

Funkcionalnost zdravstvenog sustava kao važna stavka postizanja održivosti

Duspara, Anna

Master's thesis / Diplomski rad

2023

Degree Grantor / Ustanova koja je dodijelila akademski / stručni stupanj: **University of Rijeka, Faculty of Tourism and Hospitality Management / Sveučilište u Rijeci, Fakultet za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu**

Permanent link / Trajna poveznica: <https://urn.nsk.hr/urn:nbn:hr:191:356019>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2024-07-23**



Repository / Repozitorij:

[Repository of Faculty of Tourism and Hospitality Management - Repository of students works of the Faculty of Tourism and Hospitality Management](#)



SVEUČILIŠTE U RIJECI
Fakultet za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu, Opatija
Diplomski sveučilišni studij

ANNA DUSPARA

Funkcionalnost zdravstvenog sustava kao važna stavka
postizanja održivosti

Functionality of the health system as an important element of
achieving sustainability

Diplomski rad

Opatija, 2023.

SVEUČILIŠTE U RIJECI
Fakultet za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu, Opatija
Diplomski sveučilišni studij
Održivi razvoj turizma

ANNA DUSPARA

Funkcionalnost zdravstvenog sustava kao važna stavka
postizanja održivosti

Functionality of the health system as an important element of
achieving sustainability

Diplomski rad

Kolegij: **Ekonomika održivog razvoja**

Student: **Anna DUSPARA**

Mentor: **Izv.prof.dr.sc.Zvonimira ŠVERKO GRDIĆ**

Matični broj: **ds3672**

Opatija, 2023.



IZJAVA O AUTORSTVU RADA I O JAVNOJ OBJAVI OBRANJENOG DIPLOMSKOG RADA

(ime i prezime studenta)

(matični broj studenta)

(naslov rada)

Izjavljujem da sam ovaj rad samostalno izradila, te da su svi dijelovi rada, nalazi ili ideje koje su u radu citirane ili se temelje na drugim izvorima, bilo da su u pitanju knjige, znanstveni ili stručni članci, Internet stranice, zakoni i sl. u radu jasno označeni kao takvi, te navedeni u popisu literature.

Izjavljujem da kao student–autor diplomskog rada, dozvoljavam Fakultetu za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu Sveučilišta u Rijeci da ga trajno javno objavi i besplatno učini dostupnim javnosti u cjelovitom tekstu u mrežnom digitalnom repozitoriju Fakulteta za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu Sveučilišta u Rijeci.

U svrhu podržavanja otvorenog pristupa diplomskim radovima trajno objavljenim u javno dostupnom digitalnom repozitoriju Fakulteta za menadžment u turizmu i ugostiteljstvu Sveučilišta u Rijeci, ovom izjavom dajem neisključivo imovinsko pravo iskorištavanja bez sadržajnog, vremenskog i prostornog mog diplomskog rada kao autorskog djela pod uvjetima *Creative Commons* licencije CC BY Imenovanje, prema opisu dostupnom na <http://creativecommons.org/licenses/>.

U Opatiji, _____

Potpis studenta

SAŽETAK

Tema ovog diplomskog rada je fokusirana na održivi razvoj u zdravstvu, te pokušaj primjene održivog razvoja u zdravstvu. U diplomskom radu su prikazani zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj, kao i zdravstveni sustav u svijetu te njihovo poslovanje i uspješnost. Također opisana je zdravstvena zaštita u Republici Hrvatskoj te cijela radna snaga koja je zadužena za održivost tog sustava. Zdravstveni sustav se razlikuje od države do države, kako od financiranja samog sustava tako i od dostupnosti uslugama korisnicima spomenutog sustava. Međutim, bez zdravstvenog sustava se ne može i prijeko je potrebna njegova održivost i stabilnost. U prvom poglavlju rada govori se općenito o zdravstvenom sustavu, koje metode su se koristile za izradu rada, te koji su zadatci i cilj obrade teme. Drugo poglavlje se odnosi na zdravstveni sustav u RH i u svijetu, dok se u trećem poglavlju osvrnulo na zdravstvenu zaštitu te što sve ona može pružiti, od kojih institucija i djelatnosti se sastoji. Četvrto poglavlje se fokusira na zaposlene u zdravstvenom sustavu, koliko je kvalitetan zaposleni kadar te kako se oni motiviraju. Pri kraju rada u petom poglavlju se fokusiramo na srce ovog rada, koje se odnosi na održivi razvoj, te na održivost zdravstvenog sustava u svijetu i Republici Hrvatskoj. Na kraju je dan zaključak koji se odnosi na cjelokupan rad. U radu se pokušalo jasno objasniti od čega se sastoji zdravstveni sustav i kako je on održiv ili ne održiv.

Ključne riječi: održivi razvoj; zdravstveni sustav; zdravstveni radnici; zdravstvena zaštita; zdravstvo

Sadržaj

| | |
|--|----|
| UVOD | 5 |
| 1. ZDRAVSTVENI SUSTAV | 7 |
| 1.1. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj | 8 |
| 1.1.1. Važnost zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj | 11 |
| 1.1.2. Funkcionalnost zdravstvenog sustava u RH | 13 |
| 1.2. Zdravstveni sustav u svijetu | 14 |
| 1.3. Najbolje ocijenjeni zdravstveni sustavi u svijetu | 22 |
| 2. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U REPUBLICI HRVATSKOJ | 27 |
| 2.1. Zdravstveni sustav | 27 |
| 2.2. Zdravstvene ustanove | 28 |
| 2.2.1. Bolnice | 29 |
| 2.2.2. Dom zdravlja | 31 |
| 3. UVJETI RADA U ZDRAVSTVU I ZAPOSLENI | 33 |
| 3.1. Zdravstveni radnici i radnici u zdravstvu | 34 |
| 3.2. Kvaliteta rada u zdravstvu i motivacija radnika | 35 |
| 3.3. Kvaliteta usluga u zdravstvu | 39 |
| 4. ISTRAŽIVANJE STAVOVA ZAPOSLENIH U ZDRAVSTVU | 42 |
| 4.1. Metodologija istraživanja | 43 |
| 4.2. Rezultati istraživanja | 43 |
| 5. ODRŽIVI RAZVOJ ZDRAVSTVENOG SUSTAVA REPUBLIKE HRVATSKE | 52 |
| 5.1. Postizanje održivog razvoja | 52 |
| 5.2. Održivi razvoj u zdravstvenom sustavu | 54 |
| 5.3. Provedba koncepta održivog razvoja u zdravstvu Republike Hrvatske | 57 |
| 5.4. Provedba i aplikacija koncepta održivog razvoja u zdravstvu | 58 |
| ZAKLJUČAK | 60 |
| BIBLIOGRAFIJA | 61 |
| Popis ilustracija | 66 |

UVOD

Zdravstveni sustav je jedna od najbitnijih, možemo reći, industrija vezanih za život i sigurnost ljudi na svijetu. Sastoji se od mnogo institucija i pratećih institucija koje njome upravljaju te koje organiziraju funkcionalnost tako velikog sustava. Kao najsloženiji, a isto tako i moguće najneodrživiji sustav, proteže se svojim različitostima od države do države.

Promjenjive zdravstvene potrebe, rastuća očekivanja javnosti i ambiciozni novi zdravstveni ciljevi podižu ljestvicu za zdravstvene sustave u postizanju boljih zdravstvenih ishoda i veće društvene vrijednosti. Ali ostanak na trenutnoj putanji neće biti dovoljan za ispunjavanje ovih zahtjeva. Ono što je potrebno su visokokvalitetni zdravstveni sustavi koji optimiziraju zdravstvenu skrb u svakom danom kontekstu dosljednim pružanjem skrbi koja poboljšava ili održava zdravlje, cijenjenjem i povjerenjem svih ljudi te odgovarajućim na promjenjive potrebe stanovništva. Kvaliteta ne bi trebala biti djelokrug elite ili težnja za nekom dalekom budućnošću; trebao bi biti DNK svih zdravstvenih sustava. Nadalje, ljudsko pravo na zdravlje besmisleno je bez kvalitetne skrbi jer zdravstveni sustavi bez nje ne mogu poboljšati zdravlje. Temelji visokokvalitetnih zdravstvenih sustava uključuju stanovništvo i njihove zdravstvene potrebe i očekivanja, upravljanje zdravstvenim sektorom i partnerstva među sektorima, platforme za pružanje skrbi, broj i vještine radne snage te alate i resurse, od lijekova do podataka. Osim jakih temelja, zdravstveni sustavi trebaju razviti sposobnost mjerenja i korištenja podataka za učenje. Visokokvalitetni zdravstveni sustavi trebali bi se temeljiti na četiri vrijednosti: ljude, oni su pravednost, otpornost i učinkovitost. Time dolazimo do hipoteze ovog rada koja se fokusira na konstataciju je li zdravstveni sustav održiv ili nije, te koliko su kadrovi unutar tog sustava zadovoljni istim.

Predmet i cilj rada je istražiti održivost zdravstvenog sustava u zemljama svijeta, u posebnom fokusu na Republiku Hrvatsku, te prikazati kakav je zdravstveni sustav u svijetu općenito. U ciljeve rada mogu se svrstati dakako i upoznavanje sa zdravstvenim sustavom, pravilima, zaposlenima u zdravstvenom sustavu, te da je zdravstveno osoblje moguće podijeliti na medicinsko i nemedicinsko osoblje, ne manje važno je upoznati se sa održivim razvojem te kakav je njegov udio u zdravstvenom sustavu i na što se točno održivi razvoj u zdravstvu odnosi. Istraživanjem se prikazala važnost i funkcionalnost zdravstvenog sustava.

Podatci za rad su pronađeni u stručnoj literaturi, te je dio njih pronađen na stranicama na internetu, a većina podataka o zdravstvu preuzeta je iz zagrebačke bolnice KB Merkur.

Stručna literatura je bila vezana za održivi razvoj i održivi razvoj u zdravstvu. Metode koje su se koristile kako bi se rad izradio jesu metoda analize i opažanja, može se povezati sa prikupljanjem podataka sadašnjeg stanja u zdravstvu te podacima o održivosti istog, također nakon prikupljanja je sve te podatke potrebno analizirati i obraditi. Koristila su se sredstva poput literature, računalnih programa, interneta i slično.

Rad se sastoji od 6 cjelina gdje se prva odnosi na uvod, druga i treća cjelina se odnose na zdravstveni sustav i zdravstvenu zaštitu u Republici Hrvatskoj i svijetu. Četvrta cjelina se odnosi na zaposlene u zdravstvenom sustavu te na usluge koje pruža zdravstveni sustav. Dok se peta cjelina odnosi na održivi razvoj kao i održivi razvoj u zdravstvu. Cijeli rad je na posljetku zaokružen zaključkom koji sadrži i zaključnu misao cijeloga rada.

1. ZDRAVSTVENI SUSTAV

Prema Svjetskoj zdravstvenoj organizaciji, zdravstveni sustav se sastoji od svih organizacija, ljudi i aktivnosti čija je primarna namjera promicanje, vraćanje ili održavanje zdravlja. To uključuje napore da se utječe na determinante zdravlja kao i izravnije aktivnosti koje poboljšavaju zdravlje. Zdravstveni sustav je, dakle, više od piramide ustanova u javnom vlasništvu koje pružaju osobne zdravstvene usluge, ali uključuje institucije, ljude i resurse uključene u pružanje zdravstvene zaštite pojedincima¹, na primjer;²

- Majka koja kod kuće njeguje bolesno dijete;
- Dijete koje prima usluge rehabilitacije u školskom okruženju;
- Pojedinaac pristupa uslugama profesionalne rehabilitacije na radnom mjestu;
- Privatni pružatelji usluga, programi za promjenu ponašanja;
- Organizacije zdravstvenog osiguranja, zakonodavstvo o zdravlju i sigurnosti na radu koje uključuje međusektorsko djelovanje zdravstvenog osoblja, na primjer, poticanje ministarstva obrazovanja da promiče obrazovanje žena, dobro poznatu odrednicu boljeg zdravlja.

Može se izdvojiti rehabilitacija kao jedna od bitnih zdravstvenih usluga, uz prevenciju, promociju, liječenje i slično. U sveobuhvatnom zdravstvenom sustavu, rehabilitacija je jedna od ključnih usluga na razini zajednice i bolnice. Očekuje se da će integracija rehabilitacije u zdravstvene sustave (u kontinuitetu skrbi, svim fazama života i za niz zdravstvenih stanja) rezultirati poboljšanom koordinacijom medicinskim i drugim zdravstvenim službama, odgovornošću, osiguranjem kvalitete i održivošću. Srednjoročno i dugoročno ovaj će integrirani pristup rezultirati pojačanim pružanjem usluga rehabilitacije, boljom raspodjelom radne snage i odgovarajućim financiranjem. Međutim, postoje dokazi da rehabilitacija još nije učinkovito integrirana u mnoge zdravstvene sustave na globalnoj razini. U mnogim zemljama pojedinci nemaju pristup takvim uslugama koje su im potrebne. Najbolji način da se osigura da rehabilitacijske usluge dopru do svih onih kojima su potrebne jest integracija rehabilitacije na svim razinama zdravstvenog sustava, kao dio univerzalne zdravstvene pokrivenosti.

¹ Svjetska zdravstvena organizacija, Pristup rehabilitaciji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: stalni izazov, 16.

² Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13

Zdravstveni sustav koji dobro funkcionira i koji radi u harmoniji izgrađen je na obučanim i motiviranim zdravstvenim radnicima, dobro održavanoj infrastrukturi i pouzdanoj opskrbi lijekovima i tehnologijama, potpomognut odgovarajućim financiranjem, snažnim zdravstvenim planovima i politikama utemeljenim na dokazima.³ Sustavi zdravstvene skrbi razlikuju se od nacije do nacije ovisno o razini ekonomskog razvoja i postojećem političkom sustavu. Zdravstvena zaštita je prioritet i izvor zabrinutosti u cijelom svijetu. Svaka zemlja, bez obzira na privatni, javni ili mješoviti sustav zdravstvene skrbi, suočava se s izazovima u pogledu kvalitete, pružanja i cijene usluga. Kao i s drugim društvenim institucionalnim strukturama, diljem svijeta postoji veliki izbor zdravstvenih sustava koji odražavaju povijest, kulturu i ekonomiju država u kojima se razvijaju. Države dizajniraju i razvijaju zdravstvene sustave u skladu sa svojim potrebama i resursima, iako postoje zajednički elementi prisutni u gotovo svim zdravstvenim sustavima, na primjer javnozdravstvene mjere poput cijepljenja. U nekim je zemljama planiranje zdravstvenog sustava distribuirano unutar konkurentskog tržišta privatnih pružatelja zdravstvenih usluga, dok u drugim vladama, sindikatima, dobrotvornim organizacijama, vjerskim organizacijama ili drugim koordiniranim tijelima postoji zajednički napor da se osigura planirano javno zdravstvo usluge skrbi usmjerene na populaciju kojoj služe.

Zdravstvena skrb se konvencionalno smatra važnom odrednicom u promicanju općeg fizičkog, mentalnog i društvenog blagostanja ljudi diljem svijeta i može doprinijeti značajnom dijelu gospodarstva, razvoja i industrijalizacije zemlje kada je učinkovita. Primjer za to bila je deklaracija Svjetske zdravstvene organizacije (WHO) o iskorjenjivanju malih boginja u cijelom svijetu 1980. godine, prve bolesti u ljudskoj povijesti koja je u potpunosti eliminirana namjernim intervencijama zdravstvene zaštite. Prepoznajući vrijednost rehabilitacije i njezin utjecaj na pojedince, obitelji i zajednice, dodjelu resursa uslugama rehabilitacije treba promatrati kao ulaganje, a ne kao trošak.⁴

1.1. Zdravstveni sustav u Republici Hrvatskoj

Hrvatska ima univerzalni zdravstveni sustav koji je u obliku obveznog javnog osiguranja za sve ljude. Stanovništvo je obuhvaćeno osnovnim planom zdravstvenog osiguranja

³ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Opis zdravstvenog sustava, <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>

⁴ Svjetska zdravstvena organizacija, op.cit., 9.

(zvanim “obvezno”) kako je propisano zakonom i kojim upravlja Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje (poznat kao “HZZO”). Dostupna su i izborna zdravstvena osiguranja „dopunsko” i „dodatno” osiguranje.



Slika 1. Iskaznice osnovnog, dopunskog i europskog osiguranja

Izvor: <https://hzzo.hr/obvezno-osiguranje/iskaznica-zdravstveno-osigurane-osobe>

Hrvatski sustav socijalnog zdravstvenog osiguranja temelji se na načelima solidarnosti i uzajamnosti, prema kojima se od građana očekuje da doprinose prema svojim mogućnostima plaćanja i primaju osnovne zdravstvene usluge prema svojim potrebama.⁵

U Hrvatskoj je obavezno imati zdravstveno osiguranje koje nije besplatno. Svi hrvatski državljani i rezidenti obvezni su sudjelovati u zdravstvenim izdacima. Međutim, određene skupine osiguranika oslobođene su troškova zdravstvene zaštite, uključujući:

- Djeca mlađa od 18 godina
- Djeca uzdržavanih osoba nesposobna za samostalan život i rad
- Hrvatski stanovnici nesposobni za samostalan život
- Članovi obitelji poginulih i nestalih pripadnika Oružanih snaga RH
- Vojni invalidi hrvatskih oružanih snaga

⁵ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, op.cit., <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava>

Obvezno zdravstveno osiguranje ne pokriva troškove elektivnih zdravstvenih usluga uključujući:⁶

- Plastične operacije
- Eksperimentalni tretmani
- Zaštita od trudnoće
- Abortus
- Povećani troškovi liječenja zbog vjerskih uvjerenja ili bilo kojeg drugog osobnog razloga

Kada govorimo o dostupnim vrstama zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj, postoje tri vrste zdravstvenog osiguranja:

1. Obvezno zdravstveno osiguranje – javno osnovno obvezno zdravstveno osiguranje u Hrvatskoj. Propisuje ga državna agencija HZZO i obvezan je za sve rezidente Hrvatske, osim ako ste državljanin EU-a ili stalni stanovnik EU-a koji imate državno zdravstveno osiguranje u drugoj državi članici EU/EEA.⁷
2. Dopunsko zdravstveno osiguranje - pristupačna, izborna dopuna javnog ili privatnog zdravstvenog osiguranja. Možete ga dobiti ili u HZZO-u ili kod privatne banke ili osiguravatelja. Uklanja većinu participacija za recepte, posjete liječniku, dijagnostičke pretrage i posjete/borave u bolnici.⁸
3. Dodatno zdravstveno osiguranje - najviša razina zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj. To je privatno dopunsko zdravstveno osiguranje koje nude samo banke i privatni osiguravatelji. Ovo pravilo pokriva specijaliste, dodatne tretmane, preventivnu njegu, laboratorijske testove i produžene posjete bolnici.⁹

Hrvatska ima sustav obveznog socijalnog zdravstvenog osiguranja s gotovo univerzalnom pokrivenošću stanovništva i izdašnim paketom naknada. Iako je potrošnja po stanovniku niska u usporedbi s drugim zemljama EU-a, za primjer, rezultati europskog programa usporedbe cijena i BDP-a pokazuju da BDP po stanovniku u RH izražen u kupovnoj moći za 2021. iznosi 70% prosjeka 27 država članica EU-a, dok SIP (stvarna individualna potrošnja) po stanovniku iznosi 72% prosjeka EU-27.¹⁰ Udio javne potrošnje u

⁶ Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, NN 49/14

⁷ Ibid

⁸ Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja, NN 2/09 i 123/09

⁹ Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dodatnog zdravstvenog osiguranja, NN 112/06 i 131/06

¹⁰ Državni zavod za statistiku, Bruto domaći proizvod i stvarna individualna potrošnja standardu kupovne moći u 2021., <https://podaci.dzs.hr/2022/hr/29156>

odnosu na trenutne izdatke za zdravstvo je visok, a plaćanja iz vlastitih prihoda su niska. Sveukupno ima dovoljno fizičkih i ljudskih resursa, ali neka udaljenija područja, poput otoka uz jadransku obalu i ruralnih područja u središnjoj i istočnoj Hrvatskoj, suočavaju se s nedostatkom. Iako hrvatski zdravstveni sustav pruža visok stupanj financijske zaštite, može se postići više u pogledu poboljšanja zdravstvenih ishoda. Nekoliko je stopa smrtnosti među najvišima u EU-u, uključujući smrtnost od raka, koja je najčešći uzrok smrti, sa 67 smrtnih slučajeva na 100 000 u 2018. godini (prosjek EU je 53). U zadnjim godinama je smrtnost od raka ostala konstantna među muškarcima, ali ima povećanje među ženama. Sljedeća je srčana bolest od koje umire gotovo petina ljudi u Hrvatskoj (Slika 1). Moždani udar je također vodeći uzrok smrti u zemlji, što znači približno 12% ukupno umrlih, unatoč značajnom smanjenju u zadnjih 20 godina.¹¹Sustavi praćenja kvalitete nedovoljno su razvijeni, ali dostupni pokazatelji o kvaliteti skrbi ukazuju na mnogo prostora za poboljšanje. Još jedan izazov su vremena čekanja, koja su već bila duga u godinama prije 2020. i sigurno će se povećati kao rezultat pandemije COVID-19.¹²



Slika 2. Broj i udio smrtnih slučajeva (COVID-19 – 2020.g., ostale bolesti – 2018.g.)

Izvor: Eurostat, ECDC

1.1.1. Važnost zdravstvenog sustava u Republici Hrvatskoj

Za osobe koje posjećuju Hrvatsku ili su iseljenici koji tamo žive, važno je razumjeti kvalitetu i cijenu zdravstvene skrbi i medicinskih usluga u Hrvatskoj.

¹¹ Džakula, Health system review. Health Systems in Transition, 146.

¹² Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja, NN 9/21

Od informacija koje su prikupljene od iseljenika te iz napisa iz američke ambasade može se izdvojiti:

- Cijena medicinske skrbi je ispod prosjeka i jeftina je u usporedbi sa SAD-om,
- Stranim državljanima koji se liječe u Hrvatskoj u pravilu se naplaćuje veća pristojba od hrvatskih državljana. Liječnici u privatnim ordinacijama uglavnom naplaćuju samo jednu pristojbu bez obzira na državljanstvo pacijenata
- EU zdravstvena iskaznica omogućuje pristup lokalnim medicinskim uslugama.
- Liječnici i bolnice mogu zahtijevati trenutačno plaćanje u gotovini za zdravstvene usluge,

Zdravstveni standard u Hrvatskoj uglavnom je zadovoljavajući, uz bolju dostupnost zdravstvenih ustanova u većim gradovima. Opseg zdravstvenih usluga u udaljenim područjima i otocima je manji, ali još uvijek unutar prihvatljivog. Zbog uobičajenog rasta troškova zdravstvene zaštite, posebice izdataka za lijekove, hrvatski zdravstveni sustav prati nedostatak proračunskih sredstava za zdravstvenu zaštitu, što do sada nije utjecalo na opskrbu lijekovima unutar javnih zdravstvenih ustanova u Hrvatskoj, nažalost, trenutno se pojavljuje nedostatak lijekova koji su prijeko potrebni pacijentima za liječenje. Hrvatska troši veći dio svojih izdataka za lijekove i skupe medicinske uređaje, i iako je u ukupnom iznosu od 317 EUR po osobi ispod prosjeka EU, takva potrošnja iznosila je čak 22,8% rashoda za zdravstvo u 2019. godini (prosjeak EU-a je 18,4%).¹³

Hrvatsko Ministarstvo zdravstva ima ulogu kontrolora sustava sa širokim ovlastima. To podrazumijeva upravljanje zdravstvenim zakonodavstvom, predlaganje proračunskih izdataka, praćenje zdravstvenog stanja i zdravstvenih potreba stanovništva, edukaciju zdravstvenih djelatnika i nadzor nad reformom zdravstvenog sustava u Hrvatskoj. Ministarstvo je u okviru svoje upravljačke uloge zaduženo za izradu i provedbu Nacionalnog plana razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine. Reforma zdravstva temelji se na zajedničkim vrijednostima i načelima, smanjujući nejednakost među hrvatskim građanima. Strateški pravci razvoja zdravstvenog sustava podrazumijevaju poboljšanje povezanosti i kontinuiteta zdravstvene zaštite, standardizaciju kvalitete zdravstvene zaštite, poboljšanje učinkovitosti i uspješnosti sustava, povećanje dostupnosti zdravstvene zaštite i poboljšanje zdravstvenih pokazatelja. Hrvatski zdravstveni sustav financira se iz više različitih izvora.

¹³ OECD, Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021., 9.

1.1.2. Funkcionalnost zdravstvenog sustava u RH

Doprinosi za zdravstvo u Hrvatskoj obvezni su za sve zaposlene građane, odnosno njihove poslodavce. Uzdržavane osobe svoju zdravstvenu zaštitu ostvaruju putem doprinosa koje plaćaju zaposleni članovi njihovih obitelji. Samostalni djelatnici u Hrvatskoj također su obveznici doprinosa za zdravstveno osiguranje. Hrvatski državljani koji spadaju u posebno ranjivu kategoriju oslobođeni su plaćanja doprinosa za zdravstveno osiguranje; umirovljenici i osobe s niskim primanjima su osigurani i imaju pristup zdravstvenim ustanovama - ugovornim partnerima - Hrvatskog zavoda za zdravstveno osiguranje (HZZO). Hrvatski građani imaju mogućnost ostvarivanja zdravstvenih usluga kod privatnih zdravstvenih ustanova koje nisu ugovorni partneri HZZO-a, bilo izravnim plaćanjem ili dopunskim osiguranjem koje pokriva plaćanje. Hrvatski državljani obvezni su sudjelovati u izdacima zdravstvene zaštite, osim određenih kategorija osiguranika (npr. djeca do 18 godina) ili osiguranika koji boluju od određenih bolesti, kada se zdravstvene usluge pružaju zbog komplikacija uzrokovanih tim bolestima (npr. maligne bolesti ili kronične duševne bolesti). Neke zdravstvene usluge, poput plastične kirurgije, osiguranici su dužni plaćati sami, odnosno trošak ne pokriva obvezno zdravstveno osiguranje. Liječnik obiteljske medicine po potrebi predlaže pacijentu daljnje liječenje u sekundarnoj ili tercijarnoj zdravstvenoj zaštiti, čime se pacijentu omogućuje slobodan pristup bolnicama i poliklinikama koje imaju potpisane ugovore o pružanju zdravstvenih usluga iz obveznog zdravstvenog osiguranja (ugovorni partneri).

Zdravstvene usluge na sekundarnoj i tercijarnoj razini u većim gradovima uglavnom se pružaju u bolnicama. Bolnice se mogu podijeliti na kliničke, opće i specijalne bolnice. Opće bolnice imaju organizirane aktivnosti koje uključuju ginekologiju, internu medicinu, kirurgiju i pedijatriju.

Ulaskom u EU 1. srpnja 2013. Hrvatska može povlačiti sredstva iz strukturnih fondova EU za razvoj zdravstvenog sektora. Time se trebao financijski ojačati hrvatski zdravstveni sustav dodatnim sredstvima namijenjenim unapređenju zdravstvenog sektora i pružanju zdravstvenih usluga hrvatskim građanima. Iako usred reforme, hrvatski zdravstveni sustav pruža zdravstvene usluge u skladu s europskim standardima. Dostupnost zdravstvene zaštite izvan većih gradova prilično je smanjena, ali to se uglavnom odnosi na ambulantno-konzilijarnu zdravstvenu zaštitu, dok su primarna zdravstvena zaštita i hitna medicina

dostupne u svim dijelovima države. HZZO štiti osobne podatke svih hrvatskih građana. U slučaju da se prilikom pružanja određenih informacija traži sigurnost osobnih podataka, podaci će se tretirati kao povjerljivi. Prilikom traženja podataka putem e-maila, kontakt podaci su klasificirani i koriste ih samo ovlaštene osobe za izravan kontakt i davanje traženih podataka.

1.2. Zdravstveni sustav u svijetu

Veoma je teško odrediti ili globalizirati zdravstveni sustav u svijetu te je najbolje podijeliti na neke veće regije te njih opisati. Mnogo je filozofija koje oblikuju zdravstvene usluge diljem svijeta, te se pokušava pojasniti kako razumjeti zašto različite zemlje drugačije doživljavaju zdravstvenu skrb.

1. Zdravstvo u SAD-u

Zdravstvo u SAD-u nema univerzalni, besplatni zdravstveni program, za razliku od većine razvijenih zemalja. Umjesto toga, u skladu s načinom razmišljanja o slobodnom tržištu, većina Amerikanaca opslužuje se kombinacijom javno i privatno financiranih programa i zdravstvenih sustava. Većina bolnica i klinika je u privatnom vlasništvu, oko 60% su neprofitne, a druga petina su profitne ustanove. Pokrivenost saveznim i državnim programima je djelomična, a većina osiguranih Amerikanaca ima privatno osiguranje temeljeno na zaposlenju. Grupni planovi koje financira poslodavac pokrivaju oko 150 milijuna Amerikanaca.

Među 11 zemalja s visokim prihodima, zdravstveni sustav SAD-a je najskuplji, s 17% BDP-a koji se troši na zdravstvenu skrb u 2018. Mnogi američki zdravstveni pokazatelji daleko nadmašuju svjetske standarde. Njegova stopa specijaliziranih pretraga (kompjuterizirana tomografija – CT – i MRI) – među najvišima je u svijetu, dvostruko više od prosjeka OECD-a. Kao i njegovo korištenje zamjena kuka, cjepiva protiv gripe i pregleda raka dojke. Međutim, među razvijenim zemljama, američki sustav je među najmanje dostupnim, učinkovitim i pravednim. Broj liječnika i stopa posjeta liječniku među najnižima je. Etničke i zapostavljene društvene skupine trpe velike nejednakosti. Oko 14% Amerikanaca (više od 27 milijuna) nije bilo zdravstveno osigurano krajem 2018., uzrokujući

procijenjenih 60 000 smrti koje su se mogle izbjeći.¹⁴ Visoki medicinski troškovi doveli su do bankrota za četvrtinu starijih građana, kaže ranija studija. Stanja koja se mogu spriječiti i uvjeti načina života kao što su pretilost, hipertenzija i dijabetes rašireni su: to ukazuje na loš pristup primarnoj skrbi i primarnoj prevenciji bolesti u usporedbi s vršnjacima. U međuvremenu, stope samoubojstava u SAD-u najviše su među svim članicama Organizacije za ekonomsku suradnju i razvoj (OECD). Općenito, američki zdravstveni sustav omogućuje pružateljima usluga da povećaju cijene i skupe usluge, ali slabo nadoknađuje osnovne usluge kao što je primarna zdravstvena zaštita. Također odvlači zdravstvene usluge iz ruralnih i siromašnih zajednica. Unatoč tome, SAD prednjači u medicinskim inovacijama, ponoseći se mnogim vodećim svjetskim bolnicama. Za one koji mogu platiti, pruža visokokvalitetnu skrb.¹⁵

2. Zdravstveni sustav Velike Britanije

Zdravstveni sustav Ujedinjenog Kraljevstva pokriva cijelo stanovništvo putem Nacionalnog zdravstvenog sustava (NHS), a njime upravlja Ministarstvo zdravstva. Oko 20% plaća nacionalno osiguranje, a ostatak čine privatni pacijenti i participacije. NHS nadzire i financira lokalne skupine za kliničko puštanje u rad. One pružaju sveobuhvatnu skrb, uključujući programe preventivnog pregleda i cijepljenja, bolničku i izvanbolničku skrb u bolnicama, rođiljnu skrb, skrb o mentalnom zdravlju i palijativnu skrb. Poput SAD-a, UK ima javne, privatne profitne i neprofitne bolnice. Prva vrsta djeluje kao bolnički trustovi ili zakladni trustovi, u tri razine: lokalne bolnice, okružne bolnice i bolnice na regionalnoj razini. Namjenske bolnice nude specijalizirano liječenje. Liječnici opće prakse nude primarnu skrb lokalnom stanovništvu kroz svoje ordinacije. Mnoge takve prakse su pretjerano oporezovane: jedna alternativa su centri za ulazak bez registracije. Liječnici opće prakse upućuju pacijente prema potrebi na sekundarnu skrb. Svi stanovnici Engleske, kao i svi koji imaju europsku karticu zdravstvenog osiguranja, imaju pravo na skrb NHS-a: primarna skrb uglavnom je besplatna. Drugi primaju hitno ili selektivno liječenje infekcije. Pacijenti u NHS-u mogu birati bolnicu i specijalista. Trenutno se 12% stanovništva također odlučuje za privatno zdravstveno osiguranje, uglavnom kako bi se izbjeglo razdoblje čekanja na elektivnu skrb, kako bi imali izbor specijalista i bolje uvjete. Privatne bolnice obično nude specijalizirane tretmane, kao što je liječenje pretilosti, a ne nude skrb za traume, hitne usluge

¹⁴ Tikkanen, Melinda i Abrams, Zdravstvo SAD-a iz globalne perspektive 2019., <https://doi.org/10.26099/7avy-fc29>

¹⁵ MIT Medical, Healthcare in the United States of America., <https://medical.mit.edu/my-mit/internationals/healthcare-united-states>

ili intenzivnu njegu. Ujedinjeno Kraljevstvo troši oko desetinu svog BDP-a na zdravstvenu skrb, a gotovo 80% troši se na NHS. Za razliku od američkog zdravstvenog sustava, administrativna potrošnja NHS-a iznosi samo 16% troškova zdravstvene skrbi.

Općenito se smatra da je univerzalna besplatna zdravstvena skrb dobra za zemlju, kako zdravstveno tako i ekonomski. UK NHS pruža besplatnu zdravstvenu skrb za sve i dulji životni vijek nego u SAD-u, uz upola manju cijenu. Zadovoljstvo pacijenata je relativno visoko, 61%, u usporedbi s 29% u SAD-u. Porezi za zdravstvenu skrb mogu se činiti višima, ali zapravo su jednaki ukupnim medicinskim troškovima u SAD-u. Štoviše, lijekovi su jeftiniji i nema iznenađujućih medicinskih troškova. Rezovi štednje doveli su do nevoljkosti zapošljavanja osoblja i nadogradnje opreme, što bi na kraju moglo utjecati na kvalitetu skrbi. Dugo se čeka na konzultacije i operacije. Treći problem je zdravstveni turizam, gdje nerezidenti iskorištavaju NHS kako bi dobili visokokvalitetnu medicinsku skrb po nižoj cijeni od one koja je dostupna tamo gdje žive, ali bez odgovarajućeg doprinosa putem poreza. Etničke manjine i siromašni suočavaju se s nejednakošću u zdravstvenom sustavu. Potrebno je provoditi mjere socijalne skrbi.¹⁶

3. Zdravstvo u Europskoj uniji

Svaka država u EU ima svoj zdravstveni sustav. Međutim, članice EU općenito dijele isti cilj kao i britanski model. Svi zdravstveni sustavi u Europi automatski uključuju sve građane bez obzira na platežnu sposobnost. Drugo, svi se većinom financiraju porezima koje plaćaju poslodavac i javnost. Zdravstvena zaštita je besplatna, osim nekih elektivnih i specijalističkih usluga. U osnovi postoje tri modela na djelu unutar EU: jednopltni, društveni i privatizirano regulirani. U sustavu s jednim platiteljem, država osigurava univerzalno osiguranje ili pokriva, ali stvarnu skrb pružaju privatne ordinacije i bolnice. Pojedinci se mogu odlučiti za dodatno privatno osiguranje za pokrivanje usluga koje nisu pokrivena javnom zdravstvenom skrbi, ali ne i za one koje su već dostupne. Plaćanje za takve pružatelje usluga može biti naknada za uslugu, na temelju broja upisanih pacijenata. U novije vrijeme usvojena su paušalna plaćanja za pokrivanje svih usluga po godini po upisanoj osobi. Međutim, naknada za uslugu potiče prekomjerno korištenje radne snage i kapitalnih resursa. Bolnička sredstva se dodjeljuju kao grupe povezane s dijagnozom, dnevnicama ili kao paušalna plaćanja za sve usluge. Socijalizirani sustav je onaj u kojem vlada osigurava osiguranje i upravlja bolnicama. Stoga je jedini pružatelj zdravstvenog osiguranja.

¹⁶ Healthmanagement, Facts & Figures: The UK Healthcare System, 1

NHS je verzija ovog modela, koji se također koristi u Francuskoj, Italiji, Norveškoj i Švedskoj.

Pacijenti se mogu odlučiti za dopunsko privatno osiguranje, dobiti usluge koje se ne pružaju u okviru javne zdravstvene službe ili posjetiti liječnike koji nisu zaposleni u ovoj službi. Francuska, koju neki navode kao jednu od najboljih zdravstvenih sustava u svijetu, ima značajan privatni sustav zdravstvene zaštite kao i zakonsko zdravstveno osiguranje, koje nudi širok izbor pokrića. Međutim, nedavne izmjene zakona dovele su do obveze da zaposlenici plaćaju polovicu osiguranja koje financiraju njihovi poslodavci. To posebno vrijedi za troškove zubara i vida koje ne pokriva državno zdravstveno osiguranje. Ovaj sustav jako nalikuje američkim programima. Primjer privatiziranih, ali reguliranih zdravstvenih sustava unutar EU-a je Njemačka. Ovdje, iako svi građani koji zarađuju ispod praga moraju uzeti zdravstveno osiguranje, njihovi nezaposleni supružnici i uzdržavane osobe također su pokriveni bez ikakvih dodatnih troškova. Iznad tog praga zaposlenici mogu kupiti privatno osiguranje. Međutim, osim samozaposlenih i državnih službenika, većina ljudi radije to ne čini. U Švicarskoj i Nizozemskoj zdravstveno osiguranje je obavezno i pružaju ga isključivo privatni pružatelji usluga. Vlada subvencionira premije putem poreza, što čak i građanima s niskim primanjima omogućuje da si priušte zdravstveno osiguranje. Sva osiguravajuća društva su zakonski obvezna prihvatiti svakog podnositelja zahtjeva. To pacijenta košta mnogo manje nego što bi koštalo u SAD-u, sustavom je lakše upravljati, a suosiguranje je ograničeno na razumnu gornju granicu. Stoga europsko zdravstvo pruža primarnu i nešto sekundarne medicinske skrbi, a neka mjesta dopuštaju privatnim tvrtkama da sponzoriraju više osiguranja za svoje zaposlenike. Privatizirani programi omogućuju specijaliziranu skrb, skraćuju vrijeme čekanja na zahvat ili proširuju pacijentove izbore. Prosjek izdataka za zdravstvo u EU-u je oko 8% BDP-a, ali Cipar i Latvija su na 3,5%, dok ostale istočnoeuropske zemlje iznose 5%. Javna potrošnja u ovom sektoru obično čini oko 15% ukupnog državnog proračuna.¹⁷

Većina članica EU-a uživa odobravanje većine svojih ljudi za svoje zdravstvene sustave, s manje od 5% ljudi u četiri petine europskih zemalja koje su prijavile nezadovoljene potrebe. Nacionalni zdravstveni sustavi nastoje bolje kontrolirati troškove. Uvođenje unutarnjih tržišta može povećati ekonomičnost i učinkovitost zdravstvene skrbi. Unatoč tome, pritisci financiranja vjerojatno će rasti jer pacijenti očekuju naprednije tretmane i kako

¹⁷ OECD/European Union, Health at a Glance, 132

se tehnologija razvija. U isto vrijeme, starenje je povezano s različitim obrascima bolesti, tipično stanjima koja se mogu spriječiti i zahtijevaju intenzivnu njegu. Kako dob raste, međutim, socijalna skrb teži apsorbirati sve više troškova. Revizije učinkovitosti potrošnje bit će ključne za povećanje potrošačke moći svakog eura. “OECD procjenjuje da jedna petina izdataka za zdravstvo čini mali ili nikakav doprinos poboljšanju zdravlja ljudi.” Nejednakosti u zdravstvenom statusu i nejednakosti u financiranju i pružanju zdravstvene skrbi i dalje muče sustav u mnogim zemljama EU-a.

4. Zdravstveni sustav u Aziji

Azijski zdravstveni sustavi mješavina su javnih i privatno upravljanih programa. Singapur koristi javni zakonski sustav osiguranja. Premije su subvencionirane kako bi se pomoglo čak i ljudima s niskim primanjima da ih plate, a radno sposobne osobe plaćaju više kako bi starije osobe mogle uživati niže premije. Vlada, pružatelji zdravstvenih usluga i pacijenti dijele odgovornost za pokrivenost zdravstvenom zaštitom – sustav financiranja s više platitelja. Dok konkurencija i tržišne sile poboljšavaju kvalitetu zdravstvene skrbi, vlada strogo regulira troškove kada počnu rasti iznad prihvatljivih cijena. Ministarstvo zdravstva planira i jačanje radne snage, obuku i dodjelu zemljišta za zdravstvene ustanove, uz preventivne zdravstvene intervencije. Centralizirana priroda sustava održava niske administrativne troškove i pojednostavljuje postupke. Singapur troši oko 4,5% svog BDP-a na zdravstvo, oko 40% na državu, a 30% su troškovi iz vlastitog prihoda.

Kina ima gotovo univerzalno javno financirano zdravstveno osiguranje, s gradskim zaposlenicima uključenim u programe koji se temelje na zapošljavanju. Drugi se upisuju dobrovoljno, za osnovno subvencionirano zdravstveno osiguranje. Sveobuhvatna zdravstvena skrb je pokrivena, ali se primjenjuju odbitci i participacije. Postoji i gornja granica nadoknade. Profitno privatno osiguranje također je dostupno za usluge koje nisu pokrivenne javnim osiguranjem. Pacijenti dijele troškove za posjete liječniku, bolničku skrb i lijekove na recept, koji nisu ograničeni. Kina troši oko 6,6% svog BDP-a na zdravstvenu skrb, pri čemu 28% financiraju središnja i lokalna vlada, 28% iz vlastitih prihoda, a 44% javno ili privatno osiguranje i socijalne zdravstvene donacije.¹⁸ Oni su dio programa medicinske pomoći za siromašne. Zabilježene su velike nejednakosti u javnim zdravstvenim

¹⁸ Zhai, Wang, Dong, Ren, Cai i Coyte, Studija o jednakosti i dobrobiti kineskog nacionalnog zdravstvenog sustava, 6

uslugama. Većina stanovnika smatra da je njihovo osiguranje jednako korisno kao i osnovne javne zdravstvene usluge.

Indija pruža univerzalnu besplatnu ambulantnu i bolničku skrb u državnim klinikama i bolnicama. Međutim, poznato je da državne ustanove nemaju dovoljno osoblja i nisu opremljene, tako da većina ljudi plaća privatnu zdravstvenu skrb iz vlastitog prihoda. Nacionalna shema zdravstvene zaštite nedavno je pokrenuta kako bi se to riješilo: ona zamjenjuje raniji Nacionalni program zdravstvenog osiguranja, koji nije imao uspješne rezultate. Program PM-JAY financira se porezima i omogućuje besplatnu sekundarnu i tercijarnu skrb u privatnim bolnicama. PM-JAY predviđa osnovne zdravstvene i wellness centre dok pruža bezgotovinsku bolničku skrb za 40% ljudi (otprilike 100 milijuna) koji žive ispod granice siromaštva. Državni službenici i većina službenih zaposlenika imaju vlastite programe zdravstvenog osiguranja. Postoji i nekoliko privatnih pružatelja zdravstvenog osiguranja, s ograničenom primjenom. Situaciju pogoršava niska kvaliteta javnih zdravstvenih usluga te nedostatak liječnika i opreme. Korupcija, kao i u mnogim zemljama u razvoju, zajedno s problemima pristupačnosti, pogoršava ove nedostatke. Indija troši manje od 4% svog BDP-a na zdravstvo, a četvrtinu financira javni sektor. Plaćanja iz vlastitog prihoda u privatnim bolnicama čine 75% ukupnih izdataka, što je oštra suprotnost drugim siromašnim zemljama.¹⁹

5. Zdravstveni sustav u Australiji

Australija ima univerzalni besplatni program javnog zdravstvenog osiguranja koji se financira iz poreza, a zove se Medicare. Svi građani dobivaju besplatnu njegu za javne i mnoge liječničke usluge i lijekove u javnim bolnicama. Oko 50% australskih građana također uzima privatno osiguranje za plaćanje privatne bolničke ili zubarske skrbi. Vlada to potiče, a obitelji s visokim primanjima plaćaju poreznu kaznu ako ne kupe privatno osiguranje. Ukupni izdaci za zdravstvo iznose oko 10% BDP-a, a 67% otpada na javni sektor.²⁰ Zajednički ga vode federalna, državna i teritorijalna vlada i jedan je od najboljih u svijetu. Dok je besplatna univerzalna skrb nedvojbeno prednost, financiranje može biti izazovno jer stanovništvo stari, smanjujući priljev poreza. U međuvremenu, troškovi medicinske tehnologije rastu, što otežava praćenje. Postoji razlika u pristupu i kvaliteti skrbi

¹⁹ Gupta, International Health care system profiles India, <https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/india>

²⁰ Child, Suradnja u krizi, 6

između neautohtonog i domorodačkog stanovništva. Istraživanje nije dobro usklađeno s nacionalnim prioritetima. Urbanizacija i dalje predstavlja prepreku zdravom životu.

6. Zdravstveni sustav u Južnoj Americi

Dok su medicinske usluge ovdje obično jeftinije, one su također univerzalne i javno financirane u zemljama poput Čilea i Kolumbije. Kao rezultat toga, medicinski turizam je procvao u tim mjestima. Zdravstveni sustavi su napredovali od vremena kada su javno zdravstveno osiguranje primali samo zaposlenici na formalnom tržištu rada, čemu su doprinosili poslodavci, zaposlenici i država. Ostatak ljudi oslanjao se na fragmentarne usluge Ministarstva zdravstva, crkve i dobrotvornih ili filantropskih organizacija. Bogati su imali privatno zdravstvo. Siromasi nisu imali gotovo ništa. Kolumbija je uspješna priča u južnoameričkom zdravstvu. Obveznim općim zdravstvenim osiguranjem obuhvaćeno je gotovo 97% stanovništva. Svi građani imaju pristup istim zdravstvenim uslugama, uz samo 14% potrošnje iz vlastitog prihoda. To je niže nego u mnogim zemljama OECD-a. Zdravstveni sustav financira se porezima i osiguranjem za zapošljavanje te u potpunosti subvencionira siromašne. Uključeni su i javni i privatni osiguravatelji, a pružatelji također pripadaju i javnom i privatnom sektoru, sa zdravom konkurencijom između njih dvoje. Sudionici mogu odabrati svog pružatelja usluga unutar svoje mreže i dobiti paket primarne zdravstvene zaštite, neke bolničke skrbi i hitne skrbi, kao i bolničku skrb u javnim bolnicama na tercijarnoj razini. Vlada se na kraju nada da će ukinuti subvencije na strani ponude i osigurati jedinstvenu pokrivenost za sve. Čile ima zakonsko zdravstveno osiguranje za radnike, bez doprinosa poslodavca ili države. Zdravstvenim fondovima upravljaju ISAPRE (zdravstvene ustanove socijalnog osiguranja). Brazil ima državni sveobuhvatni javni zdravstveni sustav koji se financira porezima na saveznoj, državnoj i općinskoj razini. Dok federalni doprinos iznosi oko 43% ukupnih rashoda za javno zdravstvo, općine doprinose gotovo jednu trećinu. Sustavom su obuhvaćene sve vrste zdravstvene zaštite za sve građane i posjetitelje. Međutim, čekanje je neopravdano dugo u svim fazama, što dovodi do trošenja iz vlastitog prihoda za osnovnu skrb, dok kašnjenja povećavaju troškove liječenja. Nedostupnost lijekova dovodi do trošenja iz vlastitog džepa. Otprilike četvrtina ljudi ima privatno zdravstveno osiguranje, obično kao naknadu pri zapošljavanju. Nacionalni izdaci za zdravstvo iznose oko 9% BDP-a. Većina bolnica su javne. Kostarika također ima uspješan zdravstveni sustav prema modelu jednog platitelja koji kombinira socijalnu sigurnost s medicinskim uslugama koje nudi Ministarstvo zdravstva. Oko 86% stanovništva ima pristup

visokokvalitetnoj sveobuhvatnoj skrbi, koja se pruža besplatno.²¹ Ostali su u mogućnosti platiti skrb. Argentina ima zdravstveni sustav u kojem osiguranje osiguravaju i njime upravljaju uglavnom radnički sindikati, dok je više od trećine stanovništva neosigurano i ovisi o javnoj zdravstvenoj zaštiti. Južnoamerički zdravstveni sustavi pate od slabih resursa, koji su loše raspoređeni da bi pokrili neka područja. Kapacitet sustava je nizak, a nestašice lijekova su česte. Korupcija kvari proces službenog imenovanja i koči reforme.

7. Zdravstveni sustavi u Africi

Podsaharska Afrika ima 13% svjetske populacije, ali nosi četvrtinu svjetskog tereta bolesti. Međutim, troši samo 1% globalnih izdataka za zdravstvo. Tri od četiri Afrikanca imaju prihod po stanovniku ispod 2 dolara dnevno, a gotovo polovica troši manje od 1 dolara dnevno. Univerzalna besplatna zdravstvena skrb je pravo s kojim se svi slažu, ali sporo postaje stvarnost. Većina Afrikanaca s niskim ili srednjim primanjima obraća se javnom zdravstvenom sustavu ili tradicionalnim iscjeliteljima. Samo nekolicina može si priuštiti visokokvalitetnu privatnu njegu, ali bez obzira na to, troškovi iz vlastitog džepa sigurno će biti visoki u ovom dvoslojnom sustavu. Privatna potrošnja čini 60% svih plaćanja u zdravstvu. Međutim, polovica privatnih izdataka za zdravstvenu skrb troši se na privatne pružatelje usluga, a 40% ljudi s najnižim primanjima u Africi plaća skrb profitnih pružatelja usluga. U Ruandi nacionalno zdravstveno osiguranje pokriva više od 90% stanovništva, dok je u drugim zemljama pokriveno manje od 9%. Gana ima nacionalni sustav zdravstvenog osiguranja (NHIS) i izgradila je mrežu javno-privatnog partnerstva kako bi doprla do područja bez javnih zdravstvenih usluga. Financiran porezom, NHIS pokriva većinu uobičajenih bolesti. Svi štićenici moraju se upisati i platiti godišnju premiju, u zamjenu za besplatnu skrb. Međutim, otprilike četvrtina nema nikakvo osiguranje. Gotovo 70% osiguranika ne mora plaćati premije, a nedovoljno financiranje predstavlja izazov za funkcioniranje sustava. U Keniji postoji sličan nacionalni program zdravstvenog osiguranja, za zaposlene i za samozaposlene ako se žele upisati. No, i taj je trošak većini građana nedostupan. Takav je slučaj s Tanzanijom, za državne službenike koji plaćaju 6% svojih primanja, te za siromašne i osobe s niskim primanjima. Zapravo, većina afričkih zemalja dijeli istu situaciju, a nacionalna besplatna zdravstvena skrb dostupna onima koji žive u siromaštvu još uvijek je pusti san. Mnoge zemlje troše samo novac donatora na zdravstvenu

²¹ Kim, Univerzalni zdravstveni sustavi i fragmentacija u Latinskoj Americi, <https://sites.google.com/macalester.edu/phla/key-concepts/universal-healthcare-systems-and-fragmentation-in-latin-america>

skrb. Mnogo puta su međunarodni zajmovi namijenjeni poboljšanju zdravstvene infrastrukture imali mnoge uvjete. Kao rezultat toga, primarnoj zdravstvenoj zaštiti nametnute su korisničke naknade. Cijene lijekova su porasle. Preventivna i primarna skrb stavljene su izvan dosega većine Afrikanaca s niskim primanjima. Medicina se komercijalizirala i privatizirala, a nejednakosti su postale više uočljive. Ponovno su se pojavile zarazne bolesti poput HIV-a. Državna potrošnja za zdravstvo smanjena je zbog potrebnih mjera štednje.

Broj slobodnih radnih mjesta u javnom sektoru povećao se, što je pogoršano zamrzavanjem zapošljavanja i bijegom zdravstvenih radnika izvan Afrike. Većina liječnika otišla je u privatnu praksu u urbanim područjima, opslužujući oko 15% stanovništva. Nestašice lijekova bile su endemske i nerješive. Glomazna birokracija na svim razinama, neadekvatna pokrivenost osiguranjem, niske beneficije za bolničko liječenje, nedostatak transparentnosti i slaba odgovornost, glavna su obilježja afričkih zdravstvenih sustava općenito. Ovo je pogoršano odljevom liječnika u SAD i druge unosnije i funkcionalnije lokacije, te ignoriranjem jedinstvenih uvjeta Afrike u korist zapadnih teorija i politika. Loši sanitarni uvjeti i objekti za pitku vodu uvelike pridonose ovom scenariju. Samo šest afričkih zemalja troši 15% svojih proračuna na zdravstvenu skrb, a one tek trebaju postići univerzalni pristup zdravstvenoj skrbi razumne kvalitete.²²

1.3. Najbolje ocijenjeni zdravstveni sustavi u svijetu

Kvaliteta zdravstvenog sustava neke zemlje može biti odlučujući čimbenik pri donošenju odluke hoćete li se preseliti u neku zemlju ili ne. Čak i s najboljim međunarodnim zdravstvenim osiguranjem, iseljenici će željeti mir jer njihova nova zemlja ima snažan i napredan zdravstveni sustav koji se može lako nositi s bilo kojim medicinskim tretmanom koji im je potreban. Zemlje su ocjenjivane prema zdravstvenoj infrastrukturi, stručnosti zdravstvenih radnika, cijeni, kvaliteti medicine i spremnosti vlade. Rezultati su zbrojeni i zemlje su zatim rangirane.

²² Azevedo, Stanje zdravstvenog sustava u Africi: izazovi i prilike, 4

1. Južna Koreja

Južna Koreja je na vrhu popisa najboljih zdravstvenih sustava na svijetu. Zdravstveni sustav u Južnoj Koreji hvaljen je kao moderan i učinkovit, s kvalitetnim, dobro opremljenim medicinskim ustanovama i visoko obučanim medicinskim stručnjacima. Općenito, liječenje u Južnoj Koreji pristupačno je i lako dostupno. Broj kreveta na 1000 stanovnika je 10, što je znatno iznad prosjeka zemalja OECD-a koji iznosi 5. Južna Koreja pruža univerzalnu zdravstvenu skrb, ali velik dio zdravstvene skrbi privatno se financira. Nisu svi tretmani pokriveni južnokorejskom univerzalnom zdravstvenom shemom. Neki postupci, poput onih koji se odnose na kronične bolesti poput raka, neće biti pokriveni i mogu biti skuplji. Ovo je mjesto gdje bi iseljenici trebali osigurati da su pokriveni sveobuhvatnim privatnim zdravstvenim osiguranjem.

2. Tajvan

Tajvan je drugi na listi najboljih zdravstvenih sustava u svijetu. Zdravstvena skrb ovdje je pristupačna, a zdravstveni radnici su visoko kvalificirani. I privatne i javne zdravstvene ustanove visoke su kvalitete. Javnim zdravstvenim osiguranjem u Tajvanu upravlja vlada putem nacionalnog sustava zdravstvenog osiguranja. Za razliku od Ujedinjenog Kraljevstva, to nije besplatno na mjestu pristupa. Umjesto toga, ljudi će morati platiti oko 20%-30% troška i vratiti ga kasnije. Iseljenici se moraju pridružiti programu nakon što su živjeli u zemlji više od 4 mjeseca. Iako javne zdravstvene ustanove pružaju vrhunsko liječenje, može doći do dugog čekanja zbog broja ljudi koji pristupaju zdravstvenoj skrbi. Mnogi iseljenici umjesto toga odlučuju koristiti privatni sustav zdravstvene skrbi, pokrivajući troškove međunarodnim zdravstvenim osiguranjem.

3. Danska

Danska je poznata po visokom životnom standardu, što uključuje i kvalitetan zdravstveni sustav. Zauzela je treće mjesto na ovoj listi najboljih zdravstvenih sustava zahvaljujući modernoj i opsežnoj zdravstvenoj zaštiti. Stanovnici imaju pristup besplatnoj javnoj zdravstvenoj skrbi, sve dok posjeduju CPR (Central Person Register) broj i karticu zdravstvenog osiguranja. Za specijalističko liječenje koje nije hitno potrebno je dobiti uputnicu od liječnika opće prakse. Danska ima stroge propise u vezi s lijekovima, pa bi iseljenici mogli otkriti da je potreban recept za lijekove koje obično mogu dobiti bez recepta kod kuće. U Danskoj postoji mnogo ljekarni, od kojih su mnoge otvorene 24 sata.

4. Austrija

Austrija je četvrta na listi najboljih zdravstvenih sustava u svijetu. Ima dvoslojni zdravstveni sustav, s osnovnom javno financiranom zdravstvenom skrbi koja se pruža gotovo svima, a privatna zdravstvena skrb dostupna je onima koji žele bolju kvalitetu ili brži pristup. Austrija ima veći omjer liječnika i pacijenata od prosjeka u Europi, što stanovnicima daje veći izbor i kraće vrijeme čekanja od drugih zemalja. Osnovna javna zdravstvena zaštita uključuje liječenje u dobro opremljenim bolnicama, osnovnu stomatološku skrb, lijekove i određene specijalističke konzultacije. Iako je javna zdravstvena skrb izvrsne kvalitete, mnogi se odlučuju koristiti i privatnom zdravstvenom skrbi za dodatne pogodnosti kao što su manji odjeli i lakši pristup medicinskim stručnjacima.

5. Japan

Japan ima peti najbolji zdravstveni sustav na svijetu. Ljudi u Japanu imaju najdulji očekivani životni vijek na svijetu, a to je dijelom i zbog kvalitete pružanja zdravstvene skrbi. Postoji četiri puta više MRI skenera i šest puta više CT skenera u usporedbi s prosječnim brojevima u Europi. U prosjeku će osoba u Japanu posjetiti liječnika 13 puta godišnje, što je dvostruko više od prosjeka zemalja OECD-a. U Japanu postoje dvije sheme zdravstvene zaštite – jedna za radnike i druga za ostalo stanovništvo. Iseljenici koji imaju vizu dulju od tri mjeseca obvezni su biti registrirani na jednom od programa javnog zdravstvenog osiguranja. Dok je javno zdravstvo u Japanu tako visokog standarda, mnogi biraju privatno zdravstvo zbog dodatnih pogodnosti koje može pružiti.

6. Australija

Australija je šesta na ljestvici najboljih zdravstvenih sustava u svijetu. Ima jedan od najviših očekivanih životnih vijeka na svijetu i pruža kombinaciju javne i privatne zdravstvene skrbi. Liječenje je obično lako dostupno i pristupačno. Sustav javnog zdravstva, Medicare, podržava Vlada i pokriva liječenje u javnim bolnicama i sve ili dio troškova konzultacija s liječnikom. Medicare ne pokriva svu njegu, pa se preporučuje da iseljenici koriste privatno zdravstveno osiguranje. To može biti osobito korisno onima u ruralnim područjima gdje postoji manji izbor za zdravstvenu skrb. Osim toga, iseljenici koji podnose zahtjev za radnu vizu morat će pružiti dokaz da su pokriveni određenom razinom privatnog zdravstvenog osiguranja kako bi se kvalificirali.

7. Francuska

Francuska je sedma na ljestvici najboljeg zdravstvenog sustava na svijetu. Kombinira privatne i javne usluge, što rezultira visokom standardnom zdravstvenom skrbi koja je lako dostupna svima. Francuska ima koristi od velikog broja liječnika i bolničkih kreveta, s kratkim vremenima čekanja na tretmane i konzultacije. Osnovnu zdravstvenu skrb pokriva sustav javnog zdravstvenog osiguranja za one koji ispunjavaju uvjete, uključujući radnike i umirovljenike. Većinu troškova liječenja pokrivat će javni sustav, a većina će ljudi koristiti privatno zdravstveno osiguranje za pokrivanje ostatka. Za osobe s kroničnim bolestima, država će pokriti cijeli račun za liječenje.

8. Španjolska

Španjolska zauzima broj osam u najboljim zdravstvenim sustavima na svijetu, kombinirajući kombinaciju privatnih i javnih sustava pružanja zdravstvenih usluga. Zapažen je kao najučinkovitiji zdravstveni sustav u Europi. Pružanje zdravstvene zaštite može se razlikovati između 17 regija u zemlji, budući da će svako područje biti odgovorno za pružanje zdravstvene zaštite unutar vlastite jurisdikcije. Bolnice diljem zemlje uglavnom su dobro opremljene, ali Španjolska je patila od nedostatka osoblja, što je pridonijelo dužem čekanju. Iseljenici koji žele izbjeći dulje čekanje obično će se odlučiti za privatno zdravstveno osiguranje, što im daje pristup mnogim privatnim zdravstvenim ustanovama diljem zemlje.

9. Belgija

Belgija je deveta na listi najboljih zdravstvenih sustava u svijetu. Sustav se sastoji od tri dijela – javno financiranog zdravstva, privatnog zdravstva te sveučilišnih i poluprivatnih ustanova. Sustav zdravstvene zaštite smatra se uglednim i dosljednim, pružajući visok standard skrbi u svim segmentima. Svatko tko radi u Belgiji mora doprinositi nacionalnom sustavu zdravstvenog osiguranja. Neki iseljenici mogu se kvalificirati za porezni status nerezidenta, što znači da će biti izuzeti od plaćanja sustavu. Umjesto toga, mogu odabrati privatno zdravstveno osiguranje.

10. Ujedinjeno Kraljevstvo

Ujedinjeno Kraljevstvo ima deseti najbolji zdravstveni sustav na svijetu. Različite zemlje Ujedinjenog Kraljevstva – Engleska, Škotska, Wales i Sjeverna Irska – imat će svoje vlastite sustave zdravstvene skrbi, ali svi su javno financirani. Medicinske ustanove diljem

Ujedinjenog Kraljevstva uglavnom su visokog standarda, a medicinsko osoblje je dobro obučeno i obrazovano. Paliјativna skrb u Velikoj Britaniji je rangirana kao najbolja na svijetu. Većina lijekova je lako dostupna i postoji mnogo ljekarni. Međutim, zdravstveni sustav Ujedinjenog Kraljevstva pati od dugog čekanja, pa se mnogi ljudi odlučuju za privatno zdravstveno osiguranje kako bi to izbjegli.

2. ZDRAVSTVENA ZAŠTITA U REPUBLICI HRVATSKOJ

Hrvatska ima ukupno oko 3,9 milijun stanovnika. Demografski izazovi uključuju starenje stanovništva, niske stope nataliteta i negativne migracijske trendove. Hrvatska je bila manje pogođena prvim valom COVID-19 pandemije nego neke druge europske zemlje, poput Italije ili Ujedinjenog Kraljevstva. Međutim, pandemija je Hrvatsku pogodila više od prosjeka vala u EU, u slučajevima i smrti po populaciji. Očekivano trajanje života pri rođenju povećalo se do 2019. na 78,6 godina, ali zbog utjecaja pandemije COVID-19 smanjio se na 77,8 godina u 2020., što je bilo 2,8 godina niže od prosjeka EU-27 koji iznosi 80,6 godina. Pad u Hrvatskoj 2020. od 0,8 godina bio je veći od pada od 0,7 godina općenito u EU. Rodni jaz u očekivanom životnom vijeku je veći nego u općenito u EU, gdje žene u prosjeku žive 6,2 godine duže od muškaraca, u usporedbi s prosjekom EU od 5,6 godina.²³ Smanjuje se stopa smrtnosti od najčešćih uzroka smrti, posebno za bolesti krvožilnog sustava i rak, ali su još uvijek iznad EU prosjeka, posebno za bolesti krvotoka i rak. Veliki rizik smrtnosti potkopava napredak u zdravlju stanovništva, uključujući stope pušenja koje su puno više od prosjeka EU, sve veća prevalencija pretilosti, te niske razine tjelesne aktivnosti i konzumacija voća i povrća.

2.1. Zdravstveni sustav

Kada se osvrnemo na općenite informacije o zdravstvenom sustavu te neka pravila koja on uvažava dolazimo do toga da svatko mora imati liječnika opće prakse (obiteljskog liječnika) ako namjerava koristiti policu državnog zdravstvenog osiguranja, kao što je objašnjeno u prethodnom odjeljku. Liječnik opće medicine uvijek bi trebao biti prva stanica kada pacijent traži liječenje. Na prvom pregledu liječnik opće medicine će napraviti analizu i preporučiti daljnje liječenje, pretrage i po potrebi uputnice. Za pristup bolničkim, dijagnostičkim ili polikliničkim uslugama potrebna je uputnica javnog liječnika opće prakse koji ima ugovor s HZZO-om. Ova se uputnica naziva "uputnica". Često se naziva i "crvena uputnica" jer je crvene boje. Uputnica je svojevrsna narudžba koja se koristi za dijagnostiku

²³ Džakula, Sagan, Pavić, Lončarek, Sekelj-Kauzlarić, Health system review. Health Systems in Transition, 17.

kao što su pretrage krvi i urina, izdavanje recepata, daljnji medicinski pregledi, pa čak i operacije. Vaš obiteljski liječnik izdaje uputnicu, zato je to prva stanica korisnika zdravstvene zaštite. Na primjer, ukoliko pacijent mora posjetiti dermatologa, prvo mora dobiti uputnicu od svog obiteljskog liječnika, a zatim ići kod dermatologa. Uputnica je prijeko potrebna kada se koristi hrvatski zdravstveni sustav, odnosno sustav koji nije potrebno plaćati. Koriste se na svim razinama zdravstvene skrbi, od jednostavnih pretraga krvi do anestezije potrebne za operaciju. Do listopada 2020. putnice obiteljskih liječnika izdavale su se u papirnatom obliku. Od tada se putnica izdaje u digitalnom obliku i sada se zove e-uputnica. Dakle, nakon što liječnik izda e-uputnicu, ona će automatski biti poslana sljedećem liječniku kod kojeg pacijent mora ići (specijalistu), laboratoriju (ako pacijent mora napraviti krvnu sliku) ili bilo gdje dalje gdje je potrebno ići. Prilikom izdavanja e-uputnice obiteljski liječnik može odabrati i termin daljnjeg liječničkog pregleda ili se to može učiniti putem online aplikacije e-Građani. Nakon što je obavljen liječnički pregled i nakon što se dobiju rezultati, oni će automatski biti poslani obiteljskom liječniku koji je i izdao uputnice. Rezultati su vidljivi i putem online aplikacije e-Građani.

2.2. Zdravstvene ustanove

Ulogu upravljanja zdravstvenim sustavom preuzima Ministarstvo zdravstva koje je nadležno za zdravstvenu politiku, planiranje i evaluaciju, javnozdravstvene programe i regulaciju kapitalnih ulaganja.

Zdravstvene ustanove u Hrvatskoj su:²⁴

- Klinički bolnički centar
- Kliničke bolnice
- Klinike
- Poliklinike
- Opće bolnice
- Specijalne bolnice
- Spa centri
- Domovi zdravlja

²⁴ Ministarstvo zdravstva, Zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj, <https://zdravlje.gov.hr/arhiva-80/ministarstvo-zdravlja/zdravstvene-ustanove-u-republici-hrvatskoj/656>

- Županijski zavodi za hitnu medicinu (uvijek je dio bolnice ili doma zdravlja).

Bez obzira na veliki broj ustanova koje Hrvatska nudi, trenutno je najviše tih ustanova u središnjoj Hrvatskoj. Nezadovoljnih pacijenata, odnosno onih koji nisu uspjeli dobiti potrebnu medicinsku skrb je 2019.g. bilo 0,7%, više nego u bilo kojoj drugoj državi članici EU (prosjek EU je 0,1%).²⁵ Istodobno, niz tih ustanova koje su blizu jedna drugoj nude jednake usluge, što nas dovodi do zaključka da je prometni razmještaj ustanova veoma nepovoljan za korisnike istoga.

2.2.1. Bolnice

U ovu skupinu spadaju svi klinički i bolnički centri prethodno nabrojani. Kliničkih bolničkih centara trenutno ima 5 u Hrvatskoj, od čega su dva u Zagrebu, tri kliničke bolnice, sve tri u glavnom gradu. Tri velike klinike, te 22 opće bolnice, kao manje bolnice koje su pozicionirane u županijama diljem zemlje. Od specijalističkih bolnica broji se njih 27 koje uključuju dječje bolnice, rehabilitacijske bolnice, psihijatrijske bolnice i slično, sve takve bolnice su pozicionirane diljem Hrvatske. Zdravstvene ustanove uključuju ukupno 79 bolnica i klinika s 25.285 kreveta, koje godišnje zbrinjavaju više od 760.000 pacijenata.²⁶ Vlasništvo nad bolnicama podijeljeno je između države i županija u Hrvatskoj.

U Hrvatskoj je u 2021. godini, na bolničkim odjelima bilo je 629.776 bolničkih otpusta, s obzirom na 2020. godinu kada ih je bilo 581.093.²⁷ Vidljiv je porast pacijenata, a vjerujem da je pacijenata bilo još više u 2022. godini (izvješće se objavljuje svake sljedeće godine u kolovozu). Ukoliko usporedimo Hrvatsku sa članicama EU, Hrvatska je među onim zemljama koje imaju manji ukupni broj hospitalizacija na 100 stanovnika.²⁸

²⁵ European Observatory on Health Systems and Policies, Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021., 17

²⁶ Državni zavod za statistiku, Statistički ljetopis Republike Hrvatske 2018., 524

²⁷ Mihel, Trajanoski, Rad bolnica u Hrvatskoj 2021., 3

²⁸ Ibid, 11

Tablica 1. Usporedba broja hospitalizacija po državama EU

| ZEMLJA | Broj hospitalizacija/100 stanovnika (2019.g.) |
|-----------------|--|
| Austrija | 25,58 |
| Češka | 19,13 |
| Mađarska | 19,05 |
| Slovačka | 18,91 |
| Slovenija | 17,30 |
| Hrvatska | 16,15 |
| Poljska | 16,82 |

Izvor: HZJZ, Rad bolnica u Hrvatskoj 2021. godine

Malo opširnije se mogu usporediti i bolnice u RH, izabrane su samo kliničke bolnice u Zagrebu te klinički bolnički centri u Zagrebu zbog velikog broja informacija.²⁹

Tablica 2. Usporedba bolnica u Zagrebu

| Ustanova | Ukupan broj postelja | Prosječno trajanje boravka u bolnici (dani) | Prosječna stopa popunjenosti postelja (%) |
|------------------------|----------------------|---|---|
| KBC Zagreb | 1 564 | 5,63 | 71,79 |
| KBC Sestre milosrdnice | 1 149 | 5,66 | 65,77 |
| KB Dubrava | 650 | 7,61 | 48,66 |
| KB Sveti Duh | 484 | 5,75 | 65,16 |
| KB Merkur | 336 | 4,98 | 67,88 |

Izvor: Hrvatski zavod za javno zdravstvo

Može se zaključiti da KBC Zagreb kao i KBC Sestre milosrdnice po broju postelja veoma odstupaju od ostalih bolnica, dok je prosječan broj trajanja boravka u svim bolnicama podjednak osim u KB Dubrava kojoj je taj broj veći nego ostalima, isto tako, KB Dubrava odstupa kada se radi i o prosječnoj stopi popunjenosti. Rezultati su takvi jer je KB Dubrava

²⁹ Ibid, 19-20

u vrijeme COVID pandemije bila prihvatna bolnica za COVID pacijente te je hladni pogon skoro u potpunosti bio zaustavljen.

Bolnice nadopunjuju i pojačavaju učinkovitost mnogih drugih dijelova zdravstvenog sustava, pružajući stalnu dostupnost i usluge za akutna i složena stanja. Raspolazu oskudnim resursima unutar dobro planiranih referalnih mreža kako bi učinkovito odgovorile na zdravstvene potrebe stanovništva. Također su bitan element univerzalne zdravstvene zaštite i ključne su za postizanje održivog razvoja.

Bolnice su također bitan dio razvoja zdravstvenog sustava. Trenutačno vanjski pritisci, nedostaci zdravstvenih sustava i nedostaci bolničkog sektora pokreću novu viziju bolnica u mnogim dijelovima svijeta. Bolnice imaju ključnu ulogu u podršci drugim pružateljima zdravstvene skrbi i u pružanju usluga u zajednici i uslugama kod kuće te su ključni u dobro funkcionirajućoj mreži upućivanja.

Bolnice su ljudima važne i često označavaju središnje točke u njihovim životima. Također su važne za zdravstvene sustave jer su instrumenti za koordinaciju i integraciju skrbi te često pružaju okruženje za obrazovanje liječnika, medicinskih sestara i drugih zdravstvenih radnika i kritična su baza za klinička istraživanja.³⁰

2.2.2. Dom zdravlja

Dom zdravlja ili mjesto primarne zdravstvene zaštite, obično se takva zaštita pruža u lokalnim domovima zdravlja, mjesto za konzultacije sa liječnikom opće/obiteljske medicine, ginekološke usluge, pedijatrijsku njegu djece, njega djece predškolske i školske dobi, stomatološka skrb i patronažna njega. Usluge obično pružaju timovi koji se sastoje od liječnika opće prakse i medicinske sestre. Veličina tog tima je propisana i mjerena brojem osiguranika, odnosno pacijenata. Propisana veličina je prikazana u sljedećoj tablici.

³⁰ Svjetska zdravstvena organizacija, Pristup rehabilitaciji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: stalni izazov, 2

Tablica 3. Propisana veličina zdravstvenog tima

| Vrsta zdravstvene djelatnosti | Standardni broj osiguranika |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| Opća/obiteljska medicina | 1 700 |
| Dentalna zdravstvena zaštita | 1 900 |
| Zdravstvena zaštita žena | 6 000 |
| Zdravstvena zaštita predškolske djece | 950 |

Izvor: Odluka o osnovama za sklapanje ugovora o provođenju zdravstvene zaštite iz obveznog zdravstvenog osiguranja (NN56/17, 73/17, 30/18, 35/18, 119/18, 32/19, 62/19, 94/19, 104/19, 22/20, 84/20, 123/20, 147/20, 12/21, 45/21)

Za posjet liječniku primarne zaštite nije potrebna uputnica, međutim kod nekih liječnika potrebno je naručiti se za pregled kako ne bi dolazilo do duljeg čekanja. Svaki pacijent osobno mora doći i "upisati" se kod liječnika kako bi taj liječnik postao njegov pacijent. U slučaju da je potrebno doći do liječnika van radnog vremena, tada je moguće posjetiti dežurnog liječnika u domu zdravlja ili u hitnom slučaju se uputiti u hitnu ambulantu. U Hrvatskoj su pedijatri odgovorni za dojenčad i predškolsku djecu, dok su liječnici obiteljske medicine odgovorni za školsku djecu i odrasle osobe.

Domovi zdravlja mogu u svom sustavu imati i ljekarne preko kojih pacijenti osiguravaju i opskrbljuju se lijekovima koji su im potrebni za upotrebu kao i neka druga medicinska sredstva. Domovi zdravlja također osiguravaju i sanitetski prijevoz pacijenata od njihovog mjesta stanovanja do zdravstvene ustanove u kojoj moraju obaviti određenu pretragu, kao i prijevoz iz zdravstvene ustanove do njihovog mjesta stanovanja.

3. UVJETI RADA U ZDRAVSTVU I ZAPOSLENI

Pri ispitivanju sustava zdravstvene zaštite u globalnom kontekstu, javljaju se mnoga opća pitanja i pitanja ljudskih resursa. Neka od pitanja od najveće važnosti o kojima će se detaljnije raspravljati uključuju veličinu, sastav i raspodjelu zdravstvene snage, pitanja osposobljavanja radne snage, migracija zdravstvenih radnika, razina ekonomskog razvoja u pojedinoj zemlji te sociodemografski, geografski i kulturni čimbenici. Varijacija veličine, distribucije i unutarnjeg sustava zdravstvene radne snage predstavlja veliku zabrinutost. Na primjer, broj zdravstvenih radnika dostupnih u nekoj zemlji ključni je pokazatelj sposobnosti te zemlje da pruži isporuku zdravstvenih usluga kao i zdravstvenih intervencija. Čimbenici koje bi trebalo uzeti u obzir pri određivanju potražnje za zdravstvenim uslugama u pojedinoj zemlji također uključuju kulturološke karakteristike, sociodemografske karakteristike kao i ekonomske čimbenike. Obučavanje radne snage je također važan faktor. Bitno je da osoblje za ljudske resurse zdravstvenog sustava razmotri ukupnu zdravstvenu snagu u smislu njihovih vještina i razine znanja. Nove opcije za obrazovanje i stručno usavršavanje zdravstvenih radnika je zdravstveni sustav dužan osigurati kako bi radna snaga bila svjesna i pripremljena za susret s potrebama sadašnjosti i budućnosti zemlje. Pravilno obučena i kompetentna radna snaga je bitna za svaki uspješan zdravstveni sustav.

Migracije zdravstvenih radnika su veliki problem koji se nameće pri ispitivanju globalnih zdravstvenih sustava. Također, neka ispitivanja govore da kretanje zdravstvenih radnika pomno prati obrazac migracije tako da se radna snaga miče u urbana područja u zemljama. Mobilnost radne snage može stvoriti dodatne neravnoteže koje će kasnije zahtijevati bolje planiranje i raspoređivanje radne snage, pri tome da postoji mogućnost da bude nedovoljno radne snage na jednom mjestu. Fokus je postavljen na plaće i druge nagrade u svrhu poboljšanja cjelokupnog upravljanja radnom snagom. Osim stimulacije plaćom i nagradama, razvijene zemlje koriste i druge strategije zadržavanja radne snage kao što su omogućavanje mjesta za stanovanje, infrastruktura te mogućnost rotacije poslova. Budući da su mnogi zdravstveni radnici u zemljama u razvoju nedovoljno plaćeni, slabo motivirani te vrlo nezadovoljni. Migracija zdravstvenih radnika je stoga veoma važno pitanje ljudskih resursa koje se mora pažljivo mjeriti i pratiti.

Još jedno pitanje koje se postavlja kada se radi o globalnom zdravstvenom sustavu je razina ekonomskog razvoja zemlje. Postoje dokazi o značajnoj pozitivnoj korelaciji između

razine gospodarskog razvoja u zemljama i broju ljudskih resursa u zdravstvu. Zemlje s višim bruto domaćim proizvodom po stanovniku troše više na zdravstvenu skrb nego zemlje koje imaju niži BDP, te isto tako zemlje s većim BDP-om imaju više zdravstvenih radnika. Ovo pitanje je također potrebno uzeti u obzir kada se rješavaju problemi u sustavima zdravstvene skrbi zemalja u razvoju.

Sociodemografski elementi kao što su dobna distribucija stanovništva također igraju ključnu ulogu u sustavu zdravstvene skrbi zemlje. Starenje stanovništva dovodi do porasta potražnje za zdravstvenim uslugama i zdravstvenim osobljem. Starenje stanovništva i unutar samog zdravstvenog sustava ima važnu povezanost; dodatna obuka kako bi mlađi radnici popunili radna mjesta zbog velikog broja zdravstvenih radnika koji će otići u mirovinu. Također je bitno da se u obzir uzmu i kulturni i geografski čimbenici pri ispitivanju globalnih zdravstvenih sustava. Geografski čimbenici poput klime ili topografije utječu na sposobnost pružanja zdravstvenih usluga; kulturne i političke vrijednosti određene nacije također utječu na potražnju i ponudu ljudskih resursa za zdravlje.

3.1. Zdravstveni radnici i radnici u zdravstvu

Svi medicinski djelatnici u Hrvatskoj moraju biti registrirani, licencirani i relicencirani od strane strukovne komore. Osam kategorija djelatnike reguliraju liječničke komore u Hrvatskoj: doktori medicine; stomatolozi; farmaceuti; medicinske sestre; primalje; medicinski biokemičari; fizički terapeuti; i drugi zdravstveni radnici (osoblje za sanitarni nadzor, radiološki tehničari, radni terapeuti i laboratorijski tehničari). Svi zdravstveni radnici i suradnici također su prijavljeni na hrvatskom jeziku u Registar zdravstvenih radnika, osnovan 1991. godine u HZJZ-u.³¹ U 2021. godini bilo je ukupno 74.273 radnika, s bilo kojim stalnim ili privremenim ugovorom, u javnom i privatnom sektoru, što je za 2.577 radnika više nego u 2020. godini. U tu brojku ulaze i nezdravstveni djelatnici. Najviše (48,1%) zaposlenih zdravstvenih radnika imalo je srednju stručnu spremu, 33,9% imalo

³¹ Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Odjel za ljudske i materijalne resurse u zdravstvu, <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/odjel-za-ljudske-i-materijalne-resurse-u-zdravstvu/>

poslijediplomski sveučilišni studij, 17,4% imalo je preddiplomski sveučilišni studij, a nižu razinu obrazovanja imalo je 0,6%. (ispod srednje škole).³²

Kada se govori o radnicima u zdravstvu i zdravstvenim radnicima to su dvije potpuno različite stvari, jednostavnije objašnjeno, govorimo o medicinskim i nemedicinskim radnicima. Na što se odnosi, medicinski radnici su liječnici, medicinske sestre, medicinski tehničari, instrumentalni radnici i slično, dok su nemedicinski radnici još jedan veliki dio zdravstvenog sustava koji se niti ne spominje. Zdravstveni sustav je prepun osoblja koje nije povezano sa medicinom, a pri tome se misli na upravu bolnice koja u svom sastavu ima jedino ravnatelja kao liječnika. Preostali suradnici su nezdravstvene struke, za primjer se može navesti računovodstvo ustanove koje uključuje fakturiranje, nabavu, plan i analizu, obračun plaće itd., a na sve to još dolaze i domari, čistačice, tehnička služba i informatika koji cijeli sustav održavaju funkcionalnim. Zapravo se zdravstvene ustanove mogu okarakterizirati kao velike firme sa velikim obujmom poslovanja.

3.2. Kvaliteta rada u zdravstvu i motivacija radnika

Zdravstveni sektor karakterizira se kao radno intenzivan, što znači da je učinkovitost organizacije koja djeluje u njegovom kontekstu neraskidivo povezana s razinom učinka zaposlenika. Stoga je bitan uvjet za postizanje viših standarda, u smislu učinkovitosti zdravstvenih jedinica, kao i postavljanje temelja čvrstog zdravstvenog sustava, maksimalno iskorištenje punog potencijala ljudskih potencijala. Taj se cilj može postići samo odgovarajućim poticajima koji će prirodno uzrokovati usvajanje željenog stava i ponašanja. Ključnim motivatorima za zaposlenike mogu se smatrati odnosi s kolegama, plaća i razina postignuća, dok razina nagrađivanja i karakteristike posla imaju sporednu ulogu. Iz ovih rezultata jasno je da, kako bi menadžment bolnice mogao poboljšati razinu uspješnosti zaposlenika, treba osigurati uspostavljanje snažne klime među zaposlenicima, ali i odati im priznanje za trud.

Upravljanje bolnicama vrlo je važno za njihovo ispravno funkcioniranje. Također je vrijedno napomenuti da se bolnički menadžment razlikuje od upravljanja drugim sektorima. Osim toga, postoje važne razlike između upravljanja privatnom i javnom bolnicom. Glavni

³² Ministarstvo zdravstva, Otvoreni podaci o zdravstvenim djelatnicima, <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/popisi-i-ostale-informacije/otvoreni-podaci/4809>

cilj upravljanja privatnim zdravstvenim ustanovama je ostvarivanje dobiti te smanjenje troškova i potrebnih sredstava. S druge strane, glavna svrha javnih bolnica je promicanje i pružanje zdravstvenih usluga svim građanima bez diskriminacije i kriterija isključivanja. U javnim bolnicama također postoji veliki napor da se poveća kvaliteta pruženih usluga, što često dovodi do rasipanja raspoloživih resursa, stvarajući probleme jedinicama javnog zdravstva. U javnim bolnicama, zbog teških ekonomskih uvjeta koji vladaju u ovoj zemlji, postoje problemi u kvaliteti pruženih usluga. Ulažu se veliki naponi kako bi se smanjili troškovi zdravstvenih usluga bez ugrožavanja kvalitete. Mjere koje poduzimaju vlade uključuju pokušaje povećanja učinkovitosti i djelotvornosti javnih organizacija, te racionalno korištenje ograničenih raspoloživih resursa. Stoga je potrebno imati odgovarajući menadžment u zdravstvenom sektoru, koji će moći racionalno koristiti resurse, a posebno koordinirati ljudske resurse na najučinkovitiji način za povećanje kvalitete usluga koje se pružaju u javnozdravstvenim jedinicama. Važno je napomenuti da upravljanje javnim bolnicama treba biti oslobođeno utjecaja poput vladine politike kako bi svoj posao obavljalo na najbolji mogući način i vodilo se društvenim interesom i služenjem građanima. Utvrđeno je da je vodstvo vrlo važno u stvaranju potrebnih uvjeta unutar organizacije za uspješno postizanje njenih ciljeva. U biti, na vodstvo utječu reakcije i ponašanja zaposlenika u odnosu na organizacijske promjene, učinak poslovanja u cjelini, zadovoljstvo poslom osoblja i kultura koja prevladava unutar organizacije. Rukovoditelj na temelju svojih vrijednosti i karakteristika može pozitivno ili negativno utjecati na zaposlenike i njihovo ponašanje. Svaki vođa na temelju svojih vještina i sposobnosti donosi odgovarajuće odluke i utječe na način rada zaposlenika te je također odgovoran za otklanjanje i pravilno upravljanje sukobima i problemima koji se mogu pojaviti u poslovanju. Ako je vođa učinkovit, on ili ona mogu stvoriti atraktivnu viziju za zaposlenike i nadahnuti ih da slijede i rade na uspjehu svojih ciljeva. Također, vođa je učinkovit kada može motivirati svoje podređene i učiniti ih predanima postizanju svojih ciljeva. Ostale radnje učinkovitog i uspješnog vođe uključuju stvaranje kriterija učinka i nagrađivanja, te stvaranje učinkovitih timova i načina komunikacije među zaposlenicima. Zabilježeno je nekoliko čimbenika koji povećavaju zadovoljstvo poslom zdravstvenih radnika. Jedan od čimbenika koji pridonosi povećanju zadovoljstva osoblja je njihova plaća. Zapravo, zbog ekonomske krize i rezova u izdacima za zdravstvenu skrb, došlo je do smanjenja plaća osoblja, nevaljanih isplata medicinskog i nemedicinskog osoblja te neplaćanja raznih naknada u ovoj profesiji. Ovi čimbenici dovode do smanjenja zadovoljstva poslom zdravstvenog osoblja. Kako bi se poboljšalo zadovoljstvo poslom medicinskog i nemedicinskog osoblja, kao i produktivnost, mogla bi postojati

određena razina nagrađivanja. Dakle, svaki zdravstveni radnik mogao bi biti produktivniji ako postoji odgovarajuća nagrada koja bi dovela do povećanja njegovog/njezinog zadovoljstva poslom. Time se može povećati cjelokupni učinak cijele zdravstvene jedinice, što bi zauzvrat povećalo kvalitetu pruženih usluga. Jednako je važna činjenica da postoji povećani osjećaj zadovoljstva poslom kod radnika u zdravstvenim organizacijama i osjećaj pravde unutar jedinice. Objektivna prosudba napredovanja i povećanja plaća, racionalna podjela dužnosti i rada unutar jedinice, pravedna raspodjela smjena i nepristran odnos administracije značajni su čimbenici koji mogu utjecati na zadovoljstvo poslom nemedicinskog i medicinskog osoblja. Drugi važni čimbenici koji mogu dovesti do povećanog zadovoljstva poslom zdravstvenih radnika su čimbenici vezani uz radne uvjete i radnu okolinu. Ti čimbenici posebice uključuju postojanje udobnih i funkcionalnih radnih mjesta i odmora osoblja, postojanje odgovarajuće opreme i potrošnog materijala te odnose među zaposlenicima i odnose između zaposlenika i uprave. Čimbenici koji povećavaju zadovoljstvo poslom medicinskog i medicinskog osoblja su dobra komunikacija koja bi trebala biti recipročna, timski rad i suradnja te postojanje dobrih odnosa i poštovanja unutar zdravstvene jedinice. Još jedan čimbenik koji povećava zadovoljstvo poslom zdravstvenih djelatnika je priznanje njihovog rada i zahvalnost koju dobivaju od svojih kolega, uprave i pacijenata. Kada se rad zaposlenika priznaje, oni imaju povećanu razinu zadovoljstva poslom. Osim priznanja za njihov rad, zaposlenici su vrlo zadovoljni svojim poslom kada postoje prilike za razvoj i rast unutar zdravstvene jedinice. Postoji potreba da ovi uvjeti budu prisutni u zdravstvenim jedinicama kako bi se povećalo zadovoljstvo poslom njihovog osoblja. Drugi važni čimbenici koji povećavaju zadovoljstvo poslom zaposlenika uključuju dodjelu važnih odgovornosti njima i dopuštanje da sudjeluju u procesu donošenja odluka. To će kod njih stvoriti osjećaj da je važno provoditi važne odluke i radnje unutar jedinice, čime će se povećati njihovo zadovoljstvo poslom. Iz navedenog, menadžment i vodstvo u svakoj zdravstvenoj jedinici trebaju uzeti u obzir čimbenike koji mogu povećati zadovoljstvo poslom svojih zaposlenika. Na taj način će moći povećati svoju učinkovitost i produktivnost te učiniti rad zdravstvene jedinice puno učinkovitijim i uspješnijim, povećavajući zadovoljstvo korisnika zdravstvenih usluga.

Posljednjih godina posebno je izražen interes za motiviranje zdravstvenih radnika jer se čini da je to ključno za kvalitetu i učinkovitost pruženih usluga. Motiviranje zdravstvenih radnika je neophodan i važan proces jer osigurava njihovu predanost i svojoj organizaciji i poslu koji obavljaju. Time se povećava kvaliteta rada zdravstvenog i administrativnog

osoblja. Stoga se očekuje da će pacijenti biti zadovoljni ne samo uslugama koje dobivaju, već i odnosima koje razvijaju s liječnicima, medicinskim sestrama i administrativnim osobljem zdravstvenih jedinica. Učinak motiviranosti zdravstvenih radnika na kvalitetu zdravstvene njege pacijenata potvrđuju i Babić i suradnici.³³ Konkretno, svojim su istraživanjem pokazali da će zdravstveni radnici koji nisu motivirani od strane uprava zdravstvenih jedinica u kojima su zaposleni vrlo vjerojatno pružati nesigurne zdravstvene usluge. Zdravstveni radnici možda ne percipiraju poticaje na način na koji to doživljavaju zaposlenici u drugim sektorima. Također tvrde da se pojedine kategorije zdravstvenih radnika mogu motivirati na različite načine i stupnjeve zbog njihovih različitih potreba i zahtjeva. Financijske nagrade obično nisu poticaj liječnicima da povećaju svoj učinak. To je suprotno onome što se događa u mnogim različitim industrijama, kao i s drugim kategorijama zdravstvenih radnika. Umjesto toga, čini se da su liječnici motivirani kada ispune svoje ciljeve i priznaju ih i uprava bolnice i kolege. Identificiranje čimbenika koji motiviraju zdravstvene radnike također je značajan predmet istraživanja.³⁴ Pokušali su utvrditi postoje li razlike između poticaja koji motiviraju zaposlenike u privatnom i javnom zdravstvenom sektoru. Rezultati istraživanja su pokazali da nisu svi zaposlenici motivirani materijalnim nagradama jer su one vrlo niske, a zaposlenici u privatnom sektoru su pozitivno motivirani postojanjem sigurnosnih uvjeta.³⁵ Također, i u privatnom i u javnom sektoru, čini se da su zdravstveni radnici pozitivno motivirani među vršnjačkim odnosima i podrškom koja se razvija među njima. Nasuprot tome, čini se da zaposlenici u privatnom i javnom sektoru nisu zadovoljni načinom na koji ih nadređeni ocjenjuju, što im ne pomaže u motivaciji. Rezultati idu u istom smjeru što se tiče razvojnih poticaja koji se daju privatnom i javnom zdravstvenom sektoru, a koji su vrlo ograničeni i ne mogu motivirati zdravstvene radnike da povećaju svoj učinak.³⁶ Različite motivacije mogu dovesti do napredovanja zdravstvenih radnika, koje mogu biti unutarnje ili vanjske. Karakteristično je da su njihova vjera, vrijednosti i samo učinkovitost unutarnji čimbenici koji utječu na njih ili ih motiviraju; ekonomski dobici i radni uvjeti vanjski su motivi koji mogu utjecati na njihov učinak. Identificirali su različite poticaje koje može ponuditi uprava zdravstvenih ustanova kako bi se zdravstveni radnici mogli motivirati i povećati njihova učinkovitost.³⁷ Takvi poticaji su

³³ Babić, Kordić, Babić, Razlike u motivaciji zdravstvenih djelatnika u javnim i privatnim domovima zdravlja, 47

³⁴ Ibid

³⁵ Ibid, 51

³⁶ Mariappan, Analiza karakteristika poslova njegovatelja u bolnicama javnog sektora, 259

³⁷ Janus, Zadovoljstvo poslom i motivacija među liječnicima u akademskim medicinskim centrima, 33

sudjelovanje u procesu donošenja odluka, sudjelovanje u obrazovnim programima, postojanje sigurnosnih uvjeta u radnom okruženju, dobri odnosi među kolegama kao i korektan odnos nadređenih. Ipak, čini se da su najvažniji poticaji financijske nagrade koje zdravstvenim radnicima daje uprava zdravstvenih ustanova.

Studije pokazuju da je spol značajan faktor u razlikovanju potreba zdravstvenih radnika, a time i motivacije onih koji pozitivno utječu na njihovo ponašanje.³⁸ Točnije, percepcije i društveni stereotipi utječu na njihove potrebe i stoga traže motivacije kako bi bili motivirani. Zdravstvene radnice se lakše motiviraju plaćom u usporedbi s muškarcima. Za žene je najznačajniji motivator plaća dok su za muškarce to karakteristike posla. Kao i spol, može se reći i da je dob zdravstvenih radnika odlučujući čimbenik u razlikovanju motivacija koje mogu dovesti do napredovanja zdravstvenih radnika, također, možemo spomenuti i demografske karakteristike kao utjecaj na stavove zaposlenika o važnim čimbenicima koji mogu utjecati na njihovu izvedbu i zapravo ih motivirati. Također je važno napomenuti da položaj zaposlenika u zdravstvenoj jedinici utječe na njihove potrebe i zahtijeva formiranje različitih politika od strane menadžmenta za njihovo motiviranje.

3.3. Kvaliteta usluga u zdravstvu

Hrvatska ima veliki broj zdravstvenih ustanova, kako u javnom tako i u privatnom sektoru. Samim zdravstvom upravljaju Ministarstvo zdravstva i Ministarstvo financija. Prema Lancetovom Indeksu pristupa i kvalitete zdravstvene zaštite za 2016. godinu,³⁹ od 195 zemalja, Hrvatska je na 30. mjestu, jedno mjesto ispod SAD-a. Prema Euro Health Consumer Indexu (EHCI), koji mjeri kvalitetu i dostupnost zdravstvene zaštite, zemlja je bila rangirana na 24. mjesto od 35 europskih zemalja u 2018.⁴⁰, što je ostavlja iza susjednih zemalja Srbije, Slovenije i Crne Gore. Međutim, u Hrvatskoj je nacionalno zdravstveno osiguranje obvezno, pa država stoga ima univerzalnu pokrivenost. Javno zdravstvo u Hrvatskoj pokriva neke velike zahvate, poput transplantacije, ali dugo se čeka na operacije i preglede kod specijalista. Također postoje neki problemi s pristupom postupcima kao što je CT skeniranje. Zemlja ima visoku stopu smrtnosti, a glavni uzroci smrti su rak,

³⁸ Rosak-Szyrocka J, Motivacija zaposlenika u zdravstvu, 22

³⁹ The Lancet, Mjere uspješnosti prema Indeksu pristupa i kvalitete zdravstvene zaštite, 2243

⁴⁰ Euro health Consumer indeks 2018.

kardiovaskularne bolesti i moždani udar. Kao i u mnogim razvijenim zemljama, nezarazne bolesti ili nezarazne bolesti sada su najveće ubojice. Hrvatska također još uvijek ima relativno visoku stopu smrtnosti dojenčadi. Ipak, standard zdravstvene zaštite u javnom i privatnom sektoru općenito se smatra dobrim. U regiji postoji 79 javnih bolnica i klinika u zemlji. Zdravstvena skrb u Hrvatskoj nije besplatna i morat ćete platiti participaciju od 20% cijene bilo kojeg medicinskog tretmana koji primete, a najviše 300 EUR. Mnogi iseljenici ugovaraju dopunsko zdravstveno osiguranje kod HZZO-a (Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje) kako bi pokrili svoje participacije. Na primjer, ako se selite iz UK-a, trebali biste moći prenijeti svoja zdravstvena prava u Britaniji na HZZO. Ukoliko ste nezaposleni, morat ćete platiti HZZO-u fiksni jednokratni iznos za godišnje zdravstveno osiguranje. Vaše uzdržavane osobe također će biti pokrivene vašim osiguranjem. HZZO pokriva niz zdravstvenih usluga kao što su hitno liječenje, primarna zdravstvena zaštita, hospitalizacija, medicinski testovi, njega roditelja te lijekovi na recepte za koje možda postoji mala participacija kao dodatak na cijenu lijeka. Posjet liječnika ukoliko ne posjedujete dopunsko zdravstveno osiguranje košta otprilike 1,5 EUR, dok je boravak u bolnici određen na 13 EUR dnevno ukoliko ne posjedujete dopunsko zdravstveno osiguranje, koje u prosjeku košta oko 10 EUR mjesečno. Boravak u bolnici je ograničen na otprilike 300 EUR,⁴¹ dok najnovije informacije govore da su se od 1. travnja 2023. povećale naknade za bolnička i ambulantna liječenja, tako da najniža participacija za ambulantno liječenje iznosi oko 3 EUR dok je naknada za pacijente ograničena na otprilike 600 EUR. Mogu se spomenuti i EKZO kartice koje mogu koristiti građani Europske unije. Tim karticama građani EU imaju puno pravo koristiti zdravstvene usluge hitnog prijema, ali moraju obavezno platiti participacije na preglede s obzirom da nisu u mogućnosti ostvariti pravo na dopunsko zdravstveno osiguranje, također, EKZO je moguće koristiti samo u javnim i državnim ustanovama, privatne ustanove ne podržavaju takav oblik sufinanciranja.

Stanovnici RH mogu odabrati i privatno liječenje, izbjegavaju dugo čekanje i vjeruju da dobivaju kvalitetnije liječenje. Nažalost, takve usluge nisu besplatne, a nisu ni u rangu prosječnih plaća kako bi ih svatko mogao priuštiti. Postoje programi poluprivatnih ustanova gdje iste te ustanove imaju ugovore za HZZO-om i mogu pružati privatne usluge, ali i usluge na plaćanje HZZO uputnicom. Poluprivatnici svoje termine za uputnice određuju u različitim vremenskim periodima (svaka 3 ili 6 mjeseci), međutim tada je potrebno biti dovoljno brz

⁴¹ Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Šifarnici HZZO-a, Sudjelovanje u troškovima ZZ, <https://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/sifarnici-hzzo-0>

kako bi se taj termin dobio jer su ograničeni sa brojem termina. Usluge o kojima se govori najčešće MR, CT i slične pretrage za koje se čeka otprilike godinu dana u javnim ustanovama.

Hrvatska razvija sustav praćenja i analize kvalitete već više od 15 godina. Jedan od strateških ciljeva Nacionalne strategije razvoja zdravstva 2012.-2020. bila je poboljšati učinkovitost i djelotvornost zdravstvenog sustava, a jedan od prioriteta bio je poboljšanje kvalitete skrbi, uključujući kroz kliničke smjernice, akreditaciju, plaćanje povezano s kvalitetom i procjenu zdravstvene tehnologije.⁴² Međutim, sveobuhvatna strategija poboljšanja kvalitete s djelovanjem, plan koji definira prioritete, pokazatelje uspješnosti i uloge/odgovornosti još uvijek nedostaje. Te su sada samo ti planovi preneseni u Nacionalni plan razvoja zdravstva za razdoblje od 2021. do 2027. godine. Zanimanje za kvalitetu zdravstvenog sustava dolazi sa različitih strana (uključujući Ministarstvo zdravstva, Hrvatsko zdravstvo, zavod za zdravstveno osiguranje i civilno društvo), ali ne postoji sustavan pristup upravljanja kvalitetom u zdravstvu. Stope upućivanja iz primarne u specijalnu zdravstvenu zaštitu znatno su pale unazad 10 godina, sa 26,2% posjeta na 15,1%, što bi moglo biti posljedica poboljšanja kvalitetne primarne zdravstvene zaštite.⁴³

⁴² Ministarstvo zdravstva, Arhiva, Zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj, <https://zdravlje.gov.hr/arhiva-80/ministarstvo-zdravlja/zdravstvene-ustanove-u-republici-hrvatskoj/656>

⁴³ Vlada RH, Nacionalna strategija zdravstvene zaštite 2021.-2027., 13

4. ISTRAŽIVANJE STAVOVA ZAPOSLENIH U ZDRAVSTVU

Istraživanje koje je provedeno u Kliničkoj bolnici Merkur, Zagreb odnosi se na stavove i ponašanje zdravstvenih i nezdravstvenih djelatnika te njihov odnos prema radu u zdravstvenoj ustanovi. Klinička bolnica Merkur je bolnica smještena na istoku grada Zagreba, kao i većina zagrebačkih bolnica. Od 154 VSS kadrova u bolnici su 108 specijalista; 10 profesora, 2 docenta, 12 doktora znanosti, 33 magistra znanosti, 11 primarijusa, 16 asistenata i 6 stručnih suradnika.⁴⁴ U bolnici se godišnje liječi oko 18 000 bolesnika, učini se otprilike 8 000 operacija, a kroz polikliničke ambulante se godišnje pregleda otprilike 100 000 pacijenata. Bolnica surađuje sa još dvije institucije: Sveučilišna klinika Vuk Vrhovac, specijalizirana za dijabetes i bolesti metabolizma te Dom zdravlja "Željezničar" koji je specijaliziran za sistematske preglede i medicinsku rehabilitaciju. Merkur je počeo sa poslovanjem interne poliklinike 1930.g. koja mu je i danas najveća specijalnost kojom se bavi, uz mnoge druge manje poliklinike unutar centra. Klinička bolnica Merkur danas obavlja djelatnost bolničke i specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite te znanstveno-nastavnu djelatnost.⁴⁵ Prema hrvatskoj liječničkoj komori, od svih KBC i KB bolnica, s obzirom na uvjete rada, KB Merkur se nalazi na 6. mjestu, iza se nalaze samo još dvije bolnice (tablica 4).

Tablica 4. Rang lista - uvjeti rada

| RANG-LISTA UVJETI RADA | | |
|------------------------|------------------------|--------|
| RANG | KBC i KB | INDEKS |
| 1. | KBC Zagreb | 44.49% |
| 2. | KB Dubrava | 45.30% |
| 3. | KBC Rijeka | 45.49% |
| 4. | KBC Sestre milosrdnice | 47.04% |
| 5. | KBC Osijek | 49.40% |
| 6. | KB Merkur | 51.27% |
| 7. | KB Sveti Duh | 53.82% |
| 8. | KBC Split | 57.35% |

Izvor: Hrvatska liječnička komora

⁴⁴ KB Merkur, Povijest bolnice

⁴⁵ Statut Kliničke bolnice Kliničke bolnice Merkur, 1

Postoje mnoge prepreke prema veoma zadovoljnim radnicima u zdravstvu. Razumijevanje svih tih prepreka u zadovoljstvu i pozitivnom stavu radnika u zdravstvu ključna je za daljnji razvoj i provedbu intervencija kako bi se njihovo zadovoljstvo povećalo te kako bi se u konačnici nešto drastično promijenilo. Istraživanje je pokušalo razumjeti sposobnosti, prilike i motivacije koje omogućuju pozitivno ponašanje djelatnika.

4.1. Metodologija istraživanja

Istraživanje je provedeno u bolnici sa višestrukim različitim odjelima, te sa više od 1500 pregledanih pacijenata dnevno, što ambulantnih što ležećih pacijenata. Pružatelji usluga i drugi bolnički zaposlenici na odjelima skrbe o pacijentima koji boluju od raznih bolesti, primjer, transplantirani pacijenti, dijabetološki pacijenti, kardiološki pacijenti, otorinolaringološki pacijenti, pacijenti na intenzivnoj skrbi, pacijenti u potrebi za radiološkim pretragama, kirurški pacijenti i slično. Ukupno je bilo moguće ispitati 1200 radnika, liječnika, medicinskih sestara, medicinskih tehničara i nezdravstvenog osoblja, nije bilo moguće uključiti cijeli kadar u ispitivanje jer je dio osoblja dislociran na druge lokacije zbog obnove bolnice. Cilj je bio uključiti barem 10% osoblja u istraživanje.

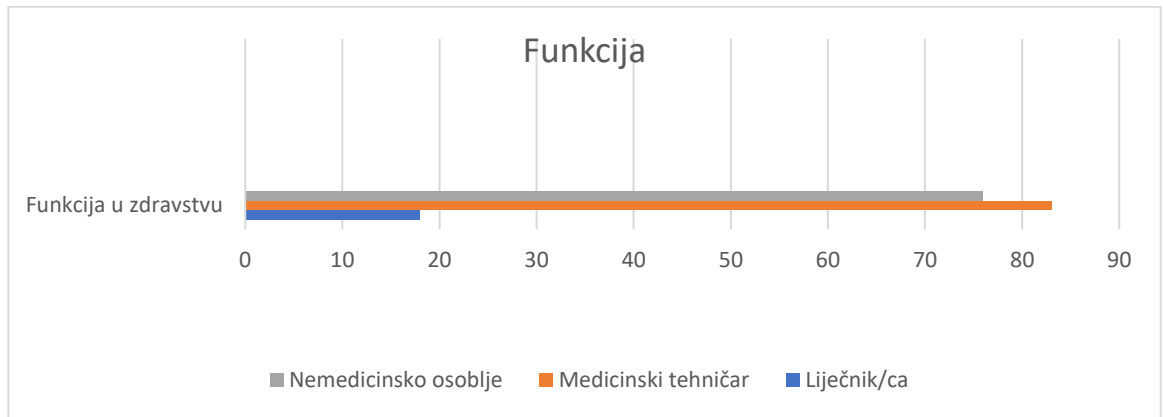
Zaposlenici su birani svaki dan slučajnim odabirom s obzirom na obujam posla i nedostatak radne snage, te kako je tko od osoblja bio u mogućnosti. Kako bi se osiguralo da su prikupljeni podatci točni te da osiguravaju točno informacije o zadovoljstvu radnika u zdravstvenoj ustanovi, osmišljena je anketa od 7 pitanja (Prilog 1) i preferencija radnika te su svi radnici ispitani osobno jer je ta metoda ispitivanja uživo bila najjednostavnija za provedbu. Upitnik je bio koncipiran tako da je imao ponuđene odgovore te su iz odgovora izračunati postotci koliko su radnici zadovoljni trenutnim zaposlenjem i stanjem u bolnici.

4.2. Rezultati istraživanja

Istraživanjem su obuhvaćene tri kategorije zaposlenika. Radnici su većinski žene, takva spolna struktura odražava realnu sliku hrvatskog zdravstva u kojem je mnogo više zaposlenih žena nego muškaraca. Usporedbe radi, u cijeloj upravi bolnice radi 30 žena i 5 muškaraca. Zaposleni su starosti od 18 do 60 godina, te je ispitivanje s obzirom na raspon godina veoma teško raspodijeliti na godine. Zaposlenici koji imaju više od 10 godina radnog staža su u prosjeku cijeli radni staž u istoj ustanovi. Struktura obrazovanja zaposlenih je

takva da je više od pola ispitanih sa višom ili visokom stručnom spremom dok je ostatak sa srednjom stručnom spremom ili nekvalificiran.

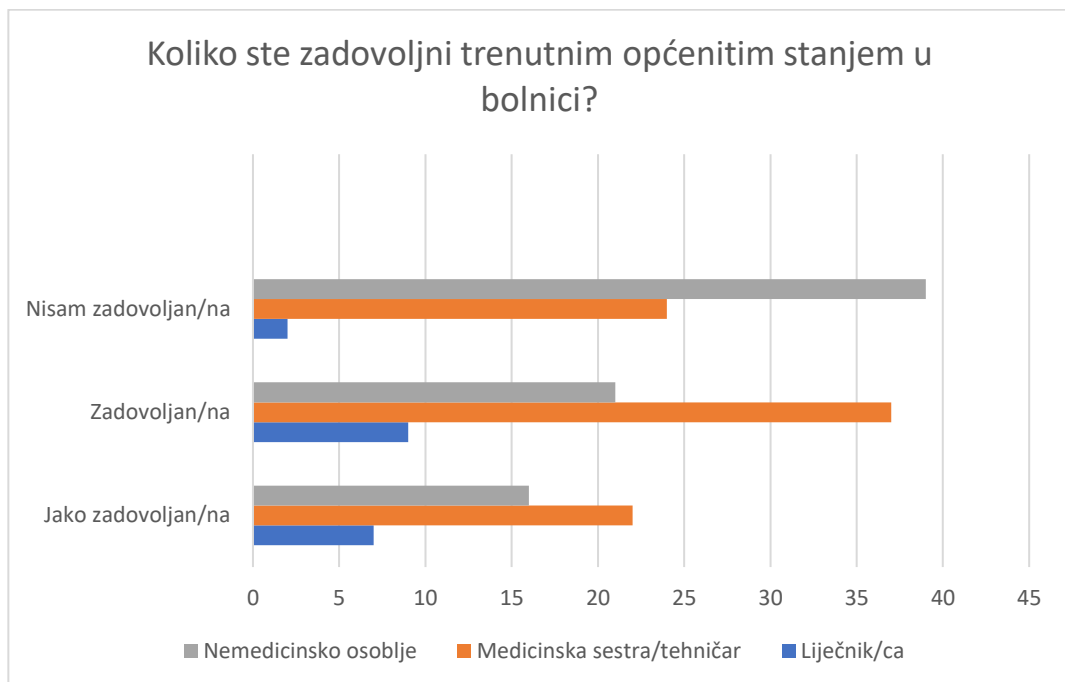
Analiza dobivenih rezultata podijeljena je na sljedeći način. Analizirani su podaci po pitanjima, te skupni podaci od svih ispitanika.



Grafikon 1. Raspodjela osoblja po kategorijama

Izvor: Izrada autorice prema rezultatima ankete

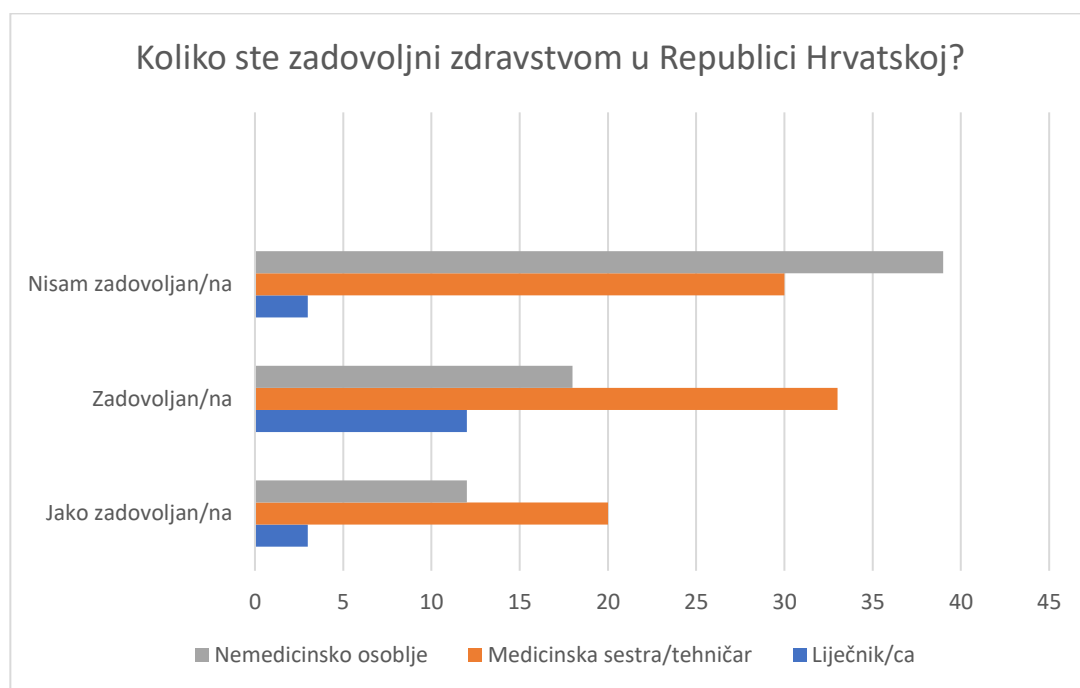
U grafikonu 1. prikazane su kategorije djelatnika koje su ispitane u anketi. Od ukupno 177 ispitanih djelatnika, liječnika je svega 18 (10%), medicinskih sestara/tehničara je pristupilo 86 (47%), dok je svoj odgovor na anketu dalo i 76 (43%) osoba koje su zaposlene kao nemedicinsko osoblje u bolnici.



Grafikon 2. Analiza odgovora iz anketnog upitnika

Izvor: Vlastita izrada autorice prema anketnom upitniku

Grafikon 2. prikazuje općenito stanje zadovoljstva u bolnici, 39% ili 7 liječnika se izjasnilo da su jako zadovoljni općenitim stanjem u bolnici, njih 50% je zadovoljeno trenutnim stanjem, dok je 11% ili samo 2 liječnika od ukupno ispitanih potpuno nezadovoljno. U slučaju medicinskih sestara/tehničara, njih 27% je jako zadovoljno općenitim stanjem, 45% ili 37 ispitanika je zadovoljno općenitim stanjem, dok je 29% nezadovoljno, može se zaključiti da je većinski dio zadovoljan stanjem u bolnici. Ukoliko govorimo o nemedicinskom osoblju tada se radi o rezultatu od 21% veoma zadovoljnih radnika, 28% zadovoljnih radnika te čak više od pola ispitanih ili 51% radnika je nezadovoljno općim stanjem u bolnici.

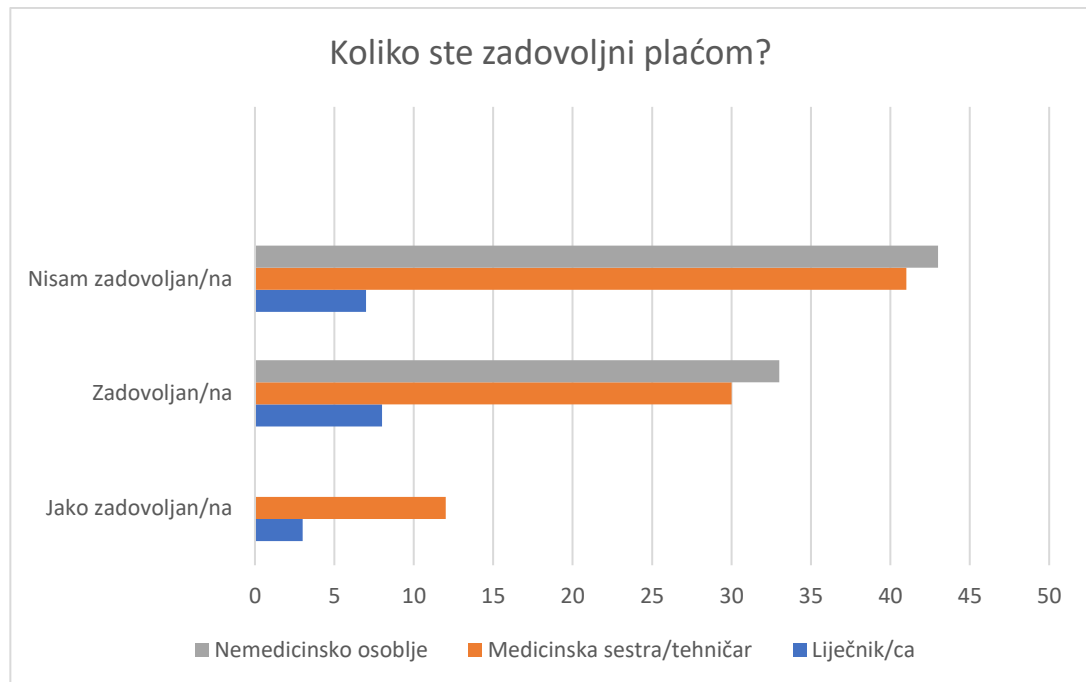


Grafikon 3. Analiza odgovora iz anketnog upitnika

Izvor: Vlastita izrada autorice prema anketnom upitniku

Grafikon 3. prikazuje stanje nakon odgovora na pitanje o zadovoljstvu zdravstvom u Republici Hrvatskoj. Liječnici su odgovorili ovako; 17% ili 3 od ukupno 18 ispitanih liječnika su veoma zadovoljni, 67% liječnika je zadovoljno zdravstvom, a također 17% liječnika nije zadovoljno funkcioniranjem zdravstva u Republici Hrvatskoj, što se tiče medicinskih sestara/tehničara, 24% je veoma zadovoljno, 40% je zadovoljno, dok je 36% nezadovoljno. Nemedicinsko osoblje je ponovno bilo podijeljeno od mišljenja medicinskog osoblja te su odgovorili njih 16% kao veoma zadovoljni, 24% zadovoljni zdravstvom, te čak 61% nezadovoljni zdravstvenim sustavom Republike Hrvatske. Iz dobivenih odgovora može se zaključiti je o stanju u bolnici i zdravstvu, mišljenje medicinskog osoblja daleko

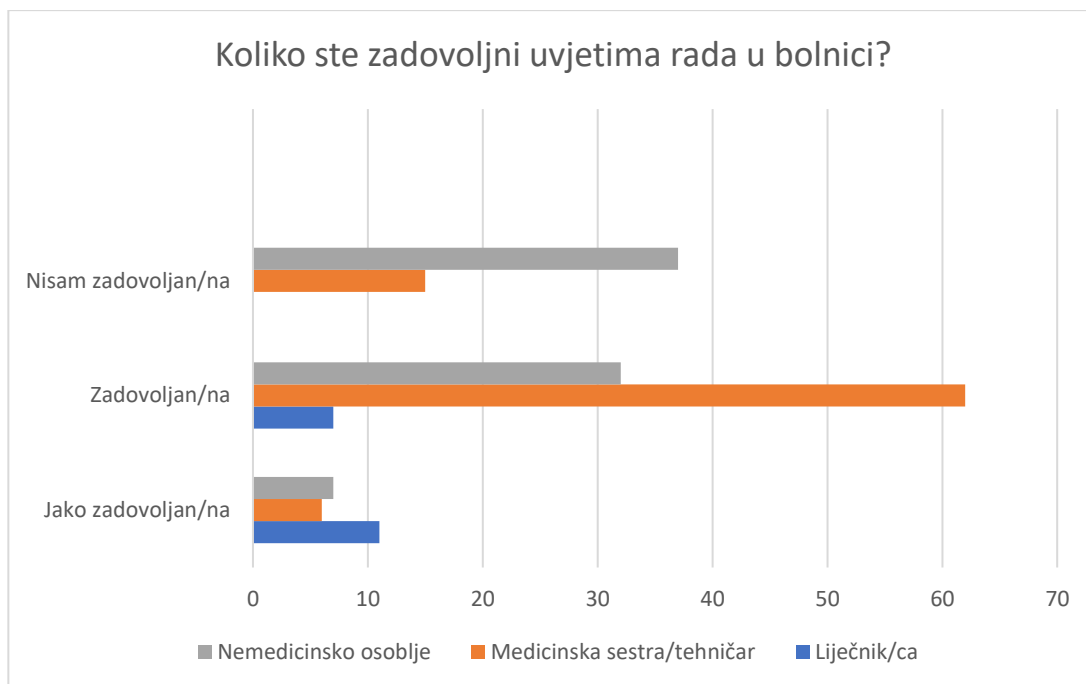
pozitivnije od mišljenja nemedicinskog osoblja, što daje jednu određenu sliku o općenitom pogledu na rad u zdravstvu.



Grafikon 4. Analiza odgovora iz anketnog upitnika

Izvor: Vlastita izrada autorice prema anketnom upitniku

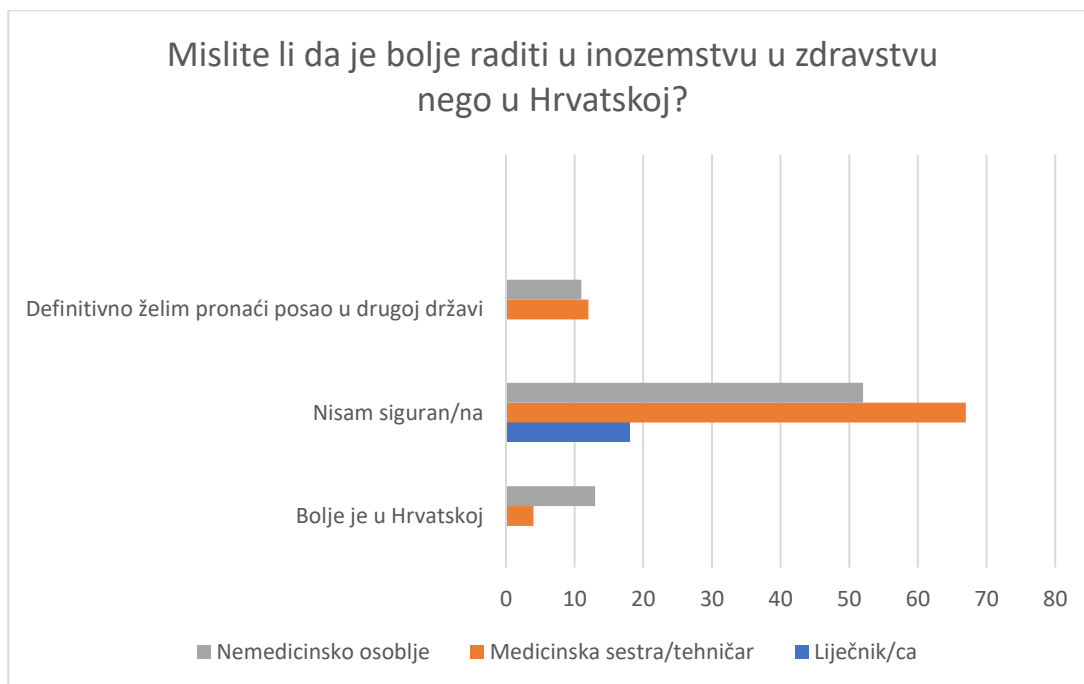
Grafikon 4. prikazuje zadovoljstvo plaćom koje je izraženo u sljedećim brojkama. Od ukupno 18 liječnika, njih 3 ili 17% je jako zadovoljno, 44% je zadovoljno plaćom, dok je 39% nezadovoljno, odnosno u grupi su liječnika koji smatraju da bi plaće trebale biti povećane. Kada se govori o medicinskim sestrama/tehničarima, njih 14% je veoma zadovoljno plaćom koju dobiju, a od ukupno njih 83, 30 ili 36% je zadovoljno plaćom, dok je 49% nezadovoljnih plaćom. Ponovno se dolazi do nemedicinskih djelatnika koji su mnogo nezadovoljniji i drugačijeg mišljenja od prethodne dvije skupine. Na pitanje o zadovoljstvu plaćom njih 0% izjasnilo se kao veoma zadovoljni, 43% su zadovoljni plaćom, a čak 57%, odnosno njih 43 od ukupno 76 je nezadovoljno plaćom.



Grafikon 5. Analiza odgovora iz anketnog upitnika

Izvor: Vlastita izrada autorice prema anketnom upitniku

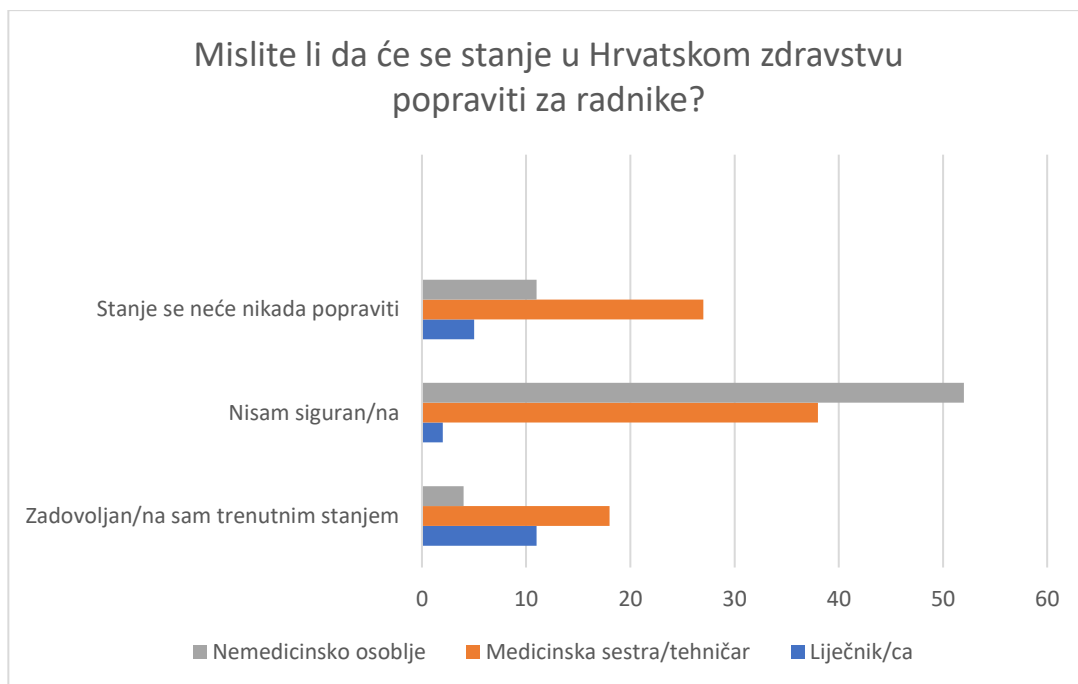
Grafikon 5. se odnosi na pitanja o zadovoljstvu uvjetima rada u zdravstvu. Liječnici su se izjasnili kao 61% njih veoma zadovoljno, 39% je zadovoljno, što ostavlja to da se nijedan liječnik nije izjasnio kao nezadovoljan uvjetima rada u bolnici. Tek 7% medicinskih sestara/tehničara je veoma zadovoljno uvjetima rada., a čak 62 ili 75% radnika je zadovoljno uvjetima rada. Kada se govori o nezadovoljstvu radnika njih 18% je nezadovoljno uvjetima rada. Posljednja skupina su nemedicinski radnici od kojih je samo 9% veoma zadovoljno uvjetima rada, 42% je zadovoljno, dok je ponovno čak njih 49% nezadovoljno uvjetima rada.



Grafikon 6. Analiza odgovora iz anketnog upitnika

Izvor: Vlastita izrada autorice prema anketnom upitniku

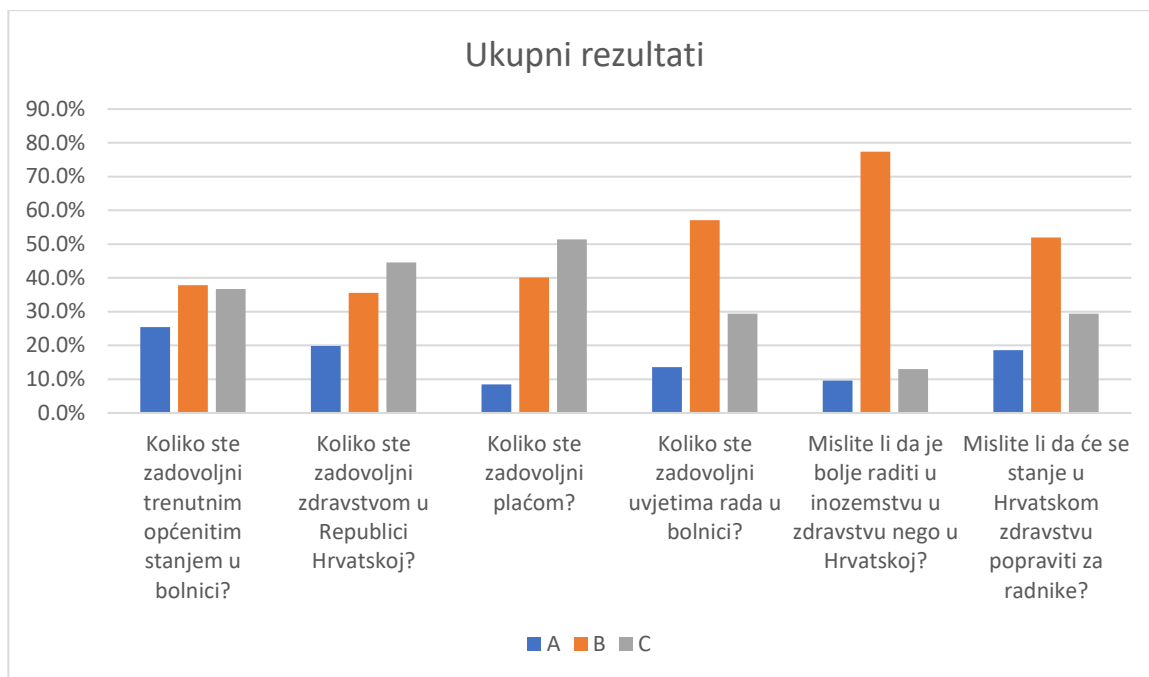
Grafikon 6. prikazuje odgovore na pitanje misle li ispitanici da je bolje raditi u inozemstvu u zdravstvu nego u Hrvatskoj, liječnici su odgovorili sljedeće; 100% odnosno svi ispitanici liječnici su ostali suzdržani te označili odgovor koji je glasilo Nisam siguran/na. Kod grupe medicinskih sestara/tehničara i nemedicinskog osoblja to nije bio slučaj. Od tri ponuđena odgovora, na prvi koji je glasilo da je bolje raditi u Hrvatskoj njih 5% je odgovorilo pozitivno, 81% kao i liječnici nije sigurno što je trenutno bolje, dok je 14% odlučilo potražiti posao u drugoj državi. Nemedicinsko osoblje je odgovorilo sljedećim brojkama. Njih 17% misli da je bolje raditi u Hrvatskoj, 68% nije sigurno kako je raditi u drugoj državi, dok njih 14% želi otići iz Hrvatske raditi u drugu državu.



Grafikon 7. Analiza odgovora iz anketnog upitnika

Izvor: Vlastita izrada autorice prema anketnom upitniku

Grafikon 7. prikazuje posljednje pitanje na upitniku koje glasi misle li ispitanici da će se stanje u hrvatskom zdravstvu popraviti za radnike, 61% liječnika je zadovoljno kakvo trenutno stanje je, 11% ili 2 od ukupnog broja ispitanih liječnika nije sigurno kakvo će stanje biti, dok je 28% liječnika mišljenja da se stanje u hrvatskom zdravstvu nikada neće popraviti za radnike. Samo 22% od ukupnog broja ispitanih medicinskih sestara/tehničara je zadovoljno trenutnim stanjem, njih 46% nije sigurno kakvo je stanje, dok je njih 33% sigurno da se stanje u hrvatskom zdravstvu neće popraviti. Posljednja skupina ispitanika, nemedicinsko osoblje je također ostalo suzdržano na ovom odgovoru, te je 68% njih odgovorilo drugim odgovorom, odnosno da nisu sigurni kakvo će stanje biti, tek njih 5% je zadovoljno stanjem u hrvatskom zdravstvu, a 26% ili 20 ispitanika je odgovorilo da se stanje nikada neće popraviti.



Grafikon 8. Ukupna analiza rezultata.

Izvor: Vlastita izrada autorice

Grafikon 8. pokazuje analizu rezultata prema odgovorima u odnosu na ukupan broj ispitanika. Tako da je postotak ispitivanja odlučan ukupnim brojem (177) ispitanih zaposlenika. Ukupno je 25,4% ispitanika veoma zadovoljno stanjem u bolnici, 37,9% ispitanika je zadovoljno dok je 36,7% ispitanika nezadovoljno stanjem u bolnici. Kada su ispitanici upitani o zadovoljstvu zdravstvom u Republici Hrvatskoj dobiveni su sljedeći rezultati, 19,8% ispitanika je veoma zadovoljno zdravstvom u Republici Hrvatskoj, 35,6% ispitanika je zadovoljno, a 44,6% ispitanika je veoma nezadovoljno. Ispitanici su potom upitani o zadovoljstvu plaćom, 8,5% zaposlenika je veoma zadovoljno svojom plaćom, 40,1% zaposlenika je zadovoljno s onim što zarade mjesečno dok je čak 51,4% ispitanika nezadovoljno plaćom koju dobiju radom u bolnici. Ispitanicima je postavljeno pitanje i o zadovoljstvu uvjetima rada u bolnici te su dobiveni sljedeći odgovori, 13,6% ispitanika je veoma zadovoljno uvjetima rada, 57,1% zaposlenika je zadovoljno, te 29,4% zaposlenika koji uopće nisu zadovoljni uvjetima rada u bolnici. Kada su ispitanici upitani o preferencijama i mišljenju o radu u inozemstvu odgovorili su da 9,6% radnika misli da je stanje u Hrvatskoj bolje nego u inozemstvu, 77,4% radnika nije sigurno kakvi su uvjeti u inozemstvu u odnosu na Hrvatsku, dok 13% radnika razmišlja o definitivnom pronalasku zaposlenja u inozemstvu. Posljednje pitanje u anketnom listiću odnosilo se na to misli li ispitanik da će se stanje u Hrvatskom zdravstvu popraviti za radnike te su dobiveni rezultati,

18,6% radnika je zadovoljno trenutnim stanjem u zdravstvu, 52% radnika nisu sigurni ili ne razmišljaju o tome hoće li se stanje popraviti, dok 29,4% radnika odlučno tvrdi da se stanje u zdravstvu Hrvatske nikada neće popraviti.

Analiza rezultata istraživanja pokazuje da je većinski dio radnika nezadovoljan uvjetima rada, plaćom i odnosima u zdravstvu Republike Hrvatske te da ih nekolicina smatra da se taj način rada i vrednovanja rada nikada neće promijeniti. Svakako većina radnika odlučuje i ne maknuti se s radnog mjesta koje trenutno imaju bez obzira na mišljenje o izrazito lošim uvjetima rada. Svakako su radnici najnezadovoljniji plaćom, a upravo je plaća ono što bi trebalo radnike činiti veoma zadovoljnim na svom radnom mjestu jer je to primarni razlog zašto netko i obavlja rad u djelatnosti za koju je specijaliziran.

5. ODRŽIVI RAZVOJ ZDRAVSTVENOG SUSTAVA REPUBLIKE HRVATSKE

Ekonomisti resurse smatraju čimbenicima proizvodnje, tj. rad, kapital i poduzetništvo. Cijena koja se plaća radu za njegov doprinos procesu proizvodnje naziva se plaća. Radna snaga je produktivnija što je kvalitetniji rad (fizički i mentalni). Kapital se odnosi na proizvedene resurse kao što su tvornice i strojevi, tj. robu koju je napravio čovjek i koja se koristi u proizvodnji drugih dobara. Poduzetnici su vitalni pokretač gospodarskog rasta koji pomaže u izgradnji nekih od najvećih tvrtki, kao i nekih malih poduzeća u vašem susjedstvu. Plaćanje koje poduzetnik dobiva je dobit kao nagrada za rizik koji preuzima.

Zdravstveni sustavi odgovorni su za pružanje usluga koje poboljšavaju, održavaju ili obnavljaju zdravlje pojedinaca i njihovih zajednica. Prema WHO-u, to uključuje skrb koju pružaju bolnice i obiteljski liječnici, ali i manje vidljive zadatke kao što su prevencija i kontrola zaraznih bolesti, promicanje zdravlja, planiranje zdravstvene radne snage i poboljšanje društvenih, ekonomskih i ekoloških uvjeta u kojima ljudi žive. Održivost u najširem smislu znači: osiguravanje zdravih života i promicanje blagostanja za sve i u svim dobima tijekom dugog vremenskog razdoblja.

Financijska održivost oslanja se na različite izvore prihoda (porezi, porezi na plaće, premije, izdaci iz vlastitog džepa itd.), što omogućuje da podupre svoje stalne napore i poduzme nove inicijative. Kućanstva bi trebala doprinositi zdravstvenom sustavu na temelju svoje platežne sposobnosti. Financijska zaštita trebala bi osigurati da troškovi skrbi ne dovedu ljude u opasnost od financijske katastrofe. Kako bi se poboljšala fiskalna održivost zdravstvenih sustava, moglo bi se pokušati restrukturirati resurse na različitim razinama. Zdravlje u svim područjima života i kroz život također je važno, ali je više cilj nego sustav. Konačno, to je međuigra između pacijenata i pružatelja medicinskih usluga u javnom, privatnom, polu-javnom i samoupravnom sektoru. Cjelokupni sustav uglavnom je vođen interesima svih sudionika.

5.1. Postizanje održivog razvoja

Ciljeve održivog razvoja (SDG), također poznate kao Globalni ciljevi, usvojili su Ujedinjeni narodi 2015. godine kao univerzalni poziv na akciju kako bi se okončalo

siromaštvo, zaštito planet i osiguralo da do 2030. svi ljudi uživaju u miru i prosperitetu. 17 ciljeva održivog razvoja je integrirano – prepoznaje da će djelovanje u jednom području utjecati na ishode u drugim područjima i da razvoj mora uravnotežiti društvenu, ekonomsku i ekološku održivost. Zemlje su se obvezale dati prioritet napretku onima koji najviše zaostaju. Ciljevi održivog razvoja osmišljeni su za iskorjenjivanje siromaštva, gladi, AIDS-a i diskriminacije žena i djevojčica. Kreativnost, znanje, tehnologija i financijski resursi iz cijelog društva potrebni su za postizanje ciljeva održivog razvoja u svakom kontekstu. Mnogi izazovi s kojima se čovječanstvo suočava, poput klimatskih promjena, nestašice vode, nejednakosti i gladi, mogu se riješiti samo na globalnoj razini i promicanjem održivog razvoja: predanost društvenom napretku, ekološkoj ravnoteži i gospodarskom rastu. Kao dio novog plana održivog razvoja, Ujedinjeni narodi odobrili su Agendu 2030. koja sadrži ciljeve održivog razvoja, poziv na akciju za zaštitu planeta i jamčenje globalne dobrobiti ljudi. Ovi zajednički ciljevi zahtijevaju aktivno uključivanje pojedinaca, poduzeća, uprava i zemalja diljem svijeta.

Inicijativa Svijet u 2050. (TWI2050) pokrenula je izvješće 'Transformacije za postizanje ciljeva održivog razvoja' na Političkom forumu Ujedinjenih naroda na visokoj razini u New Yorku. Ovo izvješće navodi šest ključnih transformacija koje će omogućiti svijetu da ispuni ciljeve održivog razvoja Ujedinjenih naroda.

Šest ključnih transformacija:⁴⁶

- Održivi razvoj je društveni, a ne okolišni izazov. Potreban je značajan napredak u ljudskim kapacitetima kroz poboljšanja obrazovanja i zdravstvene zaštite – što, između ostalog, rezultira višim prihodima i boljim odlukama o okolišu.
- Odgovorna potrošnja i proizvodnja presijecaju nekoliko drugih prijelaza, omogućujući da se učini više s manje resursa – potrebno je usvojiti pristup kružnom gospodarstvu i smanjiti potražnju.
- Moguće je dekarbonizirati energetske sustav oko 2050. uz pružanje čiste i pristupačne energije za sve – uključujući energetske učinkovitost, više obnovljivih izvora energije i elektrifikaciju.

⁴⁶ TWI2050 - e Svijet 2050., Transformacije za postizanje ciljeva održivog razvoja, 6

- Ostvariti pristup hranjivoj hrani i čistoj vodi za sve, uz zaštitu biosfere i oceana, zahtijeva učinkovitije i održivije prehrambene sustave – na primjer povećanjem poljoprivredne produktivnosti i smanjenjem potrošnje mesa.
- Pametni gradovi: Transformacija obrazaca naseljavanja donijet će koristi svjetskom stanovništvu i okolišu – poput „pametne” infrastrukture, pristojnog stanovanja i visoke povezanosti.
- Digitalna revolucija: znanost, tehnologija i inovacije trebaju podržati održivi razvoj. Mnogo toga ovisi o tome kako će svijet upotrijebiti revoluciju informacijske tehnologije – nastavljajući postojeće trendove ili ih preokrećući uspostavljanjem društvene kontrole nad njima

Nakon usvajanja Agende 2030. (koja postavlja 17 ciljeva održivog razvoja kojima je cilj osigurati održiviju budućnost za sve), još uvijek postoji dug put do postizanja ovih ciljeva. Izvješće TWI2050 tvrdi da je globalna transformacija još uvijek moguća, ali zahtijeva snažnu političku predanost te trenutnu i ambicioznu akciju. Izvješće predstavlja šest ključnih transformacija potrebnih za postizanje ciljeva održivog razvoja na upravljiv način, na temelju glavnih pokretača društvenih promjena, uključujući ljudski kapacitet, potrošnju i proizvodnju, dekarbonizaciju i digitalnu revoluciju.

5.2. Održivi razvoj u zdravstvenom sustavu

Održivost je definirana kvalitetom antropogene aktivnosti koju treba provesti bez iscrpljivanja raspoloživih resursa i bez uništavanja okoliša, a time i bez ugrožavanja mogućnosti zadovoljenja potreba sljedećih generacija. Dok je kvaliteta definirana sposobnošću da se zadovolji dobro izvršenje zahtjeva aktivnosti, nastavak ove sposobnosti tijekom vremena je održivost koja se odnosi na organizacijsko dugoročno zdravlje. Ljudska prava sastoje se od čitavog niza osnovnih prava na koja svi ljudi imaju pravo, uzimajući u obzir dvije široke kategorije ljudskih prava, građanska i politička, koja su u kontekstu zdravstvene zaštite izravno povezana s promicanjem jednakih mogućnosti, pristupa zdravstvenoj zaštiti te također promicanje održivog i odgovornog ponašanja. Održivi okoliš neophodan je za potpuno poštivanje širokog spektra ljudskih prava, uključujući pravo na život i zdravstvenu skrb. U tom kontekstu često se koristi izraz “održivi razvoj” prema kojem se potrebe sadašnjih generacija zadovoljavaju bez iscrpljivanja raspoloživih resursa, bez

uništavanja okoliša i bez ugrožavanja sposobnosti budućih generacija da osiguraju potrebne resurse, što znači dobra kvaliteta života koja podupire ljudska prava za sadašnje i buduće generacije.

Stavljanje bolnica i ustanova za njegu u fokus analize s obzirom na performanse održivosti počinje u fazi projektiranja i izgradnje takvih ustanova. Stvaranjem održivijih zgrada, učinak zaštite okoliša u zdravstvenom sektoru može se značajno poboljšati. Donošenje održivih odluka pri planiranju nove zgrade ili poboljšanju stare postavlja okvir za rad unutar bolničkih zidova. Nekoliko nordijskih arhitektonskih tvrtki mijenja način na koji projektiraju bolnice s arhitekturom liječenja i dizajnom temeljenim na dokazima, za koje je dokazano da poboljšavaju oporavak pacijenata i štede važne resurse. To podupire održivost ne samo u društvenom i ekološkom smislu, već i u ekonomskom smislu. Nakon što je zdravstvena ustanova izgrađena kao dio ekosustava održivosti, postoji potreba za sposobnim upravljanjem. Veliki broj zdravstvenih ustanova, županija i regija uključen je u nacionalne ili EU projekte i druge aktivnosti vezane uz poboljšanje njihove održivosti.

Ove aktivnosti uključuju aspekte kao što su:⁴⁷

- Inovativna nabava,
- Dokazane tehnike za učinak na okoliš,
- Upravljačke strukture za održivost u svim odjelima,
- Prekogranična inovacija,
- Održive bolničke zgrade.

Provedba agende 2030. zahtijeva odgovor više dionika i više aktera. Inovacije i razvoj politike, tehnologije i istraživanja moraju uključivati dijalog između vlada, privatnog sektora, organizacija civilnog društva i nevladinih organizacija; što je najvažnije, potrebno je snažno uključivanje zajednice. Fokus agende 2030. na rješavanje potreba na razini zemlje temelji se na angažmanu svih aktera i sektora, za razliku od tradicionalnog pristupa jednog sektora odozgo prema dolje. Međusektorsko upravljanje je srž pristupa društvenim odrednicama zdravlja i rješavanja antimikrobne otpornosti pristupom jedinstvenog zdravlja. Točnije, kako bi se postigao cilj, kako bi se postigla univerzalna pokrivenost zdravstvenim uslugama, države članice moraju osigurati pristup zdravstvenim uslugama uvođenjem zaštite od katastrofalnih izdataka za zdravstvo. Prepreke i financijske poteškoće povezane sa slabim

⁴⁷ Europska komisija, Financiranje zdravstva, https://commission.europa.eu/funding-tenders/findfunding/find-calls-funding-topic/health-funding_hr

zdravstvenim sustavima i neadekvatnim mehanizmima financiranja ne samo da pogoršavaju zdravstvene nejednakosti, već i ali i ugroziti postizanje drugih ciljeva održivog razvoja. Na primjer, katastrofalna zdravstvena potrošnja gurnula je gotovo 100 milijuna ljudi u siromaštvo godišnje, dok je više od polovice svjetskog stanovništva ostalo bez pristupa osnovnim zdravstvenim uslugama. Većina plaćanja iz vlastitog džepa, uzrok katastrofalnih izdataka proizlaze iz visokih troškova lijekova, koji će vjerojatno rasti u skladu s globalnim porastom nezaraznih bolesti i potrebom za dugotrajnim liječenjem. Univerzalna pokrivenost zdravstvenim osiguranjem stoga bi mogla pridonijeti postizanju ciljeva održivog razvoja stvaranjem pravičnih i održivih zdravstvenih ishoda. Mnoge zdravstvene nejednakosti između ljudi s različitim socioekonomskim statusom pogoršane su prazninama u dobrom upravljanju. Na primjer, korupcija čini pristup zdravstvenim uslugama, lijekovima i informacijama mnogo težim za ranjive. Osim toga, čimbenici kao što su etnička pripadnost, spol i invaliditet mogu dodatno pogoršati ove zdravstvene razlike.⁴⁸ Stoga, pokazatelji praćenja koji mjere zdravlje ranjivih grupe su bitne. Praćenje statusa ravnopravnog pristupa zdravstvenoj skrbi također bi moglo rasvijetliti status ljudskih prava i socijalne jednakosti unutar država. Oni ljudi koji ne primaju odgovarajuće zdravstvene usluge vjerojatno su također u nepovoljnom položaju u drugim društvenim aspektima. Bolje razumijevanje čimbenika koji pridonose pristupu zdravstvenim uslugama pomoći će u oblikovanju politika za postizanje zdravstvenih ciljeva i podržati postizanje drugih ciljeva kao što su postizanje rodne ravnopravnosti, smanjenje siromaštva i poboljšanje obrazovanja.⁴⁹ Trenutačno nedostaju čvrsti podaci o zdravstvenim ciljevima i pokazateljima u mnogim zemljama; razvoj boljih alata za provedbu i mjerenje te povezivanje podataka među sektorima kamen je temeljac ciljeva održivog razvoja i trebao bi biti prioritet u dijalogu o globalnoj zdravstvenoj politici. Plan do 2030. također stavlja naglasak na ekološke odrednice zdravlja. Izvješće Svjetske zdravstvene organizacije iz 2016. Sprečavanje bolesti putem zdravog okruženja procjenjuje da se 23% svih smrtnih slučajeva može pripisati ekološkim problemima kao što su onečišćenje zraka, loši sanitarni uvjeti, izloženost zračenju i drugi uzroci povezani s okolišem.⁵⁰ Napredak u postizanju ciljeva održivog razvoja koji ciljaju na poboljšanje okoliša također će poboljšati zdravstvene pokazatelje. Dok zemlje predstavljaju nacionalna dobrovoljna godišnja izvješća na političkom forumu na visokoj razini održanom u New Yorku, nacionalnim i međunarodnim razvojnim zajednicama još uvijek nedostaju

⁴⁸ Manandhar, Spol, zdravlje i agenda 2030. za održivi razvoj, 645

⁴⁹ Fortune K i ostali, Promicanje zdravlja i agenda za održivi razvoj, 26

⁵⁰ Prüss-Ustün, Sprječavanje bolesti putem zdravog okoliša, 8

učinkoviti i djelotvorni mehanizmi prikupljanja podataka za bolje izvješćivanje o statusu napretka država članica prema ciljevima održivog razvoja. Ujedinjeni narodi i njihove specijalizirane agencije trebaju surađivati na rješavanju društvenih, komercijalnih, ekonomskih i ekoloških odrednica zdravlja i jačanju zdravstvenih sustava, pridonoseći postizanju svih ciljeva održivog razvoja.

5.3. Provedba koncepta održivog razvoja u zdravstvu Republike Hrvatske

Za uspješnu provedbu koncepta održivog razvoja u zdravstvu Republike Hrvatske potreban je niz rješenja tekućih problema. Jedan od problema koji najviše sprečava zdravstvo u njegovoj održivosti jesu financije. Problem bi se mogao riješiti kroz prihodovnu ili rashodovnu stranu. Za primjer, povećanje dohotka (poreza ili doprinosa za zdravstvo) bi se moglo provesti kroz relativno kratko vrijeme, dok reforme na strani rashoda zahtijevaju dulje razdoblje. Zdravstveni sustav se mora promijeniti iznutra – uvjeti organizacije rada i upravljačka tijela. Ne bi se smjeli stvarati novi dugovi. O dugovima treba razmišljati eventualno ako povećavaju učinkovitost samog zdravstvenog sustava u kontekstu kvalitete i dostupnosti zdravstvene zaštite. O povećanju prihoda zdravstvenog sustava odlučuje Ministarstvo financija, iako bi to možda trebalo biti Ministarstvo zdravstva.⁵¹ Kako je jačanje prihoda u domeni Ministarstva financija tako je povećanje učinkovitosti zdravstva u nadležnosti Ministarstva zdravstva i ostalih segmenata javnog zdravstvenog sustava, poput HZZO-a i zdravstvenih ustanova. Također, bilo bi poželjno povećati prihode od dopunskog zdravstvenog osiguranja, odnosno, police ne bi trebale biti skuplje nego što su sada, a trebale bi korisnicima pružati više. Ta promjena je moguća s obzirom da je limit po izdanom računu za dopunsko osiguranje porastao sa 300 EUR na 600 EUR. Mnoge zemlje se bave i kliničkim ispitivanjima kako bi došli do sredstava, Hrvatska u tom segmentu dostatno zaostaje za drugim zemljama EU. Godišnje se u istraživanje i razvoj ulaže 9,81 EUR po stanovniku, a usporedbe radi, u Sloveniji se ulaže 86 EUR po stanovniku, u Mađarskoj je to 24 EUR, dok Danska ulaže 280 EUR, a Belgija čak 311 EUR po stanovniku godišnje.⁵² Nesporno je da prostora za jačanje vlastitih prihoda ima.

⁵¹ Ministarstvo financija, Smjernice za izradu državnog proračuna RH, 12

⁵² EPFIA, Farmaceutska industrija u brojkama, 7

5.4. Provedba i aplikacija koncepta održivog razvoja u zdravstvu

Hrvatski zdravstveni sustav kontinuirano grca u dugovima⁵³. S obzirom da se u Hrvatskoj zdravstveni dugovi kontinuirano moraju otplaćivati, hrvatski zdravstveni sustav se opravdano može smatrati fiskalno neodrživim. Općenito govoreći, iznos i strukturu duga možete pronaći u raznim priopćenjima ili obrazloženjima Vlade ili Ministarstva zdravstva u Saboru. Vlada je u rebalansu državnog proračuna izvijestila i da hrvatsko zdravstvo mjesečno stvara oko 220 milijuna kuna dodatnih obveza.⁵⁴ Zbog prijetnji veledrogerija da će djelomično obustaviti opskrbu lijekovima i drugom medicinskom robom, Vlada je u rebalansu državnog proračuna u listopadu 2020. za sanaciju zdravstva izdvojila dodatnih 1,5 milijarde kuna.⁵⁵

Također, tijekom ožujka 2021. godine organiziran je tzv. ubrzani transfer 900 milijuna kuna ljekarnama i bolnicama. Evidentno je da je Vlada spremna pokriti značajan dio dospjelih dugova zdravstva i osigurati njegovu dugoročnu financijsku stabilnost. Činjenica je da će proračunski deficit biti pokriven dugom, čemu u prilog ide povoljna situacija na financijskom tržištu i povijesno niske kamate. Idealno je vrijeme da se iskoristi i situacija na financijskom tržištu i društvena spremnost na značajne reforme zdravstva, kao i da se osigura dugoročna stabilizacija hrvatskog zdravstvenog sustava. Od 1994. do 2021. Hrvatska je na sanaciju zdravstva potrošila 23,9 milijardi kuna.⁵⁶ Bez obzira na brojnim reformama i financijskim sanacijama, zdravstveni sustav doživljava stalne financijske poteškoće. Reforme provedene u posljednjih 25 godina uglavnom su usmjerene na smanjenje troškova i manje na neučinkovitosti koje su uzrokovale ove financijske probleme.⁵⁷ Reforme nisu uspjele rješavanje ključnih pitanja financiranja, dostupnosti i kvalitete zdravstvene zaštite, iako su se takve akcije uspjele nositi s najakutnijim financijskim problemima u kratki rok.

⁵³ Vlada RH. Izvješće Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku, <https://www.sabor.hr/radna-tijela/odbori-i-povjerenstva/izvjesce-sa-4-sjednice-odbora-za-zdravstvo-i-socijalnu-politiku>

⁵⁴ Ministarstvo financija Republike Hrvatske. Rebalans državnog proračuna za 2020. godinu i prijedlog državnog proračuna za 2021.-2023. godinu, 2

⁵⁵ Ibid, 4

⁵⁶ Šimović, Mihelja Žaja, Primorac, Fiskalna (ne)održivost hrvatskog zdravstvenog sustava, 18

⁵⁷ Vončina, Džakula, i Mastilica, Health care funding reforms in Croatia, <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.02.016>

Izazovi održivosti zdravstva bit će još veći u budućnost. U prošlosti je potrošnja na zdravstvo obično nadmašivala gospodarski rast.⁵⁸ Naravno, rast rashoda u zdravstvu ne može biti dugoročno zaustavljen, ali financiranje zdravstvenog sustava može i mora biti učinkovitije.⁵⁹ Iako je rast izdataka za zdravstvo usporen tijekom posljednjeg razdoblja ekonomske krize, još uvijek je veći od rasta BDP-a. Za očekivati je da će ovaj nešto sporiji rast rashoda za zdravstvo u odnosu na povijesni prosjek, nastaviti se do 2030. godine, ali će i dalje biti veći od rasta BDP-a.⁶⁰ Kriza izazvana COVID-19 uzrokovala je pad izdataka za zdravstvo tijekom 2020. Iako su se ulagala značajna sredstva (izravni trošak COVID-19) u borbi protiv koronavirusa ostali ne hitni segmenti zdravstvene zaštite su podbacili. Pacijenti su izbjegavali bolnice i klinike zbog straha od zaraze ili postavljanja ustanova u dodatno opterećenje za zdravstvene djelatnike i zdravstveni sustav, međutim, sada dolazi do polaganog popuštanja i ponovnog opterećenja sustava. U Hrvatskoj se taj pad najviše osjetio u poslovanju bolnica koje su u 2020 ostvarila 7% manje prihoda u odnosu na 2021. Kako bi olakšao zdravstvenim ustanovama HZZO je bolnicama plaćao oko 2 milijarde kuna više nego što je navedeno u njihovim troškovima. S druge strane, zdravstvo je bilo među prvim primateljima dodatnih vladinih financijskih sredstava. Standardne proračunske mjere u vezi s bolešću COVID-19 u zdravstvenom sektoru uključuju: financiranje nabave specijalizirane medicinske i osobne zaštitne opreme, proširenje ispitnih kapaciteta, angažiranje na dodatnu radnu snagu i isplate bonusa, potporu bolnicama.⁶¹ Navedeni su opći i specifični (COVID-19) uzroci budućeg rasta zdravstvenih troškova koji se odnose na većinu javnih zdravstvenih sustava diljem svijeta. Položaj Hrvatske posebno je izazovan zbog postojećeg zdravstvenog sustava velikog duga i njegove neodrživosti. Zbog toga bi značajke i probleme financiranja zdravstva u Hrvatskoj trebalo detaljnije analizirati.

⁵⁸ Blecher, Fiskalna održivost zdravstvenih sustava, 41

⁵⁹ Mihaljek, D, Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize?, 48

⁶⁰ Lorenzoni, Projekcije zdravstvene potrošnje do 2030., <https://doi.org/10.1787/5667f23d-en>

⁶¹ Blazey, Prilagodljivo financiranje zdravstva: proračun i zdravstvo, 10

ZAKLJUČAK

Evidentan je problem fiskalne održivosti hrvatskog zdravstvenog sustava. Da bi zdravstveni sustav pružao učinkovitu i kvalitetnu zdravstvenu skrb, zahtijeva adekvatno financiranje, odnosno mora biti fiskalno održiv. Hrvatska je među vodećim zemljama u EU po dostupnosti zdravstvene zaštite. Velik dio stanovništva obuhvaćen je obveznim zdravstvenim osiguranjem i ima pravo na zdravstvenu zaštitu, no tek je trećina osiguranika aktivno osigurana osoba na čiji se rad plaćaju doprinosi za zdravstveno osiguranje. Nadalje, niz čimbenika utječe na rast troškova zdravstvene zaštite, kao što su demografski trendovi, starenje stanovništva, napredak medicinske tehnologije te lijekovi koji zahtijevaju značajna ulaganja i generiraju visoke troškove. Hrvatska je među zemljama EU s najnižim izdvajanjima za zdravstvo, u smislu izdvajanja po stanovniku. Osim analize postojećeg stanja i identificiranja ključnih problema, potrebno je provoditi mjere za jačanje fiskalne održivosti hrvatskog zdravstvenog sustava i na prihodovnoj i na rashodovnoj strani. Osim političke volje, neophodna je i edukacija i podizanje svijesti o važnosti ovog problema. Rješavanje ovog problem zahtijeva bolje razumijevanje i suradnju Ministarstva financija i Ministarstva zdravstva u vezi objektivnih proračunskih ograničenja te financiranje ovog složenog i nužnog zdravstvenog sustava. Istražujući i analizirajući kadrove koji su veoma bitan dio cijelog zdravstvenog sustava dolazi se do zaključka da je većinski dio zdravstvenih djelatnika koji pokreću taj sustav nezadovoljan plaćom i uvjetima rada, dva osnovna pokretača za uspješniji i efikasniji rad. Potrebno je potaknuti i nagraditi djelatnike zdravstvenog sustava kako bi se lakše ophodili ionako teškim situacijama koje svaki dan prolaze u zdravstvenim ustanovama. Nadalje, nezadovoljstvo radnim mjestom i plaćom dovodi do odlaska radnika u druge institucije ili čak druge države, što je veoma nepovoljno za hrvatski zdravstveni sustav, i takve nepovoljne događaje je prijeko potrebno izbjegavati. Zdravlje je najbitnija stavka čovjekovog života te ako zdravstvene ustanove ne budu imale obrazovan i stručan kadar koji upravlja čovjekovim zdravljem vrlo brzo će sustav upasti u krizu, a nezadovoljstvom radnika sustav sve više kreće prema tome. Gledajući zdravstveni sustav izvana vidi se da sustav pati, da je kronično premalo zaposlenih, a i oni koji su tamo nezadovoljni su uvjetima rada i plaćom te nezadovoljstvo ispoljavaju na pacijentima i kadrovima u bolnici.

BIBLIOGRAFIJA

- Azevedo, M. J. Stanje zdravstvenog sustava u Africi: izazovi i prilike. U: *Povijesne perspektive stanja zdravlja i zdravstvenih sustava u Africi, svezak II. Afričke povijesti i modernosti*. 1-73 Palgrave Macmillan, Cham., 2017. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-32564-4> (pristupljeno 10. ožujka 2023.)
- Babić, Lepa, Boris Kordić, and Jovana Babić. "Razlike u motivaciji zaposlenih u državnim i privatnim domovima zdravlja." *Singidunum Journal of Applied Sciences* 11, no. 2 (2014): 45-53.
- Blazey, A., "Prilagodljivo financiranje zdravstva: mjere proračuna i zdravstvenog sustava za borbu protiv COVID-19." *OECD Journal on Budgeting*, 21(1), (2021): 1-27 <https://doi.org/10.1787/69b897fb-en> (pristupljeno 10. ožujka 2023.)
- Blecher, M., Fiskalna održivost zdravstvenih sustava – zašto je problem, što se može učiniti? *Fiskalna održivost zdravstvenih sustava: premošćivanje zdravstvenih i financijskih perspektiva*. str. 23-44., Pariz: OECD, 2015.
- Child, J. "Suradnja u krizi: Razmišljanje o odgovoru Australije na COVID-19." *Mc Kinsey and Company* (2020) <https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/collaboration-in-crisis-reflecting-on-australias-covid-19-response> (pristupljeno 11. ožujka 2023.)
- Državni zavod za statistiku, *Statistički ljetopis Republike Hrvatske 2018.*, Zagreb, 2018. ISSN 13333-3305
- Državni zavod za statistiku, *Bruto domaći proizvod i stvarna individualna potrošnja standardu kupovne moći u 2021*. Priopćenje, Godina LIX. Zagreb, prosinca 2022. NR-2022-2-3, ISSN 1334-0557. <https://podaci.dzs.hr/2022/hr/29156> (pristupljeno 30. svibnja 2023.)
- Džakula A i sur., "Croatia: Health system review. Health Systems in Transition." (2021) 23(2): i-146.
- Džakula A, Sagan A, Pavić N, Lončarek K, Sekelj-Kauzlarić K, Croatia: "Health system review. Health Systems in Transition." (2014);16(3):xvii-xviii, 1-162.
- EPFIA, Farmaceutska industrija u brojkama: ključni podaci 2020. Bruxelles: Europska federacija farmaceutskih industrija i udruženja., 2020.

- Euro health Consumer indeks 2018, objavljeno 2019. <https://healthpowerhouse.com/publications/> (pristupljeno 11. ožujka 2023.)
- Europska komisija, "Financiranje zdravstva. Program „EU za zdravlje” 2021.–2027. – vizija za zdraviju Europsku uniju" (2020) https://commission.europa.eu/funding-tenders/funding/funding/find-calls-funding-topic/health-funding_hr (pristupljeno 10. ožujka 2023.)
- Fortune K, Becerra-Posada F, Buss P, Galvão LAC, Contreras A, Murphy M, et al. Promicanje zdravlja i agenda za održivi razvoj. WHO Regija Amerike. *Bull Svjetski zdravstveni organ*. 2018. Rujan, 1;96(9):621–26
- Grupta I. "International Health Care System Profiles India, Institute of Economic Growth." Delhi (2020.)<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policycenter/countries/india> (pristupljeno 10. ožujka 2023.)
- Healthmanagement, promoting management and leadership, "Facts & Figures: The UK Healthcare System." (2006). <https://healthmanagement.org/c/it/issuearticle/facts-figures-the-uk-healthcare-system> (pristupljeno 3. travnja 2023.)
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Odjel za ljudske i materijalne resurse u zdravstvu. <https://www.hzjz.hr/sluzba-javno-zdravstvo/odjel-za-ljudske-i-materijalne-resurse-u-zdravstvu/> (pristupljeno 30. ožujka 2023.)
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Pravni akti, Opis zdravstvenog sustava. <https://hzzo.hr/pravni-akti/opis-zdravstvenog-sustava> (pristupljeno 30. ožujka 2023.)
- Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Šifrnici HZZO-a, Sudjelovanje u troškovima ZZ – verzija od 20.12.2022., primjerna od 1.1.2023. <https://hzzo.hr/hzzo-za-partnere/sifrnici-hzzo-0> (pristupljeno 10. lipnja 2023.)
- Janus K., Amelung V.E., Baker L.C., Gaitanides M., Schwartz F.W., Rundall T.G. Zadovoljstvo poslom i motivacija među liječnicima u akademskim medicinskim centrima: uvidi iz međunacionalne studije. *J. zdravstvena polit. pol. Zakon*. 2008;(6):1133-1167.
- KB Merkur, Povijest bolnice. <https://www.kb-merkur.hr/merkur-informacije/povijest-bolnice> (pristupljeno 31. svibnja 2023.)
- Kim, S. "Univerzalni zdravstveni sustavi i fragmentacija u Latinskoj Americi", *Public Health in Latin America*, (2019) <https://sites.google.com/macalester.edu/phla/key-concepts/universal-healthcare-systems-and-fragmentation-in-latin-america> (pristupljeno 30. ožujka 2023.)

- Lorenzoni, L., "Projekcije zdravstvene potrošnje do 2030.: Novi rezultati na temelju revidirane metodologije OECD-a." *OECD Health Working Paper*, br. 110. (2019) <https://doi.org/10.1787/5667f23d-en> (pristupljeno 01. lipnja 2023.)
- Manandhar M, Hawkes S, Buse K, Nosrati E, Magar V. "Spol, zdravlje i agenda 2030. za održivi razvoj." *Bull Svjetski zdravstveni organ*. (2018) 1;96(9):644-653. doi: [10.2471/BLT.18.211607](https://doi.org/10.2471/BLT.18.211607) (pristupljeno 1. travnja 2023.)
- Mariappan M. "Analiza karakteristika poslova njegovatelja u bolnicama javnog sektora." *Journal of Health Management* (2013);15(2):253–262. <https://doi.org/10.1177/0972063413489009> (pristupljeno 2. travnja 2023.)
- Mihel S., Trajanoski A., Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Služba za javno zdravstvo, *Rad bolnica u Hrvatskoj 2021. godine*, kolovoz 2022. 3-21
- Mihaljek, D., Kako financirati zdravstvo u doba financijske krize?; M. Vehovec, O zdravstvu iz ekonomske perspektive. Zagreb, 2014.
- Ministarstvo financija Republike Hrvatske. *Rebalans državnog proračuna za 2020. godinu i prijedlog državnog proračuna za 2021.-2023. godinu*, Zagreb: Ministarstvo financija Republike Hrvatske, listopad 2020.
- Ministarstvo financija Republike Hrvatske. *Smjernice za izradu državnog proračuna Republike Hrvatske za 2021. i projekcija za 2022. i 2023.*, Zagreb: Ministarstvo financija Republike Hrvatske, rujan 2020.
- Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, Arhiva, *Zdravstvene ustanove u Republici Hrvatskoj*. <https://zdravlje.gov.hr/arhiva-80/ministarstvo-zdravlja/zdravstvene-ustanove-u-republici-hrvatskoj/656> (pristupljeno 31. svibnja 2023.)
- Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske, *Otvoreni podaci o zdravstvenim djelatnicima* <https://zdravlje.gov.hr/pristup-informacijama/popisi-i-ostale-informacije/otvoreni-podaci/4809> (pristupljeno 31. svibnja 2023.)
- MIT Medical (2021). Healthcare in the United States of America. <https://medical.mit.edu/my-mit/internationals/healthcare-united-states> (pristupljeno 2. travnja 2023.)

- OECD, *Hrvatska: pregled stanja zdravlja i zdravstvene zaštite 2021.*, [European Observatory on Health Systems and Policies, State of Health in the EU], OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels, (2021.)
- OECD/European Union, *Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris, (2022) <https://doi.org/10.1787/507433b0-en>. (pristupljeno 01. travnja 2023.)
- Rosak-Szyrocka J., "Motivacija zaposlenika u zdravstvu." *Product Engineering Archives*, (2015);6(1):21–25.
- Pravilnik o uvjetima i načinu ostvarivanja prava iz obveznog zdravstvenog osiguranja.*
Narodne novine broj 49/14, 51/14 - ispravak, 11/15, 17/15, 123/16 - ispravak, 129/17, 9/21 i 90/22, 147/22, Interni pročišćeni tekst
- Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dodatnog zdravstvenog osiguranja.* Narodne novine broj 112/06 i 131/06
- Pravilnik o uvjetima i načinu provođenja dopunskog zdravstvenog osiguranja* Narodne novine broj 2/09 i 123/09
- Prüss-Ustün, A., Wolf, J., Corvalán, C., Bos, R., i Neira, M., "Sprječavanje bolesti putem zdravog okoliša: globalna procjena tereta bolesti uzrokovanih ekološkim rizicima." Geneva: Svjetska zdravstvena organizacija; (2016)
- Statut Kliničke bolnice Merkur, Sanacijsko vijeće Kliničke bolnice "Merkur", sjednica 14.02.2014.
- Šimović, Hrvoje, Maja Mihelja Žaja, and Marko Primorac. "Fiskalna (ne)održivost hrvatskog zdravstvenog sustava: dodatni utjecaj krize COVID-19", *Public Sector Economics* 45 (4):495-515., (2022.) <https://doi.org/10.3326/pse.45.4.5>. (pristupljeno 31. svibnja 2023.)
- The Lancet, Mjerenje uspješnosti prema Indeksu pristupa i kvalitete zdravstvene zaštite za 195 zemalja i teritorija te odabranih subnacionalnih lokacija: sustavna analiza iz Studije o globalnom teretu bolesti iz 2016. GBD 2016 *Suradnici u pristupu zdravstvenoj skrbi i kvaliteti*. Objavljeno: 23. svibnja 2018.

- Tikkanen, R. Melinda K. Abrams, "Zdravstvo SAD-a iz globalne perspektive 2019.: veća potrošnja, lošiji rezultati?" [Health Care from a Global Perspective, 2019: Higher Spending, Worse Outcomes?] *The Commonwealth Fund*, (2020.) <https://doi.org/10.26099/7avy-fc29> (pristupljeno 3. travnja 2023.)
- TWI2050 - e Svijet 2050, Transformacije za postizanje ciljeva održivog razvoja. Izvješće pripremila Inicijativa Svijet u 2050. *Međunarodni institut za primijenjenu analizu sustava (IIASA)*, Laxenburg, Austrija, 2018.
- Vlada RH. *Izvješće Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku o Prijedlogu izmjena i dopuna Državnog proračuna Republike Hrvatske za 2020. godinu i projekcija za 2021. i 2022. godinu.* Zagreb: Vlada RH, studeni 2020. <https://www.sabor.hr/radna-tijela/odbori-ipoovjerenstva/izvjesce-odbora-za-zdravstvo-i-socijalnu-politiku-o-191> (pristupljeno 31. svibnja 2023.)
- Vlada RH. *Izvješće Odbora za zdravstvo i socijalnu politiku s rasprave o temi: "Stanje u zdravstvu – dugovi"*, Zagreb: Vlada RH listopad 2020. <https://www.sabor.hr/radna-tijela/odbori-i-povjerenstva/izvjesce-sa-4-sjednice-odbora-za-zdravstvo-i-socijalnu-politiku> (pristupljeno 1. lipnja 2023.)
- Vlada Republike Hrvatske, *Nacionalna strategija zdravstvene zaštite 2021.-2027.* Zagreb: Vlada RH i Ministarstvo zdravstva, 2021.
- Vončina, L., Džakula, A. and Mastilica, M., *Health care funding reforms in Croatia: a case of mistaken priorities.* *Health Policy.* 80(1), pp. 144-157., 2007. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.02.016> (pristupljeno 1. lipnja 2023.)
- Svjetska zdravstvena organizacija, *Pristup rehabilitaciji u primarnoj zdravstvenoj zaštiti: stalni izazov.* Svjetska zdravstvena organizacija. 2018. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325522>. Licenca: CC BY-NC-SA 3.0 IGO (pristupljeno 11. ožujka 2023.)
- Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju.* Narodne novine broj 80/13
- Zhai S, Wang P, Dong Q, Ren X, Cai J, Coyte PC. "Studija o jednakosti i dobrobiti kineskog nacionalnog zdravstvenog sustava." [A study on the equality and benefit of China's national health care system], *Međunarodni časopis za jednakost u zdravlju.* (2017).

Popis ilustracija

Tablice

| | |
|---|----|
| Tablica 1. Usporedba broja hospitalizacija po državama EU..... | 30 |
| Tablica 2. Usporedba bolnica u Zagrebu | 30 |
| Tablica 3. Propisana veličina zdravstvenog tima | 32 |
| Tablica 4. Rang lista - uvjeti rada | 42 |

Grafikoni

| | |
|---|----|
| Grafikon 1. Raspodjela osoblja po kategorijama..... | 44 |
| Grafikon 2. Analiza odgovora iz anketnog upitnika..... | 44 |
| Grafikon 3. Analiza odgovora iz anketnog upitnika..... | 45 |
| Grafikon 4. Analiza odgovora iz anketnog upitnika..... | 46 |
| Grafikon 5. Analiza odgovora iz anketnog upitnika..... | 47 |
| Grafikon 6. Analiza odgovora iz anketnog upitnika..... | 48 |
| Grafikon 7. Analiza odgovora iz anketnog upitnika..... | 49 |
| Grafikon 8. Ukupna analiza rezultata. | 50 |

Slike

| | |
|--|----|
| Slika 1. Iskaznice osnovnog, dopunskog i europskog osiguranja..... | 9 |
| Slika 2. Broj i udio smrtnih slučajeva (COVID-19 – 2020.g., ostale bolesti – 2018.g.) | 11 |

Prilozi

Istraživanje stavova zaposlenih radnika u KB Merkur

1. Koja je vaša funkcija u KB Merkur?
 - A) Liječnik
 - B) Medicinska sestra/tehničar
 - C) Nemedicinsko osoblje

2. Koliko ste zadovoljni trenutnim općenitim stanjem u bolnici?
 - A) Jako zadovoljan/na
 - B) Zadovoljan/na
 - C) Nisam zadovoljan/na

3. Koliko ste zadovoljni zdravstvom u Republici Hrvatskoj?
 - A) Jako zadovoljan/na
 - B) Zadovoljan/na
 - C) Nisam zadovoljan/na

4. Koliko ste zadovoljni plaćom za vaš rad?
 - A) Jako zadovoljan/na
 - B) Zadovoljan/na
 - C) Nisam zadovoljan/na

5. Koliko ste zadovoljni uvjetima rada u bolnici?
 - A) Jako zadovoljan/na
 - B) Zadovoljan/na
 - C) Nisam zadovoljan/na

6. Mislite li da je bolje raditi u inozemstvu u zdravstvu nego u Hrvatskoj?
 - A) Bolje je u Hrvatskoj
 - B) Nisam siguran/na
 - C) Definitivno želim pronaći posao u drugoj državi

7. Mislite li da će se stanje u Hrvatskom zdravstvu popraviti za radnike?
 - A) Zadovoljan/na sam trenutnim stanjem
 - B) Nisam siguran/na
 - C) Stanje se neće nikada popraviti

Prilog 1. Anketni listić

Izvor: Vlastita izrada autorice