iz fokusiranog kodiranja: grupiranje kodova u kategoriju "Razlikovni čimbenici korisničke percepcije zdravstvene usluge" (Izvor: izrada autorice)	101
Slika 80 Isječak iz fokusiranog kodiranja: grupiranje kodova u kategoriju "Zadovoljstvo pruženom zdravstvenom uslugom" (Izvor: izrada autorice)	101
Slika 81 Isječak iz fokusiranog kodiranja: grupiranje kodova u kategoriju "Prijedlozi za poboljšanje zdravstvenih usluga" (Izvor: izrada autorice)	102
Slika 82 Isječak iz aksijalnog kodiranja: definiranje veza među kategorijama (Izvor: izrada autorice).....	103
Slika 83 Izjava o etičnosti u korištenju podataka prikupljenih istraživanjem (Izvor: izrada autorice).....	122

Prilozi

8.1. Izjava o etičnosti u korištenju podataka prikupljenih istraživanjem

Izjava o etičnosti u korištenju podataka prikupljenih istraživanjem

Istraživanje se provodi isključivo za potrebe izrade diplomskog rada na temu *Efikasnost zdravstvenih usluga u Republici Hrvatskoj: percepcija korisnika* na sveučilišnom diplomskom studiju Ekonomike poduzetništva na Fakultetu organizacije i informatike u Varaždinu. S ciljem prikupljanja podataka provodi se dubinski intervju s ispitanicima koji su prethodno dali dobrovoljni pristanak, a svi prikupljeni podaci koristit će se samo u istraživačke svrhe.

Ivona Kocijan,
provoditeljica istraživanja

mjesto i datum

sudionik/-ca istraživanja

Slika 83 Izjava o etičnosti u korištenju podataka prikupljenih istraživanjem
(Izvor: izrada autorice)