

Sveučilište u Zagrebu

Ekonomski fakultet

Mali leksikon zdravstva

Priradio:

Prof.dr.sc. Vinko Barić

Ožujak, 2011.

A

AKTUARISTIKA, grana matematike koja se bavi određivanjem osnovnih elemenata u osiguranju i srodnim granama: mirovinskom osiguranju, demografiji i slično. Isprva se pojam aktuaristika upotrebljavao za matematiku životnog osiguranja, a poslije se proširio i na druge vrste osiguranja. Matematičkim metodama na temelju računa vjerojatnosti i statistike, financijske matematike, stohastičkih modela, teorije rizika i teorije kredibiliteta aktuaristika utvrđuje cjenike osiguranja, potrebne pričuve i druge pričuve u osiguranju, proračune vezane za reosiguravateljno pokriće, visinu samopridržaja i druge elemente poslovne politike. Aktuarska matematika je značajna i u raspodjeli udjela u dobiti u životnim osiguranjima te na području ulaganja osiguravateljskih sredstava. Prema mišljenju nekih teoretičara i praktičara, aktuaristiku treba shvatiti kao matematičku odnosno statističku disciplinu, a tek potom kao disciplinu struku osiguranja. → *vidi Sanja Andrijašević, Vladimir Petranović „Ekonomika osiguranja“, ALFA, Zagreb, 1999. strana 208. i dalje*

AKUTNO, naglo nastalo; kratkotrajno.

ANAMNEZA, podaci vezani za bolest, koje od bolesnika uzima liječnik prije pregleda.

ANEMIJA, slabokrvnost.

ANESTEZIJA, područje medicine koje se bavi uklanjanjem boli, najčešće putem injekcije ili plina. Može biti lokalna ili totalna. Kroz dosadašnji razvoj medicine može se primijetiti značajan napredak u primjeni anestezije.

ANKSIOZNOST, tjeskoba, zabrinutost.

ANTIDEPRESIVI, preparati za liječenje depresije.

ANTIHIPERTENZIVI, lijekovi za snižavanje krvnog tlaka.

ANTIOKSIDANSI, tvari koje sprečavaju oksidaciju drugih tvari, najpoznatiji su vitamini C i D.

ANTIPSIHOTICI, preparati za liječenje psihoza i drugih težih duševnih bolesti.

ARITMIJA, poremećaj srčanog ritma.

ASTMA, plućna bolest karakterizirana suženjem dišnih putova; manifestira se povremenim epizodama gušenja, piskanja i kašlja.

ASIMETRIČNE INFORMACIJE (informacijska asimetrija), asimetrija se odnosi na razlike u informacijama koje su poznate pacijentima i liječnicima. Katkad se može činiti da su pojedine informacije prednost jedne strane (liječnika), no to ne mora biti točno budući da liječnik nije upućen u život i svakodnevne navike pacijenata, te u tom slučaju pacijent ima veću prednost procjene svoga zdravstvenog stanja. Informacijska asimetrija se javlja u pretežito privatno financiranim uslugama zdravstvene zaštite. Problem nastaje u odnosima između osiguravatelja i građana – osiguranika zbog (ne)informiranosti o cijenama –

benefitima, kvaliteti i uvjetima osiguranja, a što je presudno za izbor nekog fonda. U praksi često osiguranici nemaju jasne informacije o tome što kupuju – dobivaju za cijenu police zdravstvenog osiguranja. → *vidi zdravstveni sustav Sjedinjenih Američkih Država*

AUDIOLOGIJA, znanost koja se bavi proučavanjem sluha. U nekim zemljama to područje zdravstva uključuje studije o uzrocima i načinima liječenja bolesti uha.

B

AUMOLOV EFEKT (William Baumol), objašnjava povećanje udjela uslužnog sektora u bruto domaćem proizvodu. Objašnjava se rastućom produktivnosti u kapitalno – intenzivnim industrijama što smanjuje relativne cijene u tim industrijama. Vrijednost i produktivnost zdravstvene njege je u pravilu vrlo nesavršena u većini poznatih tržišta čak i ako postoje tržišta za njegu. Unatoč tome, i unatoč visokoj kapitalnoj intenzivnosti nekih lijekova i tretmana i unatoč činjenici da je efikasnost većine zdravstvene skrbi neprovjerenjena, mnogi smatraju da je Baumolova teorija primjenjiva u zdravstvenoj skrbi.

BENIGAN, dobroćudan.

BIOETIKA, orijentacijska znanost koja u interakciji znanstvenih i kulturnih perspektiva traži orijentire u moralnim dilemama koje se odnose na život u cijelosti i uvjete njegova održanja.

BISMARCK, Otto Eduard Leopold, njemački političar i državnik, knez; rođen 1. IV 1815. U Schönhausenu, umro 30. VII 1898. godine u Friedrichsruhu. Poslanik plemstva u Zemaljskoj skupštini (1847.), jedan od vođa krajnje desnice, poslanik Pruske u Saveznom parlamentu u Frankfurtu (1851.), poslanik u Petrogradu (1859. – 62.) i u Parizu. Imenovan predsjednikom vlade (1862.) i ministrom vanjskih poslova, istakao je geslo „krv i željezo“ kao glavno načelo u rješavanju političkih pitanja. Njegov je cilj: ujediniti Njemačku silom pruskog oružja i ostvariti supremaciju Njemačke u Europi. Nastojao je socijalnim zakonodavstvom (1883. – 89.) udovoljiti većem dijelu radničkih zahtjeva. Interesi kapitala i vojnostrategijski razlozi zahtijevali su obrazovanije i zdravije stanovništvo. Stoga se Bismarck smatra ključnom osobom devetnaestog stoljeća u Europi koja je uvela državnu intervenciju u područja obrazovanja i zdravstva. Naročito se to odnosi na uvođenje obveznog osnovnog obrazovanja i obvezatnog zdravstvenog osiguranja.

BEVERIDGE, William Henry, engleski ekonomist, rođen 1879., umro 1963. godine. Utjecao na ekonomsku politiku u Engleskoj, posebno na području zaposlenosti i socijalnog osiguranja. Predlaže državnu intervenciju radi održanja kupovne moći potrošača, kontrolu smještaja industrije radi pomoći zaostalim krajevima te program osiguranja mobilnosti radnika, da ne bi došlo do tehnološke nezaposlenosti. Izvještaj komisije za socijalno osiguranje, kojoj je bio predsjednik, poznat je pod imenom *Beveridgov plan*. Ovdje je potrebno istaći da je Velika Britanija primjenjivala model obvezatnog zdravstvenog osiguranja od 1911. godine. Tek je 1948. godine uveden model nacionalne zdravstvene službe, za koji se već 1942. godine zalagao u svom poznatom izvještaju lord Beveridge. U 1948. godini nacionalizirane su gotovo sve bolnice, a troškovi zdravstvene zaštite pokrivaju se od tada iz namjenskih poreza posredstvom budžeta.

BOLNIČKI BUDŽETI, Budžetiranje je ključna komponenta efikasnog zdravstvenog menadžmenta. U svakoj bolnici je potrebno osigurati odgovarajuću alokaciju resursa (budžetiranje i profiliranje troškova, tj. budžetska kontrola) u prihvatljivim okvirima. Ali

budžetiranje nije samo instrument financijske kontrole; ono pomaže osigurati da resursi budu iskorišteni na način da zdravstveni sustav zemlje dosegne postavljene ciljeve koji su podjednako povezani sa željenim zdravstvenim outputom i potrebom smanjivanja troškova cijeloga sustava zdravstva. Budžet je također instrument provedbe strategije i politike razvoja zdravstva u zemlji. Budžetiranje ima svoju „zakonsku i nezakonsku“ osnovu. Zakonski uvjeti obvezuju bolnice glede dobrog gospodarenja financijskim sredstvima koja stižu kao budžetska stavka države. Nezakonski razlozi da bolnice rade budžet (proračun) su:

- zadovoljavanje vanjskog okruženja: centralna ili lokalna vlast i pojedinci mogu imati interes za budžetske informacije;
- proračun pomaže u stvaranju politike i planiranja razvoja bolnice,
- proračun je sredstvo kontrole upotrebe resursa s naglaskom na različite razine menadžmenta,
- proračun je osnova za kontroling dohotka i investicija, a tim i čimbenik svodenja troškova na željenu razinu,
- dobar sustav proračunske kontrole može motivirati menadžment i zaposlenike da se postignu što bolji rezultati u radu bolnice.

Jedna od češće primjenjivanih metoda budžetiranja te tzv. *incremental metoda*. To je povećavajući budžet u kojem će kao startna točka u određivanju budžeta u sljedećoj godini biti ovogodišnji budžet. To je bazni budžet. Prilagodba će biti napravljena do baznog budžeta, i to tako da odražava kretanje plaća zaposlenih po njihovoj strukturi i cijeni materijala koji se koriste u proizvodnji zdravstvenih usluga.

Jednom definiran i ustanovljen, budžet mora biti kontroliran. A da se to ostvari, budžetske informacije moraju biti prilagođene za svakog korisnika informacija. Da bi se financijske informacije iz bolničkog budžeta mogle lakše koristiti, podaci budžeta moraju biti:

- *relevantni*: prava informacija mora biti pružena pravoj osobi,
- *precizni*, iz budžeta treba biti vidljivo da su donijete prave odluke,
- *sveobuhvatni*: razina detaljnosti mora biti oblikovana prema zahtjevima korisnika,
- *pravodobni*: bolnički budžet mora biti aktualan i često informacijski obnavljan,
- *razumljiv*: mora biti transparentan za objašnjenje.

Razvoj budžetskih performansi koje ne vode brigu o obujmu ostvarenih aktivnosti može dovesti do pogrešne interpretacije podastrijetih informacija. Pozornost mora biti posvećena obujmu neslaganja kod procjene informacija o budžetskoj kontroli. Drugim riječima, budžet treba biti fleksibilan, a neslaganje kod budžetskih aktivnosti treba biti kvantificirano. Primjena fleksibilnog budžetiranja može voditi preciznijoj interpretaciji budžetskih performansi i potencijalno efektivnijoj uporabi bolničkih resursa. Budžetska izvješća trebala bi sadržavati informacije o izravnim i neizravnim troškovima, o ugovornim aktivnostima. Spoznaja o tim informacijama je predstavlja solidnu osnovu za strateško planiranje financijskih i ljudskih resursa u bolnicama.

BMI, body mass index (engl.), indeks tjelesne mase.

BMJ, British Medical Journal, vrlo utjecajan britanski medicinski časopis.

BOLESNIK/GODINA, umnožak broja ispitanika i godina trajanja istraživanja u kliničkom pokusu.

BRONHITIS, upala sluznice bronha (dišnih putova).

BULIMIJA, psihijatrijski poremećaj karakteriziran prejedanjem i namjernim povraćanjem.

C

CEHOVSKA LADICA, sastavnica Cehovskog statuta zidara u gradu Zagrebu (16. stoljeće). Ceh kao oblik interesnog povezivanja pojedinih struka sadržavao je odredbe koje su uređivale odnose i interese članova pojedinog ceha. Član 25. Cehovskog statuta zidara u Zagrebu spominje „cehovsku ladicu“ (preteča današnjeg HZZO-a?). U cehovsku ladicu uplaćuju svi zaposleni prema svojim mogućnostima (!). Cehovska ladica se koristi za svaki slučaj bolesti „po Božjoj volji“, a ne za one slučajeve koji bi se po „zlu koristili“ (lažno bolesni, lažna bolovanja!). Ako bi pojedinac – uplatitelj novca u cehovsku ladicu ozdravio, bio bi mu novac vraćen. Ako bi pak pojedinac – uplatitelj novca u cehovsku ladicu umro, novac bi mu bio po „volji Božjoj „ oprostjen (poklonjen).

CEREBROVASKULARNE BOLESTI, poremećaji nastali zbog bolesti krvnih žila mozga; najčešći su moždani udar i tranzitorna ishemijska ataka.

CIROZA JETRE, kronična bolest jetre karakterizirana propadanjem jetrenog tkiva i njegovom zamjenom vezivom.

CITOSTATICI, preparati za liječenje raka i imunoloških bolesti.

COST – CONTAINMENT METODA U ZDRAVSTVU, oblik politike racionalnog razvoja zdravstvene djelatnosti i kontrole zdravstvene potrošnje. Javlja se početkom sedamdesetih godina prošloga stoljeća isto kada i opće recesija svjetske ekonomije. Rastući nedostatak financijskih sredstava potencirao je pronalaženje novih metoda racionalizacije u zdravstvu s krajnjim ciljem snižavanja ukupnih rashoda za zdravstvo. Ova metoda polazi od dvije koncepcije generiranja troškova u zdravstvu. Prema prvoj proizlazi da je liječnik ključni subjekt koji generira rastuću potrošnju u zdravstvu. U prvom redu svojim zdravstvenim odlukama. Stoga je potrebno da se s racionalizacijom mora krenuti od strane „ponude“.

Druga koncepcija polazi od pacijenta kao glavnog generatora zdravstvene potrošnje. U skladu s tim predlaži se razni oblici penalizacije možebitne pretjerane potrošnje: kroz konkurenciju na tržištu zdravstvenih usluga, više cijene usluga i veća participacija.

Iskustva visoko razvijenih zemalja u prakticiranju cost – containment metode govore da se najčešće primjenjuje stimuliranje prevencije, kontrola bolničkih kreveta, kontrola potrošnje lijekova, kontrola investicija kapitalne potrošnje, razvoj „supstituta“ bolničke zaštite, i slično. Glede događanja u Hrvatskoj, potrebno je reći da ne postoji sustavan i konzistentan pristup racionalizaciji zdravstvene djelatnosti i kontroli zdravstvene potrošnje. Sporadični naponi u pogledu smanjenja rashoda za lijekove, smanjenja bolničkih kreveta (dana) i slično, potvrđuju rečeno.

CROHNOVA BOLEST, kronična upalna bolest crijeva; najčešće se manifestira bolom u trbuhu i proljevom.

D

DEGENERATIVNE BOLESTI, bolesti karakterizirane postupnim propadanjem strukture i funkcije zahvaćenih tkiva i organa, koje su uglavnom vezane uz starenje

DEPRESIJA, duševna bolest karakterizirana gubitkom zadovoljstva, tugom, strahom, umorom, te narušenom radnom sposobnošću i komunikacijom s ljudima.

DERMATOLOGIJA, grana medicine koja se bavi kožnim bolestima.

DIJABETES, šećerna bolest, stanje karakterizirano kronično povišenom razinom šećera (glukoze) u krvi zbog apsolutnog ili relativnog nedostatka inzulina. Razlikuju se dva tipa dijabetesa: tip I – „mladenački“ dijabetes koji s obavezno liječi inzulinom; tip II – „starački“ dijabetes koji se može kontrolirati nemedikamentoznim postupcima, peroralnim hipoglikemicima i inzulinom.

DIURETICI, lijekovi koji pojačavaju izlučivanje mokraćne; koriste se u liječenju hipertenzije, te srčanih i bubrežnih bolesti.

DNK, deoksiribonukleinska kiselina, molekula koja izgrađuje gene i sadrži informaciju o svojstvima organizma.



BM, evidence-based medicine (engl.), medicina utemeljena na dokazima.

EFIKASNOST ZDRAVSTVENOG SUSTAVA, (engl. efficiency), primjereno opće definiranom principu ekonomske efikasnosti predstavlja ekonomsko – socijalni odnos kvalitete pružene zdravstvene usluge i utrošenih financijskih i drugih sredstava na razini zdravstvene institucije ili čitavog zdravstvenog sustava, odnosno gospodarstva. U osnovi mjere efikasnosti ulaganja u zdravstvo leži kvantiteta i kvaliteta zdravstvenog ishoda (mortalitet, morbiditet, kvaliteta života, očekivano trajanje života, i slično).

EMA, European Medicines Agency; Europska agencija za lijekove, europska regulacijska agencija nadležna za evaluaciju (vrednovanje) medicinskih proizvoda.

ENDOKRINOLOGIJA, medicinska znanost koja se bavi strukturom i djelovanjem endokrinih žlijezda.

EPIDEMIOLOGIJA, znanost o zaraznim bolestima. Proučava odnos između rizičnih faktora i bolesti među ljudskom populacijom.

EPILEPSIJA, padavica; neurološka bolest karakterizirana napadajima nesvjestice i grčenja.

ERADIKACIJA, iskorjenjivanje.

ERGONOMIJA, znanstvena grana koja proučava odnos čovjeka i stroja u suvremenim uvjetima proizvodnje, koja nastoji uskladiti proizvodni rad i stroj s čovjekovim psihičkim i fizičkim mogućnostima.

ESTROGENI, ženski spolni hormoni; koriste se kao sastavni dio hormonskog nadomjesnog liječenja u postmenopauzi.

ETIOLOGIJA, uzrok bolesti.

EUTANAZIJA, skraćenje života bolesniku od teške neizlječive bolesti radi olakšanja patnje.

F

AKELAKI (grčki.) – „PLAVA KOVERTA“

Oblik neformalnog plaćanja u zdravstvu.

Grčka obitelj daje prosječno godišnje 2.500 US\$ za razne oblike mita pri traženju zdravstvene usluge.

FARMAKODINAMIKA, grana farmakologije koja proučava učinak lijeka u organizmu.

FARMAKOEKONOMIKA, znanstvena disciplina koja uspoređuje isplativost različitih medikamentoznih intervencija.

FARMAEKONOMSKA STUDIJA, istraživanje koje evaluira (vrednuje) isplativost farmaceutskog proizvoda.

FARMAKOGENETIKA, znanstvena disciplina koja uz pomoć genske analize testira odgovor bolesnika na lijekove.

FARMAKOLOGIJA, znanstvena disciplina koja se bavi lijekovima.

FDA, US Food and Drug Administration; Američka uprava za hranu i lijekove – državna agencija nadležna za sigurnost lijekova i medicinskih proizvoda u SAD.

FIZIOLOGIJA, grana biologije koja proučava procese i funkcije živog organizma.

FUNDHOLDING, instrument smanjivanja potrošnje lijekova. Liječnici dobivaju određenu mjesečnu svotu (glavarinu) za svakog pacijenta, a istodobno svakom pacijentu mogu odobriti određeni, ograničeni broj recepata. Pacijenti često smatraju da bi im trebalo biti propisano više lijekova na recept, pa stoga dolazi do nerazmjera između njihovih stvarnih potreba i želja te mogućnosti liječnika. Liječnici se stoga nerijetko nalaze u situaciji prekomjernog propisivanja lijekova kao mjere zadržavanja postojećih pacijenata. „Fundholding“ je takav model plaćanja u kojemu se liječniku primarne zdravstvene zaštite osim glavarina odobrava fond iz kojeg se namiruju propisani lijekovi. Liječnik može propisivati lijekove do vrijednosti odobrenog budžeta. Ako bi vrijednost propisanih lijekova bila manja, višak novca ostajao bi liječniku, a ako je vrijednost lijekova veća, oduzimao bi se novac od glavarine. Propisivanje lijekova unutar budžeta nije jednostavno smanjivanje troškova. To uključuje poznavanje potreba i usklađivanje troškova za potrebne lijekove. Bitno je prilagoditi budžet potrebama kao i prilagoditi propisivanje budžetu. To zahtijeva pažljivo planiranje i prilagodbu troškova, planiranje protokola propisivanja i analizu dosadašnjeg propisivanja lijekova.



ASTROENTEROLOGIJA, grana medicine koja se bavi bolestima probavnog sustava.

GATEKEEPER, sustavi koordinacije u pružanju zdravstvene usluge – ne zato što sprečavaju ulazak pacijenata u sustav, nego zato što upućuju pacijente prema točno odgovarajućim pružateljima usluga i time djeluju kao odlučujući faktori racionalizacije zdravstvene potrošnje.

Iskustva zemalja s efikasnim sustavom koordinacije u zdravstvu pokazuju da takvi sistemi sprečavaju nepotrebne posjete specijalistima i osiguravaju pružanje zdravstvenih usluga na najniže prihvatljivoj razini zdravstvene zaštite. Dobro organiziran sistem upućivanja osigurava razmjenu informacija između različitih razina zdravstvene zaštite, lakše uključivanje u liječenje i/ili rehabilitaciju pacijenta, čime se omogućuje lakše praćenje pacijenta i kontinuitet zaštite.

GENERIČKI LIJEKOVI, farmaceutski proizvod koji je identičan ili bioekvivalentan originalnom lijeku u dozi, neškodljivosti (sigurnosni profil), putu primjene, kvaliteti, obliku, načinu primjene i indikacijama. Trenutkom isteka patentne zaštite za određeni lijek, svaki drugi proizvođač lijekova može ga slobodno proizvoditi kao zamjenski (generički) proizvod za originalni lijek, uz uvjet da poštuje pravila dobre proizvođačke i dobre kliničke prakse.

Povijest razvoja industrije generičkih lijekova bilježi svoje početke sredinom 60-tih godina u Sjedinjenim Američkim Državama kada je Vlada u svojim naporima, kako bi postigla sigurnost i efikasnost lijekova proizvedenih do 1962. godine otvorila vrata potpunom razvoju generičkih proizvoda. Kao rezultat provedenog istraživanja ovih lijekova, proizvođači lijekova mogli su početi proizvoditi generičke lijekove koji su bili ocijenjeni efikasnim bez prethodnog provođenja istraživanja i prikupljanja podataka o provedenim studijama. Na taj su način brojni „stari“ lijekovi proizvedeni prije 1962. godine, ako su proizvedeni po propisanoj kemijskoj formuli, mogli ući na tržište bez prethodnog istraživanja.

Često se kao početak moderne generičke farmaceutske industrije uzima odobravanje tzv. „Drug Price Competition“ i „Patent Restoration Act“ iz 1984. godine. Ovaj zakon, često nazivan i Hatch-Waxmanov Akt dopuštao je proizvođačima prijavljivanje za generički verziju proizvodnje svih lijekova odobrenih nakon 1962. godine.

Generički lijekovi osiguravaju jednako kvalitetnu terapiju po povoljnijim cijenama, te tako omogućavaju izbor za one korisnike koji snose troškove, a to su vlada, osiguravajuća društva i sami bolesnici. U svim razvijenim zemljama svijeta stoga se mijenjaju i zakonski propisi kako bi se na najbolji način iskoristili generički lijekovi koji su oko 30% jeftiniji od originalnog lijeka. Ukoliko na tržištu postoji 1 – 10 generičkih pripravaka originalnog lijeka, njihova cijena je oko 61% cijene originalnog lijeka. Ako je njihov broj 21 – 24, tada je cijena samo 39% cijene originalnog lijeka.

Primjenom generičkih lijekova u SAD – u se godišnje uštedi 8 – 10 milijardi dolara (godišnja potrošnja lijekova iznosi oko 100 milijardi dolara!); u Italiji se godišnje uštedi oko 415 milijuna eura. Prema procjenama u godini u kojoj živimo (2010. godina) 75% ukupne potrošnje lijekova u svijetu činit će generički lijekovi. U nedostatku sredstava za lijekove, Hrvatska sigurno neće biti izuzetak u pokušaju da se optimalizira primjena generičkih lijekova. Preduvjet je, međutim, adekvatna farmaceutska inspekcija kako bi se osigurala trajna kvaliteta generičkih proizvoda. Postoji, naime, realna opasnost da generički proizvod tokom godina ne zadrži kvalitetu koja je bila prisutna i provjerena u trenutku registracije, što, naravno, vrijedi i za originalne lijekove.

Vidi → Himmel, W. et al. What do primary care patients think about generic drugs? Int J Clin Pharmacol Ther, 2005; Haas JS et al., Potential savings from substituting generic drugs for brand-name drugs, Medical expenditure panel survey, 1997 – 2000; Barr Pharmaceuticals, History of the generic industry, 2006, Internet; Pliva zdravlje - internet

GENOM, skup svih gena u organizmu ili stanici.

GINEKOLOGIJA, grana medicine, odnosno kirurgije koja se bavi bolestima ženskih spolnih organa

GINGKO, ekstrakt lišća drveta Gingko biloba kojem se pripisuju ljekovita svojstva.

GLIKEMIJA, vrijednost glukoze (šećera) u krvi.

GLUKOZA, krvni šećer.

H

EMATOLOGIJA, grana medicine koja se bavi bolestima krvi i krvotvornih organa.

HEMODIJALIZA, postupak odstranjivanja otpadnih tvari iz krvi pomoću aparata u bolesnika sa zatajenjem bubrega.

HEMOFILIJA, nasljedna bolest karakterizirana nedostatnim zgrušavanjem krvi.

HEMOGLOBIN, bjelančevina koja prenosi kisik u krvi; snižena vrijednost u krvi indikator je slabokrvnosti.

HEPATITIS, upala jetre.

HIPERGLIKEMIJA, povišena vrijednost šećera u krvi.

HIPERKOLESTEROLEMIJA, povišena vrijednost kolesterola u krvi.

HIPERLIPIDEMIJA, povišena vrijednost masnoće u krvi.

HIPERTENZIJA (arterijska), povišeni krvni tlak.

HIPERTONIČAN (hipertenzivan), koji se odnosi na povišeni krvni tlak.

HIPOFIZA, endokrina žlijezda smještena na bazi mozga.

HIPOGLIKEMIJA, niska vrijednost šećera u krvi

HOSPICIJ, zdravstvena ustanova za dugo bolesne osobe (ne nužno umiruće) – duševni bolesnici, oboljeli od karcinoma, općenito kronični bolesnici. Ovaj oblik zdravstvene skrbi nazivamo palijativnom zdravstvenom zaštitom.

HOSPICIJ (lat. *hospitium*: gostoprimstvo; gostinjac), kuća u kojoj se ugošćuju putnici i hodočasnici. U srednjem vijeku ustanova hospicija redovito je povezana sa samostanima i

zakladama i njom upravljaju redovnici. Hospiciji su i skloništa na putovima kroz planinske predjele (npr. Veliki sv. Bernard) i domovi za starce, nemoćne i sirotinju. *Hospicium* je u našim srednjovjekovnim spomenicima dužnost ugošćenja koju su imali gradovi i niži feudalci prema kralju ili njegovom izaslaniku.

Izvor: Opća enciklopedija jugoslavenskog leksikografskog zavoda, Zagreb, 1977. strana 469.

HOSPITAL, (lat. *hospitale aedificium*: gostoljubiva zgrada), u srednjem vijeku, „gostinjac“ u koji su smještali bolesnike, ranjenike, rekonvalescente, bogalje, starce, siromahe, putnike i hodočasnike; u novom vijeku, zgrada za liječenje bolesnih, bolnica (odatle engl. *hospital*, njem. *Spital*, franc. *hôpital*, tal. *ospedale*). Srednjovjekovni hospital, preteča moderne bolnice, nastao je na istoku, iz karitativno – praktičkih pobuda, za smještaj bolesnika, putnika i, osobito, hodočasnika koji su išli u Jeruzalem. Hospitale su podizali mnogi feudalci, a od VI stoljeća i redovnici. Neki redovi (*hospitalci*) bave se isključivo njegom bolesnika i brigom za hodočasnike. Broj hospitala rastao je u doba križarskih ratova, kada su u Europu prenesene mnoge zarazne bolesti s istoka (među kojima i lepra). S razvojem civilizacije u novom vijeku rasla je i potreba za sve većim brojem hospitala, koji su se, prešavši u ruke stručnog osoblja, razvili u moderne oblike institucija koje pružaju njegu i bolničku skrb bolesnima, starima i nemoćnima.

Izvor: Opća enciklopedija jugoslavenskog leksikografskog zavoda, Zagreb, 1977. strana 469. i 470.

HOSPITALIZACIJA, smještaj bolesnika u bolnicu. Prisilna ili obvezatna hospitalizacija određena je zakonskim propisima kod nekih zaraznih bolesti (kolere, tifusa, kuge, velikih boginja) da se spriječi širenje epidemije. Za neke bolesti zakonom je propisano obvezatno liječenje (npr. za spolne bolesti); ako se ne provodi uredno izvanbolničko liječenje, primjenjuje se prisilna hospitalizacija.

Izvor: Opća enciklopedija jugoslavenskog leksikografskog zavoda, Zagreb, 1977. strana 470.

HRVATSKI ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO OSIGURANJE, javna ustanova, administrativno tijelo koje provodi prava i obveze iz područja zdravstvenog osiguranja. U provedbi osnovnoga zdravstvenog osiguranja HZZO provodi politiku razvoja i unapređivanja zdravstvene zaštite u svezi s osnovnim zdravstvenim osiguranjem, obavlja poslove u svezi s ostvarivanjem prava osiguranih osoba, planira i prikuplja novčana sredstva osnovnoga zdravstvenog osiguranja te plaća usluge zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim djelatnicima, sudjeluje u predlaganju osnovne mreže zdravstvene djelatnosti, obavlja poslove ugovaranja sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim djelatnicima, utvrđuje cijenu zdravstvene zaštite, obavlja nadzor poslovanja zdravstvenih ustanova. Na načelima solidarnosti i uzajamnosti HZZO osigurava glavninu zdravstvenih rizika (oko 80 – 90% troškova zdravstvenih ustanova i privatnih zaposlenika isplaćuje se putem osiguranja koje provodi HZZO). Druga osiguranja i sami pacijenti snose ostali dio troškova zdravstvene zaštite, uglavnom zdravstvene skrbi za vrijeme bolesti. Dio troškova preventivne zaštite i javnozdravstvenih mjera snose državni, županijski i općinski proračun, te poduzeća koja su obvezna osiguravati troškove zaštite na radu i rizike profesionalnih bolesti.

INCIDENCIJA (učestalost) bolesti odnosno oboljelih osoba, govori o pojavi novih bolesti koje su se pojavile tijekom određenog razdoblja, odnosno osoba koje su oboljele u tom razdoblju.

INDEKS TJELESNE MASE, ITM, BMI, omjer tjelesne težine u kilogramima i kvadrata visine u metrima; pokazatelj pretilosti.

INDIKACIJA, bolest ili stanje za koje je odobrena primjena određenog lijeka ili medicinskog postupka.

INFARKT SRCA, srčani udar, manifestacija koronarne bolesti karakterizirana odumiranjem dijela srčanog mišića zbog naglog prekida ili smanjenja koronarnog dotoka krvi.

INFEKTIVNE BOLESTI, bolesti uzrokovane mikroorganizmima.

INOVACIJE U „DOSTAVI“ ZDRAVLJA I DISTRIBUCIJI LIJEKOVA, inovacije u „dostavi“ zdravlja i financiranju istoga temeljna su odrednica većine razvijenih zdravstvenih ustanova. U zdravstvenoj praksi to je različito uređeno. Američki bolnički sustav učinio je određeni pomak u politici zbrinjavanja pacijenata, pomak od „*free-for-service reimbursement*“ do „*capitation reimbursement*“ i pomak prema povećanju „*outpatient services*“ u odnosu na „*inpatient services*“. Tome je znatno doprinio opseg i način povrata financijskih sredstava države prema bolnicama. U Americi su na određeni način bolnice stavljene u položaj da se same brinu o svom opstanku: od vlade dobiju samo dio financijskih sredstava. Na taj način je i bolnički menadžment više prisiljen pronaći bolje metode logističkog upravljanja i snižavanja troškova upravljanja bolničkom imovinom (kroz funkciju „*material management*“).

S druge strane, prema mišljenju mnogih, jedan od najefikasnijih zdravstvenih sustava, onaj u Francuskoj, nije toliko „bogat“ inovacijama. Prosječna francuska bolnica je nedovoljno samostalna bolnica. Francuska vlada izravno vraća sredstva bolnicama, bez obzira na činjenicu da je gotovo polovica bolnica u privatnom vlasništvu. To nikako ne znači da francuski bolnički menadžment nije pod pritiskom sniziti troškove. Naprotiv, sveprisutna konkurencija ga na to prisiljava. No, ostaje bitna razlika ovih dvaju zdravstvenih sustava: francuski sustav ima mnogo dulju tradiciju poslovanja od američkoga. Zapadno – europska tradicija upravljanja zdravstvom mnogo sporije i na drugi način implementira čiste tržišne oblike upravljanja.

Model distribucije lijekova tek je jedno u nizu mogućih rješenja nabave zdravstvenog materijala na tržištu. On duboko odražava specifičnosti na tržištu zdravlja. Danas se može govoriti o tri metode distribucije lijekova. *Tradicionalna metoda* predstavlja dostavu lijekova medicinskim odjelima preko centralnog skladišta. Ovaj oblik dostave lijekova podržava nastojanja bolnica da na odjelu bude uvijek prisutna standardna količina najčešće potrebnih lijekova. Ostali lijekovi koji se ne koriste često, ne nalaze se na odjelu, već u centralnom izvoru distribucije koji je unutar iste bolnice. Upravo zbog činjenice da bolnica drži svu količinu lijekova koja bi joj mogla zatrebati, a ne onu koja joj stvarno treba, troškovi inventara biti će veliki.

Semidirektna metoda predstavlja oblik distribucije lijekova prema kojoj dobavljač izravno dostavlja lijekove odjelima. Osoblje odjela prepoznaje potrebu kontakta s dobavljačem. Ta metoda smanjuje nepotrebnu količinu lijekova bar iz dvaju razloga. Prvo, količina lijekova koja se drži na odjelima stvarno je manja nego ona na centralnom izvoru distribucije. Drugo, bez intervencije centralnog skladišta, manje će se vremena utrošiti unutar bolnice na tipične

ekonomske poslove, budući da se lijekovi dostavljaju onim organizacijskim jedinicama bolnice kojima su stvarno potrebni.

Direktna dostava u svakodnevnom kontaktu dobavljača i medicinskog osoblja i u visokorazvijenim zdravstvenim sustavima još je predmetom akademskih krugova. Dobavljač ima bliski odnos sa samom bolnicom i preuzima obvezu prepoznavanja potrebe za pojedinim zdravstvenim materijalima. Štoviše, nije isključeno, nego je čak i logično da poduzeće – dobavljač šalje djelatnika u bolnicu. Tada djelatnik koji je zaposlen kod dobavljača ima radno mjesto u bolnici gdje, naravno, ima bolji uvid u stvarne potrebe bolnice. Ta metoda dostave lijekova najbliža je JIT (just in time) pristupu. Bolnica tako drži minimalni inventar, a svu brigu u vezi nabave materijala prepušta dobavljaču. Dobavljač na taj način može svoju zadaću uspješnije izvršiti, budući da mu je dana potpuna sloboda i povjerenje.

Za pojašnjenje mogućnosti veće efikasnosti u poslovanju bolnica potrebno je istaknuti američko iskustvo na tom području. Ono je pokazalo da u slučaju bolnica postoje određene zakonitosti koje vrijede općenito za sva poduzeća. Postoje određeni stupnjevi strateških povezivanja. Prvi stupanj povezivanja je pronalazak zajedničkog dobavljača ili zajedničkog pružatelja usluga (npr. usluga pranja), a kasniji stupnjevi se odnose na zajedničke odjele. Danas su ta povezivanja još uvijek na počecima, ali nitko više ne dovodi u pitanje njihovu nužnost. Praksa zdravstvene zaštite potvrdila je potrebu snižavanja svih mogućih troškova u bolnicama uz uvjet da se ne ide na štetu kvalitete bolničke usluge. Na tragu tog zaključka je i poznati financijski paradoks u zdravstvu: kako pomiriti zdravstveno – etički pristup s nužnošću primjene ekonomskog poslovanja u zdravstvu.

INTEGRIRANA ZDRAVSTVENA ZAŠTITA, povezivanje dijelova u cjelinu; koordiniranje različitih aktivnosti kako bi se osiguralo harmonično funkcioniranje cjeline. U slučaju pružanja zdravstvenih usluga to bi značilo: povezivanje inputa – pružanja zdravstvene zaštite, upravljanja zdravstvenim sustavom i organizacije pružanja usluga, čega je rezultat olakšani pristup zdravstvenoj zaštiti, poboljšana efikasnost zdravstvenog sustava i kvaliteta usluga te podignuta razina zadovoljstva onih koji se tim uslugama koriste. Ističe se da integracija omogućava veću efikasnost i efektivnost, manje dupliciranja i neiskorištenosti kapaciteta, fleksibilnije pružanje zdravstvenih usluga, bolju koordinaciju i kontinuitet zdravstvenog sustava. Svjetska zdravstvena organizacija značenje integracije vidi u njenoj sposobnosti da potakne holistički i personalni pristup višedimenzionalnim zdravstvenim potrebama. Većina autora ekonomike zdravstva u integraciji vide skup metoda i modela financiranja, administracije, organizacije, pružanja usluga od primarne do kliničke razine, čija implementacija osigurava povezanost, usklađivanje i suradnju unutar zdravstvenog sektora te zdravstvenog i socijalnog sektora.

Vidi → V.Barić,

INVAZIVNI MEDICINSKI POSTUPCI, dijagnostičke i terapijske intervencije koje zahtijevaju prodiranje u tijelo (bušenje, rezanje, i slično).

INZULIN, hormon gušterače (ili farmaceutski preparat) koji omogućava ulazak glukoze u stanice, odnosno snižava razinu šećera u krvi; koristi se za liječenje šećerne bolesti.



JAMA, Journal of the American Medical Association, vrlo utjecajan američki medicinski časopis

K

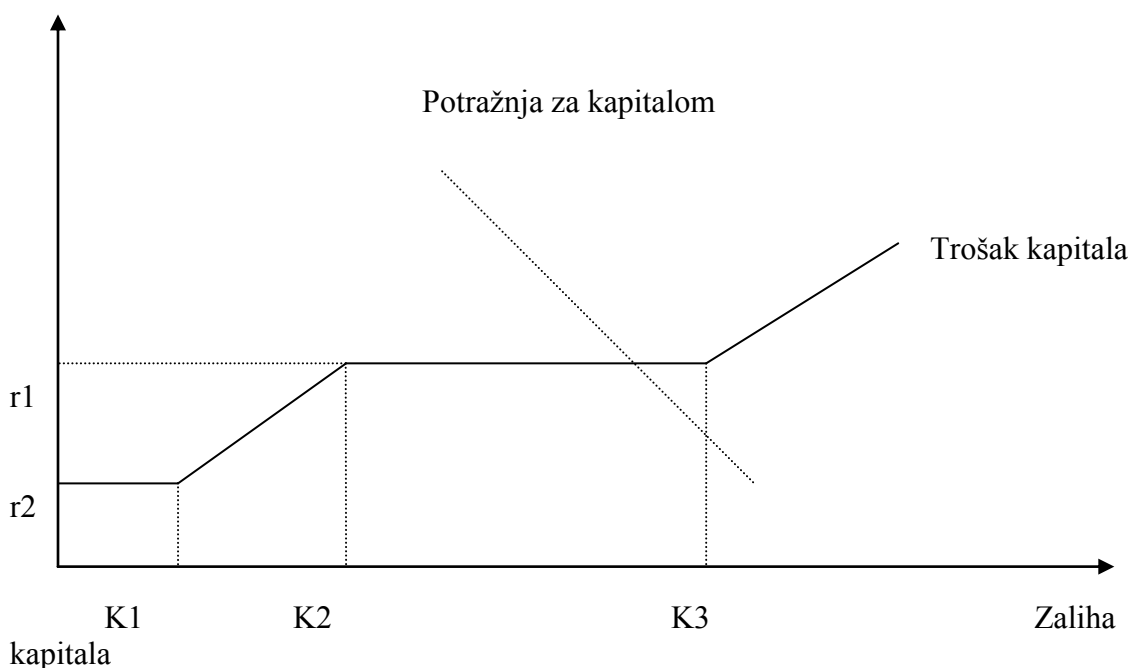
AKWANI INDEKS PROGRESIVNOSTI, indeks koji mjeri tzv. vertikalnu pravednost u financiranju zdravstvene zaštite. U osnovi mogu se javiti tri situacije: progresivnost koja pretpostavlja da participacija u troškovima rasta kako rastu prihodi pojedinaca – bogati plaćaju više u odnosu na siromašne, proporcionalnost pretpostavlja proporcionalnu participaciju u odnosu na prihode, i regresivnost koja podrazumijeva manje izdvajanje za one s visokim prihodima – bogati, dakle, plaćaju proporcionalno prihodima manje od siromašnih. *Vidi → Grupa autora, Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti (ur. Luka Kovačić), Medicinska naklada Zagreb, Zagreb, 2003. strana 133.*

KAPITALNA STRUKTURA PROFITNE BOLNICE. Bolnice koje posluju na tržišnom načelu rukovode se načelom maksimiziranja profita, pri čemu nastoje izbalansirati svoju strukturu kapitala primjenjujući *trade-off* između troška i koristi. To je, dakako, mnogo teže primijeniti u poslovanju neprofitnih bolnica, onih bolnica koje su na stalnom financijskom servisiranju od strane države. Stalni dotoci manje-više iste vrijednosti financijskih sredstava državne bolnice ne stavljaju u potrebu većih napora za poboljšanje poslovanja. Kod tih bolnica, dalje, struktura kapitala ne odražava inicijative drugih vlasnika (jedini je vlasnik država, grad, lokalna zajednica!). Struktura kapitala ne odražava prirodu poslovanja bolnice: bolnice ne posluju po načelima klasičnog poduzeća gdje se analizira i unapređuje odnos *inputa i outputa* . Struktura kapitala profitnih bolnica je drukčija: ona odražava stavove i inicijative vlasnika bolnice, podliježe porezu na dobitak, analizira i upravlja odnosom troškova i prihoda, nastojeći maksimalizirati prihod.

Graf 1.

Izbor kapitalne strukture profitne bolnice

Granični proizvod kapitala,
stopa povrata



Izvor: William M. Gentry, Debt, investment and endowment accumulation: the case of not-for-profit Hospitals, Journal of Health Economics 21 (2002) 845-872, strana 862..

Bolnica izložena zakonima tržišta, odnosno ponude i potražnje zdravstvenih usluga nalazi se pred različitim mogućnostima izbora. Financijski trošak kapitala (r_1 i r_2) nalazi se na ordinati, a investicije u fizičku imovinu na apscisi koordinatnog sustava. Izbor kapitalne opreme ovisi o presjeku troška kapitala i graničnog proizvoda kapitala. Iz grafičkog prikaza proizlazi da je najniži trošak kapitala profitne bolnice prisutan u području K_1 da bi nakon K_3 stopa povrata se smanjila a trošak kapitala porastao.

Vidi → V.Barić, Od javnoga prema tržišnom financiranju zdravstva, Računovodstvo, Revizija i Financije, Zagreb, br.3/2007.

KARANTENA, (*franc. quarantaine*: četrdesetak), protuepidemijska mjera, propisano odvajanje i nadziranje brodova, ljudi, životinja, hrane i drugih stvari na koje se sumnja da su zaraženi opasnim epidemijским bolestima. Provodi se obično u lukama, kao mjera opreza protiv širenja zaraznih bolesti, a određuje se ako prijete opasnost od kuge, kolere, pjegavca i drugih epidemijских bolesti. Karantena je prije trajala 40 dana, po čemu je i dobila ime. Prva karantena u svijetu uvedena je 1377. godine u Dubrovniku. Danas se karantena provodi veoma rijetko, samo u izvanrednim slučajevima.

Izvor: Opća enciklopedija, Jugoslavenski leksikografski zavod, Zagreb, 1977. strana 272. (prikazati sliku karantene – lazaret u Dubrovniku)

KARDIOLOGIJA, grana medicine koja se bavi srčanim bolestima.

KARDIOVASKULARNE BOLESTI, srčanožilne bolesti, bolesti srca i krvnih žila; najčešće su srčani infarkt, angina pectoris, moždani udar, tranzitorna ishemijska ataka, srčano zatajivanje, periferna arterijska bolest, bolesti srčanih zalistaka, a rjeđe su aneurizme arterija, kardiomiopatije, tromboembolija, i slično.

KOLESTEROL, tvar srodna mastima (sterol) prisutna u tkivima i krvi: LDL – frakcija ukupnog kolesterola u krvi za koju se tumači da je aterogena; HDL – frakcija ukupnog kolesterola u krvi kojoj se pridaju zaštitna (antiaterogena) svojstva.

KONTRAINDIKACIJA, bolest ili stanje u kojem se primjena određenog lijeka ili medicinskog postupka ne preporučuje.



LEUKEMIJA, maligna neoplazma krvi, odnosno krvotvornog tkiva.

M

MEDICINSKO OCJENJIVANJE (medical auditing), tehnika direktne ocjene kvalitete bolničkog rada. Zamišljena je kao objektivna metoda ocjene bolničkog rada u svakom pogledu. Polazna je pretpostavka da je bolnička zdravstvena zaštita toliko kvalitetnija u koliko većoj mjeri bolesnika ponovno osposobi, s obzirom na njegove ranije sposobnosti. Ocjenjuje se stručna i tehnološka pripremljenost za provođenje pojedinih zadataka, tijekom njegove provedbe i stvarni ishod. Pri procjenjivanju se uzimaju u obzir i troškovi. U ukupnoj ocjeni, uz sam bolnički rad, vodi se računa i o zalaganju pacijenata i potpori šire društvene zajednice.

Vidi → Grupa autora, Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti (ur. Luka Kovačić), Medicinska naklada Zagreb, Zagreb, 2003. strana 188. – 190.

MEHANIZMI FUNKCIONIRANJA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA, sastavnice unutrašnje povezanosti zdravstvenog sustava kojima je cilj bolja učinkovitost (efektivnost) i djelotvornost (efikasnost) sustava. Razlikuju se sljedeći mehanizmi: *administrativni*, skup zakonskih akata, odluka, pravila i propisa kojim je cilj hijerarhijski urediti sustav; *mehanizmi upravljanja i odlučivanja*, mehanizmi koji imaju za cilj poboljšati sustav praćenja kvalitete i nagrađivanja kvalitetnih rješenja koja nude zaposleni. Time se potiče kreativnost i inicijativa zaposlenih kojima je krajnji cilj pružanje bolje zdravstvene usluge; *edukativni mehanizam*, uključuje razne oblike edukacije kojima je cilj trajno praćenje iznimno tehnološki propulzivne medicinske struke i s tim u vezi obnavljanje licence.

Vidi → Grupa autora, Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti (ur. Luka Kovačić), Medicinska naklada Zagreb, Zagreb, 2003. strana 170.

MINISTARSTVO ZDRAVSTVA REPUBLIKE HRVATSKE, subjekt najviše razine upravljanja zdravstvom u zemlji. Odgovorno je za sveukupno planiranje i upravljanje zdravstvenom službom, te za provođenje zakona i drugih propisa. U Hrvatskoj je ovo područje regulirano dvama osnovnim zakonima: Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i Zakonom o zdravstvenom osiguranju, donesenima 1993. godine. Zakonima su regulirana pitanja ustroja sustava zdravstva, prava i obveze zdravstvenih djelatnika i osiguranika i drugih korisnika, način financiranja i druga ekonomska pitanja. Ministarstvo je neposredno odgovorno i za funkcioniranje i rad kliničkih bolnica i nacionalnih instituta.

MORBIDITET, pobol, mjera koja govori intenzitetu pojave bolesti, odnosno oboljelih osoba u populaciji. Može biti opći ili specifični, ovisno o tome da li se odnosi na pojedinu kategoriju bolesti ili promatranog stanovništva. Morbiditet kao pojam često se upotrebljava u mnogo širem značenju, tako da mu u praksi definicija nije točno određena, jer se temelji na drugim pojmovima koji nisu potpuno jasni (definicija bolesti, dijagnostičke mogućnosti, klasifikacija težine bolesti, i slično). Zbog toga je važno da se pri uporabi pojma morbiditet što detaljnije opišu ti elementi. Na primjer, morbiditetom se označuje broj osoba u kojih je ustanovljena bolest nakon što su tražile pomoć. Kod morbiditeta se trebaju razlikovati dva ključna sadržaja → *vidi: incidencija (učestalost) i prevalencija (proširenost) morbiditeta*

Vidi → Grupa autora, Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti (ur. Luka Kovačić), Medicinska naklada Zagreb, Zagreb, 2003. strana 21 – 22.

MORTALITET, opći, broj umrlih na 1000 stanovnika. Slab pokazatelj, jer ovisi o strukturi populacije po dobi i spolu. Dobar za promatranje iste populacije tijekom duljega razdoblja. Postupkom standardizacije općeg mortaliteta isključujemo razlike u dobnoj i spolnoj strukturi stanovništva.

MORTALITET, specifični za dob i bolest. Dobar pokazatelj po dobi, a slabiji po bolesti. Najčešće upotrebljavan mortalitet dojenčadi (neo- i postneonatalni).

MORTALITET, od zaraznih bolesti i tuberkuloze; specifičan mortalitet od kroničnih bolesti, posebice kongenitalnih malformacija i nasljednih bolesti na osnovi rutinskih podataka, vrlo je pouzdan.

Vidi → *Grupa autora, Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti (ur. Luka Kovačić), Medicinska naklada Zagreb, Zagreb, 2003. strana 20 – 21.*

N

NAČELA SUVREMENE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE, polaze od prioriteta primarne zdravstvene zaštite, jedinstvenosti i cjelovitosti pristupa u rješavanju zdravstvenih problema, stalnosti liječnika, aktivnoj participaciji korisnika u svim oblicima zdravstvene zaštite i zdravstvene politike.

NAČELA ZDRAVSTVENE ZAŠTITE U HRVATSKOJ, temelji funkcioniranja sustava zdravstvene zaštite u zemlji. Zakon o zdravstvenoj zaštiti utvrđuje da se zdravstvena zaštita provodi na načelima *sveobuhvatnosti* (sveobuhvatnost zdravstvene uključuje sve građane Republike), načelima *kontinuiranosti* (postiže se ukupnom organizacijom zdravstva, osobito na razini primarne zdravstvene djelatnosti koja pruža neprekidnu zdravstvenu zaštitu pučanstvu kroz sve životne dobi), načelu *dostupnosti zdravstvene zaštite* (ostvaruje se takvim rasporedom zdravstvenih ustanova i zdravstvenih djelatnika na područje Republike koji će omogućiti građanima podjednake uvjete zdravstvene zaštite, naročito u primarnoj zdravstvenoj zaštiti), načelu *cjelovitog pristupa primarne zdravstvene zaštite* (osigurava se putem slobodnog izbora doktora medicine i doktora stomatologije koji provode mjere za unapređenje zdravlja i prevenciju bolesti), načelo *specijaliziranog pristupa* (osigurava se organiziranjem i razvijanjem posebnih specijaliziranih kliničkih, javno – zdravstvenih dostignuća i znanja te njihovom primjenom u praksi.

Izvor: Zakon o zdravstvenoj zaštiti, Narodne novine, br. 97 – pročišćeni tekst, 117/97,95/00. 129/00 – II Načela zdravstvene zaštite

NEFORMALNI OBLICI PLAĆANJA U ZDRAVSTVU, javljaju se u obliku *ex-post* darova poslije pružene zdravstvene usluge kao izraz zahvalnosti liječniku/sestri ili *ex-ante* plaćanje prije medicinskog tretmana da bi se „dodatno“ osigurala kvalitetna zdravstvena usluga. U Hrvatskoj se neformalni oblici plaćanja zdravstvenih usluga prepoznaju kroz tzv. plave kuverte.

Zbog nelegalnosti ovog oblika plaćanja ne zna se njegova prava veličina a sve informacije se zasnivaju na otkrivenim slučajevima. Postoje neki dokazi da su ovi oblici plaćanja zdravstvenih usluga dosta rašireni u Grčkoj (*vidi*→ *fakelaki*), a registrirani su također i u nekim razvijenijim zemljama. Ovaj oblik nelegalnog privatnog plaćanja zdravstvenih usluga svakako je najrašireniji u zemljama središnje i istočne Europe. Razloge za to treba tražiti

ponajprije u općem nedostatku sredstava za zdravstvenu zaštitu u javnom sektoru. Razlog privatnog plaćanja u zdravstvu je nerazvijenost ili nepostojanje privatne prakse, tako da onima s novcem i željnih platiti za bržu i adekvatniju uslugu ne preostaje drugo. Postoje i kulturalni čimbenici koji utječu na tu pojavu koja nije samo prisutna u sustavu zdravstva.

Vidi → Grupa autora (ur. Luka Kovačić), Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti, Medicinska naklada, Zagreb, 2003. strana 146.

NEGATIVNO SELEKCIJIRANJE (*engl. adverse selection*), problem koji nastaje kada osiguravatelj ne može odrediti stvarnu stopu osiguranja ili premiju pa propiše prosječnu, što je privlačno za ljude s višim stupnjem rizika od prosječnog i odbija ljude s ispodprosječnim stupnjem rizika, koji mogu napustiti osiguranje. Tako u osiguranju ostaju osobe s visokim rizicima, što nužno dovodi do povećanja premija. Ovaj problem se javlja naročito u uvjetima pretežitog privatnog financiranja zdravstvene zaštite. → *vidi zdravstveni sustav Sjedinjenih Američkih Država*



OBAMINA ZDRAVSTVENA REFORMA, Jedno od predizbornih obećanja aktualnog američkog predsjednika Baracka Obame bila je reforma zdravstvenog sustava Sjedinjenih Američkih Država. U uvjetima velikog proračunskog deficita u zemlji, američki predsjednik je za dodatnog „neprijatelja“ imao konzervativne republikance, ali i konzervativce iz redova demokrata. Pojedini kritičari su išli tako daleko da nisu ustezali ni od osobnih uvreda. Unatoč tome što i postojeći zdravstveni sustav na određeni način (kroz Medicare programe) skrbi o osobama iznad 65 godina života, obiteljima s niskim primanjima, još uvijek postoji neprihvatljivi broj osoba koje nemaju nikakvo zdravstveno osiguranje(oko 54 milijuna osoba). Kritičari Obamine reforme zdravstvenog sustava svoje uporište imaju u činjenici da su rashodi za Medicare programe u 2010. godine iznosili preko 500 milijardi dolara. Ako se tome dodaju rashodi za posebne Medicaid programe od 250 milijardi dolara, tada možebitna veća prava osiguranicima mogu ugroziti gospodarski rast i razvoj zemlje.

Po planu za zdravu Ameriku, koji su pod imenom „Plan for a healthy America“ pokrenuli predsjednik Obama i potpredsjednik Joe Biden, poslodavci će moći osigurati efikasnije osiguranje za svoje osiguranike, a osiguravajuće kompanije će moći osigurati osiguranicima izbor liječnika i zaštitu bez utjecaja i nadzora Vlade, što znači da njihov izbor sa njihovim doktorima neće biti blokiran i ograničavan. Malim poslodavcima će se osigurati će se osigurati povoljan Tax kredit za zdravstvenu zaštitu njihovih radnika.

Obamin plan reforme zasniva se na 8 temeljnih principa: garantiran izbor liječnika i zdravstvenog plana, dostupnost zdravstvenog osiguranja, osiguranje sigurne kvalitetne zdravstvene zaštite za pacijente, zaštita obiteljskog financijskog zdravlja, ulaganje za prevenciju i zaštitu, osiguranje prenosivosti zaštite, održavanje trajne budžetske podrške i težnja univerzalnosti.

Reforma treba pridonijeti stabilnosti i sigurnosti onih koji već imaju osiguranje kroz zabranu osiguravajućim kućama da otkazuju police kada se osoba razboli ili obvezu osiguravatelja da plaćaju sistematske preglede i preventivnu njegu.

Za milijun Amerikanaca bez zdravstvenog osiguranja predloženo je stvaranje burzi osiguranja, mjesta gdje bi pojedinci i mali poduzetnici mogli zajedno pregovarati o cijenama, kao što to čine velike tvrtke ili sindikati za svoje članove.

Obama tvrdi kako je važna konkurencija u osiguravajućem sektoru, koja je u SAD-u vrlo slaba: u 34 američke savezne države 75% tržišta kontrolira pet ili manje osiguravajućih kompanija, a u Alabami 90% tržišta kontrolira samo jedna kompanija.

Ono što je bilo najspornije jest uvođenje tzv. javne opcije, odnosno državnog osiguranja koje je bilo konkurencija privatnim osiguranjima. Protivnici te ideje tvrdili su kako bi se uvođenjem javne opcije stvorila nepoštena tržišna utakmica, dok su liberalni demokrati isticali da osiguravajuća društva neće spustiti cijene ako se ne ponudi i javna opcija.

Obama vjeruje da će ulaganjem u zdravstvenu informacijsku tehnologiju, prevenciju i bolju koordinaciju smanjiti troškove zdravstvene zaštite za 2.500 dolara. U tom cilju želio je dobiti suglasnost američkog kongresa za povećanje poreza i smanjenje koštanja „Medicare“, s kojim bi se osiguralo dio sredstava za zdravstveno osiguranje neosiguranih Amerikanaca.

Obama je naglašavao kako reforma, koja će sljedećih deset godina Ameriku stajati 900 milijardi dolara, uključujući i ograničenu opciju javnog zdravstvenog osiguranja, koja bi pokrivala manje od 5 posto Amerikanaca, neće povećati deficit proračuna. Također je obećavao da neće potpisati zakon koji bi povećao državni deficit.

Reforma zdravstva je usvojena u Kongresu s „tankim“ ali dovoljnim brojem kongresmena koji su je podržali, te ostaje javnosti vidjeti kao će se u praksi primijeniti. Ne smije se zaboraviti da će uvođenje naglašeno socijalnih (kritičari su ih nazvali socijalističkih!) komponenti u zdravstveni sustav tržišne provenijencije naići na nemale probleme u svakodnevnom životu.

Vidi → Obama traži lijek za zdravstveni sistem, <http://www.dw-world.de>; Martin Feldstein, „Die globalen Auswirkungen der amerikanischen Debatte zur Gesundheitsreform, <http://www.project.syndicate.org/commentary/feldstein15German>; Obamina borba za pravednu i zdraviju Ameriku, 2009. <http://www.vjesnik.com>; Moral novog tržišta, 2009. <http://www.bankmagazine.hr>

OBLICI BRIGE (SKRBI) O ZDRAVLJU, povijesno gledajući može se govoriti o svojevrsnoj podjeli skrbi o zdravlju pojedinca i stanovništva u cjelini. Uloga pojedinca, organizacija i države u brizi o zdravlju mijenjala se primjereno promjeni spoznajnog – intelektualnog – kulturnog okruženja. Tako se može govoriti o paternalističkoj, profesionalnoj i individualističkoj tradiciji.

Paternalistička tradicija skrbi o zdravlju daje posebno značenje vladarima i općenito vlasti tradicionalne provenijencije. U slučaju skrbi o javnozdravstvenim problemima države javljaju se sadržaji „medicinske policije“ gdje se država javlja kao aktivni subjekt („policija“) koji kolektivno brine o zdravlju nacije. Ili, impresivni stručni domet Andrije Štampara na području javnoga zdravstva, gdje se kroz sintagmu „zdravlje za svakog“ promovira paternalistički koncept „zdravlje je opće blagostanje“.

Profesionalna tradicija, za razliku od prethodne tradicije daje ekskluzivno pravo liječnicima – profesionalcima da skrbe o pacijentima i njihovu zdravlju. Kroz istraživanje, dijagnosticanje, liječenje i osiguranje promovira se odnos zdravlja kao individualnog problema i medicinsko – profesionalnog pristupa.

Individualistička tradicija, pretpostavlja da je zdravstveno prosvijećeni pojedinac jedino sposoban zaštititi i unaprijediti svoje zdravlje i zdravo okruženje. Još davna iskustva Staroga svijeta (grčka tradicija) govore da se zdravo tijelo i zdravi duh temelje na primjerenim konceptima života pojedinca (dijeta za zdravo tijelo – svaki čovjek je bolestan bez Boga!). Noviji stavovi o skrbi o zdravlju više su usklađeni s modernim stilovima života: da bi se lakše nosio s bolestima civilizacije, pojedinac mora promijeniti stil života (prestati pušiti, smanjiti stres, smanjiti razne druge ovisnosti). U javnozdravstvenom pogledu javljaju se brojne organizacije, udruge koje na različite načine pojedincu pomažu u prevladavanju zdravstvenih problema koje uzrokuju rastući sustavi složene međuljudske komunikacije.

Vidi → S.Letica, *Zdravstvena politika u doba krize, Medicinska biblioteka, Naprijed, Zagreb, 1989. strana 151 – 158.*

OČEKIVANO TRAJANJE ŽIVOTA, izračunane vjerojatnosti preživljavanja iz godine u godinu na temelju specifičnog mortaliteta po dobi za promatrano razdoblje. Dobar pokazatelj za veće populacijske skupine i promatranja u vremenskoj seriji. Zahtijeva posebno pripremljene podatke, tzv. životne tablice.

Vidi → *Grupa autora, Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti (ur. Luka Kovačić), Medicinska naklada Zagreb, Zagreb, 2003. strana 21.*

OUTSOURCING U BOLNIČKOJ ZDRAVSTVENOJ ZAŠTITI. Pojmovno određenje *outsourcinga* kaže da je *outsourcing* ugovorni odnos za transferiranje nekog dijela ili čitavih poslovnih aktivnosti vanjskim partnerima (*outsourcerima*) koji na taj način preuzimaju odgovornost za obavljanje jedne ili više poslovnih funkcija i aktivnosti. *Outsourcing* je upravljačka strategija prema kojoj se izdvaja i prenosi većina „nebitnih“ funkcija posebnim dobavljačima. Riječ je o strateškoj uporabi vanjskih ljudskih i materijalnih resursa za provođenje aktivnosti tradicionalno obavljanih pomoću internog osoblja i resursa. Upravljačka strategija bolničkih zdravstvenih ustanova primjereno tehnologiji proizvodnje i pružanja zdravstvenih usluga treba definirati „nebitne poslovne funkcije“ koje se obavljaju pomoću internog osoblja (prehrana, transport, marketing, održavanje, osiguranje, računovodstvo, informacijske tehnologije, odnosi s javnošću).

Vidi → V.Barić, *Od javnoga prema tržišnom financiranju zdravstva, Računovodstvo, Revizija i Financije, Zagreb, br.3/2007.*

P

ALIJATIVNA zdravstvena skrb predstavlja specifičan oblik zdravstvene skrbi. Za razliku od ostalih oblika zdravstvene skrbi ovdje se primjenjuju drugačiji pristupi prema pacijentu i obitelji pacijenta. Budući da je u slučaju stanja bolesti pojedinih teških bolesnika službena medicina „digla ruke“, palijativna zdravstvena skrb ima zadatak zadržati dostojanstvo čovjeka kroz poseban tretman. S pacijentom treba razgovarati o njegovu životu u najširem smislu riječi, o njegovim sretnim i manje sretnim trenucima. Ako je potrebno, pacijenta treba poticati da se, prije smrti, izmiri sa svojim životnim neistomišljenicima. Teško bolesni i umirući ne bi smjeli funkcionirati kao izolirani otoci. Budući da, zbog izostanka šire društvene brige o starijima, nemoćnima, teško bolesnima i umirućima, obitelj nosi (pre)veliki teret skrbi o svojim najbližim, očekuje se posebna briga prema obitelji od liječnika profesionalca. I s članovima obitelji teško bolesnog pojedinca treba razgovarati, treba razborito sudjelovati u podjeli boli. Pojedini stručnjaci socijalne medicine smatraju da bi onkolozi trebali biti „profesionalni glumci“. Odnos liječnika prema pacijentu ne bi smio biti odnos: čovjek – čovjeku – dijagnoza, već čovjek čovjeku treba biti lijek. Iskustva razvijenog svijeta to potvrđuju: u kanadskom gradu Calgariju umirovljeni 85- godišnji liječnik plastične kirurgije obilazi obitelji starih i teško bolesnih pacijenata dajući im psihološku potporu. U Hrvatskoj nedostaju smještajni kapaciteti za palijativnu zdravstvenu skrb: procjenjuje se da oko 30.000 bolesnika treba ovaj oblik zdravstvene skrbi.

PARADOKS SPOLOVA U ZDRAVLJU, objašnjava stanje u obolijevanju i smrtnosti u muškoj i ženskoj populaciji. Danas je veća vjerojatnost da će žene biti bolesnije od muškaraca a ipak duže žive od njih. Žene najčešće doživljavaju bolest i patnju vezanu za područje

reprodukcije, za bolesti koštanog i mišićnog tkiva, za tjeskobu, nervozu, zabrinutost, glavobolju, tešku depresiju, neurozu, napadaje panike. Muškarci više pate od psihičkih poremećaja, shizofrenije i ozbiljnih psihoza. Prema istraživanjima u Švedskoj moguće je zaključiti da žene i muškarci pate od različitih psihičkih poremećaja ali ne može se reći tko više pati jer to ovisi o tome što se smatra psihičkim poremećajem a što normalnim osjećajima i ponašanjem.

Postoje jasni pokazatelji da su određene skupine više podložne bolestima i smrti (siromašni i bogati). Lošiji uvjeti života vode do veće ranjivosti i manje kontrole nad vlastitim životom, što je dalje povezano s psihičkim stresom i nezdravim životnim stilom. Veća smrtnost među muškarcima u svijetu je stalna pojava, osim gdje su žene podložne snažnoj diskriminaciji. Zemlje s većom smrtnosti žena od muškaraca su: sjeverna Afrika, zemlje Bliskog Istoka, Pakistan, Bangladeš, Indija. Ipak, žene u svijetu uglavnom imaju manje stope smrtnosti iako imaju slabije plaćene poslove, niži stupanj obrazovanja, niže položaje u poduzeću. S obzirom na sve spomenute i nespomenute oblike manje „kontrolne“ nad svojim životima, žene ipak žive duže od muškaraca. Tu činjenicu nazivamo novim spolnim paradoksom u zdravlju.

PARTICIPACIJA U ZDRAVSTVU. „Korisnik može biti obvezan sudjelovati u troškovima zdravstvene zaštite u slučaju bolesti; propisi kojima se reguliraju ta pitanja moraju biti takvi da sudjelovanje u troškovima ne predstavlja preveliko opterećenje, odnosno da ne odvraća od korištenja zdravstvene zaštite“

Konvencija broj 102 o minimalnoj normi socijalnog osiguranja Opće konferencije Međunarodne organizacije rada (u Hrvatskoj je Konvencija prihvaćena 20. prosinca 1954. godine).

Participacija u zdravstvu predstavlja sudjelovanje korisnika u izravnom plaćanju zdravstvene zaštite (engleski termin za izravno plaćanje zdravstvene zaštite je „cost – sharing“). U Hrvatskoj se još javlja sličan sadržaj, „doplata troškova“, koji jasno naglašava sudjelovanje korisnika u pokriću troškova u zdravstvu. Jedno i drugo treba razlikovati od doprinosa zdravstvenog osiguranja koji se alimentira iz plaće zaposlenih, a koji je temeljni instrument javnog financiranja zdravstva.

Sistematizacija vrsta participacije polazi od slijedećih oblika:

- *suosiguranje* predstavlja vrstu participacije pri kojoj korisnik (osiguranik) plaća izravno određeni postotak zaštite, na primjer, 10,20,50 ... posto cijene pregleda, liječenja, lijekova i slično,
- *franšiza*, osiguranik snosi sve troškove do određene granice; ostale troškove snosi zdravstveno osiguranje,
- *suplaćanje ili doplata po usluzi*: osiguranik plaća određenu novčanu svotu za svaku uslugu (bolnički dan, pregled, recept ili lijek),

Poseban oblik participacije predstavljaju tzv. selektivne participacije kod kojih osiguranici većeg dohotka ili poreznih obveza plaćaju veće iznose ili postotke participacije. Primjeri kanadskog zdravstvenog osiguranja sugeriraju sljedeću shemu selektivne participacije:

- *selektivno neosiguranje*: neke manje značajne zdravstvene usluge isključuju se iz osiguranja i takve usluge korisnik plaća iz vlastitog džepa,
- *dvojni sistemi*: kada je određenu zdravstveno – zaštitnu potrebu moguće zadovoljiti na više načina, osiguranje pokriva troškove jeftinijeg. Na primjer, ako je stanovitu rutinsku operaciju moguće izvršiti ambulantno, a korisnik zahtijeva hospitalizaciju, onda zdravstveno osiguranje pokriva osnovni trošak a pacijent „dodatak“,
- *glavni medicinski rizici*: osiguranje pokriva sve troškove za izabrani broj bolesti (dijagnoza); za ostale postoje visoke franšize,

- *extra naplate*: zdravstveno osiguranje nadoknađuje određenu prosječnu cijenu svake usluge (čime garantira minimalnu kvalitetu) a zdravstvena ustanova od pacijenta naplaćuje dio cijene prema kvaliteti pružene usluge,
- *prepakiranje usluga*: sustav blizak dvojnomo sustavu i sustavu ekstra – naplata, s time što ovdje osiguranje snosi određeni minimum troškova za garantiranu kvalitetu, dok pacijent samostalno odlučuje da li će prihvatiti taj minimum ili će doplatiti za bolju kvalitetu (ovu vrstu participacije poznaje i sustav zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj, na primjer, kod pokrivanja troškova ortopedskih pomagala, nabavke naočala, i slično).

Uvođenje participacije u zdravstvu donosi određene socijalno- medicinsko – ekonomske posljedice. Promatrajući problem uvođenja participacije u duhu sintagmi „ participacija tjera pacijenta da dvaput promisli prije nego što ode liječniku“ ili „participacija eliminira nepotrebno korištenje zdravstvene zaštite“ ili „ čini pacijenta svjesnim troškova“, moglo bi se automatski opravdati uvođenje participacije. Ipak, da bi opravdalo uvođenje participacije, čitav sustav participacija treba biti usklađen s dohodovnim mogućnostima onih koji je plaćaju; treba biti precizno utvrđen sustav „iznimaka“; sustav participacija ne smije biti opterećen skupim i složenim administrativnim procedurama. Sustav participacije u osnovi treba destimulirati nepotrebnu i prekomjernu utilizaciju (korištenje zdravstvene zaštite). Ukupni ekonomski efekti participacije moraju biti pozitivni; participacija svojom visinom ne smije narušiti načela na kojima se temelji zdravstveni sustav zemlje.

Implementacija participacije u pojedini zdravstveni sustav nužno donosi ekonomske i socijalne efekte. U osnovi ekonomskih efekata leži činjenica smanjenja zdravstvene potrošnje i stvaranje novih prihoda u zdravstvu. Uobičajeno se javljaju izvorni i posredni ekonomski efekti participacije. Izvorni efekti predstavljaju preraspodjelu tereta financiranja zdravstvene zaštite između države i korisnika zdravstvene zaštite. Sporedni ekonomski efekti podrazumijevaju smanjenje korištenja zdravstvene zaštite i s tim u vezi zdravstvene potrošnje. Uspoređujući iskustva uvođenja participacije u zdravstveni sustav pojedinih zemalja, može se primijetiti ograničeno djelovanje participacije: smanjena utilizacija smanjuje varijabilne, ali ne i fiksne troškove koji u zdravstvu dominiraju. Rasponi udjela participacije od 1 – 3% u ukupnim prihodima zdravstva pojedinih zemalja ukazuju na skromne rezultate u smanjivanju zdravstvene potrošnje. Dapače, skupi administrativni i komplicirani aparat „pojede“ sve možebitne pozitivne financijske efekte uvođenja participacije. Poseban problem se javlja kod onih zemalja gdje mogući veći iznosi participacije pogoršavaju ionako tešku socijalnu situaciju većine stanovnika.

Socijalni efekti participacije pokazuju da uvođenje participacije uvijek značajnije utječe na ponašanje pacijenta lošijeg imovinskog i socijalnog statusa, što otežava poznato načelo o dostupnosti zdravstvenog osiguranja neovisno o dohodovnom i imovinskom cenzusu pojedinca.

Postoje stajališta prema kojima je siromašnije stanovništvo, u uvjetima pada životnog standarda, sklono „štedjeti“ na način da vrši pritisak na hospitalizaciju. Boravkom u bolnici ostvaruju uštede na troškovima prehrane, osobnoj njezi, komunalnim uslugama, i slično. Da bi participacija bila uspješna u eliminaciji nemedicinski odnosno socijalno motivirane prekomjerne utilizacije, morala bi biti izrazito visoka, oko 40 – 50% nezdravstvenih troškova boravka u bolnici. Tako visoka participacija je socijalno neprihvatljiva. Rješenje spomenutog problema na vidiku je kroz primjenu selektivnog sustava bolničkih participacija: dulji boravak u bolnici bio bi penaliziran većim udjelom u troškovima smještaja i prehrane u bolnici.

Uvođenje participacije u zdravstveni sustav Hrvatske javilo se u jeku teške ekonomske i socijalne situacije tijekom početka devedesetih godina prošlog stoljeća. To je rezultiralo

prevelikim brojem osiguranih osoba koje su bile oslobođene plaćanja participacije. Osigurane osobe ne sudjeluju u pokriću dijela troškova zdravstvene zaštite kada zdravstvenu zaštitu koriste zbog ozljeda na radu ili oboljenja od profesionalnih bolesti, po preventivnim mjerama utvrđenim planom i programom mjera zdravstvene zaštite, prigodom liječenja od zaraznih bolesti, u slučaju materinstva i djece do navršene 18. godine života, prigodom liječenja od duševnih bolesti koje predstavljaju opasnost za njihov život ili život građana, ako im je utvrđen status hrvatskih branitelja iz Domovinskog rata, te članovi njihovih obitelji. Potrebno je istaknuti da je implementacija participacije u zdravstvenom sustavu Hrvatske predmet stalnih rasprava i shodno tome u stalnoj prilagodbi financijskih mogućnosti sustava.

PRAVEDNOST U FINANCIRANJU ZDRAVSTVENE ZAŠTITE (engl. equity), općenito pretpostavlja povezanost participacije pojedinca u pokrivanju troškova pružene zdravstvene usluge i njegovih stvarnih financijskih mogućnosti. Predstavlja temeljno pitanje u funkcioniranju svakoga zdravstvenog sustava: pojedinci s nejednakim financijskim mogućnostima trebali bi nejednako plaćati zdravstvenu zaštitu. Dakako, teško je reći da je danas u svijetu ostvaren princip pravednosti. Može se općenito reći da su zdravstveni sustavi u kojima postoji veća solidarnost i uzajamnost u pokrivanju troškova zdravstvene zaštite više pravedni u odnosu na one zdravstvene sustave u kojima se zdravlje tržišno valorizira putem ponude i potražnje.

PREMIJA OSIGURANJA, instrument financiranja privatnog zdravstvenog osiguranja. To su uplate u gotovini putem kojih se pojedinci osiguravaju za određeni period (obično godinu dana). Premije se određuju na temelju procjene rizika. Mogu biti određene prema individualnom riziku pojedinca (na temelju procijenjene vjerojatnosti troškova zdravstvene zaštite određenog pojedinca). Premije se mogu određivati na temelju procjene rizika na razini skupine (tako da oni koji su u skupini visokih zdravstvenih rizika plaćaju više, a oni u skupini niskih zdravstvenih rizika plaćaju manje), ili se premije mogu odrediti regionalno, prema prosječnom riziku populacije u određenoj geografskoj regiji.

Vidi → Grupa autora, Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti (ur. Luka Kovačić), Medicinska naklada Zagreb, Zagreb, 2003. strana 141.

PRETILOST, jedan od javnozdravstvenih problema suvremenog svijeta. Prema stajalištu Svjetske zdravstvene organizacije riječ je o globalnoj epidemiji 21. stoljeća. Ukoliko se ne poduzmu odgovarajuće mjere polovina svjetske populacije će do 2025. godine biti pretilo. Iako debljina se smatra tek estetskim problemom, ona ponajprije znači zdravstveni problem. Šećerna bolest tipa 2, neka sijela raka, poput raka dojke i debelog crijeva, bolesti srca i krvnih žila za čiji je visoki postotak kriva pretilost, ubrajaju se među uzroke smrti koje je moguće prevenirati.

U Hrvatskoj je petina ljudi predebela, a u dobi od 65. do 74. godine života svaka treća žena i svaki četvrti muškarac. S viškom kilograma istodobno se bori dvije trećine muškaraca i svaka druga žena. S prekomjernom težinom, zbog načina prehrane, najviše problema imaju najstariji čak 70 posto muškaraca i gotovo 80 posto žena.

Kako znati kad je previše kilograma? Ako je osoba teška 78 kilograma, a visoka 156 centimetara, onda najprije treba izračunati kvadrat njezine težine: 156 centimetara daje 2,43 metra. Težina (78 kg) se potom podijeli s visinom na kvadrat (2,43), što daje indeks tjelesne mase (ITM) – 32. To ovu konkretnu osobu svrstava u kategoriju predebelih osoba. Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (WHO), ako osoba ima indeks tjelesne

mase od 18,5 do 24,9, to znači da ima normalnu tjelesnu težinu. ITM od 25 do 29,99 označava prekomjernu težinu, a vrijednosti iznad 30 označavaju debljinu.

Prevenција pretilosti odnosi se na promjenu načina života: veliki broj osoba ima neurednu prehranu (u Hrvatskoj tek 57 posto osoba redovito doručkuje, dok njih 37 posto uopće ne doručkuje), unos potrebne tekućine je nedovoljan (dnevno potrebno oko 1,5 litre vode). Stres je „veliki okidač“ za debljanje – prehrana pod stresom, u pravilu, uvjetuje veći unos hrane, naročito slane, alkohola i gaziranih pića. Govori se da stres uvjetuje i povećanje dnevnika obroka hrane.

PREVALENCIJA (proširenost) bolesti odnosno oboljelih osoba, govori o broju svih bolesti odnosno oboljelih osoba u određenom trenutku ili razdoblju. Kao i incidencija, ona se, u pravilu izražava u odnosu na broj osoba koje su u promatranom razdoblju bile izložene riziku.

PROCESI KONSOLIDACIJE, SPAJANJA I PREUZIMANJA U ZDRAVSTVU, Specifični oblik uspostavljanja veće efikasnosti unutar zdravstvenog sustava. Naročito prisutan u razvijenijim zdravstvenim sustavima; u Hrvatskoj se ogledao u procesu spajanja bolničkih ustanova u gradu Zagrebu.

Potencijalne prednosti preuzimanja zdravstvenih kapaciteta (ustanova) su rekonfiguracije i uvođenje novih i kvalitetnijih usluga, uštede na troškovima, pozitivne kulturne promjene, povećana kvaliteta zdravstvenog sustava, poboljšanje upravljanja u zdravstvu, kvalitetniji menadžment, i slično.

Iz konkretnih primjera može se zaključiti da postoje barem dva slučaja i preuzimanja zdravstvenih kapaciteta. U prvom je riječ o bolnicama koje su većinom smještene na istom, tj. malom geografskom području pa njihovo spajanje rezultira nastajanjem tržišne koncentracije. U drugom, one mogu biti i udaljenije, tako da preuzimanje jedne ili više bolnica od strane druge ne utječe na stvaranje koncentracije, ali svakako može biti razlogom slabije kvalitete usluga.

Budući da su učinci preuzimanja odnosno konsolidacija bolnica upitni (antimonopolističkim udrugama i udrugama za zaštitu pacijenata učinci spajanja su negativni!), brojni su autori svoje interese usmjerili na analizu djelotvornosti tih procesa. Neki su ustanovili da su uštede na troškovima kao rezultat spajanja male i zanemarive ako je riječ o tržištu velike koncentracije. Međutim, one ipak postoje zbog ekonomije obujma, ali samo ako je riječ o malim bolnicama. Drugi su pak autori utvrdili da su se na tržištu male koncentracije bolnica koje su bile sudionici spajanja manje povećavale cijene od onih koje su ostale izvan tog procesa. Na koncentriranom tržištu slučaj je obrnut. Dakle, spajane bolnice više povećavaju cijene svojih usluga od onih koje to nisu.

Iskustva u procesu preuzimanja bolnica mogla bi se opisati na sljedeći način. Manje, tj. preuzimane bolnice profitiraju na osnovi poboljšanja ugleda koji stječu na temelju postojeće reputacije i povjerenja u bolnicu koja ih je preuzela, kao i na osnovi ponude standardiziranih usluga i dobro poznate kvalitete. Proces preuzimanja bolnica ne utječe na koncentraciju ali su vidljive posljedice u promjenama njihovog poslovanja. Naime, tamo gdje su jake veze s lokalnom zajednicom, bolnice mogu povećati dobitak ali i poboljšati kvalitetu usluga. Bolnice sa slabim vezama s lokalnom zajednicom sve svoje napore usmjeravaju isključivo na maksimiziranje profita.

Tržišna orijentacija u zdravstvu ne postiže uvijek optimum ekonomskog i zdravstveno – medicinskog sadržaja. Dapače, iskustva razvijenih zdravstvenih sustava tržišne provenijencije pokazuju suprotno. Teško mjerljivi i nedostupni zdravstveni *outputi* različitih procesa spajanja bolnica supstituirani su ostvarivanjem monopolskog položaja i povećanja cijena, što posredno utječe na smanjenje kvalitete rada u bolnicama.

Slijedom rečenog, u uvjetima financijske ovisnosti zdravstvenog sustava o javnim izvorima financiranja u Hrvatskoj, teško je govoriti o tržišnom ustroju bolnica. Ostaju nam iskustva bogatih i ekonomskih razvijenijih zemalja kao predložak moguće implementacije prihvatljivih (socijalno i ekonomski) metoda upravljanja u zdravstvu. U tom smislu, spajanja bolničkih kapaciteta u Zagrebu, koja su se nedavno dogodila, nisu od strane struke najbolje prihvaćena. Uz obrazloženje da je riječ o većim gubicima na strani kvalitete zdravstvenih usluga u odnosu na možebitne financijske uštede.

Vidi → V.Barić, Od javnoga prema tržišnom financiranju zdravstva, Računovodstvo,Revizija i Financije,Zagreb,br. 3/2007.

R

AČUNOVODSTVO TROŠKOVA U BOLNICAMA, Povećanje ekonomske efikasnosti bolnica kao troškovno veoma zahtjevnog dijela zdravstvenog sustava nužno je povezano s odgovarajućim rješenjima u području računovodstva troškova. Moderni pristup pitanjima računovodstva troškova u bolnicama poznaje barem dvije metode. To su ABM – pristup (activity based management) j JIT – pristup (jus in time).

ABM pristup nalaže bolnici kao gospodarskom subjektu da smanjuje one aktivnosti koje smanjuju efikasnost bolnice, odnosno potrebno je smanjiti udjele onih aktivnosti koje ne predstavljaju dodanu vrijednost. Općenito se smatra da je riječ o imovini koja služi određenim zajedničkim potrebama bolnice a koja kao takva može predstavljati veliki potencijal za smanjenje troškova. Računovodstveni sustav ABM trebao bi razlučiti poslove u kojima dolazi do stvaranja dodane vrijednosti od onih u kojima do toga ne dolazi, ali istodobno i poticati smanjenje troškova, prvenstveno kod već spomenutih *non-value added* poslova.

Svaka aktivnost bolnice koja ne dovodi do stvaranja dodane vrijednosti treba biti posebno dokumentirana, obrazložena, izražena u novcu i bez obzira što bi računovodstvu sve ovo bilo dovoljno, mora biti reducirana postupno, ali konstantno. ABM metoda je područje u kojem dolazi do izražaja povezanost računovodstvenih i financijskih znanja i vještina. To je metoda koja pomaže da bolnice razvijaju dugoročne odnose sa svojim dobavljačima te s drugim bolnicama, jer će upravo tako postupno snižavati operativne troškove koji su nužni u uvjetima učestalih promjena poslovnih partnera (dobavljača hrane, poduzeća za pranje rublja, dobavljači informatičke tehnologije...). Tako će bolnica imati koristi, jer će moći postići „ekonomiju obujma“ a istodobno kroz suradnju s drugim bolnicama ulagati u ljudske resurse. Naravno da nije isključena mogućnost strateškog povezivanja s ostalim sudionicima u zdravstvenom sustavu.

JIT pristup nudi rješenje, ali zahtijeva potpuno podređivanje njegovim pravilima. Osnovno pravilo je da se s poslovnim partnerima (prije svega dobavljačima) sklapaju kvalitetni i dugoročni aranžmani da bi na taj način svaki oblik suradnje bio kvalitetniji, brži i efikasniji.

Just in time pristup zahtijeva da se zdravstveni materijal bolnicama dostavlja „ u pravi trenutak“, tako da bolnice ne gube vrijeme i novac na skladištenje materijala koji ionako gubi na vrijednosti. Poželjno je da skladištenje bude briga drugih (napose dobavljača), s kojima bolnica ima dugoročne aranžmane. Prema tome, sklapanje mjesečnih ugovora ili pojedinačne narudžbe od različitih dobavljača nije u skladu s JIT načelima, budući da su neizravni troškovi takvih aktivnosti preveliki. Uz dugoročne ugovore stvara se uzajamno povjerenje, rizik dobavljača se smanjuje, i tako bolnica i dobavljač zajedno nastupaju na tržištu s više samopouzdanja.

Menadžment ponude najbitniji je segment menadžerskog pristupa industriji zdravlja, a prema iskustvima visokorazvijenih zemalja nedvojbeno je da je „just in time“ pristup dao izvanredne rezultate u smanjivanju troškova bolničkog poslovanja. Ipak, pojedine bolnice se suzdržavaju u primjeni tog pristupa navodeći pri tome da je prilično rizično uzeti samo njegove prednosti,

a zanemariti nedostatke. Za njih je klasična metoda vlastitoga skladištenja zdravstvenog materijala (napose skladištenja i pripreme hrane) prihvatljivija u odnosu na široku paletu dobavljača potrebnih roba i usluga. Dugoročno gledajući, rastući troškovi držanja prekobrojne imovine u bolnicama daju prednost primjeni JIT pristupa.

Vidi → V.Barić, Od javnoga prema tržišnom financiranju zdravstva, Računovodstvo, Revizija i Financije, Zagreb, br.3/2007.

RIZIK, u najširem smislu predstavlja određenu opasnost, neizvjesnost, gubitak, stavljanje na „kocku“, dakle neki budući, neizvjestan događaj koji može imati i neželjene posljedice. Pojam rizika treba razlikovati od neizvjesnosti. O riziku se govori kada se kao rezultat nekog budućeg događaja mogu očekivati različito međusobno isključivi ishodi s poznatom (pretpostavljenom) vjerojatnošću. Ako takva vjerojatnost ne postoji, radi se o neizvjesnosti. Rizik bolesti/smrti spada u osigurljive rizike, preciznije osobne rizike. Osobni (osigurljivi) rizici su oni rizici koji uzrokuju smanjenje ili gubitak financijske sigurnosti kao posljedica smrti, starosti ili bolesti. Rizik nezaposlenosti, koji se često ubraja u tu skupinu rizika, nema sva bitna obilježja osigurljivog rizika, jer se ne može kalkulirati vjerojatnost štete s potrebnim stupnjem točnosti.

S

ELEKCIONIRANJE RIZIKA (*engl. cream-skimming ili cherry-picking*), osiguravatelj kroz premije koje nisu određene prema riziku ili na druge načine želi privući osobe s ispodprosječnim rizicima ili odbiti one koji imaju iznadprosječne rizike. Karakteristično za zemlje u kojima „glavnu riječ“ u zdravstvenoj zaštiti imaju osiguravajuće kuće. → *vidi zdravstveni sustav Sjedinjenih Američkih Država*

SHIZOFRENIJA, kronična duševna bolest koja obično počinje u adolescenciji i brzo dovodi do raspada ličnosti. Karakterizirana je poremećajem u mišljenju, osjećanju i ponašanju. Obično kod tih poremećaja razlikuje se prodromalna, aktivna i faza remisije. Pod tipovi shizofrenije su: paranoidni, dezorganizirani ili hebfreni, katatoni, nediferencirani i simplkes tipovi.

Prevalencija tijekom života iznosi oko 0,6 – 1,5 posto. U Hrvatskoj je registrirano oko 19000 shizofrenih bolesnika, a stopa prevalencije je oko 0,4 posto. Nešto veću prevalenciju imaju Istra i Primorje – oko 0,7 posto. Prema nekim studijama, najveća stopa prevalencije je u Irskoj i Švedskoj. Odnos muškaraca i žena je 1:1. Viša prevalencija nađena je u nižim socioekonomskim grupama. To se objašnjava socijalnom dezorganizacijom koja dovodi do toga da bolesnici zbog prirode bolesti „skliznu“ na društvenoj ljestvici. Bolest najčešće počinje između 15. i 35. godine života. Rijetko se javlja prije 10.godine i poslije 50.godine života. Kod muškaraca obično počinje nešto ranije, između 15. i 25.godine života, a kod žena između 25. i 35.godine života. Analize pokazuju da Židovi obolijevaju manje od pripadnika drugih vjera. Veće obolijevanje zabilježeno je zimi i u rano proljeće, što se povezuje s mogućom virusnom uzrokovanošću bolesti.

Vidi → Hrabak-Žerjavić, Vlasta, zaštita mentalnog zdravlja, www.zdravlje.hr, 28. travanj 2004.

SMJERNICE I PROTOKOLI U ZDRAVSTVU, Da bi se unaprijedila suradnja različitih sektora, neophodna je učestala primjena smjernica i protokola u zdravstvenoj zaštiti. *Ti mehanizmi mogu osigurati uspješnu koordinaciju usluga, usklađivanje dijagnostičkih*

procedura, terapija i medicinskih postupaka među institucijama koje pacijentu. pružaju zdravstvenu zaštitu. Iskustvo pokazuje da smjernice i protokoli moraju biti koncenzualno izrađeni od strane različitih aktera zdravstvenog sustava, kako bi se osigurala njihova učinkovita implementacija i uspješno provođenje u praksi. Treba naglasiti da su potrebna daljnja istraživanja da bi se smjernice učinile još učestalijim „alatom“ zdravstvenih djelatnika, povezivanje različitih sektora zdravstvene zaštite podupire izrada smjernica uklopljena u kontekst financiranja usluga i mehanizama isplate plaća te utjecaja koje ti elementi imaju jedni na druge.

SVJETSKA ZDRAVSTVENA ORGANIZACIJA - SZO (World Health Organisation – WHU), glavna i koordinirajuća institucija za pitanja zdravlja i zdravstva unutar Ujedinjenih Naroda. Kada su se diplomati 1945. godine sastali u San Franciscu kako bi osnovali Ujedinjene narode, jedna od ključnih tema bila je i rasprava o osnivanju Svjetske zdravstvene organizacije. Ustav SZO donesen je 7. travnja 1948. godine. To je dan kada se obilježava njena uloga i značenje u kontekstu aktualnih problema u svijetu. Delegati 53 zemlje od 55 tadašnjih članica UN prisustvovali su prvom Svjetskom zdravstvenom kongresu u svibnju 1948. godine. Tada su postavili glavne prioritete SZO: borba protiv malarije, tuberkuloze, poboljšanje zdravlja djece i žena, bolja prehrana i higijena stanovništva. Neki od postavljenih ciljeva u nekim dijelovima svijeta još uvijek nisu riješeni. Od tada se razvio niz problema i bolesti koji su stvorili nove javnozdravstvene probleme. Istaknimo tek pojavu AIDS-a koji zasada, uz bolesti krvožilnog sustava i karcinom, predstavlja ključni svjetski zdravstveni problem. Općenito SZO je u proteklom razdoblju polučila neke iznimne dosege, kako u eradikaciji, tako i u prevenciji bolesti.

Povijesno gledajući može se govoriti o etapnom razvoju uloge i značenja SZO. U početku je na sebe preuzela odgovornost Svjetske klasifikacije bolesti koja svoje početke ima u 1850. godini pod nazivom Svjetska lista uzroka smrti. Već prvi na listi uspjeha SZO 1952. godine nalazi se cjepivo protiv dječje paralize. Nakon toga u fokusu interesa SZO našla se bolest čeljusti, bolest koja je sakatila i izobličavala čeljust. U 1950. – tim godinama od te bolesti bolovalo je oko 50 milijuna ljudi. Uvođenje dugo trajaćeg penicilina koji je samo s jednom injekcijom dovodio do ozdravljenja, predstavljao je revolucionarno sredstvo za liječenje mnogih bolesti. Do 1965. godine pregledano je 300 milijuna ljudi u 46 zemalja i smanjena je vjerojatnost pojave za više od 95 posto.

Godine 1967. južnoafrički kirurg Christian Barnard izvršio je prvu transplantaciju srca. Godine 1974. Skupština SZO prihvaća rezoluciju o proširenju programa imunizacije kako bi se omogućilo cijepljenje svoj djeci svijeta. Godine 1977. Pojavljuje se prva lista osnovnih lijekova – danas takve liste ima 156 zemalja. Kampanja za iskorijenje bolesti malih boginja, smrtonosne bolesti, diljem svijeta provedena je u razoblju između 1967. i 1979. godine. Dotada je ova bolest pogodila i ubila milijune ljudi u svijetu. Godine 1983. Pateurov institut u Parizu identificirao je virus HIV-a (AIDS – ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME – SYNDROME D’IMMUNODEFICIENCE ACQUISE – STEČENI SINDROM NEDOSTATKA IMUNITETA). Pandemija ptičje gripe (SARS) 2003. godine se uspješno stavlja pod kontrolu. Svjetska zdravstvena organizacija je, pored spomenutih aktivnosti i uspjeha donijela brojne sporazume o zdravlju koje su prihvatile zemlje članice.

Ustroj SZO čine Zdravstveno vijeće, Nadzorni odbor i Generalni direktor. Vijeće se sastaje svake godine u svibnju mjesecu kada predstavnici 193 zemalja članica odobravaju predložene programa i analiziraju/nadziru financijsko stanje i politiku Organizacije, te daju instrukcije vezane za daljnje aktivnosti. Ljudski potencijali (stručni kadar) Svjetske zdravstvene organizacije broji preko 8000 stručnjaka s područja zdravstva iz više od 150 država raspoređenih u šest regionalnih ureda i u pojedinim zemljama članicama.

Sa stajališta stanja ljudskih i financijskih potencijala SZO može se reći sljedeće. Zaposleni u SZO raspoređeni su diljem svijeta: zabrinjavajuća je situacija u Africi gdje na 1000 stanovnika radi samo 1,3 zdravstvena djelatnika, dok u Europi radi preko 10 zaposlenika na 1000 stanovnika. Da bi se dosegli milenijski ciljevi organizacije, broj djelatnika u Africi trebao bi biti 2,5 djelatnika na 1000 stanovnika.

Ukupni proračun SZO u 2009. godini iznosio je oko 4 mlrd USD od koji samo jedna četvrtina se odnosi na udjele zemalja članica, dok više od 70% su dobrovoljni prilozi od kojih je 65% priloga nevladinih organizacija. Geografska distribucija financijskih sredstava izgleda ovako: oko 30% odnosi se na Afriku, 25% na sjedište SZO, preko 12% na Istočni Mediteran, oko 12% na Europu, ostalo na Jugoistočnu Aziju i Zapadni Pacifik.

Kao temeljni ciljevi djelovanja SZO u narednom razdoblju ističu se: sprječavanje kroničnih bolesti, smanjenje smrtnosti djece, poboljšanje zdravlja trudnica, borba s AIDS – om, malarijom, tuberkulozom i drugim bolestima, osigurati kvalitetnu zdravstvenu njegu najvećem broju stanovnika.

Hrvatska je nakon prihvaćanja uvjeta i propisa iz Statuta SZO u studenom 1992. godine otvorila ured SZO u Zagrebu. Glavni zadaci Ureda su: procjena državnih zdravstvenih potreba i prioriteta u suradnji s Ministarstvom zdravstva, pomoć u određivanju primarnih ciljeva suradnje SZO u zemlji, te nadzor provođenja ugovora o suradnji između SZO (Europa) i Hrvatske. Neki od ciljeva te suradnje su: poticanje fizičke aktivnosti stanovništva uključujući podizanje svijesti o zdravoj prehrani, prevencija zaraze HIV virusom, liječenje i briga za oboljele, financiranje zdravstvene reforme i smanjivanje velikih deficita u zdravstvu, provođenje nacionalne farmaceutske strategije. MUŠKARCI koji oćelave prije 30-te godine imaju manji rizik obolijevanja od raka prostate – povezano s djelovanjem testosterona (nalazi Sveučilišta u Seattlu, Sjedinjene Američke Države).

P

REVENTIVA – Neki oblici brige o zdravlju (ozljedama) stanovnika

- U Finskoj na proizvodima u trgovini koje kupuju građani su upozoreni da proizvod sadrži masnoće opasne po zdravlje. Upozorenje je posebno istaknuto kod proizvoda koji sadrže sol.
- U Sloveniji upozoravaju kupaće da ne skaće na glavu kada odlaze kao turisti jer to može biti opasno za život i zdravlje.

Š

TAMPAR, Andrija, liječnik, stručnjak za socijalnu medicinu i higijenu i organizator javnog zdravstva; rođen 1.IX 1888. godine u Drenovici kod Slavenskog Broda, umro 26.VI 1958. godine u Zagrebu. Kao funkcionar ministarstva zdravlja razvio je između dva svjetska rata široku djelatnost oko organizacije zdravstvene službe i zdravstvenog prosvjećivanja. Osnovao je široku mrežu dispanzera u cijeloj zemlji (bivšoj Jugoslaviji), podigao Centralne higijenske zavode (u Zagrebu 1922. a u Beogradu 1926. godine). Za veliki napredak javnoga zdravstva u našim krajevima posebno je zaslužan i osnivanjem Škole narodnog zdravlja (1927. godine) koja danas nosi njegovo ime.

Kao ekspert Društva naroda (preteča Ujedinjenih naroda), radeći na organizaciji socijalne, posebno preventivne medicine, boravio je u Aziji (osobito u Kini), u SSSR-u, u SAD-u, u mnogim zemljama Europe, Afrike, Latinske Amerike i Polinezije. Od 1924. godine predavač,

od 1939. godine redoviti profesor socijalne medicine na Medicinskom fakultetu Sveučilišta u Zagrebu gdje je u poslijeratnim godinama kao dekan reorganizirao nastavu medicine, davši joj preventivnu i socijalnu orijentaciju. Poslije Drugog svjetskog rata sudjeluje u osnivanju Svjetske zdravstvene organizacije i 1946. godine postaje njezinim prvim predsjednikom. Od 1947. godine do smrti bio je predsjednik Jugoslavenske akademije znanosti i umjetnosti.

Vidi → *Opća enciklopedija Jugoslavenskog leksikografskog zavoda, knjiga 8, stranica 56. Zagreb, 1982.*

Z

AGONETKA SMRTNOSTI, Zašto umiremo baš onda kada umiremo? Vjernici traže božansko tumačenje, ali osiguravateljne kompanije računaju da objašnjenje treba tražiti u statističkoj znanosti. Pouzdani dokazi pokazuju da trajanje života postaje sve dulje. Početkom 1840 – tih, britanski građani mogli su očekivati život od oko 40 godina za muškarce i 41 za žene. Današnja je vjerojatnost

75 godina za muškarce, 80 za žene. U međuvremenu, prosječna životna dob postojano raste po stopi od dvije godine u svakom desetljeću. Nalazi koji slijede rezultat su istraživanja stručnjaka britanska osiguravateljske kuće RGA i američke istraživačke skupine Longer Life Foundation

Ima nekoliko naznaka da će poboljšanje ostvareno u proteklih stoljeće i pol barem ostati stabilno, iako je vjerojatnije ubrzanje. Napredak u kirurgiji, preventivnoj medicini i medikamentnim terapijama, u kombinaciji sa zdravijim načinom života – činitelji su koji igraju najvažniju ulogu.

Većina činitelja koji utječu na dugovječnost tiču se okoliša. Medicina će igrati još važniju ulogu. Vrijedno je uočiti da će uklanjanje tako značajnog uzroka smrtnosti u starijoj dobi, kao što je karcinom imati golem utjecaj na dugovječnost. Uspješno liječenje karcinoma bi moglo produžiti život stanovništva Velike Britanije za tri do četiri godine. Lijek protiv Alzheimerove bolesti dodao bi tomu šest mjeseci.

Međutim, istraživači velik domašaj mogućih promjena vide u genetici. Doduše, sada se tek četvrtina promjena dugovječnosti može pripisati genetičkim činiteljima. Ali neka su otkrića enormna. Znanstvenici su identificirali nešto nalik na gen dugovječnosti. Telomere, oblik dezoksiribonukleinske kiseline (DNA), koji se nalazi na kraju kromosoma, skraćuju se tijekom starenja. Zaustavljanjem toga skraćivanja mogu se stanice učiniti „besmrtnima“.

Za svakoga tko traži financijsku sigurnost u umirovljenju očekivano trajanje života od bitne je važnosti. Najnovija istraživanja pokazuju da je osiguravateljna statistika znatno podcijenila stopu produženja trajanja života. Stoga, se pokazalo da prodaja rente nije naročito unosan posao.

Podaci aktuaru britanske vlade pokazuju ekstremno konzervativne procjene stopa produljenog trajanja života. Prognozirani podaci za 2050. godinu mogli bi iznositi čak 10 godina. Podcjenjivanje prosječnog trajanja života za samo dvije godine stajalo bi osiguravatelje značajna financijska sredstva.

Koja je, dakle, prema statistici čarobna formula dugovječnosti?

- *Biti rođen 1931. godine.* Ako ste britanski građanin u 69. godini, utješite se spoznajom da vi i vaši vršnjaci činite neuobičajeno zdravu skupinu u statistikama smrtnosti. Statističari kažu da ste se bolje hranili u vrijeme Drugoga svjetskog rata, da vam je išlo na ruku uvođenje državne zdravstvene zaštite (1948.) te da ste pušili manje cigareta i imali manje djece nego prethodna generacija.
- *Biti žena.* Žene u SAD-u i Zapadnoj Europi sada nadživljuju muškarce za oko šest godina.

- *Pribavite mirovinu.* Oni koji će sebi moći priuštiti životno osiguranje i mirovinu vjerojatno će pripadati višem društvenom sloju. U svakoj dobnoj skupini, viši socijalni status donosi vjerojatnost duljeg trajanja života. Iz posve nejasnih razloga, to ne vrijedi za žene.
- *Ne pušite.* Između 1994. i 1996. godine, primjerice, postotak pušača pao je među profesionalcima, poslodavcima i menadžerima. Drugi socijalni slojevi, naročito nekvalificirani radnici, pušili su više. Činite to pa ćete umrijeti mlađi!
- *Oženite se ili udajte.* To je šećerna glazura na torti. Oženite se (ili udajte za) pravoga partnera i živjet ćete tako sigurnim životom da će on trajati i trajati. Napravite li loš izbor pa se i razvedete, ako ostanete udovac ili udovica, živite kao samac, statistika vam proriče da ćete prije umrijeti.

ZDRAVIZAM, marketinški pristup u promociji farmaceutskih proizvoda. Već dulji niz godina farmaceutske kompanije u promociji svojih proizvoda vrlo agresivno nastupaju u medijima s ciljem uvjeravanja u zdravstvenu djelotvornost istih. Ovaj oblik „silovanja suvereniteta potrošača“ nerijetko nema uporište u stvarnom pozitivnom učinku farmaceutskih proizvoda na zdravlje korisnika/potrošača. Iza raznih promotivnih akcija (ublažavanja tegoba kroničnih bolesti, mršavljenja, lijepog izgleda tijela i duše) nerijetko stoji želja za stvaranjem što većeg profita farmaceutske kompanije. Zdravstveni profesionalci (liječnici specijalisti) uglavnom s rezervom prihvaćaju ovaj agresivni nastup farmaceutske kompanije, ističući da je za zdrav i dugi život važan stil života i razvijeni osjećaj preventivnog pristupa bolesti i zdravlju.

ZDRAVLJE KAO IZVOZNI PROIZVOD

- *U globalnoj tržišnoj utakmici položaj klasičnih izvoznih proizvoda je sve teži budući da se proizvodi iste kvalitete negdje drugdje mogu proizvesti jeftinije.* Kako bi se osigurao položaj zemlje na svjetskom tržištu, potrebno je razviti inovativne proizvode i usluge s kojima će se osvojiti novi kupci na međunarodnim tržištima;
- Međutim, u razvoju uslužnog sektora, s naglaskom na turizam nije postignuto dovoljno. To je potaklo inicijativu da se zdravlje kao usluga ponudi na svjetskom tržištu, te na taj način unaprijedi međunarodna suradnja i razvoj gospodarstva i zdravstva, zajedno i pojedinačno. Ali, istovremeno da se njeguje i tradicija!
- Naime, prije sto godina je na tisuće pacijenata iz cijeloga svijeta dolazilo u lječilišta i sanatorije na zdravstvenu njegu, liječenje i/ili oporavak. Lista gostiju danas se čita kao «Who's Who?» iz svijeta slavnih. Međutim, dva su svjetska rata i mnogobrojne pogreške u politici zdravstva uništili tu tradiciju te je konačno došlo vrijeme da se ponovno izgradi.
- Danas se procjenjuje da je godišnja zarada od zdravstvenog turizma oko 60 milijardi dolara, a realna predviđanja govore da će u idućim godinama porasti na 100 milijardi dolara. U svjetskim okvirima u zdravstveni turizam su se na vrijeme i punim pogonom ubacili Indija, Singapur, Tajland i Filipini, čiji se prihod od zdravstvenog turizma broji u milijardama dolara. Slovenija svoju turističku ponudu temelji na wellnessu, a kod nas ne postoji zakon koji bi regulirao takvu vrstu turizma.

Primjeri razvijenih zemalja

- Sjedinjene Američke Države predstavljaju pravi primjer kako se uspješno nude usluge iz područja zdravstva. Američke klinike su obradom inozemnih pacijenata zaradile ogromne profite koje su investirale u opremanje bolnica što je, naravno, donijelo korist domaćem stanovništvu;
- U Velikoj Britaniji je također prije nekoliko godina obrađen veliki broj inozemnih pacijenata. Liječnici iz Londona su izvodili redovite operacije srca na njemačkim pacijentima. Međutim, kao posljedica promašene reforme zdravstva došlo je do raspada tržišta zdravstva. Vrijeme čekanja pacijenata na operacije iznosilo je čak i nekoliko godina. Stoga je sve veći broj pacijenata dolazilo na obradu iz Engleske u Njemačku;
- Njemačke klinike nude zdravstvene usluge na najvišem nivou a ni troškovi obrade u međunarodnoj usporedbi nisu previsoki. Naprotiv, prije bi se reklo da su niski i čak su do 50% niži od troškova u SAD-u kod srčanih operacija;
- Kako bi se postigla međunarodna konkurentnost, u Njemačkoj klinike se trebaju natjecati inovativnim postupcima terapija i dijagnoza. Stoga se odluka Zdravstvenog osiguranja o uskraćivanju preuzimanja troškova obrade smatra kratkovidnom;
- Na primjerima određenih klinika može se vidjeti sve mogućnosti koje stoje u natjecanju za međunarodne klijente. U centru za srce i reumu u jednoj njemačkoj klinici (Kerckhof-klinika u Bad Nauheimu) je u proteklim godinama obrađeno pacijenata iz više od 20 zemalja, pri čemu je velik broj došao iz Srednjeg Istoka i golfskih regija;
- Ukoliko uspiju u privlačenju većeg broja inozemnih pacijenata, može doći do zaustavljanja trenda smanjivanja krevetnog fonda. Daleko je pametnije jedan dio bolničkih kreveta, koji neće biti upotrijebljeni od strane domaćeg stanovništva, namijeniti inozemnim pacijentima. Kreveti se zadržavaju za slučaj određenih demografskih promjena ili epidemija;
- Obrada inozemnih pacijenata može biti izvor osiguranja egzistencije klinike. Kao posljedica sve niže granice broja kreveta i krutog budžeta, politika zdravstva ima štetan utjecaj na potražnju. Ukoliko zbog povećane potražnje dođe do porasta operacija, u blagajne klinika će dospjeti milijunski iznosi;
- Nemali broj klinika je zbog povećanih zahtjeva za povratkom novca dospio u poteškoće, a usmjeravanje na inozemne pacijente bi ih moglo spasiti. U prošlosti su razni komplicirani propisi vezani za ulazak u Njemačku bili zapreka inozemnim pacijentima, posebno u nesrećama koje su tražile hitnu intervenciju. Zahvaljujući određenim intervencijama u Ministarstvu gospodarstva (!) klinike u Njemačkoj dobivaju prednost u međunarodnoj utakmici na tržištu zdravlja;
- Analitičari i prognostičari se slažu u jednom → u sljedećih 20 godina poslovna struktura u bolničkom sektoru će se radikalno promijeniti. Privatni sektor koji sa sadašnjih 7% još nije toliko značajan bi trebao narasti na 25 – 40 posto. Usporedno će doći do pada udjela javnoga sektora te se kao posljedica takvog razvoja očekuju rastući troškovi u zdravstvenom sustavu;
- Opći zaključak koji se nameće u svezi financiranja bolničke zdravstvene zaštite u Njemačkoj jest činjenica da se privatizacija bolnica u mnogim slučajevima može označiti kao najbolji put izlaska iz financijske krize.

Gdje je Hrvatska?

- Zdravlje kao izvozni proizvod u Hrvatskoj se uglavnom promišlja kroz zdravstvenu funkciju turizma. Pri tome se ističe medikamentozni utjecaj turizma na zdravlje i kondiciju ljudi. U pravilu, turizam djeluje kao preventiva a manje kao kurativa. Međutim, za neke bolesti preporučuje se i turistička kurativa (liječenje u toplicama, talasoterapija);

- Zbog sve većih zdravstvenih problema koje donosi onečišćenje i kvaliteta rada i života (stres) može se očekivati veći i dinamičniji razvoj zdravstvenog turizma s elementima međunarodne utakmice na tržištu zdravlja;
- Raspoloživa zdravstvena statistika u Hrvatskoj ne daje nam primjereni uvid u opseg i strukturu pružene zdravstvene zaštite građanima koji nisu uključeni u sustav zdravstvenog osiguranja u Hrvatskoj.
- Prema nekim izvorima zdravstveno – turistička ponuda u zaradi od turizma sudjeluje tek sa 0,5 posto;
- S obzirom na opću recesiju u Europi, cijene zdravstvenih usluga u našoj zemlji su zapadnoeuropskom tržištu prihvatljivije. Stomatološke usluge su tri puta jeftinije, kao i estetski zahvati, dok su pojedine operacije i deseterostruko jeftinije.

ZDRAVSTVENA REGIJA (engl. health district), funkcionalna povezanost zdravstvenih ustanova primarne i sekundarne zdravstvene zaštite. Povezanost se odnosi na konzultantsku pomoć u dijagnostici i liječenju bolesnika, skrb poslije liječenja bolesnika u bolnici (kako bi boravak u bolnici bio što kraći, a liječenje što uspješnije), laboratorijsku dijagnostiku (klinički mikrobiološki laboratorij), edukaciju i drugo.

Vidi → Grupa autora, Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti (ur. Luka Kovačić), Medicinska naklada Zagreb, Zagreb, 2003. strana 185.

ZDRAVSTVENI SUSTAV HRVATSKE, dio širega političko – socijalno – gospodarskog sustava zemlje koji, institucionalno uređen, predstavlja temelj za organiziranje, financiranje i provođenje zdravstvene zaštite. Sâm pojam sustava implicite pretpostavlja da počiva na određenim načelima (*vidi → načela zdravstvene zaštite u Hrvatskoj*), na načinu organiziranja i provođenja zdravstvene zaštite, na definiranju prava i dužnosti građana u ostvarivanju zdravstvene zaštite, na osnivanju i organiziranju zdravstvenih ustanova, te na definiranju i ustroju zdravstvenih ustanova.

Svaki zdravstveni sustav, pa tako i zdravstveni sustav Hrvatske, počiva na temeljima koji nisu plod jednokratnog događanja, kratkog vremena svekolikih promjena u socijalnom, političkom i gospodarskom smislu. Dapače, povijesni zasadi glede kolektivnog pristupa fenomenu zdravlja/bolesti baštine i sadašnje generacije. Ti povijesni zasadi mogu biti ili već jesu ugroženi djelatnim nastupom novog konteksta funkcioniranja svijeta (konteksta globalizacije) u kojem ništa nije isto kao prije. Kontroverze vremena u kojem živimo mogle bi se svesti na nekoliko sadržaja: javno – privatno, reforma, racionalizacija, tržište – država, participacija, siromašni – bogati, i slično. U svemu ovome postavlja se temeljno pitanje: gdje je Hrvatska i njezino zdravstvo? Sadržaj koji slijedi nije dovoljno iscrpan da bi otkrio odgovore na sva pitanja. Ipak, čitatelju daje mogućnost (ne)prihvatanja jednog pogleda na zbilju hrvatskoga zdravstva.

Organiziranje i provođenje zdravstvene zaštite. Zdravstvena zaštita u Hrvatskoj provodi se u jedinstvenom sustavu zdravstvene djelatnosti primjenom mjera primarne, specijalističko – konzilijarne i bolničke zdravstvene zaštite, te zdravstvenu djelatnost na tercijarnoj razini. *Primarna zdravstvena zaštita obuhvaća:* sudjelovanje u podizanju i održavanju psihofizičke i radne sposobnosti djelatnika, učenika i studenata, mladeži športaša, pučanstva starijeg od 65 godina, invalida i drugih osoba, sudjelovanje u provođenju preventivnih, higijensko-epidemioloških mjera zdravstvene zaštite, mjere zdravstvene zaštite djece predškolskog

uzrasta, brigu o zdravstvenoj zaštiti žena za vrijeme trudnoće, mjere zdravstvene zaštite osoba sa smetnjama u razvoju, hitnu medicinsku pomoć.

Primarna zdravstvena zaštita provodi se i organizira u timovima u kojem sudjeluju najmanje doktor medicine i medicinska sestra, odnosno zdravstveni tehničar. Poslove u primarnoj zdravstvenoj zaštiti obavljaju doktori medicine, specijalisti opće medicine, pedijatri, specijalisti ginekologije, školske medicine, epidemiologije, ekologije i socijalne medicine, sa svojim suradnicima. Zdravstveni djelatnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti svojim radom potiču i usmjeravaju samozaštitne aktivnosti osiguranja. Na primarnoj razini zdravstvene zaštite organiziraju se domovi zdravlja, ustanove za hitnu medicinsku pomoć i ustanova za zdravstvenu njegu u kući.

Specijalističko – konzilijarna djelatnost obuhvaća složenije mjere i postupke u pogledu prevencije, dijagnosticiranja te liječenja bolesti i ozljeda, provođenja ambulantne rehabilitacije.

Bolnička zdravstvena djelatnost obuhvaća dijagnosticiranje, liječenje i medicinsku rehabilitaciju, zdravstvenu njegu te boravak i prehranu bolesnika u bolnicama.

Zdravstvena djelatnost na tercijarnoj razini obuhvaća djelatnost klinika, kliničkih bolnica i kliničkih bolničkih centara.

Uz spomenute razine zdravstvene zaštite potrebno je istaknuti djelatnost zdravstvenih zavoda: javno- zdravstvena djelatnost, djelatnost medicine rada, djelatnost transfuzijske medicine i djelatnost zaštite mentalnog zdravlja.

Uz rečene oblike i razine pružanja zdravstvenih usluga u Hrvatskoj, potrebno je istaknuti i svojevrzne partnere u sustavu zdravstva. Kao krovna organizacija zdravstvenog sustava nalazi se *Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske* koje je odgovorno za sveukupno planiranje i upravljanje zdravstvenom službom, te za provođenje zakona i drugih propisa koji se odnose na pružanje zdravstvene zaštite. Dva temeljna zakona su Zakon o zdravstvenoj zaštiti i Zakon o zdravstvenom osiguranju. Ministarstvo je, također, odgovorno za funkcioniranje i rad kliničkih bolnica i nacionalnih instituta. Uz Ministarstvo zdravstva kao krovnu organizaciju cjelokupnoga zdravstvenog sustava, javljaju se *županijska i gradska zdravstvena vlast* koja je odgovorna za funkcioniranje općih bolnica i zdravstvene službe na prvoj razini (domovi zdravlja, specijalne bolnice, poliklinike, ljekarne, županijski zavodi za javno zdravstvo i privatne prakse). Tu su još *Hrvatska liječnička, stomatološka i farmaceutska komora, Hrvatski liječnički zbor i Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje*. Komora ima posebnu ulogu u zastupanju članove svoje profesije prema drugim interesnim skupinama (HZZO, Ministarstvo zdravstva). Isto tako, Komora radi na poboljšanju unutarne kohezije u profesiji, etičkog ponašanja, stručnog napredovanja i licenciranja. Članstvo u komori je obvezno. Hrvatski liječnički zbor je stručna dobrovoljna organizacija liječnika i stomatologa koja se brine o stručnom usavršavanju članova, međunarodnom povezivanju, etičkom ponašanju, te drugim pitanjima profesije.

Amortizacija kao izdatak ukinuta je zdravstvenim ustanovama 1992. godine i na taj način su smanjeni ukupni izdaci zdravstvenih ustanova. Bez obzira što amortizacije više ne postoji kao izdatak, zdravstvene ustanove svake godine vrše otpis vrijednosti svoje imovine, tako da se iz godine u godinu vrijednost imovine zdravstvenih ustanova smanjuje. Istovremeno, ulaganja koja se vrše u objekte i novu opremu, nedostatna su za kompenzaciju spomenutog smanjenja vrijednosti imovine.

Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, (HZZO), javna ustanova, administrativno tijelo koje provodi zakonom utvrđena prave i obveze iz područja zdravstvenog osiguranja. U provedbi osnovnoga zdravstvenog osiguranja HZZO provodi politiku razvoja i unapređivanja zdravstvene zaštite u svezi s osnovnim zdravstvenim osiguranjem, obavlja poslove u svezi s

ostvarivanjem prava osiguranih osoba, planira i prikuplja novčana sredstva osnovnog zdravstvenog osiguranja te plaća usluge zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim djelatnicima, sudjeluje u predlaganju osnovne mreže zdravstvene djelatnosti, obavlja poslove ugovaranja sa zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim djelatnicima, utvrđuje cijenu zdravstvene zaštite, obavlja nadzor poslovanja zdravstvenih ustanova. Na načelima solidarnosti i uzajamnosti HZZO osigurava glavninu zdravstvenih rizika (oko 80 – 90% troškova zdravstvenih ustanova i privatnih zaposlenika isplaćuje se putem osiguranja koje provodi HZZO). Druga osiguranja i sami pacijenti snose ostali dio troškova zdravstvene zaštite, uglavnom zdravstvene skrbi za vrijeme bolesti. Dio troškova preventivne zaštite i javnozdravstvenih mjera snose državni, županijski i općinski proračun, te poduzeća koja su obvezna osiguravati troškove zaštite na radu i rizike profesionalnih bolesti.

Zdravstveni sustav Hrvatske ima jedan od najvećih udjela javne zdravstvene potrošnje. S udjelom zdravstvene potrošnje od 8,4% u BDP –u 2007. godine i 7,8% BDP – a u 2008. godini Hrvatska pripada skupini zemalja s najvišom zdravstvenom potrošnjom u Europi.

Potrebno je istaći da Hrvatska ima mješoviti model financiranja zdravstva. Pored osnovnih izvora sredstava (zdravstvenog doprinosa) tu se nalaze još sredstva državnog proračuna, sredstva županija, lokalnih jedinica i djelomična participacija korisnika zdravstvene zaštite. Stopa zdravstvenog doprinosa obračunava se na plaću i iznosi 15 posto. Isti iznos stope bio je i početkom 90 – tih, ali se tada dijelio između radnika i poslodavca, tj. obračunavao se iz plaće i na plaću. Kasnijih godina dolazi do povišavanja stope (npr. na 18% 1998. godine), a onda ponovno do snižavanja te preraspodjele plaćanja između zaposlenih i poslodavaca. Također, od 2002. godine doprinose više ne prikuplja autonomno HZZO, već se oni prikupljaju putem državnog proračuna i potom prosljeđuju u HZZO, što dijelom mijenja izvorni karakter autonomnog sustava socijalnog osiguranja. Ovdje je potrebno istaći da u prihode HZZO – a, pored spomenutih doprinosa, ulaze prihodi od 3% na mirovine veće od 5.305 kuna, 3% na mirovine branitelja, 32% na promet duhanskih prerađevina i još neki drugi doprinosi.

Pokriće troškova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti osigurava sustav glavarina, a od 2004. godine uveden je i mehanizam plaćanja prema usluzi, najprije za preventivne, a potom i za kurativne programe i postupke. Od 2005. godine uveden je i mehanizam plaćanja po terapijskom postupku (ili tzv. sustav dijagnostičkih skupina, engl. *DRG*). Bolničke zdravstvene ustanove financiraju se putem mjesečnih proračuna – limita koji ustanove pravdaju ispostavljenim računima za izvršeni rad. I ovdje se, uz definiranje ukupnog proračuna, bolnička zdravstvena zaštita financira mehanizmom plaćanja prema usluzi, te plaćanja po terapijskom postupku. Kapitalne investicije financiraju se sredstvima HZZO – a, ministarstva, decentraliziranih sredstava kojima raspolažu regionalna i lokalna samouprava, te putem donacija. Državni proračun također ima važnu ulogu u financiranju javne zdravstvene zaštite, istraživanja i razvoja, školovanja zdravstvenih djelatnika, deficita fondova socijalnog osiguranja i zdravstvenog osiguranja nezaposlenih.

Glede kretanja strukture prihoda i rashoda HZZO – a potrebno je istaći da obvezni doprinosi pokrivaju većinu zdravstvene potrošnje. Ukupni prihodi obveznog zdravstvenog osiguranja ostvareni su 2009. godine u iznosu od 20.972.109306 kuna, te su u odnosu na prethodnu godinu 3,89 posto veći. No, već 2010. godine ostvareni prihodi su se značajno smanjili, te su iznosili 19.266.553. 357 kuna. Uzroci pada prihoda HZZO – a mogli bi se naći na strani kretanja broja zaposlenih u zemlji. Broj zaposlenih započeo je pad u drugoj polovici 2008. godine s prvim naznakama recesije gospodarstva. Takva situacija se produljila i intenzivirala u 2009. i 2010. godini, da bi se nastavila i u početku 2011. godine. Prema podacima DZS – a, posao je u razdoblju kolovoz 2008. – kolovoz 2010. godine izgubilo oko 143 tisuće radnika što je utjecalo na pad mjesečnih i ukupnih prihoda od doprinosa. Usporedimo li mjesečnu razinu uplaćenih doprinosa u 2009. i prvoj polovici 2010. godine može se vidjeti kako su

uplate bile manje u gotovo svim mjesecima (osim prosinca) u odnosu na prosječne mjesečne uplate 2008. godine. Daljnji porast nezaposlenosti odraziti će se preko smanjenja potražnje za privatnim zdravstvenim uslugama i još većeg pritiska na javni zdravstveni sektor – smanjenje raspoloživog dohotka primorati će dio stanovništva na supstituciju privatnih javnim zdravstvenim uslugama. Veliki broj zaposlenih koji ne primaju plaću i kojima poslodavci ne uplaćuju doprinose dodatno pogoršava situaciju s prikupljanjem sredstava. Na temelju nekih procjena o broju radnika u tom statusu, stvaran broj zaposlenih koji plaća doprinose potkraj 2010. godine iznosio bi svega 1,35 milijuna (procjene od oko 70 tisuća radnika koji rade, a ne primaju plaću i uz stopu nezaposlenosti od 18,7 posto krajem 2010. godine).

Sa stajališta ostvarenih i planiranih izdataka iz državnog proračuna potrebno je istaći da se stalno javlja problem financijskog servisiranja istih. Problem će i dalje biti prisutan ukoliko se nastavi trend smanjivanja broja uplatitelja doprinosa za zdravstvenu zaštitu. Dominantni udio u ukupnim javnim rashodima za zdravstvo zauzimaju rashodi za sekundarnu zdravstvenu zaštitu, prvenstveno bolničku zdravstvenu zaštitu. Na nju je 2009. i 2010. godine otpadalo blizu 50% ukupnih javnih rashoda za zdravstvo. Ipak, bilježi se stanoviti relativni pad tih rashoda. Ono, što na neki način ohrabruje, jest skroman rast rashoda za prevenciju, posebne zdravstvene programe i primarnu zdravstvenu zaštitu. Ukoliko imamo na umu da su prevencija i primarna zdravstvena zaštita relativno manje troškovno zahtjevne grane medicine, u odnosu na bolničku zdravstvenu zaštitu, tada svaki pomak u strukturi financiranja prema ovim granama, svakako raduje. Stavka „bolovanja“ isto tako pokazuje znakove smanjivanja.

Analiza strukture zdravstvenih osiguranika posebno je interesantna. Stanje i promjene u gospodarskom razvoju zemlje presudni su za broj i strukturu osiguranika u zdravstvu. Promjene koje nastaju u strukturi korisnika značajno utječu na financijske tokove sustava zdravstvenog osiguranja. Udio radno aktivnog stanovništva koji plaća doprinose za zdravstveno osiguranje kreće se oko jedne trećine od ukupnog broja osiguranika a broj korisnika koji spadaju u kategoriju „Nezaposleni“ ili „umirovljenici“ tijekom posljednjih nekoliko godina bilježi sve brži rast. Kako te dvije skupine pridonose najmanje a umirovljenici će vjerojatno biti među najčešćim korisnicima zdravstvenih usluga, promjene u profilu korisnika zdravstvene zaštite vjerojatno će imati za posljedicu veće troškove i manje prihode u budućnosti.

U razdoblju siječanj – prosinac 2009. godine na Hrvatskom zavodu za zdravstveno osiguranje evidentirano je prosječno 4.343.476 osoba, što je 0,50% ili 21.749 osoba manje u odnosu na isto razdoblje prethodne godine. Aktivnih osiguranika je evidentirano 1.546.484, što je za 2,26% ili za 35.777 osiguranika manje u odnosu na razdoblje siječanj – prosinac 2008. godine. Pokazatelji demografske statistike u Hrvatskoj daju naslutiti sve veći pritisak stanovništva starije životne dobi na zdravstveni sustav jer je zdravstvena potrošnja u tim dobnim skupinama u pravilu najveća. Očekuje se nastavak trenda pogoršanja omjera radno sposobnog stanovništva i stanovništva koje nije ekonomski aktivno. Stoga će se u skoroj budućnosti postaviti pitanje održivosti sustava financiranja zdravstvene zaštite kakav danas postoji.

„Plava knjiga“ hrvatskog zdravstva utvrđuje vremenske i kadrovske normative zdravstvenih ustanova: ona je dokument na osnovi kojega se vrši obračun i fakturiranje zdravstvenih usluga. Pretežiti dio Plave knjige su cijene ljudskoga rada u zdravstvenim ustanovama. To je njezin temeljni nedostatak. Cijene ostalih, prvenstveno materijalnih inputa su zanemarene. To direktno utječe na poslovanje pojedinih zdravstvenih ustanova. Premirane su radno intenzivne djelatnosti, a podcijenjene su materijalno (kapitalno) – intenzivne djelatnosti. Poznata je činjenica da kirurške djelatnosti uglavnom ostvaruju veće ili manje gubitke, dok internističke

djelatnosti ostvaruju pozitivan financijski rezultat. Na taj način ukupni financijski rezultat pojedine zdravstvene ustanove ovisi o njezinoj strukturi, odnosno udjelu pojedinih specijalističkih službi. Osim toga, Plava knjiga nije odgovarajuće nadopunjavana tako da niz usluga ne postoji odgovarajuća šifra, niti cijena. Korištenjem šifre najbližnje usluge, ili dvije ili više usluga kao supstitut za stvarno izvršenu uslugu ne pridonosi se transparentnosti stvarno izvršenog rada.

Polazne osnove reforme zdravstvenog sustava Hrvatske javljaju se kao posljedica višegodišnjeg nazadovanja i stagnacije. Upravljanje, Planiranje i financiranje sustava na makro i mikro razini ne zadovoljava. Zapostavljena primarna zdravstvena zaštita, okosnica svakog zdravstvenog sustava, predimenzionirana specijalističko – konzilijarna zdravstvena zaštita i prekomjerna potrošnja lijekova dovoljan su razlog za reformske zahvate u sustavu. Za ostvarivanje nove zdravstvene politike u Hrvatskoj postavljaju se sljedeći ciljevi razvoja zdravstva:

1. produljenje trajanja života – prednost će se dati mjerama koje smanjuju rizik od prerane smrti;
2. poboljšanje kvalitete života u vezi sa zdravljem – spriječiti ili umanjiti gubitak kvalitete života zbog zdravstvenih problema;
3. smanjenje razlika u zdravlju i zdravstvu – smanjiti razlike među građanima u odnosu na njihove mogućnosti ostvarivanja prava na zdravlje.

Operativni ciljevi reforme, koja se provodi dulji niz godina, su:

1. ograničenje rasta zdravstvenih troškova i uspostavljanje stabilnosti sustava: ograničiti rast troškova u zdravstvu, zaustaviti rast gubitaka, uravnotežiti odnos prihoda i rashoda, sanirati gubitke iz prošlih godina, uspostaviti uredno plaćanje u sustavu zdravstva, povećati sposobnost za samostalno poslovanje ključnih zdravstvenih ustanova;
2. uvođenje planiranja i upravljanja u sustav zdravstva donosi prednosti: ograničavanje troškova, osiguranje univerzalnog pristupa obveznoj zdravstvenoj zaštiti, financijska stabilizacija sustava, povećanje djelotvornosti zdravstvenog sustava. Nedostaci ovakvog pristupa upravljanja zdravstvom umanjiti će se kroz jačanje elemenata tržišne samoregulacije, demonopolizaciju institucija koje kupuju ili pružaju zdravstvene usluge, demonopolizaciju proizvođača lijekova i opreme;
3. reorganizacija sustava financiranja i plaćanja zdravstvenih usluga – sadašnji sustav financiranja zdravstva temelji se na izdvajanju iz plaća i na plaće, oko 16 posto. Danas oko 1,2 milijuna osiguranika snosi troškove zdravstvene zaštite za oko 90% stanovnika. To je nepovoljna struktura financiranja zdravstva. Stoga svaki rast broja zaposlenih u zemlji je nužna pretpostavka ublažavanja financijskih problema u sustavu. Budućnost financiranja zdravstva u Hrvatskoj treba se temeljiti na većem broju izvora: doprinosu(zaposlenih) građana, sredstvima državnog proračuna, dodatnom zdravstvenom osiguranju, te udjelu građana kroz tzv. troškove iz džepa. Cilj reorganizacije sustava financiranja jest uvesti tzv. standardni paket zdravstvenih usluga čiju bi vrijednost pokrивao sustav obveznog zdravstvenog osiguranja, dok bi se postupci iznad standarda pokrivali individualnim policama dopunskog zdravstvenog osiguranja.
4. Jačanje preventivne i primarne zdravstvene zaštite. Struktura bolesti i uzroka smrti stanovnika Hrvatske upućuje na visoku zastupljenost patologije na koju se može preventivno djelovati. U prvom redu ona se odnosi na pušenje lošu prehranu, pretilost, alkoholizam. Poznato je, također, da jačanje raznih preventivnih oblika zdravstvene

zaštite generira niže troškove u zdravstvu; to u krajnjoj liniji smanjuje rashode na razini cijeloga sustava.

Potrošnja lijekova u Hrvatskoj. Značajna stavka u rashodima zdravstvenog sustava Hrvatske. Potrošnju lijekova u zemlji, svako sa stajališta svoje uloge u potrošnji lijekova, prate i analiziraju Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, Hrvatski zavod za javno zdravstvo i farmaceutska industrija. Potrošnju lijekova je moguće pratiti bar na tri načina:

- Hrvatski zavod za javno zdravstvo potrošnju prati kroz ATK/DDD sustav (anatomsko – terapijsko – kemijski sustav Razvrstavanja lijekova). Lijekovi su razvrstani po skupinama, obzirom na organski sustav na kojem ostvaruju učinak, te glede svojih terapijsko – kemijskih osobitosti;
 - Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje prati vrijednost potrošenih lijekova u nacionalnoj valuti;
 - Farmaceutska industrija potrošnju lijekova prati kroz analizu prodaje, distribucije, propisivanja i konzumiranja istih. Hrvatsko farmaceutsko tržište vrijedilo je 2009. godine oko 992 milijuna dolara, što je iznosilo oko 1,9% svjetskog farmaceutskog tržišta. Po ukupnoj potrošnji Hrvatska je bila iste godine 59. zemlja u svijetu. Po potrošnji po stanovniku bila je 29. zemlja u svijetu. Hrvatska ima najveću potrošnju po stanovniku od svih centralnih i istočnih zemalja Europe koje nisu članice Europske unije.
 - Potrošnja lijekova čini 26,1% ukupne zdravstvene potrošnje u zemlji. Prema podacima HZZO – 2008. godine je izdano čak oko 42 milijuna recepata za lijekove, što je značajan porast u odnosu na 2001. godinu (oko 29 milijuna). Tako je i broj recepata po osiguraniku HZZO – a porastao od 7,5 (2004. godine) na 9,64 recepata po osiguranoj osobi HZZO –a u 2008. godini. U 2009. godini HZZO je za lijekove na recept izdvojio 3,3 milijarde kuna, s tim da je više od pola tog iznosa izdan umirovljenicima, te dodatnih 1 milijardu na bolničke lijekove. Ukupni javni troškovi zdravstvene zaštite u zemlji koje pokriva Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje u 2009. godini iznosili su 17,556 milijardi kuna, dok su isti troškovi 2008. godine iznosili 17,24 milijardi kuna.
 - Udio troškova za lijekove u Hrvatskoj je 125% viši nego u Austriji, dvostruko viši nego u Poljskoj, te 85% viši nego u Njemačkoj. Ipak, riječ je o usporedbi zemalja s velikim razlikama u ukupnim izdvajanjima za zdravstvo. Austrija i Njemačke i neke druge europske zemlje imaju daleko izdašnije zdravstvene proračune od Hrvatske, tako da usporedbe postotaka samih udjela koji se izdvajaju za lijekove ne daju pravu sliku stanja. U zemljama s većim zdravstvenim proračunom, u koje se ubrajaju Njemačka i Austrija, gledano u postocima, na lijekove odlazi manji dio proračuna za zdravstvo, no njihovi iznosi su daleko veći. Ukoliko usporedimo izdvajanja za lijekove u Hrvatskoj s visinom zdravstvenog proračuna koje izdvajaju, primjerice Austrija i Njemačka, tada je slika jasnija, jer je vidljivo da Hrvatska za lijekove izdvaja znatno manje od tih zemalja: Hrvatska izdvaja po stanovniku 255 dolara, Austrija 459 dolara, Njemačka 681 dolar, Slovenija 377 dolara a Češka 412 dolara. Prema izdvajanjima za zdravstvo, Hrvatska se nalazi daleko iza nekih spomenutih zemalja. Tako, na primjer, u Njemačkoj zdravstveni proračun po stanovniku 2009. godine iznosi 5.164 dolara, u Austriji 4.478 dolara, što je daleko više od 1.169 dolara zdravstvenog proračuna po stanovniku u Hrvatskoj.
- Tržište lijekova u Hrvatskoj se značajno povećava posljednjih godina s prosječnim godišnjim rastom 15 do 20 posto. Bolnički lijekovi čine oko 20 posto tržišta, a u

izvanbolničkom ostatku oko 20 posto čine tzv. OZC (engl. over the counter) ili bezreceptni lijekovi. Pretpostavlja se da će se udio bezreceptnih lijekova povećavati. U Hrvatskoj su uočljiva dva trenda drukčija od ostalih tranzicijskih zemalja: više od 50 posto tržišta lijekova čine generički lijekovi, koji su nedavno bili samo 5 do 10 posto jeftiniji od originalnih i inovativnih lijekova. Prema podacima Agencije za lijekove i medicinske proizvode građani Hrvatske su na lijekove u 2009. godini potrošili 4,615 milijardi kuna, ili oko pola milijarde kuna više u odnosu na 2008. godinu. Kao i proteklih godina, najviše su se trošile tablete za smirenje, lijekovi protiv visokog tlaka i masnoća u krvi, zatim andoli i aspirini te različita sredstva protiv bolova.

U ukupnom bezreceptnom tržištu lijekovi vrijednosno drže preko polovice tržišnog udjela. Ostatak se odnosi na dodatke prehrani, kozmetiku i medicinska pomagala.

Izvanbolnička potrošnja lijekova izgleda ovako:

- Lijekovi na recept sudjeluju s 92,86% prema broju DDD/1000 stan./dan, dok prema financijskoj potrošnji njihov udio iznosi 96,93 posto;
- Lijekovi koji se izdaju bez recepta čine prema broju DDD/1000 stan./dan 7,13%, dok prema financijskoj potrošnji njihov udio iznosi 2,96 posto.

Sanacije poslovanja zdravstvenih ustanova postale su uobičajeni dio financiranja poslovanja zdravstvenih ustanova. Nažalost, niti jedna sanacija dosada nije imala dugoročno pozitivan efekt. Samo trenutni efekt sanacije ukazuje na nužnost preispitivanja sustava financiranja, s jedne strane, i uvjeta poslovanja zdravstvenih ustanova, s druge strane. Analiza dosada obavljenih sanacija pokazala je da se određene zdravstvene ustanove pojavljuju više puta u procesu sanacije. Postavlja se otvoreno pitanje da li sanacije stimuliraju zdravstvene ustanove na povećanu efikasnost rada, racionalizaciju u poslovanju i ekonomiziranje.

Uzroci smrtnosti stanovnika Hrvatske. S medicinskog i ekonomskog stajališta posebnu važnost ima analiza vodećih uzroka smrti stanovnika pojedine zemlje. S medicinskog stajališta, prije svega, potrebno je učiniti napore sprečavanja pojave pojedinih bolesti, njihovo iskorijenjivanje, pronaći efikasne metode liječenja. S ekonomskog stajališta potrebno je izvršiti analizu troškova u zdravstvu koji su prouzročeni pojavom i širenjem bolesti, liječenjem, nesposobnosti zbog bolesti ili pak troškovi prouzročeni preranom smrću pojedinca. Potrebno je reći da su uzroci obolijevanja i smrti čovjeka danas dominantno pod utjecajem stila života, što god to u javnozdravstvenom smislu značilo. Udio genetskih faktora polako ali stalno slabi. Primjereno i pravovremeno prepoznavanje svih problema vezanih uz patologiju stanovništva značajno se smanjuju javni i privatni troškovi u zdravstvu. To se posebno odnosi na kronične bolesti koje kroz dugotrajno i neizvjesno liječenje predstavljaju posebni izazov modernoj medicini.

Promatrajući uzroke smrti stanovnika Hrvatske kroz protok vremena, može istaknuti 5 (pet) najčešćih uzroka smrti: bolesti srca i krvnih žila, karcinomi, ozljede i trovanja, fibroza i ciroza jetre i kronične opstruktivne bolesti pluća. Ipak, u javnozdravstvenom smislu, vodeći uzroci smrti nalaze se kod bolesti srca i krvnih žila sa značajnim udjelom u prijevremenom umiranju i obolijevanju, te maligne bolesti (novotvorine). Dobna granica obolijevanja se tokom vremena značajno spuštala, tako da nekadašnje vjerojatne godine obolijevanja i umiranja više ne vrijede. Tim više dolazi do izražaja mogući snažniji zamah preventivnih oblika zdravstvene zaštite. Zanimljiva je spolna struktura smrti u Hrvatskoj. Vodeći uzroci smrti kod žena su bolesti srca i krvnih žila, te endokrine bolesti, te bolesti prehrane i metabolizma. Kod muškaraca dominiraju bolesti karcinoma, bolesti dišnog sustava, probavnog sustava, te ozljede i trovanja. Dakako, treba spomenuti činjenicu da i žene i muškarci imaju u određenim segmentima istu patologiju.

Sa stajališta hospitalizacije bolesnika, potrebno je istaći da su najčešće hospitalizirani bolesnici s bolestima srca i krvnih žila, te bolesnici kod kojih utvrđen određeni oblik karcinoma (kod žena rak dojke, moždani udar, shizofrenija, bolesti mokraćnih i spolnih organa; kod muškaraca angina pectoris, rak bronha i pluća, bolesti probavnog sustava).

ZDRAVSTVENI SUSTAV SJEDINJENIH AMERIČKIH DRŽAVA, prvi pokušaj uvođenja zdravstvenog osiguranja u SAD-u datira između 1915. i 1920. godine, a interes je obnovljen tridesetih godina dvadesetog stoljeća. Vrlo značajnu ulogu odigrao je „Social Security Act“ iz 1935. godine. Privatno zdravstveno osiguranje ekspandiralo je tijekom drugog svjetskog rata, a taj trend je nastavljen nakon završetka rata. Cijeli sustav zdravstvenog osiguranja i zaštite definiran je u poslijeratnom razdoblju brojnim zakonima i drugim aktima.

Sjedinjene Američke Države jedina su razvijena zemlja koja (zasada!) nema obvezno zdravstveno osiguranje za sve građane. Državno osiguranje u SAD-u ipak postoji. Njega imaju svi stariji od 65 godina (Medicare, koji je stupio na snagu tek 1965. godine – Lyndon Johnson), najsiromašniji (Medicaid), branitelji (Veterans Administration), te političari, odnosno zastupnici Kongresa. Također hitna pomoć prima pacijente i bez osiguranja. To postaje teret onih koji plaćaju zdravstvenu zaštitu zbog čega raste cijena premija zdravstvenog osiguranja.

U sistemima privatnog financiranja, privatno zdravstveno osiguranje potiskuje socijalnu solidarnost. U takvom sistemu, zbog premija osiguranja koje su podređene riziku, moraju bolesni plaćati više od zdravih, čime se krši princip solidarnosti. Kroz proces poznat kao negativna selekcija premije za osiguranike rastu s porastom rizika, tako da se zdravi praktično isključuju iz osiguranja. Također osiguravatelji imaju mogućnost odbiti korisnika – osobu s postojećim zdravstvenim problemom, a isto tako mogu – prema vlastitoj procjeni – odbiti platiti određene zahvate postojećim osiguranicima.

U SAD-u se zdravstvena zaštita, u najvećem broju slučajeva, sklapa s paketom zaposleničkih beneficija, ostvarenih preko poslodavčeva (korporacijskog, sindikalnog ili državnog) dogovora većeg broja osiguranih zaposlenika sa zdravstvenim osiguravateljima. U većini slučajeva troškove snose zajednički poslodavci i osiguranici, a izdaci se jednima i drugima odbijaju od poreza.

No, poslodavci koji osiguravaju zdravstvenu zaštitu svojim zaposlenicima, iz godine u godinu plaćaju za osiguranike manje nego ih liječenje košta. Takvo smanjenje zdravstvenih troškova na teret svojih radnika – osiguranika i njihovih obitelji, poslodavci postižu poskupljenjem i ograničavanjem nivoa zdravstvenih usluga, kroz odgovarajuće planove, koje skoro svake godine mijenjaju, povećanjem participacije od strane radnika. Najpoznatiji od tih planova su: HMO (Health Maintenance Organization) koji osigurava liječnike i bolnice u vlastitoj mreži i PPO (Preferred Provider Organizations) koja osigurava jeftinije zdravstvene usluge u svojoj mreži ili skuplje izvan mreže. Naravno, liječenje u „vlastitoj mreži“ podrazumijeva ograničeni izbor i limitirani nivo usluga. Reduciranjem ili odstranjivanjem pojedinih vrsta zdravstvenih korisničkih usluga američka industrija zdravlja ostvaruje ogroman profit, a participacijom kroz „Medicaid“ prisvaja i dio državnog profita.

Većina Amerikanaca koji zdravstveno osiguranje imaju preko svog radnoga mjesta koriste „njemački model“ – iznos mjesečne premije dijele zaposlenik i poslodavac, a poduzeće koje pruža usluge zdravstvenog osiguranja plaća konačni račun. Gotovo svaki Amerikanac reći će da pri odabiru poslodavca jednu od najvažnijih uloga ima ponuda „zdravstvenog paketa“. Gotovo svaki američki poslodavac prešutjeti će, međutim, kako su pri odabiru zaposlenika najvažniji potencijalni troškovi njegova zdravstvenog osiguranja, odnosno eventualnog liječenja.

Zaposlenici koji su osigurani plaćanjem doprinosa putem svojih poslodavaca u 37,5% slučajeva nemaju osiguranu produženu njegu (primjerice, kod kroničnih bolesti), a u 49,5%

slučajeva nemaju osiguranu osnovnu stomatološku zdravstvenu zaštitu, te s gubitkom posla gube i osiguranje. Mali i srednji poduzetnici sami sebi uplaćuju osiguranje koje je preskupo uz daljnji nekontrolirani rast troškova.

Cijena osiguranja raste tri puta brže od rasta plaća i srednja se klasa se pojavom stanja bolesti nalazi pred bankrotom. Prema nekim pokazateljima, čak 14.000 Amerikanaca svaki dan izgubi zdravstveno osiguranje, a 70% bankrota osiguranika izazvano je raznim oblicima medicinskih dugova.

Najbolje su zdravstveno pokriveni zaposlenici državnih službi: vojska, policija, vatrogasci i lokalna i savezna administracija, ali ti poslovi u pravilu ne donose velika primanja. Američki vojni veterani i stanovnici indijanskih rezervata zdravstveno su osigurani poput Britanaca – odlaze u državnu bolnicu koja se financira iz poreza, a troškove plaća država.

Američki umirovljenici, korisnici državnog zdravstvenog osiguranja Medicare (program za osobe starije od 65 godina i mlade nesposobne za rad), osigurani su poput Kanadana. Svaki porezni obveznik izdvaja sredstva za taj državni zdravstveni plan iz kojega se – na temelju od vlade određenog cjenika – isplaćuju liječničke i bolničke usluge, kao i lijekovi za umirovljenike.

Oni koji nisu zdravstveno osigurani mogu koristiti usluge bolnica pod upravom dobrovoljnih organizacija, ali je takva zdravstvena skrb nekvalitetnija u usporedbi s onom koja se plaća. Za desetke milijune Amerikanaca koji nemaju zdravstveno osiguranje američko je zdravstvo slično zdravstvu u Burundiju ili Burmi, najsiromašnijim zemljama svijeta, u kojima ljudi liječnika plaćaju iz vlastitog džepa, a oni koji to ne mogu, razbole se ili umru.

Prihvatljiv model zdravstvene zaštite postoji od 2006. godine u američkoj saveznoj državi Massachusetts po kojem je tijekom 2008. godine od 6,4 milijuna stanovnika bilo osigurano 97,4%, što je državu koštalo 1,1 bilijun dolara. Po tom modelu 68% stanovnika je imalo osiguranje preko poslodavaca, 15% kroz „Medicare“, 17% kroz javno zdravstveno osiguranje (sa ili bez državne participacije).

Državno zdravstveno osiguranje u Sjedinjenim Američkim Državama. Državno (javno) zdravstveno osiguranje obuhvaća nekoliko specifičnih programa: „Medicare“ – program za osobe starije od 65 godina i mlade osobe nesposobne za rad) i „Medicaid“ – za djecu, trudnice i nesposobne s niskim dohotkom), te Državni zdravstveni program osiguranja (obuhvaća zdravstvenu zaštitu djece koja se ne mogu kvalificirati za „Medicaid“, i programe za zaposlenike u državnoj službi i ratne veterane.

Medicare program pokriva osobe starije od 65 godina koji su voljni plaćati subvencionirane premije osiguranja ili starije osobe koje su osigurane kroz „Social Security“ program te osobe koje primaju naknadu za invalidnost više od dvije godine.

Kroz federalni program „Medicare“ (koji pokriva oko 80% troškova), zdravstveno osiguranje koristi 41,4 milijuna starijih i radno nesposobnih osoba. Amandman o socijalnoj sigurnosti iz 1935. godine ustanovio je dva zasebna, ali koordinirana sustava zdravstvenog osiguranja za osobe starije od 65 godina. Prvi dio čini obvezni program bolničkog osiguranja (Hospital Insurance), a drugi dio čini dobrovoljni program dopunskog zdravstvenog osiguranja (Supplementary Insurance).

Medicaid program odnosi se na osobe s malim prihodima i imovinom a koje najčešće primaju pomoć za ovisnu djecu ili socijalnu pomoć. Medicaid je najširi program medicinskih usluga siromašnim stanovnicima Sjedinjenih Američkih Država. Unutar SAD-a svaka savezna država određuje: standarde zaštite, tip, svotu, trajanje i opseg zdravstvenih usluga, naknadu za plaćanje usluga i administrira svoj vlastiti program te stoga Medicaid program osjetno varira od jedne do druge savezne države. Medicaid je u početku bio namijenjen siromašnim populacijama, ali se kasnije proširio na druge socijalne skupine.

Temeljni nedostaci američkog zdravstvenog sustava, uz njegovu naglašeno nepravednu konotaciju, mogli bi se svesti na sljedeće:

- *Zdravstvena skrb u SAD-u je većinom privatizirana* i zbog toga bi trebala okupljati mnogobrojne i snažne konkurente. Ipak, troškovi zdravstvene zaštite su visoki i dalje rastu. Rastući troškovi ne mogu se opravdati poboljšanjima u kvaliteti (medicinske usluge su ograničene, pacijenti primaju skrb koja zaostaje za standardima. Postoje velike razlike u troškovima i kvaliteti između različitih pružatelja usluga i geografskih područja. Nezdrava konkurencija je izvor problema u američkom sustavu zdravstvene skrbi. Konkurencija se pojavljuje na pogrešnoj razini, oko pogrešnih stvari, na pogrešnim zemljopisnim tržištima i u pogrešno vrijeme. Siromašna ponuda polica osiguranja dodatno je pridonijela problemu. Desetljeća reformi su propala, a i nastaviti će propadati svi pokušaji provođenja reformi dok se ne uspostavi pravilna, zdrava konkurencija;
- *Negativna konkurencija se manifestira na nekoliko načina:* - Troškovi se prebacuju sa jednog sudionika na drugog, a sudionici bi se trebali usredotočiti na smanjenje troškova; potražuju se bolje pregovaračke sposobnosti umjesto da se potiče pružanje kvalitetnije zdravstvene skrbi; ograničava se izbor i pristup uslugama umjesto da se zdravstvenu skrb učini učinkovitijom i boljom; ovakav sustav se pouzda u sudstvo da rješava sve moguće sporove;
- *Pogrešna razina konkurencije* javlja se na razini planova zdravstvenog osiguranja, mreža i bolničkih grupa – trebala bi se pojavljivati u prevenciji, dijagnostici i liječenju individualnih zdravstvenih stanja i sličnih problema. Brojna istraživanja pokazuju da kada liječnik ili liječnički tim liječi veći broj pacijenata koji boluju od iste bolesti, ostvaruju bolje rezultate i manje troškove;
- *Pogrešan cilj je smanjenje troškova* - često cilj i nije bio smanjivanje cjelokupnih troškova već smanjenje troškova koje stvaraju posrednici;
- *Pogrešni oblici konkurencije* – godišnje natjecanje između planova zdravstvenog osiguranja da upišu što veći broj pretplatnika; pružatelji usluga natječu se da budu uključeni u mreže planova zdravstvenog osiguranja tako što daju velike popuste osiguravateljima i poslodavcima koji imaju puno pacijenata; pružatelji usluga natječu se u tome tko može formirati najjaču grupu koja će moći ponuditi potpunu lepezu usluga → na kraju postoje dva odsjeka s istom specijalnošću, umjesto jednog, čak i kada su ustanove zemljopisno blizu; uvijek postoji prepiranje tko mora platiti uslugu → pružatelji usluga i osiguravatelji prebacuju troškove jedni na druge, a osiguravatelji povisuju rate svojim pretplatnicima koji obolijevaju;
- *Pogrešno geografsko tržište* – konkurencija je lokalna → odvaja osrednje pružatelje usluga od tržišnog pritiska i sprječava širenje najbolje prakse i inovacija; iako bi mnoge usluge zdravstvene skrbi trebale biti omogućene lokalno, konkurencija bi trebala djelovati regionalno ili čak na državnoj razini;
- *Pogrešne strategije i struktura* – iako se vrijednost kreira razvojem vrhunske vještine i spretnosti u određenim područjima, većina bolnica su prikupile širok spektar usluga samo kako bi mogle bolje pregovarati s planovima osiguranja;
- *Pogrešna informacija* – mnoštvo je informacija koje imaju skroman utjecaj na vrijednost pruženih zdravstvenih usluga; puno su vrednije informacije o iskustvima onih koji primaju zdravstvene usluge → takve su informacije nedostupne;
- *Pogrešan način stimuliranja osiguravatelja* – zdravstveni osiguravatelji ostvaruju financijsku korist od „regrutiranja“ zdravih osoba te od odbijanja onih kod kojih je rizik obolijevanja veći;

- *Pogrešan način stimuliranja pružatelja usluga* – bolnice i liječnici ne prakticiraju upućivanje pacijenata drugim pružateljima zdravstvenih usluga niti preporučuju druge liječnike iz vlastite „mreže“; praksa povratka troškova potiče liječnike na smanjivanje vremena provedenog s pojedinim pacijentom, tako da se pacijenti otpuštaju u vrlo kratkom roku pa ih u slučaju pojave daljnjih problema ponovno prima (zdravstvena osiguranja plaćaju bolnicama po prijemu bolesnika a ne po cjelokupnom liječenju);
- *Pozitivna konkurencija* – u zdravom sustavu konkurencija u različitim tretmanima za liječenje bolesti predstavlja motor pokretač napretka i reforme; fokus konkurentnosti se mora preseliti s onog „tko plaća“ na onoga „tko pruža najbolju zdravstvenu uslugu“;
- *Dostupne informacije* – u sustavu pozitivne konkurencije pružatelji zdravstvenih usluga i korisnici zdravstvene zaštite dobili bi potrebne informacije za donošenje odluka; država ili veliki konzorcij poslodavaca mogli bi potaknuti proces sakupljanja i širenja informacija tako da se slože oko standardne skupine informacija koje bi se neprekidno prikupljale na državnom nivou (informacije o iskustvu pružatelja usluga u liječenju određenih bolesti, informacije o rizicima ishoda zdravstvenih procedura i informacija o cijenama);
- *Nediskriminatorne police zdravstvenog osiguranja* – osobe koje rade za velike kompanije mogu dobiti relativno pristupačnu policu zdravstvenog osiguranja, čak i ako netko u njihovoj obitelji spada u medicinski visokorizičnu skupinu; osobe koje rade za male tvrtke ili su samozaposlene, platiti će vrlo visoku cijenu police osiguranja ako im član obitelji spada u visokorizičnu skupinu osiguranika; osobe koje pripadaju malim skupinama suočavaju se s naglim porastom premija u slučaju da netko od njihove obitelji oboli od neke ozbiljnije bolesti, čak i ako obitelj godinama plaća premije bez većih obolijevanja;
- *Smanjenje sudskih tužbi* – tužbe zbog nesavjesnog liječenja uzrokuju velike troškove a njima se postiže malo u podizanju kvalitete zdravstvene zaštite → potiču liječnike i bolnice da zataškavaju svoje pogreške umjesto da ih priznaju i eliminiraju; uz postojanje kvalitetnijih informacija i neograničenja prilikom izbora police osiguranja i pružatelja zdravstvenih usluga, izbjeći će se mnoge sudske tužbe;
- *Strategije osiguravatelja*: mogućnost izbora i učinkovitost – sustav pozitivne konkurencije natjerao bi osiguravatelje na natjecanja u pružanju što veće vrijednosti zdravstvene zaštite umjesto minimaliziranja troškova; pojednostavila bi se naplata i administrativni poslovi; konkurencija i nadmetanje vrtjeli bi se oko pružanja što kvalitetnijih informacija i usluga – tada bi nestali pokušaji ograničavanja pacijentovog izbora kao i pokušaji kontrole ponašanja liječnika;
- *Poslodavci bi trebali biti predvodnici promjena* – istraživanje koje su proveli u „Hewitt Associates“ u 622 najveće američke kompanije, pokazala je da je 96% direktora znatno zabrinuto zbog rasta troškova u 2004. godini, a njih 91% izrazilo je istu zabrinutost zbog malog učinka koji će takvi troškovi zdravstvene zaštite imati na njihove zaposlenike; kao veliki kupci zdravstvenog osiguranja, poslodavci imaju pravo insistirati na promjenama; poslodavci kupuju planove zdravstvenog osiguranja na osnovi njihove cijene, umjesto na osnovi njihove kvalitete; Već sada poslodavci bi trebali izabrati planove zdravstvenog osiguranja koji zaposlenicima ne zabranjuju mogućnost medicinskih tretmana niti mogućnost odabira pružatelja zdravstvenih usluga izvan određene mreže; poslodavci trebaju od pružatelja usluga tražiti informacije o njihovom iskustvu, rezultatima i poštivanju važećih standarda; poslodavci trebaju osigurati zaposleniku mogućnost dolaska do informacija o dijagnozama i alternativnim tretmanima; poslodavci trebaju insistirati da njihovi zaposlenici budu tretirani od strane iskusnih pružatelja zdravstvenih usluga –

zahtijevati samo jednu naplatu računa na pružanju usluga – zahtijevati samo jedan račun po hospitalizaciji ili ciklusu tretmana.

Vidi → Monitor, Američki senat prihvatio zakon o reformi zdravstva, 2009, <http://www.voanews.com>; Kerry Attacks Bush on Health Care Costs – The Associated Press, Monday, May 10.2004; Making Health Care Affordable for All Americans – The Commonwealth Fund; Što je pacijent bolniji, američki liječnik više zaradi, <http://www.voanews.com>

KORIŠTENA LITERATURA:

1. A.J. Culyer, The Dictionary of Health Economics, Edward Elgar, Cheltenham, UK, 2005.
2. Batić, V., Smolić, Š. (2008.) Mogućnosti kontrole zdravstvene potrošnje – primjer Hrvatske. Zbornike Ekonomskog Fakulteta – Zagreb, 2008.
3. Brown M, McCool, B. Health care management: Strategy, structure and process, Gaithersburg, MD: Aspen Publisher, 1992.
4. Chadwick D.W, Crook P.J, Young A.J, McDowell, D.M, Using the Internet to access confidential patient records: a cas study, British Medical Journal, 2000; 321: 612 - 614
5. G.Cerjan – Letica, S.Letica, S.Babić – Bosanac, M.Mastilica, S.Orešković, Medicinska sociologija, Medicinska naklada, Zagreb, 2003.
6. Grupa autora (ur. L. Kovačić), Organizacija i upravljanje u zdravstvenoj zaštiti, Medicinska naklada, Zagreb, 2003.
7. Hrabak – Žerjavić, Vlasta, Zaštita mentalnog zdravlja, www.zdravlje.hr, 28. Travanj 2004.
8. Hrvatski zdravstveno – statistički ljetopis za 2009. godinu, Hrvatski zavod za javno zdravstvo, Zagreb, 2010.
9. L.Gajski, Lijekovi ili priča o obmani, OERGAMENA, Zagreb, 2009.
10. Leutz, W. Five laws for integrating medical and social services: lessons from the United States and the United Kingdom, The Midlbank Quarterly, 1999.
11. M.Škrbić, Uvod u ekonomiku zdravstva, Stvarnost, Zagreb, 1983.
12. Opća enciklopedija Jugoslavenskog leksikografskog zavoda, Zagreb, 1982.
13. S.Andijašević, V.Petranović, Ekonomika osiguranja, ALFA, Zagreb, 1999.
14. S.Folland, A.C.Goodman, M.Stano, The Economics of Health and Health Care, Pearson, Sixth Edition, New York, 2010.
15. S.Letica, Kriza i zdravstvo, Stvarnost, Zagreb, 1984.
16. S.Letica, Zdravstvena zaštita u doba krize, Medicinska biblioteka, Zagreb, 1989.
17. Schwartz, F.W., Kickbusch,I, Wismar, M.: Ziele und Strategien der Gesundheitspolitik, Das Public Health Buch, München, 2003.
18. V.Barić, Od javnoga prema tržišnom financiranju zdravstva, RRIF, Zagreb, broj 3 /2007.
19. WHO, Health for All Statistical Database, Copenhagen: WHO EURO; 2001. <http://www.who.dk>
20. World Health Organization (WHO), Integration of health care delivery: report of a study group, Geneva, Switzerland: WHO; Technical Report series, No.861, 2000.

21. „ZP – ZH“, Zdravstvo i zdravstveno osiguranje, zbirka propisa, Udruga poslodavaca u zdravstvu, Zagreb, 2004.